**Комер Р. Патопсихологія поведінки: порушення та патологія психіки: пров. з англ. - 4-те вид., міжнар. - СПб.: Прайм-ЄВРОЗНАК; М.: ОЛМА-прес, 2005. – 638**

**Рональд Дж. Комер**

**ПАТОПСИХОЛОГІЯ ПОВЕДІНКИ   
Порушення та патології психіки**

**Ronald J. Comer Fundamentals of Abnormal Psychology4 -е міжнародне видання . Видавництво: Прайм-Єврознак 2005**

Написана лауреатом найпрестижніших премій Америки в галузі педагогіки і - одночасно - найвідомішим експериментатором і терапевтом, "Патопсихологія поведінки" дає найповнішу і найточнішу на сьогоднішній день картину стану клінічної психології та психології поведінки, що відхиляється . Книга є об'єктивним поглядом весь спектр поведінкових розладів з позицій основних психологічних, біологічних і соціокультуральних підходів. Повнота та лаконічність викладу, вивірене поєднання теорії та практичних рекомендацій, докладний опис симптомів, причин та лікування розумових розладів, науковість та доступність, педагогічно та дидактично вивірена подача та, водночас, захоплююча розповідь! " Патопсихологія поведінки " поєднує у собі усе це, щоб задовольнити найсуворіший і найвибагливіший смак російської аудиторії психологів, медиків, психотерапевтів, педагогів.

Про автора.

Передмова.

Основні особливості та переваги.

Конкретні особливості та переваги.

Подяки.

Передмова наукового редактора російського видання.

o Розділ 1. Патологічна психологія: минуле та сучасне.

Виявлення психічної патології та її лікування.

Відхилення.

Страждання.

Дисфункція.

Небезпека.

Психічна патологія: концепція, що вислизає.

Визначення лікування.

Погляд із минулого на патологію та лікування.

Погляди древніх.

Погляди на цю проблему та лікування психічної патології в античності.

Європа у середні віки: Демонологія повертається.

Ренесанс та створення притулків.

19 століття: моральне лікування.

Сучасні напрямки.

Тяжкі психічні порушення та їх лікування.

Менш серйозні порушення та їх лікування.

Сьогоднішні перспективи та фахівці.

Методи клінічного дослідження.

Дослідження окремих випадків хвороби.

Кореляційний метод.

Експериментальний метод.

Підбиваючи підсумки.

o Розділ 2. Моделі патології.

Біологічна модель.

Біологічні пояснення

Біологічні методи терапії.

Оцінка біологічної моделі.

Психодинамічна модель.

Теорія Фройда.

Інші психодинамічні пояснення.

Оцінка психодинамічної моделі.

Поведінкова модель.

Поведінкові пояснення.

Поведінкові методи терапії.

Оцінка поведінкової моделі.

Когнітивна модель.

Когнітивні пояснення.

Когнітивні методи терапії.

Оцінка когнітивної моделі.

Екзистенційно-гуманістична дослідна модель.

Гуманістична теорія та терапія Роджерса.

Гештальт-теорія та терапія.

Екзистенційні теорії та терапія.

Оцінка екзистенційно-гуманістичної моделі.

Соціокультурна модель.

Соціокультурні пояснення.

Соціокультурні методи терапії.

Оцінка соціокультурної моделі.

Підбиваючи підсумки.

o Розділ 3. Клінічна оцінка, діагностика та лікування.

Клінічна оцінка.

Властивості оцінних засобів.

Клінічні інтерв'ю.

Клінічні випробування.

Клінічні спостереження.

Діагностика.

Системи класифікації.

DSM-ІV.

Надійність та валідність класифікації.

Небезпека помилкових діагнозів та діагностичних ярликів.

Лікування.

Вибір лікування.

Ефективність зцілення.

Підбиваючи підсумки.

o Розділ 4. Генералізований тривожний розлад та фобії.

Стрес, адаптація та тривожне реагування.

Генералізований тривожний розлад.

Соціокультурна модель.

Психодинамічна модель.

Гуманістична та екзистенційна моделі.

Когнітивна модель.

Біологічна модель.

Фобія.

Типи фобій.

Теорії виникнення фобій.

Терапія фобії.

Підбиваючи підсумки.

o Розділ 5. Панічне, обсесивно-компульсивне та стресові розлади.

Панічне розлад.

Біологічна модель.

Когнітивна модель.

Обсесивно-компульсивний розлад.

Нав'язливі ідеї (обсесії).

Нав'язливі дії (компульсії).

Нав'язливі ідеї та нав'язливі дії.

Теорії виникнення та методи лікування.

Стресові розлади.

Військові дії.

Катастрофи.

Насильство та жорстоке поводження.

Теорії формування стресових розладів.

Методи терапії стресових розладів.

Підбиваючи підсумки.

o Розділ 6. Розлади настрою.

монополярна депресія.

Клінічна картина депресії.

Діагностика монополярної депресії.

Монополярна депресія: можливі причини та методи лікування.

Біологічний підхід

Психологічний підхід

Соціокультурний підхід.

Біполярні розлади.

Клінічна картина манії.

Діагностика біполярних афективних розладів.

Можливі причини біполярних афективних розладів.

Методи лікування біполярних афективних розладів.

Підбиваючи підсумки.

o Розділ 7. Самогубство.

Що таке самогубство?

Вивчення суїциду.

Паттерни та статистика.

Чинники, що сприяють виникненню суїцидних намірів.

Стресові події та ситуації.

Зміна настрою та способу мислення.

Алкоголь та наркотики.

Психічні розлади.

Моделювання.

Пояснення суїциду.

Психодинамічна думка.

Біологічна думка.

Самогубства у різних вікових групах.

Діти.

Підлітки та молодь.

Літні.

Терапія та суїцид.

Терапія після спроби самогубства.

Попередження суїциду.

Ефективність запобігання самогубствам.

Підбиваючи підсумки.

o Розділ 8. Психологічні чинники та фізичні хвороби.

Симулятивні розлади.

Соматоформні розлади.

Істеричні соматоформні розлади.

Іпохондричні соматоформні розлади.

Пояснення соматоформних розладів.

Лікування соматоформних розладів.

Психофізіологічні розлади.

Традиційні психофізіологічні (психосоматичні) розлади.

Нові психофізіологічні розлади.

Психологічні засоби лікування фізичних недуг.

Релаксаційне тренування.

Встановлення біологічного зворотного зв'язку.

Медитація.

Гіпноз.

Когнітивне втручання.

Терапія інсайту та групи підтримки.

Комбінований підхід.

Підбиваючи підсумки.

o Розділ 9. Розлади харчування.

Нервова анорексія.

Клінічна картина.

Проблеми зі здоров'ям.

Нервова булімія.

Ненажерливість.

Компенсуючі дії.

Порівняння нервової булімії з нервовою анорексією.

Причини розладів харчування.

Соціальний тиск.

Сімейна атмосфера.

Его і когнітивні розлади.

Розлади настрою.

Біологічні чинники

Лікування розладів харчування.

Лікування нервової анорексії.

Лікування нервової булімії.

Підбиваючи підсумки.

o Розділ 10. Розлади, спричинені використанням психоактивних речовин.

Депресанти.

Алкоголь.

Седативно-снодійні лікарські засоби.

Опіати.

Стимулятори.

Кокаїн.

Амфетаміни.

Галюциногени, канабіс (конопля) та комбінації психоактивних речовин.

Галюциногени.

Канабіс (конопля).

Комбінації психоактивних речовин.

Пояснення причин розладів, спричинених вживанням психоактивних речовин.

Соціокультурна думка.

Психодинамічна думка.

Біхевіористська думка.

Біологічна думка.

Методи лікування розладів, спричинених використанням психоактивних речовин.

Психодинамічні методи лікування.

Поведінкова терапія.

Когнітивно-поведінкова терапія.

Біологічні методи лікування

Соціокультурні методи лікування.

Підбиваючи підсумки.

o Розділ 11. Сексуальні розлади та розлади статевої ідентифікації.

Сексуальні дисфункції.

Розлад фази потягу.

Розлади фази збудження.

Розлади фази оргазму.

Больові відчуття під час сексу.

Лікування сексуальних дисфункцій.

Секс-терапія.

Терапія, орієнтована проблеми.

Нові напрямки у секс-терапії.

Парафілії.

Фетишизм.

Ексгібіціонізм.

Вуайєризм.

Фроттеризм.

Педофілія.

Сексуальний мазохізм.

Сексуальний садизм.

Суспільні норми та сексуальні ярлики.

Розлад статевої ідентифікації.

Підбиваючи підсумки.

o Розділ 12. Шизофренія.

Клінічна картина шизофренії.

Симптоми шизофренії.

Диференційна діагностика.

Теорії виникнення шизофренії.

Біологічний підхід

Психологічний підхід

Соціокультурний підхід.

Методи лікування шизофренії.

Лікування в умовах стаціонару у минулому.

Вдосконалене лікування в умовах стаціонару.

Антипсихотичні препарати.

Психотерапія.

Суспільний підхід.

Підбиваючи підсумки.

o Розділ 13. Розлади пам'яті та інших когнітивних функцій.

Дисоціативні розлади.

Дисоціативна амнезія.

Дисоціативна фуга.

Розлад множинної особистості (дисоціативний розлад особистості).

Можливі причини дисоціативних розладів.

Психодинамічний підхід.

Поведінковий підхід.

Навчання, залежне від стану.

Аутогіпноз.

Методи лікування дисоціативних розладів.

Методи лікування дисоціативної амнезії та фуги.

Методи лікування дисоціативного розладу особистості.

Органічні розлади пам'яті.

Біологія пам'яті

Амнестичні розлади.

Деменція.

Методи лікування органічних розладів пам'яті.

Підбиваючи підсумки.

o Розділ 14. Розлади особистості.

«Дивні» розлади особистості.

Параноїдний розлад особистості.

Шизоїдний розлад особистості.

Шизотипове розлад особистості.

"Драматичні" розлади особистості.

Антисоціальний розлад особистості.

Прикордонний розлад особи.

Гістрійний розлад особистості.

Нарцисичне розлад особистості.

«Тривожні» розлади особистості.

Уникаючий розлад особистості.

Залежне розлад особистості.

Обсесивно-компульсивний розлад особистості.

Розлади особистості: дилеми та сумніви.

Підбиваючи підсумки.

o Розділ 15. Розлади дитячого та похилого віку.

Розлади дитячого та підліткового віку.

Дитячі тривожні розлади.

Депресія в дітей віком.

Розлади, що виражаються у руйнівній поведінці.

Розлад, пов'язаний з дефіцитом уваги та гіперактивністю.

Розлади функцій виділення.

Тривалі розлади, що починаються у дитинстві.

Аутизм.

Розумова відсталість.

Розлади похилого віку.

Розлади настрою, тривожні розлади та розлади,

пов'язані із зловживанням психоактивними речовинами.

Делірій та деменція.

Ключові фактори, що впливають на психічне здоров'я людей похилого віку.

Підбиваючи підсумки.

o Розділ 16. Закон, суспільство та професія психіатра.

Вплив клініцистів систему кримінального права.

Примусове лікування злочинців та некомпетентність на суді.

Вплив законодавства на систему психіатричних клінік.

Примусове лікування у цивільному порядку.

Захист прав пацієнтів.

Інші види взаємодії між клініцистами та законодавчими органами.

Саморегуляція: етика та система охорони психічного здоров'я.

Психічне здоров'я, бізнес та економіка.

Бізнес та психічне здоров'я.

Економіка та психічне здоров'я.

Людина та професія.

Підбиваючи підсумки.

Додаток. Діагностична таблиця DSM-IV.

Глосарій.

Список літератури.

(Ronald Comer. Fundamentals of Abnormal Psychology)

Повна картина сучасного стану клінічної психології. Об'єктивний погляд на весь спектр психічних розладів, їх причини та лікування з позицій основних біологічних, психологічних та соціокультурних підходів. Лаконічність викладу, вивірене поєднання теорії та практичних рекомендацій, науковість та, водночас, захоплююча розповідь.

**Про автора.**

Рональд Дж. Комер - професор кафедри психології Прінстонського університету. Він викладає вже 24 роки. Протягом усього цього часу Рональд Комер керував відділенням клінічної психології. За визначне викладання в університеті він отримав нагороду президента.

Одночасно він працює як психолог-клініцист і є консультантом в інституті Едена, де досліджуються проблеми людей, які страждають на аутизм. Ще Рональд Комер консультує місцеві програми щодо підвищення кваліфікації психотерапевтів у лікарнях Нью-Джерсі та сімейних психотерапевтів. Крім того, він обіймає посаду ад'юнкт-професора-клініциста з сімейної медицини у медичній школі Роберта Вуда Джонсона.

Рональд Комер не лише автор «Основ патопсихології», ним написано ще й підручник «Патопсихологія», який витримав уже третє видання. Комер опублікував ряд журнальних статей з клінічної психології, соціальної психології та сімейної медицини.

Професор Комер навчався в університеті Пенсільванії та закінчив університет у Кларку. В даний час він живе в Лоуренсвіллі, штат Нью-Джерсі, зі своєю дружиною Марлен і собакою Енні. Звідси він може спостерігати за своїми синами Грегом і Джоном, що мешкають у Нью-Йорку, та за своїми улюбленими спортивними командами Філадельфії.

**Передмова.**

Нове видання відкриває нові можливості. Воно дозволяє автору озирнутися та подивитися, чи відповідає книга поставленим їм цілям. Автор тепер може розробити нові цілі, додати нові ідеї, теми та погляди, щоб випустити книгу ще вищої якості.

Мене дуже порадували схвальні відгуки на «Основи патопсихології». У той же час, протягом останніх трьох років я уважно прислухався до пропозицій професорів та студентів і доклав багато зусиль, щоб включити їхні ідеї до нового видання. В результаті, як мені здається, з'явилася книга, яка має сподобатися читачам, — вона відчиняє двері патопсихології для студентів і робить це у наочній, захоплюючій та цікавій формі.

У цьому виданні основ патопсихології я знову пропоную підручник середнього обсягу — саме такий підійде студентам, яким для невеликого курсу психології протягом нетривалого семестру і за великої зайнятості потрібен короткий виклад, ніж третє видання «Патопсихології». Моєю головною метою при написанні «Основ патопсихології» було задовольнити потребу студентів і в той же час запропонувати високоякісний підручник, написаний у відповідному тоні, який має цілісність, необхідну для викладання. Завдяки численним рецензентам, я вважаю, що досягнув цієї мети, особливо в цьому новому виданні. Я ризикую здатися нескромним, але дозвольте мені описати особливості цієї книги.

**Основні особливості та переваги.**

Весь зміст та виклад основ патопсихології ретельно враховувалося та призначалося для задоволення потреб та цілей професорів та студентів. Тому цей підручник вирізняється такими основними рисами.

— Короткість викладу та насиченість матеріалу: незважаючи на відносно невеликий обсяг, підручник рівномірно та повністю описує цю широку тему. Робиться спроба розширити мислення студентів і змусити їх замислитись, у книзі немає тенденції обходити теми стороною та недооцінювати здібності студентів.

— Людство: предмет вивчення патопсихології — люди, які часто відчувають сильний біль. Тому я намагався завжди гуманно підходити до їхніх проблем та передавати це ставлення студентам. Книга викладає все від однієї особи ясною та конкретною мовою — у цьому головна перевага підручника, написаного одним автором.

— Обширність та збалансованість: усі основні психологічні, біологічні та соціокультурні моделі представлені цілком і повністю без усякого упередження до того чи іншого підходу. Цей підручник не є якимось видом книги з психодинаміки, поведінки чи біології. Ця книга включає усі ці теми.

— Повний опис лікування: у цій книзі подано огляди з викладом лікування. Крім повного огляду лікування в перших розділах, кожен розділ, що описує певну патологію, включає повний опис відповідних методів лікування.

— Подано багато конкретних випадків патології: у книзі наводяться численні приклади з клінічної практики, які дають можливість застосувати теорію та розглянути методи лікування. До книги включені міркування про конкретні випадки.

— Приділяється увага етнічним та гендерним аспектам: постійно враховуються етнічні та гендерні відмінності, як і пов'язані з ними проблеми забобонів. Розглядаються такі теми, як гендер та депресія; враховуються історичні ярлики, призначені для дискримінації деяких груп людей; враховуються расові відмінності в уявленні про тіло та традиції харчування.

— Теми, що становлять особливий інтерес: книга присвячує цілі розділи важливим предметам, які становлять особливий інтерес для читачів студентського віку, наприклад, розлади харчування, суїцид і розлад пам'яті. Підручник також охоплює суперечливі теми, які постійно висвітлюються в новинах, наприклад, застосування «Риталіну», лікування Інтернетом, право на вчинення самогубства.

— Увага до критичних роздумів: книга надає інструменти для критичного роздуму щодо патопсихології. Читачі набувають здатності оцінити і поставити під сумнів сучасні уявлення. Кожен розділ містить численні критичні питання, а також розділ з однойменною назвою, що описує перспективи.

— Стимулюючі описи: у розділах описуються поняття, розлади, лікування та практика, наводиться багато приголомшливих фотографій, діаграм та графіків. Усі графіки та таблиці, багато з яких є новими для цього видання, відображають найсучасніші дані.

- DSM-IV: клінічні міркування будуються на основі понять із довідника DSM-IV, що представляє повну діагностичну систему в даній галузі. DSM-IV є критеріями, що використовуються клініцистами, коли вони ставлять діагноз. Описи з довідника наводяться у додатку. Водночас порушуються питання щодо надійності та валідності цієї системи класифікації.

— Адаптивність матеріалу: всі розділи самодостатні, тому їх можна використовувати у будь-якому порядку, в якому викладач визнає за потрібне.

**Конкретні особливості та переваги.**

— Глосарій: сотні ключових слів наголошуються і визначаються там, де вперше з'являється це слово. Крім того, наприкінці книги наводиться традиційний глосарій.

— Питання для роздумів: у кожному розділі наводяться численні питання. Усього їх понад 150.

— «Психологічні нотатки»: цікаві психологічні факти та новини з'являються по всьому тексту, вони наводяться для розваги та роблять матеріал популярнішим. До тем психологічних приміток входить плата, яку брав Фрейд за терапію, знамениті терапевти з кінофільмів і вартість розробки психотропних антибіотиків.

— Цитати: цікаві цитати в тексті наводять думки знаменитих учених, дослідників та клініцистів, провокуючи читачів.

— Тематичні таблиці: таблиці, що часто зустрічаються, підсумовують і порівнюють інформацію про розлади різного типу.

— Рубрики «Великим планом»: численні вставки наводять важливі та цікаві приклади у цій галузі. У теми цих вставок входять випивка студентів, сни, синдром Мюнгхаузена та пригнічені дитячі спогади про зґвалтування.

— Рубрики «Сцени із сучасного життя»: багато вставок описують події у світі навколо нас. У тому числі самогубство членів секти «Небесна Брама», епідемію «коров'ячого сказу», захоплення мелатоніном та звинувачення 6-річних дітей у сексуальному переслідуванні. На закінчення кожної вставки зі сценою із сучасного життя даються критичні питання, які допомагають студентам зрозуміти, використати та запам'ятати те, що вони вивчили.

— Рубрики «Патологія та мистецтво»: наводяться цікаві факти на відповідні теми з кіно, літератури, живопису та музики. «Патологія та мистецтво» приділяє увагу таким темам, як зв'язки між насильством у кіно та антисоціальною поведінкою в житті, взаємозв'язок між креативністю та психологічними дисфункціями та тим впливом, який надають рок-зірки, що помирають від наркотиків.

— «Підбиваючи підсумки»: це заключний розділ у кожному розділі, у ньому об'єднуються разом принципи та результати досліджень різних моделей патології. У кожному такому розділі досліджується питання, чи можна застосувати інтегрований підхід і використовувати конкуруючі моделі. У розділі «Підбиваючи підсумки» підбивається підсумок того, в якому стані знаходиться в даний час дана область досліджень і вказуються можливі напрямки для нових розробок.

— «Резюме»: у кожному розділі читачам надаються кілька коротких оглядів, поміщених після матеріалу на тему, а не один довгий огляд наприкінці розділу. Ці розділи допомагають студентам самим засвоїти матеріал та запам'ятати зміст.

— «Ключові терміни»: список ключових термінів, який з'являється наприкінці кожного розділу та допомагає студентам згадати та повторити прочитане. У цьому виданні кожен термін наводиться на тій самій сторінці, де він з'явився, і це допомагає студентам при повторенні.

— «Контрольні питання»: десять оглядових питань щодо даного матеріалу наприкінці кожного розділу. У цьому виданні кожне питання відноситься до відповідних сторінок тексту та допомагає студентам краще запам'ятати та переробити матеріал.

— Список із довідника DSM-IV: у додатку дається докладний список критеріїв із довідника, що описують діагноз. У тексті при описі відповідних розладів даються посилання список.

**Подяки.**

Я надзвичайно вдячний багатьом людям, які допомагали написанню та випуску цієї книги. Особливо я вдячний Марлену Комеру за її чудові та невтомні зусилля, її роботу над рукописом і за її думку редактора. Крім того, я вдячний Меріон Ковалевскі, Арлен Керч, Вірі Сол, Берні Вануітер та Керол Заффарез за їхню допомогу.

Приношу щиру подяку Міт Боуен, Гретхен Рікардс, Джону Біверу, Грегу Комеру, Емі Дірбергер — усім надзвичайно талановитим людям, які проводили дослідження та допомагали скласти чернетки вставок із розділів цієї книги. Їхній внесок справді був великий. Я також високо ціную важку працю сумлінних наукових асистентів, Лінди Чамберлен, Джона Комера та Емі Кріс.

Під час моєї роботи над цим виданням я отримав цінну підтримку та ідеї від ряду видатних академіків та клініцистів, які переглянули частини рукопису. Їхнє колективне знання, пропозиції та точки зору знайшли відображення у другому виданні, і я глибоко вдячний:

Керму Алмосу, Університет Кепітел

Дороті М. Б'янко, Коледж Род Айленд

Конні Р. Боровиць, Школа інженерів в Мілуокі

Кетерін Сіміні, коледж Лікомінг

Еріку Дж. Кулі, Університет у західному Орегоні.

Лорі М. Корей, Коледж Ветчестера

Ендрю Л. Дікінсон, Університет у південній Міссісіпі

Еллен Домм, Коледж Грін Рівер

Лінде І. Флікінгер, Коледж округу Сент-Клер

Френку Гудкіну, Державний коледж у Кастлтоні

Дебре Б. Халл, Університет Уїлінг Джезуїт

Хайді М. Індербіцен-Нолан, Університет Лінкольна в Небраску

Чарльзу Джефрісу, Центральний коледж Сіетла

Стівену Р. Кехоу, Коледж Ель Пасо

Дженніфер Лангхінріксен-Ролінг, Університет Лінкольна в Небраску

Марлен Моретті, Університет Саймона Фрезера

Шеллі Найгард, Коледж Лейкленд Соньє Джін Пауелл, Коледж Олайв-Харві Лінну П. Рему, Університет Х'юстона

Бет М. Рієнці, Каліфорнійський державний університет

Аніте Розенфілд, Коледж Чефей

Катрін Елен Ройел, Державний університет у середньому Теннессі

Ірвінгу Ф. Такеру, Коледж Шеферд

Майклу У. Весей, Державний університет Огайо

Емі Р. Волфсон, Коледж Святого Хреста.

Також я ще раз дякую тим, хто рецензував попереднє видання «Основ патопсихології». Вони зробили значний внесок і допомогли зробити це видання точнішим та глибшим. Це Отто Берлінер, коледж Альфред; Стів Коллінз, коледж Ріо Хондо; Джон Конклін, Коледж Кеймосан; Маржорі Хетч, Південний методистський університет; Мері Лівінгстон, Технічний університет Луїзіани; Чарльз Спіррісон, Державний університет Міссісіпі.

Щодо цього видання, то я висловлюю подяку видавництву та професіоналам, які брали участь у різних стадіях виробництва книги, що виявилося складнішим, ніж зазвичай. Поки писалася ця книга, видавнича група Коледжу Сант-Мартіна – головна компанія *Уорт Паблішерз* та *У. X. Фрімен –* перебудувала свою роботу так, що всі книги з психології тепер публікуватиме *Уорт паблішерз.* Тобто група співробітників у видавництві *У. X. Фріман* брала участь у перших стадіях розробки книжки й потім *Уорт* зовсім інша група взяла він завдання обробки та виробництва книги. Я глибоко вдячний і тим, і іншим.

Перш за все мені хотілося б відзначити внесок моїх друзів і колишніх колег в *У. X. Фріман -* серед них Елізабет Уїддікомбе, Сьюзан Фіннемор Бреннан, Мелісса Уоллерштейн, Джон Хабера і Жанін Сіліотта - вони запустили це видання і допомогли мені визначити його основні цілі та розділи . Так само я вдячний Мойрі Лернер, чудовому та талановитому редактору-розробнику першого видання «Основ патопсихології», чия видатна робота вплинула і на це видання.

Далі я хотів би принести найглибші та сердечні подяки чудовим людям, з якими я працював у *Уорт Паблішерз.* Вони з ентузіазмом вітали мою книгу, старанно працювали над нею до того, як вона побачила світ, і надали тексту високу якість. Приношу подяку Сьюзан Дрісколл, президенту *Уорт,* і Кетрін Вудс, головному редактору, що стежила за випуском і зібрала цілу команду чудових професіоналів, які працювали зі мною. Я міг би написати багато сторінок із виразом вдячності та захоплення перед працівниками редакції, кожен із яких став моїм другом. Все ж таки, з економії місця, я просто і чесно скажу, що кожен з них справді чудово попрацював у своїй сфері, і я завжди цінуватиму і пам'ятатиму їхній чудовий внесок, їхню приголомшливу робочу етику, їхню нескінченну щедрість і тепле ставлення. Це Сюзанна Тібодо, директор видавничої служби; Мері Шафорд, позаштатний редактор, Сьюзан Голдфарб, позаштатний випускаючий редактор; Дженні Ніколс, головний дизайнер; Ден Поташ з дизайн-групи «Яйце, що крутиться»; Сара Сегал, менеджер виробництва; Дебора Гудсайт, менеджер фоторозробок; Кейт Штейнбахер, директор з маркетингової розробки.

Інші співробітники *Уорта,* які зробили чудовий внесок, — Марк Пелач, позаштатний директор проекту; Джон Філіп, відеорежисер; Сью Готфрід, літературний редактор; Джин Ерлер, коректор; Фред Кеплер, укладач покажчика, і Лоуренс Герра, помічник редактора.

Я також хотів би подякувати Мері Шепперт, віце-президента і директора продажів, і чудових торгових представників компанії, які, як і раніше, з ентузіазмом зустрічають кожне видання «Основ патопсихології» та «Патопсихології» та представляють її професорам у всій Північній Америці. Нарешті, я приношу подяки Роберту Бівену, голові наукової американської видавничої групи коледжу святого Мартіна, який спостерігав за перебудовою компаній і приділив увагу моєму переходу з однієї компанії в іншу, разом з багатьма іншими людьми, які відчували занепокоєння, професійне та особисте, яке неминуче супроводжує перехід. Мені дуже приємно працювати з цим чудовим, дбайливим і знаючим джентльменом.

Зрозуміло, я приношу глибоку подяку моїй сім'ї, яка любить і підтримує мене, яка уможливила написання цього підручника. Тут перш за все я завдячую своїй дружині Марлен. Я й мріяти б не міг про милиших, чудових і люблячих синів, ніж Грег і Джон. Інші члени нашого сімейства - Клер Комер, Девід Слоткін, Хадасо Слоткін, Пем Вайнштейн, Стів Комер, Шерон Харді, Чак Харді, Алан Хершман, Енні Комер (наш собака), також збагачують моє повсякденне життя.

Нарешті, я хотів би подякувати студентам і моїм клієнтам за їх внесок у моє життя і роботу. Близько 25 років я разом зі своїми студентами беру участь у особливому періоді їхнього життя — у періоді їхнього інтелектуального, особистого та емоційного переходу та зростання. У ці ж роки мої клієнти запрошують мене брати участь у своєму житті, цінуючи мій клінічний досвід, висновки та навички. Я сподіваюся, що позитивно вплинув на кожного з них; проте я знаю точно, що вони на мене вплинули позитивно. Вони всі зробили мене мудрішими, людянішими, уважнішими до життя і допомогли мені робити свою роботу краще. Я дізнався від них, принаймні, стільки ж корисних речей, скільки і вони від мене. З роками я став розуміти, що це справжній привілей бути викладачем і клініцистом. Я сподіваюся, що це зізнання буде зустрінуте зі схваленням моїми студентами, клієнтами та читачами.

*Рональд Дж. Комер,   
Прінстонський університет*

**Передмова наукового редактора російського видання.**

У 2000 році наказом Міністерства освіти Російської Федерації було затверджено державний стандарт для двох психологічних спеціальностей: «Клінічно психолог» та «Психолог. Викладач психології». За професійною орієнтацією, системою підготовки кадрів та фундаментальними основами освіти клінічна психологія — психологічна спеціальність

Присвячується Лінді Чепат — дорогому другу та дбайливому наставнику

**Розділ 1. Патологічна психологія: минуле та сучасне.**

*Щоночі Міріам довго плаче, перш ніж засне. Вона впевнена, що майбутнє обіцяє їй лише нещастя. Тільки в одному вона справді впевнена: «Я скоро помру, і мої дочки теж скоро помруть. Ми приречені. Світ огидний. Мені все остогидло. Має великі проблеми зі сном. Міріам боїться заплющити очі, боїться, що не зможе прокинутися, а що тоді буде з її дівчатками? Коли вона нарешті занурюється в сон, їй сняться кошмари - кров, розчленовані тіла, гуркіт грому, розкладання, смерть, розруха.*

*І ось приходить ранок, і Міріам відчуває, що не може встати. Сама думка про те, що доведеться прожити ще один день, пригнічує її. Їй хочеться бути вже мертвою, хочеться, щоб її дочки теж були вже мертві. «Це було б найкраще для всіх нас», — думає вона. Депресія та тривога паралізують Міріам, вона надто втомилася, щоб рухатися, і дуже боїться виходити з дому. І вона знову вирішує разом із дочками залишатися вдома.»*

*«Минулого року Бредлі багато разів чув таємничі голоси, які вселяли йому, що він повинен піти з роботи, залишити сім'ю і приготуватися до вторгнення ворогів. Ці голоси внесли жахливе сум'яття до його життя. Бредлі вважає, що голоси належать якимось істотам із віддалених куточків всесвіту, які знайшли спосіб зв'язатися з ним. І хоча йому видається, що в ньому, мабуть, є щось особливе — адже саме його обрали, щоб передати ці відомості, голоси його турбують, він перебуває в постійній напрузі. Якщо Бредлі відмовляється виконати наказ, голоси всіляко ображають його і загрожують, перетворюючи життя на суцільний жах. Бредлі посадив себе на дуже мізерну дієту, щоб не дати гаданим ворогам отруїти його їжу. Він знайшов тиху квартиру далеко від звичних улюблених місць і влаштував у цьому житлі справжній склад зброї та амуніції. Родичі Бредлі та його друзі намагалися поговорити з ним, зрозуміти, що його так турбує, та переконати юнака припинити панічну активність. Проте з кожним днем Бредлі все глибше занурюється у світ таємничих голосів та уявних небезпек.*

Багато хто, ймовірно, вважає, що емоції Міріам і Бредлі, їхні думки і поведінка ненормальні і є результатом стану, який називають психопатологією, поганою пристосовністю, підвищеною тривожністю або розумовим розладом. Ці терміни вживалися при розгляді таких численних проблем, що нам здається, що вони тісно пов'язані з людським мозком чи розумом. Психічні аномалії можуть вплинути на життя як знаменитої людини, так і звичайнісінького, як багатого, так і бідного. З ними доводилося боротися політикам, акторам, письменникам та іншим відомим людям минулого і сьогодення. Психологічні проблеми часом приносять тяжкі страждання і, навпаки, можуть бути джерелом натхнення та енергії.

З цими проблемами стикаються багато хто, вони мають дуже особистий характер і тому привертають загальний інтерес. Сотні романів, п'єс, кінофільмів та телевізійних програм використовували те, що багато людей вважають темною стороною людської природи, книги про те, як допомогти самому собі, буквально затоплюють ринок. Фахівці з проблем душевного здоров'я стали популярними гостями на радіо та телебаченні, а деякі з них мають свої авторські шоу.

Область науки, яка вивчає ці проблеми, які нам так захоплюють, зазвичай називають ***патологічною психологією*** *.* Як і всі вчені, люди, яких називають клінічними дослідниками, ретельно збирають інформацію, щоб мати можливість описати, передбачити і пояснити явища, що вивчаються. Отримані ними знання потім використовуються клінічними практиками виявлення і лікування патологічного поведінки.

***Патологічна психологія*** *- наукове дослідження патологічної поведінки з метою описати, передбачити, пояснити та змінити патологічну поведінку.*

**Виявлення психічної патології та її лікування.**

Хоча клінічні дослідники та практики, що спеціалізуються в психопатології, в основному, ставлять перед собою цілі, подібні до тих, які стоять перед їхніми колегами, що працюють в інших наукових областях, їм доводиться стикатися з проблемами, що дуже ускладнюють їхню роботу. Однією з таких проблем є те, що дуже нелегко визначити, що таке психічна патологія.

Повернемося до випадків Міріам та Бредлі. Чому ми з такою готовністю називаємо їхні реакції ненормальними? Хоча багато визначення патології використовувалися протягом довгих років, жодне з них не стало загальновизнаним. Однак більшість цих визначень мають деякі спільні риси — в них згадуються відхилення від загальноприйнятих норм, постійні душевні страждання, яких зазнає людина, психічна дисфункція та небезпека, яку ця людина представляє для себе або для оточуючих (в англомовних країнах ці особливості часто називають «чотири D»: deviance, distress, dysfunction, danger). Таким чином, ознаками психічної патології є відхилення від норми (тобто людина сильно відрізняється від інших людей, схильна до крайнощів, незвичайна, мабуть, навіть дивна); постійні душевні страждання (неприємні та гнітючі для самої людини); психічна дисфункція, яка заважає людині належним чином виконувати свої повсякденні обов'язки; і, мабуть, небезпека, яку він у собі несе. Це визначення дає нам корисну точку старту, від якої можна почати вивчення психічної патології. Як побачимо, тут є суттєві обмеження.

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** Деякі терміни, які у минулому застосовувалися визначення патологічного поведінки, нині вважаються неприйнятними. Термін «лунатизм» використовувався аж до XX століття, оскільки вважалося, що відхилення у поведінці пов'язані з фазами Місяця. Термін «божевільний», що спочатку вживався у випадках, коли цілком нормальна людина раптом починала поводитися дивно і неадекватно, нині застарів. |

**Відхилення.**

Патологічна психіка – це відхилення, але відхилення від чого? Поведінка Бредлі та Міріам, їхні думки та почуття відрізняються від тих, які прийнято вважати нормою там, де ми живемо, і в наш час. Нам здається незвичайним, що людина щоночі плаче, поки не засне, хоче померти або підкоряється голосам, які чути тільки йому.

Коротше кажучи, патологічна поведінка, думки та емоції - це поведінка, думки та емоції, які сильно відрізняються від наших уявлень про те, що є нормою. Кожне суспільство встановлює ***норми*** *—* писані та неписані — того, якою має бути поведінка. Поведінка, думки та емоції, що суперечать нормам психіки, ми називаємо патологічними.

|  |
| --- |
| **Відхилення та патологія.** Чоловіки з племені Wodaabe біля річки Нігер наносять вишуканий макіяж і надягають ошатні костюми, щоб привабити жінок. У західному суспільстві та сама поведінка порушило б норми поведінки і, мабуть, його вважали б патологією. |

***Норми*** *- писані та неписані правила поведінки, прийняті в суспільстві.*

Судження про те, що є нормою, у різних суспільствах неоднакові. Прийняті в суспільстві норми беруть початок в особливостях його культури - історії, духовних та моральних цінностях, його звичаях, ремеслах, технологіях та мистецтві. Так, суспільство, у культурі якого цінується дух змагання і самоствердження, може вважати агресивну поведінку нормою, тоді як у суспільстві, що віддає перевагу духу взаємодопомоги та доброзичливості, можуть вважати агресивну поведінку неприйнятною і навіть патологічною. Духовні цінності будь-якого суспільства можуть змінюватися з часом, а тому змінюються і погляди на те, що слід вважати психічною нормою. Наприклад, сто років тому на Заході участь жінок у бізнесі вважалася чимось небажаною та дивною. Сьогодні ж така поведінка схвалюється суспільством.

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** В одному огляді наводяться дані про те, що досить багато людей зізналося в таких поведінкових відхиленнях: деякі, будучи в гостях, користувалися нагодою, щоб заглянути в аптечку господаря (39%), інші не завжди спускали за собою воду в туалеті (23%). , Дехто зізнавався, що вони бачили привид (10%) (Kanner, 1995). Чи слід вважати їхню поведінку патологічною? |

|  |
| --- |
| ***Часи змінюються.*** У міру того, як громадські норми змінюються, змінюються та уявлення у суспільстві про патологію. У минулому десятилітті любов Христини Санчес до бою биків визнали б дивним, навіть патологічним. Сьогодні вона — одна з найкращих матадорів і вважається взірцем для наслідування. |

Судження у тому, що слід називати патологією, залежить від різних обставин, і навіть від цього, що вважається психічної нормою. Що, якщо, наприклад, ми дізналися б, що нещасна Міріам живе в Лівані, країні, змученій роками битв, і що добробут, який вона колись знала, розтанула після того, як було вбито її чоловіка й сина? Рік слідував за роком, приносячи лише тимчасове полегшення, Міріам перестала сподіватися, що в її житті щось зміниться на краще. Якщо все це взяти до уваги, то поведінка Міріам вже не здається такою дивною. Якщо тут є щось ненормальне, то це ситуація, в якій вона опинилася. У світі, в якому ми живемо, багато речей можуть дуже сильно впливати на психіку — великі катастрофи та різні лиха, згвалтування, жорстокість по відношенню до дітей, війна, смертельні хвороби, постійний біль (Turner & Lloyd, 1995). Чи може бути якийсь «нормальний» спосіб реагувати на такі речі? Чи маємо ми в такому разі називати реакції на них патологічними?

**Страждання.**

Навіть поведінка, яку прийнято вважати незвичайною, зовсім не обов'язково класифікується як патологічна. На думку багатьох теоретиків-клініцистів, поведінка людини, думки чи емоції зазвичай завдають йому страждання ще до того, як їх можна класифікувати як патологічні. Розглянемо випадок із членами товариства Руйнів Льоду (Ice Breakers). Ця група людей, що живуть у Мічигані, які плавають в озерах цього штату кожен вікенд з листопада по лютий. Чим холодніша погода, тим більше це їм подобається. Одна людина, яка є членом цієї групи вже сімнадцять років, каже, що їй подобається боротися із труднощами. Людина проти природи. Людина проти свого тіла. Тридцятисемирічна жінка-адвокат вважає, що шок на вихідні є корисним для її здоров'я. «Це очищує мене, – стверджує вона. — Це підбадьорює мене і дає мені сили на наступний тиждень». Іншому руйнівнику Льоду правляться незвичайні почуття, які приносить йому спілкування з групою. «Коли ми збираємося всі разом, ми знаємо, що пас має щось своє, особливе, щось таке, що більше нікому не зрозуміло. Я навіть не можу розповісти більшості моїх знайомих, що я Руйнівник Льоду. Вони просто не захотіли б зі мною знатися. Дехто думає, що я навчаюсь на космонавта».

Звичайно, поведінка цих людей не зовсім звичайна, але чи можна сказати, що вона ненормальна? Вони не почуваються нещасними, вони сповнені енергії. Оскільки вони не страждають, потрібно серйозно подумати, перш ніж виносити судження про патологію їхньої психіки.

Чи повинні ми в такому разі зробити висновок, що завжди ще до того, як поведінку людини можна визнати патологічною, вона обов'язково відчуває моральні страждання та розпач? Зовсім необов'язково. Буває, що люди, чию поведінку можна вважати патологічною, продовжують зберігати позитивний настрій. Знову повернемося до Бредлі, якому чуються таємничі голоси. Бредлі дійсно страшно переживає через майбутнє «вторгнення» і змін, що відбулися в його житті. Ну а якщо б замість цього йому подобалося слухати ці голоси, якби він пишався своєю обраністю і збирався рятувати світ? Ми все ще не повинні вважати його поведінку патологічною?

**Дисфункція.**

Патологічне поведінка може призвести до психічної дисфункції, тобто до нервового розладу, що заважає людині у повсякденному житті. Щось так збиває людей з пантелику, так турбує їх, що вони не в змозі достатньо дбати про себе, підтримувати нормальні соціальні зв'язки або ефективно працювати. Наприклад, Бредлі перестав ходити на роботу, пішов із сім'ї і взагалі приготувався відсторонитися від активного життя.

І тут знову у визначенні патології відіграє роль культура суспільства. У суспільстві прийнято вважати, що важливо виконувати повсякденні обов'язки якнайкраще. Таким чином, схоже, що поведінка Бредлі може розглядатися як патологічна і небажана, у той час як поведінка руйнівників Льоду, які продовжують старанно працювати і підтримувати необхідні ділові та людські зв'язки, ймовірно, може розглядатися просто як незвичайне.

|  |
| --- |
| ***Духовний досвід.*** У Франції у містечку Val d'Iser студенти заривають себе по горло у сніг. Вони зовсім не відчувають дистрес, а займаються японською практикою, призначеною для того, щоб відкрити серця і розширити дух, тому клініцисти навряд чи вважатимуть їхню поведінку патологією. |

**Небезпека.**

Можливо, крайнім випадком психічної дисфункції є поведінка, яка робиться небезпечною для самої людини чи інших. Індивіди, які завжди виявляють безтурботність та необережність, вороже налаштовані до оточуючих або відчувають труднощі під час спілкування, можуть поставити на межу ризику себе чи інших людей. Наприклад, Бредлі, мабуть, становить небезпеку для самого себе, оскільки сидить на голодній дієті, і для інших, оскільки зберігає в собі купу зброї та амуніції.

Хоча небезпека часто вважається характерною рисою патологічної поведінки, дослідження показують, що насправді це скоріше виняток, ніж правило (Juninger, 1996; Monahan, 1993, 1992). Багато людей, які страждають від постійної тривоги, депресії і навіть дивно поводяться, не становлять безпосередньої небезпеки ні для себе, ні для інших людей.

**Психічна патологія: концепція, що вислизає.**

Спроби визначити, що таке психічна патологія допомагають знайти відповіді на меншу кількість питань, ніж порушують. Основна труднощі у тому, що це явище можна судити у тих духовних цінностей даного суспільства. Зрештою, соціум вибирає загальні критерії для визначення патології і потім використовує ці критерії для того, щоб виносити судження про кожен окремий випадок.

Один із теоретиків-клініцистів, Томас Зач (Szasz, 1997, 1987, 1961), надає таке значення ролі суспільства, що вважає всю концепцію душевних хвороб невірною. Згідно Зачу, відхилення, які суспільство вважає патологічними, насправді є лише «проблемами способу життя», а не ознаками того, що з людиною відбувається щось дивне. Він вважає, що будь-яке суспільство вводить концепцію душевних захворювань, щоб краще контролювати поведінку людей або впливати на тих, чия поведінка турбує оточуючих або загрожує громадському порядку.

Словник визначає ексцентрика як людини, поведінка якого відхиляється від загальноприйнятих норм або в поведінці якої виявляються якісь дива чи ексцентричність. Але як ми можемо визначити, де перед нами психічно здорова людина з незвичайними звичками, а де людина, чиї дива є ознакою психічної патології? Донедавна ексцентрики майже не вивчалися, але варто тільки почати, і справа піде (Weeks & James, 1995).

Навіть якщо вважатимемо, що поняття психічної патології відповідає дійсності, і що подібні патології говорять про нездоров'я, ми можемо не погоджуватися у питаннях визначення патології та непослідовно застосовувати наші поняття до життєвих реалій. Якщо якісь особливості поведінки — наприклад, надмірне вживання алкоголю студентами — звичні, то суспільство може не усвідомлювати, що це відхилення від норми, що воно може стати причиною тяжких переживань, сприяти психічній дисфункції та становити небезпеку. Тисячі студентів у Сполучених Штатах мають настільки сильну алкогольну залежність, що постійні п'янки завдають шкоди їхньому життю та навчанню, згубно впливають на здоров'я та часто стають небезпечними як для них самих, так і для оточуючих. І це студентське пияцтво не вважається відхиленням від норми ні адміністрацією навчальних закладів, ні спеціалістами з охорони здоров'я. Алкоголь займає таке місце у студентській субкультурі, що дуже легко переглянути постійні випивки, які перейшли за межу норми.

Зрозуміло, що суспільство може важко відокремлювати патологію, яка потребує лікування, від незвичайних особливостей індивідуальної поведінки — у цьому останньому випадку ніхто не має права втручатися в життя людини. Іноді ми бачимо людей або чуємо про людей, які зі звичайної точки зору поводяться дуже дивно, наприклад, дізнаємося про те, що хтось живе один із дюжиною кішок і практично ні з ким не розмовляє. Поведінка подібних людей відхиляється від норми, вона може приносити людині неприємності або горе, може сприяти психічній дисфункції, проте багато фахівців вважають її швидше ексцентричною, ніж патологічною.

Коротше кажучи, якщо ми можемо погодитися на те, що ознаками патологічної поведінки є відхилення від норми, страждання, дисфункція та іноді небезпека для себе чи для інших, ми не повинні забувати, що ці критерії часто бувають дуже розпливчастими. Де та грань, коли ознаки патологічної поведінки — відхилення від норми, страждання, дисфункція та небезпека — виявляються настільки, що поведінку людини слід визнати патологічною? Скоріше за все, на це питання неможливо відповісти. Деякі види патологій, які ми зустрінемо в цій книзі, настільки чітко виражені, як це може здатися, і більшість з них клініцисти продовжують обговорювати.

**Визначення лікування.**

Виявивши випадок психічної патології, лікарі-клініцисти гадають, як його лікувати. ***Лікування*** - дії, спрямовані на те, щоб допомогти змінити патологічну поведінку на більш нормальну, - теж потребує чіткого визначення (Brent & Kolko, 1998). Для вчених-клініцистів це завдання тісно пов'язане з визначенням патології. Розглянемо випадок з молодим чоловіком на ім'я Білл:

*Лютий: Він не може виходити з дому. Білл у цьому. Будинок – єдине місце, де він почувається у безпеці – вдома йому не загрожують приниження, небезпеки, навіть загибель. Якби він прийшов на роботу, його колеги так чи інакше висловили б своє зневажливе ставлення до нього. Якесь зауваження на його адресу, глузливий погляд — і все було б зрозуміло. Якщо він зайде до магазину, все відразу вп'яться на нього. Звичайно ж, усі помітять, у якому він пригніченому стані, які похмурі думки; він зможе це приховати. Він навіть не наважується один гуляти лісом — швидше за все, його серце знову почне прискорено битися, у нього перехопить подих, підігнуться коліна, і він не зможе дістатися до будинку. Ні, для нього буде краще не виходити зі своєї кімнати і постаратися якось перетерпіти ще один вечір цього прокляття, званого життям.*

*Липень: Життя Білла тісно пов'язане з колом друзів; тут Боб і Джек, яких він знає по офісу, де його нещодавно підвищили до посади заступника директора зі зв'язків з покупцями, а також Френк і Тім, його партнери з тенісу — з ними він грає у вихідні дні. Ця компанія молодих людей щотижня зустрічається за обідом у когось із них, і вони ведуть розмови про життя, політику та роботу. Особливе місце у житті Білла займає Дженіс. Вони разом ходять у кіно, ресторани, різні шоу. Дженіс вважає, що Білл - приголомшливий хлопець, а Білл відчуває, що просто розквітає у її присутності. Білл із задоволенням ходить на роботу і йому приносить задоволення розмовляти з клієнтами. Він радіє життю і просто насолоджується своєю роботою та спілкуванням із приємними людьми.*

***Лікування*** *— процедура, яка має на меті змінити патологічну поведінку і зробити її більш нормальною.*

***Терапія*** *— систематичні дії, спрямовані на те, щоб допомогти людям подолати їхні психологічні проблеми. Учасниками цього процесу є пацієнт та досвідчений терапевт, при цьому необхідно, щоб вони мали не один сеанс лікування, а серію зустрічей.*

Думки Білла, його почуття, його поведінка шкодили всім аспектам його життя у лютому. Проте більшість цих симптомів зникли до липня. Біллу могли допомогти різні чинники. Можливо, йому запропонували допомогу чи добру пораду друзі чи близькі родичі. Якась нова робота або добре проведена відпустка могли покращити її душевний настрій. Можливо, він змінив свою дієту чи почав робити якісь корисні фізичні вправи. Будь-який з цих факторів або всі вони могли принести користь, але їх не можна розглядати як ***терапію*** *.* Цей термін зазвичай застосовується лише до спеціального, систематичного процесу, який має допомогти людям подолати їхні психологічні труднощі. Згідно з клініцистом-теоретиком Джеромом Франком, всі форми терапії мають три основні особливості:

1) Є страждаючий людина, прагне знайти допомогу цілителя.

2) Є цілитель, який володіє відповідним досвідом, у можливостях якого впевнені як хворий, так і його соціальне оточення.

3) Необхідно провести серію зустрічей цілителя і хворого, під час яких цілитель намагається домогтися змін на краще в емоційному стані страждає людини, її ставлення до оточуючого та її поведінці (Frank, 1973, р. 2-3).

Незважаючи на таке, здавалося б, дуже ясне визначення, клінічне лікування оточене конфліктами та плутаниною. Карл Роджерс, першопрохідник в галузі сучасної клініки, з яким ми ще зустрінемося в другому розділі, зазначає, що «терапевти не мають одностайності щодо цілей, які перед ними стоять... Вони не можуть дійти згоди щодо того, що слід вважати успішним завершенням їх роботи. Вони не можуть вирішити, який результат слід кваліфікувати як поразку. Здається, що вся ця область є справжнім хаосом і в ній немає однаковості».

Деякі клініцисти вбачають у будь-якій психічній патології захворювання і тому вважають, що терапія – це процедура, яка допомагає вилікувати хворобу. Інші розглядають патологію як проблеми способу життя і вважають, що лікар має бути вчителем розумнішої поведінки та мислення, бачачи в людині з психічними відхиленнями «клієнта». Оскільки обидва терміни є цілком звичайними, ми будемо використовувати в цій книзі як той, так і інший.

Незважаючи на численні розбіжності, більшість клініцистів згодні, що багато людей потребують того чи іншого виду допомоги. Пізніше ми наведемо докази те, що терапія насправді часто приносить користь (DeRubeis & Crits-Christoph, 1998).

**Резюме**

Область науки, що займається дослідженням патологічної поведінки, називається патологічною психологією. Її мета полягає в тому, щоб зрозуміти та вилікувати патологію поведінки.

Здебільшого характерними рисами патологічної поведінки є відхилення від норми, страждання, які відчуває людина, психічна дисфункція і небезпека, яку є його поведінка йому самого й інших людей. З іншого боку, поведінка людини має розглядатися у тому контексті, у якому вона має місце, у своїй концепція те, що вважати патологією, залежить від і цінностей даного суспільства.

Терапія - це спеціальний, систематичний процес, який допомагає людям подолати їх психологічні труднощі. Вона може бути тією чи іншою — залежно від проблеми і від лікаря, але зазвичай будь-яка терапія включає пацієнта, терапевта (психолога) і серію професійних контактів.

**Крупним планом**

*Кожному своє...*

Гарі Холловей, плановик-еколог із Сан-Франциско, має безліч захоплень, має цілу стайню «ковзанів». Крім того, його дуже захоплює особистість Мартіна Ван Бюрена (Martin van Buren).... Виявивши, що Ван Бюрен є єдиним президентом в історії США, на згадку якого не створено якогось суспільства, Гарі негайно заснував Клуб фанатів Ван Бюрена. Холовей все життя є шанувальником св. Франциска Ассизького і сам часто одягається на зразок ченця-францисканця. «Цей одяг зручний і кумедний, — пояснює він, — мені дуже подобається, як люди реагують, бачачи мене в цьому вбранні. В автобусі мені завжди поступаються місцем» (Weeks & James, 1995, p. 36-37).

Дослідник Девід Вікс протягом 10 років вивчив 1000 ексцентриків. В результаті виконаної роботи він дійшов висновку, що для ексцентриків характерні п'ятнадцять загальних ознак. Згідно з цим дослідженням, на 5000 чоловік один може бути «класичним ексцентриком», дива якого виявляються не час від часу, а постійно. До ексцентричного стилю поведінки схильні однаково як чоловіки, і жінки.

У цьому дослідженні висловлюється думка, що навіть якщо чийсь «прикид», тобто одяг, здається дуже дивним, у людини насправді може бути ніяких психічних порушень. Як ексцентрики, так і люди з психічними проблемами можуть поводитися дуже незвично, але дива людей з проблемами звертаються проти них і зазвичай стають причиною страждань. З іншого боку, ексцентричний стиль поведінки — це вільний вибір людини і приносить йому задоволення. Коротше кажучи, "ексцентрики знають, що вони не такі, як усі, і насолоджуються цим" (Weeks & James, 1995, p. 14). З іншого боку, слід зазначити, що розумові процеси ексцентриків немає серйозних порушень і викликають психічної дисфункції. І якщо ексцентрики пристрасно захоплюються своїми хобі або поставленими цілями, їхні інтереси не відчуваються ними як нав'язані, а є для них джерелом розваг і задоволення.

Хоча, звичайно, у досліджених ексцентриків не було імунітету від психічних порушень, вони мали менше проблем, ніж інші обстежені. Можливо, бути «оригінальним» корисним для психічного здоров'я. Ексцентрики здавалися і фізично здоровішими, ніж решта людей, — у середньому вони відвідували лікарів лише один раз за вісім років. Вікс робить висновок, що незважаючи на відхилення в поведінці — а можливо навіть завдяки цим відхиленням — більшість ексцентриків це цілком щасливі, добре пристосовані і життєрадісні люди.

***Чи є ексцентриком?***

Згідно з Віксом, для ексцентричних людей характерні наступні п'ятнадцять особливостей (вони будуть перераховані в порядку важливості). Хоча перші п'ять ознак визнаються найбільш визначальними, якщо вам притаманні будь-які десять із п'ятнадцяти ознак, вас можна назвати ексцентриком.

— Небажання підкорятися загальноприйнятим нормам та зразкам.

- Творчий початок.

- Допитливість.

— Ідеалізм, бажання зробити світ кращим, а життя людей радіснішим.

- Щаслива одержимість якимось захопленням (часто не одним).

— Усвідомлення з раннього дитинства своєї відмінності від інших.

— Гарний розумовий розвиток.

— Упертість та відвертість, переконаність у своїй правоті.

— Небажання змагатися в будь-чому і з ким би там не було, відсутність потреби у підтримці чи втіхі з боку суспільства.

— Незвичайність звичок у харчуванні чи інших повсякденних звичок.

— Відсутність інтересу до думки чи компанії інших людей (крім тих випадків, коли людина хоче в чомусь їх переконати).

— Почуття гумору, часто змішане з деякою зловтіхою.

- Самотність.

— Людина є старшою чи єдиною дитиною у сім'ї.

- Неписьменно пише.

***Знамениті ексцентрики***

Джеймс Джойс завжди мав при собі пару маленьких дамських штанців, якими він розмахував у повітрі, якщо хотів продемонструвати своє схвалення.

Емілі Дікінсон завжди носила біле, ніколи не виходила зі своєї кімнати і ховала свої вірші у маленьких коробочках.

Бенджамін Франклін вважав, що повітряні ванни корисні для здоров'я та приймав їх, сидячи зовсім голим перед відкритим вікном.

Олександр Грехем Белл завішував вікна свого будинку, щоб у нього не проникали промені повного місяця. А ще він намагався навчити розмовляти свого собаку.

(Weeks & James, 1995)

|  |
| --- |
| ***Ексцентричність на відпочинку.*** Жен Пул, 37-річний тесляр, часто ходить Нью-Йорком у костюмі, зробленому з 500 порожніх бляшанок з-під пива. Чому він так робить? Він хоче привернути увагу до проблеми вторинної сировини і хоче, щоб на неї звернули увагу. Тут ми бачимо, як він улаштувався на лавці міського парку, щоб трохи відпочити. |

**Погляд із минулого на патологію та лікування.**

Щороку 30% дорослого населення і 20% дітей і підлітків у Сполучених Штатах страждають на серйозні психічні порушення і потребують клінічного лікування (Friedman et al., Kazdin, 1993). Крім того, більшість людей мають труднощі в різних аспектах життя і іноді відчувають сильний стрес, напругу, депресію та інші форми психологічного дискомфорту.

Є спокуса зробити висновок, що в сучасному житті є щось таке, в чому лежить причина всіх цих численних емоційних проблем: швидкі технологічні зміни, можливо, занепад релігії, сім'ї чи інших систем підтримки. Хоча особливий тиск сучасного життя, можливо, робить свій внесок у психічну дисфункцію, навряд чи воно є його основною причиною. У кожному суспільстві, як у минулому, і тепер, мали і мають місце прояви психічної патології. Тоді, можливо, найкраще, з чого ми можемо розпочати наше дослідження патологічної поведінки та її лікування, це зазирнути у минуле.

Заглянувши в минуле, ми бачимо, як кожне суспільство прагнуло зрозуміти та лікувати психічні проблеми, і при цьому можна помітити, що багато сучасних ідей та методів лікування мають коріння в минулому. Стає ясно, що прогрес у розумінні та лікуванні психічних порушень навряд чи має характер постійного руху вперед. Насправді багато з невідповідностей та протиріч, характерних для клініки сьогоднішнього дня, дуже нагадують невідповідності та протиріччя минулого. Водночас, погляд в історію може допомогти нам оцінити важливість сучасних наукових досягнень і важливість шляху, який ще належить пройти.

**Погляди древніх.**

Археологи, вивчають останки древніх покупців, безліч їх матеріальну культуру, зробили висновок, що, можливо, у суспільствах патологічне поведінка розглядалося як результат впливу злих духів. Очевидно, люди доісторичних суспільств вірили, що це, що відбувається навколо них та у їх психіці, відбувається у результаті дій надприродних істот, управляючих світом. Зокрема, вони вірили, що тіло і розум людини є полем битви між зовнішніми силами добра і зла. Зазвичай патологічна поведінка пояснювалася як перемога злих духів, і для того, щоб вилікувати людину, слід змусити духів залишити її тіло.

Цей погляд на патологію, можливо, існував ще в кам'яному віці, півмільйона років тому. На деяких черепах, знайдених у Європі та Південній Африці, можна побачити сліди операції, яка називається ***трепанацією*** *,* при якій у черепі хворого на кам'яний інструмент вирізався круглий отвір. Деякі історики дійшли висновку, що ця операція проводилася для лікування гостропатологічної поведінки — галюцинацій, коли люди бачили або чули те, чого не було насправді, або важку меланхолію, для якої характерні крайній смуток і нерухомість. Череп розкривався з метою випустити духів зла, які, як передбачалося, були причиною виникнення проблеми (Selling, 1940).

***Трепанація*** *- давня операція, при якій використовувався кам'яний інструмент для того, щоб зробити в черепі круглий отвір - можливо, з метою вилікувати патологію поведінки.*

У пізніших суспільствах патологічна поведінка пояснювалася одержимістю демонами. Наприклад, усі єгипетські, китайські та єврейські джерела пояснюють психологічні проблеми саме таким чином. Те саме робить і Біблія, яка описує злого духа, посланого Богом на царя Саула, і те, як Давид вдавався божевільним, щоб вороги переконалися, що його відвідують божественні сили.

|  |
| --- |
| ***Вигнання злих духів.*** Дві дірки в цьому черепі, що залишилися від стародавніх часів, показують, що людина зазнала трепанації, мабуть, тому що її звільняли від злих духів і лікували від психічної дисфункції. |

У цих ранніх суспільствах патологію часто лікували «вигнанням бісів» ( ***екзорцизм*** ).Ідея полягала в тому, щоб змусити злих духів залишити тіло людини. Шаман чи жрець читали молитви, благали духів зла, лаяли їх, робили різні магічні дії, гучні звуки чи давали людині, одержимій, на їхні поняття, злими духами, пити гіркі рідини. Якщо ці прийоми не приносили потрібних результатів, то вдавалися до крайньої форми «вигнання бісів» — людину бичували або не давали їй їсти.

***Екзорцизм*** *— поширена ранніх суспільствах практика лікування психічної патології шляхом дій, вкладених у те, щоб змусити злих духів залишити тіло людини.*

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Люди кам'яної доби не залишили письмових свідчень, тому археологи не можуть бути впевнені в тому, що трепанація, насправді, була давнім способом лікування психічної дисфункції. Як інакше можна пояснити отвори в людських черепах, що з того часу збереглися? Як ви думаєте, чому історики все ж таки пов'язують ці отвори з психічними захворюваннями? |

**Погляди на цю проблему та лікування психічної патології в античності.**

За часів процвітання грецької та римської цивілізацій, приблизно з 500 р. до нашої ери до 500 р. нашої ери, філософи та лікарі стали пропонувати різні пояснення патологічної поведінки. Гіппократ (460-377 до зв. е.), якого часто називають батьком сучасної медицини, вважав, що це хвороби мають природні причини. На його думку, болісна патологія поведінки викликається внутрішніми фізичними причинами. Зокрема, він вважав, що виною патології буває якась форма захворювання мозку, а це захворювання – як, на його погляд, і будь-яка хвороба – має своєю причиною дисгармонію чотирьох тварин гуморів (рідин), що циркулюють у людському тілі: жовтої ***жовчі*** , чорної жовчі, крові та слизу (флегми). Наприклад, надлишок жовтої жовчі викликає шалену радість; надлишок чорної жовчі є джерелом постійної печалі (меланхолія - чорна жовч (грец.). - Прим. ред.). Впевненість Гіппократа в тому, що патологічна поведінка пояснюється причинами внутрішнього характеру, розділяли і великі грецькі філософи Платон (427-347 до н. е.) та Аристотель (384-322 до н. медики.

***Гумори*** *- згідно античним поглядам, це тваринні рідини, які впливають на розумові та фізичні функції людського організму.*

Відповідно до цих поглядів античні лікарі лікували психічні відхилення, поєднуючи медичні та психологічні засоби. Перш ніж вдатися до таких крайніх заходів, як пустити хворому кров чи обмежити свободу його пересування, багато грецьких лікарів спочатку прописували хворому теплу та дружню підтримку, музику, масаж, фізичні вправи та ванни. Римські лікарі висловлювалися навіть певніше, вважаючи, що пацієнта з психічними порушеннями необхідно всіляко заспокоювати і морально підтримувати.

**Європа у середні віки: Демонологія повертається.**

Освічені погляди античних вчених виявилися нездатними похитнути віру звичайних людей у демонів. З занепадом Риму демонологічні погляди та лікувальні практики стали знову популярними. Європою поширювалася недовіра до науки.

У Європі часів 500–1350 р. н. е. — період Середньовіччя — дуже зросла влада духовенства. Церква заперечувала наукові форми досліджень та контролювала освіту. Релігійні вірування, які самі по собі рясніють як забобонами, так і демонологією, стали домінувати над усіма аспектами життя. Поведінка людини зазвичай розглядалася як боротьба між добром і злом, Богом та дияволом. Поведінка, що відхиляється від загальноприйнятих норм, особливо психічна дисфункція, розглядалося як свідчення впливу Сатани. Хоча деякі вчені та лікарі все ще доводили правильність медичних пояснень та засобів лікування, у цій атмосфері їхні погляди не користувалися популярністю.

Середньовіччі були напруженим і неспокійним часом, епохою воєн, повстань міського населення та жахливих епідемій, таких хвороб, як чорна віспа та чума. Люди звинувачували диявола за важкі часи і боялися, щоб він не опанував їх. У цей час стало дуже багато випадків патологічної поведінки. Крім того, траплялися сплески масового божевілля, коли у багатьох людей одночасно були одні й ті самі бачення та галюцинації. При одному такому психічному порушенні, ***тарантизмі*** (відомому також як танець св. Вітта) групи людей раптово починали скакати, роблячи кола, танцювати і битися в конвульсіях (Sigerist, 1943). Всі були переконані, що цих людей вкусив «вовчий павук» тарантул. За іншої форми масового божевілля, лікантропії люди вважали, що їх душами опанували вовки або інші звірі. Так звані перевертні поводилися як звірі і уявляли, що їхнє тіло вкрилося вовною.

***Тарантизм*** *- психічне порушення, поширене в Європі між 900 і 1800 н. е., коли люди раптово починали стрибати, танцювати колами і битися в конвульсіях. Це психічне порушення відоме також як танець св. Вітта.*

***Лікантропія*** *— психічне порушення, коли люди вірять, що вони одержимі вовками чи іншими звірами.*

Не дивно, що за часів Середніх віків повернулися деякі з ранніх демонологічних практик лікування психічних аномалій. Знову стало вважатися, що ключ до зцілення хворого полягає в тому, щоб вигнати з тіла диявола, що оволодів ним. Екзорцизм відродився, і священики зверталися до Господа чи духа зла з благаннями, піснеспівами та молитвами. Вони могли також давати хворим пити святу воду чи гіркі рідини. Якщо ці прийоми не спрацьовували, екзорцисти намагалися впливати на диявола, ображаючи або принижуючи його (надмірна гордість — це найслабше місце Сатани), або, у крайніх випадках, хворому не давали їсти, сікли, ошпарювали окропом або розтягували його.

|  |
| --- |
| ***Гумори у дії.*** Гіппократ вважав, що дисбаланс чотирьох тварин гуморів впливає особистість і викликає психічні порушення. Ілюстрації наочно показують, як, згідно з цією теорією, діють дві з цих рідин - жовта жовч (ліворуч) змушує чоловіка-холерика бити свою дружину, а чорна жовч (праворуч) викликає у людини меланхолію і укладає його в ліжко. |

Тільки коли Середньовіччя добігло кінця, почали втрачати популярність і прийняті на той час методи лікування психічних аномалій. Європейські міста ставали дедалі більше, урядовці забирали владу до рук, а церковники втрачали вплив. Серед інших відповідальних кроків світська влада почала будувати лікарні і взяла на себе турботу про хворих, включаючи людей, які страждають на психічні порушення. Погляди медиків на патологію вже знаходили деяке розуміння, і багато пацієнтів з психічними порушеннями почали лікуватися в лікарнях, таких як Трініті (Trinity) в Англії.

**Сцени із сучасного життя**

*Спроби досягти «вищого царства»*

У 1997 році весь цивілізований світ зазнав шоку, дізнавшись про вірування, яких дотримувалися послідовники секти Небесних Воріт (Heaven's Gate), коли тридцять дев'ять членів цієї секти наклали на себе руки в дорогому будинку в одному з передмість Сан-Дієго. Завдяки залишеним ними відеострічкам та повідомленням в Інтернеті, стало відомо, що члени секти вірили, що їхні тіла є лише «контейнерами», тобто вмістилищами вищих небесних духів, і що НЛО ховаються в хвості комети Хейла-Боппа, щоб прийти і забрати їх додому, у «їхній світ». По суті, сектанти вірили, що смерть звільнить їх для входження до якогось «вищого царства».

Суспільність була особливо стривожена ключовою роллю, яку явно відігравали засоби масової інформації та сучасні системи зв'язку для популярності та поширення культу Небесної Врати. У 1993 році, намагаючись викликати інтерес до групи своїх послідовників, лідер секти, Маршалл Херфф Епллуайт (Marshall Herff Applewhite), дав у журнал «USA Today» публікацію рекламного характеру, в якій описував філософські зв'язки культу з іншими мілінаристськими сектами. , що передбачають у 2000 році кінець світу. Крім цієї форми публічної активності члени секти навчилися користуватися Інтернетом і використовували його, щоб дізнаватися про НЛО та інші свідчення «вищого життя». До того ж послідовники цього культу відкрито залучали нових членів, поширюючи через Інтернет заклики, звернені до людей, які думали про самогубство, мучилися від депресії чи зловживали психоактивними речовинами.

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Що спільного у вірувань, поведінки та обставин людей, пов'язаних з культом Небесної Врати з поширеними в минулому формами «масового безумства», такими як тарантизм чи лікантропія? Чи дає Інтернет небезпеку як засіб, що рекламує нові форми масового божевілля та сприяє його поширенню? |

**Ренесанс та створення притулків.**

Демонологічні погляди на патологію продовжували втрачати популярність у період раннього Відродження, коли почали активно розвиватися культура та наука (приблизно 1400-1700). Німецький лікар Йоган Вейєр (Johann Weyer, 1515-1588), перший лікар, що спеціалізується на душевних захворюваннях, вважав, що розум так само схильний до хвороб, як тіло. Тепер його вважають першовідкривачем сучасної психопатології чи психічної дисфункції.

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** У Вільяма Шекспіра (1564-1616), творчість якого належить до епохи Відродження, можна знайти роздуми про природу та причини патологічної поведінки у 20 з написаних ним 38 п'єс та у багатьох сонетах (Dalby, 1997). |

|  |
| --- |
| ***Побоювання чаклунства.*** Деякі вірування про одержимість дияволом продовжували існувати і в епоху Відродження. Панічний страх перед відьмами прокотився Європою в XV-XVI століттях. Десятки тисяч людей, переважно жінок, були запідозрені в тому, що вони уклали договір із дияволом. У деяких з обвинувачених відзначалися психічні порушення, які і були причиною дивовижності їхньої поведінки (Zilboorg & Henry, 1941). Таких жінок «макали» у воду доти, доки вони не визнавали, що є відьмами. |

У цій атмосфері продовжували вдосконалюватись методи турботи про людей із психічними порушеннями. У Англії такі люди утримувалися вдома, які сім'ї отримували утримання хворих кошти від місцевого церковного приходу. У різних місцях Європи знаходилися влаштовані церквою богадільні, призначені для лікування людей з психічними порушеннями. Можливо, найбільш відомий з таких притулків був у місті Гіле (Gheel) у Бельгії. Починаючи з XV століття Гіль з усіх кінців Європи прагнули люди, які сподіваються на лікування своєї психіки. Місцеві жителі дружелюбно приймали їх, і з численних пілігримів сформувалася перша у світі «колонія» пацієнтів із душевними захворюваннями. Гіль був першопрохідником сучасної системи психічного здоров'я суспільства, і досі показує всьому світу, що люди з психічними проблемами з вдячністю реагують на турботу та поважне лікування (Aring, 1975, 1974). І сьогодні у своєрідних інтернатах цього міста мешкає аж до свого одужання безліч пацієнтів, які вільно спілкуються з іншими жителями Гіля.

На жаль, ці покращення у змісті хворих та турботі про них почали зникати до середини XVI століття. Міські чиновники виявили, що приватні та громадські будинки для утримання психічно хворих людей спроможні вмістити лише невелику частину людей із серйозними психічними порушеннями, а лікарень недостатньо і вони надто малі. Все частіше міська влада стала перетворювати лікарні та монастирі на так звані ***притулки*** (asylums), заклади, в які можна було відправити людей з психічними порушеннями. Цілком очевидно, що ці заклади розпочинали свою діяльність із найкращими намірами — забезпечити пацієнтам лікування та догляд. Однак у міру того, як притулки переповнювалися, вони помалу стали перетворюватися на свого роду в'язниці, де пацієнтів утримували в брудних приміщеннях і поводилися з ними з неймовірною жорстокістю.

Наприклад, у 1547 році лондонська Віфлеємська лікарня (Bethlehem Hospital) була віддана місту королем Генріхом VIII виключно для утримання в ній душевнохворих. У цьому притулку пацієнтів тримали в ланцюгах, і вони так кричали, що їх крики були чутні по всій окрузі. Фактично ця лікарня перетворилася на популярний туристичний атракціон; люди із задоволенням платили за те, щоб подивитися на тих, хто завивав і щось невиразно бурмотить мешканців притулку. Назва цієї лікарні, яку місцеві жителі вимовляли як «Бідлам», почала означати хаотичний шум. Подібним чином у «Вежі лунатиків» у Відні пацієнтів утримували у вузьких проходах, через зовнішні стіни яких за ними могли спостерігати туристи.

***Притулок*** *— установа, яка у XVI столітті призначалася для надання допомоги людям із психічними порушеннями. Більшість подібних закладів практично перетворилася на справжні в'язниці.*

**19 століття: моральне лікування.**

До 1800 року у лікуванні людей із психічними проблемами знову почали з'являтися деякі поліпшення. Історики зазвичай вказують на паризький притулок для душевнохворих чоловіків Ла Бісетр (La Bicetre) як на перше місце проведення реформ у подібних лікарнях. У 1793 році, під час Французької революції Філіп Пінель (Philippe Pinel) (1745-1826) став там головним лікарем. Він доводив, що пацієнти — це хворі люди, а хвороби слід лікувати за допомогою моральної підтримки, а не ланцюгами і побоями. Він надав хворим свободу пересування по лікарняній території, замінив похмурі в'язниці сонячними кімнатами з гарною вентиляцією та запропонував моральну підтримку та добрі поради як необхідну частину лікування. Підхід Пінеля приніс відчутні успіхи. У самопочутті багатьох людей, які просиділи десятиліття під замком, за короткий термін з'явилися значні покращення, і ці пацієнти були відпущені на волю. Пізніше Пінель провів подібні реформи в паризькій лікарні для жінок із психічними порушеннями Сальпетрієр (La Salpetriere).

**Справжній шок викликають методи** , які використовувалися у притулках для душевнохворих, — деякі такі засоби продовжували використовуватися навіть у період реформ ХІХ століття. Багато пацієнтів, особливо буйні, неодноразово поміщалися в дитяче ліжечко.

Приблизно в цей час англійський квакер на ім'я Вільям Тюк (William Tuke) провів подібні реформи на півночі Англії. У 1796 році він заснував Йоркський притулок (York Retreat), сільський маєток, в якому близько тридцяти пацієнтів із психічними порушеннями жили, як гості, у тихих сільських будинках та їх лікували поєднанням відпочинку, бесід, молитви та ручної праці.

Методи Пінеля і Тюка називаються ***моральним лікуванням*** , оскільки ці лікарі приділяли велику увагу моральному впливу та людяним, поважним прийомам лікування, які стали застосовуватися до пацієнтів із душевними захворюваннями у різних місцях Європи та Сполучених Штатів. Людей із психічними проблемами дедалі більше почали розглядати як потенційно корисних членів суспільства, чия психіка була підірвана стресом. Стали визнавати, що такі хворі потребують індивідуального лікування, включаючи обговорення з ними їх проблем, корисну діяльність, роботу, спілкування та спокій.

***Моральне лікування*** *- прийнятий у XIX столітті підхід до лікування людей з психічною дисфункцією, який наголошував на моральному впливі і людяне, поважне лікування.*

Найбільше для поширення морального лікування у Сполучених Штатах зробив Бенжамен Раш (Benjamen Rush), видатний лікар, який працював у лікарні Пенсільванії. Обмеживши свою практику душевними захворюваннями, Раш розвивав нові, гуманні методи лікування. Наприклад, він вимагав, щоб для безпосередньої роботи з пацієнтами до лікарні брали розумних та чуйних співробітників, які читали б хворим, розмовляли з ними та брали їх на регулярні прогулянки. Він також вважав, що для лікування пацієнтів корисно, якщо іноді лікарі роблять їм якісь маленькі подарунки.

|  |
| --- |
| ***Танці в божевільні.*** Популярним засобом морального лікування був «бал лунатиків». Лікарняне керівництво збирало всіх пацієнтів, чоловіків та жінок, щоб вони танцювали та розважалися. Один подібний бал показаний на цій картині, «Танці в божевільні» Джорджа Беллоуза (George Bellows). |

Діяльність Раша вплинула на інші лікарні, але не він, а шкільна вчителька Дороті Дікс (Dorothea Dix, 1801-1887) домоглася того, що людяність у турботах про душевнохворих стала предметом уваги суспільства. З 1841 по 1881 Дікс їздила зі штату в штат, відвідувала законодавчі збори, дійшла і до Конгресу, всюди розповідаючи про жахіття, які вона спостерігала в лікарнях для душевнохворих і закликала до реформ. Діяльність Дікс призвела до реформ і до того, що уряд почав витрачати більше коштів для покращення лікування хворих із психічними порушеннями. Кожен штат відповідав за розвиток національної системи лікарень для душевнохворих. Дікс особисто допомагала створенню двадцяти двох державних лікарень, які призначалися для морального лікування (Bickman & Dokecki, 1989). Подібні лікарні створювалися одночасно і по всій Європі. Моральне лікування на роки покращило становище з лікуванням людей із психічними відхиленнями. До 1950-го в низці лікарень Європи та США зазначалося, що багато пацієнтів вилікувалися і були виписані (Bockoven, 1963).

***Державні лікарні*** *— медичні заклади США, призначені для лікування душевнохворих, які існували коштом, що надаються державою.*

|  |
| --- |
| «Я хочу виступити на захист безпорадних, забутих, хворих, ненормальних чоловіків і жінок... людей, які дуже нещасні в наших в'язницях і ще нещасніші в наших будинках піклування». — Дороті Дікс розповідає про свою місію законодавчим зборам штату Массачусетс (Dix, 1843) |

Наприкінці XIX століття внаслідок негативного впливу деяких факторів руху за моральне лікування ситуація знову змінилася на гірше (Bockoven, 1963). Одним із цих факторів, як не дивно, була швидкість, з якою рух ставав популярним. У міру того, як збільшувалася кількість лікарень для пацієнтів з психічними порушеннями, стало виникати все більше труднощів із засобами та з персоналом, показники одужання хворих знизилися. Іншим негативним фактором була помилкова припущення, що всі пацієнти можуть вилікуватися, якщо з ними гуманно поводитися і поважати їхню людську гідність. Для деяких пацієнтів цього було справді достатньо. Іншим, однак, потрібно більш ефективне лікування, ніж засоби, які були доступні в той час. Крім того, успіхів морального лікування завдала великої шкоди нова хвиля упереджень проти людей із психічними порушеннями. У міру того, як все більше пацієнтів зникало у величезних, далеких від центрів цивілізації психіатричних лікарнях, обивателі приходили до думки, що всі психічно хворі це дивні та небезпечні істоти. У зв'язку з цим люди не відчували великого бажання давати кошти на таких хворих, коли йшлося про благодійність або розподіл урядових фондів. Крім того, багато пацієнтів державних психіатричних лікарень у Сполучених Штатах кінця XIX століття були бідними іноземцями-іммігрантами, допомагати яким у простих обивателів не було жодного бажання.

|  |
| --- |
| ***Назад до тюремних камер.*** Аж до XX століття слабо фінансоване неефективне госпітальне лікування вело до перетворення державних лікарень США на переповнені моторошні в'язниці. |

На початку XX століття рух за моральне лікування мало всі підстави занепадати як у США, так і в Європі. Державні психіатричні лікарні могли забезпечити лише скромний вміст пацієнтів та найнеефективніше лікування, при цьому з кожним роком ці лікарні все більше переповнювалися. Тривала госпіталізація знову стала традиційним явищем.

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** У наступному уривку Бенжамін Раш висловлює думку, що лікарі зобов'язані лікувати пацієнтів — лікувати навіть насильно. Які небезпеки можуть супроводжувати таку переконаність? Чи відображає цей вислів Раша погляди сучасних клініцистів на цю проблему? |

|  |
| --- |
| «Чим більше [пацієнти] опираються нашим спробам допомогти їм, тим більше вони потребують нашої допомоги». - Бенжамін Раш, творець американської психіатрії |

***Соматогенна думка***

Кінець ХІХ століття побачив також тріумфальне повернення ***соматогенної погляду,*** яка стверджує, що патологічна психіка має фізичні причини. Цей погляд має принаймні 2300-річну історію — давайте згадаємо Гіппократа, який думав, що патологічна поведінка є результатом захворювання мозку і дисбалансу життєвих гуморів — і все ж таки ще ніколи цей погляд не був таким популярним.

***Соматогенна думка*** *— погляди, за якими патологія психічної функції має фізичні причини.*

Відродженню цієї теорії сприяли два чинники. По-перше, слід згадати роботу видатного німецького дослідника Еміля Крепеліна (Emil Kraepelin, 1856-1926). В 1883 Крепелін опублікував підручник, в якому доводив, що такі фізичні фактори, як втома, можуть бути причиною психічної дисфункції. Крім того, як ми побачимо у третьому розділі, він створив першу сучасну систему класифікації патологічної поведінки.

Відкриття в галузі біології також зробили свій внесок у піднесення популярності соматогенної теорії. Найбільш важливим відкриттям було те, що органічна хвороба, сифіліс, призводила до ***прогресивного паралічу*** (general paresis), незворотного розладу, симптомами якого, зокрема, були такі ознаки психічної патології, як марення величі. У 1897 році німецький невролог Річард фон Крафт-Ебінг (Richard von Krafft-Ebing) упорснув речовину, взяту з сифілітичних виразок, пацієнтам, які страждають від прогресивного паралічу, і виявив, що ні в кого з них не виявилося симптомів сифілісу. Оскільки у всіх пацієнтів із прогресивним паралічем виявився імунітет до сифілісу, Крафт-Ебінг висунув теорію, що причиною їхньої хвороби був сифіліс.

***Прогресивний параліч*** - *незворотний розлад, до симптомів якого входять і психічні симптоми, наприклад, марення величі. Причиною прогресивного паралічу є сифіліс.*

Робота Крепеліна та нове розуміння прогресивного паралічу призвело багатьох дослідників і практиків до припущення, що причина багатьох психічних порушень лежить у фізичних чинниках. Ці теорії та можливість застосування швидких та ефективних прийомів лікування психічних порушень особливо віталися людьми, які працюють у лікарнях для душевнохворих, де кількість пацієнтів зростала з загрозливою швидкістю. Незважаючи на загальний оптимізм, у першій половині XX століття біологічні підходи принесли здебільшого одні розчарування. Хоча за цей час було запропоновано багато медичних засобів лікування пацієнтів психіатричних лікарень, більшість методик не працювало. Лікарі пробували використовувати як лікування видалення зубів, видалення мигдаликів, гідротерапію (чергування гарячих та холодних ванн) та лоботомію, хірургічне розсічення деяких нервових волокон у головному мозку. Соматогенна теорія насправді почала приносити користь пацієнтам не раніше 1950-х, коли були відкриті деякі ефективні засоби.

***Психогенна думка***

Кінець ХІХ століття побачив також успіхи ***погляду психогенного походження*** психологічних відхилень. Цей погляд на проблему теж має довгу історію, але він не здавався перспективним, поки свої можливості не продемонстрував гіпнозу.

***Психогенна думка*** — *теорія, за якою основні причини патологічного поведінки носять психологічний характер.*

***Гіпноз*** *-* це процедура, яка вводить людей у транс, тобто такий психічний стан, коли люди особливо добре піддаються впливу. Гіпноз став використовуватися для того, щоб допомогти лікуванню хворих із психічними порушеннями вже у 1778 році, коли австрійський лікар на ім'я Фрідріх Антон Месмер (Friedrich Anton Mesmer, 1734-1815) розпочав клінічну діяльність у Парижі. Його пацієнти страждали на істеричні розлади та тілесні недуги, такі як параліч, у яких не було явних фізичних причин. Месмер сідав своїх пацієнтів у темній кімнаті, де лунала музика; потім з'являвся він сам, одягнений у яскравий костюм, і торкався спеціальним жезлом до частини тіла пацієнта, яка його турбувала. Напрочуд, багато пацієнтів начебто отримували полегшення від цього методу лікування, названого месмеризмом. Болі, що охоплюють їх, оніміння кінцівок або параліч зникали. Деякі вчені вважали, що Месмер вводив своїх пацієнтів у стан, подібний до трансу, і саме воно призводило до зникнення симптомів. Однак це лікування було настільки суперечливим, що справа закінчилася вигнанням Месмера з Парижа.

***Гіпноз*** *- процедура, при якій люди занурюються в психічний стан, подібний до трансу, і стають дуже навіюваними.*

Лише через роки після смерті Месмера у дослідників вистачило мужності вивчити застосовувану ним процедуру, пізніше названу гіпнозом, і її вплив на істеричні стани. Експерименти двох лікарів, які практикували у французькому місті Нансі, Іполита-Марі Бернхайма (Hippolyte-Marie Bernheim, 1840-1919) і Амбруаза-Огюста Лебо ( Ambroise-Augustc Liebault, 1823-1904) довели, що під вплив абсолютно здорових людей.

Діючи таким чином, лікарі могли змусити нормальних людей випробувати глухоту, параліч, сліпоту або оніміння кінцівок за допомогою гіпнотичного впливу та усунути ці штучні симптоми за допомогою тих самих засобів. Таким чином, вони встановили, що психічний процес - гіпнотичний вплив - може викликати, так і вилікувати фізичну дисфункцію. Провідні вчені зробили висновок, що істеричні порушення носили переважно психологічний характер, і популярність психогенної теорії зросла.

Серед дослідників, які вивчали вплив гіпнозу на істерію, був віденський лікар Йозеф Брейєр (Josef Brevier, 1842-1925). Він виявив, що пацієнти, що зазнали гіпнозу, іноді прокидаються, не виявляючи симптомів істерії, після того як під гіпнозом вони відверто розповідали про події минулого, що змусили їх переживати або страждати. У 1890-х роках до роботи Брейєра приєднався інший віденський лікар, Зігмунд Фрейд (1856-1939). Як ми побачимо більш детально у другому розділі, робота Фрейда призвела зрештою до того, що він став автором теорії ***психоаналізу,*** згідно з якою багато форм патологічного та нормального психічного функціонування носять психогенний характер. Зокрема він вважав, що в основі подібних явищ лежать психічні процеси.

|  |
| --- |
| ***Коріння психогенезу.*** Провідний невролог дев'ятнадцятого століття Жан Шарко читає в Парижі лекцію про гіпноз та істеричні порушення. Спершу Шарко не вірив у зв'язок того й іншого, але в результаті проведених ним самим досліджень змінив свої погляди. |

***Істеричний розлад*** *- порушення, при якому рухова, чутлива та інші функції змінюються або губляться без явної фізичної причини.*

Фрейд розробив також техніку психоаналізу — форму розмови з пацієнтом, коли психотерапевти допомагають людям із проблемами зазирнути у свою підсвідомість. Він вважав, що такий погляд на себе, навіть без гіпнотичних процедур, може допомогти пацієнтам подолати свої психічні проблеми.

***Психоаналіз*** *— теорія чи лікування психічних патологій, за якими причинами цих порушень є підсвідомі психічні процеси.*

Фрейд та його послідовники в першу чергу застосовували психоаналіз для лікування пацієнтів, яким не потрібна була госпіталізація. Для проведення сеансів ці пацієнти відвідували терапевтів у їхніх кабінетах, зустріч із лікарем тривала близько години, потім люди йшли, щоб зайнятися своїми повсякденними справами – ця форма зараз відома як амбулаторне лікування. На початку двадцятого століття теорія та терапевтична практика психоаналізу набули широкого поширення у всіх західних країнах.

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** Плата за сеанс лікування у Зигмунда Фрейда була в сьогоднішніх цінах рівна 120-160 доларів. Це можна порівняти з оплатою послуг деяких дорогих лікарів Нью-Йорка та Лос-Анджелеса. |

**Резюме**

Історія психічних порушень, що тягнеться з давніх-давен, дає нам багато ключів до таємниць природи психічної патології.

Доісторичні суспільства. Існують свідчення того, що культури кам'яної доби використовували трепанацію, примітивну форму хірургії мозку, для лікування патологічної поведінки. Люди примітивних товариств також шукали спосіб вигнати злих духів за допомогою екзорцизму.

Античність. Грецькі та римські лікарі часів античності запропонували більш освічені пояснення психічних порушень. Гіппократ вважав, що патологічна поведінка пояснюється дисбалансом чотирьох життєвих гуморів (рідин): чорної жовчі, жовтої жовчі, крові та слизу.

Середньовіччя та Відродження. У Середньовіччі європейці повернулися до демонологічних пояснень причин патологічної поведінки. Духовенство було дуже впливовим, а церковники вважали, що психічні порушення є роботою диявола. Тільки до кінця Середньовіччя демонологія знову занепала, і на початку періоду, який ми називаємо Відродженням (Ренесансом), методи турботи про людей із психічними порушеннями стали більш людяними. Існували церковні богадільні, які пропонують хворим на гуманне лікування. На жаль, цей освічений підхід тривав недовго, і до середини шістнадцятого століття людей із психічними порушеннями почали відправляти до спеціальних закритих притулків.

Дев'ятнадцяте століття. Стали знову вдосконалюватись способи морального лікування людей із психічними порушеннями. Моральне лікування розпочалося у Сполучених Штатах, де національна кампанія, організована Дороті Дікс, допомогла створити державні лікарні.

Проте моральне лікування виявилося дуже дорогою справою, і в міру того, як лікарні росли, стало дуже важко продовжувати використовувати моральні принципи. Крім того, з'ясувалося, деякі психічні порушення просто неможливо вилікувати засобами морального лікування. Ця система відходила убік, і до кінця XIX століття державні лікарні для душевнохворих знову перетворилися на тюремні бараки, жителі яких отримували мінімум лікування і турботи. Кінець XIX століття побачив повернення соматогенної точки зору, згідно з якою патологічна поведінка великою мірою має своєю причиною фізичні фактори. У той же період стався сплеск популярності психогенної теорії, набув поширення погляду, що причини патологічної поведінки часто носять психологічний характер. Психогенний підхід Зигмунда Фрейда, психоаналіз, зрештою отримав широке визнання і вплинув на наступні покоління клініцистів.

**Сучасні напрямки.**

Навряд чи буде правильним стверджувати, що зараз ми живемо в період, коли ці проблеми цілком прояснилися або знайдено спосіб надійного лікування. Насправді, автори одного огляду виявили, що 43% нещодавно опитаних людей вважають, що хворі самі винні у своїх психічних порушеннях, а 35% вважають, що причина порушень криється в гріховній поведінці (Murray, 1993). Проте останні п'ятдесят років принесли серйозні зміни у розумінні та лікуванні психічних порушень. З'явилося безліч теорій та методик лікування, проведено величезну кількість досліджень і, можливо, тому виникло більше розбіжностей у питанні про патологію поведінки, ніж коли-небудь раніше. У вивченні та лікуванні психічних порушень вже пройдено великий шлях, але залишається ще багато проблем, і клініцисти — теоретики та практики — продовжують сперечатися та рухатися до нових відкриттів.

**Сцени із сучасного життя**

*Бійтеся пристріту*

У селах Пакистану багато батьків розфарбовують своїм дітям шкіру навколо очей, як це робили їхні батьки протягом століть. Паста з пудри лісового горіха та деяких олій, відома під назвою сурма, застосовується для того, щоб захистити очі від диму домашнього вогнища (Smolan, Moffitt & Naythons, 1990). Інша,

менш відома причина цієї традиції полягає в тому, що батьки прагнуть захистити дитину від «поганого ока», оскільки вважається, що дитину можна наврочити, і через це багато дітей помирають, а у тих, хто вижив, буває погане здоров'я та проблеми з поведінкою.

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Широко поширена віра в «погане око» показує, що багато людей досі намагаються за допомогою демонології пояснювати чи виправляти події та патологічну поведінку. Які ще пояснення того, що відбувається, чи способи лікування демонологічного характеру в ході сьогодні? Чому вони існують? |

**Тяжкі психічні порушення та їх лікування.**

У 1950-ті роки дослідники відкрили деякі нові ***психотропні засоби*** *-* ліки, які в основному впливають на головний мозок і зменшують багато симптомів психічної дисфункції. Сюди входять антипсихотичні ліки для людей з хворою психікою, що допомагають виправити затьмарення свідомості та спотворення мислення, антидепресанти, що піднімають настрій людей, які перебувають у депресії, та протитривожні засоби, що допомагають зняти напругу та тривожність.

***Психотропні засоби*** *– ліки, які головним чином впливають на головний мозок та зменшують багато симптомів психічної дисфункції.*

У пацієнтів із серйозними порушеннями, які провели довгі роки у психіатричних лікарнях, стали відзначатись ознаки поліпшення. Лікарняні адміністрації, натхненні цими результатами і під натиском громадської думки, обуреної жахливими умовами в державних психіатричних лікарнях, почали виписувати пацієнтів дуже швидко.

Після відкриття цих медикаментів фахівці в галузі психічного здоров'я стали наслідувати політику виписування хворих на амбулаторний режим (деінституціоналізації), і сотні тисяч пацієнтів були випущені з лікарень. У 1955 році в державних психіатричних лікарнях США було приблизно 600 000 осіб (див. рис. 1.1). Сьогодні кількість пацієнтів у таких лікарнях становить приблизно 80 000 (Torrey, 1997).

**Малюнок 1.1. Вплив політики переведення стаціонарних хворих на амбулаторне лікування (деінституціоналізації).** Кількість пацієнтів, які перебувають нині у державних психіатричних клініках (80000), є лише невеликою частиною кількості хворих, госпіталізованих 1955 року. (adapted from Torrey, 1997, 1988; Manderscheid & Sonnenschein, 1992).

Коротше кажучи, амбулаторна форма лікування стала тепер головною для людей із серйозними психічними порушеннями, як і для людей із менш серйозними порушеннями. Сьогодні, коли серйозно хворі люди дійсно потребують госпіталізації, зазвичай вона надається їм на короткий термін (Thompson et al., 1995). В ідеалі, потім вони отримують амбулаторну психотерапію та медикаментозне лікування в регіональних медичних центрах, згідно з муніципальними програмами того населеного пункту, де проживають.

У розділах 2 і 12 ми уважніше розглянемо, як у час здійснюється лікування людей із серйозними психічними порушеннями відповідно до програми душевного здоров'я, здійснюваної регіональними центрами. Цей підхід був дуже корисним для багатьох пацієнтів, але лише обмежена кількість державних лікарень США мають обладнання та програми для лікування людей із серйозними психічними захворюваннями. У сотень тисяч пацієнтів ознаки одужання з'являлися лише на короткий час, і вони постійно кочували з лікарні додому і назад. Після виходу з лікарні такі люди в кращому разі отримують мінімум лікування і найчастіше винаймають кімнати в нетрях або живуть просто на вулиці. Підраховано, що у США понад 150 тисяч людей із серйозними психічними порушеннями нині є бездомними; і ще більше таких людей виявилися мешканцями в'язниць (Torrey, 1997; Manderscheid & Rosenstein, 1992). Їхня занедбаність — це національна ганьба.

**Менш серйозні порушення та їх лікування.**

Картина лікування людей із менш серйозними психічними порушеннями починаючи з 1950-х років стає більш втішною. Амбулаторне лікування продовжувало бути їм переважною формою, а типи і кількість наявного медичного устаткування збільшилися, і більше відповідати потребам ( Redick et al., 1996).

До 1950-х майже всяке амбулаторне лікування набувало форми ***приватної психотерапії,*** тобто угоди, згідно з якою пацієнт сам платить психотерапевту за його поради. Послуги психотерапевта виявилися дорогою формою лікування, доступною лише багатим. Однак з 1950-х приватна психотерапія почала більше включатися в багато планів медичного страхування, і тому ці послуги зараз цілком доступні людям з скромними доходами (Levin, 1992). Крім того, амбулаторну психотерапію стало можливо отримати у менш дорогих закладах, таких як регіональні центри психічного здоров'я (community mental health centre), кризові центри (crisis intervention centers) та інші центри соціальної допомоги. (Redick et al., 1996; Olfson et al., 1994). Нові умови життя призвели до катастрофічного збільшення кількості людей, які прагнуть отримати амбулаторну допомогу на вирішення своїх психічних проблем.

***Приватна психотерапія*** *— угода, згідно з якою людина платить безпосередньо лікареві за її поради.*

Згідно з загальнонаціональними оглядами, 22 мільйони осіб дорослого населення США, тобто кожна восьма, протягом року так чи інакше намагається вирішити свої психологічні проблеми (Kessler et al., 1994; Narrow et al., 1993). Стає дедалі звичайнішими випадки, як і дітям допомагають вирішувати їхні психологічні проблеми (Kazdin, 1993).

Амбулаторні види лікування тепер доступні на вирішення порівняно великої кількості проблем. Коли починали практикувати Фрейд та його колеги, переважна частина їхніх пацієнтів страждала від тривожності чи депресії. Ці проблеми і зараз домінують у терапевтичній практиці; від них страждає майже половина клієнтів.

Втім, хворі на інші порушення також отримують лікування (Zarin et al., 1998; Narrow et al., 1993). Крім того, принаймні 25% пацієнтів отримують терапію через менш значні життєві проблеми, пов'язані з особистим життям, сім'єю, роботою, школою або соціальними відносинами.

Проте з 1950-х років в амбулаторному лікуванні стали розвиватися спеціальні програми, що фокусують увагу виключно на якомусь одному типі психологічних проблем. Зараз, наприклад, є центри, які займаються роботою щодо запобігання самогубствам, програми, спрямовані на профілактику зловживань психоактивними речовинами, програми, пов'язані з порушеннями харчування, клініки різних фобій та програми, що займаються проблемами сексуальної дисфункції. Лікарі-клініцисти, які працюють із подібними програмами, спеціалізуються в якійсь одній вузькій галузі.

**Сьогоднішні перспективи та фахівці.**

Одним із найважливіших досягнень у клінічній області був розвиток численних теорій. До 1950-х домінувала психоаналітична точка зору, за якою причиною патологічної поведінки є підсвідомі психологічні проблеми. Потім відкриття у 1950-х ефективних психотропних ліків викликало новий інтерес до соматогенного чи біологічного погляду. Як ми побачимо в наступному розділі, з 1950-х з'явилися й інші цікаві теорії — біхевіоріальна, когнітивна, екзистенційно-гуманістична та соціокультурна. В даний час немає якоїсь однієї теорії, яка б домінувала в клініці, як колись домінував психоаналіз. Насправді теорії часто конфліктують і суперничають одна з одною, проте, як ми побачимо, у деяких питаннях вони доповнюють одна одну і всі разом дають повніші пояснення та засоби лікування психологічних порушень (Gabbard & Goodwin, 1996).

Крім того, в даний час різноманітні фахівці пропонують свою допомогу людям із психологічними проблемами (Peterson et al., 1996; Murstein & Fontaine, 1993). До 1950-х років психотерапією займалися лише психіатри, лікарі, які, отримавши медичну освіту, стажувалися три-чотири роки у лікуванні хворих із психічною патологією. Однак після Другої світової війни потреба в лікуванні психічних захворювань сильно зросла, і в її задоволенні брали участь інші професійні групи (Humphreys, 1996).

Серед них можна виділити клінічних психологів, які, отримавши свій диплом з клінічної психології, стажуються чотири роки після закінчення інституту, вивчаючи патології поведінки та їх лікування, а також проходять інтернатуру в лікарні для душевнохворих або в центрі психічного здоров'я. Психотерапія та послуги, що належать до неї, мають у своєму розпорядженні також психологів-консультантів, психологів, які займаються проблемами, пов'язаними з освітою, медичних сестер, які працюють з психічними хворими, є фахівці з проблем шлюбу, сімейні терапевти і — найбільша група — соціальні працівники, які мають справу з психічно хворими людьми (див. Табл. 1.1). Кожна з цих спеціальностей має свою ступінчасту тренінгову програму роботи з аспірантами (Neimeyer, 1996; Peterson et al., 1996). Теоретично кожна фах пропонує свою терапію, але насправді клініцисти різних спеціальностей часто використовують схожі техніки. Індивідуальних відмінностей усередині тієї чи іншої професійної групи іноді буває набагато більше, ніж відмінностей більш загального характеру між групами.

**Таблиця 1.1. Професії спеціалістів у галузі психічного здоров'я**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ступінь | Почали практикувати | Число | Середній вік | Відсоток чоловіків |
| Психіатри | доктор медицини | з 1840 року | 33486 | 52 | 75 |
| Психологи | д-ра філософії,  д-ра психології, д-ра освіти | з кінця 1940-х років | 69817 | 48 | 56 |
| Соціальні працівники | магістр із соціальної роботи,  доктор із соціальної роботи | з початку 1950-х років. | 188792 | 47 | 23 |
| Терапевти сім'ї та шлюбу | різні | з 1940-х років. | 46227 | 52 |  |

Одним з найбільш важливих досягнень у вивченні та лікуванні психічних порушень з часів Другої світової війни є визнання необхідності в ефективних дослідженнях. Оскільки пропонувалося багато теорій і форм лікування, клінічні дослідники намагалися визначити концепції, які краще за інших пояснюють і передбачають патологічну поведінку, намагалися виявити, які засоби лікування є найбільш ефективними, виявити необхідність у їх зміні, якщо така необхідність є, зрозуміти, що і як потрібно зробити. Сьогодні клінічні дослідники, які пройшли хорошу практику, проводять дослідження в університетах, лабораторіях, психіатричних лікарнях, центрах психічного здоров'я та в інших закладах подібного типу в усьому світі. Їхня робота вже принесла важливі відкриття та змінила багато наших ідей щодо патологічної психіки.

**Резюме**

У 1950-ті роки дослідники відкрили низку нових психотропних засобів, ліків, які головним чином впливають на головний мозок та зменшують симптоми психічної дисфункції. Їх успіх призвів до політики переведення стаціонарних хворих на амбулаторне лікування (деінституціоналізації), за якої сотні тисяч пацієнтів було виписано з державних психіатричних лікарень. Крім того, амбулаторне лікування стало основною формою лікування для багатьох людей з психічними порушеннями як легкими, так і серйозними.

В даний час в області патологічної психології працюють різні фахівці і прийняті різні програми. Крім того, є багато клінічних дослідників, що пройшли хорошу практику.

**Методи клінічного дослідження.**

У будь-якій галузі науки, щоб досягти істини, необхідні дослідження, і це особливо важливо у вивченні патологічної психології, оскільки неправильні погляди в цій галузі можуть призводити до великих людських трагедій. Однак клінічні дослідники стикаються з певними проблемами, які дуже ускладнюють їхню роботу. Вони повинні знайти шляхи до оцінки таких тонких матерій, як підсвідомі мотиви, інтимні думки, зміна настрою та людський потенціал, при цьому зобов'язані не забувати етичних принципів своєї роботи та брати до уваги такі проблеми, як права особистості. Вивчаючи основні методи, які використовуються сучасними дослідниками, ми можемо краще зрозуміти їх завдання, труднощі роботи та гідно оцінити зроблені відкриття.

|  |
| --- |
| «Спокуса передчасно будувати теорії, спираючись на недостатні дані — одне з наших професійних захворювань». - Шерлок Холмс, в оповіданні Артура Конан Дойля "Долина страху" (1914). |

Клінічні дослідники намагаються виявити закони чи принципи патологічного психічного функціонування. Вони шукають універсальних пояснень природи, причин та методів лікування патології. Для того, щоб зібрати такі загальні знання, вони, як і вчені інших областей, використовують науковий метод — тобто збирають та оцінюють інформацію шляхом ретельних спостережень (Beutler et al.). Ці спостереження, у свою чергу, дозволяють їм визначити зв'язки між змінними.

***Розуміння закономірностей*** *- цілісне розуміння природи, причин та лікування патологій у формі законів та принципів.*

***Науковий метод*** *- процес систематичного збору та оцінки інформації в ході спостережень, призначених для того, щоб зрозуміти дане явище.*

Якщо сформулювати простіше, змінні – це будь-які характеристики чи події, які можуть змінюватися залежно від місця чи людини. Вік, стать та раса є людськими змінними. Такими ж змінними є колір очей, заняття людини та її соціальний статус. Клінічні дослідники цікавляться такими змінними, як дитяча розгальмованість та збудливість, переживання, характерні для сучасного життя, та реакція хворих на різні види лікування. Вони намагаються визначити, чи змінюються одночасно дві чи більше таких змінних і чи викликає зміна однієї змінної зміна інший. Чи була смерть одного з батьків причиною депресії дитини? Якщо це так, чи допоможе ця терапія зняти цю депресію?

На ці питання не можна відповісти за допомогою однієї логіки, оскільки вчені, подібно до всіх людей, часто помиляються (NAMYC, 1996). Таким чином, клінічні дослідники покладаються головним чином на три методи дослідження: вивчення випадку, при якому зазвичай спостерігається лише один об'єкт, кореляційний метод (метод, що визначає співвідношення) та експериментальний метод, коли спостерігають зазвичай за багатьма індивідами. Кожен метод підходить для вивчення якихось обставин та проблем (Beutler et al.). Всі разом ці методи дозволяють вченим сформувати та перевірити ***гіпотезу,*** або припущення, до яких якимось чином належать певні змінні – щоб зробити досить широкі висновки та зрозуміти причини того, що відбувається.

***Змінна*** *— будь-яка характеристика чи подія, яка може змінюватись, залежно від часу, коли вони виникають, місця та людей.*

***Гіпотеза*** *— припущення, що деякі змінні певним чином пов'язані між собою.*

**Сцени із сучасного життя**

*Тварини також мають права*

Протягом багатьох років психологи вивчали поведінку людей, проводячи експерименти із тваринами. Іноді тварин піддавали ударам шоку, передчасно відривали від батьків чи морили голодом; проводили на них хірургічні операції, змінювали їм мізки і навіть убивали їх, приносили в жертву, щоб дослідники могли зробити аутопсію. Чи завжди такі дії є етично прийнятними?

Активісти руху на захист тварин кажуть – ні. Вони називають такі досліди жорстокими та непотрібними, борці за права тварин виступають проти дослідів над тваринами, проводять акції протесту та демонстрації. Деякі з учасників цього руху навіть нападали на вчених та громили лабораторії. У свою чергу деякі дослідники звинувачують активістів у тому, що ті дбають більше про тварин, ніж про людей.

Багато клініцисти та вчені опиняються в нерішучості. За даними останніх опитувань, більшість психологів не схвалюють експерименти, які завдають біль або смерть і все ж таки загалом підтримують дослідження, що проводяться з тваринами, у тому числі вміст тварин у клітині та маніпуляції з ними (Pіous, 1996).

Деякі суди штатів відреагували на цю проблему і ухвалили, щоб дослідники в університетах оприлюднювали свої проекти та забезпечували нормальне здоров'я піддослідних тварин. Так само, урядові установи та Американська психологічна асоціація видали постанови, що визначають норми проведення досліджень із тваринами. Такі документи, наприклад, конкретно вказують, коли дослідники мають право вбити тварину, і обмежують кількість хірургічних операцій, які проводяться з однією твариною. Проте битва між захисниками тварин та дослідниками триває.

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Чи дійсно обмеження досліджень, які проводяться з тваринами, заважають необхідним науковим роботам та обмежують користь, яку можуть принести такі досліди людям? Чи є спосіб врахувати інтереси і захисників тварин та вчених? |

**Резюме**

З 1950-х років дослідники виявили низку нових психотропних препаратів, ліків, які впливають головним чином на мозок та знижують багато симптомів дисфункції. Успішне застосування цих ліків призвело до політики деінституціоналізації, коли сотні тисяч пацієнтів звільнялися з громадських психіатричних лікарень. Крім того, амбулаторне лікування стало головним методом лікування більшості людей з психічними розладами як помірними, так і серйозними.

Сьогодні патопсихологія — перспективна галузь і в ній працює багато професіоналів. Також є багато добре підготовлених клінічних дослідників.

**Дослідження окремих випадків хвороби.**

Дослідження окремих історій хвороб (case study) - це докладний опис життя людини та її психологічних проблем. Описується минуле людини, її виховання, справжня ситуація та симптоми. В історії хвороби можуть висуватися різні припущення про те, як у людини виникли ці розлади, і буде описано лікування. Одне з найвідоміших подібних досліджень у психіатрії — «Три особи Єви». У ньому описано історію жінки з множинною особистістю. Це дослідження особливу увагу приділяє трьом особам жінки, що чергуються, у кожної з яких свої спогади, смаки і звички (Thidpen & Cleckley, 1957).

***Дослідження окремих випадків*** *— детальний звіт про життя людини та її психологічні проблеми.*

Більшість клініцистів у ході лікування пацієнтів роблять нотатки та записують, як проходить курс лікування, деякі з них переробляють ці нотатки у вивчення окремих випадків та діляться своїм досвідом з іншими фахівцями. Дослідження окремих пацієнтів можуть допомогти клініцисту краще зрозуміти кожного нового пацієнта та підказують йому ключ до його проблеми (Stricker & Trierweiler, 1995). Крім того, дослідження окремих випадків хвороби («кейсів») відіграють у розвитку науки істотну роль, іноді більшу, ніж поодинокі клінічні випадки (Beutler et al., 1995; Smith, 1988).

***Переваги дослідження окремих випадків***

Окремі випадки історії хвороби є джерелом ідей, що пояснюють поведінку людей, і «відкривають шлях для нових знахідок» (Bolgar, 1965). Наприклад, теорія психоаналізу Фрейда грунтувалася головним чином випадках з його приватної практики. З іншого боку, дослідження окремих випадків може дати експериментальне підтвердження теорії. Фрейд використовував дослідження окремих випадків як підтвердження точності своїх ідей. І навпаки, дослідження окремих випадків може заперечити чиїсь теоретичні припущення (Kratochwill, 1992).

Дослідження окремих випадків допомагають оцінити нові терапевтичні техніки або унікальне застосування існуючих методів. І, нарешті, дослідження окремих випадків пропонують нові можливості вивчення незвичайних розладів, які рідко виникають у клінічній практиці і тому обмежені невеликою кількістю спостережень (Lehman, 1991). Психологи, що досліджують такі проблеми, як, наприклад, множинний розлад особистості, раніше цілком спиралися на окремі історії хвороб і шукали корисну для себе інформацію.

***Обмеження досліджень окремих випадків***

Дослідження окремих випадків хвороби хоч і багато в чому корисні, водночас мають обмеження. Насамперед ці історії викладаються спостерігачами, які можуть їх описувати упереджено (Lehman, 1991). Терапевти, які проводять такі дослідження, самі зацікавлені в тому, щоб їхнє лікування мало успіх (Stricker & Trierweiler, 1995). Вони повинні самі вибрати, яку інформацію включити в історію хвороби, і цей вибір може служити їх власним інтересам. Дослідження окремих випадків також спираються на суб'єктивні дані. Чи справді проблема клієнта обумовлена подіями, про які говорить терапевт чи клієнт? Крім усього іншого, в історії хвороби може бути описана лише частина подій, що становлять суть проблеми. Нарешті, дослідження окремих випадків не створюють основи узагальнень. Події або лікування, що є суттєвими в одному випадку, в іншому виявляються нічого не значущими і не полегшують розуміння та лікування хвороби.

|  |
| --- |
| ***Чи виникає психічна дисфункція у сім'ях?*** Один із найвідоміших випадків історії хвороби в патопсихології — це вивчення ідентичної четверні близнюків, названої дослідниками сестрами «Genain» (від грецьких слів «жахливе народження»). У всіх сестер після двадцяти років розвинулася шизофренія. |

Обмеженість методу дослідження окремих випадків хвороби спонукає вчених застосовувати два інші методи: кореляційний та експериментальний. Ці методи позбавлені подробиць, які роблять настільки цікавими окремі випадки хвороб, але вони справді допомагають клініцистам зробити загальний висновок про наявність патології у певної частини населення. Отже, ці методи стали переважними методами клінічних досліджень. (Pincus et al., 1993).

Три характеристики кореляційного та експериментального методу дозволяють дослідникам-клініцистам досягати загального розуміння: 1) дослідники, як правило, спостерігають за багатьма людьми. Таким чином, вони можуть зібрати достатньо інформації або даних, щоб підтвердити свій вибір; 2) Дослідники застосовують одні й самі процедури. Отже, інші дослідники можуть повторити або відтворити їх, щоб подивитися, отримають вони ті самі результати чи ні; 3) Дослідники використовують статистичні тести, щоб проаналізувати результати дослідження. Ці тести показують, чи виправдані загальніші висновки.

**Кореляційний метод.**

***Кореляція*** *—* це ступінь, у якому події чи особисті характеристики людини залежить друг від друга. Кореляційний метод - процедура в дослідженні, яка використовується для визначення взаємозв'язку між змінними. Даний метод може, наприклад, відповісти на запитання: «Чи існує кореляція між кількістю стресу, з яким стикаються люди і ступенем депресії, яку вони відчувають?». Тобто у міру того, як люди продовжують переживати стрес, наскільки збільшується ймовірність того, що вони впадуть у депресію?

***Кореляція*** – *ступінь залежності одна від одної подій чи характеристик.*

***Кореляційний метод*** — *процедура досліджень, що використовується визначення того, наскільки події чи характеристики залежить друг від друга.*

Щоб відповісти на це питання, дослідники підраховують бали життєвого стресу (наприклад, кількість загрозливих подій, які переживає людина у певний період часу) та бали депресії (наприклад, бали в опитувальниках з депресії). Як правило, дослідники виявляють, що ці змінні збільшуються або зменшуються разом (Stader & Hokanson, 1998; Paykel & Cooper, 1992). То є чим більше кількість балів стресу в житті певної людини, тим вища її чи її сума балів за депресією. Такі кореляції мають позитивну спрямованість і їх називають позитивною кореляцією.

Кореляція може мати і негативну, а чи не позитивну спрямованість. За негативної кореляції, коли значення однієї змінної зростає, значення іншої зменшується. Дослідники виявили, наприклад, негативну кореляцію між депресією та рівнем активності. Чим більша депресія людини, тим менша її зайнятість.

Існує ще й третій взаємозв'язок у кореляційному дослідженні. Дві змінні можуть бути не взаємопов'язані, тобто між ними немає послідовного взаємозв'язку. Коли кількість однієї змінної зростає, показники іншої змінної іноді зростають, іноді зменшуються. Дослідження виявили, наприклад, що депресія та інтелект не залежать один від одного.

Крім знання спрямованості кореляції дослідникам потрібно знати її величину чи чинність. Тобто, наскільки близько ці дві змінні співвідносяться між собою. Чи справді одна змінна завжди залежить від іншої чи їх взаємозв'язок менш визначена? Коли виявляється тісний взаємозв'язок двох змінних у багатьох піддослідних, то кажуть, що кореляція висока чи стійка.

Спрямованість і величина кореляції часто має чисельне значення і виявляється у статистичному понятті - ***коефіцієнт кореляції (r).*** Коефіцієнт кореляції може змінюватись від +1.00, що показує повну позитивну кореляцію між двома змінними, і до -1.00 - цей коефіцієнт вказує на повну негативну кореляцію. Знак коефіцієнта (+ чи -) позначає спрямованість кореляції; число становить її величину. Чим ближче коефіцієнт до 0, тим слабша кореляція і менше її величина. Так кореляції +0.75 і -0.75 мають однакові величини, а кореляція +.25 слабша за ту і іншу кореляцію.

***Коефіцієнт кореляції (r)*** - *статистичний термін, що вказує спрямованість і величину кореляції, коливається від -1.00 до +1.00.*

Поведінка людей змінюється, і багато людських реакцій можна оцінювати лише приблизно. Тому у психологічних дослідженнях кореляції не досягають величини повної позитивної чи повної негативної кореляції. В одному дослідженні стресу та депресії, яке проводилося з 68 дорослими, кореляція між двома змінними склала +0.53 (Miller et al., 1976). Незважаючи на те, що цю кореляцію навряд чи можна назвати абсолютною, її величина у психологічному дослідженні вважається великою.

***Статистичний аналіз кореляційних даних***

Вчені повинні вирішити, чи справді кореляція, виявлена ними у цій групі піддослідних, точно відбиває справжню кореляцію у населення. Чи може кореляція, що спостерігається, виникати тільки випадково? Вчені можуть протестувати свої висновки з допомогою статистичного аналізу даних, застосувавши принципи ймовірності. По суті, вони запитують, наскільки ймовірно, що дані окремого дослідження були отримані випадково. Якщо статистичний аналіз вказує на дуже малу ймовірність того, що виявлена кореляція була отримана випадково, то дослідники називають кореляцію статистично значущою і роблять висновок, що їхні дані відображають справжню кореляцію, що зустрічається повсюдно.

***Переваги та недоліки кореляційного методу***

Кореляційний метод має деякі переваги в порівнянні з вивченням окремих випадків хвороби. Оскільки дослідники отримують свої змінні, ґрунтуючись на численних прикладах, і застосовують статистичний аналіз, вони краще можуть узагальнити дані про людей, яких вивчали. Дослідники також можуть повторити кореляційні дослідження на нових випробуваних, щоб перевірити результати своїх досліджень.

Незважаючи на те, що кореляційні дослідження дозволяють дослідникам описати взаємозв'язок між двома змінними, вони не пояснюють цей взаємозв'язок. Коли ми поглянемо на позитивну кореляцію, що виявляється при дослідженні різних життєвих стресів, у нас може виникнути спокуса зробити висновок, що посилення стресу призводить до сильнішої депресії. Насправді, однак, ці дві змінні могли корелювати з однієї з трьох причин: 1) життєвий стрес може спричинити депресію; 2) депресія може змусити людей перенести сильніший стрес (наприклад, депресивний підхід до життя призводить до того, що люди будуть неправильно розпоряджатися грошима або депресія негативно позначиться на їхніх соціальних взаєминах); 3) депресія та життєвий стрес можуть бути обумовлені третьою змінною, такою як бідність. Питання причинності потребують застосування експериментального методу.

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Як би ви пояснили значну кореляцію між життєвим стресом та депресією? Яка з інтерпретацій, на вашу думку, найточніша? |

***Особливі форми кореляційного дослідження***

Клініцисти широко використовують два типи кореляційних досліджень - ***епідеміологічні дослідження*** та довгострокові (лонгітюдні) дослідження. У ході епідеміологічних досліджень виявляється загальна кількість випадків та поширеність певного розладу серед зазначеної частини населення (Weissman, 1995). ***Кількість випадків*** *-* це кількість нових випадків розладів, що виникли за цей період. ***Поширеність*** *-* загальна кількість випадків серед населення в даний період часу; поширеність розладу або захворювання включає як існуючі, так і нові випадки.

За минулі двадцять років клініцисти в США розробили найбільше епідеміологічне дослідження, яке коли-небудь проводилося, і назвали його Районним епідеміологічним дослідженням. Вони взяли інтерв'ю більш ніж у 20 000 людей у п'яти містах, щоб з'ясувати переважання різних психічних розладів і те, які програми застосовувалися для лікування (Regier et al., 1993). Це дослідження порівнювалося епідеміологічними дослідженнями в інших країнах, щоб перевірити, як рівні психічних розладів і програми лікування варіюються в різних країнах світу (Weissman, 1995).

|  |
| --- |
| ***Близнюки, кореляція та спадковість.*** Кореляційні дослідження багатьох пар близнюків дозволяють зробити висновок про можливий взаємозв'язок між генетичними факторами та деякими психічними розладами. Ідентичні близнюки (близнюки, які, як і зображені тут, мають ідентичні гени) виявляють високий рівень кореляції при деяких розладах, і це кореляція вище, ніж в неідентичних близнюків (з неідентичними генами). |

Такі епідеміологічні дослідження допомагають психологам виділити групи ризику, схильні до певних розладів. Виявляється, що серед жінок превалює рівень розладів, пов'язаних із тривожним станом та депресією, на відміну від чоловіків, серед яких переважає вищий рівень алкоголізму, ніж у жінок. У людей похилого віку рівень суїциду вищий, ніж у молодших людей. Люди у деяких не західних країнах (наприклад, у Тайвані) рівень психічної дисфункції вище, ніж Заході. Ці тенденції призводять дослідників до припущення, що якісь особливі чинники та середовище провокують певні типи розладів (Rogers & Holloway, 1990). Так, погіршення здоров'я у людей похилого віку з більшою ймовірністю призводить їх до самогубства; культурні преси або установки, поширені в одній країні, призводять до певного рівня психічних дисфункцій, що відрізняється від тих самих дисфункцій в іншій країні.

***Епідеміологічне дослідження*** *- дослідження, яке визначає кількість випадків захворювання та його поширеність серед даного шару населення.*

***Число випадків захворювання*** *- кількість нових випадків розладу, що виникають у цьому прошарку населення в певний період часу.*

***Поширеність*** *- загальна кількість випадків розладів, що виникають у цьому прошарку населення за певний період часу.*

Проводячи **довгострокові дослідження,** психологи спостерігають тих самих випробуваних у різних ситуаціях протягом тривалого часу. В одному такому досвіді вчені спостерігали протягом багатьох років розвиток нормально функціонуючих дітей, чиї батько або мати страждали від шизофренії (Parnas, 1988; Mednick, 1971). Дослідники виявили серед іншого, що діти батьків з важкими формами шизофренії частіше виявляли психічні відхилення та чинили злочини на пізніх стадіях свого розвитку.

***Довгострокове (лонгітюдне) дослідження*** *- дослідження, в якому ті ж випробувані спостерігаються протягом тривалого періоду часу.*

**Експериментальний метод.**

***Експеримент*** *-* це процедура досліджень, при якій зі змінною проводяться маніпуляції, а потім досліджується вплив цих маніпуляцій на іншу змінну. Змінна, з якою проводяться маніпуляції, називається ***незалежною змінною,*** а змінна, за якою спостерігають, називається ***залежною змінною.***

***Експеримент-*** *процедура досліджень, при якій зі змінною проводять маніпуляції і потім перевіряється ефект цієї маніпуляції.*

***Незалежна змінна*** *- змінна в експерименті, з якою проводяться маніпуляції, щоб визначити, чи вплине вона на іншу змінну.*

***Залежна змінна*** - *змінна в експерименті, яка, як передбачається, змінюється при маніпуляції із незалежною змінною.*

Одне з питань, які найчастіше ставлять вчені клініцисти: «Чи справді конкретна терапія знімає симптоми цього розладу?» (Kendall, 1998; Lambert & Bergin, 1994). Оскільки це питання причинного взаємозв'язку, йому допоможе відповісти лише експеримент (див. табл. 1.2). Таким чином, експериментатори повинні призначати терапевтичне лікування людям, які страждають від цього розладу, і потім спостерігати, чи покращився стан пацієнтів після терапії чи ні. У разі терапія — незалежна змінна, а психологічне поліпшення — залежна змінна.

**Таблиця 1.2. Переваги та недоліки методів досліджень**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | надається індивідуальна інформація | надається загальна інформація | надається випадкова інформація | можна провести статистичний аналіз | можна відтворити ще раз |
| Дослідження окремих випадків | так | ні | ні | ні | ні |
| Кореляційний метод | ні | так | ні | так | так |
| Експериментальний метод | ні | так | так | так | так |

Як і в кореляційних дослідженнях, потрібно провести статистичний аналіз даних та з'ясувати, яка ймовірність того, що зміни залежної змінної обумовлені випадковістю. Знову ж таки, якщо ймовірність впливу випадкових факторів незначна, то розбіжності, що спостерігаються, вважаються статистично достовірними і експериментатор з великою часткою впевненості робить висновок, що вони обумовлені незалежною змінною.

Якщо справжні причини зміни залежної змінної не можна відокремити від інших можливих причин, експеримент надає нам дуже мало інформації. Таким чином, експериментаторам потрібно спробувати виключити всі ***перешкоди*** з експерименту — змінні, які можуть вплинути на залежну змінну, окрім незалежної змінної. Коли експерименті є перешкоди, всі вони більшою мірою, ніж незалежна змінна, можуть зумовити видимі зміни (Goodwin, 1995).

Наприклад, ситуативні змінні, такі як розташування певного офісу (скажімо, спокійна обстановка передмістя) або заспокійливі кольори в офісі, можуть мати терапевтичний ефект і вплинути на учасників терапевтичного дослідження. Або ймовірно, що учасники дослідження виявляться надто мотивованими або будуть завищені очікування, що терапія їм допоможе, що, в свою чергу, вплине на їх поліпшення. Щоб запобігти впливу перешкод, дослідники у свої експерименти включають три важливі характеристики - контрольну групу, випадкову вибірку і планування експерименту наосліп (Goodwin, 1995).

***Перешкоди*** *- в експерименті це змінні, що відрізняються від незалежної змінної, які також можуть вплинути на залежну змінну.*

***Контрольна група***

Контрольна група - це група піддослідних, які не піддаються впливу незалежної змінної в дослідженні, але чий досвід у всьому іншому схожий на досвід ***експериментальної групи*** піддослідних, що піддаються дії незалежної змінної. При порівнянні цих двох груп, експериментатор може краще побачити вплив незалежної змінної. Контрольна група (control group) - в експерименті це група піддослідних, які не впливають на незалежну змінну.

***Експериментальна група*** - *в експерименті це випробувані, які піддаються впливу незалежної змінної.*

Щоб вивчити, наприклад, ефективність терапії, експериментатори зазвичай поділяють піддослідних на дві групи. Експериментальна група відвідує лікаря і протягом години займається терапією, тоді як контрольна група може просто приходити до кабінету терапевта і перебувати там у той же час. Якщо пізніше експериментатори виявлять, що в людей в експериментальній групі порівняно з контрольною групою стан покращився, то вони можуть зробити висновок, що терапія була ефективною, не беручи до уваги вплив часу дня, розташування офісу терапевта та інших випадкових перешкод. Щоб запобігти перешкодам, експериментатори намагаються надати всім учасникам як контрольної, так і експериментальної групи досвід у всіх відносинах ідентичний — крім впливу незалежної змінної.

***Випадкова вибірка***

Дослідники також повинні остерігатися відмінностей, які вже можуть існувати між учасниками в експериментальній групі і членами контрольної групи до експерименту, оскільки ці відмінності можуть внести плутанину в результати дослідження. Скажімо, в терапевтичному дослідженні може виявитися, що експериментатор ненавмисно помістив дослідників багатше в експериментальну групу, а випробуваних переможніше - в контрольну групу. Саме ця відмінність, а не терапія, могла стати причиною більш явного покращення, яке згодом виявилося у випробуваних експериментальної групи (Persons & Silberschatz, 1998). Щоб послабити вплив відмінностей до експерименту, експериментатори зазвичай застосовують метод ***випадкової вибірки.*** Цим терміном зазвичай позначається процедура відбору, що гарантує, що кожен випробуваний з однаковою ймовірністю може бути поміщений як ту, так і в іншу групу. Ми могли б, наприклад, кидати монету або витягати папірці з іменами учасників капелюха.

***Випадкова вибірка*** *— процедура вибору, яка гарантує, що випробувані випадково поміщаються або в контрольну або в експериментальну групу.*

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Коли дослідники вивчають ефективність лікарської терапії, стан випробуваних, які отримують справжні ліки, як правило, стає кращим у порівнянні з тими, хто приймає плацебо. Проте стан деяких піддослідних, які отримують плацебо, все ж таки покращується. Як ви вважаєте, чому хворим допомагають цукрові таблетки чи інші види плацебо? |

**Крупним планом**

*Гендерні, расові та вікові забобони у дослідженнях*

Часом помиляється вся наукова спільнота. Осліплені своїми власними соціальними упередженнями дослідники, плануючи експерименти, можуть постійно робити помилки. Наприклад, протягом багатьох років вчені на Заході віддавали перевагу випробуваним молодим білим чоловікам (Stark- Adamek, 1992; Gannon et al., 1992). Тільки нещодавно дослідники почали розуміти, що дані таких експериментів не враховують різницю у полі, расі та віці. Такі упередження у дослідників, як ми бачили, можуть призвести до помилкових уявлень про симптоми, причини, метод лікування різних психічних розладів.

В одному огляді основних досліджень з шизофренії, зокрема, виявилося, що кількість чоловіків-випробуваних у два рази перевищувала кількість жінок (Wahl & Hunter, 1992), незважаючи на той факт, що цей розлад однаково поширений як у чоловіків, так і у жінок . Як ми можемо перевірити точність результатів таких досліджень і як перевірити, наскільки точні ці дослідження стосовно всіх людей, а не тільки чоловіків?

Так само лікування психічних розладів перевірялося в групах, що складаються переважно з молодих білих чоловіків, і на цій підставі препарати потім прописувалися всім категоріям пацієнтів. Проте часто виявляється, що нарізні категорії людей такі препарати діють по-різному, скажімо вони можуть бути небезпечні для людей похилого віку, жінок і представників інших рас (Wolfe et al., 1988). Психіатр Кемінг Лін, наприклад, нещодавно виявив, що азіати, у тому числі й народилися в Америці, засвоюють антипсихотичний препарат, що виписується при шизофренії, галоперидол набагато швидше, ніж білі американці.

Грунтуючись на цих даних, можна припустити, що пацієнтам азіатам американського походження потрібна доза набагато менша, хоча досі їм прописують те саме дозування, що й білим американцям.

Потреба скоригувати подібні упередження тісно пов'язана з такими важливими питаннями, як наукова точність, громадське здоров'я і навіть сексизм, расизм та упереджене ставлення до людей похилого віку. Огляди показують, що дослідники з кожним роком удосконалюються - вони все більше уваги приділяють статтю учасників експериментів, расі, віку і відповідно планують експерименти. (Sue et al., 1994; Gannon et al., 1992). Дослідники починають усвідомлювати, що коли експерименти проводяться упереджено, наші знання обмежуються, прогрес науки припиняється та програють усі.

|  |
| --- |
| ***Занадто часто вивчаються та беруть участь в експериментах?*** У більшості медичних і психологічних дослідженнях як випробувані беруть участь молоді білі чоловіки. На фотографії один такий випробуваний п'є різні рідини і допомагає вченим з'ясувати, чи вплив алкоголю зумовлений генетичними факторами. |

***Планування наосліп***

Остання перешкода – це упередження. Учасники експерименту можуть впливати результати експерименту, намагаючись сподобатися експериментатору чи допомогти йому ( Kazdin, 1994). Так, в терапевтичному експерименті випробувані, які знають мету дослідження і те, в якій групі вони знаходяться, можуть докладати більше зусиль, щоб краще почуватися або виправдати очікування експериментатора. У цьому випадку причиною покращення їх стану може стати упередження піддослідних, а не терапевтичний курс.

Щоб позбавитися цього упередження, експериментатори можуть перешкодити учасникам дізнатися, в якій групі вони знаходяться. Ця експериментальна стратегія називається планування наосліп, тому що учасники експерименту не знають, в якій групі вони знаходяться. Так, у терапевтичному дослідженні контрольні випробувані можуть отримувати плацебо, щось, що виглядає або відчувається на смак як справжні ліки, але в якому пет жодного з основних інгредієнтів (Addington, 1995). Ця «імітаційна» терапія називається терапією плацебо. Якщо випробувані в експериментальній групі (з реальним курсом терапії) показують результати краще, ніж випробувані в контрольній групі, що отримує терапію, що заміщає, то в експериментаторів є більше впевненості, що причиною поліпшення стану хворих була реальна терапія.

***Плацебо*** *- підроблене лікування, яке випробуваний вважає справжнім.*

Упередження самого експериментатора може порушити чистоту експерименту. (Margraf et al., 1991). Таким чином, експериментатори можуть несвідомо передавати свої очікування випробуваним. Це упередження називається ефект Розенталя на ім'я психолога, який вперше його ідентифікував (Rosenthal, 1966). Експериментатори виключать власну упередження, якщо самі будуть «сліпими». Так, наприклад, у лікарській терапії помічник експериментатора міг би перевірити, щоб справжні ліки та плацебо виглядали ідентично. Експериментатор може призначати терапію, не знаючи, які учасники отримували справжні ліки, а які — підроблене.

Незважаючи на те, що для проведення експерименту його учасники або експериментатор можуть підтримувати «сліпоту», найкраще, коли й ті та інші «сліпі» (подвійне сліпе планування). У більшості експериментів із лікарськими препаратами застосовується подвійне сліпе планування (Morin et al., 1995). Багато експериментаторів також призначають експертів для того, щоб ті дали незалежну оцінку покращення стану пацієнтів, і експерти також не знають, у якій групі (контрольній чи ні) знаходиться пацієнт — потрійне сліпе планування.

***Планування наосліп*** *— експеримент, у якому випробувані не знають, перебувають вони в експериментальній чи контрольній групі.*

**Варіанти планування експериментів**

Експериментаторам-клініцистам часто доводиться планувати експерименти за умов, далеких від ідеальних. Найбільш часті варіації наступного типу: напівекспериментальне планування, експеримент у природних умовах, експеримент-аналог та експеримент з одним випробуваним.

***Квазіекспериментальне планування***

У ***квазіекспериментальне*** планування або при змішаному плануванні експерименту, дослідники не відбирають учасників до контрольних та експериментальних груп, а замість цього використовують групи, що вже повсюдно існують (Kazdin, 1994). Наприклад, оскільки психологи, які досліджують насильство над дітьми, не можуть насправді застосувати насильство до випадково відібраної групи дітей, натомість вони порівнюють дітей, які вже перенесли насильство, та дітей, які не зазнають насильства. Щоб зробити це порівняння наскільки можна більш валідним, дослідники можуть далі підібрати відповідних контрольних випробуваних. Тобто вони підбирають до контрольної групи випробуваних такого ж віку, статі та раси, з такою самою кількістю дітей, з однаковим соціоекономічним статусом та іншими важливими характеристиками, що й учасники експериментальної групи (Kinard, 1982). Для всіх дітей, які зазнали насильства, вони підбирали дітей зі схожими характеристиками, але не зазнавали насильства і включали їх до контрольної групи.

***Квазіексперимент*** *— експеримент, у якому дослідники не набирають випробуваних випадковим чином контрольні та експериментальні групи, а використовують групи, що вже існують у житті. Цей тип експерименту також називається експеримент зі змішаним плануванням.*

***Експеримент у природних умовах***

У ***На природному експерименті*** сама природа впливає на незалежну змінну, тоді як експериментатор спостерігає за наслідками. Природні експерименти повинні використовуватися для вивчення психологічних наслідків незвичайних та непередбачуваних подій, таких як повені, землетруси, аварії літаків та пожежі. Так як сама доля випадковим чином відбирає випробуваних у цих дослідженнях і дії не проходять за спеціально складеним планом, то природні експерименти насправді є своєрідними квазіекспериментами.

***Природний експеримент*** *— метод дослідження, у якому експериментатор відтворює патологічне поведінка в лабораторії і потім проводить експерименти з випробуваними.*

***Експерименти-аналоги***

Найчастіше експериментатори проводять експерименти-аналоги (Plaus, 1996). У разі лабораторії відтворюється патологічне поведінка, та був з випробуваними (людьми чи тваринами) проводять експерименти з надії пролити світло причини патології у житті. Наприклад, дослідник Мартін Зелігман відтворив симптоми, що нагадують депресію у піддослідних, у лабораторії, коли постійно давав їм негативне підкріплення (шок, гучний шум та невдале виконання завдань експериментатора) і це підкріплення піддослідні не могли контролювати. У цих дослідженнях «набутої безпорадності» учасники розчаровувалися, втрачали ініціативу та їхній настрій знижувався.

|  |
| --- |
| ***Природний досвід.*** Велика повінь 1933 року принесла руйнацію і залишила без даху над головою тисячі людей на американському Середньому Заході, в тому числі і цю людину на головній вулиці в Кларксвіллі, Міссурі. Природні експерименти, що проводилися після цієї та інших катастроф, показали, що багато людей, які пережили катастрофу, відчували тривале відчуття тривоги та депресії. |

***Експеримент з єдиним випробуваним***

Іноді вчені не мають можливості проводити експерименти з кількома випробуваними. Вони можуть, наприклад, досліджувати настільки розлад, що рідко зустрічається, що будуть мати лише невелику кількість піддослідних. І все ж таки експерименти в таких умовах можна проводити, спланувавши ***експеримент з єдиним випробуваним.*** Вони єдиний випробуваний спостерігається як до, і після маніпуляції з незалежної змінної (Goodwin, 1995; Kazdin, 1994).

***Експеримент з єдиним випробуваним*** *- метод досліджень, при якому за єдиним випробуваним спостерігають та оцінюють до та після маніпуляції з незалежною змінною.*

Експерименти з єдиним випробуваним насамперед спираються на базисні дані — інформацію, зібрану до проведення будь-яких маніпуляцій. Ці дані беруться за стандарт і з ними порівнюються пізніші зміни. Потім експериментатор вводить незалежну змінну і знову спостерігає за поведінкою випробуваного. Будь-які зміни у поведінці приписуються впливу незалежної змінної.

|  |
| --- |
| «Кожна людина - виняток із правил» - К. Г. Юнг, 1921 |

При експерименті типу АБАБ або зворотному плануванні реакції випробовуваного вимірюються і порівнюються не тільки під час базисного періоду (умова А) і після введення незалежної змінної (умова Б), але і після того, як приберуть незалежну змінну (умова А), і знову після того , як запровадять її знову (умова Б). Якщо реакція випробуваного змінюється відповідно до зміни незалежної змінної, то експериментатор може зробити висновок, що незалежна змінна зумовила зміну реакції (Kratochwill, 1992). По суті, при плануванні експерименту в стилі АБАБ випробуваного порівнюють із ним самим у різних умовах, а не з контрольними випробуваними.

***Планування експерименту в стилі АБАБ*** *— планування експерименту з єдиним випробуваним, при якому за поведінкою випробуваного спостерігають під час базисного періоду, після лікування, після того, як знову були відтворені базисні умови та після відтворення лікування. Цей метод також називається зворотним плануванням.*

Один дослідник застосовував планування експерименту в стилі АБАБ, щоб визначити, чи допоможе програма лікування підкріпленням відучити хлопчика-тинейджера від звички переривати заняття у класі та голосно висловлюватися вголос (Deitz, 1977).

|  |
| --- |
| ***Дуже схожі?*** У шимпанзе і людей на 90% збігається генетична база, але їхній мозок і тіло зовсім різні, так само як сприйняття навколишнього світу та переживання. Так патологічна поведінка, яка відтворюється в експериментах-аналогах із тваринами, багато в чому відрізняється від патології у людей. |

У процесі програми підкріплення хлопчика, який страждав на відставання в розвитку, винагороджували і вчитель звертав на нього більше уваги, коли хлопцеві вдавалося просидіти 55 хвилин на уроці і не висловлюватися голосно вголос більше трьох разів. Коли його спостерігали під час базисного періоду, то виявили, що учень часто переривав заняття гучною мовою. Потім хлопчику дали серію підкріплень вчителя (незалежна змінна); як і очікувалося, він став значно рідше голосно говорити. Потім серія підкріплень припинилася і гучна промова учня відновилася з колишньою частотою. Очевидно, причиною покращення справді була незалежна змінна. Щоб остаточно переконатися у результатах, терапевт знову запровадив підкріплення вчителя. І знову поведінка випробуваного почала виправлятися.

**Обмеження клінічного дослідження**

Цю дискусію ми розпочали з того, що зазначили, що вчені-клініцисти шукають загальні закони, які допоможуть їм зрозуміти, запобігти та лікувати психічні відхилення. Проте, як ми бачили, різні обставини можуть заважати розвитку павуки.

Кожен метод дослідження звертається до деяких проблем людської поведінки, але жоден із них не вирішує всіх проблем. Отже, краще всього розглядати кожен метод дослідження як частину цілого спектру підходів, які в сукупності можуть пролити світло на патологічну поведінку. Коли для дослідження деяких розладів застосовується більше одного методу, то важливо поставити питання, чи всі результати ведуть нас в одному напрямку. Якщо це так, то ми, ймовірно, набагато ближчі до чіткого розуміння розладу або ефективного лікування. І навпаки, якщо різні методи призводять до результатів, що суперечать, ми повинні визнати, що наші знання в цій галузі ще обмежені.

**Резюме**

Клінічні дослідники використовують науковий метод у тому, щоб розкрити загальні принципи патопсихологического функціонування. Ці принципи ґрунтуються на трьох методах досліджень: дослідження окремих випадків, кореляційного методу та експериментального методу.

Дослідження окремих випадків — це детальний звіт про життя людини та її психологічні проблеми.

Кореляційний метод. Кореляційні дослідження систематично спостерігають ступінь залежності подій чи характеристик друг від друга. Цей метод дозволяє дослідникам зробити загальні висновки про прояв цієї патології в цілому. Дві широко застосовувані форми кореляційного методу - це епідеміологічні дослідження та довготривалі дослідження.

Експериментальний метод. При проведенні експериментів дослідники маніпулюють із передбачуваними причинами, щоб простежити, чи буде отримано очікуваний ефект. Експериментатори-клініцисти часто змушені планувати експерименти в умовах, далеких від ідеальних, у тому числі квазіексперименти, природні експерименти, експерименти-аналоги та експерименти з єдиним випробуваним.

**Підбиваючи підсумки.**

З найдавніших часів люди намагаються пояснювати, лікувати та вивчати патологічну поведінку. Якщо ми досліджуємо реакцію на таку поведінку людей у минулому, то зможемо краще зрозуміти коріння наших сучасних уявлень та методів лікування. Крім того, погляд назад допоможе нам оцінити, як далеко ми просунулися вперед — наскільки людяними є наші нинішні уявлення, наскільки вражаючими є наші сучасні відкриття та наскільки велике значення має сучасний ракурс досліджень.

Водночас ми маємо визнати, що у клінічній практиці існує ще багато проблем. Нам ще потрібно виробити єдине визначення патології. Нині між клініцистами немає згоди щодо цього — існує багато напрямів думки та методів лікування, у кожному з яких не враховуються претензії та успіхи інших методів. Клінічну практику проводять професіонали, які здобули різну освіту. У всіх сучасних методів досліджень є ключові недоліки, що обмежують наше знання та застосування клінічної інформації.

У міру того як ми подорожуємо по розділах цієї книги і розглядаємо характер, методи лікування та дослідження патології, ми повинні мати на увазі силу і слабкість сучасних розробок, прогрес, який вже є, і шлях, що лежить попереду. Мабуть, найважливіший урок, який треба засвоїти з історії, — те, що наше справжнє розуміння патологічної поведінки просувається вперед. Сама ця область ще виявляється на перехресті, і найзначніші інсайти, дослідження та зміни ще попереду.

**Ключові терміни**

Патопсихологія

Вчені-клініцисти

Клініцисти-практики

Відхилення

Норма

Культура

Дистрес

Дисфункція

Небезпека

Ексцентричність

Лікування

Терапія

Трепанація

Екзорцизм

Тканинні рідини

Тарантизм

Лікантропія

Психіатрична лікарня

Моральне лікування

Соматогенна думка

Психогенна думка

Державні лікарні

Сифіліс

Прогресивний параліч

Масове божевілля

Гіпноз

Істеричний розлад

Психоаналіз

Амбулаторна терапія

Психотропне лікування

Деінституціоналізація

Регіональна програма громадського здоров'я

Приватна психотерапія

Психіатр

Психолог-клініцист

Психолог-консультант

Психолог у галузі освіти

Медсестра психіатричного відділення

Психотерапевт, що спеціалізується в галузі подружньої психотерапії

Сімейний терапевт

Соціальний працівник психіатричного відділення

Дослідник-клініцист

Розуміння закономірностей

Науковий метод

Змінна

Гіпотеза

Вивчення окремих випадків

Дані

Кореляція

Кореляційний метод

Позитивна кореляція

Негативна кореляція

Коефіцієнт кореляції

Статистичний аналіз

Епідеміологічне дослідження

Число випадків захворювання

Поширеність

Довгострокове (лонгітюдне) дослідження

Експеримент

Незалежна змінна

Залежна змінна

Перешкоди

Контрольна група

Експериментальна група

Випадкова вибірка

Упередження випробуваного

Планування наосліп

Плацебо

Упередження експериментатора

Квазіексперимент

Відповідні контрольні випробувані

Природний експеримент

Експеримент-аналог

Експеримент з єдиним випробуваним

Базисні дані

Експеримент у стилі АБАБ

**Контрольні питання**

1. Які риси найхарактерніші для патологічного психологічного функціонування?

2. Назвіть дві форми лікування у минулому, що відбивали демонологічне уявлення про патологію.

3. Наведіть приклади соматогенного погляду на психологічне відхилення з Гіппократа, Ренесансу, ХІХ століття та недавнього минулого.

4. Обговоріть злети та падіння морального лікування.

5. Опишіть роль гіпнозу та істеричного розладу у розвитку психогенної теорії.

6. Як Зигмунд Фрейд вдалося розробити теорію і техніку психоаналізу?

7. Опишіть основні риси змін у лікуванні психічних розладів із 1950-х років.

8. Які переваги та недоліки дослідження окремих історій хвороби, кореляційного методу та експериментального методу? Які риси кожного методу дозволяють дослідникам скласти загальні уявлення?

9. Яку техніку дослідники включають до експериментів, щоб убезпечитися від впливу перешкод?

10. Опишіть чотири різні типи експериментів, що часто використовуються дослідниками.

**Розділ 2. Моделі патології.**

*Філіп Берман, 25-річний неодружений безробітний, колишній редактор великого видавництва, був поміщений до лікарні після спроби самогубства, коли він глибоко порізав собі бритвою зап'ястя. Він розповів терапевтові, як сидів на підлозі ванної кімнати і якийсь час дивився, як капає кров, поки не наважився зателефонувати своєму батькові і попросити його про допомогу. Вони з батьком прибули до приймального відділення лікарні, щоб Філіпу зашили рану, але він переконав себе і чергового лікаря, що не потребує госпіталізації. Наступного дня, коли батько порадив йому звернутися до лікаря, Філіп скинув свій обід на підлогу і, розгніваний, пішов до кімнати. Заспокоївшись, він дозволив батькові знову відвести себе до лікарні.*

*Безпосереднім поштовхом до суїцидальної спроби стала його несподівана зустріч із однією з колишніх подруг, яку супроводжував її новий приятель. Пацієнт повідомив, що вони разом випили по склянці, але весь той час, поки він був з ними, він не міг позбутися думки, що «ним не терпиться втекти від нього і залізти в ліжко». У приступі ревнощів Пилип вискочив з-за столу, залишив ресторан і почав думати про те, як він може "їм відплатити".*

*Протягом кількох попередніх років містер Берман часто відчував короткі напади депресії. Особливо він докоряв себе за обмежене коло спілкування і за свою нездатність хоча б раз у житті вступити з жінкою у статевий контакт. Розповідаючи все це терапевту, він підняв очі від підлоги і з саркастичною усмішкою сказав: «Я – 25-річний незайманий. Давайте ж, смійтеся з мене». Він зустрічався з кількома дівчатами, яких описав як дуже привабливими, але котрі, за його словами, втрачали до нього інтерес. Однак після подальших розпитувань стало ясно, що містер Берман незабаром ставав дуже вимогливим з ними, наполягаючи, щоб партнерки виконували всі його запити, часто на шкоду їхнім потребам. Після цього їхні стосунки здавалися жінкам малопривабливими, і вони невдовзі знаходили собі когось іншого.*

*В останні два роки містер Берман мав короткі зустрічі стрімко психіатрами, один з яких призначив йому ліки, назву яких пацієнт не зміг згадати, але які викликали у нього дуже незвичайну реакцію, через що він змушений був провести одну ніч у лікарні. Щодо тієї госпіталізації пацієнт сказав, що «це було огидно», що персонал відмовлявся прислухатися до його слів, реагувати на його прохання і що вони по суті ставляться до всіх пацієнтів «як садисти». Лікар, що його лікував, підтвердив, що містер Берман виявився важким пацієнтом, який вимагав, щоб до нього виявляли особливе ставлення, і що він був налаштований вороже до більшої частини персоналу протягом усього перебування в лікарні. Після однієї бурхливої сутички з санітаром він без дозволу залишив лікарню, після чого письмово відмовився від медичної допомоги.*

*Містер Берман був одним із двох дітей у сім'ї, що належить до середнього класу. Його батько, якому було 55 років, обіймав керівну посаду у страховій компанії. Містер Берман вважав батька слабкою і невдачливою людиною, повністю підпорядкованою своїй владній та жорстокій дружині, матері пацієнта. Він заявив, що ненавидить матір «ненавистю, яку ледве може стримувати». Він стверджував, що мати називала його в дитинстві «збоченцем» і «дівчиськом» і що якось під час сварки вона «тиснула його ногою в пах». Якщо говорити про батьків загалом, то він вважав їх багатими, впливовими та егоїстичними і вважав, що вони, зі свого боку, вважають його лінивим і безвідповідальним, а його поведінка — проблемною. Коли батьки прийшли до терапевта, щоб поговорити про лікування їхнього сина, то заявили, що проблеми з ним почалися після народження його молодшого брата Арнольда, коли Філіпу було 10 років. Після народження Арнольда Філіп перетворився на «своєрідну» дитину, яка почала дуже багато собі дозволяти і яку стало важко закликати до порядку. Сам Філіп погано пам'ятав той період. Він повідомив, що його мати одного разу помістили до лікарні з депресією, але зараз «вона не вірить у психіатрію».*

*Містер Берман закінчив коледж із середніми оцінками. Після закінчення навчання він працював у трьох різних видавництвах, але в жодному з них не протримався понад рік. Він завжди знаходив якісь виправдання своєму догляду. Після звільнення з роботи він зазвичай проводив час удома, майже нічого не роблячи протягом двох-трьох місяців, доки його батьки не змушували його шукати нову роботу. Він повідомив, що його життя було наповнене численними контактами з вчителями, друзями та роботодавцями, в яких, як він вважав, його ображали або погано з ним поводилися, і частими суперечками, після яких він відчував гіркі почуття і проводив більшу частину часу на самоті , «знемагаючи від нудьги». Він був нездатний встановити з кимось тривалі стосунки, він мав твердих переконань і не відчував себе пов'язаним з жодною групою людей.*

*Пацієнт був дуже худим молодим чоловіком, що носив бороду та окуляри; його шкіра відрізнялася блідістю, він намагався не дивитися в очі терапевтові, і було видно, що він відчуває почуття гніву та гіркоти. Хоча він і поскаржився на пригніченість, але заперечував інші симптоми депресивного синдрому. Здавалося, що він захоплений своєю люттю по відношенню до батьків і прагне нав'язати оточуючим жалюгідний образ особистості. (Spitzer et al., 1983, р. 59-61.)*

Очевидно, що Філіп Берман — психологічно неблагополучна людина, але чому вона стала такою? Як можна пояснити та усунути його численні проблеми? Щоб відповісти на ці питання, нам необхідно спочатку поглянути на той широкий спектр труднощів, у яких ми намагаємося розібратися: на депресію та гнівливість Філіпа, його соціальні невдачі, відсутність у нього постійної роботи, його недовіру до оточуючих та проблеми всередині сім'ї. Потім ми повинні перебрати всі потенційні причини, внутрішні та зовнішні, біологічні та міжособистісні, минулі та сьогодення. Яка їх найбільше впливає з його поведінка?

Хоча ми можемо цього й не усвідомлювати, але ми користуємося якимись загальними теоретичними схемами, коли читаємо історію Філіпа. За час свого життя кожен із нас виробив певну позицію, яка допомагає нам осмислювати те, що говорять та роблять інші люди. У науці позиції, які використовуються пояснення явищ, називають ***моделями*** чи парадигмами. Кожна модель відображає вихідні посилки вченого, впорядковує область, що вивчається, і задає напрямок її дослідженню (Kuhn, 1962). Вона впливає на те, що дослідники спостерігають, а також на питання, які вони ставлять, інформацію, яку вони вважають заслуговує на довіру, і на те, як вони інтерпретують цю інформацію (Nietzel et al., 1994; Lehman, 1991). Щоб зрозуміти, як клініцист пояснює чи лікує конкретний комплекс симптомів, ми маємо дізнатися, яка модель визначає його погляд на аномальне функціонування.

***Модель*** — *сукупність посилок та понять, які допомагають вченим пояснювати та інтерпретувати свої спостереження. Інша назва – парадигма.*

Донедавна вчені-клініцисти, які жили в одному і тому ж регіоні і в той же час, як правило, погоджувалися з якоюсь єдиною моделлю патології — моделлю, на яку дуже впливали уявлення суспільства, до якого вони належали. Наприклад, демонологічна модель, що використовується для пояснення аномального функціонування в Середньовіччі, багато черпала з занепокоєння середньовічного суспільства релігією, забобонами та війнами. Середньовічні лікарі побачили б руку диявола у спробах Філіпа Бермана вчинити самогубство і в його депресії, люті, ревнощі та ненависті. Щоб допомогти йому позбавитися труднощів, вони могли б використовувати методи лікування, які починалися з молитов і закінчувалися бичуванням, кожен з яких був би підпорядкований одній меті - вигнання стороннього духу з його тіла.

У наші дні для пояснення та лікування аномального функціонування використовують кілька різних моделей. Їхня множинність є наслідком змін у суспільних цінностях і уявленнях, що відбулися за минулі століття, а також результатом удосконалення клінічних досліджень. На одному кінці спектру — біологічна модель, за якою ключовими в людській поведінці є фізичні процеси. На протилежному кінці - соціокультурна модель, яка вивчає вплив суспільства та культури на індивідуальну поведінку. Між ними розташовуються чотири моделі, які приділяють більшу увагу психологічним та особистісним аспектам людського функціонування: психодинамічна модель досліджує несвідомі внутрішні процеси та конфлікти; поведінкова модель робить акцент на поведінці та на тому, як йому навчаються; когнітивна модель зосереджує увагу на мисленні, що лежить в основі поведінки; а екзистенційно-гуманістична модель підкреслює роль цінностей та вибору людського функціонування.

Оскільки цим моделям притаманні різні посилки та поняття, вони іноді конфліктують одна з одною. Ті, хто стоїть на одній з позицій, часто критикують інтерпретації, методи дослідження та лікування, які використовуються тими, хто дотримується інших позицій. Однак жодна з моделей не відрізняється завершеністю: кожна звертає увагу головним чином на один аспект людського функціонування і жодна не може пояснити всі аспекти патології.

**Резюме**

Щоб зрозуміти аномальну поведінку, вчені використовують моделі чи парадигми. Кожна модель - це набір вихідних посилок, що впливають на те, які питання ставляться, яка інформація вважається заслуговує на довіру і як ця інформація інтерпретується. Кожна з моделей, що використовуються сьогодні, акцентує увагу на якомусь одному, відмінному від інших аспекті людської поведінки, пояснюючи і виліковуючи розлади відповідно до цього аспекту.

**Біологічна модель.**

Філіп Берман – біологічна істота. Його думки і почуття є наслідком біохімічних та біоелектричних процесів, що протікають у його головному мозку та всьому його тілі. Теоретики біологічного напрями вважають, що для того, щоб по-справжньому розібратися в думках, емоціях та поведінці людини, необхідно зрозуміти їхню біологічну основу. Не дивно, що, на їхню думку, найефективнішими методами лікування проблем Філіпа будуть біологічні підходи.

**Біологічні пояснення**

Теоретики біологічного напрями розглядають патологічну поведінку як хворобу, спричинену аномальним функціонуванням окремих частин організму. Зокрема, основною причиною патологічної поведінки вважають аномальне функціонування головного мозку (Gershon & Rieder, 1992).

Головний мозок складається приблизно зі 100 мільярдів нервових клітин, званих ***нейронами*** *,* і тисячі мільярдів допоміжних клітин, званих глією (glia) (від грец. Слова, що означає «клей»). Усередині головного мозку великі групи нейронів утворюють окремі області або ***відділи головного мозку*** *.* Щоб полегшити собі завдання ідентифікації цих відділів, уявимо їх у вигляді континентів, країн і штатів.

***Нейрон*** *– нервова клітина.*

***Відділ головного мозку*** *- окрема галузь головного мозку, утворена великою групою нейронів.*

У основі мозку лежить «континент», іменований заднім мозком, який, своєю чергою, утворений з нагадують країни відділів, званих довгастим мозком, мостом і мозком (див. рис. 2.1). У середині мозку знаходиться «континент», званий середнім мозком. Поверх його розташований «континент», що називається переднім мозком, який складається з подібних країн відділів, званих великим мозком (дві півкулі головного мозку), таламусом і гіпоталамусом, кожен з яких утворений з відділів, подібних до штатів. Наприклад, великий мозок складається з кори, мозолистого тіла, базальних ганглій (ядер), гіпокампу та мигдалеподібного тіла. Нейрони в кожному з цих відділів контролюють важливі функції - наприклад, гіпокамп здійснює контроль за емоціями та пам'яттю.

**Малюнок 2.1. Головний мозок людини.** На серединному поздовжньому розрізі головного мозку можна побачити багато його відділів. Кожен відділ, що з величезної кількості нейронів, відповідає певні функції.

Дослідники-біологи встановили, що психічні розлади часто пов'язані з проблемами передачі сигналів від нейрона до нейрона. Інформація розповсюджується по головному мозку у вигляді електричних імпульсів, які передаються від одного нейрона до іншого або кількох нейронів. Імпульс спочатку приймається ***дендрит*** нейрона, виростами (або антенами), розташованими на одному кінці нейрона. Від них він рухається ***аксоном***нейрона, довгого волокна, що виступає з тіла нейрона. Зрештою, він передається іншим нейронам через ***нервові закінчення*** *,* що знаходяться на протилежному кінці нейрона (див. рис. 2.2).

**Малюнок 2.2. Типовий нейрон.** Сигнал поширюється аксоном нейрона до нервового закінчення, де нейротрансмітери переносять його через синаптичний простір до приймаючого нейрона. (Bloom, Lazerson & Hofstadter, 1985, p. 35.)

***Дендрит*** *- виріст, розташований на одному кінці нейрона, який сприймає імпульс від інших нейронів.*

***Аксон*** *- Довге волокно, що виступає з тіла нейрона.*

***Нервове закінчення*** *— ділянка кінці нейрона, з якого імпульс передається на сусідній нейрон.*

Але як сигнали передаються з нервових закінчень одного нейрона на дендрити іншого? Адже нейрони практично не стикаються один з одним. Мікроскопічний простір, званий ***синапсом*** *,* відокремлює нейрон від сусіднього нейрона, і сигнал повинен якимось чином подолати цей простір. Коли електричний імпульс досягає нервового закінчення, останнє стимулюється і виділяє хімічну речовину, яка називається ***нейротрансмітером.***(медіатором), що переміщається через синаптичний простір до ***рецепторів***на дендритах сусідніх нейронів У свою чергу, деякі нейротрансмітери змушують нейрони, що приймають, «спрацювати» або запустити наступний електричний імпульс. Інші нейротрансмітери припиняють спрацювання нейронів. Тим самим нейротрансмітери відіграють ключову роль передачі інформації по головному мозку.

***Синапс*** *- мікроскопічний простір між нервовим закінченням одного нейрона та дендритом іншого.*

***Нейротрансмітер*** *– хімічна речовина, що виділяється нейроном, перетинає синаптичний простір і приймається рецепторами, що знаходяться на дендритах сусідніх нейронів.*

***Рецептор*** *- ділянка нейрона, що приймає нейротрансмітер.*

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** Головний мозок хробака налічує 28 нейронів. |
| «Я один суцільний мозок, Вотсон. Решта — не більше ніж придаток». - Шерлок Холмс в оповіданні Артура Конан Дойля "Камінь Мазаріні" |

Дослідники ідентифікували в головному мозку десятки нейротрансмітерів та встановили, що кожен нейрон використовує лише певні види нейротрансмітерів (Barondes, 1993). Дослідження показують, що аномальна активність деяких нейротрансмітерів може призводити до певних психічних розладів (Gershon & Rieder, 1992). Наприклад, тривожні розлади пов'язують з низькою активністю нейротрансмітера гамма-аміномасляної кислоти, шизофренію - з надмірною активністю нейротрансмітера допаміну, а депресію - з низькою активністю нейротрансмітера серотоніну. Не виключено, що причиною депресії та люті Філіпа Бермана могла бути низька активність серотоніну.

Дослідники фокусують свою увагу не тільки на нейронах і нейротрансмітерах - вони також з'ясували, що психічні розлади іноді бувають пов'язані з аномальною активністю ***ендокринної системи*** організму. Ендокринні залози, розташовані по всьому тілу, разом з нейронами контролюють такі життєво важливі функції та характеристики, як ріст, відтворення, сексуальна активність, частота пульсу, температура тіла, енергетичний запас та реакції на стрес. Залізи виділяють у кров хімічні речовини, які називають ***гормонами,*** які потім приводять у дію тілесні органи. Наприклад, під час стресу надниркові залози, розташовані поверх нирок, виділяють гормон кортизол. Аномальну секрецію цієї хімічної речовини пов'язують із тривожними розладами та розладами настрою.

***Ендокринна система*** *- система залоз, розташованих по всьому тілу і допомагають контролювати життєво важливі функції, такі як зростання та сексуальна активність.*

***Гормони*** - *хімічні речовини, що виділяються ендокринними залозами у кров.*

Аномалії нейротрансмітерів та ендокринної системи іноді є результатом поганої спадковості. Кожна клітина головного мозку та організму людини загалом містить 23 пари ***хромосом.*** Кожна з цих структур складається з безлічі ***генів*** *-* молекул, які контролюють характеристики та риси, які успадковує людина. Хромосоми (і гени) успадковуються; кожна хромосома в Парс успадковується від одного з батьків. Вченим вже давно відомо, що гени частково визначають такі фізичні характеристики, як колір волосся, ріст і пильність очей. Гени можуть сприяти схильності людей до серцевих захворювань, раку або діабету і, можливо, зумовлюють художні та музичні нахили. Останніми роками дослідники виявили, що гени можуть впливати на поведінку, зокрема з його аномалії.

***Хромосоми*** *- парні структури, що знаходяться в клітині та містять гени.*

***Гени*** *- молекули, що містяться в хромосомах та контролюють успадковані характеристики.*

Генетичні фактори пов'язують із розладами настрою, шизофренією, розумовою відсталістю, хворобою Альцгеймера та іншими психічними розладами (Cadoret, 1995; Winokur et al., 1995). Однак дослідники поки що не можуть ідентифікувати конкретні гени, які відповідають за ці розлади. Невідомо їм поки й те, якою мірою генетичні чинники сприяють різним психічним розладам. Звісно ж, що здебільшого певна модель поведінки чи психічний розлад бувають викликані не якимось одним геном, а безліччю генів, які взаємодіють друг з одним, визначаючи наші різноманітні моделі поведінки й емоційні реакції, як нормальні, і аномальні.

**Біологічні методи терапії.**

Лікарі, які сповідують біологічний підхід, вишукують певні види підказок, коли намагаються зрозуміти аномальну поведінку. Чи в минулому демонстрували подібну поведінку члени сім'ї пацієнта і, отже, чи мали вони генетичну схильність до нього? (В історії хвороби Філіпа Бермана згадується про те, що його мати одного разу помістили до лікарні з депресією.) Чи немає певної закономірності щодо того, як протікає розлад? (Депресивні почуття Філіпа були охарактеризовані як періодичні; мабуть, вони з'являлися і зникали протягом кількох років.) Чи не посилюють поведінку фактори, здатні надавати фізіологічний вплив? (Філіп випив алкогольний напій, коли в ресторані його охопив напад ревнощів.) Виявлення клініцистом фізичної дисфункції дозволяє підібрати адекватне лікування (Kandel, 1998).

На сьогоднішній день найбільш популярними є такі три біологічні методи лікування: медикаментозна терапія, електрошокова (електросудорожна) терапія та психохірургія. Медикаментозна терапія застосовується набагато частіше, ніж інші методи, психохірургія досить рідко.

У 1950-ті роки. дослідники створили кілька ефективних ***психотропних препаратів*** *-* ліків, які впливають головним чином на емоції та розумові процеси. Ці ліки значною мірою змінили уявлення щодо ряду психічних розладів, і зараз широко використовуються як одні, так і разом з іншими формами терапії. Проте революція, спричинена появою психотропних ліків, супроводжувалася і серйозними проблемами. Деякі з цих ліків дають небажані побічні ефекти. Крім того, такими препаратами іноді зловживають. Зрештою, хоч у багатьох випадках вони й виявляються ефективними, але допомагають не всім.

|  |
| --- |
| ***Збіг чи щось більше?*** Дослідження близнюків показують, деякі аспекти поведінки й особистості бувають зумовлені генетичними чинниками. Ці однояйцеві близнюки були розлучені при народженні і виховувалися нарізно. Однак коли вони знову зустрілися у 31-річному віці, то з'ясувалося, що обоє обрали професію пожежника. Встановлено, що багато розлучених однояйцеві близнюки роблять однаковий життєвий вибір, поводяться в подібній манері і навіть страждають аналогічними поведінковими аномаліями. |

***Психотропні препарати*** - *ліки, які впливають насамперед на головний мозок і знімають багато симптомів психічної дисфункції.*

***Протитривожні ліки*** *- психотропні ліки, які допомагають зняти напругу та тривогу. Інші назви: малі транквілізатори (minor tranquilizers) та анксіолітики (anxiolytics).*

***Антидепресанти*** *- психотропні ліки, які покращують настрій людей, які страждають на депресію.*

У терапії використовуються чотири основні групи психотропних ліків: ***протитривожні засоби, антидепресанти, нормотиміки та антипсихотичні препарати.*** Протитривожні ліки, також звані малими транквілізаторами або анксіолітиками, знімають напругу та тривогу. До них відносяться альпразол (торгова назва - ксанакс) і діазепам, або седуксен (торгова назва - валіум). Антидепресанти допомагають покращити настрій людей, які страждають на депресію. Ці ліки, до яких належать флуоксетин (прозак) та сертралін (золофт), можуть допомогти приблизно 60% пацієнтів з депресією (Steffens et al., 1997; Montgomery & Kasper, 1995). Фактично самі торгові назви ліків часто вказують на їхню здатність помітно покращувати настрій (див. табл. 2.1). Нормотиміки допомагають вирівняти настрій людей, які страждають на біполярний розлад — розлад, який характеризується перепадами настрою, що змінюється від манії до депресії. Найефективніший нормотимик — літій, який допомагає приблизно 60% випадків (Klerman et al., 1994; Prien, 1992). Нарешті, антипсихотичні ліки знімають похмурість свідомості, галюцинації та марення, що спостерігаються при психотичних розладах - розладах, що характеризуються втратою контакту з реальністю. Широко застосовуються галоперидол (халдол) та рисперидон (риспердал). Дослідження показують, що ці ліки виявляються ефективнішими, ніж будь-яка інша одиночна форма лікування шизофренії та інших психотичних розладів, знімаючи симптоми щонайменше у 65% людей з цими розладами (Lieberman et al., 1996; Klerman et al., 1994).

**Таблиця 2.1. Гра в назви**   
(мабуть, торгові назви психотропних препаратів часто вказують на очікувану дію ліків)

|  |  |
| --- | --- |
| Торгова назва | Ключова лінгвістична характеристика |
| *Протитривожні ліки* | |
| Гальціон (Halcyon) | Приємно заспокійливий |
| Екваніл (Equanyl) | Створює миролюбний настрій |
| Унісом (Unisom) | Який викликає дрімоту |
| Лібріум (Librium) | Приводить у рівновагу |
| *Антидепресанти* | |
| Елавіл (Elevyl) | Піднімаючий |
| Синекван (Sinequan) | Те, без чого не можна обійтися (лат. sine qua ron) |
| Вівактил ( Vivactyl) | Бадьорий |
| Асендін (Ascendin) | Висхідний |
| Золофт (Zoloft) | Високий |
| *Антипсихотики* | |
| Серентил (Serentyl) | Прояснювальний |
| Торазін (Thorasin) | Тор (могутній скандинавський бог-громовержець) |
| *Ліки, що допомагають при хворобі Паркінсона* | |
| Сіметріл ( Simmetryl) | Симетрія |
| *Ліки, що допомагають при хворобі Альцгеймера* | |
| Когнекс (Cognex) | Той, хто пізнає |

|  |
| --- |
| ***У недавньому минулому.*** До того, як були створені ефективні психотропні препарати, лікарі психіатричних клінік вдавалися до таких прийомів, як обгортання в мокрі простирадла — засіб, який покликаний заспокоїти збуджених пацієнтів. |

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** Підраховано, що у США у фармацевтичної компанії на розробку нових ліків йде в середньому 12 років і 238 млн. доларів, включаючи вартість дослідження ефективності ліків та його нешкідливості відповідно до стандартів Адміністрації з контролю за продуктами харчування та ліками ( Haigler et al., 1993 ). |

***Нормотиміки*** *- психотропні ліки, які стабілізують настрій людей, які страждають на біполярні розлади настрою.*

***Антипсихотичні ліки*** *- психотропні ліки, які допомагають зняти затьмарення свідомості, галюцинації та марення, що спостерігаються при психотичних розладах.*

Іншою формою біологічного лікування, що широко застосовується в даний час, головним чином до депресивних пацієнтів, є ***електрошокова (електросудорожна) терапія (ЕСТ).*** До лоба пацієнта прикріплюються два електроди, і його головний мозок пропускається короткий розряд електричного струму напругою від 65 до 140 Вольт. Струм викликає судому, або конвульсію, головного мозку, що триває до декількох хвилин. Після 7-9 сеансів ЕСТ, які проводяться через 2-3 дні, багато людей зазнають значно меншої депресії. Цей метод лікування здатний покращити настрій приблизно 60% депресивних пацієнтів (АРА, 1993; Sackeim, 1990). Він застосовується щорічно до десятків тисяч депресивних людей, зокрема до тих, чию депресію не вдається зняти іншими методами (Foderaero, 1993; Buchan et al., 1992).

***Електрошокова (електросудорожна) терапія*** *- метод лікування, при якому через головний мозок пропускається електричний струм, що викликає судому головного мозку.*

Вважається, що ***психохірургія,*** хірургічні операції на головному мозку при психічних розладах, сягає корінням у далеке минуле, беручи свій початок з трепанації — доісторичної практики пророблення отвору в черепі людини, поведінка якого відрізнялася дивностями. Її сучасні форми запозичені з методики, розробленої наприкінці 1930-х років. португальським нейропсихіатром Антоніу де Егаш Моніш. При цій процедурі, відомій як лоботомія, хірург прорізає канали між лобовими частками головного мозку та його нижчими центрами.

***Психохірургія*** *– хірургічні операції на головному мозку при психічних розладах.*

***Лоботомія*** - *психохірургія, при якій хірург прорізає канали між лобовими частками головного мозку та його нижчими центрами.*

Сьогодні хірургічні операції на головному мозку відрізняються набагато більшою точністю, ніж лоботомії, що застосовувалися у минулому (Beck & Cowley, 1990). Вони дають менше небажаних ефектів і, мабуть, допомагають у деяких випадках важкої депресії, тривоги та обсесивно-компульсивного розладу. Незважаючи на це, вони вважаються експериментальними і використовуються тільки в тому випадку, коли тяжкі розлади тягнуться роками та всі інші форми лікування виявляються безрезультатними (Goodman et al., 1992).

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** У суспільстві шириться використання психотропних препаратів. Що можна сказати на підставі величезної популярності цих ліків про потреби людей у наші дні, про способи подолання ними труднощів і про підкріплення, що ними використовуються, а також про темп сучасного життя і про прийоми вирішення проблем, характерних для нашого високотехнологічного суспільства? |

|  |
| --- |
| ***ЕСТ.*** У пацієнта, який зазнає електрошокової терапії, відбувається судома головного мозку, коли на електроди, прикріплені до його голови, подається електричний струм. |

**Оцінка біологічної моделі.**

Сьогодні біологічна модель має велику популярність. Біологічні дослідження часто дають змогу отримати нову цінну інформацію протягом короткого проміжку часу. А біологічні методи лікування нерідко виявляються дуже дієвими, у випадках, коли допомагають інші підходи.

У той же час біологічна модель має свої недоліки та проблеми. Деякі з її послідовників, мабуть, очікують, що всі сторони людської поведінки можна пояснити у біологічних термінах та коригувати за допомогою біологічних методів. Така позиція може швидше обмежувати, ніж збагачувати наше розуміння аномального функціонування. Психічна життя людини складається з взаємодії біологічних і небіологічних чинників, і важливо вивчити це взаємодія теорії та лікувальної практиці, а чи не зосереджувати увагу лише на лише біологічних змінних ( Kleinman & Cohen, 1997).

Друга проблема полягає в тому, що дані, які говорять на користь біологічних пояснень, є неповними або непереконливими. Наприклад, багато досліджень головного мозку доводиться проводити на тваринах, у яких симптоми депресії, тривоги або будь-якої іншої патології викликають за допомогою ліків, хірургічними методами чи експериментальною маніпуляцією. Вчені не можуть бути впевнені в тому, що розлад, що виникає у тварин, аналогічно досліджуваного людського розладу.

**Резюме**

Теоретики біологічного напряму акцентують увагу до біологічних процесах людського функціонування. Пояснюючи аномальну поведінку, вони вказують на анатомічні дефекти в головному мозку, дисфункцію нейротрансмітерів або неправильну секрецію деяких гормонів. Подібні відхилення іноді зумовлені спадковістю.

Біологічно-орієнтовані терапевти використовують фізичні та хімічні методи, щоб допомогти людям впоратися зі своїми психологічними проблемами. Основні методи: медикаментозна терапія, електрошокова терапія та, в окремих випадках, психохірургія.

**Психодинамічна модель.**

Психодинамічна модель є найстарішою та найвідомішою із сучасних психологічних моделей. Психодинамічні теоретики вважають, що поведінка, чи то нормальне чи аномальне, зумовлено головним чином прихованими психологічними силами, які людина не усвідомлює. Ці внутрішні сили вважаються динамічними, тобто вони взаємодіють один з одним, і їх взаємодія надає певної форми поведінки, думок і емоцій. Поява емоційних та поведінкових симптомів розглядається як результат конфліктів між цими силами.

Психодинамічні теоретики побачили б у Філіпі Бермані людину з внутрішнім конфліктом. Вони стали б вивчати його минуле життя, оскільки, згідно з їхніми поглядами, психологічні конфлікти пов'язані з ранніми стосунками та травматичними переживаннями, що мали місце у ранні роки життя. Психодинамічні теоретики виходять з детерміністського припущення, що жодні симптоми чи вчинки не є «випадковими»: всі вчинки зумовлені минулим досвідом. Таким чином, можуть бути однаково важливими є і ненависть Філіпа до своєї матері, і його спогади про неї як про жорстоку і владну, і слабкість і бездіяльність його батька, і народження молодшого брата, коли Філіпу було 10 років.

Психодинамічна модель вперше сформульована віденським невропатологом Зигмундом Фрейдом (1856-1939) на порозі XX століття. Вивчивши гіпноз, Фрейд розробив теорію психоаналізу (psychoanalysis), покликану пояснити як нормальне, і аномальне психологічне функціонування; він також розробив відповідний метод лікування, який використовує розмову підхід, також званий психоаналізом. На початку 1900-х років Фрейд і кілька його колег по Віденському психоаналітичному суспільству, зокрема Карл Густав Юнг (1875-1961) та Альфред Адлер (1870-1937), стали найбільш впливовими клінічними теоретиками на Заході. 24 томи праць Фрейда, присвячених психоаналітичній теорії та лікуванню, широко вивчаються й у наші дні.

**Сцени із сучасного життя**

*Мелатонін: чудодійний гормон чи рекламний трюк?*

Клеопатра купалася у ванні, наповненій молоком, що згорнулося, а Понсе де Леон (іспанський конкістадор. — Прим. перекл.) роками мандрував у пошуках джерела молодості. Сьогодні армія людей, що належать до покоління буму народжуваності, звертається до «травних» добавок і «натуральних» гормонів, щоб затримати процес старіння та позбутися повсякденних нездужань та болів. Одним із таких засобів є мелатонін, гормон, що виробляється в невеликих кількостях шишкоподібною залозою головного мозку.

В останні роки з'явилося кілька книг, що добре розкуповуються, присвячених мелатоніну. Їхні обкладинки свідчать, що мелатонін - це «найбільш вражаюче досягнення медицини нашого часу!» і що він справді здатний «повернути назад процес старіння». Вони вказують, що мелатонін може усунути депресію, зміцнити імунну систему, знизити рівень холестерину, збільшити тривалість життя, зробити людину енергійнішою, покращити сон, зняти стрес, усунути порушення добового ритму після далеких авіаперельотів і навіть збільшити сексуальну потенцію. Крім того, він нібито здатний запобігати раку, серцевим захворюванням, катарактам, виразкам, хворобі Паркінсона, хворобі Альцгеймера і вагітності.

Можливо, мелатонін не відповідає всім цим вимогам, але одне безсумнівно: він продається дуже добре (Kiester & Kiester, 1996). Універсальні центри харчування (General Nutrition Centers), мережа магазинів по всій Америці продають щодня близько 4 тис. упаковок мелатоніну, який купують навіть краще, ніж вітамін С (Bonn, 1996; deVelta, 1996) . Але чи реальність відповідає рекламним обіцянкам? На що насправді здатний мелатонін?

Мелатонін - гормон, що є одним з найбільш поширених у природі; його виявляють у різних видів тварин (Cowley, 1995). Коли темніє, відсутність світла змушує шишкоподібну залозу розпочати секрецію мелатоніну. Потім цей гормон викликає ряд інших хімічних перетворень у головному мозку, наганяючи на нас сон. Рівень мелатоніну вирівнюється на світанку, коли світло знижує активність шишкоподібної залози і ми прокидаємося. Таким чином, цей гормон контролює наш добовий ритм, або наш «біологічний годинник».

Активність мелатоніну досягає свого піку в період дитинства і безперервно знижується в роки дорослого життя, у міру того, як шишкоподібна залоза твердне (Turek, 1996). Це пов'язане з віком зниження рівня мелатоніну навело деяких дослідників на думку, чи не можна полегшити порушення сну та інші проблеми, що зустрічаються у людей похилого віку, за допомогою доз мелатоніну. Дослідження підтверджують деякі з цих очікувань, але, ясна річ, не всі.

Малі дози мелатоніну, очевидно, спричиняють освіжаючий сон у деяких здорових дорослих людей (Wurtman, 1994; Waldhauser et al., 1990). Вони також можуть зняти наслідки далеких авіаперельотів, регулюючи внутрішній біологічний годинник і хитрістю змушуючи організм поводитися так, ніби ще ніч (Bonn, 1996). Крім того, мелатонін здатний допомогти людям, які працюють у нічну зміну, та сліпим, чиї добові ритми можуть бути порушені. У той же час, ще потрібно визначити, які кількості цієї гормональної добавки є оптимальними; Власне, його дози часто виявляються надмірними. Занадто велика кількість мелатоніну викликає сонливість - ефект, що становить небезпеку для пілотів авіаліній та людей, що працюють у нічну зміну (Arendt, 1994).

Ряд даних свідчить, що мелатонін здатний виконати функцію протизаплідних таблеток як жінок, так чоловіків (Raloff, 1995). Однак малоймовірно, що він виявиться засобом, який помітно підвищує статевий потяг, як намагаються нас запевнити деякі рекламні матеріали. Більше того, ряд досліджень на тваринах показав, що він навіть знижує сексуальну активність (Turek, 1996).

Чи може мелатонін підвищувати імунітет чи усувати хвороби? Дослідники не виявили, що мелатонін будь-яким чином впливає на серцеві захворювання або рівень холестерину (Turek, 1996). Але деякі дослідження показують, що мелатонін може сприяти функціонуванню імунної системи у періоди сильного стресу (Maestroni, 1993; Guerrero & Reiter, 1992). Загалом, проте, характер взаємодії імунної системи та мелатоніну зрозумілий ще мало добре.

Відсутні факти, що вказують на те, що мелатонін є джерелом молодості. Твердження, що він сприяє довголіттю, ґрунтуються головним чином на дослідженні, в якому вчені заміняли затверділі шишкоподібні залози старих мишей на здорові залози, взяті у молодих особин, і навпаки. Тривалість життя старих мишей зі здоровими залозами була довшою за звичайну, а молоді миші з затверділими залозами швидко старіли і рано вмирали. На перший погляд, ці дані свідчать, що мелатонін, що виділяється активною шишкоподібною залозою, збільшує тривалість життя. Однак деякі вчені вказали, що в організмі мишей того виду, який використовувався у дослідженні, мелатонін взагалі не виробляється. Отже, всі ефекти довголіття після заміни залоз були, ймовірно, спричинені якимось іншим фактором (Turek, 1996; Ebihara et al., 1986).

Нехай позитивні властивості мелатоніну не доведені, міркують деякі люди, але його прийом не може завдати шкоди. А якщо таки може? Хоча повідомлялося про незначну кількість небажаних побічних ефектів (Raloff, 1995), але багато довгострокових наслідків впливу мелатоніну ще належить вивчити. Мелатонін - активний гормон, не простий вітамін, а перш ніж гормони почнуть діяти , може пройти кілька років. Крім того, належить ще визначити оптимальні величини та порядок прийому доз мелатоніну; занадто великі дози можуть викликати не тільки сонливість, а й знижувати температуру тіла та імунітет (Chase, 1996). Невідомі й ефекти мелатоніну під час вагітності та статевого дозрівання, а також характер його взаємодії з іншими ліками (Bonn, 1996).

Продаж мелатоніну без рецепта заборонено в Канаді, Британії та Франції та суворо контролюється в інших країнах (Chase, 1996). Однак у США мелатонін відноситься до «дієтичних добавок», а не до ліків, і тому Адміністрація з контролю за продуктами харчування та ліками не регламентує його продаж. У споживачів немає гарантії, що продукт, що купується, позбавлений домішок, безпечний і ефективний або навіть що він взагалі містить мелатонін. Мабуть, поки цей гормон не буде краще вивчений і його реалізація – краще контролюватись, діє правило «якість на ризик покупця».

**Теорія Фройда.**

Фрейд вважав, що особистість формують три основні сили: інстинктивні потреби, раціональне мислення та моральні стандарти. Всі ці сили, вважав він, діють на несвідомому рівні, недоступні безпосередньому сприйняттю та взаємодіють одна з одною. Фрейд назвав ці сили Ід (Воно), Его (Я) та Суперего (Над-я).

***Ід***

Фрейд використовував термін ***Ід*** для позначення інстинктивних потреб, потягів та імпульсів. Ід діє відповідно до ***принципу задоволення,*** тобто Ід весь час прагнути отримати насолоду.

***Ід*** *- згідно з Фрейдом, психологічна сила, що обумовлює інстинктивні потреби, потяги та імпульси.*

***Принцип задоволення*** — *прагнення отримання насолоди, яке характеризує функціонування ид.*

Фрейд також вважав, що всі інстинкти Ід носять, як правило, сексуальний характер, відзначаючи, що починаючи з ранніх стадій життя дитина отримує задоволення від годівлі, дефекації, мастурбації або інших видів сексуальної активності. Крім того, він припустив, що Ід підтримується ***лібідо,*** або сексуальною енергією людини.

***Лібідо*** *- сексуальна енергія, що живить ід.*

***Его***

У перші роки життя ми починаємо розуміти, що наше оточення не задовольнить усі наші інстинктивні потреби. Наприклад, мати не завжди буває поруч, щоб відгукнутися на наш заклик. В результаті частина Ід відокремлюється і стає ***Его.*** Подібно до Ід, Его несвідомо шукає насолод, але воно робить це відповідно до ***принципу реальності,*** що набуває досвідченого знання того, що відкритий вираз імпульсів нашого Ід може бути неприйнятним. Его, використовуючи свідомість, дає нам знати, коли ми можемо висловити свої імпульси, а коли ні.

***Его*** *— згідно з Фрейдом, психологічна сила, яка використовує розум і діє відповідно до принципу реальності.*

***Принцип реальності*** *- усвідомлення того, що ми не можемо завжди виражати чи задовольняти імпульси нашого іду.*

Его виробляє базові прийоми, звані ***захисними механізмами Его,*** щоб контролювати неприпустимі імпульси Ід і уникнути тривоги, що вони породжують, чи зменшити її. Найголовніший захисний механізм, витіснення, не дозволяє неприйнятним імпульсам проникати у свідомість. Існує багато інших захисних механізмів Его, і кожен з нас зазвичай віддає перевагу якимось одним іншим (див. табл. 2.2).

**Таблиця 2.2. Рятівні захисні механізми**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Захист | Дія | приклад |
| Витіснення | Людина уникає тривоги, не дозволяючи болісним чи небезпечним думкам проникати у свідомість. | Пристрасне бажання співробітника виявити гнів і накинутися на свого начальника та колег на зборах правління не отримує доступу до його свідомості. |
| Заперечення | Людина відмовляється визнавати існування зовнішнього джерела тривоги. | Ви не готові до завтрашнього випускного іспиту, але переконуєте себе, що цей іспит не має великого значення і що немає причин, які перешкоджають вам піти сьогодні ввечері в кіно. |
| Фантазія | Людина використовує уявні об'єкти, щоб задовольнити неприйнятні, що викликають тривогу бажання, які інакше залишилися б нереалізованими. | Агресивний водій підрізає передок вашого автомобіля і припарковується на розкішній стоянці. Пізніше ви віддаєтеся фантазії про те, як ви виходите зі свого автомобіля і робите з водія котлету на очах у захоплених глядачів. |
| Проекція | Людина приписує власні неприйнятні імпульси, мотиви та бажання іншим людям. | Співробітник, який пригнічує свої деструктивні бажання, може спроектувати гнів на начальника і заявити, що вороже налаштований саме начальник. |
| Раціоналізація | Людина вигадує соціально прийнятне обґрунтування дії, яка насправді прикриває непривабливі мотиви. | Студент виправдовує свої погані позначки, вказуючи на важливість «всього досвіду» відвідування коледжу та стверджуючи, що якщо надавати занадто велике значення оцінкам, це може навіть поміщати всебічної освіти. |
| Реактивна освіта | Людина робить дію, що є повною протилежністю тих імпульсів, існування яких боїться визнати. | Чоловік відчуває гомосексуальні почуття та реагує на це, займаючи жорстку антигомосексуальну позицію. |
| Зміщення | Людина переносить ворожі почуття до небезпечного об'єкта більш безневинний замінник. | Виявивши, що ваше паркувальне місце зайняте, ви виплескуєте гнів, що нагромадився, починаючи бійку з товаришем по кімнаті. |
| Інтелектуалізація (ізоляція) | Людина пригнічує емоційні реакції, замінюючи їх зовні логічним підходом до проблеми. | Жінка, яку побили та пограбували, дає безпристрасний, методичний опис того, як подібний напад може позначитися на жертві. |
| Анулювання | Людина намагається загладити провину за неприйнятні бажання чи вчинки, часто з допомогою ритуальних дій. | Жінка, яка відчуває агресивні почуття до свого чоловіка, розгладжує весільну фотографію щоразу, коли її відвідують подібні думки. |
| Регресія | Людина уникає неприємного конфлікту, повертаючись на ранню стадію розвитку, де від людей чекають зрілого чи відповідального поведінки. | Хлопчик, нездатний впоратися з гнівом, який він відчуває по відношенню до матері, що відкидає його, починає проявляти поведінку, що відповідає молодшому віку, наприклад, переставши піклуватися про свої елементарні потреби і забруднюючи одяг. |
| Надкомпенсація | Людина намагається замаскувати якийсь особистісний недолік, акцентуючи увагу на іншій, більш бажаній рисі. | Дуже сором'язлива молода жінка надмірно компенсує свої слабкі соціальні навички, проводячи багато годин у спортивному залі, щоб максимально реалізувати свої фізичні здібності. |
| Сублімація | Людина вивільняє сексуальну та агресивну енергію способами, прийнятними суспільству. | Спортсмени, художники, хірурги та інші віддані своїй справі й люди, які мають високу кваліфікацію, можливо, досягають великих успіхів завдяки тому, що спрямовують на свою роботу енергію, яка в інших випадках може бути потенційно небезпечною. |

|  |
| --- |
| ***Анна та Зигмунд Фрейд.*** Анна, наймолодша із шести дітей Зигмунда Фрейда, навчалася психоаналізу у свого батька, а потім відкрила власний лікарський кабінет поруч із кабінетом батька. (У них була загальна приймальня.) Популярність їй принесли праці, присвячені захисним механізмам, іншим формам активності Его та роботи присвячені періодизації психічного розвитку у дітей. |

***Захисні механізми*** — *згідно з психоаналітичною теорією, прийоми, що виробляються Его для того, щоб контролювати неприйнятні імпульси Ід та уникнути тривоги, яку вони породжують, або зменшити її.*

***Витіснення*** *- захисний механізм, за допомогою якого Его не дозволяє неприйнятним імпульсам проникати у свідомість.*

***Суперего***

***Суперего*** виростає з Его, подібно до того, як Его виростає з Ід. Дізнаючись від батьків, що багато імпульсів нашого Ід неприйнятні, ми несвідомо приймаємо батьківські цінності. Ми ідентифікуємо себе з нашими батьками та оцінюємо себе відповідно до їхніх стандартів. Коли ми поділяємо їхні цінності, то почуваємося добре; коли ми йдемо проти них, то відчуваємо почуття провини. Одним словом, у нас формується свідомість.

***Суперего*** *— згідно з Фрейдом, психологічна сила, яка ставить на чільне місце цінності та ідеали.*

Згідно з Фрейдом, ці три частини особистості - Ід, Его і Суперего - часто конфліктують один з одним. Здоровою є така особистість, у якої між трьома силами встановилися ефективні робочі відносини, досягнуто прийнятного компромісу. Якщо Ід, Его і Суперего перебувають у стані гострого конфлікту, у поведінці людини можуть проявитися ознаки дисфункції.

Отже, фрейдисти вважали б Філіпа Бермана за людину, чиї особистісні сили перебувають у поганих робочих відносинах. Його Его і Суперего неспроможні контролювати імпульси Ід, які спонукають його щоразу вести себе в імпульсивній, а часто й у небезпечній манері, звідси і суїцидальні дії, напади ревнощів, звільнення з роботи, спалахи гніву, часті заперечення.

***Стадії розвитку***

Фрейд припустив, що на кожній стадії розвитку, з дитинства до зрілості, люди стикаються з новими ситуаціями та зовнішніми впливами, які вимагають внесення коригувань до Ід, Его та Суперего людини. Якщо коригування проведено успішно, вони ведуть до особистісного зростання. Якщо ні, у людини може відбутися ***фіксація*** або затримка на одній з ранніх стадій розвитку. В результаті страждає весь подальший розвиток, і в майбутньому індивід може легко зіткнутися з проблемою аномального функціонування. Оскільки батьки є ключовими постатями оточення у ранні роки життя, їх часто вважають основними винуватцями неправильного розвитку дитини.

|  |
| --- |
| ***Значимість стадій розвитку.*** Фрейд вважав, що привчання дитини до горщика є важливим досвідом розвитку. У дітей, яких привчали до нього надто суворими методами, може відбутися «фіксація» на анальній стадії та сформуватися «анальний характер», відмінними рисами якого є впертість, свавілля, скнарість і прискіпливість. |

***Фіксація*** *- згідно з Фрейдом, ситуація, при якій Ід, Его і Суперего не отримують належного розвитку і яка призводить до того, що людина затримується на одній із ранніх стадій розвитку.*

Фрейд надав кожній стадії розвитку найменування тієї частини тіла, яку він вважав найбільш значущою для дитини в цей період. Наприклад, перші 18 місяців життя він назвав оральною стадією. На цьому етапі діти побоюються, що мати, яка їх годує та втішає, зникне. У дітей, чиї матері систематично не задовольняють їх оральні потреби, може відбутися фіксація на оральній стадії, і вони протягом усього життя демонструватимуть «оральний характер», рисами якого є крайня залежність і недовірливість. Такі люди особливо схильні до депресії. Як ми побачимо в наступних розділах, Фрейд пов'язував фіксацію на інших стадіях розвитку – анальної (18 місяців – 3 роки), фалічної (від 3 до 5 років), латентної (5-12 років) та генітальної (від 12 років до настання зрілості ) - І з іншими видами психологічної дисфункції.

**Інші психодинамічні пояснення.**

Особисті та професійні розбіжності між Фрейдом та його колегами призвели на початку XX століття до розколу Віденського психоаналітичного товариства. Карл Юнг, Альфред Адлер та інші створили нові теорії. Хоча між новими теоріями та ідеями Фрейда були значні відмінності, кожна з них спиралася на його уявлення, що людське функціонування обумовлено динамічними (взаємодіючими) психологічними силами. Тому ці теорії, включаючи теорію самого Фрейда, називають психодинамическими.

|  |
| --- |
| «Мені здається, що Фрейд став справжнім лихом для психології і що ми можемо повчитися в нього тому, як не слід чинити». - Ханс Дж. Айзенк, професор та дослідник психотерапії |

Сьогодні найбільший вплив мають такі три психодинамічні теорії: ***его-психологія, селф-психологія і теорія об'єктних відносин.*** Его-психологи наголошують на ролі Его, вважаючи його більш незалежною і активною силою, ніж вважав Фрейд. Селф-психологи, навпаки, приділяють найбільшу увагу ролі «я», сукупної особистості, а чи не якийсь її частини. Вони вважають, що основною рушійною силою людини є збереження та зміцнення цілісності «я» (Lachmann & Beebe, 1995; Kramer & Akhtar, 1994; Kohut, 1977). Теорія об'єктних відносин передбачає, що людьми рухає головним чином потреба підтримувати відносини з оточуючими і що серйозні проблеми у відносинах між дітьми та тими, хто про них піклується, можуть сприяти аномальному розвитку та психологічним труднощам (Kernberg, 1977; Grotstein, 1996, 1995).

|  |
| --- |
| ***Що мати, що дочка.*** Згідно з Фрейдом, під час фалічної стадії хлопчики відчувають тяжіння до матері, а дівчатка — до батька. Діти пригнічують ці заборонені імпульси і натомість ідентифікують себе з батьком своєї статі, наслідуючи його у всьому. |

***Его-психологія*** *- психодинамічна теорія, яка робить акцент на ролі Его, вважаючи його незалежною силою.*

***Селф-психологія*** *- психодинамічна теорія, яка наголошує на ролі* "я" - *сукупної особистості людини.*

***Теорія об'єктних відносин*** *- психодинамічна теорія, що розглядає бажання підтримувати відносини як основну мотиваційну силу в людських відносинах.*

**Психодинамічні методи терапії**

Психодинамічні методи терапії починаються з фрейдівського психоаналізу та закінчуються сучасними терапевтичними методами, заснованими на селф-психології чи теорії об'єктних відносин. Всі вони прагнуть виявити минулі травми та внутрішні конфлікти, які є їх наслідком. Усі намагаються допомогти людям вирішити чи врегулювати ці конфлікти і продовжити особистісний розвиток.

Відповідно до більшості психодинамічних терапевтів, процес досягнення інсайту (осяяння) не можна підштовхувати чи нав'язувати. Терапевти повинні майстерно спрямовувати бесіди, щоб пацієнти самі розпізнали свої приховані проблеми. Щоб допомогти їм цього досягти, терапевти спираються такі прийоми, як вільна асоціація, інтерпретація терапевта, катарсис і опрацювання (Kernberg, 1997).

***Вільна асоціація***

У психодинамічній терапії пацієнт відповідає за початок та перебіг кожної розмови. Терапевт просить людину описати будь-яку думку, почуття чи образ, які спадають на думку, навіть якщо вони здаються маловажними. Цей процес називають ***вільною асоціацією.*** Терапевт очікує, що асоціації пацієнта зрештою виявлять неусвідомлювані події та приховану динаміку. Зверніть увагу, як вільна асоціація допомагає цій мешканці Нью-Йорка виявити загрозливі імпульси та внутрішні конфлікти:

*Пацієнтка: Так я почала йти та йти і вирішила обійти музей та прогулятися Центральним парком. Я йшла і йшла галявою і відчувала сильний приплив збудження і захоплення. Я побачила лавку біля кущів і сіла на неї. За моєю спиною пролунав шарудіння, і я злякалася. Я подумала про чоловіків, що ховаються в кущах. Я подумала про сексуальних збоченців, яких, як я читала, можна зустріти у Центральному парку. Я подумала, чи не оголюється хтось за моєю спиною. Думка огидна, але при цьому збуджуюча. Я уявила себе ерегований пеніс. Це стосується мого батька. Щось пов'язане з цим спадає мені на думку. Я не знаю, що це воно як би на межі моєї свідомості. (Пауза)*

*Терапевт: Мм-Гмм. (Пауза) На межі вашої свідомості?*

*Пацієнтка: (Тяжко дихає і, мабуть, відчуває сильну напругу.) Маленькою дівчинкою я спала з моїм батьком. Я відчуваю незвичне відчуття. Я відчуваю незвичайне відчуття на своїй шкірі, схоже на пощипування. Це дивне відчуття, що нагадує сліпоту, ніби чогось не можеш розгледіти. Мої думки затьмарюються і розпливаються по всьому, на що дивлюся. Я відчувала це відчуття кілька разів після прогулянки в парку. Мій розум ніби відключається, і я втрачаю здатність думати і сприймати щось. (Wolberg, 1967, р. 662)*

***Вільна асоціація*** *- психодинамічний прийом, що полягає в тому, що людина описує будь-яку думку, почуття або образ, які приходять на думку, навіть якщо вони здаються маловажними.*

***Інтерпретація терапевта***

Терапевти психодинамічного спрямування уважно слухають, коли пацієнти говорять, вишукуючи приховані натяки, роблячи попередні висновки та ділячись своїми інтерпретаціями, коли їм здається, що людина готова їх вислухати. Особливо важливі інтерпретації трьох явищ - опору, перенесення та сновидінь.

Люди чинять опір, коли вони раптово не можуть зробити вільних асоціацій або коли змінюють тему, щоб уникнути неприємного обговорення. Вони вдаються до перенесення, коли роблять по відношенню до терапевта дії і відчувають щодо нього почуття, що вони виявляли чи виявляють стосовно людей, які займають важливе місце у тому житті, передусім до своїх батьків, братів і сестер чи подружжя.

***Опір*** *- захисний механізм, який блокує вільні асоціації людини або змушує її змінити тему, щоб уникнути неприємного обговорення.*

***Перенесення*** *— відповідно до психодинамічних теоретиків, процес, у якому люди під час психотерапії поводяться з терапевтами так, як вони поводилися чи поводяться з людьми, які займають важливе місце в їхньому житті.*

Звернемося знову до жінки, яка гуляла Центральним парком. Вона продовжує говорити, а терапевт допомагає їй досліджувати її перенесення:

*Пацієнтка: Мене так збуджує все, що тут відбувається. Я думаю, мене стримує прагнення здаватися приємним. Іноді мені хочеться дати собі волю, але я не наважуюсь це зробити.*

*Терапевт: Тому що побоюєтесь моєї реакції?*

*Пацієнтка: Найгірше було б, якби я вам не сподобалася. Ви не стали б розмовляти зі мною в дружньому тоні; не стали б усміхатися; вирішили б, що не можете вилікувати мене і відпустили б мене на всі чотири сторони. Але я знаю, що це не так, це знаю.*

*Терапевт: Звідки, на вашу думку, йдуть ці установки?*

*Пацієнтка: Коли мені було 9 років, я багато читала про відомих історичних діячів. Я цитувала їх та розігрувала сценки. Я хотіла, щоб у мене на боці був меч; я вбиралася індійцем. Мама лаяла мене. Не гримасничай, не говори так багато. Сиди струнко, чула я знову і знову. Я витворювала все, що тільки можна. Я була неслухняною дитиною. Вона казала мені, що я покалічу себе. Коли мені було 14, я впала з коня та зламала хребет. Я мала лежати в ліжку. Мама казала мені того дня, коли я поїхала верхи, не робити цього, що я покалічуся, бо земля мерзла. Я була впертою, свавільною дитиною. Я не послухалася її і зі мною стався нещасний випадок, який змінив моє життя, — я зашкодила хребту. Її настанова була такою: «Я ж казала тобі». Мені наклали гіпс і я провела в ліжку довгі місяці. (Wolberg, 1967, р. 662)*

Нарешті, багато теоретиків психодинамічного напряму намагаються допомагати людям інтерпретувати їх ***сновидіння.*** Фрейд (1924) назвав сновидіння «королівською дорогою та несвідомим». Він вважав, що під час сну захисні механізми функціонують менш ефективно і що сновидіння, якщо їх правильно інтерпретувати, можуть виявити неусвідомлювані інстинкти, потреби та бажання.

|  |
| --- |
| «Ми всі можемо багато дізнатися про чесність вченого і вірність його своїй справі, дивлячись на готовність Фрейда вивчати власні сновидіння, переоцінювати свої теорії та продовжувати дослідження все життя». - Джером Л. Сінгер, професор, дослідник евристичних здібностей у дітей (Chance et al., 1989) |

Фрейд ідентифікував два види змісту сновидінь, маніфестне (явне) та латентне (приховане). ***Маніфестний зміст*** — це сновидіння, що усвідомлено пригадується, ***латентний зміст*** *—* його символічний зміст. Щоб витлумачити сновидіння, терапевти повинні перевести його маніфестний вміст у латентний.

***Сновидіння*** *- серія думок і образів, що виникають під час сну та інтерпретуються теоретиками психодинамічного спрямування як підказки, що дають ключ до несвідомого.*

***Маніфестний зміст*** *- усвідомлено пригадується зміст сновидіння.*

***Латентний зміст*** *- символічний зміст, що стоїть за змістом сновидіння.*

***Катарсіс***

Інсайт має бути як емоційним, і інтелектуальним процесом. Терапевти психодинамічного спрямування вважають, що пацієнти повинні випробувати ***катарсис,*** повторне переживання минулих витіснених почуттів, якщо вони хочуть вирішити внутрішні конфлікти та усунути свої проблеми.

***Катарсис*** *- повторне переживання минулих витіснених почуттів, щоб вирішити внутрішні конфлікти та усунути проблеми.*

***Опрацювання***

Один сеанс інтерпретації та катарсису не змінить людини. Пацієнт і терапевт повинні досліджувати ті самі питання знову і знову протягом багатьох сеансів, все більше і більше проясняючи їх. Цей процес, званий ***опрацюванням,*** зазвичай займає тривалий час, часто роки.

***Проробка*** - *психодинамічний процес, що полягає в багаторазовому переживанні конфліктів, різному тлумаченні почуттів та усуненні проблем пацієнта.*

***Короткострокова психодинамічна терапія***

В останні роки кілька терапевтів розробили метод короткострокової психодинамічної терапії (Sifneos, 1992, 1987; Davanloo, 1980). Вони спонукають пацієнтів зосередитися на одній проблемі — динамічному фокусі (dynamic focus) — на ранньому етапі терапії, наприклад, на нездатності жити з іншими людьми. Терапевт допомагає людині дотримуватись цієї проблеми протягом усього лікування та працює лише над тими психодинамічними питаннями, які пов'язані з нею, наприклад, над незадоволеними оральними потребами. Проведено лише обмежену кількість досліджень, але вони все ж таки дозволяють припустити, що ці новіші, короткострокові психодинамічні підходи іноді помітно допомагають пацієнтам (Crits-Christoph, 1992; Messer et al., 1992).

**Оцінка психодинамічної моделі.**

Фрейд та її послідовники сприяли зміні погляду аномальне функціонування ( Nietzel et al., 1994). Головним чином завдяки їхнім працям величезна кількість сучасних теоретиків шукає відповіді та пояснення за рамками біологічних процесів. Крім того, теоретики психодинамічного спрямування допомогли нам зрозуміти, що аномальне функціонування може сягати корінням в ті ж самі процеси, що і нормальне функціонування. Психологічний конфлікт – поширене явище; він призводить до відхилень у поведінці тільки в тому випадку, якщо конфлікт стає надмірним.

|  |
| --- |
| ***Чинник батька.*** Оскільки за часів Фрейда матері брали він майже всі турботи про немовлят, він вказував головним чином материнське вплив при поясненні розвитку особистості та психологічних проблем. Сьогодні багато батьків активно піклуються про своїх маленьких дітей, і теоретики психодинамічного спрямування внесли у свої пояснення відповідні корективи. |

Фрейд і багато його послідовники зробили також величезний вплив на методику лікування. Вони були першими, хто систематично використовував у лікуванні теорію та спеціальні прийоми. Крім того, вони першими продемонстрували потенціал психологічного лікування, на противагу біологічному, та їхні ідеї послужили відправною точкою для багатьох інших психологічних методів лікування.

У той самий час психодинамічна модель має недоліки. Формулювання та дослідження її понять може виявитися нелегким завданням (Nietzel et al., 1994; Erdelyi, 1992, 1985). Оскільки такі процеси, як потяг Ід, захисні механізми Его і фіксація носять абстрактний характер і імовірно відбуваються на несвідомому рівні, часто буває неможливо визначити, чи вони мають місце. Тому не дивно, що психодинамічні пояснення та методи лікування отримують обмежене підтвердження у дослідженнях, а теоретики та терапевти, що дотримуються психодинамічного спрямування, змушені покладатися в основному на вивчення індивідуальних випадків (Teller & Dahl, 1995; Prochaska & Norcross, 1994).

Частково у відповідь на ці проблеми останні кілька десятиліть отримали визнання інші моделі. Проте нині 11% теоретиків продовжують вважати себе терапевтами фрейдистського напрями (див. рис. 2.3), а 22% — сучасними психодинамическими терапевтами (Prochaska & Norcross, 1994). Цікаво відзначити, що багато практикуючих лікарів, які дотримуються інших моделей, повідомляють, що коли вони звертаються за допомогою з власними проблемами, то зупиняють свій вибір на психодинамічній терапії (Norcross & Prochaska, 1984).

|  |  |
| --- | --- |
| Теоретична орієнтація | Відсоток психотерапевтів, % |
| Еклетична | 38 |
| Сучасна психодинамічна | 22 |
| Фрейдистська психодинамічна | 11 |
| Сімейні системи | 7 |
| Поведінкова | 5 |
| Екзистенційна | 5 |
| Когнітивна | 5 |
| Інша | 3 |
| Клієнт-центрована | 3 |
| Гештальт | 1 |

**Малюнок 2.3. Теоретична орієнтація сучасних клініцистів.** В одному опитуванні 818 психологів, консультантів, психіатрів та соціальних працівників майже 40% респондентів назвали себе «еклектиками». (Prochaska & Norcross, 1994; Norcross et al., 1988; Norcross & Prochaska, 1986.)

**Крупним планом**

*Можливо, бачити сни (Шекспір)*

Усі люди бачать сни; бачать їх і собаки, а можливо навіть риби. Але якою метою служать сновидіння? Дехто стверджує, що сновидіння відкриває нам майбутнє; інші розглядають їх як подорожі внутрішнім світом або як альтернативні реальності. Грецький філософ Платон вважав сни відбитками внутрішніх хвилювань та невиконаних бажань. Як і Платон, Зигмунд Фрейд (1900) вважав, що сновидіння — це механізм, з якого ми висловлюємо незадоволені бажання і намагаємося їх здійснити. Його колега Альфред Адлер вважав, що сни служать тому, щоб готувати нас до стану неспання, створюючи для нас обстановку, в якій можна відрепетирувати нові моделі поведінки, або попереджаючи нас про внутрішні проблеми, які ми не усвідомлювали (Kramer, 1992).

Біологічні теоретики стоять на іншій позиції, яка, однак, не є повністю несумісною з вищенаведеною. У 1977 р. Дж. Аллан Хобсон та Роберт Мак-Карлі (Hobson & McCarley) запропонували модель активації-синтезу. Вони заявили, що під час швидкого сну (стадія сну, що характеризується швидким рухом очей), пожвавлюються спогади за допомогою безладних сигналів, що йдуть від різних ділянок мозку. Кора головного мозку, зона вищого когнітивного функціонування, намагається надати сенсу цьому безладному бомбардуванню електричними імпульсами. Результатом стає сновидіння, часто ірраціональне або химерне, але є найкращою апроксимацією, враховуючи різноманітність сигналів, що приймаються корою (Begley, 1989). Хобсон пізніше припустив, що на результуюче сновидіння можуть впливати потяги, страхи і прагнення сплячого.

Через деякий час невролог Джонатан Уїнсон (Winson, 1990) виміряв електричну активність головного мозку сплячих і чуючих тварин і встановив, що мозкові хвилі (електроенцефалограма) тварин під час сновидінь подібні до хвиль, що реєструються у них, коли вони зайняті діяльністю, пов'язаною з виживанням. Він зробив висновок, що сновидіння переробляють і переоцінюють денну діяльність, готуючи тварину до боротьби за життя, що має бути наступного дня.

Опитування та дослідження, присвячені змісту людських снів, вказують на ряд цікавих закономірностей. Дві третини людей бачать сни, що містять неприємний матеріал, наприклад, агресію, погрози, неприйняття, замішання чи нездатність встановити контакт (Van de Castle, 1993). Зазвичай сплячого переслідує чи атакує якась загрозлива особистість. Подібні сни, як часто вважається, означають, що сплячі тікають від внутрішніх страхів або питань, які вони не хочуть розглядати, або від якоїсь відомої їм людини, якій вони не вірять.

80% студентів коледжів повідомляють, що їм сниться, як вони кудись падають. Подібні сни, як вважається, мають місце, коли нашому почуттю безпеки щось загрожує або коли ми побоюємося втратити контроль над тим, що відбувається. Багато людей говорять, що сни, пов'язані з падінням, - перші, які вони здатні згадати, хоча людина може бачити їх на будь-якому етапі свого життя (Van de Castle, 1993; Cartwright & Lamberg, 1992).

Інша тема, що часто зустрічається, — публічне оголення. Поширеність таких снів, мабуть, варіюється в різних суспільствах. У ході одного дослідження про те, що бачать подібні сни, повідомили 43% опитаних американців студентського віку порівняно з 18% опитаних японців (Vieira, 1993). Фрейд (1900) розглядав сни, пов'язані з оголенням, як несвідоме бажання оголитися. Інші теоретики вважають, що люди, які бачать такі сни, можливо, побоюються, що оточуючі побачать їхню справжню особу (Van de Castle, 1993).

Крім того, сновидіння різняться залежно від статевої власності. В одному показовому дослідженні Калвін Холл (Hall) встановив, що чоловіки бачать сни про чоловіків у два рази частіше, ніж сни про жінок, тоді як жінки бачать однакову кількість снів про чоловіків та жінок. Крім того, декорацією більшості чоловічих сновидінь була вулиця, тоді як події в жіночих сновидіннях частіше відбувалися всередині власного будинку чи якогось приміщення. У сексуальних снах чоловіків частіше фігурували жінки, яких вони не знали, тоді як жінки бачили більше снів про чоловіків, яких цікавили наяву. У 1980 році Холл та його колеги порівняли зміст снів чоловіків та жінок студентського віку з даними, отриманими у 1950 році, і не виявили помітних змін (Van de Castle, 1993). Інші дослідники виявляють, що сни чоловіків та жінок стають більш андрогінними, що події у сновидіннях жінок тепер частіше, ніж у минулому, відбуваються на вулиці і що зараз жінки агресивно поводяться у своїх снах так само часто, як і чоловіки (Kramer, 1989) .

**Резюме**

Прихильники психодинамічної моделі вважають, що поведінка людини, чи то нормальна чи аномальна, зумовлена прихованими психологічними силами. Вони вважають, що психологічні конфлікти сягають корінням у ранні взаємини між батьками та дитиною та травматичні переживання.

Психодинамічні пояснення. Психодинамічна модель була вперше розроблена Зигмунд Фрейдом, який запропонував як загальну теорію психоаналізу, так і лікувальний підхід. Згідно з Фрейдом, три динамічні сили - Ід, Его і Суперего - взаємодіють і породжують думки, почуття та дії. До інших психодинамічних теорій відносяться его-психологія, селф-психологія та теорія об'єктних відносин.

Психодинамічні методи терапії Терапевти, що дотримуються психодинамічного спрямування, допомагають людям виявити минулі травми і внутрішні конфлікти, що з них виникають. Вони використовують ряд прийомів, наприклад, вільну асоціацію та інтерпретацію явищ, таких як опір, перенесення та сновидіння.

**Поведінкова модель.**

Подібно до теоретиків психодинаміки, вчені, які дотримуються поведінкової теорії (біхевіористи), вважають, що наші дії зумовлені головним чином нашим життєвим досвідом. Проте поведінкова модель акцентує увагу поведінці, реакціях організму з його оточення. ***Поведінка*** може бути зовнішньою (наприклад, людина ходить на роботу) або внутрішньою (виникнення почуття або думки). З поведінкового погляду, люди — це загальна сума вивчених поведінок.

***Поведінка*** *- реакції організму на його оточення.*

Багато вивчених поведінкових реакцій допомагають людям справлятися з повсякденними труднощами і вести щасливе, плідне життя. Однак і аномальна поведінка також може бути засвоєна. Біхевіористи, намагаючись пояснити проблеми Філіпа Бермана, могли б порахувати його людиною, яка отримала неправильне виховання: він засвоїв поведінкові реакції, які завдають біль іншим людям, які щоразу працюють проти нього.

У той час як психодинамічна модель виникла в результаті клінічної роботи лікарів, поведінкова модель зародилася в лабораторіях, в яких психологи проводили експерименти з обумовлення ***простих*** форм навчання. Вчені маніпулювали стимулами та винагородами, а потім спостерігали, як їх маніпуляції відбиваються на реакціях піддослідних.

***Обумовлення*** — *проста форма навчання, коли певний стимул починає викликати певну реакцію.*

У 1950-ті роки багато клініцисти розчарувалися в психодинамічній моделі, вважаючи її розпливчастою і повільно спрацьовує. Деякі з них почали застосовувати принципи обумовлення до дослідження та лікування психологічних проблем (Wolpe, 1997, 1987). Їхні зусилля призвели до виникнення поведінкової моделі патології.

**Поведінкові пояснення.**

Існує кілька різних форм обумовлення, причому кожна може викликати як аномальну, так і нормальну поведінку. Наприклад, при ***оперантному зумовленні***люди і тварини навчаються поводитися у певній манері, отримуючи винагороди чи задовільні результати щоразу, коли вони чинять в такий спосіб. При ***наслідуванні***(моделюванні) люди засвоюють реакції, просто спостерігаючи інших людей і повторюючи їх дії.

Третя форма обумовлення, ***класичне обумовлення*** *,* передбачає навчання за допомогою тимчасової асоціації. Коли дві події раз-по-раз відбуваються через короткий проміжок часу, вони зливаються воєдино у свідомості людини і незабаром вона починає реагувати на обидві події однаковим чином. Якщо одна подія продукує радісну реакцію, друга також викликає радість; якщо одна подія приносить почуття полегшення, то почуття викличе і друге. Більш детальне ознайомлення з цією формою обумовлення показує, як модель поведінки може пояснити аномальне функціонування.

***Оперантне обумовлення*** *— процес навчання, у якому поведінка, що приносить задовільні наслідки чи винагороди, буде, швидше за все, повторено.*

***Наслідування*** *— процес навчання, у якому людина засвоює реакції, спостерігаючи інших і копіюючи їх.*

***Класичне обумовлення*** *- процес навчання за допомогою тимчасової асоціації, при якій дві події, які щоразу відбуваються через короткий проміжок часу, зливаються у свідомості людини і викликають ту саму реакцію.*

Іван Павлов (1849-1936), російський фізіолог, був першим, хто продемонстрував класичне обумовлення у дослідженнях тварин. Вчений помістив перед собакою миску з перевіреним м'ясом, викликавши природний рефлекс, який буває на м'ясо у всіх собак: вони починають виділяти слину (див. рис. 2.4). Потім Павлов вніс одне доповнення: безпосередньо перед тим, як пред'явити собаці випробуване м'ясо, він включав метроном. Після кількох таких поєднань звуку метронома та пред'явлення м'яса Павлов зауважив, що собака починає виділяти слину, щойно чує метроном. Собака навчився виділяти слину у відповідь на звук.

**Малюнок 2.4. Досвід Павлова.** В експериментальному пристрої Івана Павлова слина, що виділяється собакою, збиралася в трубці, а її кількість реєструвалася на циліндрі, що обертається, званому кімографом. Експериментатор спостерігав за собакою через скляне вікно, яке пропускало світло лише в одному напрямку.

|  |
| --- |
| ***Дивись та роби.*** Наслідування може спричинити деякі форми аномальної поведінки. Відоме дослідження, проведене Альбертом Бандурою і його колегами (Bandura et al., 1963), продемонструвало, що діти навчалися погано поводитися з лялькою, спостерігаючи, як дорослий, що подавав приклад, завдавав їй ударів. Діти, які не бачили цих дій дорослого, не завдавали ляльки шкоди. |

У термінології класичного обумовлення м'ясо у цьому демонстраційному експерименті – це безумовний стимул (unconditioned stimulus, US). Він викликає безумовний рефлекс (unconditioned response, UR) слиновиділення (тобто природний рефлекс, з яким собака народилася). Звук метронома - це умовний стимул (conditional stimulus, CS), раніше нейтральний стимул, який у мозку собаки починає асоціюватися з м'ясом. Тому він також викликає рефлекс слиновиділення. Коли рефлекс слиновиділення викликаний умовним стимулом, а чи не безумовним, його називають умовним рефлексом (conditioned response, CR).

До обумовлення

CS: Звук - Немає рефлексу

US: М'ясо — UR: Слиновиділення

Після обумовлення

CS: Звук — CR: Слиновиділення

US: М'ясо — UR: Слиновиділення

Класичне обумовлення пояснює багато знайомих дій. Скажімо, ніжні почуття, які молода людина відчуває, коли відчуває запах духів своєї подруги, можуть бути умовним рефлексом. Спочатку духи могли не чинити на нього жодного емоційного впливу, але оскільки цей аромат був присутній під час кількох любовних побачень, він почав пробуджувати умовний рефлекс.

Аномальні види поведінки можуть бути засвоєні за допомогою класичного обумовлення. Уявіть собі маленького хлопчика, якого щоразу лякає велика німецька вівчарка сусіда. Щоразу, коли хлопчик проходить повз сад перед будинку сусіда, собака голосно гавкає і кидається в його бік, зупиняється тільки повідком, прив'язаним до ганку. У цій ситуації батьки хлопчика не здивуються, виявивши, що він почав боятися собак. Однак вони будуть спантеличені іншим сильним страхом, що з'явився у хлопчика, — острахом піску. Вони не можуть зрозуміти, чому дитина плаче кожного разу, коли вони беруть її на пляж, і кричить від страху, якщо пісок лише потрапляє йому на шкіру.

Що ж стало причиною цього страху піску? Класичне зумовлення. З'ясовується, що в сусідському саду стоїть велика пісочниця, де грає собака. Щоразу, коли собака гавкає і кидається у бік хлопчика, він бачить пісочницю. Після багаторазових повторень такого поєднання дитина починає боятися піску не менше ніж собаки.

**Поведінкові методи терапії.**

Поведінкова терапія покликана ідентифікувати поведінкові реакції, які є причиною проблем пацієнта, а потім замінити їх більш прийнятними, використовуючи принципи класичного обумовлення, оперантного обумовлення або наслідування. Позиція терапевта стосовно пацієнта швидше нагадує встановлення вчителя, ніж лікаря. Раннє життя людини значуща лише остільки, оскільки може дати підказки, що стосуються поточних процесів обумовлення.

***Систематична десенситизація*** *— поведінковий метод лікування, коли люди з фобіями вчаться спокійно реагувати на об'єкти чи ситуації, які їх лякають, замість того, щоб відчувати перед ними сильний страх.*

Наприклад, лікування за допомогою класичного обумовлення може бути використане з метою зміни аномальних реакцій на якийсь стимул (Wolpe, 1997, 1987; Emmelkamp, 1994). Розглянемо ***систематичну десенситизацію,*** лікувальний метод, який часто застосовується до людей з фобіями — конкретними та безпричинними страхами. У ході цієї покрокової процедури люди вчаться спокійно реагувати на об'єкти чи ситуації, які їх лякають, замість відчувати перед ними сильний страх (Wolpe, 1990, 1987, 1958). Спочатку пацієнтів протягом кількох сеансів вчать навичку релаксації. Потім вони конструюють ієрархію страху — перелік об'єктів чи ситуацій, що лякають, починаючи з менш страшних і закінчуючи тими, які викликають найбільший жах. Ось ієрархія, збудована чоловіком, який боявся критики, що особливо стосується його розумових здібностей:

*1. Приятель на вулиці: "Привіт, як життя?"*

*2. Приятель на вулиці: "Як самопочуття?"*

*3. Сестра: «Ти маєш бути обережним, інакше тебе покладуть до лікарні».*

*4. Дружина: "Тобі не слід пити пиво, коли ти приймаєш ліки".*

*5. Мати: «Що трапилося, ти добре почуваєшся?»*

*6. Дружина: "Ти сам у всьому винен, ти вбив собі це в голову".*

*7. Працівник станції техобслуговування: «Від чого ви тремтіте?»*

*8. Сусід позичає граблі: «У вас щось гаразд з ногами? Ваші коліна тремтять».*

*9. Приятелі на роботі: "У тебе нормальний тиск?"*

*10. Працівник станції техобслуговування: «Ви весь тремтіть, може, ви не в собі чи у вас щось трапилося?» (Marquis & Morgan, 1969, p. 28)*

Далі терапевти, що використовують десенситизацію, просять пацієнтів або подумки уявити кожну ситуацію в ієрархії, або реально пережити її, поки вони перебувають у стані релаксації. У ході покрокових поєднань лякаючих епізодів та релаксації люди рухаються вгору ієрархічними сходами, поки нарешті не навчаються розслаблятися у всіх ситуаціях. Як ми побачимо в розділі 4, дослідження щоразу показують, що систематична десенситизація та інші прийоми класичного обумовлення виявляються ефективними при лікуванні фобій (Wolpe, 1997; Emmelkamp, 1994).

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** Ось які фобії зустрічалися в популярних фільмах: страх змій - "Індіана Джонс" (Indiana Jones), хвороби - "Ханна та її сестри" (Hannah and Her Sisters), зовнішнього світу - "Наслідувач" (Copycat), соціальних ситуацій - "Енні Холл (Annie Hall), польотів - Людина дощу (Rain Man), висоти - Запаморочення (Vertigo), червоного кольору - Марні (Marnie), замкнутого простору - Подвійне тіло (Body Double). |

**Оцінка поведінкової моделі.**

Починаючи з 1950-х років. число поведінкових клініцистів стійко зростає, і модель поведінки стала впливовою силою в клінічній області. Було висунуто різноманітні поведінкові теорії, розроблено безліч прийомів лікування. Приблизно 5% сьогоднішніх терапевтів повідомляють, що їхній підхід має переважно поведінковий характер (Prohaska & Norcross, 1994).

Можливо, найбільше приваблює у поведінковій моделі те, що її можна перевірити в лабораторії, тоді як психодинамічні теорії, як правило, не можна. Базові поняття біхевіористів — стимул, реакцію та винагороду — можна спостерігати та вимірювати. Ще більш важливим є те, що результати досліджень значною мірою підтверджують модель поведінки (Wolpe, 1997; Emmelkamp, 1994). Експериментатори успішно використовують принципи обумовлення, викликаючи клінічні симптоми в лабораторії, а це дозволяє припустити, що психологічні розлади можуть виникати аналогічним чином. До того ж поведінкові методи лікування виявляються ефективними у клінічній практиці у разі конкретних страхів, слабких соціальних навичок, розумової відсталості та інших проблем (DeRubeis & Grits-Christoph, 1998; Emmelkamp, 1994). Їхня ефективність вражає ще більше, якщо врахувати короткостроковість терапевтичних методів та їх низьку вартість.

У той же час дослідження виявляють слабкі сторони цієї моделі. Так, поведінкові дослідники викликають конкретні симптоми у випробуваних. Але чи виникають зазвичай ці симптоми так? Як і раніше, значних доказів, що більшість людей з психічними розладами — жертви неадекватного обумовлення. Поліпшення, що відзначаються в кабінеті терапевта, не завжди переносяться на реальне життя і не завжди зберігаються без подальшого лікування (Nietzel et al., 1994; Stokes & Osnes, 1989).

Нарешті, деякі критики вважають, що поведінковий підхід є надто спрощеним, що його концептуальні поняття не здатні пояснити складну людську поведінку. У 1977 р. Альберт Бандура, який раніше визначив наслідування як ключовий процес зумовлення, заявив, що, якщо люди хочуть бути щасливими та ефективно функціонувати, вони повинні розвинути в собі позитивне почуття самоефективності ***.*** Тобто зрозуміти, що можуть опанувати необхідні поведінкові реакції і демонструвати їх щоразу, коли це потрібно. Інші біхевіористи 1960-х і 70-х років також помітили, що людям притаманні когнітивні поведінкові реакції, такі як передбачення або інтерпретація - прийоми мислення, які багато в чому ігнорувалися у поведінковій теорії та терапії. Ці фахівці створили когнітивно-поведінкові теорії (cognitive-behavioral theories), які приділяють підвищену увагу прихованим когнітивним та поведінковим реакціям (Meichenbaum, 1993; Goldiamond, 1965).

|  |
| --- |
| ***Десенситизація.*** Джозеф Вольпе (J. Wolpe), психіатр, який розробив поведінковий метод лікування, названий систематичною десенсибілізацією, спочатку вчить людину розслаблятися, а потім допомагає їй зіткнутися з лякаючими об'єктами або ситуаціями, реальними або уявними, поки людина залишається в розслабленому стані. |

***Самоефективність*** *— ідея, що людина може опанувати необхідні поведінкові реакції і демонструвати їх щоразу, коли це потрібно.*

Когнітивно-поведінкові теоретики перекидають місток між поведінковою та когнітивною моделлю, розробивши підхід, що частково поєднує ці принципи. З одного боку, їх пояснення суворо дотримуються принципів навчання. Наприклад, ці теоретики вважають, що когнітивним процесам навчаються у вигляді класичного обумовлення, оперантного обумовлення і наслідування. З іншого боку, когнітивно-поведінкові теоретики поділяють думку когнітивних теоретиків інших шкіл, що здатність мислити є найважливішим аспектом людського функціонування (Dougher, 1997; Wilson, Hayes & Gifford, 1997).

**Сцени із сучасного життя**

*Материнські інстинкти*

Одного із серпневих днів 1996 р. 3-річний хлопчик переліз через огорожу в Брукфілдському зоопарку в Іллінойсі і впав з висоти 24 фути на цементну підлогу вольєра з горилами. 8-річна 160-фунтова горила на ім'я Бінті-Джуа підняла дитину і почала похитувати її тендітне тільце у своїх руках. Мати дитини, побоюючись найгіршого, закричала: «Горила схопила мого хлопчика». Але Бінті взяла маленького хлопчика під свій захист, ніби то була її власна дитина. Вона відігнала інших горил, ніжно похитала його і віднесла до входу у вольєр, де вже чекали рятувальники. Через кілька годин цей випадок побачили у відеозаписі люди всього світу, і материнські інстинкти Бінті були гідно оцінені.

З'ясувалося, що коли сама Бінті перебувала у дитячому віці, її довелося відібрати від її матері Лулу, яка мала мало молока. Щоб заповнити цю втрату, працівники зоопарку цілодобово дбали про Бінті, постійно тримаючи її на руках. Коли Бінті завагітніла у 6-річному віці, дресирувальники побоювалися, що рання розлука з матір'ю могла зумовити погану підготовку до виховання власної дитини. Тому вони почали давати Бінті уроки материнства і вчили її няньчити і носити на руках ляльку.

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Що зумовило напрочуд ніжну і лагідну турботу горили про постраждалу дитину? Чи було це, як могли б припустити теоретики об'єктних відносин, вираження прихильності та опіки, вже виявлених нею стосовно своєї 17-місячної дочки? Чи були це спостереження за діями під час її власного дитинства людей, які стали для неї об'єктом наслідування, як могли б заявити біхевіористи? Чи, можливо, вся справа у навчанні батьківським обов'язкам, яке вона пройшла у період своєї вагітності? |

**Резюме**

Біхевіористи зосереджують свій погляд на поведінкових реакціях людини та кажуть, що ці реакції виробляються відповідно до принципів обумовлення.

Поведінкові пояснення. Біхевіористи вважають, що поведінка, як нормальна, так і аномальна, визначають три типи обумовлення - класичне обумовлення, оперантне обумовлення та наслідування (моделювання).

Поведінкові методи терапії. Мета поведінкової терапії – ідентифікувати проблемні поведінкові реакції людини та замінити їх більш прийнятними. Терапевти біхевіорального спрямування використовують прийоми, які дотримуються принципів класичного обумовлення, оперантного обумовлення, наслідування або їх поєднання. Наприклад, при лікуванні фобій ефективний підхід класичного обумовлення, який називається систематичною десенситизацією.

**Когнітивна модель.**

Філіп Берман, подібно до всіх нас, мав когнітивні (пізнавальні) здібності — особливі інтелектуальні можливості мислити, пам'ятати і передбачати. Ці здібності дають йому можливість домогтися в житті безлічі корисних результатів, але так само можуть працювати і проти нього. Коли Філіп осмислює свій досвід, у нього можуть виникнути хибні ідеї. Він може інтерпретувати досвід у такій манері, яка призведе до помилкових рішень, неадекватних реакцій та хворобливих емоцій.

|  |
| --- |
| ***Обумовлення заради забави та користі справи.*** Господарі свійських тварин виявили, що можуть навчати своїх улюбленців різним трюкам, використовуючи принципи обумовлення. |

На початку 1960-х років клініцисти Алберт Елліс і Аарон Бек висловили припущення, що в основі поведінки, мислення та емоцій лежать когнітивні (пізнавальні) процеси і що ми можемо найкраще зрозуміти аномальне функціонування, вивчаючи пізнавальну здатність - підхід, відомий як когніт. Елліс і Бек стверджували, що клініцисти повинні ставити питання про те, які припущення (посилки) та установки накладають відбиток на сприйняття людини, які думки мелькають у її свідомості та до яких висновків вони наводять. Інші теоретики та терапевти незабаром підхопили та розвинули їх ідеї та прийоми.

**Когнітивні пояснення.**

Для когнітивних теоретиків ми всі художники. Ми відтворюємо і створюємо у своїй свідомості власні світи, коли намагаємося зрозуміти події, які відбуваються навколо нас. Якщо ми хороші художники, то наші пізнавальні здібності, як правило, точні (схвалювані іншими людьми) і приносять користь. Якщо ми — погані художники, то можемо створити когнітивний внутрішній світ, який завдає нам болю та шкоди.

Аномальне функціонування може бути наслідком кількох видів когнітивних проблем. Наприклад, люди можуть дотримуватися припущень і установок (аттитьюдов) щодо самих себе та їхнього світу, які завдають занепокоєння та не відрізняються точністю (Ellis, 1997, 1962). Так, Філіп Берман, певне, часто припускав, що у своє нинішнє становище він приречений з свого минулого. Він вважав, що став жертвою своїх батьків і що його минуле завжди буде тяжіти над ним як зла доля. Очевидно, він підходив до всіх нових ситуацій та відносин з очікуванням невдачі та нещастя.

|  |
| --- |
| "Життя - це мистецтво робити переконливі висновки з неповних посилок". - Семюел Батлер (1835-1902) |

Когнітивні теоретики також вказують на процеси нелогічного мислення як можливу причину аномального функціонування. Наприклад, Бек (Beck, 1993, 1991, 1967) виявив, що деякі люди щоразу мислять у нелогічному ключі і роблять висновки, що завдають їм шкоди. Як ми побачимо в розділі 6, він ідентифікував ряд процесів нелогічного мислення, що спостерігаються при депресії, включаючи надузагальнення (overgeneralization), або виведення загальних негативних висновків на підставі однієї незначної події. Одна депресивна студентка на занятті з історії не змогла згадати роки третього плавання Колумба до Америки. Зробивши над узагальнення, вона провела залишок дня у стані розпачу, переживаючи з приводу свого безпросвітного невігластва.

**Когнітивні методи терапії.**

Згідно з когнітивними терапевтами, люди з психологічними розладами можуть позбутися своїх проблем, освоївши нові, більш функціональні способи мислення. Оскільки різні форми аномалії можуть бути пов'язані з різними видами когнітивної дисфункції, когнітивні терапевти розробили низку прийомів. Наприклад, Бек (1997; 1996; 1967) розробив підхід, названий просто ***когнітивною терапією*** *,* який широко використовується у випадках депресії.

***Когнітивна терапія*** *– розроблений Аароном Беком терапевтичний підхід, який допомагає людям розпізнати та змінити свої помилкові розумові процеси.*

Терапевти допомагають пацієнтам розпізнати негативні думки, тенденційні інтерпретації та логічні помилки, якими рясніє їх мислення і які, згідно з Беком, викликають у них депресію. Терапевти також спонукають пацієнтів кинути виклик своїм дисфункціональним думкам, випробувати нові інтерпретації та зрештою почати використовувати у своєму повсякденному житті нові способи мислення. Як ми побачимо в розділі 6, у людей з депресією, яких лікували за допомогою підходу Бека, відзначалися набагато помітніші покращення, ніж у тих, хто не лікувався взагалі (Hollon & Beck, 1994; Young, Beck & Weinberger, 1993).

У цьому уривку когнітивний терапевт допомагає депресивній 26-річній студентці останнього курсу побачити зв'язок між тим, як вона інтерпретує свій досвід, і тим, які почуття вона відчуває, і засумніватися в точності цих інтерпретацій:

*Терапевт: Як це ви розумієте?*

*Пацієнтка: Я впадаю в депресію, коли в мене щось не ладнається. Наприклад, коли я провалююся на іспиті.*

*Терапевт: Як провал на іспиті може викликати у вас депресію?*

*Пацієнтка: Ну, якщо я провалюся, то ніколи не вступлю до післядипломної школи права.*

*Терапевт: Тобто провал на іспиті означає для вас дуже багато. Але якби провал на іспиті міг викликати у людей клінічну депресію, чи всі провалилися на іспиті, на вашу думку, виникла б депресія? Чи всі з тих, хто провалюється, впадають у такий пригнічений стан, що їм потрібне лікування?*

*Пацієнтка: Ні, це залежить від того, наскільки важливим є цей іспит для людини.*

*Терапевт: Правильно і хто вирішує, наскільки він важливий?*

*Пацієнтка: Я.*

*Терапевт: Отже, ми повинні досліджувати ваше ставлення до іспиту (або те, що ви думаєте про іспит) і як воно впливає на ваші шанси вступити до школи права. Ви згодні?*

*Пацієнтка: Згодна...*

*Терапевт: То що означав провал?*

*Пацієнтка: (Плачу) Що я не зможу вступити до школи права.*

*Терапевт: І що це означає для вас?*

*Пацієнтка: Що я недостатньо розумна.*

*Терапевт: Щось ще?*

*Пацієнтка: Що я ніколи не зможу бути щасливою?*

*Терапевт: І які відчуття викликають у вас ці думки?*

*Пацієнтка: Я почуваюся дуже нещасною.*

*Терапевт: Тобто вас робить дуже нещасною значущість провалу на іспиті. По суті, припущення, що ви ніколи не зможете бути щасливою, є важливим фактором, який робить людину нещасною. Таким чином, ви заганяєте себе в пастку - згідно з визначенням, нездатність вступити до школи права дорівнює «я ніколи не зможу бути щасливою. (Beck et al., 1979, p. 145-146)*

**Оцінка когнітивної моделі.**

Когнітивна модель отримала дуже широке визнання. На додаток до біхевіористів, які тепер включають когнітивні поняття у свої теорії навчання, безліч клініцистів вважають, що процеси мислення є набагато більшими, ніж обумовлені реакції. Когнітивні теорії, дослідження та методи лікування розвиваються в багатьох цікавих напрямках, що ця модель тепер розглядається як незалежна від поведінкової школи, яка дала їй життя.

Приблизно 5% сучасних терапевтів ідентифікують свій підхід як когнітивний (Prochaska & Norcross, 1994). Цей загальний відсоток насправді відбиває розкол у клінічному суспільстві. Когнітивну терапію переважно використовують 10% психологів та інших консультантів, порівняно з лише 1% психіатрів і 4% соціальних працівників (Prochaska & Norcross, 1994; Norcross, Prochaska & Farber, 1993). Крім того, опитування показують, що кількість фахівців, які використовують когнітивні підходи, зростає.

Є кілька причин, що пояснюють популярність цієї моделі. По-перше, у центрі її уваги знаходиться найунікальніший із людських процесів — людське мислення. Подібно до того, як наші специфічні когнітивні здібності обумовлюють настільки багато досягнень людини, вони можуть також нести відповідальність за специфічні проблеми, що виявляються в людському функціонуванні. Саме тому модель, яка розглядає мислення як основну причину нормальної та аномальної поведінки, притягує до себе багатьох теоретики, які отримали різну підготовку.

Когнітивні теорії є також об'єктом численних досліджень. Вчені встановили, що для багатьох людей з психологічними розладами дійсно характерні неповносправні припущення, думки або розумові процеси (Whisman & McGarvcy, 1995; Gustafson, 1992).

Ще одна причина популярності когнітивної моделі полягає у вражаючих успіхах когнітивних методів терапії. Наприклад, вони виявилися дуже ефективними при лікуванні депресії, панічного розладу та сексуальних дисфункцій (DeRubeis & Crits-Christoph, 1998; Holion & Beck, 1994; Carey et al, 1993).

Проте когнітивна модель також має свої недоліки (Beck, 1997, 1991; Meichenbaum, 1997, 1992). По-перше, хоча когнітивні процеси явно беруть участь у багатьох формах патології, їх конкретну роль ще потрібно визначити. Пізнавальні здібності, що спостерігаються у психологічно проблемних людей, цілком можуть бути скоріше наслідком, ніж причиною їх труднощів.

По-друге, хоча когнітивні методи терапії безумовно допомагають багатьом людям, вони не здатні допомогти всім. Результати досліджень починають вказувати на обмежену ефективність цих підходів. Чи достатньо зміни когнітивних характеристик у випадках психологічної дисфункції? Чи можуть подібні приватні зміни мислення внести загальні та довготривалі поправки в те, як людина мислить і поводиться?

|  |
| --- |
| ***Піонер у клінічній сфері.*** Аарон Бек припустив, що багато форм аномальної поведінки можуть бути викликані когнітивними факторами, такими як неспокійні думки та нелогічне мислення. |

Нарешті, подібно до інших моделей, когнітивна відрізняється певною вузькістю. Хоча пізнавальна здатність є специфічною людською особливістю, вона — лише одна із складових людського функціонування. Чи не є люди чимось більшим, ніж сума їхніх мінливих думок, емоцій та поведінкових реакцій? Чи не слід при поясненні людського функціонування враховувати ширші питання, наприклад, як люди дивляться на життя, що вони отримують від неї і як вони вирішують питання сенсу життя? У цьому полягає позиція екзистенційно-гуманістичного підходу.

**Резюме**

Когнітивна модель стверджує: щоб зрозуміти людську поведінку, необхідно зрозуміти людське мислення.

Когнітивні пояснення. Коли люди демонструють аномальні патерни функціонування, когнітивні теоретики вказують на когнітивні проблеми, такі як неадекватні припущення та процеси нелогічного мислення.

Когнітивні методи терапії. Когнітивні терапевти намагаються допомогти людям розпізнати та змінити свої помилкові ідеї та розумові процеси. Серед когнітивних методів лікування, що найбільш широко застосовуються, — когнітивна терапія Бека.

**Екзистенційно-гуманістична дослідна модель.**

Філіп Берман - це щось більше, ніж психологічні конфлікти, вивчені поведінкові реакції та пізнавальні здібності. Будучи людиною, вона також має здатність розглядати філософські питання, такі як самосвідомість, цінності, сенс і вибір, і робити їх частиною свого життя. Згідно з гуманістичними та екзистенційними теоретиками, проблеми Філіпа можна зрозуміти лише у світлі подібних складних питань. Гуманістичних і екзистенційних теоретиків зазвичай включають в одну групу — підхід, званий екзистенційно-гуманістичною моделлю (humanistic-existential model) — через притаманну їм увагу до цих ширших аспектів існування. У той самий час з-поміж них є важливі відмінності.

Гуманістичні психологи вважають, що люди мають вроджену тенденцію до дружби, співпраці та творення. Люди, заявляють ці теоретики, прагнуть ***самоактуалізації*** — реалізації цього потенціалу добра і зростання. Однак вони можуть цього досягти, тільки якщо поряд зі своїми достоїнствами чесно визнають та приймуть свої недоліки та визначать задовільні особистісні цінності, на які слід орієнтуватися у житті.

***Самоактуалізація*** *- гуманістичний процес, в якому люди реалізують свій потенціал добра і зростання.*

Екзистенційно-орієнтовані психологи погоджуються, що люди повинні мати точне уявлення про себе і жити змістовним «автентичним» життям, щоб бути психологічно добре адаптованими. Однак їх теорії не припускають, що люди від природи схильні жити у позитивному ключі. Ці теоретики вважають, що ми від народження маємо повну свободу: або відкрито подивитися на своє існування і надати сенс свого життя, або ухилитися від цієї відповідальності. Ті, хто воліють «ховатися» від відповідальності та вибору, стануть дивитися на себе як на безпорадних і слабких, внаслідок чого їхнє життя може стати порожнім, неавтентичним і призвести до появи тих чи інших симптомів.

|  |
| --- |
| "Найважче в житті - вибір" - Джордж Мур. «Вигнута гілка» |

І гуманістичний та екзистенційний погляд на патологію сягають 1940-х років. У цей час Карл Роджерс (1902-1987), що часто розглядається як піонер гуманістичного спрямування, розробив клієнт-центрований метод терапії, що приймає клієнта та забезпечує підтримку підхід, який різко контрастував з психодинамічних прийомів того часу. Він також висунув теорію особистості, яка не надавала великого значення ірраціональним інстинктам та конфліктам.

|  |
| --- |
| ***Самоактуалізація.*** Гуманісти вважають, що самоактуалізовані люди, подібні до цього волонтера в лікарні, піклуються про благополуччя людства. Вважається також, що подібні люди мають високий творчий потенціал, безпосередні, незалежні та мають почуття гумору. |

Екзистенційний погляд на особистість і патологію виник у той самий період. Багато його принципів спираються на ідеї європейських філософів-екзистенціалістів XIX століття, які вважали, що люди постійно визначають своє існування за допомогою своїх дій, і таким чином надають йому сенсу. Наприкінці 1950-х років Мей, Ейнджел та Елленбергер випустили у світ книгу під назвою Existence, в якій було описано кілька основних екзистенційних ідей та лікувальних підходів, що допомогло привернути увагу до цього напряму (May, Angel & Ellenberger, 1958).

Гуманістичні та екзистенційні теорії були вкрай популярні у 1960-х та 70-х роках, часу інтенсивних духовних пошуків та соціального перевороту у західному суспільстві. Потім вони дещо втратили свою популярність, але продовжують впливати на ідеї та роботу багатьох клініцистів.

**Гуманістична теорія та терапія Роджерса.**

Згідно з Карлом Роджерсом (Rogers, 1987, 1961, 1951), шлях до дисфункції починається в дитинстві. У всіх нас є базова потреба у позитивному відношенні з боку людей, які займають важливе місце в нашому житті (насамперед з боку батьків). У тих, до кого на ранньому етапі життя виявляють безумовне (нерозсудливе) позитивне ставлення (unconditional positive regard), швидше виробиться безумовне позитивне ставлення до себе (unconditional self-regard). Тобто ці люди будуть усвідомлювати свою цінність як особистостей, навіть розуміючи, що вони недосконалі. Така людина має добрі передумови для актуалізації свого позитивного потенціалу.

На жаль, деяких дітей щоразу змушують відчувати, що вони не заслуговують на позитивне ставлення. В результаті вони засвоюють вимоги визнання заслуг (conditions of worth), стандарти, які кажуть їм, що вони заслуговують на любов і схвалення, тільки коли відповідають певним правилам. Щоб зберегти позитивне ставлення до себе, ці люди повинні дивитися на себе дуже вибірково, заперечуючи чи спотворюючи думки та вчинки, які не витримують їхніх вимог визнання заслуг. Тим самим вони засвоюють спотворений погляд на себе та свій досвід.

Постійний самообман унеможливлює цих людей самоактуалізацію. Вони не знають, що вони насправді відчувають, що їм по-справжньому потрібно чи які цінності та цілі були б для них значущими. Більше того, вони витрачають так багато енергії, намагаючись відстояти образ себе, що на самоактуалізацію її залишається зовсім мало, після чого неминучі проблеми у функціонуванні.

Роджерс міг би побачити у Філіпі Бермані людину, яка збилася зі шляху. Замість того, щоб намагатися реалізувати свій позитивний людський потенціал, Філіп пливе за течією — від однієї роботи до іншої, від одних стосунків до інших, від одного гнівного спалаху до іншого. У кожній інтеракції він захищає себе, намагається інтерпретувати події у звичному для себе ключі, зазвичай звинувачує у своїх проблемах інших людей. Однак його постійні спроби захистити та звеличити себе виявляються успішними лише частково. Його базовий негативний образ себе постійно проривається назовні. Ймовірно, Роджерс пов'язав би цю проблему з прискіпливістю, яку виявляла до Філіпа його мати в дитинстві.

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** Деякі терапевти вважають музичну терапію формою гуманістичного лікування завдяки здатності музики надихати людей, викликати раніше недоступні емоції, інтуїтивні прозріння, спогади і навіть пробуджувати духовні почуття. Цілюща сила музики відома з давніх-давен; у грецькій міфології бог Аполлон був одночасно покровителем музики та медицини (Kahn & Fawcett, 1993). |

Клініцисти, які практикують ***клієнт-центровану терапію*** Роджерса, намагаються створити атмосферу підтримки. Вони хочуть, щоб люди подивилися на себе чесно і прийняли себе такими, якими вони є (Raskin & Rogers, 1995; Rogers, 1987, 1967, 1951). Терапевт повинен демонструвати три важливі якості протягом усієї терапії: безумовне позитивне ставлення до клієнта, уважну емпатію (співпереживання) та щирість.

***Клієнт-центрована терапія*** *— розроблений Карлом Роджерсом метод гуманістичної терапії, в якому клініцисти намагаються допомогти клієнтам, приймаючи їх такими, якими вони є, уважно співпереживаючи їм і виявляючи щирість.*

Терапевти виявляють безумовне позитивне ставлення, пропонуючи повний і теплий прийом, щоб клієнти не говорили, думали або відчували. Терапевти виявляють уважну емпатію, уважно слухаючи, що клієнти говорять, і повторюють їхні слова без будь-якої інтерпретації чи коригування. Зрештою, терапевти повинні виявляти щирість. Якщо в словах терапевтів немає чесності та щирості, клієнти можуть сприйняти їх як механічні та фальшиві. У наступному діалозі терапевт використовує всі три якості, допомагаючи клієнту краще зрозуміти себе:

*Клієнтка: Так, я знаю, що не мушу турбуватися про це, але продовжую це робити. Про безліч речей — гроші, людей, одяг. Мені здається, всі тільки й чекають нагоди, щоб накинутися на мене... Коли я зустрічаю когось, мені хочеться знати, що він насправді зараз думає про мене. А потім мене цікавить питання, наскільки я відповідаю тому, що він про мене подумав.*

*Терапевт: Вам здається, що ви дуже сприйнятливі до думки інших людей.*

*Клієнтка: Так, але ці речі не повинні мене турбувати.*

*Терапевт: Вам здається, що це ті речі, які не повинні викликати занепокоєння, але вони все ж таки змушують вас досить сильно хвилюватися.*

*Клієнтка: Лише деякі з них. Більшість цих речей турбують мене, бо вони є реальними. Ті, про які я вам повідомила. Але є безліч речей, які не реальні... Схоже, речі просто накопичуються, накопичуються всередині мене... Таке відчуття, що вони тіснять один одного і ось-ось вибухнуть.*

*Терапевт: Ви відчуваєте це як свого роду гнітючий тиск із певною часткою фрустрації та відчуваєте, що речі некеровані.*

*Клієнтка: До певної міри, але деякі речі здаються просто нелогічними. Боюся, я не дуже ясно висловлююся, але це те, що мені спадає на думку.*

*Терапевт: Добре. Ви кажете те, що думаєте. (Snyder, 1947, р. 21-24)*

У подібній атмосфері люди почуваються прийнятими своїм терапевтом. Можливо, потім вони зможуть чесно подивитись на себе та прийняти себе — процес, який називають *проживанням.* Тобто вони починають цінувати власні емоції, думки та поведінкові реакції, і тому позбавляються відчуття незахищеності та сумнівів.

У дослідженнях клієнт-центрована терапія показала себе не з найкращого боку. Хоча за деякими даними (Greenberg et al., 1994; Stuhr & Meyer, 1991) у людей, які піддавалися цій терапії, мабуть, все-таки відзначалися помітні поліпшення, ніж у контрольних піддослідних, у багатьох інших дослідженнях (Dircks et al ., 1980; Rudolph et al., 1980) подібної переваги не виявлялося.

Проте терапія Роджерса справила позитивний вплив на клінічну практику. Вона стала однією з перших серйозних альтернатив психодинамічної терапії та відкрила дорогу для нових підходів. Роджерс також допоміг зробити доступною практику психотерапії для психологів; раніше вона вважалася областю ведення психіатрів. А його відданість клінічним дослідженням прояснила важливість систематичних досліджень лікування (Rogers & Sanford, 1989; Sanford, 1989; 1987). Приблизно 3% сучасних терапевтів повідомляють, що вони використовують центр-центрований підхід (Prochaska & Norcross, 1994).

**Сцени із сучасного життя**

*Віра та психічне здоров'я*

Довгий час багато клінічних теоретиків і практик розглядали релігію як фактор, що негативно позначається на психічному здоров'ї (Clay, 1996; Neeleman & Persaud, 1995). Вони вважали, що з твердими релігійними переконаннями більш забобонні, ірраціональні, схильні звинувачувати себе і нестійкі більш, ніж інші, і навіть менш здатні долати труднощі. Проте останнім часом дедалі більше досліджень показують, що ці погляди є помилковими. Релігійна віра та психічне здоров'я часто бувають тісно пов'язані (Koenig et al, 1998).

У низці досліджень вивчалося психічне здоров'я людей, які вважають Бога теплим, дбайливим, готовим допомогти і надійним (Clay, 1996). Щоразу з'ясовується, що ці люди менш самотні, пригнічені чи тривожні, ніж люди, які вважають, що Бог холодний і нерозділений, або ті, хто не дотримується будь-яких релігійних переконань. Крім того, вони, мабуть, краще переносять сильні життєві стреси, починаючи з хвороби та кінчаючи війною, а крім того, рідше вживають наркотики.

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Чому позитивні релігійні переконання можуть бути пов'язані із психічним здоров'ям? Чому багато клініцистів тривалий час ставилися до релігійних переконань з глибокою підозрою? Чи всі моделі патології однаково ставляться до релігії чи є такі, яким властиво швидше негативне ставлення до неї? |

**Гештальт-теорія та терапія.**

***Гешталт-терапія,*** ще один гуманістичний підхід, була розроблена в 1950-х роках харизматичним клініцистом Фредеріком (Фріцем) Перлсом (1893-1970). Гештальт-терапевти, подібно до клієнт-центрованих терапевтів, спонукають людей визнати і прийняти себе (Nietzel et al., 1994; Yontef & Simkin, 1989). Але на відміну від клієнт-центрованих терапевтів, вони часто намагаються досягти цієї мети, ставлячи клієнтів у скрутне становище і навіть фруструючи їх. Їхні прийоми покликані також прискорити терапевтичний процес. Серед улюблених прийомів Перлса були штучна фрустрація, рольова гра та численні експерименти, правила та вправи.

***Гештальт-терапія*** *- розроблений Фріцем Перлсом метод гуманістичної терапії, в якому клініцисти активно спонукають людей визнати і прийняти себе, використовуючи такі прийоми, як рольова гра та штучна фрустрація.*

Прийом *штучної фрустрації* у тому, що гештальт-терапевти відмовляються задовольнити очікування чи вимоги своїх клієнтів. Таке використання фрустрації покликане допомогти людям побачити, як часто вони намагаються шляхом маніпуляції змусити інших задовольнити їхні потреби. Прийом *рольової гри* у тому, що терапевти навчають клієнтів програванню різних ролей. Людину можуть попросити стати іншою людиною, об'єктом, альтер-его (двійником) або навіть частиною тіла (Polster, 1992). Коли людей закликають повністю висловити свої емоції, то рольова гра може бути досить бурхливою. Багато клієнтів кричать, верещать, штовхають стільці або стукають кулаками. Завдяки такому досвіду вони можуть «зробити своїми» (прийняти) почуття, які раніше їм невідомі.

Перлс також розробив набір *правил, які* змушують клієнтів подивитися більш уважно. Наприклад, у деяких варіантах гештальт-терапії від людей можуть вимагати використовувати у своїй промові "я" замість "це". Вони мають казати: «Я наляканий», а не «Ця ситуація лякає». Ще одне поширене правило вимагає, щоб люди залишалися в *«тут і зараз».* Вони мають потреби зараз, вони приховують свої потреби зараз та мають побачити їх саме зараз.

Називає себе гештальт-терапевтами приблизно 1% клініцистів (Prochaska & Norcross, 1994). Оскільки вони вважають, що особистісний досвід та самосвідомість не піддаються об'єктивним вимірам, гештальт-підхід рідко стає об'єктом контрольованого дослідження (Greenberg et al., 1994).

|  |
| --- |
| ***Прийоми гештальт-терапії.*** Гештальт-терапевти можуть спонукати людей висловлювати свої потреби та почуття з максимальною інтенсивністю за допомогою рольової гри, ударом руки по подушці та виконання інших вправ. У гештальт-терапевтичній групі її учасники можуть допомагати один одному «встановити контакт» зі своїми потребами та почуттями. |

**Екзистенційні теорії та терапія.**

Подібно до гуманістичних психологів, представники екзистенційного напряму вважають, що причиною психологічної дисфункції є самообман; але екзистенціалісти говорять про такий вид самообману, у якому люди ухиляються від життєвих обов'язків і нездатні визнати, що вони повинні наповнити змістом своє життя. Згідно з екзистенціалістами, багато людей відчувають на собі сильний тиск з боку сучасного суспільства і тому чекають від інших поради та керівництва. Вони забувають про свою особисту свободу вибору і уникають відповідальності за своє життя та рішення (May & Yalom, 1995, 1989; May, 1987, 1961). Такі люди приречені на порожнє, неавтентичне життя. Їх домінуючими емоціями є тривога, фрустрація, відчуженість та депресія.

|  |
| --- |
| ***Відмова від бажання відчувати себе жертвою.*** Наголошуючи на потребі прийняти відповідальність, визнати свій вибір і жити змістовним життям, екзистенційні терапевти спонукають своїх клієнтів відмовитися від бажання відчувати себе жертвою. (Calvin & Hobbes, 1993 Watterson) |

Екзистенціалісти могли б побачити у Філіпі Бермані людину, яка відчуває на собі надлишковий тиск з боку сил суспільства. Він вважає своїх батьків «багатими, впливовими та егоїстичними» і бачить у своїх викладачах, знайомих та роботодавцях джерело насильства та гніту.

Він нездатний оцінити свій життєвий вибір і здатність знаходити сенс і визначати напрям. Відхід стає в нього звичкою — він залишає одне місце роботи за іншим, покладає край усім любовним стосункам, утікає від важких ситуацій і навіть робить суїцидальну спробу.

У ***екзистенційної терапії*** людей спонукають взяти на себе відповідальність за своє життя та свої проблеми. Їм допомагають усвідомити свою свободу, щоб вони могли вибрати інший курс і наповнити своє життя великим змістом і цінностями (May & Yalom, 1995, 1989).

***Екзистенційна терапія*** *- терапія, яка спонукає людей взяти на себе відповідальність за своє життя і наповнити його великим змістом та цінностями.*

Як правило, екзистенційні терапевти хвилюють більше *мети* терапії, ніж використання конкретних прийомів; методи сильно варіюються від клініциста до клініциста (Johnson, 1997; May & Yalom, 1995, 1989). У той же час більшість приділяють особливу увагу *відношенню* між терапевтом та клієнтом і намагаються створити атмосферу, в якій обидва можуть бути відвертими, продуктивно працювати разом, вчитися та рости (Frankl, 1975, 1963).

*Пацієнт: Я не знаю, навіщо продовжую сюди приходити. Все, що я роблю, — це говорю вам одне й те саме знову і знову. Я цим нічого не домагаюся.*

*Лікар: Я теж втомився вислуховувати те саме знову і знову.*

*Пацієнт: Може мені перестати ходити.*

*Лікар: Вам вирішувати.*

*Пацієнт: Що, на вашу думку, мені слід зробити?*

*А що ви хочете зробити?*

*Пацієнт: Я хочу одужати.*

*Лікар: Чудово.*

*Пацієнт: Якщо ви вважаєте, що мені слід залишитися, о'кей, я залишусь.*

*Лікар: Ви хочете, щоб я наказав вам залишитися?*

*Пацієнт: Вам краще знати; ви лікар.*

*Лікар: Я схожий на лікаря? (Keen, 1970, р. 200)*

Екзистенційні терапевти не вважають, що експериментальними методами можна адекватно перевірити ефективність їхнього лікування (May & Yalom, 1995, 1989). На їхню думку, дослідження, яке зводить індивідуумів до тестових оцінок або показників на якійсь шкалі, лише знелюднює їх. Тому не дивно, що ефективності цього підходу присвячується дуже мало контрольованих досліджень (Prochaska & Norcross, 1994). Як би там не було, 5% сьогоднішніх терапевтів використовують підхід, що є переважно екзистенційним (Prochaska & Norcross, 1994).

**Оцінка екзистенційно-гуманістичної моделі.**

Екзистенційно-гуманістична модель притягує до себе багатьох людей як у клінічній сфері, так і поза нею. Визнаючи специфічні труднощі людського існування, гуманістичні та екзистенційні теоретики торкаються аспекту психологічного життя, про який зазвичай забувають вчені, які дотримуються інших моделей (Fuller, 1982). Крім того, фактори, які, за їхніми словами, є вкрай важливими для ефективного функціонування — прийняття себе, особистісні цінності, особистісний сенс та особистісний вибір, — явно відсутні у багатьох людей із психологічними порушеннями.

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Багато теоретиків стурбовані зростаючою в нашому суспільстві тенденцією людей «бути жертвами» — тенденцією зображати багато небажаних поведінкових реакцій як неминучі або неконтрольовані наслідки поганого поводження в дитинстві чи соціального стресу. Які можуть бути деякі небезпеки надто частого використання ярлика «жертва»? |

Привабливий також оптимістичний тон екзистенційно-гуманістичної моделі. Теоретики, які йдуть цим принципам, дарують людям надію, коли доводять, що, незважаючи на часто величезний тиск з боку сучасного суспільства, ми можемо робити власний вибір, визначати свою долю і багато чого добиватися.

Ще одна приваблива особливість цієї моделі - її наголос на здоров'ї (Cowen, 1991). На відміну від клініцистів, які використовують деякі інші моделі, які дивляться на індивідуумів як на пацієнтів із психологічними хворобами, гуманісти та екзистенціалісти бачать у них просто людей, чий потенціал ще має бути реалізований. Більше того, вони вважають, що більше, ніж будь-який чинник минулого, на поведінку може впливати вроджена доброта людей та їхній потенціал, а також готовність взяти на себе відповідальність.

У той же час гуманістично-екзистенційний акцент на абстрактні моменти людської самореалізації сприяє виникненню серйозної проблеми: ці моменти важко піддаються дослідженню. Фактично, за яскравим винятком Роджерса, який витратив роки на вивчення своїх клінічних методів, гуманісти та екзистенціалісти, як правило, відкидають дослідницькі підходи, які нині домінують у науці. Вони відстоюють переваги своїх поглядів, вказуючи переважно на логіку, самоспостереження та індивідуальні історії хвороби.

**Резюме**

Послідовники екзистенційно-гуманістичної моделі фокусують увагу на людській здатності подивитися в обличчя важким філософським питанням, таким як самосвідомість, цінності, сенс і вибір і зробити їх частиною свого життя.

Гуманістично-орієнтовані психологи вважають, що люди відчувають потяг до самоактуалізації. Коли цій потязі щось заважає, наслідком може стати аномальна поведінка. Одна з груп гуманістичних терапевтів, клієнт-центрованих терапевтів, намагається створити атмосферу вагомої підтримки, в якій люди можуть подивитися на себе чесно та прийнятно, відкриваючи тим самим двері для самоактуалізації. Інша група, гештальт-терапевти, намагаються допомогти людині визнати та прийняти свої потреби за допомогою активніших прийомів.

Згідно з екзистенційно-орієнтованими психологами, аномальна поведінка — це результат того, що людина ухиляється від життєвих обов'язків. Екзистенційні терапевти спонукають людей прийняти він відповідальність за власне життя, усвідомити, що вони вільні вибрати інший курс, і наповнити своє життя великим змістом.

**Соціокультурна модель.**

Філіп Берман також і соціальна істота. Він оточений людьми та інститутами, він – член сім'ї та суспільства, він – учасник соціальних та професійних відносин. Тим самим Філіп постійно піддається впливу соціальних сил, що встановлюють правила і мають очікування, які спрямовують і часом обтяжують його, впливаючи на його поведінку, думки та емоції не менше, ніж будь-який внутрішній механізм.

Відповідно до *соціокультурної моделі,* аномальну поведінку можна найкраще зрозуміти у світлі соціальних та культурних сил, які впливають на індивідуума (Kleinman & Cohen, 1997; NAMHC, 1996). Які громадські норми? Які ролі людина грає у соціальному оточенні? З яким видом сімейної структури людина пов'язана? І як інші люди дивляться та реагують на нього? Ця модель запозичує поняття та принципи з двох областей: ***соціології,*** науки про людські відносини та соціальні групи, та ***антропології,*** науки про людські суспільства та інститути.

***Соціологія*** — *наука про людські стосунки та соціальні групи.*

***Антропологія*** *- наука про людські суспільства та інститути.*

**Соціокультурні пояснення.**

Оскільки поведінка формується за допомогою соціальних сил, кажуть соціокультурні теоретики, ми маємо вивчити ширший соціальний контекст, якщо хочемо зрозуміти аномальну поведінку. Їхні пояснення концентруються навколо *сімейної структури та комунікації, соціальних мереж, суспільних умов* та *громадських ярликів та ролей.*

***Сімейна структура та комунікація***

Відповідно до ***теорії сімейних систем,*** сім'я — це система взаємодіючих частин, членів сім'ї, пов'язані друг з одним стійкими відносинами і керуються правилами, унікальними кожної системи (Rolland & Walsh, 1994; Nichols, 1992). Теоретики сімейних систем вважають, що патерни структури та комунікації деяких сімей фактично змушують індивідуальних членів поводитися в манері, яку в інших випадках можна визнати аномальною. Якби члени сім'ї вели себе нормально, вони викликали б сильне напруження в сімейних правилах і звичайному образі дій і фактично збільшили б сум'яття всередині себе і сім'ї. Реакції з боку інших членів сім'ї були б спрямовані проти подібної «нормальної» поведінки.

***Теорія сімейних систем*** *- теорія, яка розглядає сім'ю як систему взаємодіючих частин і вважає, що члени сім'ї взаємодіють у стійкій манері та керуються негласними правилами.*

Теорія сімейних систем стверджує, що деякі сімейні системи особливо схильні до аномального функціонування окремих членів сім'ї (Becvar & Becvar, 1993; Nichols, 1992, 1984). Наприклад, деякі сім'ї мають *пов'язану (enmeshed)* структуру, в якій їх членів відрізняє підвищена спільність дій, думок та почуттів. Діти з сімей такого типу можуть стикатися з великими труднощами, коли здобувають незалежність у житті. Деяким сім'ям властива *роз'єднаність,* що характеризується дуже строгими межами між членами. Дітям із таких сімей може бути важко функціонувати у групі, а також надавати допомогу чи просити про неї.

Гнів та імпульсивний особистісний стиль Філіпа Бермана можна розглядати як продукт порушеної сімейної структури. Згідно з теоретиками сімейних систем, вся родина — мати, батько, Філіп та його брат Арнольд — пов'язані між собою так, що їхні стосунки впливають на поведінку Філіпа. Сімейних теоретиків міг би особливо зацікавити конфлікт між матір'ю та батьком Філіпа та неефективність їхнього функціонування в батьківських ролях. Вони могли б побачити у поведінці Філіпа реакцію на поведінку його батьків. Оскільки Філіп виконував роль неслухняної дитини, або цапа-відбувайла, його батьки не відчували потреби аналізувати власні проблеми.

Теоретики сімейних систем також спробували б уточнити характер відносин Філіпа з кожним із батьків. Чи пов'язаний він зі своєю матір'ю і/або роз'єднаний з батьком? Вони поцікавилися б правилами, що регламентують відносини між братами, відносинами між батьками та братом Філіпа, а також характером стосунків батько — дитина в попередніх поколіннях сім'ї.

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Що мав на увазі Толстой під наведеними нижче словами? Чи погодились би з ним теоретики сімейних систем? Чому на людей так сильно впливає те, як функціонує їхня родина? |

|  |
| --- |
| «Всі щасливі сім'ї схожі одна на одну, кожна нещаслива сім'я нещаслива по-своєму». - Лев Толстой. "Анна Кареніна" |

***Соціальні мережі та підтримка***

Соціокультурних теоретиків цікавлять також ширші соціальні мережі, у яких діють, включаючи їх соціальні та професійні відносини. Наскільки добре вони контактують із іншими людьми? Якого виду сигнали вони надсилають оточуючим чи отримують від них?

|  |
| --- |
| ***Дисфункціональна сім'я.*** Люди з дисфункціональних сімей часто відчувають на собі особливий тиск і, до того ж, можуть спонукати поводитися і думати в манері, яка є особисто неадекватною. Ця 8-річна дитина змушена була викликати поліцію, коли побачила, як її батько накинувся на матір із ножем. Гнів, фрустрація та емоційний біль цієї дитини очевидні. |

Дослідники часто виявляють зв'язки між соціальними мережами та аномальним функціонуванням. Наприклад, вони помітили, що люди, ізольовані і позбавлені в житті соціальної підтримки або близькості, частіше впадають у депресію, коли опиняються в стресових умовах, і депресія у них триває довше, ніж у людей, які мають готове допомогти подружжя або людей, підтримують із нею теплі дружні відносини (Husaini, 1997; Sherbourne, Hays & Wells, 1995; Paykel & Cooper, 1992).

***Суспільні умови***

Широкий спектр суспільних умов може стати джерелом специфічних стресів та підвищити ймовірність аномального функціонування серед деяких членів суспільства (Kleiman & Cohen, 1997). Наприклад, дослідники встановили, що психологічні аномалії, особливо важкі психічні розлади, ширше поширені нижчих соціоекономічних класах ( NAMHC, 1996; Dohrenwend et al., 1992). Можливо, цей зв'язок пояснюють особливі труднощі життя нижчих класів (Adler et al., 1994). Тобто більш високий рівень злочинності, безробіття, тісні житлові умови і навіть бездомність, знижена якість медичної допомоги та обмежені освітні можливості життя нижчих класів можуть чинити сильний тиск на членів цих груп (Zima et al., 1996; Ensminger, 1995). З іншого боку, можливо, що люди, які страждають на тяжкі психічні порушення, менш ефективні на роботі і заробляють менше грошей і, як наслідок, *опускаються* в нижчий соціоекономічний клас.

Соціокультурні дослідники помітили, що расові та гендерні забобони та дискримінація можуть також сприяти деяким формам аномального функціонування (NAMHC, 1996). Жінкам у західному суспільстві діагноз тривожного та депресивного розладів ставлять щонайменше вдвічі частіше, ніж чоловікам (Culbertson et al., 1997). Аналогічним чином, серед афроамериканців відзначається надзвичайно високий рівень тривожних розладів (Blazer et al., 1991; Eaton, Dryman & Weissman, 1991). Серед іспано-американців, особливо серед молоді, спостерігається вищий рівень алкоголізму, ніж серед членів більшості інших етнічних груп (Helzer, Burnman & McEvoy, 1991). А для американських індіанців характерний винятково високий рівень алкоголізму та самогубств (Kinzie et al., 1992). Хоча ці відмінності можуть бути викликані комбінацією багатьох факторів, расові та сексуальні забобони і ті проблеми, які вони породжують, швидше за все, безпосередньо сприяють аномальним патернам напруги, нещастя, низької самооцінки та уникнення життя (NAMHC, 1996; Sue, 1991).

***Громадські ярлики та ролі***

Соціокультурні теоретики вважають, що на аномальне функціонування надають сильний вплив діагностичні ярлики, що навішуються на неблагополучних людей, та ролі, що їх відводять (Szasz, 1997, 1987, 1963; NAMHC, 1996). Коли люди порушують норми свого суспільства, суспільство називає їх девіантами (людьми з відхиленнями), а в багатьох випадках психічно хворими. Такі ярлики мають тенденцію прилипати до людей. На людину можуть дивитися під певним кутом зору, реагувати як на «схибленого» і іноді його навіть спонукають поводитися так, як повинен поводитися хворий. Людина поступово навчається приймати та виконувати відведену роль, функціонуючи в аномальній манері. У результаті виходить, що ярлик себе виправдав.

Відомий експеримент, проведений клінічним дослідником Дейвідом Розенханом (Rosenhan, 1973), підтверджує цю точку зору. Вісім здорових людей звернулися до різних психіатричних клінік зі скаргами на те, що вони чують голоси, які вимовляють слова «порожній», «порожнистий» і «тупий». На підставі однієї лише цієї скарги кожному поставили діагноз «шизофренія» та помістили до лікарні. Як і передбачає соціокультурна модель, «псевдопацієнти» зіткнулися з великими труднощами, переконуючи інших, що вони здорові, варто було лише отримати діагностичний ярлик. Госпіталізація тривала від 7 до 52 днів, незважаючи на те, що після приміщення до лікарні вони поводилися нормально. Крім того, ярлик продовжував впливати на те, як на псевдопацієнтів дивився і як із ними поводився персонал. Наприклад, один із них, який від нудьги ходив туди-сюди коридором, у клінічних записах був охарактеризований як «нервовий». Зрештою, псевдопацієнти повідомили, що реакції на них з боку персоналу та інших пацієнтів часто були авторитарними, обмеженими та призводили до зворотних результатів. Загалом, псевдопацієнти відчували, що вони неспроможні щось зробити, що їх не помічають, і страждали від нудьги.

**Соціокультурні методи терапії.**

Як ми бачили, люди часто проходять *індивідуальну терапію (individual therapy),* зустрічаючись з терапевтом віч-на-віч. Соціокультурні теоретики сприяють розвитку інших можливостей отримання терапії. Терапевти можуть лікувати людину разом з іншими людьми, які мають схожі проблеми, як у разі *групової терапії;* разом із членами сім'ї, при *сімейній* та *подружній терапії;* або зустрітися з ним у його природному оточенні, під час *терапії середовищем.*

Терапевти будь-якої орієнтації можуть працювати з індивідуумами в цих широких форматах, використовуючи прийоми і принципи моделей, що їх віддають перевагу. У разі терапія перестав бути «чисто» соціокультурної. Однак дедалі більше клініцистів, які застосовують ці варіанти лікування, вважають, що психологічні проблеми виникають у соціальному оточенні і що їх найкраще лікувати у такому оточенні. Ці клініцисти схиляються до соціокультурної позиції, і багато хто розробив спеціальні соціокультурні прийоми з метою їх використання у груповому, сімейному, подружньому та громадському методах лікування.

|  |
| --- |
| ***Дисфункціональне суспільство.*** Насильство, що зберігається в суспільстві, може зробити деяких людей байдужими і внести плутанину в їх свідомість. Ця дитина, мабуть, ледве помічає підірвану вантажівку за своєю спиною під час поїздки на велосипеді по одному з північноірландських міст. |

***Групова терапія***

Тисячі терапевтів спеціалізуються в ***груповій терапії,*** а безліч інших ведуть терапевтичні групи як частину своєї практики. Наприклад, проведене серед клінічних психологів опитування показало, що майже третина з них виділяє певну частку своєї практики для групової терапії (Norcross et al., 1993).

***Групова терапія*** *- терапевтичний спосіб, у якому група людей зі схожими проблемами разом зустрічається з терапевтом, щоб вирішити свої проблеми.*

Як правило, члени терапевтичної групи зустрічаються спільно з терапевтом та обговорюють проблеми одного або кількох її членів. Члени групи можуть робити собі важливі відкриття, формувати соціальні навички, підвищувати свою самооцінку, встановлювати відносини коїться з іншими членами, отримувати корисну інформацію чи поради (Vinogradov & Yalom, 1994; Yalom, 1985). Групи часто створюються з розрахунку певний контингент клієнтів; наприклад, існують групи для алкоголіків, для людей з фізичними вадами і для тих, хто розлучений, з ким жорстоко поводяться або хто втратив близьку людину (Bednar & Kaul, 1994; DeAngelis, 1992). Дослідження демонструють, що групова терапія допомагає багатьом людям часто не менше, ніж індивідуальна терапія (Bednar & Kaul, 1994; Vinogradov & Yalom, 1994). Груповий формат також використовують для цілей, швидше за освітніх, ніж терапевтичних, таких як «розширення свідомості» та духовна інспірація.

Методом, близьким до групової терапії, є ***група самодопомоги*** (або ***група взаємодопомоги).*** У ній люди з аналогічними проблемами (втрата близьких, хвороба, безробіття, розлучення) збираються разом, щоб допомогти та надати підтримку один одному без безпосереднього керівництва професійного клініциста (Fehre & White, 1996). Останні два десятиліття такі групи стали дуже популярними. Сьогодні в одних США налічується близько 500 тис. груп самодопомоги, які відвідують 15 млн. людей. Як правило, у цих групах даються безпосередні поради, ніж у разі групової терапії, і відбувається більший обмін інформацією та «зворотними зв'язками» (Silverman, 1992).

***Група самодопомоги*** *- група, що складається з людей зі схожими проблемами, які допомагають та надають один одному підтримку без безпосереднього керівництва клініциста. Інша назва - група взаємодопомоги.*

|  |
| --- |
| ***Рух самодопомоги.*** Тисячі груп самодопомоги по всьому світу допомагають людям впоратися з різними проблемами. Ці члени групи підтримки хворих на СНІД виконують групову вправу. |

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** В останні роки зростає інтерес до груп самодопомоги. Які можуть бути переваги та недоліки цих груп порівняно з професійним лікуванням? |

Групи самодопомоги популярні з кількох причин. Деякі з членів шукають недорогі та цікаві альтернативи традиційному лікуванню; інші просто зневірилися у можливості клініцистів усунути їхні проблеми (Silverman, 1992). Хтось ще відчуває менший страх перед групами самодопомоги, ніж перед терапевтичними групами. Поширення цих груп може бути пов'язані з занепадом у західному суспільстві сімейного життя та інших традиційних джерел емоційної підтримки (Bloch, Crouch & Reibstein, 1982).

***Сімейна терапія***

У 1950-х роках. кілька клініцистів розробили ***сімейну терапію*** *-* метод, що пропонує терапевтам зустрічатися з усіма членами сім'ї, вказуючи їм на проблемну поведінку та інтеракції та допомагаючи всій родині змінитися (Minuchin, 1997, 1993, 1992; Bowen, 1960). У разі вся сім'я сприймається як одиниця, піддається лікуванню, навіть якщо клінічний діагноз ставиться лише одному з її членів. Ось типова інтеракція між членами сім'ї та терапевтом:

*Томмі сидів нерухомо у кріслі і дивився у вікно. Йому було 14, але він виглядав трохи молодше за свої роки... Сіссі було 11. Вона розташувалася на дивані між мамою та татом з усмішкою на обличчі. Навпроти них сиділа міс Фарго, сімейний терапевт.*

*Міс Фарго сказала: «Не могли б ви висловитися більш конкретно про зміни, які ви помітили в Томмі, і про те, коли вони з'явилися?»*

*Місіс Дейвіс відповіла першою. «Ну, мені здається, це сталося два роки тому. Томмі почав брати участь у шкільних бійках. Коли ми поговорили з ним удома, він сказав, що це не наша справа. Він став норовливим і непокірним. Він не хотів робити нічого з того, про що ми його просили. Він почав поводитися грубо зі своєю сестрою і навіть бити її».*

*«А що можна сказати про бійки у школі?» — спитала міс Фарго.*

*Цього разу першим заговорив містер Дейвіс. «Вони більше турбували Джіні, ніж мене. У минулому я часто бився в школі, і вважаю це нормальним... Але я з великою повагою ставився до батьків, особливо до батька. Якщо я дозволяв собі вийти за певні рамки, він добряче шльопав мене».*

*"Чи доводилося вам хоч раз бити Томмі?" — обережно спитала міс Фарго.*

*«Звичайно, кілька разів, але це, схоже, не принесло жодної користі».*

*Раптом Томмі виявив інтерес до розмови, його погляд зупинився на батькові. «Так, він постійно б'є мене, без жодної причини!»*

*"Все правильно, Томасе". На обличчі місіс Дейвіс з'явився суворий вираз. «Якби ти поводився трохи краще, тебе б ніхто не чіпав. Міс Фарго, я не можу сказати, що мені подобаються ці покарання, але іноді я розумію, як усе це може докучати Бобові».*

*«Ти не уявляєш, наскільки мені це докучає, люба». Боб виглядав засмученим. Тобі не доводиться працювати весь день в офісі, а потім повертатися додому, щоб терпіти все це. Іноді мені не хочеться приходити додому».*

*Джіні суворо подивилася на нього. Ти вважаєш, що бути вдома весь день так легко. Ти вважаєш, що твій обов'язок — заробляти гроші, а все інше маю робити я. Я більше не маю наміру так жити...»*

*Місіс Дейвіс почала плакати. «Я просто не знаю, що робити далі. Ситуація виглядає просто безнадійною. Чому люди в цій сім'ї не можуть більше жити по-доброму? Хіба я прошу надто багато?»*

*Міс Фарго сказала задумливо: «Я маю таке почуття, що люди в цій сім'ї хотіли б, щоб відбулися якісь зміни. Боб, я можу зрозуміти, наскільки прикро це має бути для вас викладатися на роботі і не мати можливості розслабитися, повертаючись додому. А ваша робота Джіні теж не проста. Вам доводиться багато робити вдома, а Боба немає поряд, щоб допомогти, оскільки він має заробляти життя. І ви, діти, схоже, також хотіли, щоби щось змінилося. Тобі, Томмі, мабуть, неприємно чути так багато невтішних слів останнім часом. Я думаю, що і Сіссі тепер мало що тішить удома».*

*Вона швидко подивилася на кожного, переконавшись, що відбувся контакт очей. «Схоже, все дуже заплутано... Я думаю, що нам потрібно розібратися в багатьох речах, щоб зрозуміти, чому все це відбувається». (Sheras & Worchel, 1979, р. 108-110)*

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** Згідно з опитуваннями, майже дві третини дорослих вважають, що подружнім парам з маленькими дітьми не можна так легко розводити, як це відбувається зараз (Kirn, 1997). |

Сімейні терапевти можуть дотримуватися будь-якої з основних моделей, але все більше і більше їх бере на озброєння соціокультурні принципи теорії сімейних систем. Серед сьогоднішніх терапевтів 7% вважають себе переважно *системними сімейними терапевтами (family systems therapists)* (Prochaska & Norcross, 1994).

***Сімейна терапія*** *- терапевтичний метод, у якому терапевт зустрічається з усіма членами сім'ї та допомагає їм змінитися за допомогою терапевтичних прийомів.*

Як ми зауважували раніше, теорія сімейних систем стверджує, що кожній родині притаманні свої власні правила, структура та комунікаційні патерни, які впливають на індивідуальних членів. В одному з підходів сімейної терапії - *структурної сімейної терапії (structural family therapy),* терапевти намагаються змінити структуру сімейної влади, ролі, які грають члени сім'ї, та альянси, що виникають між членами (Minuchin, 1997, 1987, 1974). В іншому підході, *інтегративної сімейної терапії (conjoint family therapy),* терапевти намагаються допомогти членам сім'ї побачити та змінити ущербні патерни комунікації (Satir, 1987, 1967, 1964).

Дослідження показують, що сімейні терапевти різних напрямів можуть надати велику допомогу деяким людям та вирішити певні проблеми. У дослідженнях встановлено, що в цілому покращення відзначаються у 50-65% сімей, що піддаються такому лікуванню, порівняно з 35% для контрольних сімей (Gurman et al., 1986; Todd & Stanton, 1983). Участь батька, мабуть, значно збільшує шанси досягти успішного результату.

**Крупним планом**

*Культурно-обумовлена патологія*

*«Червоний Ведмідь сидить з божевільним поглядом, його тіло вкрите згодом, кожен м'яз напружений. Жахи жахливого сну, як і раніше, не відпускають, його душить страх. Борючись із нападами нудоти, він дивиться на свою молоду дружину, що сплячи в дальньому кутку вігваму, освітленого вугіллям, що догоряє.*

*Його неприємності почалися кілька днів тому, коли він повернувся з мисливської експедиції з порожніми руками. Соромлячись своєї невдачі, він став жертвою глибокої, затяжної депресії. Інші мешканці села, помітивши зміну в Червоному Ведмеді, нервово спостерігали за ним, побоюючись, що його почав зачаровувати віндіго. Червоний Ведмідь був наляканий. Всі ознаки віндіго були в наявності: депресія, відсутність апетиту, нудота, безсоння, а тепер ще й сновидіння. Помилки не могло бути.*

*Йому наснився віндіго — монстр із крижаним серцем, — і цей сон затвердив його вирок. Серце Червоного Ведмедя охопило холод. Крижаний монстр проникнув у його тіло і опанував його. Він сам став віндіго, і тепер він не міг зробити нічого, щоб змінити свою долю.*

*Раптом образ сплячої дружини Червоного Ведмедя починає змінюватися. Перед його поглядом не жінка, а олень. Очі мисливця виблискують. Мовчки він витягає свій ніж з-під ковдри і починає рухатися крадькома у бік нерухомої фігури. З куточків його рота капає слина, а нутрощі скручує страшний голод. Його охоплює невгамовне бажання з'їсти сиру плоть.*

*Коли тіло «оленя» виявляється біля його ніг, Червоний Ведмідь високо піднімає ніж, готуючись завдати удару. Несподівано, олень прокидається, скрикує та ухиляється убік. Але ніж, сяючи, опускається вниз, знову і знову. Соплемінники Червоного Ведмедя, що запізнилися, вриваються у вігвам. З криками обурення та жаху вони витягують його назовні холодної ночі і не роздумуючи вбивають.* (Lindholm & Lindholm, 1981, p. 52)

Червоний Ведмідь страждав *на віндіго (windigo),* розлад, колись поширений серед мисливців індіанського племені алгонкінів, які вірили в надприродного монстра, що поїдає людей, а також здатного зачарувати їх і перетворити на канібалів. Подібно до Червоного Ведмедя, деякі вражені цією недугою мисливці справді вбивали та пожирали своїх домочадців.

Віндіго - одне з незвичайних психічних розладів, які виявляються по всьому світу; кожне є унікальним для певної культури, кожне, очевидно, сягає корінням у певні умови, історію, традиції та ідеї культури (Lindholm & Lindholm, 1981; Kiev, 1972; Lehmann, 1967; Yap, 1951). Послідовники соціокультурної моделі вважають розлади, подібні до індиго, свідченням того, що суспільні системи часто сприяють виникненню аномальної поведінки у їх членів.

Ось низка інших відомих на сьогодні екзотичних розладів:

— *Сусто (susto),* розлад, що виявляється серед представників індіанських племен Центральної та Південної Америки та мешканців Андських високогір'їв Перу, Болівії та Колумбії, найчастіше вражає немовлят та маленьких дітей. Симптомами є крайня тривожність, збудливість та депресія, поряд із втратою ваги, слабкістю та прискореним серцебиттям. Згідно з місцевою традицією, цей розлад викликається контактом з надприродними істотами або з незнайомцями, що наводять страх, або ж поганим запахом, що йде з цвинтарів та інших нібито небезпечних місць. Лікують його втиранням у шкіру певних зілля, що готуються з рослин та тварин.

— *Амок (amok),* розлад, що зустрічається в Малайзії, на Філіппінах, на Яві та в деяких частинах Африки, найчастіше вражає дорослих чоловіків та жінок. Ті, хто страждає ним шалено скачуть, голосно кричать, хапають зброю, наприклад ножі, і нападають на будь-яку людину і об'єкт, який трапляється їм назустріч. Місцева традиція вважає, що причиною амоку є стрес, недосипання, зловживання алкоголем та сильна спека.

— *Коро (koro) —* тривожний розлад, який виявляється в Південно-Східній Азії, при якому чоловік раптово починає дуже боятися того, що його пеніс втягнеться в черевну порожнину і що за цим настане смерть. За місцевими повір'ями, цей розлад спричинений порушенням рівноваги «інь» і «ян», двох природних сил, які, як вважається, є основними компонентами життя. Загальноприйняті форми лікування полягають у тому, щоб змусити людину міцно утримувати пеніс, доки не пройде страх, часто з допомогою членів сім'ї чи друзів, і у закріпленні пеніса у спеціальному дерев'яному футлярі.

- *Латах (latah) -* розлад, що зустрічається в Малайзії, зазвичай серед неосвічених жінок середнього віку або похилого віку. Певні обставини (наприклад, коли людина чує, як хтось вимовляє слово «змія», або коли її лоскочуть) викликає сильний страх, що характеризується повторенням слів і жестів інших людей, вживанням непристойних слів та вчиненням дій, протилежних тому, що людину просять зробити .

***Подружня терапія***

У ***подружньої терапії,*** або ***терапії пар,*** терапевт працює з двома людьми, які перебувають у довгострокових відносинах. Часто це чоловік та дружина, але необов'язково, щоб партнери були одружені чи навіть жили разом. Подібно до сімейної терапії, подружня терапія часто фокусує увагу на структурі та комунікаційних патернах у відносинах (Baucom et al., 1998; Epstein, Baucom & Rankin, 1993).

***Подружня терапія (терапія пар) (couple therapy)*** - *терапевтичний метод, у якому терапевт працює з двома людьми, які перебувають у довгострокових відносинах.*

Хоча певна частка конфлікту присутня в будь-яких довготривалих відносинах, багато дорослих людей у нашому суспільстві стикаються з серйозним розладом подружнього життя (Bradbury & Karney, 1993; Markman & Hahlweg, 1993) (див. рис. 2.5). Зараз у Канаді, США та Європі розпадаються майже 50% шлюбів (NCHS, 1995; Inglehart, 1990; Doherty & Jacobson, 1982). Багато пар, які живуть разом, не одружуючись, очевидно, мають аналогічний рівень проблем (Greeley, 1991).

|  |  |
| --- | --- |
| Установки | Відсоток людей із певними установками, що стосуються позашлюбних відносин, % |
| Завжди хибні | 76 |
| Шкідливі, тому що аморальні | 50 |
| Шкідливі, тому що можуть заподіяти біль або зруйнувати сім'ю | 25 |
| Шкідливі через загрозу СНІДу | 17 |
| Завжди шкодять шлюбу | 70 |
| Погані, навіть якщо чоловік(а) не знає | 82 |
| Погані, навіть якщо чоловік(а) не надає їм значення | 76 |
| Чоловік, який має позашлюбні стосунки, може бути добрим чоловіком (дружиною) | 47 |
| Чоловік, який має позашлюбні стосунки, може бути добрим батьком | 69 |
| Сьогодні позашлюбні стосунки поширені ширше, ніж 50 років тому. | 51 |

**Малюнок 2.5. Установки щодо позашлюбних відносин.** Виявлення позашлюбних відносин часто викликає необхідність проведення парної терапії. Опитування показують, що у позашлюбні відносини вступають 21-35% одружених чоловіків та 11-26% заміжніх жінок (National Opinion Research Center, 1994; Janus & Janus, 1993). Проте більшість людей негативно ставляться до таких відносин, вважаючи їх шкідливими — установка, що залишається стійкою протягом щонайменше 25 років. (Princeton Research Associates, 1996.)

Подружня терапія, подібно до сімейної та групової терапії, може дотримуватися принципів будь-якої з основних терапевтичних орієнтації (Baucom et al., 1998; Livingston, 1995). *Поведінкова подружня терапія (behavioral couple therapy),* наприклад, використовує багато прийомів поведінкової школи (Cordova & Jacobson, 1993; Jacobson, 1989). Терапевти допомагають партнерам побачити та змінити проблемну поведінку, головним чином прищеплюючи їм конкретні навички комунікації та вирішення проблем. При ширшому соціокультурному варіанті, званому *інтегративною поведінковою подружньою терапією ( integrative behavioral couple therapy),* партнерам допомагають також прийняти ту поведінку, яку вони можуть змінити, і сприймати відносини загалом (Cordova & Jacobson, 1993). Партнерів просять розглядати таку поведінку як закономірний результат базових труднощів між ними.

Пари, що піддаються подружній терапії, мабуть, демонструють більший прогрес у своїх відносинах, ніж пари з аналогічними проблемами, які не отримують лікування; при цьому жодну з форм подружньої терапії не можна вважати більшою за інші (Baucom et al., 1998; Bray & Jouriles, 1995). У той же час лише близько половини пар, які піддаються подружній терапії, до закінчення її стають «щасливими у шлюбі». І, згідно з низкою досліджень, у 38% пар, які успішно пройшли курс лікування, через 2-4 роки після терапії можуть виникнути колишні труднощі (Snyder, Wills & Grady-Fletcher, 1991). Найкращих результатів досягають зазвичай пари молодші, що добре адаптуються і менш скуті у своїх гендерних ролях. Парний підхід може також використовуватися, коли психологічні проблеми дитини пов'язані з труднощами між батьками (Fauber & Long, 1992).

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** Нині щороку розлучаються 46 із кожних 10 тис. жителів США, що вдвічі більше, ніж півстоліття тому. 26% сьогоднішніх сімей очолює одинокий батько, порівняно з 2% 50-річної давності (Stacey, 1996; NCHS, 1995). |

***Общинний метод лікування***

Дотримуючись соціокультурних принципів, програми ***підтримки психічного здоров'я спільноти (community mental health treatment)*** працюють із людьми з найближчих районів та сімейного оточення, надаючи їм допомогу у одужанні. 1963 року президент Кеннеді виступив на підтримку «якісно нового підходу» до лікування психічних розладів — общинного підходу, який дозволив би більшості людей із психологічними проблемами користуватися послугами прилеглих установ. Незабаром після цього Конгрес затвердив Закон про психічне здоров'я спільноти (Community Mental Health Act), давши старт всеамериканському *руху за психічне здоров'я спільноти.*

Ключовий принцип «общинного» методу лікування – ***профілактика*** (Lamb, 1994). В даному випадку клініцисти йдуть назустріч людям, а не чекають, коли ті звернуться по допомогу. Дослідження показують, що профілактичні зусилля часто виявляються досить успішними (Heller, 1996; Munoz, Mrazek & Haggerty, 1996).

***Утримання психічного здоров'я співтовариства*** — *лікувальний підхід, який наголошує на турботу про людей з психологічними труднощами, що виявляється в їхньому найближчому оточенні.*

***Профілактика*** *- ключова особливість програм психічного здоров'я спільноти, що полягає у запобіганні психічним розладам або зниженні їх числа.*

Працівники, які проводять патронаж, можуть вдаватися до трьох видів профілактики: *первинної, вторинної* та *третинної. Первинна профілактика* зводиться до зусиль удосконалення громадських установок. Її мета - попередити психічні розлади загалом (Burnette, 1996; Martin, 1996). Працівники патронажу можуть лобіювати в органах влади якісніші програми відпочинку чи догляду за дітьми, радитися *з* місцевою шкільною радою при розробці навчального плану або проводити з населенням заняття із попередження стресу.

|  |
| --- |
| ***Психічне здоров'я спільноти.*** Оператори спеціальної екстреної служби в Нью-Йорку приймають дзвінки від жертв жорстокого поводження або від їхніх родичів та сусідів і приводять у дію регіональні програми, які допомагають жертвам та запобігають подальшому насильству. |

*Вторинна профілактика* полягає у виявленні та лікуванні психічних розладів на ранніх стадіях, до того як вони набудуть серйозного характеру. Соціальні працівники можуть працювати зі шкільними педагогами, священиками чи поліцією, допомагаючи їм розпізнавати ранні ознаки психологічної дисфункції, і навчати їх, як допомогти людям звернутися за допомогою (Newman et al., 1996; Zax & Cowen, 1976, 1969).

Соціальні працівники, які займаються *третинною профілактикою,* намагаються перешкодити перетворенню помірно тяжких або тяжких розладів на довгострокові проблеми шляхом забезпечення ефективного лікування, як тільки в ньому виникає потреба. Сучасні громадські установи успішно надають третинну допомогу мільйонам людей із психологічними проблемами помірної тяжкості, але часто неспроможні надати послуги, яких потребують сотні тисяч людей із тяжкими порушеннями.

Чому ж підхід, який має на меті підтримку психічного здоров'я спільноти, не може допомогти безлічі людей з тяжкими порушеннями? Одна з основних причин – нестача коштів. У 1981 році, коли в наявності були лише 750 регіональних центрів психічного здоров'я із запланованих 2000, майже всі федеральні фінансування було припинено та замінено меншими грошовими дотаціями штатів (Humphreys & Rappaport, 1993). Продовжиться чи ні ця тенденція у ХХІ столітті, залежить від того, якою буде реформа охорони здоров'я (Kiesler, 1992) і як штати витратять сотні мільйонів доларів, які будуть зекономлені після закриття великих лікарень (Torrey, 1997).

**Оцінка соціокультурної моделі.**

Соціокультурна модель багато додала до розуміння та лікування аномального функціонування. Сьогодні більшість клініцистів беруть до уваги сімейні, соціальні та суспільні питання — фактори, які не враховувалися ще 30 років тому (Tamplin, Goodyer & Herbert, 1998; NAMHC, 1996). До того ж, клініцисти дізналися більше про вплив клінічних та суспільних ярликів. Нарешті, як ми помічали, соціокультурні методи лікування іноді приносить успіх там, де традиційні підходи зазнають невдачі (Heller, 1996).

У той же час, соціокультурна модель, подібно до всіх інших, має свої недоліки. Почати з того, що дані соціокультурних досліджень часто важко інтерпретувати. Дослідження можуть розкрити зв'язок між соціокультурними факторами та певним розладом, проте, як і раніше, нездатні довести, що вони є його *причиною.* Наприклад, дослідження показують зв'язок між сімейним конфліктом та шизофренією, але це не означає, що сімейна дисфункція обов'язково призведе до шизофренії (Miklowitz et al., 1995; Velligan et al., 1995). В рівній мірі можливо, що функціонування сім'ї порушується через напругу та конфлікт, створюваний шизофренічною поведінкою одного з членів сім'ї (Eakes, 1995).

|  |
| --- |
| ***Сучасне «масове божевілля»?*** Деякі соціокультурні теоретики вважають, що сильні соціальні стресори можуть викликати спалахи «масового божевілля», подібні до хвилювань у Лос-Анджелесі в 1992 р. Утворюючи порочне коло, хвилювання, які відбувалися на тлі бідності, безробіття та расових забобонів, стали громади, таких як Джо та Джойс Вілсони, які оцінюють збитки, завдані їхньому ресторанному бізнесу. |

Ще один недолік моделі - її нездатність передбачити появу аномалії у конкретних індивідуумів (Reynold, 1998). Якщо, скажімо, такі суспільні умови, як забобони та дискримінація, є ключовими причинами тривоги та депресії, чому психологічними розладами страждають лише деякі люди, які зазнають впливу подібних сил? Чи потрібні для виникнення розладів та інші фактори?

Враховуючи ці недоліки, більшість клініцистів розглядають соціокультурні пояснення як ті, що йдуть пліч-о-пліч з біологічними або психологічними інтерпретаціями. Вони погоджуються, що соціокультурні чинники можуть створювати атмосферу, сприятливу у розвиток певних розладів. Однак вони вважають, що для того, щоб розлади себе виявили, повинні існувати біологічні або психологічні передумови.

**Резюме**

Прихильники соціокультурної моделі пояснюють та лікують патологію, розглядаючи зовнішні соціальні сили, які впливають на членів суспільства.

Соціокультурні пояснення. Деякі соціокультурні теоретики зосереджують свій погляд на сімейній системі, вважаючи, що сімейна структура або комунікативні порушення можуть сприяти тому, що члени сім'ї поводитимуться в аномальній манері. Інші теоретики фокусують свою увагу на соціальних мережах та підтримці, а треті вивчають суспільні умови, щоб зрозуміти, які специфічні стреси можуть викликати. Нарешті, деякі теоретики уважно досліджують суспільні ярлики та ролі; вони вважають, що суспільство навішує певним людям ярлик «психічно хворі» і що цей ярлик може впливати на те, як людина поводиться і як на її дії реагують оточуючі.

Соціокультурні методи терапії. Соціокультурні принципи часто використовуються в таких терапевтичних методиках, як групова, сімейна та подружня терапія. Дослідження показують, що ці підходи допомагають у разі деяких проблем та за певних обставин. Під час общинного лікування терапевти намагаються працювати з людьми в обстановці, близькій до домашньої, навчальної та виробничої. Їхня мета — первинна, вторинна чи третинна профілактика.

**Підбиваючи підсумки.**

Провідні сучасні моделі варіюються у межах. Вони дивляться на поведінку під різним кутом зору, засновані на різних посилках, приходять до різних висновків та використовують різні методи лікування. Про жодну з моделей не можна сказати, що вона перевершує інші. Кожна допомагає нам оцінити якийсь ключовий аспект людського функціонування і має як значні переваги, так і серйозні недоліки (див. табл. 2.3).

**Таблиця 2.3. Порівняння моделей**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Біологічна | Психо-динамічна | Поведінкова | Когнітивна | Гуманістична | Екзистенційна | Соціо-культурна |
| Причина дисфункції | Біологічне порушення | Приховані конфлікти | Неадекватне навчання | Неадекватне мислення | Самообман | Ухиляння від відповідальності | Сімейний чи соціальний стрес |
| Експериментальні підтвердження | Важкі | Обмежені | Важкі | Важкі | Слабкі | Слабкі | Помірні |
| Позначення споживача послуг | Пацієнт | Пацієнт | Клієнт | Клієнт | Пацієнт чи клієнт | Пацієнт чи клієнт | Клієнт |
| Роль терапевта | Лікар | Інтерпретатор | Наставник | Умовник | Спостерігач | Товариш | Соціальний помічник |
| Ключовий терапевтичний прийом | Біологічне втручання | Вільна асоціація та інтерпретація | Обумовлення | Міркування | Рефлексія | Різні | Соціальне втручання |
| Ціль терапії | Біологічне відновлення | Великі психологічні зміни | Функціональна поведінка | Гнучке мислення | Самоактуалізація | Автентичне життя | Ефективна сімейна чи соціальна система |

Фактично висновки, які роблять різні моделі, часто виявляються сумісними (Friman et al., 1993). Зрозуміло, розуміння та лікування аномальної поведінки буде більш повним, якщо ми візьмемо до уваги і біологічні, і психологічні, і соціокультурні аспекти людської проблеми, а не лише один із них. Тому не дивно, що багато клініцистів сьогодні віддають перевагу поясненням аномальної поведінки, які враховують одночасно більш ніж одну причину виникнення проблеми. Наприклад, вони можуть дотримуватися ***концепції «схильність-стрес»,*** згідно з якою люди повинні спочатку мати певну біологічну, психологічну чи соціокультурну схильність до того, щоб у них виявився якийсь психічний розлад, а потім піддатися безпосередньому впливу того чи іншого стресора. Якби нам довелося вивчати якийсь окремий випадок депресії, ми цілком могли б виявити, що незвичайна біохімічна активність викликає у людини схильність до розладу, важка втрата продукує початок розладу, а логічні помилки сприяють його безперервному перебігу.

***Концепція «схильність стрес»*** — *точка зору, згідно з якою, для того щоб у людини проявився якийсь розлад, він повинен спочатку мати схильність до цього розладу, а потім піддатися безпосередньому впливу психологічного стресу.*

Коли в цій книзі описуватимуться різні види розладів, ми побачимо, як сучасні моделі пояснюють кожен розлад і як клініцисти, які дотримуються тієї чи іншої моделі, лікують людей із цим розладом. Ми також подивимося, наскільки добре ці пояснення та методи лікування підтверджуються дослідженнями. Ми зробимо ще одну важливу річ: простежимо не тільки відмінності між різними поясненнями та методами лікування, але й те, як одні з них можуть виростати з інших, посилюючи один одного.

**Ключові терміни**

Модель

Біологічна модель

Нейрон

Глія

Відділ головного мозку

Задній мозок

Середній мозок

Великий мозок

Дендріт

Аксон

Нервове закінчення

Сінапс

Нейротрансмітер

Рецептор

Ендокринна система

Гормон

Хромосома

Ген

Медикаментозна терапія

Психотропний препарат

Протитривожні ліки

Антидепресант

Нормотимік

Антипсихотик

Психотичний розлад

Електросудомна терапія (ЕСТ)

Конвульсія

Психохірургія

Лоботомія

Психодинамічна модель

Динамічний

Детерміністський

Психоаналіз

Несвідомий

Ід

Принцип задоволення

Лібідо

Его

Принцип реальності

Захисний механізм

Витіснення

Суперего

Свідомість

Фіксація

Оральна стадія

Анальна стадія

Фалічна стадія

Латентна стадія

Генітальна стадія

Его-психологія

Селф-психологія

Теорія об'єктних відносин

Вільна асоціація

Опір

Перенесення

Сновидіння

Маніфестний зміст

Латентний зміст

Катарсіс

Опрацювання

Динамічний фокус

Поведінкова модель

Поведінка

Обумовлення

Оперантне обумовлення

Моделювання

Класичне обумовлення

Безумовний стимул (US)

Безумовний рефлекс (UR)

Умовний стимул (CS)

Умовний рефлекс (CR)

Систематична десенситизація

Фобія

Ієрархія страху

Самоефективність

Когнітивно-поведінкова теорія

Когнітивна модель

Когнітивна терапія

Екзистенційно-гуманістична модель

Гуманіст

Самоактуалізація

Екзистенціаліст

Позитивне ставлення

Безумовне позитивне ставлення

Безумовне ставлення до себе

Вимоги визнання заслуг

Клієнт-центрована терапія

Емпатія

Щирість

Проживання

Гештальт-терапія

Штучна фрустрація

Рольова гра

Екзистенційна терапія

Соціокультурна модель

Соціологія

Антропологія

Теорія сімейних систем

Індивідуальна терапія

Групова терапія

Група самодопомоги

Сімейна терапія

Системна сімейна терапія

Структурна сімейна терапія

Подружня терапія

Інтегративна поведінкова терапія подружніх пар

Підтримка психічного здоров'я спільноти

Профілактика

Первинна профілактика

Вторинна профілактика

Третинна профілактика

Концепція «схильність-стрес»

**Контрольні питання**

1. Які основні відділи головного мозку та яким чином по ньому поширюються сигнали? Чи опишіть біологічні методи лікування психічних розладів?

2. Яка модель пов'язана з вивченими реакціями, цінностями, відповідальністю, прихованими конфліктами, неадекватними припущеннями?

3. Який метод лікування використовує безумовне позитивне ставлення, вільну асоціацію, класичне зумовлення, штучну фрустрацію, інтерпретацію сновидінь?

4. Назвіть ключові принципи психодинамічної, поведінкової, когнітивної та екзистенційно-гуманістичної моделей.

5. Яку роль, згідно з теоретиками психодинамічного спрямування, грають у формуванні як нормальної, так і аномальної поведінки Ід, Его і Суперего? Якими є ключові прийоми, що використовуються психодинамічними терапевтами?

6. На які види обумовлення спираються біхевіористи, коли пояснюють та лікують аномальну поведінку?

7. Які види когнітивної дисфункції можуть призвести до аномальної поведінки?

8. Порівняйте гуманістичні теорії та терапевтичні методи Роджерса та Перлса. У чому їхня відмінність від екзистенційних пояснень і підходів?

9. Як сімейні чинники, соціальні мережі, суспільні умови та суспільні ярлики можуть сприяти розвитку аномальної поведінки?

10. Які ключові особливості групової, сімейної, подружньої терапії та «общинного» методу лікування? Наскільки ефективні ці різні терапевтичні підходи?

**Розділ 3. Клінічна оцінка, діагностика та лікування.**

*Анжелі Саванті було 22 роки, вона жила вдома з матір'ю, працювала у великій страховій компанії. У неї ... вже й до цього траплялися періоди «хандри», але зараз її відчай був набагато глибшим. Анжелу турбувала сильна депресія та часті напади плачу, які не припинялися останні два місяці. Анжела виявила, що їй важко зосередитися на своїй роботі, їй було важко засипати ночами, у неї був поганий апетит. Депресія почалася після того, як Анжела розлучилася зі своїм нареченим Джеррі два місяці тому. (Leon, 1984, р. 109)*

Анжела Саванті домовилася про зустріч із лікарем у місцевому консультаційному центрі. Насамперед лікар постарався якнайбільше дізнатися про Анжелу та її тривоги. Хто вона, як її життя і які насправді симптоми її захворювання. Така інформація могла пролити світло на причини виникнення та перебіг хвороби та допомогти лікарю визначити, які методи підійшли б для лікування. Лікування мало відповідати потребам Анжели і властивому лише їй типу патології. З першого та другого розділу ми дізналися, як дослідники в галузі психопатології шукають розгадки патологічної поведінки. Практикуючі лікарі, навпаки, зацікавлені у специфічній інформації про своїх пацієнтів. Їм необхідне ***ідіографічне розуміння*** своїх хворих, а крім того вони повинні знати природу і походження їх проблем (Tucker, 1998). Індивідуальна інформація про пацієнта збирається при оцінці його стану та при діагностуванні. Використовуючи таку інформацію, лікар може застосувати лікування.

***Ідіографічне розуміння*** *- розуміння поведінки певного індивіда.*

**Клінічна оцінка.**

***Оцінка (asessment)*** - це просто збір інформації, що відноситься до людини. Це стосується всіх сфер життя. Можна збирати таку інформацію під час покупок у продовольчому магазині чи під час виборів президента. Члени приймальних комісій у коледжах, які мають визначити, хто з вступників буде успішно навчатися, розглядають свідоцтва про закінчення школи, рекомендації, дані тестів, інтерв'ю та інші матеріали, щоб отримати інформацію про майбутніх студентів. Роботодавці, яким треба вирішити, хто з кандидатів виявиться добрим працівником, збирають про них інформацію з анкет, інтерв'ю, рекомендацій, а іноді просто спостерігаючи за роботою.

***Оцінка*** *- процес збирання та інтерпретації інформації, що відноситься до пацієнта або до здорової людини.*

**Позитронна емісійна томографія (PET – positron emission tomography).** Розроблені вченими біологічні тести, такі як позитронна емісійна томографія, допомагають виявити порушення мозку, які можуть викликати психологічні проблеми.

*Клінічна оцінка (clinical assessment)* використовується для того, щоб визначити, як і чому людина поводиться «ненормально» і як можна допомогти цій людині. Це допомагає лікарям оцінити стан пацієнтів, які деякий час вже отримували лікування, і подивитися, чи успішно просувається терапія чи її слід змінити.

Спеціальні методи оцінки, якими користуються лікарі, залежать від їхньої теоретичної орієнтації. Лікарі психодинамічної спрямованості, наприклад, користуються такими оціночними методами, за допомогою яких можна отримати інформацію про особистість пацієнта і про будь-які неусвідомлені конфлікти, які він або вона може відчувати (Butler & Satz, 1989). Послідовники біхевіоризму та когнітивної психології, навпаки, користуються методами, які допомагають збирати докладну інформацію про особливі порушення в поведінці та пізнанні (Haynes, 1990; Kendall, 1990). Сотні розроблених методик та засобів оцінки поділяються на три категорії: клінічні інтерв'ю (бесіди), тести та спостереження. І якщо ці засоби використовуються в клінічній практиці, вони повинні бути стандартизовані, надійні і валідні.

**Властивості оцінних засобів.**

Важливо, щоб усі лікарі проводили однакові процедури, коли їм доводиться користуватись певною технікою оцінки. Досягти цього можна за *стандартизації* методики, що забезпечує загальні стандарти, яким треба слідувати, де вони виявлялися.

***Стандартизація*** - *процес, при якому тест проводиться з великою групою людей, і результати його виконання є загальним стандартом або нормою, за якими можна вимірювати показання будь-якого індивіда.*

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Як ви можете оцінити тести, які вам пропонувалися у школі? Наскільки вони надійні та валідні? Як ви ставитеся до тестів, які ви зустрічаєте в журналах? |

Лікарі також повинні стандартизувати записи результатів оціночних засобів, щоб мати можливість інтерпретувати записи кожного індивіда. Вони можуть, наприклад, провести тест із групою людей, і виконання такого тесту може надалі служити стандартом чи нормою, якими можна вимірювати показання будь-якого індивіда.

Члени групи, яку спочатку обирають для проведення тесту, мають бути типовими представниками великої групи населення.

Якщо тест на агресивність, розрахований на широкі кола населення, був стандартизований за групою моряків, то норма може виявитися невиправдано високою.

***Надійність (reliability)*** відбиває сталість в оцінних вимірах. Хороший оціночний прийом покаже однакові результати однакової ситуації ( Barker, Pistrang & Elliott, 1994; Kline, 1993). Спосіб оцінки отримує високий рівень *ретестової надійності,* одного з видів надійності, якщо досягаються ті ж результати при проведенні повторного тесту з тими самими людьми. Якщо в певному тесті жінка вказує на те, що вона багато п'є, тест, який буде проведений з нею через педелю, повинен показати ті ж результати. Щоб виміряти ретестову надійність типу «тест - повторний тест», дані, отримані індивідами у двох випадках, приводяться у відповідність, і чим вище співвідношення, тим більша надійність. (Див. розділ 1).

***Надійність*** *— вимір сталості результатів тесту чи результатів дослідження.*

***Валідність*** *- точність результатів тесту або дослідницької роботи; тобто це та межа, до якої тест чи дослідження насправді вимірює чи показує те, що треба виміряти та показати.*

Метод тестування показує високу *сталість експертної оцінки,* інший різновид надійності, якщо різні фахівці, які проводять оцінку, незалежно приходять до однакового рішення, як записувати результати оцінки та як їх інтерпретувати. Тести, побудовані за схемою правильно - хибно, а також тести з множинними виборами для відповіді дають постійні результати незалежно від того, хто проводить оцінку, але при проведенні деяких особливих тестів потрібно, щоб оцінювач висловив свою думку. Уявіть, що за умов тесту потрібно скопіювати картину. Зроблена копія оцінюється за точністю виконання. Одна й та сама копія може бути по-різному оцінена різними фахівцями.

І, нарешті, засіб оцінки має показати високу ***валідність*** ; воно має точно вимірювати те, що має бути виміряне (Barker et al., 1994; Kline, 1993). Уявіть, що шкала вимірювання ваги щоразу показує 12 фунтів, коли на ваги кладеться мішок із цукром вагою 10 фунтів. Хоча ця шкала надійна, оскільки її показання постійні, але вона непридатна через те, що ці показання не точні. Деякі засоби оцінки здаються придатними, тому що є сенс. Даний тип придатності, який називають *очевидна валідність (face validity),* сам по собі не означає, що техніка, що оцінюється, надійна. Тест на депресію, наприклад, може містити питання про те, чи часто пацієнт плаче.

Оскільки люди з депресією справді нерідко плачуть, подібні питання у тесті могли б мати очевидну валідність. Однак, виявляється, деякі люди багато плачуть зовсім не через депресії, а деякі хворі з важкою формою депресії можуть зовсім не плакати. Таким чином, не слід користуватися засобом оцінки до тих пір, поки воно не матиме високої *прогностичної або валідності, що збігається* (Goodwin, 1995).

***Прогностична валідність*** *—* можливість методу, що застосовується, прогнозувати майбутню поведінку або характерні риси випробуваного. Припустимо, що за умовами тесту збирається інформація про батьків учнів початкової школи, їх особисті характеристики та ставлення до куріння. На основі таких даних ми могли б спробувати виявити дітей, які почнуть курити на молодших курсах у коледжі. Щоб встановити прогностичну валідність, слід застосувати цей текст на групі учнів початкової школи, почекати, коли вони стануть студентами молодших курсів, а потім перевірити, хто справді став курцем.

|  |
| --- |
| ***Ух!***Ці судді на університетських змаганнях з пірнання по-різному оцінили одного й того ж пірнача. Низька надійність оцінки могла залежати від дефектів процедури оцінки чи необ'єктивності суддів. Суддями були тренери команд *.* |

***Збігаюча валідність*** *-* це той ступінь, до якого співвідносяться дані одного виміру з даними, отриманими при застосуванні інших методик оцінки. Наприклад, показання пацієнтів у планованому новому тесті для вимірювання тривоги повинні найвищою мірою співвідноситися з іншими їх показаннями в тестах тривоги або з їх відповідями, отриманими під час клінічних інтерв'ю.

|  |
| --- |
| "Кожен з нас існує в центрі свого особистого світу, який ніхто, крім нас, не може зрозуміти". *-* Карл Роджерс (Carl Rogers), 1951. |

**Сцени із сучасного життя**

*Хоч горщиком назви?*

У 1995 році керівництво Федерального Бюро Розслідувань вирішило використовувати у своїх матеріалах та звітах м'якіші та нейтральніші терміни для опису людей з розумовими розладами. Проблема виявилася дуже складною та емоційно напруженою, як це невдовзі виявили співробітники ФБР на конференції, що тривала сім годин, де були присутні представники уряду, співробітники юридичних та правоохоронних органів, делегати груп захисту психічного здоров'я, а також професори-психіатри (Foderaro, 1995).

На конференції не було спільного розуміння проблеми. Офіцери поліції та законодавці показали, що вони ставляться до людей з розумовими порушеннями як до «емоційно неврівноважених» або як до «розумово-відсталих», але такі терміни рішуче відкидалися тими, хто зазнав таких розладів на собі. Цим людям більше подобалися такі терміни, як «споживач», «одержувач», який «переміг психічне захворювання». Деяких зацікавив термін «розумно хворий», оскільки він поєднував людей із різними проблемами в єдину групу. Цей термін означав також те, що з психічними проблемами хворі і хворобу не можна перемогти без медичного втручання.

Представники різних груп на конференції погодилися з тим, що неприйнятними є такі терміни, як «псих», «чокнутий», «психушка» (для позначення лікарні), хоча вони вказували на неодноразове вживання цих слів у заголовках бульварних газет.

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Чому вибір термінології так відрізняється в різних групах і навіть у людей, які мали психічні порушення? Присутні на конференції загалом воліли при виборі терміна підходити насамперед до людини, вживаючи, наприклад, словосполучення «людина з шизофренією» замість «шизофренік». Чому такий підхід кращий? |

**Клінічні інтерв'ю.**

Багато хто з нас розуміє, що найкращий спосіб дізнатися людей — це зустрітися з ними віч-на-віч. Ми можемо бачити їхню реакцію на наші запитання. Ми можемо чути і спостерігати, як вони відповідають, бачити, як вони спостерігають за нами, і отримати загальне уявлення про те, хто вони такі. Клінічні інтерв'ю це те саме, що несподівана зустріч віч-на-віч (Nietzel et al, 1994; Wiens, 1990). Якщо, наприклад, людина каже, що смерть матері надзвичайно засмутила, але при цьому виглядає дуже щасливою, лікар може підозрювати, що насправді почуття цієї людини з приводу втрати суперечливі.

Майже всі лікарі включають в процес оцінки клінічні інтерв'ю.

***Клінічне інтерв'ю*** *— зустрічі (зазвичай без присутності сторонніх), на яких лікарі ставлять пацієнтам питання, оцінюють їхні відповіді та дізнаються про пацієнтів та про їхні психологічні проблеми.*

***Проведення інтерв'ю***

Часто інтерв'ю є першим контактом між лікарем та пацієнтом. Лікарі зазвичай збирають докладну інформацію про почуття та поточні проблеми пацієнта, про життєві ситуації та взаємини, крім того, їх цікавить історія життя пацієнта. Лікарі також можуть цікавитись тим, які надії на лікування має пацієнт та які причини, що змусили його звернутися до лікаря. Лікар, який займався Анжелою Саванті, розпочав саме з клінічного інтерв'ю.

*Анжела була акуратно одягнена, коли з'явилася на першому інтерв'ю. Вона відповідала на запитання і давала інформацію про своє життя повільно, млявим, майже інтонованим голосом. Вона сковано сиділа на стільці.*

*Пацієнтка повідомила, що період часу, який передував її розлученню з нареченим, був емоційно нестабільним. Вона не була впевнена, чи хоче вийти заміж за Джеррі, а той хотів, щоб вона твердо сказала чи так чи ні. Джеррі, схоже, не подобався матері Анжели, місіс Саванті, і вона була дуже холодна і байдужа, якби потенційний зять не приходив до їхнього дому. На Анжелу тиснули з двох сторін, і вона не могла ухвалити рішення про своє майбутнє. Після кількох суперечок з приводу того, чи вийде Анжела за нього заміж, Джеррі сказав, що вона ніколи цього не вирішить, і тому він іде.*

*Анжела вважала дитинство найнещаснішим періодом свого життя. Батько рідко бував удома, а коли з'являвся, батьки постійно сварилися.*

*Анжела згадувала, що відчувала вину, коли з сім'ї пішов містер Саванті... Вона зізналася, що коли б вона не думала про батька, то завжди відчувала, що якимось чином відповідальна за те, що їхній батько залишив.*

*Анжела описувала свою матір як «багатостраждальний тип». Мати казала, що присвятила своє життя тому, щоб зробити дітей щасливими, а натомість отримувала лише горе та нещастя... Коли Анжела та її сестра Дорін почали ходити на побачення, місіс Саванті зневажливо відгукувалася про юнаків, з якими вони зустрічалися, і взагалі про чоловіків...*

*Анжела розповіла, що й раніше вона часто була у пригніченому настрої. У студентські роки, коли вона отримувала нижчу оцінку, ніж розраховувала, то спочатку дуже злилася, а потім наставала депресія... Анжела відчувала себе пригніченою, коли сварилася з матір'ю чи коли розуміла, що її недооцінюють на роботі... Глибина та тривалість (зміни настроїв), які вона відчувала під час свого розриву з Джеррі, були серйознішими. Анжела не усвідомлювала глибини своєї депресії, але почала відчувати, що їй важко вийти з дому та йти на роботу. Почало важко розмовляти з людьми. Анжела виявила, що їй стало важко зосередитися, вона почала забувати те, що їй потрібно зробити... Їй більше хотілося залишатися в ліжку, ніж з кимось спілкуватися, і на самоті вона часто плакала (Leon, 1984, р. 110- 115).*

Крім основної інформації, яку отримують лікарі, які проводять клінічні інтерв'ю, вони звертають особливу увагу на теми, які вважають найбільш важливими. Лікарі психодинамічного напряму, наприклад, намагаються дізнатися про потреби пацієнта та його спогади про минулі події (Shea, 1990; Pope, 1983). Біхевіористи намагаються провести функціональний аналіз патологічних реакцій індивіда та отримати інформацію про стимули, які викликають такі реакції та їх наслідки (Reyna, 1989). Представники когнітивної психології намагаються виявити установки та інтерпретації, які впливають на людину (Kendall, 1990). Психологи гуманістичної орієнтації запитують обстежуваного про його самооцінці та концепцію його особистості (Aiken, 1985; Brown, 1972). Біологи використовують подібні розмови у тому, щоб визначити ознаки біохімічної чи нейрологічної дисфункції. І, нарешті, соціальні психологи розпитують обстежуваного про сім'ю, про соціальні та культурні проблеми.

Форма інтерв'ю може бути вільною ***(неформалізоване інтерв'ю)*** або побудованою за певним планом ***(формалізоване інтерв'ю)*** (First et al, 1995; Barker et al., 1994). Під час проведення вільного інтерв'ю лікар ставить відкриті питання, досить прості, наприклад: «Не могли б Ви розповісти мені про себе?» Відсутність схеми побудови інтерв'ю дозволяє інтерв'юеру бути провідним у розмові і стосуватися значимих клієнта тим, які були заздалегідь передбачені.

***Неформалізоване (неструктуроване) інтерв'ю*** *— форма інтерв'ю, у якому клініцист спонтанно ставить питання, засновані на темах, що виникають у процесі розмови.*

***Формалізоване (структуроване) інтерв'ю*** *— форма інтерв'ю, у якому клініцист ставить підготовлені питання.*

Під час проведення інтерв'ю, побудованого за певною схемою, лікарі ставлять підготовлені питання. Іноді вони користуються спеціально надрукованою з цією метою анкетою, що містить стандартний набір питань, призначених будь-яких інтерв'ю. Подібні інтерв'ю часто включають ***дослідження психічного статусу (mental status exam).*** Таке обстеження складається з питань та спостережень, які відображають ступінь усвідомленості пацієнтом того, що відбувається навколо, орієнтацію у часі та просторі, увагу, пам'ять, судження, розуміння хвороби, зміст та темп мислення, настрій та зовнішній вигляд. Формалізоване інтерв'ю, побудоване за планом, гарантує те, що всі лікарі у своїх інтерв'ю охоплять однакові важливі проблеми, що дозволить їм порівнювати відповіді різних пацієнтів.

***Дослідження психічного стану (статусу)*** — *набір питань для інтерв'ю та алгоритм проведення спостережень, спрямованих на виявлення ступеня та природи патологічної поведінки індивіда.*

Хоча при проведенні клінічних інтерв'ю однаково використовуються як вільні (неформалізовані), так і сплановані (формалізовані) варіанти інтерв'ю, багато лікарів вважають за краще користуватися якимось одним із видів інтерв'ю (Nietzel et al., 1994). Зазвичай неформалізованими інтерв'ю користуються лікарі психодинамічної спрямованості та представники гуманістичної психології (Pope, 1983). Формалізовані інтерв'ю застосовуються дослідниками-біхевіористами, яким потрібно мати докладний аналіз поведінки досліджуваного індивіда (Pope, 1983). Такі інтерв'ю також популярні серед представників когнітивної психології, які прагнуть ретельно виявити особливості когнітивних структур і процесів мислення, які можуть впливати на патологічну поведінку.

***Недоліки клінічних інтерв'ю***

З інтерв'ю можна отримати цінну інформацію про людину (Giron et al., 1998), але у досягненні цього є певні обмеження. При проведенні інтерв'ю, наприклад, можна зібрати тільки ту інформацію, яку надасть вам інтерв'юований. Індивіди можуть намагатися уявити себе у кращому світлі або їм буває важко торкнутися деяких важких тем (Barker et al., 1994; Nietzel et al., 1994).

|  |
| --- |
| ***Формалізоване інтерв'ю* .** Під час проведення спланованих інтерв'ю лікарі збирають інформацію, ставлячи стандартні питання, незалежно від конкретних симптомів пацієнтів. (The Far side copyright, 1982 Farworks, Inc. Друкується з дозволу Синдикату Універсальної Преси. Усі права захищені.) |

Іноді випробувані не можуть дати точну інформацію. Наприклад, ті люди, які страждають на депресію, дуже песимістичні і можуть описати себе як слабких працівників або негідних батьків (Beck, 1997, 1991, 1967). Помилкова концепція лікаря, який проводить інтерв'ю, може спотворити інформацію, що збирається. Зазвичай лікарі надають дуже велике значення першому враження про пацієнта і високо оцінюють дисфункцію, що відображає інформацію про нього (Aiken, 1985; Meehl, 1960). Упередження та пристрасті лікаря, включаючи расові, а також стать пацієнта, можуть впливати на інтерпретацію того, про що говорить пацієнт (Nietzel et al., 1994).

І, зрештою, люди по-різному реагують на тих, хто проводить інтерв'ю. Люди схильні надати менше інформації строгому та холодному лікарю, ніж м'якому та серцевому (Eisenthal, Koopman & Lazare, 1983). Расова приналежність лікаря, його вік, стать та зовнішність також можуть вплинути на відповіді пацієнта (Paurohit, Dowel & Cottingham, 1982).

За таких обставин різні лікарі можуть отримати різні відповіді і зробити різні висновки навіть тоді, коли вони ставлять одні й ті самі питання тим самим індивідам (Langwieler & Linden, 1993). У зв'язку з цим деякі дослідники вважають, що хоча інтерв'ю є загальновизнаним методом оцінки, від нього треба відмовитися. Цю пропозицію можна було б вважати розумною, якби замість старої методики існувала нова, бездоганна. Однак, як ми побачимо, інші методи клінічної оцінки також не позбавлені серйозних недоліків.

**Клінічні випробування.**

***Тести*** є способом збору інформації про деякі аспекти психічного стану людини, якими можна зробити про нього більш докладні висновки (Goldstein & Herzen, 1990). В даний час у Сполучених Штатах використовують понад 500 клінічних тестів. На перший погляд може здатися, що сконструювати тест, що ефективно діє, досить просто. Щомісяця в газетах і журналах можна знайти тести, які, як передбачається, розповідають нам про нас самих, про наші взаємини, про секс у нашому житті, про наші стреси і про наші можливості досягти успіху. Такі тести можуть здатися переконливими, але в більшості випадків у них відсутня надійність, валідність та стандартизація. Тому подібні тести не можуть виявити чіткої, достовірної інформації або повідомити щось значне про те, що ми представляємо собою в порівнянні з іншими. Тести, якими найчастіше користуються дослідники, налічують шість типів: проективні тести, особистісні опитувальники, переліки відповідей, психофізіологічні тести, неврологічні та нейропсихологічні тести, а також інтелекту.

***Тест*** *- спосіб збору інформації про деякі аспекти психічного стану людини, за якими можна зробити докладніші висновки про цю людину.*

**Патологія та мистецтво**

*Оцінюючи Ван Гога*

Вінсент Ван Гог прожив болісне та нещасливе життя. Легендарним став випадок, коли митець відрізав собі вухо. Ван Гога неодноразово поміщали в психіатричні лікарні, і врешті-решт він наклав на себе руки. Художник часто повідомляв у листах до брата про свій біль і душевні муки, описуючи психічні та фізичні муки та галюцинації. Протягом багатьох років фахівці міркували про те, що змушувало страждати Ван Гога: розлад настрою, шизофренія чи те й інше разом. Останнім часом така оцінка захворювання заперечується. Так, неврологи з Гарвардського університету припустили, що насправді Ван Гог страждав від синдрому Гешвінда (Geschwind's syndrome), відомого як розлад особистості, розташований у континуумі між двома психічними та неврологічними розладами — судомами, що виникають внаслідок мозкової дисфункції, та епілепсіями. Ван Гог виявив багато симптомів цієї хвороби, включаючи гарячкове малювання (гіперграфія), надрелігійність та агресію (Trotter, 1985).

Медичні фахівці з Колорадо, навпаки, вважають, що Ван Гог страждав від гострої форми синдрому Меньєра (Meniere's syndrome), розладу, який був спричинений надмірним накопиченням рідини у внутрішньому вусі. Надмірний тиск, що при цьому виникає, може спричинити нудоту, запаморочення, порушення рівноваги, біль, глухоту та відчуття постійного шуму чи дзвону у вухах. Цілком можливо, Ван Гог відрізав собі вухо, щоб заглушити біль. Ймовірно, що біль та інші симптоми пов'язані з важкими вторинними психічними проблемами, якими може супроводжуватися синдром Меньєра (Scott, 1990).

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Якби люди знали, що розлади Ван Гога були пов'язані із середнім вухом, а чи не були психічними, чи стали б вони ставитися до нього по-іншому? Чому людям цікаво займатися клінічною оцінкою відомих людей, особливо тих, хто пов'язаний із мистецтвом, навіть через багато часу після їхньої смерті? |

***Проективні тести***

При проведенні проективних тестів від випробовуваних потрібна інтерпретація неясних стимулів, таких як чорнильні плями або нечіткі картини, або вони отримують невизначені інструкції, наприклад: «Намалюйте людину». Теоретично, при таких розпливчастих натяках та інструкціях піддослідні проектують аспекти своєї особистості на вирішення поставленого завдання. ***Проективними тестами*** найчастіше користуються дослідники психодинамічної спрямованості, щоб оцінити несвідомі прояви та конфлікти, які, як вважають, лежать в основі патологічної поведінки. Проективні тести, що найбільш широко застосовуються, — це тест Роршаха, Тест тематичної апперцепції (ТАТ), тести незакінчених пропозицій і малювальні тести.

***Проективний тест*** — *тест, у якому випробуваний повинен інтерпретувати нечіткі стимульні матеріали чи реагувати ними.*

*Тест Роршаха.* У 1911 році швейцарський психіатр Герман Роршах (Hermann Rorschach), займаючись клінічною діагностикою, користувався чорнильними плямами.

Він капав чорнило на папір, а потім складав листи навпіл, отримуючи симетричні, але зовсім випадкові плями. Роршах виявив, що кожна людина бачила в цих плямах певні образи.

Більше того, образи, які представляє людина, яка дивиться на ці плями, пов'язані з її психічним станом. Передбачається, що пацієнти з діагнозом шизофренія, наприклад, побачать зовсім інші образи, ніж ті, хто страждає на тривожність.

Роршах відібрав 10 чорнильних плям і в 1921 опублікував їх разом з інструкцією щодо застосування при клінічній оцінці. Цей матеріал був названий *Психодинамічним тестом чорнильних плям Роршаха.* Через вісім місяців у віці 37 років Роршах помер, але колеги продовжили його роботу, і чорнильні плями Роршаха посіли своє місце серед найпопулярніших проективних тестів XX століття. Лікарі проводять «Роршаха», як зазвичай називають цей тест, наступним чином: пацієнту на деякий час дається одна картка з плямами, і він повинен сказати, що бачить, чим йому видаються ці плями або що вони нагадують йому. Раніше, коли тест Роршаха тільки з'явився, дослідники, що його застосовували, насамперед цікавилися *темами та образами,* які викликають у свідомості респондента чорнильні плями. В даний час дослідники звертають більшу увагу на *тип відповідей:* Чи сприймають випробувані зображення плям повністю або бачать деталі? Чи звертають вони увагу на самі плями чи білі проміжки між ними? Чи використовують у відповідях чи ігнорують тіні та півтони, які представлені на деяких картках?

*Тест тематичної апперцепції. Тест тематичної апперцепції (ТАТ) -* це проектний тест із образотворчими матеріалами (Murray, 1938; Morgan & Murray, 1935). Під час подібного тесту випробуваним зазвичай показують 30 чорно-білих фотографій людей, показаних у певній неясній обстановці, і просять вигадати історію про кожного персонажа. Потрібно розповісти, що саме зображено, що призвело до такої ситуації, якими є думки та почуття персонажів і чим усе це могло б закінчитися.

Дослідники, які користуються Тестом тематичної апперцепції, вважають, що випробуваний ототожнює себе з одним із персонажів, зображених на кожній картці. У вигаданих історіях люди намагаються відобразити власні обставини, потреби, висловити свої почуття, показати своє сприйняття реальності та свої фантазії. Наприклад, пацієнтка, яка бере участь у Тесті тематичної апперцепції, можливо, намагається виявити свої почуття у розповіді за карткою тесту, поданої на рис. 3.1. Це одне з небагатьох зображень у Тестах тематичної аперцепції, які дозволені для показу у підручниках.

|  |
| --- |
| **Малюнок 3.1. Одне із зображень, які використовуються при проведенні тесту тематичної аперцепції.** Цю жінку дуже турбують спогади про матір, яку вона ображала. Вона шкодує, як ставилася до матері, спогади мучать її. Ці почуття можуть посилитися в міру того, як зображена жінка старітиме і бачити, що її діти ставляться до неї так само, як вона ставилася до своєї матері (Aiken, 1985, 372). |

*Тест незакінчених речень.* Тест незакінчених пропозицій вперше був розроблений у 1920-х роках (Payne, 1928). Під час проведення тестованих просять закінчити низку незакінчених пропозицій, таких як «Я хочу...» або «Мій батько...». Цей тест розглядається як хороший трамплін для обговорення швидкого та простого шляху отримання тем, які можна використовувати у дослідженні.

*Малювальні тести.* Зважаючи на той факт, що малюнок щось розкриває нам про художника, дослідники часто просять пацієнтів намалювати людські фігури та розповісти про них. Оцінка таких малюнків ґрунтується на якості та формі самого малюнка, твердості лінії олівця, враховується розташування малюнка на аркуші, розмір фігур, характерні особливості зображених фігур, використання фону, а також зауваження, які робить тестований під час малювання.

|  |
| --- |
| ***Малюнок тест.*** Малювальні тести зазвичай застосовуються з метою оцінки функціонування організму дітей. Два найпопулярніші тести це «Дім-Дерево-Людина», при проведенні якого тестований малює будинок, дерево та людину, а також тест «кінетичний малюнок сім'ї», при якому малюються члени сім'ї при виконанні будь-яких домашніх справ. |

|  |
| --- |
| ***Мистецтво оцінки.*** Дослідники часто розглядають витвори мистецтва як неофіційні проективні тести, у яких митці відбивають свої конфлікти та психічну нестабільність. Химерні портрети кішок, намальовані на початку XX століття Луїсом Уейном (Louis Wain), інтерпретувалися деякими дослідниками як відображення психозів, які протягом багатьох років мучили художника. Інші вважали таку інтерпретацію неправильною і зазначали, що декоративний стиль останніх робіт художника пов'язаний з текстильним дизайном. |

Тест «Намалюй людину» (DAP) найбільш популярний у дослідників серед тестів із застосування малювання (Machover, 1949). Досліджуваних просять намалювати "людини", після того як вони це зроблять, їх просять намалювати іншу людину, протилежної статі. Деякі дослідники вважають, що незвичайно велика або, навпаки, дуже маленька голова, зображена на малюнку, свідчить про проблеми в розумовій діяльності, соціальній поведінці та контролі фізіологічних імпульсів, а великі очі можуть вказувати на сильну підозрілість чи тривожність.

*Цінність проективних тестів.* До 50-х проективні тести були найпоширенішим методом оцінки особистості. Проте в останні роки дослідники та практикуючі лікарі широко використовують такі тести для збирання «додаткових» даних (Clark, 1995; Lerner & Lerner, 1988). Однією з причин такої зміни ставлення до методики є те, що практики, які користуються новими типами тестів, знаходять проективні тести менш цінними, ніж вважають дослідники, що дотримуються психодинамічного напрями (Kline,1993). Але важливіше те, що проектні тести рідко виявляють високу надійність і валідність (Weiner, 1995; Lanyon, 1984). Наприклад, щодо надійності різні дослідники могли по-різному зафіксувати результати проективного тесту, у якому брав участь той самий пацієнт ( Kline, 1993; Little & Shneidman, 1959). Подібним чином при визначенні валідності, коли дослідники намагаються описати особистість пацієнта та його почуття на основі результатів проективних тестів, їх висновки часто поступаються відомостям, отриманим психотерапевтом пацієнта або взятим із великої історії хвороби (Golden, 1964; Sines, 1959).

Іншою проблемою валідності є те, що інколи проведення проективних тестів утрудняється з представниками національних меншин. Наприклад, люди при складанні розповідей про себе хочуть порівняти себе з тими персонажами, які зображені в Тесті тематичної апперцепції (ТАТ), але серед фотографій, зібраних у цьому тесті, немає зображень представників цієї етнічної групи. У у відповідь виникнення подібних труднощів деякі дослідники розробили нові тести, схожі Тест тематичної апперцепції, але з включенням зображень афроамериканців та іспанців (Ritzier, 1996; Costantino, 1986).

***Особисті опитувальники: Міннесотський багатофакторний особистісний опитувальник***

Один із способів пізнати особистість – попросити індивідів оцінити самих себе. ***Особисті опитувальники*** містять широкий спектр питань про поведінку, вірування і почуття, на які повинні відповісти респонденти. Заповнюючи типовий особистісний опитувальник, індивіди просто відзначають у довгому списку питань, що стосується особисто до них, а що ні. Дослідники потім аналізують відповіді, щоб зробити висновки про особистість респондента та його психічний стан.

***Особистісний опитувальник*** *призначений для вимірювання різноманітних особистісних характеристик, які полягають у твердженнях про поведінку, переконання та почуття. Тестовані оцінюють ці твердження з погляду того, властиві вони особисто їм чи ні.*

Найбільш широко використовуваним особистісним опитувальником є Міннесотський багатофакторний особистісний тест (Minnessota Multiphasic Personality Inventory MMPI) (Colligan & Offord, 1992). Існують 2 варіанти цього тесту – оригінальний тест, опублікований у 1945 році, та варіант MMPI-2, переглянуте видання 1989 року. Нині дослідниками використовуються обидва варіанти. Традиційний тест MMPI містить 550 тверджень, на яких слід зробити позначки «так», «ні» або «важко відповісти». Респонденти описують свої фізичні турботи, настрій, моральний стан, ставлення до релігії, сексу та соціальної активності, а також описують свої патологічні реакції чи поведінку.

Усі пункти записів у тесті MMPI становлять 10 клінічних рівнів:

**1. Hs (Hypochondriasis)** - Іпохондрія: Пункти, що стосуються турбот про функціонування тіла («У мене болить груди кілька разів на тиждень»).

**2. D (Depression)** - Депресія: Пункти, що стосуються крайнього песимізму та безнадійності («Я часто думаю, що немає надій на майбутнє»).

**3. Ну (Conversion Hysteria)** - Конверсійна істерія: Пункти, за якими передбачається виявити, що люди можуть використовувати фізичні або психічні симптоми як засіб підсвідомого уникнення конфліктів та відповідальності («Іноді я відчуваю, як у мене сильно б'ється серце»).

**4. PD (Psychopathic Deviate)** - Психопатичне відхилення (девіація): Пункти, що показують повторювану і зростаючу зневагу до соціальних обов'язків та емоційну недостатність («Мої вчинки та інтереси часто критикуються іншими»).

**5. Mf (Masculinity – Feminity)** – Мужність – Жіночність: Пункти, за якими передбачається оцінити гендерну ідентичність респондентів («Я люблю оформляти букети квітів»).

**6. Pa (Paranoia)** - Параноя: Пункти, що показують патологічну підозрілість і манію величі або переслідування («Злі люди намагаються впливати на мій розум»).

**7. Pt (Psychasthenia)** - Психастенія: Пункти, що показують нав'язливі ідеї, патологічний страх, почуття провини та нерішучість («Я зберігаю все, що купую, навіть те, що мені вже непотрібно»).

**8. Sc (Schizophrenia)** — Шизофренія: Пункти, що показують дивні чи незвичайні думки чи поведінку, раптовий догляд, манії чи галюцинації («Речі, що оточують мене, не здаються мені реальними»).

**9. Ma (Hypomania)** - Гіпоманія: Пункти, що показують емоційне збудження, гіперактивність, політ думки («Іноді я без видимих причин почуваюся в піднесеному настрої, а іноді в пригніченому»).

**10. Si (Social introversion)** - Зосередженість на собі (соціальна інтроверсія): Пункти, що показують сором'язливість, відсутність інтересу до інших людей, ненадійність («Мене легко збентежити»).

Показання кожного рівня шкали коливаються від 0 до 120. Якщо показання індивіда за цією шкалою вище 70, його стан розглядається як відхилення від норми. Показники на шкалах з'єднуються і таким чином створюється графік, так званий "профіль", що показує загальний стан особистості індивіда і відображає його емоційні потреби (Graham, 1993; Meehl, 1951). Малюнок 3.2 показує дані тесту MMPI 27-річного чоловіка, який страждає на депресію. Профіль показує, що він дуже глибока депресія, він відчуває тривожність і страх, він соціально ізольований, схильний до скарг на фізичний стан.

Кожна людина підходить до анкет тестів, подібних до MMPI, з властивою йому манерою відповідати на запитання.

Деякі люди зазвичай відповідають на поставлені питання ствердно, незалежно від їхнього змісту (що говорять так). Інші намагаються дати відповідь, на яку, на їхню думку, від них чекають. Очевидно, що результати тесту MMPI можуть виявитися недостовірними (Rogers et al., 1995).

З цієї причини в тест введені такі питання, які допомагають виявити, як поводяться при відповідях респонденти — кажуть правду, захищаються або не замислюючись ( Berry et al., 1995). Наприклад, про людей, які відповідають «так» на такі твердження, як «Я посміхаюся всім, кого зустрічаю» і кажуть «ні» на «Я іноді трохи розпускаю плітки», можна думати, що вони говорять неправду і можуть брехати, відповідаючи на інші питання.

MMPI-2, новий варіант MMPI, містить 567 записів — багато з них ідентичні тим, що представлені в першому варіанті, деякі переписані відповідно до вимог сучасного американського варіанту англійської мови (наприклад вираз «розлад шлунка» замінив «кислий шлунок», що раніше вживався) а деякі записи є абсолютно новими. Додатково до наявних у питній шкалі тесту в MMPI-2 з'явилися нові аспекти, що вимірюють проблеми харчування, зловживання ліками та низьку продуктивність роботи. Перед затвердженням нового варіанта тесту MMPI-2 його випробовували на великій групі різноманітних людей, ніж це було розробки початкового варіанта тесту. Тому показники нового тесту можуть давати більш точні відомості про особистість людини та патологічні прояви її організму.

**Малюнок 3.2. Профіль MMPI.** Профіль 27-річного чоловіка говорить про те, що у нього депресія. У респондента також виявляється тривожність, він схильний скаржитися на фізичні нездужання.

Багато дослідників приймають тест MMPI-2 як значно покращений та осучаснений варіант. Однак інші вважають, що новий тест ніколи не зможе стати адекватною заміною оригінального варіанту і багато досліджень, які проводяться на основі оригінального варіанту тесту, неможливо провести, використовуючи MMPI-2 (Humphrey & Dahlstrom, 1995).

Тест MMPI та інші особисті опитувальники мають деякі переваги в порівнянні з проективними тестами. Ці тести проводяться у письмовій формі, їх проведення не займає багато часу, а результати можна зафіксувати.

**Таблиця 3.1. Зразки записів з опитувальника Бека на виявлення депресій**

|  |  |
| --- | --- |
| Теми | Запитання |
| Думки про самогубство | 0. У мене немає думок про самогубство.  1. У мене бувають думки про самогубство, але я не здійснюватиму їх.  2. Мені хотілося б убити себе.  3. Я вб'ю себе, якщо буде можливість. |
| Труднощі у роботі | 0. Я можу працювати, як завжди.  1. Потрібне особливе зусилля, щоби почати щось робити.  2. Я повинен сильно змушувати себе щось робити.  3. Я зовсім не можу працювати. |
| Втрата статевого потягу (лібідо) | 0. Я не помічаю жодних змін у своєму ставленні до сексу.  1. Я менше, ніж зазвичай, цікавлюсь сексом.  2. Зараз я значно менше цікавлюсь сексом.  3. Я повністю втратив інтерес до сексу. |

Додатково до цього позитивним аспектом є те, що зазвичай подібні тести стандартизовані і результати одного випробуваного можна порівняти з багатьма результатами. І, нарешті, вищезгадані тести показують більшу ретестову надійність у порівнянні з проектними тестами. Наприклад, люди, які брали участь повторно в тесті MMPI менш ніж через два тижні після першого тесту, показують приблизно такі ж результати (Graham, 1987, 1977).

Особисті опитувальники показують більш високу валідність, ніж проектні тести (Graham & Lilly, 1984). Проте навряд чи їх можна як *високовалідні* тести. Коли дослідники користуються лише цими тестами, вони можуть точно оцінити особистість респондента (Johnson et al., 1996; Shedler et al., 1993). Справа в тому, що риси особистості, які намагаються виявити через тест, не можна досліджувати прямо. Як можна повністю дізнатися характер людини, її емоції та потреби тільки з її слів чи спостерігаючи за її діями?

Однак, незважаючи на недостатню валідність, особистісні опитувальники продовжують зберігати популярність (Archer, 1997). Дослідження показують, що особистісні опитувальники допомагають дослідникам скласти більш докладну картину рис людського характеру та порушень, якщо цей метод використовується спільно з інтерв'ю чи іншими способами оцінки (Levitt, 1989).

**Крупним планом**

*Тести, брехня та відеозаписи*

У кінофільмах злочинці, яких допитують у поліції, пітніють, сіпаються, трясуться, лаються, чим і видають свою винність. Коли їх перевіряють на детекторі брехні, голки апарату все це вистукують на папері. Такий образ знайомий нам з часів Першої світової війни, коли деякі фахівці висловлювали думку про те, що коли людина бреше, у її організмі відбуваються певні фізіологічні зміни (Marston, 1917).

Тест на детекторі брехні будується досить легко. У той час, коли випробуваний відповідає на запитання, записуються рівні виділення поту, дихання та серцевий ритм. Фахівці аналізують ці показники тоді, коли індивід відповідає «так» на контрольні питання, відповіді куди завжди позитивні. Потім фахівець аналізує фізіологічні показники під час відповідей на запитання тесту, такі як «Ви скоїли цей крадіжку?». Якщо (як показано нижче) потовиділення посилено, дихання і ритм серця прискорені, може виявитися, що індивід бреше ( Raskin, 1982). На такі тести небезпечно покладатися, оскільки досі неясно, чи вони точні (Steinbrook, 1992).

Тести на детекторі брехні багато років користувалися широкою популярністю, попри майже повну відсутність доказів у тому, що вони спрацьовують. Тільки до середини 80-х років цим фактом стали більше цікавитись. 1986 року в Американській психологічній асоціації дійшли висновку, що детектори брехні неточні, і Палата представників голосувала проти їх застосування під час кримінальних розслідувань. Коли популярність детекторів брехні стала падати, у бізнесі та системах управління виникла необхідність у створенні нового тесту, що замінює. Втрачалися мільярди доларів через крадіжки, низьку продуктивність та інші види нечесної поведінки. Відповіддю це була поява тестів виявлення чесності. Під час проведення подібних особистісних тестів намагаються виявити, чи тестуються чесними чи нечесними і чи можна їх запрошувати на певні посади. Зараз використовується понад сорок подібних тестів, за допомогою яких намагаються виявити такі людські риси, як надійність, схильність до відступництва, підпорядкування соціальним нормам, норовливість, вороже ставлення до правил. Аналіз показує, що ці тести недостатньо валідні. Вони неточні, їх легко підробити, часто їх результати інтерпретуються некваліфікованими. Важливо відзначити, що у цих тестів високий показник хибних звинувачень (Camara & Schneider, 1994; Guastello & Rieke, 1991).

І з іншими психофізіологічними тестами не все йде гладко. У місті Олд Таун, штат Мен, офіцер поліції було звільнено після того, як відмовився пройти *плетизмографічний тест пеніса (penile plethysmograph test).* Тест намагалися застосувати для того, щоб оцінити сексуальні спонукання цього поліцейського, який підозрювався у докучанні до дітей.

Для того, щоб провести даний психофізіологічний тест, пеніс тестованого оперізується гумовою трубкою, наповненою ртуттю, а потім перед ним демонструються відеозаписи або слайди із зображенням оголених дорослих та дітей різної статі. Коли випробуваний сексуально збуджується, трубка розтягується, і ртуть фіксує збудження. Фахівці, які проводять тест, складають графік та визначають, що сильніше збуджує випробуваного: дорослі чи діти, чоловіки чи жінки, секс із насильством чи секс за згодою.

Психологи відзначають, що хоча плетизмографічний тест пеніса дає точні показники статевого збудження, він позбавлений прогностичної валідності: за його результатами не можна передбачити, чи буде індивід за наявності подібних почуттів робити будь-які вчинки (Barker & Howell, 1992). Дослідники також зазначають, що з усіх людей, яких сексуально збуджують діти, лише деякі реально намагаються задовольнити свої бажання. Тому цей тест не може визначити, чи вчинила людина сексуальний злочин, і за результатами тесту не можна передбачити, чи має намір вона вчинити його в майбутньому.

Хоча тому офіцеру поліції зі штату Мен не було висунуто звинувачення і його вина не була доведена, начальство в ультимативній формі зажадало від нього або подати рапорт про звільнення, або пройти обстеження у сексопатолога з подальшим тестуванням. У відповідь офіцер звинуватив владу міста Олд Таун у порушенні його цивільних прав. Він заявив, що жодні державні органи не мають права виставляти суто інтимний фізіологічний тест умовою для збереження місця роботи. Суд ухвалив поновити офіцера на службі.

Життя може разюче змінитися, якщо до людини прикріплені ярлики, чи то ярлик «нечесний», «злочинний», «депресивний» чи «з сексуальними відхиленнями». Тестирующие зобов'язані ставитися до результатів своєї роботи дуже обережно, особливо у випадках, коли якісь результати оприлюднюються. Опитувальні засоби, такі як детектор брехні, тест на виявлення чесності, а також плетизмографічні тести, мають безпосереднє відношення не лише до наукових законів — часом вони можуть порушувати наші громадянські права та завдавати шкоди невинним людям.

***Опитувальники відповідей від респондентів***

Як і особистісні опитувальники, ***опитувальники відповідей*** вимагають від респондента докладної інформації про себе, але ці тести спрямовані на специфічні сфери функціонування. Наприклад, з допомогою можна вимірювати афекти (емоції), соціальні навички чи пізнання. Після тестів лікарі можуть визначити, яку роль ця сфера відіграє в порушеннях у пацієнта.

Опитувальники емоційної сфери (affective inventories) вимірюють такі емоції, як тривожність, депресія та гнів (Beidel, Turner & Morris, 1995). Під час проведення найчастіше застосовуваного тесту виявлення афектів — опитувальника депресії Бека ( Beck Depression Inventory), що у таблиці 3.1, оцінюється те, наскільки придушено люди почуваються як і депресія впливає функції у різних сферах. Опитувальники соціальних навичок (Social skill inventories) зазвичай застосовуються дослідниками біхевіористичного та соціокультурного спрямування. Респондентів просять зазначити, хіба що вони повелися у різних соціальних ситуаціях (Wiggins & Trobst, 1997). Опитувальники, що досліджують когнітивну сферу і хибні переконання (Cognition inventories), виявляють у людині типові думки та вдавання, крім того, з їх допомогою можна виявити дисфункціональний тип мислення, який може лежати в основі патологічної поведінки (Burgess & Haaga, 1994). Тому не дивно, що подібні тести часто використовуються практикуючими фахівцями та дослідниками у галузі когнітивної психології.

***Опитувальник відповідей*** *— тест, призначений з метою оцінки відповідей індивіда на теми, однією з специфічних сфер функціонування, як-от афект, соціальні навички чи пізнавальні процеси.*

Оскільки через опитувальники відповідей інформація виходить безпосередньо від респондента, то подібним тестам властива висока очевидна валідність. За останні двадцять років постійно збільшується кількість подібних тестів та кількість лікарів, які їх застосовують. Однак такі опитувальники мають значні обмеження (Shedler et al., 1993). Вони рідко містять питання, які б допомогли виявити, наскільки недбалі або неточні відповіді піддослідних.

Більш того, за винятком опитувальника Бека на виявлення депресій та деяких інших тестів, більшість подібних опитувальників не піддавалася ретельній стандартизації, і їх надійність та валідність сумнівні (Sanderman & Ormel, 1992). Часто подібні опитувальники створюються у відповідь конкретну потребу, що виникла, і їх не перевіряють на точність і повноту.

***Психофізіологічні тести***

Деякі фахівці застосовують ***психофізіологічні тести,*** з яких фізіологічні реакції вимірюються як можливі показники психологічних проблем (Stoyva & Budzynski, 1993). Інтерес до подібних тестів виник, коли в деяких дослідженнях стали висловлюватись думки про те, що стани тривожності зазвичай супроводжуються фізіологічними змінами, а саме почастішанням ритму серця, підвищенням артеріального тиску крові, підвищенням температури, зміною шкірно-гальванічного рефлексу та скороченням м'язів. Вимірювання фізіологічних змін з того часу стало відігравати важливу роль в оцінці багатьох психологічних порушень.

***Психофізіологічний тест*** *- тест, за допомогою якого вимірюють фізіологічні реакції (такі як серцебиття та напруга м'язів), як можливі показники психологічних проблем.*

Психофізіологічні процедури допомагають при виявленні та вирішенні медичних проблем, таких як головний біль та гіпертонія (підвищений артеріальний тиск), які пов'язані з психологічним станом людини. Як ми дізнаємося їх 8-го розділу, дослідники відкрили, що подібні проблеми можна вирішити за допомогою ***біологічного зворотного зв'язку,*** методики, за якої пацієнти отримують точну інформацію про те, як відбуваються основні фізіологічні реакції, а потім їх поступово навчають, як ці реакції контролювати (Blanchard, 1994; Stoyva & Budzynski, 1993). Наприклад, коли пацієнти з частими нападами головного болю, пов'язаного з напругою м'язів голови, докладно дізнаються про рівні цієї напруги і вчаться довільно розслаблювати ці м'язи, то напади головного болю відбуваються рідше.

***Біологічний зворотний зв'язок*** *— лікувальна методика, коли пацієнт отримує точну інформацію у тому, як відбуваються основні фізіологічні реакції та її навчають, як їх контролювати довільно.*

Під час проведення психофізіологічних тестів, як і під час проведення інших клінічних тестів, виникають деякі проблеми. Багато з цих тестів вимагають дорогого обладнання, яке необхідно ретельно налаштовувати та обслуговувати (Nelson, 1981). Крім цього, психофізіологічні виміри можуть бути неточними та ненадійними. Лабораторне обладнання саме по собі незвичайне, воно вражає, а іноді й лякає, що може порушити нервову систему пацієнта і, таким чином, змінити його звичайні фізіологічні реакції. Показники фізіологічних реакцій можуть змінитися у разі, коли виміри проводяться неодноразово протягом одного сеансу. Наприклад, гальванічна реакція шкіри часто знижується при повторному тестуванні.

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** Приблизно 95% того, що відомо про мозку, отримано за останні 10 років (Roan, 1995). |

***Нейрологічні та нейропсихологічні* тести**

Деякі проблеми особистості або поведінки індивіда спочатку виникають через пошкодження мозку або зміни мозкової діяльності. Травми голови, пухлини мозку, дисфункція мозку, алкоголізм, інфекції та інші порушення – все це може спричинити органічні порушення. Якщо потрібно серйозно лікувати психічний розлад, необхідно знати, чи не лежать у його основі будь-які фізіологічні порушення мозку (Mattis & Wilson, 1997).

***Неврологічний тест*** *- тест, що безпосередньо вимірює структуру або активність мозку.*

***Нейропсихологічний тест*** *— тест, з якого виявляються мозкові порушення виміром когнітивних і моторних показників, і навіть можливості сприйняття.*

Існують методики, які можуть допомогти у виявленні патологій мозку. Останнім часом розроблено кілька ***неврологічних тестів*** *,* спрямованих на прямий вимір структури мозку та його активності. Сюди відносяться *аксіальна комп'ютерна томографія (computerized axial tomogram, CAT scan),* коли рентгенівські промені приймаються від мозку під різними кутами; *електроенцефалографія,* за цієї процедури електричні імпульси мозку збираються за допомогою проводів, прикріплених до голови; *позитронна емісійна томографія (positron emission tomogram, PET scan), комп'ютерний запис рівня хімічної активності мозку,* а також *магнітно-резонансна томографія (МРТ) (magnetic resonance imaging, MRI),* при цій процедурі використовується особлива магнітна властивість певних атомів, що входять до складу щоб відтворити докладну картину структури мозку (Janicak & Winans, 1997).

Будучи дуже тонкими, подібні неврологічні процедури таки не завжди здатні виявити приховані патології мозку. ***Нейропсихологічні тести*** *,* розроблені останнім часом, хоч і мають менш безпосередній підхід під час обстеження, можуть виявити більше результатів. При проведенні нейропсихологічних тестів, для виявлення ширших проблем, пов'язаних з мозком, як показники оцінюються когнітивні та моторні характеристики, а також здатність сприйняття (Butters et al., 1995; Matarazzo, 1992). Ушкодження мозку особливо сильно впливають на візуальне сприйняття, короткочасну пам'ять і візуально-моторну координацію, тому при проведенні тестів в основному звертається увага на дані області.

|  |
| --- |
| ***Електроенцефалограма* .** Електроди, прикріплені до черепної коробки, виявляють електричні імпульси мозку. Потім ці імпульси перетворюються на чорнильні лінії на обертовому розграфленому папері, щоб відтворити електроенцефалограму. Електроенцефалограма у наведеному прикладі вимірювала коливання мозку 4-місячної дитини, яку стимулювали показом іграшок, і вона виявилася єдиним значним показником активності мозку. |

**Сум і мозок.** Позитронна емісійна томограма (PET scan) людини з сумними думками показує, які сфери активності мозку відповідають подібним змінам настрою.

*Візуально-моторний гештальт-тест Бендера (Bender Visual-Motor Gestalt Test),* один з нейропсихологічних тестів, що найбільш широко використовуються, складається з 9 карток, на кожній з яких зображений простий малюнок (Bender, 1938) (див. рис. 3.3). Бендера, що беруть участь у гештальт-тесті, розглядають по одному малюнку на картках і копіюють їх на аркуші паперу. Пізніше вони намагаються знову намалювати ці малюнки. До 12-ти років більшість людей здатні запам'ятати та відтворити ці малюнки. Помітні помилки точності зображення вважаються відображенням органічних порушень мозку. Даний тест здатний виявити людей з органічними порушеннями в 75% випадків, що є показником високої валідності (Heaton, Baade, & Johnson, 1978). Проте жоден нейропсихологічний тест неспроможний точно відрізнити один специфічний тип порушень мозку від іншого (Goldstein, 1990). Це є основним недоліком всіх нейропсихологічних тестів: у разі вони виявляються досить грубими і загальними скануючими засобами щодо нейрологічних проблем. Для того, щоб досягти більшої точності та чіткості, фахівці часто застосовують серію, або *батарею* , нейропсихологічних тестів, кожен з яких спрямований на виявлення специфічних нейрологічних властивостей.

**Мал. 3.3. Гештальт тест Бендера (The Bender Gestalt Test).** У процесі даного тесту випробувані копіюють на аркуші паперу кожен із 9 малюнків, та був малюють їх знову пам'яті. Значні помилки малюнку (як видно справа на малюнку, зробленому людиною з пошкодженням мозку) можуть відбивати деякі органічні дисфункції мозку. (Взято з книги Lacks, 1984, р. 33.)

*Нейропсихологічна батарея тестів Халстеда-Рейтана (Halstead-Reitan Neuropsychology Battery)* і *Лурія-Небраська батарея тестів (Luria-Nebraska Battery) -* це дві серії тестів, що найбільш широко застосовуються (Reitan & Wolfson, 1985; Halstead, 19).

***Батарея*** *— серія тестів, кожен із яких вимірює прояви специфічної області.*

***Тести на виявлення інтелекту***

Немає узгоджено прийнятого точного визначення природи інтелекту, хоча більшість педагогів і клінічних фахівців загалом згодні з раннім визначенням: інтелект це «здатність розумно міркувати, добре розуміти і розуміти» ( Binet & Simon, 1916, p. 192). Оскільки інтелект швидше є усвідомленим якістю, ніж певним фізичним процесом, його можна вимірювати лише непрямим шляхом. У 1905 році французький психолог Альфред Біне (Alfred Binet) та його помічник Теодор Сімон (Theodore Simon) створили *mecm на виявлення інтелекту,* що складається з серії завдань, при вирішенні вимагають від індивіда різних вербальних та невербальних навичок.

***Тест виявлення інтелекту*** *— тест, створений для вимірювання розумових здібностей людини.*

Загальний результат, отриманий при проведенні названого та розроблених пізніше тестів на виявлення інтелекту, називається ***коефіцієнтом розумового розвитку, або IQ.***

Зараз існує більше 100 тестів з виявлення інтелекту, включаючи широко використовувані тести, такі як *Інтелектуальна шкала Векслера для дорослих (Wechsler Adult Intelligence Scale), Інтелектуальна шкала Векслера для дітей (Wechsler Intelligence Scale for Children),* а також *Інтелекту -Binet Intelligence Scale).* Як буде розглянуто у 15-му розділі, тести на виявлення інтелекту відіграють важливу роль при діагностуванні розумової відсталості, а також допомагають фахівцям виявляти й інші психічні проблеми (Hackerman et al., 1996; Skelton, Boik, & Madero, 1995).

***Коефіцієнт розумового розвитку (IQ)*** *- загальний показник, отриманий за допомогою тестів на виявлення інтелекту, який розглядається як граничний рівень інтелекту індивіда.*

З усіх клінічних тестів тести виявлення інтелекту проводяться найбільш ретельно. Подібні тести стандартизовані на великих групах піддослідних, тому фахівці добре уявляють, як співвідносяться результати кожного індивіда з результатами великої кількості людей. Тести на виявлення інтелекту також показують і високу надійність: люди, які повторно пройшли через кілька років той же тест IQ, отримують приблизно ті ж результати (Kline, 1993). І, нарешті, тести IQ показують досить високу валідність: результати IQ в дітей віком часто підтверджуються їх успіхами у шкільництві (Ceci & Williams, 1997; Neisser et al., 1996).

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Як могли б неправильно тлумачитись результати тесту IQ (коефіцієнта розумового розвитку) керівництвом школи, батьками чи іншими людьми? Як ви вважаєте, чому американське суспільство так цікавиться поняттям інтелекту і величиною IQ? |

|  |
| --- |
| Переглянутий варіант інтелектуальної шкали Векслера для дорослих ***( The Wechsler Adult Intelligence Scale-Reviesed (WAIS-R)).*** координація очей-рука. |

Проте тести виявлення інтелекту мають серйозні недоліки. На результати тесту можуть сильно впливати чинники, які пов'язані з інтелектом, такі як низька мотивація і високий рівень тривожності (Vander-Molen et al., 1995; Frederiksen, 1993, 1986). Крім того, мова, теми або поставлені завдання можуть допомогти одним людям отримати успішні результати, а інших відсунути на задній план (Suzuki & Valencia, 1997; Helms, 1992). Подібно до цього члени будь-яких груп меншин можуть не мати досвіду у проведенні подібних тестів або можуть почуватися ніяково з представниками етнічного оточення, які проводять тест. Інакше кажучи, їх результати можуть постраждати.

**Клінічні спостереження.**

Крім проведення інтерв'ю та тестів з індивідами, лікарі можуть систематично спостерігати їхню поведінку (Sticker & Trierweiler, 1995).

При використанні однієї з методик, яка називається ***природним спостереженням,*** фахівці спостерігають своїх пацієнтів у повсякденній обстановці. За іншої методики, а саме при проведенні ***формалізованого спостереження,*** пацієнтів спостерігають у штучній обстановці — кабінети фахівців або лабораторії. І, нарешті, при *самоспостереженні* пацієнтів навчають уміння спостерігати самих себе.

***Природні та формалізовані спостереження***

Більшість природних клінічних спостережень проводяться вдома, у школах, в таких організаціях, як лікарні та в'язниці та інших громадських місцях. При подібних спостереженнях основна увага приділяється взаєминам батьки – діти, брати – сестри, вчитель – учень, а також агресивній, руйнівній та лякаючій поведінці. Найчастіше природні спостереження проводяться так званими *включеними спостерігачами,* найбільш значущими людьми серед пацієнта, результати спостереження потім передаються спеціалісту.

Коли природне спостереження дає необхідних результатів, фахівці можуть спостерігати пацієнтів у спеціально створеної для спостереження обстановці. Кімнати спостереження при медичних офісах або в лабораторіях використовуються для спостереження взаємин дітей зі своїми батьками, які сваряться подружжя, людей, що бояться вимовляти промови під час вимови, людей, які відчувають страх при наближенні до об'єкта, що лякає (Floyd, O'Farrell, & Goldberg, 19 ; Field, 1977).

Незважаючи на те, що фахівцям дуже допомагає безпосереднє спостереження за поведінкою пацієнтів, клінічні спостереження мають деякі недоліки. По-перше, подібні спостереження не завжди надійні (Banister et al., 1994; Foster & Cone, 1986). Різні дослідники, спостерігаючи за однією і тією самою людиною, можуть звернути увагу на різні аспекти поведінки, по-різному оцінити цю людину і зробити різні висновки. Ретельна підготовка спостерігачів та застосування контрольних списків спостереження могли б підвищити рівень надійності спостережень (Goodwin, 1995). По-друге, на надійність і точність спостережень можуть вплинути помилки спостерігачів (Banister et al., 1994; Foster & Cone, 1986). Спостерігач може бути дуже перевантажений роботою, а це заважає йому спостерігати всі важливі події та поведінку пацієнтів. Іноді при спостереженнях може виявитися *«пасивність спостерігача»,* яка полягає в тому, що внаслідок втоми фахівця неухильно знижується точність спостереження або відбувається поступова зміна критеріїв, прийнятих при спостереженні, що трапляється, якщо спостереження проводиться протягом занадто тривалого періоду ( O'Leary & Kent, 1973). Інша можливість - це *"упередженість спостерігача"* - на оцінки спостерігача можуть впливати інформація та припущення, пов'язані з пацієнтом, які йому вже відомі (Goodwin, 1995; Shuller & McNamara, 1980).

***Природне (включене) спостереження —*** *методика спостереження поведінкою, коли він лікарі-клініцисти і дослідники спостерігають людей їх повсякденній обстановці.*

***Формалізоване спостереження*** *— методика спостереження за поведінкою, коли людей спостерігають у незвичній обстановці, за умов медичних офісів чи лабораторій.*

*Реактивність* індивіда також може впливати на валідність клінічних спостережень, тобто на поведінку пацієнта може діяти сама присутність спостерігача (Goodwin, 1995; Barker et al., 1994). Наприклад, якщо школярі знають, що хтось спеціально спостерігає за ними, вони можуть змінити свою звичайну поведінку в класі, можливо, щоб справити гарне враження на спостерігача.

І, нарешті, при клінічних спостереженнях може бути *міжситуативна валідність.* Дитина, яка поводиться в школі агресивно, необов'язково агресивна вдома або з друзями після школи. Так як поведінка часто специфічно проявляється у певних ситуаціях, то спостереження, проведені в одних умовах, не можна застосувати в іншій обстановці (Simpson & Halpin, 1986).

**Крупним планом**

*Пригнічення, рабство та психічне здоров'я: політика та діагноз*

На всьому продовженні історії влада користувалася ярликом «психічно хворий» при спробах контролювати людей, чиї погляди були загрозою соціальному порядку. У колишньому Радянському Союзі це була звичайна практика. Там політична незгода вважалася симптомом патологічної функції мозку, і багато дисидентів вирушали до психіатричних лікарень.

За більш тонкого підходу культурні цінності країни можуть вплинути на клінічні оцінки, зроблені фахівцями. Історики Лінн Гемуелл і Ненсі Томз (Gamwell & Tomes, 1995) відзначають, наприклад, поширене в Америці в XIX столітті медичне переконання, що свобода приведе таких «примітивних людей», як корінні американці, до божевілля.

Дійсно, медичні експерти того часу заявляли, що насильницьке переселення деяких племен у резервації було на користь цих людей: це мало, на їхню думку, врятувати індіанців від божевілля, яке загрожувало їм в умовах вільного суспільства.

Медичний службовець, під наглядом якого проводилося «переміщення» племені черокі з рідних місць в Оклахому, згодом із задоволенням звітував, що протягом усього часу переміщення 20 тисяч індіанців племені черокі (більше 4 тисяч з них померло) він не спостерігав жодного випадку божевілля.

Рабовласникам теж хотілося вірити, що рабам було психологічно комфортно, а ті, хто намагався бігти, або вже були шалені або близькі до цього. Секретар Штату Південна Кароліна Джон Колхаун (John Colhoun) приводив як свідчення перепис населення США 1840 року, який проводило його відомство: перепис майже не виявила на Півдні душевнохворих рабів, але зафіксувала багатьох колишніх рабів із душевним розладом на півночі країни. Колхаун стверджував: «Дані з божевілля, виявлені переписом, бездоганні. Виходячи з цього, наша країна має зробити висновок про те, що знищення рабства буде для африканських негрів в Америці прокляттям, а не благом».

Роботи медичних фахівців на той час підтверджували існуюче переконання. Один із фахівців стверджував, що деякі види розумового розладу властиві лише американцям африканського походження, до таких захворювань відноситься і *драпетоманія (drapetomania)* (від латинського слова drapeta, що означає «утікач») — нав'язливе прагнення свободи, що призводить деяких рабів до втечі. Будь-який раб, який намагався бігти більше двох разів, вважався божевільним.

|  |
| --- |
| ***Розвінчуючи медичні міфи.*** Фредерік Дуглас (Frederick Douglass) (1818-1895) став одним із провідних аболіціоністів після того, як звільнився з рабства. У своїй автобіографії «Моє рабство і моя свобода» він кинув виклик поняттям драпетоманії та іншим міфам XIX століття про рабство та розумову неврівноваженість. |

Драпетоманія давно забута, але погляди, які зберігає історія культури, продовжують впливати на психологічні оцінки та категорії. Багато фахівців визнають, що на прикладі таких понять, як «гомосексуалізм», «фригідність» та «мазохістська особистість», які розглядалися як клінічні категорії протягом більшої частини XX століття, добре видно вплив на клінічну оцінку та діагноз історичних культурних поглядів, що існують у нашому суспільстві.

***Самоспостереження***

Як ми раніше зазначали, особистісні опитувальники та опитувальники для отримання відповідей є тестами, при яких люди повідомляють про власну поведінку, почуття або пізнавальні здібності. ***Самоспостереження*** примикає до подібних оціночних тестів, у цій процедурі пацієнти спостерігають самих себе і докладно повідомляють про частоту появи певної поведінки, почуттів чи прояви пізнавальних здібностей, що відбуваються за час спостереження (Nietzel et al., 1994).

***Самоспостереження*** - *методика для спостереження за поведінкою, коли пацієнти спостерігають самих себе.*

Самоспостереження має деякі переваги (Barker et al., 1994). По-перше, це може виявитися єдино можливим шляхом для спостереження ефектів, що рідко проявляються.

По-друге, ця методика зручна під час спостереження за поведінкою, наприклад, курінням, вживанням алкоголю чи наркотиків — у разі дуже часто може виявитися, що інший спосіб спостереження просто неможливий. По-третє, самоспостереження - це єдиний шлях для спостереження та оцінки власних думок та сприйняттів.

Однак, подібно до інших клінічних оціночних методик, самоспостереження не позбавлене недоліків. І в цьому випадку валідність є проблемою (Barker et al., 1994). Люди не завжди отримують точні інструкції щодо проведення такого спостереження і не завжди намагаються точно повідомляти про свої спостереження. Більше того, коли люди спостерігають самих себе, вони можуть ненавмисно змінити свою поведінку. Наприклад, курці при самоспостереженні викурюють менше сигарет, ніж зазвичай (Kilmann, Wagner & Sotile, 1977), наркомани рідше приймають наркотики (Hay et al., 1977), а вчителі ставлять більше добрих, ніж поганих оцінок своїм учням (Nelson et al.). , 1977).

**Резюме**

Практикуючі лікарі-клініцисти насамперед цікавляться збиранням індивідуальної інформації про своїх пацієнтів. Вони намагаються якнайповніше зрозуміти специфічну природу та походження проблем особистості за допомогою оцінки.

*Клінічна оцінка.* Більшість оціночних клінічних методів можна розділити на 3 основні категорії: клінічні інтерв'ю, тести та спостереження. Інтерв'ю можуть бути неформалізованими чи формалізованими. Типи тестів включають проектні, психофізіологічні, нейрологічні, нейропсихологічні тести, а також тести відповідей та тести на виявлення інтелекту.

Типи спостереження поділяються на природні та формалізовані спостереження, а також самоспостереження.

Для того, щоб бути результативними, оціночні засоби повинні бути стандартизовані, надійні та валідні. Кожен із вживаних нині коштів немає хоча б однієї з названих показників. Тому фахівцям краще користуватися батареєю оціночних методик.

**Діагностика.**

Коли фахівці закінчують проведення інтерв'ю, тестів та спостереження, вони мають зробити основні висновки про пацієнтів (Stricker & Trierweiler, 1995).

Ці висновки можуть скласти *клінічну картину,* тобто повну картину різних факторів, що спричиняють функціональні розлади організму пацієнта (Tucker, 1998).

До певної міри висновки, які робить клініцист, залежить від його теоретичної орієнтації. Лікар, який займався лікуванням Анжели Саванті, дотримувався біхевіористських поглядів на патологію, тому її клінічна картина відображала формуючі та підтримуючі принципи, а також надії, роздуми та інтерпретації Анжели.

*Анжела рідко отримувала від матері заохочення за свої шкільні успіхи, але її завжди лаяли за все те, що, на думку місіс Саванті, дочка виконувала погано, чи то в школі, чи то вдома. Місіс Саванті неодноразово говорила своїй дочці, що та ні на що нездатна і що всі невдачі, що відбуваються, пов'язані з нею самою, з її недоліками. Коли містер Саванті пішов із сім'ї, першою реакцією Анжели було відчуття, що вона якимось чином відповідальна за це. З минулої поведінки матері Анжела навчилася чекати, що її можуть у чомусь звинуватити. У момент розриву зі своїм нареченим вона не звинувачувала Джеррі, а вважала винною лише себе. В результаті рівень її самооцінки опустився ще нижче.*

*Подружні стосунки між батьком і матір'ю, їхня незгода та сварки, які спостерігала Анжела, склали її уявлення про сімейне життя. Зі своїх спостережень Анжела зробила висновок про те, що такі ж відносини врешті-решт чекають на неї і Джеррі.*

*Невпевненість Анжели посилилася після того, як вона втратила основне джерело підтримки, яку їй давали стосунки з Джеррі. Незважаючи на те, що дівчину мучили сумніви, виходити їй заміж чи ні, їй приносило велике задоволення спілкуватися з Джеррі.*

*Які б почуття не відчувала Анжела, вона могла розділити їх тільки з Джеррі та ні з ким іншим. Анжела визначила розрив їхніх взаємин з боку Джеррі як доказ того, що вона не варта інтересу іншої людини. Вона уявляла собі, що нещастя, що сталося, триватиме, і пов'язувала це з якоюсь своєю помилкою. У результаті Анжела почалася сильна депресія. (Leon, 1984, р. 123-125).*

Коли дані оцінки отримано та складено клінічну картину, лікарі можуть поставити ***діагноз*** (грецьке слово diagnosis означає «вміння розбиратися») тобто вони встановлюють, що психологічні проблеми інваліда є певним типом розладу (див. рис. 3.4). Коли лікарі вирішать, поставивши діагноз, що тип дисфункції відображає певний розлад, вони можуть повідомити, що подібний тип захворювання був виявлений у багатьох інших людей, що цей тип захворювання був предметом вивчення багатьох досліджень і що він, можливо, буде піддаватися особливим формам лікування (Bourgeois, 1995). Лікарі зможуть використовувати у лікуванні все те, що відомо про лікування подібного захворювання, щоб допомогти пацієнтові. Вони, наприклад, можуть краще прогнозувати перебіг хвороби пацієнта та підібрати лікування, яке може виявитися ефективним.

|  |  |
| --- | --- |
| Без розладів | 52% |
| Один розлад | 21% |
| Два розлади | 13% |
| Три і більше | 14% |

**Мал. 3.4. Скільки людей у Сполучених Штатах протягом свого життя діагностувалися за системою DSM?** За повідомленнями одного огляду, майже половина. Деякі з них перенесли два або більше розладів, явище відоме як супутній патологічний процес (comorbidity). (Адаптовано за Kessler et al., 1994)

***Діагноз*** *- визначення того, що проблеми індивіда відображають певний розлад.*

**Системи класифікації.**

Принцип, що лежить в основі діагнозу, є простим. Коли певні симптоми виявляються разом (поєднання симптомів називається *синдромом* ) протягом певного періоду, лікарі вважають, що ці симптоми складають специфічний психологічний розлад. Коли у людей проявляється певне поєднання симптомів, діагности зараховують їх до певної категорії. Список таких категорій з описом симптомів та вказівками про те, як відносити розлади індивідів до певних категорій називається ***класифікаційною системою.***

***Синдром*** – *поєднання симптомів, які зазвичай виявляються разом.*

***Система класифікації*** *- перелік розладів з описом симптомів та вказівок щодо постановки відповідного діагнозу.*

В 1883 Еміль Крепелін (Emil Kraepelin) розробив першу сучасну класифікаційну систему патологічної поведінки (див. Главу 1). Його категорії лягли в основу психологічної частини ***Міжнародної класифікації хвороб*** *(ICD),* класифікаційної системи, яка зараз використовується Всесвітньою організацією охорони здоров'я (World Health Organization) (Jablensky, 1995). Вище названі категорії вплинули і створення ***Диагностичного і статистичного керівництва психічних розладів ( DSM),*** класифікаційної системи, розробленої Американської психіатричної асоціацією (American Psychiatric Association).

***Міжнародна класифікація хвороб (МКЛ, ICD)*** *— система класифікації фізичних та психічних розладів, які застосовують Всесвітня організація охорони здоров'я.*

***Діагностичне та статистичне керівництво психічних розладів (DSM)* –** *система класифікації психічних розладів, розроблена Американською психіатричною асоціацією. DSM-IV — четверте видання Діагностичного та статистичного керівництва психічних розладів.*

З часом як система DSM, так і ICD зазнали змін. Зараз у Сполучених Штатах сучасне видання DSM-IV (АРА, 1994) є системою класифікації, що найбільш широко використовується. Опис психічних розладів, представлених у цій книзі, відповідають категоріям цього варіанта системи (див. Додаток «Діагностична таблиця DSM»).

|  |
| --- |
| ***Нормальна поведінка.*** Переважна симптоматика: характеризується непорушеними функціями у професійній, соціальній та сексуальній сферах протягом року чи довше. Протягом цього періоду у індивіда немає ні невротичних, ні психотичних симптомів, тобто він не відчуває тривожності, депресії, галюцинацій, нав'язливих ідей. Судження тверезі, самооцінка висока. Початковий вік: народження. Зазвичай цей діагноз ставився на початку ХХ століття, нині такий стан спостерігається рідко.  ***Нормальний стан скінчився* ?** У міру того, як розширюється перелік психічних розладів, деякі клінічні дослідники вважають, що нормальна поведінка все частіше розглядається як сумнівна відсутність прояву патології (Dug Milman and Gerlad Mayerhofer, Are You Normal?, New York: Quill) *.* |

**Патологія та мистецтво**

*Історія Давида Хелфготта: Коли ярлики не діють*

Зірка австралійського піаніста Давида Хелфготта (David Helfgott) спалахнула на світовій сцені взимку 1997 року. Історія його перетворення з талановитого хлопчика-піаніста на нервового, неврівноваженого юнака і, нарешті, у натхненного концертного виконавця розказано у популярному кінофільмі «Блиск» («Shine»). Становище піаніста хвилювало людей у всьому світі, його гра зачаровувала, його концерти, квитки на які розпродавались повністю, відвідувало багато людей.

Кожен, хто бачив фільм «Блиск», знайомий із симптомами Хелфготта, включаючи його рвучкі, неодноразові обійми, надшвидкі пояснення та розмову з самим собою, наприклад, «Це жахливо, це жахливо, це жахливо...», «Посміхайтеся, посміхайтеся, всі посміхайтеся» (Chang & Gates, 1997 p. 62). Менше ясності у тому, до чого віднести ці симптоми. Оглядачі туманно натякали на психічний чи нервовий розлад. Дружина піаніста Джилліан вважає його «чудово оригінальним». Психіатр Хелфготта зазначає, що "він не аутист, він не шизофренік, і його стан можна назвати маніакальним швидше на словах, ніж підтвердити клінічно" (Chang & Gates, 1997, p. 63). Схоже, відсутність чіткого діагностичного ярлика нікого не хвилює. Мабуть, це додає Хелфготту шарму і лише посилює захоплення публіки.

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Чому проблема з чітким діагнозом стану Хелфготта така складна? Як може відсутність діагностичного ярлика допомогти людям бачити в Хелфготті особистість, а не людину з психічним розладом? |

**DSM -IV.**

У списку DSM-IV міститься приблизно 400 психічних розладів. Кожен запис містить опис критеріїв діагностування захворювання та його основні клінічні ознаки – ознаки, які є типовими для захворювання. У списку також описуються супутні ознаки, які проявляються часто, але не завжди, а також особливості віку, культури та статі. І, нарешті, включені відомості про поширеність захворювання, про ризик, про перебіг захворювання, ускладнення, схильність, прояви в сім'ї.

Коли лікарі використовують DSM-IV для того, щоб встановити діагноз, їм необхідно оцінити стан пацієнта за п'ятьма розділами (категоріями) інформації, представленою в даній системі. Подібна вимога змушує лікарів розглядати та використовувати великий обсяг результатів спостережень та інших даних. По-перше, вони повинні вирішити, чи одне або більше захворювань виявлено у індивіда за 1-ю категорією (Axis I), яка являє собою великий перелік клінічних синдромів, які зазвичай є причиною багатьох розладів. Деякі з найпоширеніших розладів, перерахованих у I категорії (Axis I), є розлади, пов'язані з тривожністю та зміною настрою — проблеми, які будуть розглянуті в наступних розділах:

*Розлади, пов'язані із тривожністю.* Тривога є основним видом порушень у цій групі розладів. Люди відчувають різні занепокоєння та тривоги (тривожність). Тривога проявляється при особливих ситуаціях або перед особливими цілями (фобії), люди переживають періоди паніки (панічне розлад), їх переслідують нав'язливі думки або нав'язливо повторювана поведінка, а іноді й те й інше разом (стан нав'язливих ідей), або це затяжні реакції тривожності на незвичайні травматичні події (гострий стресовий розлад або посттравматичний стресовий розлад).

*Розлад поведінки.* Для розладів цієї групи характерні серйозні порушення у поведінці. Люди протягом тривалого періоду відчувають вкрай пригнічений або, навпаки, занадто піднесений настрій. До таких розладів належать *депресія* та *біполярні розлади* (у яких періоди *манії* чергуються з періодами депресії).

Далі діагности повинні визначити, чи виявляється у індивіда один із розладів за II категорією (Axis II), куди включаються проблеми тривалого характеру, які часто упускають із виду на тлі розладів з I категорії (Axis I). Тільки дві групи розладів відносяться до II категорії (Axis II): ***розумова відсталість*** та розлад особистості. Ці види розладів ми також розглянемо у наступних розділах.

***Розумна відсталість*** - *люди з таким розладом до 18 років показують нижче середнього розумові здібності та здатності до адаптації.*

*Розлади особистості.* Люди з такими розладами показують занадто велику негнучкість та нездатність до адаптації у своєму внутрішньому досвіді, а також у зовнішній поведінці, яка триває багато років. Люди із соціальними розладами особистості («антисоціальна особистість») постійно ігнорують та порушують права інших людей. Ті люди, чиї розлади називають «залежна особистість» (dependent personality disorder), постійно залежать від інших, чіпляються за інших, підкорені їм і дуже бояться втратити цей зв'язок.

Хоча зазвичай людям ставлять діагноз відповідно до I категорії або II категорії (Axis I або Axis II), діагноз може бути поставлений і на підставі даних з обох категорій. Анжеле Саванті поставили б перший діагноз за I категорією (Axis I) — депресія (один із розладів настрою). Давайте припустимо, що лікар вважає, що в розповіді про своє життя Анжела відобразила залежність поведінки. У цьому випадку їй поставили б діагноз відповідно до II категорії (Axis II) — залежність особистості.

Інші категорії системи DSM-IV надають лікарям інші фактори. III категорія (Axis III) включає інформацію про загальний фізичний стан індивіда, який може турбувати його зараз. IV категорія (Axis IV) містить інформацію про спеціальні психосоціальні проблеми або проблеми оточення, з якими стикається людина, це можуть бути шкільні або сімейні проблеми. V категорія (Axis V) збирає інформацію про *загальну оцінку функціонування (GAF) –* це загальна оцінка психологічної, соціальної та професійної активності пацієнта.

Якби Анжела Саванти, наприклад, був діабет, лікар міг включити цей факт у інформацію III категорії (Axis III). Факт розриву відносин Анжели зі своїм нареченим міг бути відзначений у IV категорії (Axis IV). Через те, що під час встановлення діагнозу у Анжели спостерігалися ознаки легкого розладу соціального функціонування, оцінка її активності за V категорією (Axis V) становить приблизно 55 GAF, що відповідає середньому рівню дисфункції.

Повний діагноз Анжели Саванті був би таким:

I категорія (Axis I): Депресія

ІІ категорія (Axis II): Залежна особистість

ІІІ категорія (Axis III): Діабет

IV категорія (Axis IV): Проблема, пов'язана із соціальним оточенням (розірвання заручин)

V категорія (Axis V): GAF = 55.

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** Сімейні лікарі-терапевти виявляють менше третини всіх клінічних розладів, з якими вони стикаються. Більшість невиявлених випадків захворювання мають слабкі симптоми. Лікарі зазвичай правильно визначають лише пацієнтів, які страждають від головного розладу депресії (Coyne, Schwenk & Fechner-Bates, 1995). |

**Надійність та валідність класифікації.**

Про класифікаційну систему, як і про метод оцінки, судять за її надійністю і валідністю. В даному випадку *надійність* проявляється в тому, що різні діагности погоджуються з тим, що тип поведінки слід віднести до даної категорії. Початкові версії системи DSM у разі мали помірну надійність (Nietzel et al., 1994; Kirk & Kutchins, 1992). На початку 60-х років чотири лікарі, покладаючись на систему DSM-I, незалежно провели інтерв'ювання 153 пацієнтів (Beck et al., 1962). Лише 54% поставлених ними діагнозів збіглися. Оскільки всі чотири лікарі були досвідченими діагностами, то невдача узгодженості при постановці діагнозів наводила на думку про недоліки класифікаційної системи. Система DSM-IV показала найвищу надійність проти будь-яким із попередніх варіантів (АРА, 1994). Розробники нового варіанта почали з уважного вивчення матеріалів, щоб виявити, які категорії з попередніх варіантів системи туманні та ненадійні (Livesley, 1995; АРА, 1994). Після розробки нових діагностичних критеріїв автори провели *польові випробування (field trials),* щоб переконатися, що нові критерії та категорії справді надійні. Однак багато клініцисти вважають, що слід почекати, поки система DSM-IV буде ширше використана та перевірена, перш ніж будуть зроблені висновки про її надійність (Klein, 1995; Kirk & Kutchins, 1992).

*Валідність* класифікаційної системи - це точність інформації, яку надають діагностичні категорії системи. Для лікарів важливі ті категорії, які мають *прогностичну валідність,* тобто коли категорія в системі допомагає прогнозувати майбутні симптоми або прояви. Наприклад, загальним симптомом основних депресивних розладів є безсоння або надлишковий сон (гіперсомнія). Коли лікарі поставили Анжелі Саванті діагноз «депресія», вони очікували, що у неї згодом з'являться проблеми зі сном, хоча їх і не було. Ще лікарі сподівалися, що їй допоможе лікування, яке виявилося ефективним для інших пацієнтів із депресією. Чим частіше подібні прогнози виявляються точними, тим вищою є прогностична валідність категорій даної системи.

Розробники DSM-IV намагалися підвищити валідність цієї новітньої версії DSM, знову вивчаючи дослідні матеріали та проводячи численні випробування. Отже, нові критерії та категорії системи DSM-IV, можливо, мають більш високу валідність, ніж більш ранні версії DSM, але як і надійність DSM-IV, так і її валідність вимагає ще більшої перевірки (Tucker, 1998; Clark, Watson & Reynolds , 1995).

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** Перепис у Сполучених Штатах 1840 року називав лише одну категорію психічного розладу — «ідіотизм/божевілля». У переписі 1880 було перераховано 7 категорій. Коли 1952 року з'явилася DSM-I, до неї було включено 60 категорій. Зараз у DSM-IV перераховано 400 категорій. |

**Небезпека помилкових діагнозів та діагностичних ярликів.**

Навіть за наявності оціночних даних, які заслуговують на довіру, а також надійних і валідних класифікаційних категорій лікарі іноді можуть дійти хибного висновку (Stricker & Trierweiler, 1995; Nietzel et al., 1994). Як і будь-які інші люди, при зборі інформації лікарі схожі на налагоджені процесори. Дослідження показують, що вони надають надто великої ваги першої отриманої інформації і менше цінують ту, яку отримали пізніше (Meehl, 1960). На додаток до цього лікарі іноді надають занадто велике значення деяким певним джерелам інформації, таким як повідомлення батьків про свою дитину, і не звертають уваги на думку самої дитини (МсСоу, 1976). І, нарешті, на їх судження можуть впливати особисті упередження - стать, вік, раса, соціоекономічний статус, список можна продовжити (Whaley, 1998; Strakowski et al., 1995; Jenkins-Hall & Sacco, 1991).

|  |
| --- |
| ***Сила наклеєного ярлика* .** Розглядаючи цю фотографію кінця XIX століття, на якій зображено бейсбольну команду Гомеопатичної психіатричної лікарні в місті Міддлтаун, штат Нью-Йорк, багато хто вважає, що команда гравців складається з пацієнтів. Вони навіть «бачать» депресію та сум'яття на обличчях та в позах гравців. Насправді гравці — це співробітники з-поміж персоналу лікарні, деякі з них навіть намагалися спеціально влаштуватися на цю роботу, щоб грати в лікарняній команді. |

Тому не викликає великого подиву, що іноді при науковому вивченні знаходять жахливі помилки в діагнозах, особливо в лікарнях (Chen, Swann, & Burt, 1996). В одній роботі повідомлялося, що в Нью-Йоркській психіатричній лікарні команду лікарів-клініцистів попросили переоцінити обрані навмання медичні картки 131 пацієнта, провести бесіди з цими пацієнтами та поставити у кожному випадку діагноз (Lipton & Simon, 1985). Після проведеної роботи дослідники порівняли поставлені діагнози з початковими. Хоча 89 пацієнтам спочатку було встановлено діагноз шизофренія, тільки 16 отримали такий діагноз при переоцінці. Тоді як тільки 15 пацієнтів мали початковий діагноз "розлад настрою", при переоцінці цей діагноз був поставлений 50 пацієнтам. Лікарям важливо знати, що трапляються великі діагностичні невідповідності. Крім можливих помилок при постановці діагнозу, сама процедура класифікації при діагностуванні людей може призвести до несподіваних результатів. Як ми зазначали у 2-му розділі, багато теоретиків соціокультурного напряму вважають, що діагностичні ярлики можуть стати пророками, що самовиконуються ( Scheff, 1975; Rosenhan, 1973). Коли людям ставлять діагноз психічного розладу, оточуючі можуть почати дивитися і реагувати на них відповідно до такого ярлика. Якщо інші сприймають їх як недоумкуватих і чекають від них, що вони відіграватимуть роль хворих, вони можуть почати вважати себе хворими і будуть поводитися як хворі. Оскільки пророцтво справджується, ярлик «пацієнт» видається виправданим.

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** В останні роки психіатричні ярлики стали назвами багатьох рок-ансамблів: 10000 Maniacs (10000 маніяків), Suicidal Tendences (Схильність до самогубства), Xanax 25 (Ксанакс 25), Mental as anything (Психи, якщо хочете), Jane Джейн), Therapy (Терапія), Psychotica (Психотика), Multiple Personalities (Роздвоєні особи), Self-Haters Orchestra (Оркестр самоненависників). |

Більше того, наше суспільство ставить ганебне тавро на патологію (Raguram et al., 1996). Людям, які віднесені до категорії психічних хворих, важко влаштуватися на роботу, особливо на відповідальну, або увійти до якогось нового кола соціального спілкування. Якось привласнений, ярлик може прилипнути до них надовго.

Через такі проблеми деякі лікарі хотіли б відмовитися від діагнозів. Інші із цим не згодні. Вони вважають, що ми просто повинні працювати, щоб розширювати те, що відомо про психічні розлади, та покращувати методику діагностування (Chen et al., 1996; Akiskal, 1989). Вони вважають, що класифікація та діагноз вкрай необхідні для розуміння та лікування хворих людей (Reid, 1997).

**Резюме**

Після збору та інтерпретації оцінної інформації клініцисти складають картину захворювання та підходять до постановки діагнозу. Діагноз вибирається за класифікаційною системою. У Сполучених Штатах найширше використовуваною системою є «Діагностичне та статистичне керівництво психічних захворювань» (DSM).

*DSM-ІV.* Останньою версією системи DSM є система, відома як DSM-IV. Лікарі повинні оцінити стан пацієнта за п'ятьма розділами або категоріями інформації (Axes). Так як система DSM-IV нова, її надійність та валідність повинні ще отримати велику клінічну перевірку.

*Небезпека.* Навіть за наявності оціночних даних, що заслуговують на довіру, а також надійних і валідних класифікаційних категорій клініцисти не завжди приходять до правильного висновку. Більш того, шкода, яку завдають діагностичні ярлики, може виявитися згубною для людини, що діагностується.

**Лікування.**

Протягом 10 місяців Анжелу Саванті лікували від депресії та супутніх симптомів. Протягом цього періоду їй стало значно легше, як видно з наступного запису:

*Депресія Анжели стала не такою глибокою у міру того, як вона почала робити успіхи у лікуванні. За кілька місяців до закінчення лікування вона поновила зустрічі з Джеррі. Анжела обговорювала з Джеррі те, що вона знаходить заспокоєння у висловленні своїх почуттів, і висловлювала надію, що Джеррі стане більш відвертим із нею. Вони говорили про причини, які в минулому викликали в Анжели почуття роздвоєності по відношенню до заміжжя, і знову заговорили про можливість шлюбу. Джеррі, однак, не вимагав встановлення певної дати, а Анжела відчувала, що вона не так боїться заміжжя, як це було раніше.*

*Психотерапія дала Анжелі можливість навчитися висловлювати свої почуття до людей, з якими вона спілкувалася, і це було дуже корисно для неї. Важливо, що вона змогла зробити висновки з навчального досвіду терапії та виробити свою власну модель поведінки у відновлених стосунках із Джеррі. Анжеле ще належить пройти великий шлях для зміни характерних для неї взаємин з іншими людьми, але вона вже зробила деякі важливі кроки в потенційно вдалому напрямку. (Leon, 1984, р. 118, 125)*

Лікування явно допомогло Анжелі, і до його завершення вона стала щасливішою, діяльнішою людиною, ніж та жінка, яка вперше звернулася за допомогою 10 місяців тому. Але як вдалося лікарю вибрати програму лікування, яка виявилася настільки корисною для Анжели?

**Вибір лікування.**

Лікар почав з оцінки інформації. Знаючи природу та причини проблем, які турбували Анжелу, лікар на основі інформації міг ухвалити рішення про лікування. Лікар також взяв до уваги діагностичну інформацію та вибрав метод лікування, який, як було відомо, допомагав у випадках з депресією.

На вибір методики лікування впливають також інші чинники. Плани лікування є типовим відображенням теоретичної орієнтації лікарів та тієї методики, до якої вони звикли під час лікування. Як тільки лікар починає застосовувати ефективну модель лікування, він ближче і ближче знайомиться з її принципами та методикою та прагне використовувати її в подальшій роботі зі своїми пацієнтами (Goldfried & Wolfe, 1996).

Результати наукового дослідження також можуть мати значення. Багато клініцисти говорять, що вони розцінюють дослідження як керівництво до практичної роботи (Beutler et al., 1995). Однак насправді не всі лікарі читають наукові статті, тому опубліковані наукові дослідження не можуть безпосередньо вплинути на них (див. рис. 3.5). Дійсно, якщо судити за повідомленнями, сучасні лікарі збирають основну інформацію про новітні досягнення у своїй галузі від колег, з професійних інформаційних бюлетенів, на семінарах, конференціях, з книг тощо (Goldfried & Wolfe, 1996; Beutler et al, 1995) ). Однак точність інформації та користь від названих джерел дуже різниться.

|  |  |
| --- | --- |
| Джерело психотерапевтичної інформації | Лікарі, які знаходять ці джерела найбільш корисним у своїй роботі, % |
| Досвід спілкування з пацієнтами | 48 |
| Популярні книги та статті | 10 |
| Досвід пацієнта | 8 |
| Практичні відомості | 7 |
| Спостереження та консультація | 7 |
| Дослідницькі відомості | 6 |
| Обговорення з колегами | 5 |
| Наукові книги та статті | 4 |
| Особисте дослідження | 3 |

**Мал. 3.5. Які джерела інформації про психотерапію практики-клініцисти вважають для себе найкориснішими?** За даними однієї оглядової статті, майже половина всіх лікарів найчастіше покладається на досвід спілкування зі своїми пацієнтами. Лікарі-практики в принципі цінують наукові дані, але відносно небагато у своїй роботі покладаються головним чином на психотерапевтичні дослідницькі дані, книги чи наукові статті чи свою дослідницьку роботу (Morrow-Bradley & Elliot, 1986, адаптовано).

І, нарешті, під час виборів лікування лікарів може вплинути загальний стан знання у клінічній області. Що ми знаємо нині про лікування та ефективність лікування? І які можливості можна використати на вирішення конкретних лікувальних проблем? Відповіді на такі питання не завжди зрозумілі.

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Як можуть люди прийняти розумне рішення щодо вибору лікаря та методики лікування, коли вони шукають лікарської допомоги? Яку інформацію мають надавати пацієнтові лікарі про методику лікування та про свою професійну підготовку? |

**Ефективність зцілення.**

У цілому нині в клінічної практиці використовуються близько 400 форм лікування (Garfield & Bergin, 1994; Karasu, 1992).

Можливо, тому найважливішим питанням лікування буде питання, чи дійсно лікування дає ті результати, які передбачалося отримати (Lichtenberg & Kalodner, 1997). Чи справді, що певне лікування реально допомагає людям подолати їхні психологічні проблеми? На перший погляд, питання може здатися простим. Насправді це одне з найскладніших питань, на яке мають відповісти клінічні дослідники (Strupp, 1996; Persons, 1991).

Перша складність у тому, як *визначити* «успішність» лікування ( Strupp, 1996, 1989). Якщо, як припускає лікар Анжели, їй ще належить після завершення лікування багато зробити для поліпшення свого стану, то чи можна вважати її лікування успішним?

Друга проблема полягає у тому, як виміряти покращення стану? (Sechrest, McKnight, & McKnight, 1996; Strupp, 1996). Чи повинні дослідники однаково оцінювати повідомлення пацієнтів, їхніх друзів, родичів, лікарів та вчителів? Чи повинні вони використовувати шкали вимірів, опитувальники, інтуїцію лікаря, спостереження чи інші способи виміру?

Можливо, найбільшою складністю у виявленні ефективності лікування є визначення ступеня точності та складності методів лікування, які використовуються в даний час. Люди відрізняються своїми проблемами, рисами особистості, і навіть мотивацією при зверненні по допомогу до лікаря. Лікарі відрізняються вмінням, досвідом, орієнтацією та особистістю (Garfield, 1998). Методики терапії відрізняються теоретичною основою, розміром та тактикою проведення. Так як на прогрес лікування пацієнта впливають названі фактори і багато інших, дані, отримані в окремому дослідженні, не завжди можуть використовувати інші лікарі і застосовувати їх на інших хворих. Точні процедури досліджень стикаються з деякими з цих проблем. Використовуючи контрольні групи, роблячи випадкові призначення, підбираючи парних пацієнтів, лікарі можуть робити певні висновки про різні типи лікування. Однак навіть у добре розроблених дослідженнях складність лікування заважає зробити остаточні висновки (Kazdin, 1994).

Незважаючи на труднощі, оцінка ефективності методик лікування все ж таки повинна проводитися, і на чолі цієї роботи повинні стояти дослідники-клініцисти (Beutler, 1998; Kendall, 1998; Lambert & Bergin, 1994). Необхідно провести сотні досліджень, особливо присвячених *результатам лікування,* за якими вимірюється ефективність різних типів лікування, та проаналізувати їх у критичних оглядах для того, щоб зробити остаточні висновки. Дослідження зазвичай відповідають одне із трьох питань:

1. Чи ефективна терапія загалом?

2. Чи ефективні загалом *певні види терапії?*

3. Чи ефективні *певні види (техніки, прийоми) терапії* на вирішення *певних проблем?*

***Чи ефективна терапія загалом?***

У дослідженнях висловлюється думка, що часто терапія виявляється більш корисною, ніж відсутність лікування або плацебо (Hoollon, 1996; Lambert & Bergin, 1994). В одному з перших проведених критичних оглядів аналізувалося 375 точно виконаних наукових досліджень, що охоплюють загалом майже 25000 осіб, у лікуванні яких використовувалися різноманітні методики лікування (Smith, Glass & Miller, 1980; Smith & Glass, 1977). Оглядачі об'єднували дані з аналізованих досліджень, використовуючи спеціальну статистичну методику, яка називається *метааналіз.* Вони обчислили у відсотковому відношенні поліпшення стану кожного пацієнта, який отримував лікування, і кожного контрольного індивіда, який не отримував лікування, та виміряли середню різницю між двома групами. За даними цього статистичного аналізу в середньому людина, яка отримувала лікування, покращила свій стан на 75% порівняно з контрольними індивідами, які не отримали лікування (див. рис. 3.6). Інші метааналізи виявили схожий взаємозв'язок між лікуванням та поліпшенням стану (Lambert, Weber, & Sykes, 1993; Crits-Cristoph et al., 1991).

**Мал. 3.6. Чи допомагає терапія?** Об'єднавши результати сотень робіт, дослідники виявили, що середній індивід, який отримував психотерапевтичне лікування, покращив свій стан більше, ніж це зробили 75% усіх пацієнтів із подібними проблемами, які не отримували лікування (Адаптовано за книгами Lambert, Weber & Sykes, 1993; Smith , Glass & Miller, 1980; Smith & Glass, 1977).

|  |
| --- |
| «На щастя, психоаналіз не є єдиним можливим шляхом вирішення внутрішніх конфліктів. Саме життя все ще залишається дуже ефективним лікарем. - Карен Хорні (Karen Horney), "Наші внутрішні конфлікти" 1945. |

Кілька років тому широко читаний журнал Consumer Reports також провів аналіз. Журнал звернувся до читачів із проханням повідомити про свій досвід лікування та задоволеності від нього (Seligman, 1995). Відповіді надіслали понад 4000 читачів, які теж вважали, що лікування часто було корисним чи принаймні задовільним. Близько 54% респондентів були в дуже поганому стані, коли вони вперше звернулися за лікуванням, і їм терапія «допомогла дуже значно».

Деяких лікарів непокоїть важливе питання: Чи може терапія бути шкідливою? Навіть Фрейд вважав, що терапія має таку можливість (Kardiner, 1977), й у деяких дослідженнях відбито, що стан невеликого відсотка пацієнтів погіршується через терапію (Lambert & Bergin, 1994; Mays & Franks, 1985). Старі симптоми у таких хворих стають більш інтенсивними або розвиваються нові (Lambert, Shapiro & Bergin, 1986; Hadley & Strupp, 1976).

***Чи ефективні спеціальні методи лікування?***

У дослідженнях, які ми аналізували, всі види терапії перемішані, тому можна оцінювати лише їхню загальну ефективність. Однак багато дослідників вважають неправильним розглядати всі терапевтичні напрями однаково. Один критик висловив думку, що подібні дослідження проводяться під знаком *міфу про «єдиноманіття»* — помилкове уявлення про те, що вся терапія рівноцінна, незалежно від підготовки, досвіду, теоретичної спрямованості лікаря та його особистості (Kiesler, 1995, 1966).

Тому ефективність певних методів лікування аналізується за альтернативного підходу. Дослідження подібного типу зазвичай виявляють основні методи втручань, які діють краще ніж відсутність лікування або плацебо (Prochaska & Norcross, 1994). У деяких інших дослідженнях порівнювалися різні спеціальні методи лікування і було встановлено, що жодна з форм терапії не виділяється серед інших (Seligman, 1995; Luborsky et al., 1975).

Якщо різні види терапії мають однаковий ступінь успіху, чи будуть вони успішними, якщо їх застосовувати разом?***Рух зближення***намагається виявити набір загальних стратегій, які були дієві у роботах всіх лікарів, які досягли успіху, незалежно від специфічної орієнтації лікаря (Drozd & Goldfried, 1996; Beutler, Machado & Neufeldt, 1994). Розгляд робіт лікарів, які досягли найуспішніших результатів, показує, що зворотний зв'язок найчастіше допомагає пацієнтам зосередитися на своїх думках та поведінці, а також дає можливість лікарю зрозуміти свої взаємодії з пацієнтом та намагатися йому допомогти. Коротше кажучи, лікарі, які досягають успішних результатів у своїй практичній роботі, можуть користуватися однаковими методиками, на відміну від теорій, яких вони дотримуються (Korchin & Sands, 1983).

***Рух зближення (rapprochement movement)*** *— спроба зібрати загальні методики, які проходять по роботах усіх лікарів, що ефективно працюють.*

**Крупним планом**

*Етнічні меншини та система психічного здоров'я*

Дослідники та лікарі-практики останнім часом стали цікавитися представниками груп етнічних меншин, які потребують служби психологічної допомоги. Якщо взяти, наприклад, американців африканського походження або корінних американців (індіанців), то вони також часто, як і білі американці, звертаються до служби психічного здоров'я, представники інших етнічних груп, а саме американці азіатського та іспанського походження, менше звертаються до таких установ (Flaskerud & Hu, 1992; Sue, 1991, 1977). Слід додати, що афроамериканці, які зловживають наркотиками чи алкоголем, рідше звертаються по лікування, ніж білі американці з проблемами (Booth et al., 1992; Longshore et al., 1992).

Декілька факторів призводять до того, що представники етнічних меншин не повністю використовують службу психічного здоров'я. Культурні традиції, мовний бар'єр, відсутність інформації про наявні служби іноді заважають представникам меншин звертатися за допомогою. Більше того, багато представників національних меншин просто не довіряють медичним установам, а покладаються на кошти, які традиційні у їхньому безпосередньому соціальному оточенні. Деякі американці іспанського походження вірять у духів: злі духи нібито можуть вселитися в людину і викликати психічні розлади, а добрі духи вилікувати ці хвороби (Rogler, Malgady, & Rodriguez, 1989). Такі люди шукатимуть допомогу не у лікарів, а у народних цілителів, членів сім'ї та друзів.

Проведені дослідження показали, що вищий відсоток афроамериканців, індіанців, американців азіатського та іспанського походження не звертаються за лікуванням порівняно з білими американцями (Wierzbicki & Pekarik, 1993). Виявлені дані може бути пов'язані з економікою. Зазвичай не звертаються по лікарську допомогу люди з бідних верств, а представники етнічних меншин загалом мають нижчі доходи. Можна додати, що представники таких груп можуть відмовитися від лікування, оскільки не відчувають, що лікування їм допомагає, або через те, що національні та культурні відмінності заважають їм встановити довірчі стосунки з лікарем (Whaley, 1998; Sue, 1991).

У Каліфорнії вивчали підлітків до 20 років, і це дало нові відомості про те, що підлітки іспанського, азіатського та африканського походження зазвичай лікуються у громадських лікарнях, тоді як білі підлітки – у приватних психіатричних лікарнях (Mason & Gibbs, 1992). Єдиним поясненням цієї різниці є те, що білі американські підлітки, ймовірно, мають такі можливості медичного страхування, які можуть забезпечити оплату лікування у приватних клініках (Mason & Gibbs, 1992).

Останнім часом лікарі розробили кілька лікувальних методик, які враховують культурні відмінності пацієнтів, адресовані членам етнічних меншин (Prochaska & Norcross, 1994; Watkins-Duncan, 1992). Такий підхід до лікування часто включає деякі характерні особливості, а саме спроби 1) допомогти підвищити членам етнічної групи усвідомлення того, як впливає основна культура країни на їхню власну культуру, на їх погляди та поведінку; 2) допомогти цим індивідам висловити подразнення і якось порозумітися зі своїми стражданнями; 3) допомогти їм зробити вибір, який би працював на них, а також знаходити спільне у двох культурах та зберігати рівновагу, яка б підходила для них.

У той самий час почала збільшуватися кількість досліджень про лікування людей із груп етнічних меншин. У цій галузі дослідження з'явилися деякі нові перспективи (Whaley, 1998; Prochaska & Norcross, 1994; Sue, Zane & Young, 1994):

1. Групи етнічних меншин загалом не отримують повного обслуговування у системі психічного здоров'я.

2. За результатами одних досліджень, пацієнти з груп етнічних меншин так само добре, як і білі американці покращували свій стан, за результатами інших — набагато менше, проте в жодному з досліджень, у яких проводилося порівняння, їхній стан не покращувався більше, ніж стан білих американців.

3. Пацієнти з груп етнічних меншин надавали перевагу етнічно близьким їм лікарям.

4. Участь у лікуванні етнічно близького пацієнта лікаря часто покращує результати лікування, особливо у випадках, коли основна мова пацієнта – не англійська.

5. Підвищити ефективність лікування може те, наскільки чуйно лікар підходить до культурних проблем пацієнта, зважає на його звичаї та вдачі, а також, наскільки ретельно лікар обирає методику лікування (особливо для лікування дітей та підлітків); підвищенню ефективності лікування сприяють і профілактичні програми, з яких представники етнічних меншин дізнаються, чого очікується від лікування.

6. Відзначається нестача лікарів із груп етнічних меншин.

7. Дослідники та лікарі-практики повинні враховувати не лише ті відмінності, які існують між групами етнічних меншин, а й відмінності всередині груп.

***Чи ефективні специфічні форми терапії за певних розладів?***

Люди з різними розладами можуть по-різному реагувати різні форми терапії.

Впливовий клінічний дослідник Гордон Паул (Gordon Paul) кілька років тому сказав, що найбільш адекватним питанням щодо ефективності терапії було б таке: « *Яке* специфічне лікування та *ким* проведене може стати найбільш ефективним для *цього* індивіда з *тією* особливою проблемою і при збігу *якихось* обставин? » (Paul, 1967, р. 111). Вчені досліджують, як окремі ефективні терапії застосовуються при лікуванні певних розладів, і результати дослідження часто виявляють значні відмінності у підходах до лікування (De Rubeis & Crits-Christoph, 1998; Kazdin & Weisz, 1998).

Когнітивно-поведінкові методи лікування, наприклад, виявляються найбільш ефективними з усіх видів терапій при лікуванні фобій (Wolpe, 1997; Emmelkamp, 1994), тоді як лікарська терапія є єдиним ефективним лікуванням шизофренії (Lieberman et al., 1996; Meltzer. 1996).

Дослідження також показують, що за деяких клінічних проблем більше підходить комбінований метод (Beitman, 1996, 1993; Sander & Feldman, 1993). Наприклад, лікарська терапія іноді поєднується з певними формами психотерапії під час лікування депресії. Нині стає звичайним для пацієнта спостереження двома лікарями: ***психофармакологом*** (чи фармакотерапевтом) — психіатром, який переважно виписує ліки, і навіть психологом, соціальним працівником чи лікарем, який проводить психотерапію (Woodward, Duckworth & Gutheil, 1993). Виявлення того, як специфічні терапії справляються з певними розладами, може допомогти лікарям і пацієнтам прийняти правильніше рішення про лікування (Beutler, 1991, 1979). До цього питання ми звертатимемося в міру дослідження розладів, на боротьбу з якими повинні бути спрямовані різні терапевтичні методи.

***Психофармаколог*** - *психіатр, який переважно прописує ліки. Такого спеціаліста також називають фармакотерапевтом.*

**Резюме**

На рішення лікарів про лікування може вплинути оцінна інформація, діагноз, теоретична орієнтація лікаря, знайомство з дослідженнями та станом знань у своїй галузі.

Чи ефективна терапія? Визначення ефективності лікування є важким через те, що лікарі по-різному визначають та вимірюють успіх. Ступінь точності та складність сучасних методів лікування також є проблемою. Вивчення результатів терапії привело до трьох основних висновків: 1) Люди, які отримують лікування, почуваються краще, ніж люди з такими ж проблемами, але не одержують лікування. 2) Загальна ефективність значно не відрізнялася за різних видів терапій. 3) Певні методи терапії або їх комбінація при деяких видах розладів виявляються ефективнішими за інші.

**Підбиваючи підсумки.**

У 2-му розділі ми могли спостерігати, що сучасні основні моделі патологічної поведінки значно відрізняються своєю формою, результатами та лікуванням. Тому не дивно, що лікарі теж різняться щодо оцінки і діагнозу. Не повинно дивувати і те, що фахівці, які віддають перевагу певним методикам оцінки, часто підсміюються над тими, хто користується іншими методами. Однак поки що ніхто не може похвалитися одноосібними правами на клінічну оцінку та діагноз. Кожен із сотень доступних засобів має значні обмеження і кожне представляє в кращому разі неповну картину того, як і чому у людини протікають будь-які розлади.

Звичайно, деякі методи оцінки отримали більш широку наукову розробку, ніж інші, і клініцисти повинні звертати увагу на подібні дані під час вибору засобів оцінки. Однак при сучасному стані оцінки та діагнозу було б помилковим покладатися на якийсь один із підходів. Тому клініцисти використовують у своїй роботі батарею оціночних засобів.

Останні кілька десятиліть змінилося ставлення до клінічної оцінці ( Nietzel et al., 1994). Багато років метод оцінки високо цінувався у клінічній практиці. Однак у міру того, як у 60-х і 70-х роках зросла кількість клінічних моделей, прихильники кожної моделі стали віддавати перевагу одним методикам іншим, і інтерес до методу оцінки ослаб. Тим часом дослідження стали виявляти, що багато методик неточні чи непостійні. У цій атмосфері деякі клініцисти перестали довіряти систематичній оцінці та діагнозу, а деякі навіть стали недбало підходити до вирішення подібних завдань.

Зараз знову став підвищуватися інтерес до оцінки та діагнозу. Підтвердженням зростання інтересу є розробка більш точних діагностичних критеріїв, як це представлено в DSM-IV. Іншим підтвердженням у клінічній області є посилення розуміння того, що певні розлади, наприклад, хвороба Альцгеймера, можуть бути чітко ідентифіковані лише після проведення високоточних процедур вимірювання.

Поряд із відновленням інтересу до методів дослідження збільшилася кількість досліджень (Exner, 1997; Cramer, 1996). Сьогодні дослідники активно вивчають різні методики оцінки, тому клініцисти можуть вирішувати свої завдання з більшою точністю та сталістю. Дослідження та насамперед відновлений інтерес до систематичної оцінки є доброю звісткою для людей із психологічними проблемами, а також для тих, хто хоче їм допомогти.

**Ключові терміни**

Ідіографічне розуміння

Оцінка

Стандартизація

Надійність

Ретестова надійність

Міжекспертна надійність

Валідність

Очевидна валідність

Прогностична валідність

Збігаюча валідність

Клінічне інтерв'ю

Неформалізоване (неструктуроване) інтерв'ю

Формалізоване (структуроване) інтерв'ю

Бланк інтерв'ю

Дослідження психічного статусу (стану)

Тест

Проективний тест

Тест Роршаха

Тест тематичної апперцепції

Тест незакінчених пропозицій

Тест «Намалюй людину»

Особистісний опитувальник (тест)

Міннесотський багатофакторний особистісний опитувальник

Психологічний профіль

Перелік відповідей

Опитувальник для отримання відповідей від респондента

Опитувальник для дослідження емоційної сфери

Опитувальник соціальних навичок спілкування

Опитувальник для дослідження відхилень у когнітивній сфері

Психофізіологічний тест

Біологічний зворотний зв'язок

Нейрологічний тест

Аксіальна комп'ютерна томографія

Електроенцефалографія

Позитронна емісійна томографія

Магнітно-резонансна томографія

Нейропсихологічний тест

Візуально-моторний гештальт-тест Бендера

Батарея тестів

Тест інтелекту

Коефіцієнт розумового розвитку

Природне спостереження

Формалізоване спостереження

Самоконтроль

Включений спостерігач

Помилка спостерігача

Реактивність

Міжситуативна валідність

клінічна картина

Діагноз

Синдром

Система класифікації

Міжнародна класифікація хвороб

Діагностичне та статистичне керівництво психічних захворювань

Основні категорії (осі)

Польове дослідження

Дослідження результатів лікування

Метааналіз

Міф про «єдиноманіття»

Рух зближення

Психофармаколог

**Контрольні питання**

1. Якими формами надійності та валідності повинні мати клінічні засоби оцінки?

2. Які сильні та слабкі сторони формалізованих та неформалізованих інтерв'ю?

3. У чому сила та слабкість проективних тестів, особистісних опитувальників та інших видів клінічних тестів?

4. Перерахуйте та опишіть основні сучасні проектні тести.

5. Якими є основні властивості тесту MMPI?

6. Як клініцисти визначають, чи пов'язані психологічні проблеми із пошкодженням мозку?

7. Опишіть способи, за допомогою яких клініцисти можуть спостерігати поведінку своїх пацієнтів.

8. У чому полягає мета клінічного діагнозу?

9. Опишіть DSM-IV. З якими проблемами можна зіткнутися при використанні класифікаційних систем та постановці клінічного діагнозу?

10. Наскільки ефективною є терапія за результатами терапевтичних досліджень?

**Розділ 4. Генералізований тривожний розлад та фобії.**

*Боб Дональдсон, 22-річний тесляр, звернувся до психіатра окружної лікарні. З початку розмови стало зрозуміло, що Боб стривожений. Було видно його напруження, хвилювання і страх. Він сів на край стільця, постукуючи об підлогу ногою, і почав крутити в руках олівець зі столу психіатра.*

*Розповідаючи про свою проблему, він не міг сидіти спокійно, перемежував слова зітханнями та паузами, часто змінював позу:*

*Боб: Цей місяць був жахливий. Здається, що нічого не можу робити. Я не знаю, куди йду та звідки. Боюся, що божеволію або щось у цьому роді.*

*Лікар: Чому Ви так думаєте?*

*Боб: Я не можу зосередитись. Мій начальник просить мене щось зробити, і я беруся за справу, але, не встигнувши ступити і п'яти кроків, забуваю, за що взявся. Починає крутитися голова, я відчуваю, як стукає серце, і все навколо стає ніби мерехтливим чи дуже далеким від чи якимось... — це важко передати!*

*Доктор: Що приходить Вам на думку, коли ви так себе почуваєте?*

*Боб: Я просто думаю: «О Боже, моє серце стукає, у голові все пливе, у вухах стоїть дзвін — я або вмираю, або божеволію».*

*Лікар: І що відбувається потім?*

*Боб: Ну, це триває лише кілька секунд, я маю на увазі сильне відчуття. Я повертаюся на землю, але потім весь час хвилююсь, думаю, що зі мною таке, чи перевіряю свій пульс, щоб дізнатися, наскільки він частий, чи чіпаю долоні, щоб перевірити, чи вони не спітніли.*

*Лікар: Чи помічають оточуючі, що з вами відбувається?*

*Боб: Знаєте, навряд. Я приховую це. Я не зустрічаюся з друзями... Я «не з ними», коли перебуваю з ними поряд, — тільки сиджу і переживаю... Так що, як би там не було, я просто йду додому і вмикаю телевізор чи знаходжу сторінку спорту, проте не сприймаю те, що бачу.*

*Потім Боб сказав, що йому довелося залишити гру в софтбол через швидку стомлюваність і проблеми з концентрацією уваги. Кілька разів за останні два тижні він не міг йти на роботу, оскільки був «надто нервований». (Spitzer et al., 1983, р. 11-12)*

Достатньо й куди менших проблем, ніж у Боба, щоб пережити страх і тривогу. Подумайте про ті хвилини, коли ваше дихання частішало, м'язи напружувалися, а серце билося з раптовим жахом. Чи це було тоді, коли ваш автомобіль занесло мокрою дорогою? Коли викладач оголосив несподівану контрольну? Чи коли найдорожча для вас людина пішла з кимось іншим, чи ваш начальник порадив вам краще виконувати свою роботу? Щоразу, коли ви стикаєтеся з чимось, що загрожує вашому благополуччю, ви можете реагувати станом сум'яття, відомим як страх. Буває так, що ви не здатні точно вказати певну причину вашого сум'яття, але відчуваєте напругу і роздратування, наче щось неприємне ось-ось станеться. Невизначене відчуття перебування в небезпеці зазвичай називається тривогою, і воно має такі ж клінічні ознаки - почастішання дихання, м'язове напруження, піт і так далі, - як і страх.

Хоча переживання страху та тривоги неприємні, вони часто корисні: вони готують нас до дії — «боротися чи тікати», коли загрожує небезпека. Вони можуть схилити нас до того, щоб вести автомобіль обережніше, ретельніше готувати завдання, більш чуйно ставитися до близьких, бути уважнішими на роботі (Mіllar & Millar, 1996). На жаль, деяких людей так захоплюють страх і тривога, що вони не в змозі вести нормальний спосіб життя. Їх дискомфорт дуже сильний або повторюється надзвичайно часто; він занадто довго триває або дуже легко викликати. Кажуть, що такі люди мають тривожний розлад. Тривожний розлад є найпоширенішим психічним захворюванням Сполучених Штатах ( Zajecka, 1997). За даними щорічної статистики, від 15 до 17% дорослого населення - 23 мільйони осіб - страждають від того чи іншого з шести варіантів тривожних розладів, визначених у DSM-IV (Kessler et al., 1994; Regier et al., 1993). Суспільство втрачає через ці недуги близько 50 мільярдів доларів щорічно: це витрати на лікування, втрати в заробітній платі, збитки від зниження продуктивності праці (Hales, Hilty & Wise, 1997; DuPont et al., 1993).

***Страх*** *- фізіологічна емоційно виражена реакція центральної нервової системи на серйозну загрозу благополуччю людини.*

***Тривога*** *— фізіологічна та емоційна відповідь центральної нервової системи на ситуацію невизначеної загрози чи небезпеки.*

***Тривожний розлад*** *– захворювання, у якому тривога є провідним симптомом.*

Люди з генералізованим тривожним розладом відчувають загальне та постійне почуття тривоги. Люди з фобіями відчувають стійкий ірраціональний страх перед певним об'єктом, діяльністю чи ситуацією. Люди з панічним розладом іноді повторюються напади страху. Ті, хто має обсесивно-компульсивний розлад, поглинені нав'язливими думками, що призводять до тривоги, або необхідністю робити повторювані дії, щоб знизити рівень тривожності. Люди з гострими стресовими розладами та посттравматичними стресовими розладами страждають від страху та пов'язаних з ним симптомів через тривалий час після того, як сталася травмуюча подія (участь у військових діях, зґвалтування, катування). Більшість людей із одним видом тривожного розладу страждають у той час і від іншого (Goisman et al., 1995). Боб Дональдсон, наприклад, відчував загальну тривогу і надмірне занепокоєння, що свідчать про генералізований тривожний розлад, і напади жаху, що повторюються, які вказують на панічний розлад (див. рис. 4.1).

|  |  |
| --- | --- |
| Тільки один тривожний розлад | 19% |
| Два або більше тривожні розлади, що мають причинний зв'язок | 55% |
| Два або більше незалежних тривожних розладів | 26% |

**Малюнок 4.1. Чи викликає тривога тривогу?** Люди з одним тривожним розладом, як правило, страждають і на інше, одночасно або в різних ситуаціях. Дослідження людей із тривожними розладами показало, що близько 81% спостерігаються фактично страждає від кількох розладів.

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** Щорічно у травні близько 14 000 фахівців із душевного здоров'я зі Сполучених Штатів беруть участь у Національному Дні Виявлення Тривожних Розладів. Вони пропонують безкоштовні консультації для 50 000 чоловік по всій країні, принаймні половина з яких раніше ніколи не зверталася за оцінкою або терапією своїх проблем, пов'язаних з тривогою (Seppa, 1996). |

У цьому розділі ми розглянемо генералізоване тривожне розлад і фобії як найпоширеніші і до того ж найбільш вивчені тривожні розлади (Magee et al., 1996). Інші тривожні розлади: панічне розлад, обсесивно-компульсивний розлад та стресові розлади будуть предметом розгляду у п'ятому розділі. Тільки останніми роками вони були досить вивчені і тепер успішно лікуються.

**Стрес, адаптація та тривожне реагування.**

Перед тим, як досліджувати різні тривожні розлади, нам потрібно докладніше розглянути ті ситуації, які зазвичай змушують нас почуватися під загрозою, і ті зміни, які відбуваються з нами у відповідь на них. Фактично, ми відчуваємо якусь небезпеку — стан стресу, коли стикаємося з обставинами чи перспективами, що вимагають від нас будь-яких змін.

Стан стресу має два компоненти: ***стресор*** , подія, яка викликала необхідність у змінах, та ***стресова відповідь*** ,індивідуальні реакції людини на нього. Стресори в житті можуть набувати форми повсякденних труднощів, таких як рух транспорту в годину пік або несподівана поява підозрілої компанії; найважливіших життєвих подій, як отримання диплома чи весілля; тривалих проблем, таких як бідність, слабке здоров'я чи проживання у тісноті; або подій, що травмують, як нещасний випадок, збройний напад, стихійне лихо, військові дії. Наша відповідь на подібні стресори залежить від того, як ми оцінюємо подію та свою здатність ефективно на неї відреагувати (Lazarus & Folkman, 1984).

***Стрессор*** *— подія, що викликає відчуття загрози, зіштовхуючи людину з необхідністю чи ймовірністю будь-яких змін.*

***Стресова відповідь*** *– індивідуальна реакція людини на стрес.*

Люди, які відчувають, що у них є здатність та можливість адаптуватися, швидше впораються із впливом стресорів. Вони можуть дати ефективну відповідь і уникнути негативних емоційних, поведінкових і когнітивних реакцій ( Aldwin et al., 1996).

Коли ми оцінюємо стрессор як загрозливий для нас, ключовою реакцією стає страх. Насправді страх є цілим комплексом відповідей — фізичних, емоційних та когнітивних. Фізично ми потіємо, дихання частішає, м'язи напружуються і серце б'ється швидше. Ми можемо збліднути і покритися мурашками, затремтять губи, з'явиться нудота. Якщо ситуація вкрай небезпечна, ми можемо відчувати такі емоції, як огида, жах і навіть впасти в паніку. До того ж страх заважає зосередитись і впливає на наше сприйняття світу. Ми можемо перебільшити небезпеку, яка насправді загрожує нам, або невірно згадати те, що сталося, коли загроза мине.

|  |
| --- |
| ***Індивідуальна природа стресу* .** Навіть такі незначні події, як гра в крокет, можуть бути джерелами стресу, якщо вони оцінюються як такі, що мають велике значення, як загрозливі або які знаходяться за межами здібностей. |

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** Майже третина дорослих, які брали участь в опитуванні, заявили, що почуваються перевантаженими роботою. Кожен другий сказав, що віддав би денну зарплату за вільний день, і більше половини людей сказали, що переживали значний стрес за останні два тижні. |

Ці характеристики реакцій страху і тривоги є результатом активності ***вегетативної нервової системи (ВНС)*** , великої мережі нервових волокон, що з'єднують ***центральну нервову систему*** (спинний і головний мозок) з іншими органами. ВНС дозволяє контролювати мимовільну діяльність цих органів — дихання, ритм серця, артеріальний тиск, потовиділення та подібні до них процеси (див. рис. 4.2). Коли мозок розцінює ситуацію як загрозливу, він стимулює певну групу волокон ВНС, яка прискорює серцевий ритм і викликає низку інших змін, що ми відчуваємо як страх чи тривогу. Ці нервові волокна поєднуються в симпатичну нервову систему. Коли небезпека минула, друга група нервових волокон ВНС, парасимпатична нервова система, нормалізує ритм серця та інші фізіологічні процеси. У сукупності ці два відділи ВНС допомагають контролювати реакції страху та тривоги. Вони дають тілу можливість бути стійким у будь-якій ситуації. ВНС може стимулювати органи безпосередньо або впливати на них опосередковано через стимуляцію ендокринних залоз, структур, розташованих по всьому тілу, які викидають хімічні сполуки, звані гормонами, в кров. Наприклад, коли ми стикаємося зі стресором, ВНС активує надниркові залози, і ці ендокринні залози виробляють групу гормонів ***кортикостероїдів*** *,* включаючи гормон кортизол.

**Малюнок 4.2. Вегетативна нервова система (ВНС).** Коли активується симпатичний відділ ВНС, він стимулює одні органи та пригнічує діяльність інших. Результатом є стан загального збудження. Навпаки, активність парасимпатичного відділу приводить організм у стан спокою.

***Вегетативна нервова система (ВНС) –*** *частина нервової системи, що забезпечує діяльність внутрішніх органів.*

***Центральна нервова система (ЦНС) -*** *головний та спинний мозок.*

***Кортикостероїди*** *– група гормонів, що виробляються наднирковими залозами під час стресу. Вони стимулюють різні органи тіла та певні ділянки мозку, викликаючи або зводячи нанівець реакції тривоги.*

Всі ми по-своєму переживаємо страх і тривогу. Деякі люди завжди перебувають у розслабленому стані, тоді як інші постійно напружені, навіть коли жодної видимої загрози немає. Індивідуальний рівень тривоги іноді називають ***рівнем тривожності,*** оскільки він є особливістю, яку кожен із нас привносить у події свого життя (Rafferty, Smith, & Ptacek, 1997; Spielberger, 1985, 1972, 1966). Психологи виявили, що індивідуальні відмінності рівня тривожності іноді стають помітними незабаром після народження (Kalin, 1993; Pekrun, 1992).

***Рівень тривожності*** *- основний рівень тривоги, який приноситься людиною в різні події її життя.*

|  |
| --- |
| ***Індивідуальне переживання тривоги* .** Хоча більшість людей бояться навіть самої думки про сходження на гору, декого цей досвід стимулює, а інших навіть заспокоює. Такі індивідуальні реакції становлять різниці рівня тривожності. |

У різних людей оцінка ступеня загрози ситуації може значно відрізнятися ( Weiner, 1985; Stattin & Magnusson, 1980). Прогулянка лісом когось може лякати, а комусь дозволяє розслабитися. Політ у літаку може в деяких викликати жах, а в інших – нудьгу. Такі варіації визначаються відмінностями ***ситуаційної чи середовищної тривожності.*** Ці індивідуальні прояви тривоги, тим не менш, у більшості випадків різко відрізняються від хвиль жаху і напруги, що зазнають страждаючих тривожних розладів.

***Ситуаційна тривожність*** *- різні рівні тривоги, що викликаються у людей різними ситуаціями. Синонім – середова тривожність.*

**Резюме**

Страх — це стан сум'яття, що виникає у відповідь серйозну загрозу. Тривога - це стан занепокоєння, що виникає при незрозумілому відчутті загрози. Люди з тривожними розладами постійно відчувають страх і тривогу, що заважає їм вести нормальний спосіб життя. Фізіологічні прояви страху та тривоги виникають внаслідок активності вегетативної нервової системи та ендокринних залоз, у тому числі надниркових залоз.

**Крупним планом**

*Синдром дезадаптації: категорія компромісу?*

Реакція деяких людей на значні стресори у своєму житті виявляється у тривалій і дуже сильній тривожності, пригніченості чи антисоціальній поведінці. Ці симптоми недостатні для констатації розладу тривоги чи настрою, але вони викликають серйозні страждання чи служать перешкодою у роботі людини, у навчанні чи житті. Чи можемо вважати такі реакції нормальними? Ні, каже DSM-IV. Десь між ефективними стратегіями адаптації та синдромом тривожності лежить синдром дезадаптації (АРА, 1994). DSM-IV вказує на кілька типів синдромів дезадаптації, включаючи синдром дезадаптації з підвищеною тривожністю та синдром дезадаптації з депресивністю. Люди отримують подібні діагнози, коли їх синдроми зберігаються і через три місяці з часу впливу стресора. При цьому симптоми можуть зберігатись протягом шести місяців після впливу стресора. Якщо ж стресор був тривалим, наприклад поганий стан здоров'я, синдром дезадаптації може тривати нескінченно (стати хронічним).

Цей діагноз отримують до 20% амбулаторних пацієнтів - більшість зверталися до страхових компаній за компенсацією плати за лікування (АРА, 1994). Попри це є фахівці, які ставлять під сумнів таку поширеність синдромів дезадаптації, про яку свідчить ця цифра. Більше того, схоже, цей діагноз є улюбленим у клініцистів — його легко можна застосувати до низки проблем, хоча він менш точно описує стан речей, ніж багато інших категорій.

Практично будь-який стрессор може спричинити синдром дезадаптації. Як правило, це розрив відносин, сімейні проблеми, труднощі на роботі та проживання у криміногенному оточенні. Розлад може бути пов'язаний з такими подіями в житті людини, як вступ до школи, одруження або заміжжя, народження дитини або догляд за пенсією.

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Чи не доводилося вам, вашим друзям чи родичам коли-небудь реагувати на стрес таким чином, що можна було б припускати цей діагноз? Чи є категорія «синдром дезадаптації» надто великою чи надто широко вживаною? Якщо це так, то чому цей діагноз досі існує? |

**Генералізований тривожний розлад.**

Люди з ***генералізованим тривожним розладом*** відчувають зайву тривогу і турбуються про багато речей. Іноді вони описують свій стан як невизначену тривогу. Подібно до молодого тесляра Боба, вони відчувають занепокоєння, збуджені або нетерплячі, легко втомлюються, дратівливі, відчувають м'язову напругу, проблеми з концентрацією уваги, страждають на безсоння. Ці симптоми спостерігаються принаймні шість місяців (див. Діагностичну таблицю DSM-IV у Додатку). Проте більшість людей із цим розладом здатні, хоч і з деякими труднощами, підтримувати соціальні відносини та справлятися зі службовими обов'язками.

***Генералізований тривожний розлад*** *- захворювання, що характеризується стійким і надмірним почуттям тривоги, а також занепокоєнням про безліч подій та дій.*

Друзі та родичі людей з генералізованим тривожним розладом іноді звинувачують їх у тому, що їм «подобається» хвилюватися, вони «шукають», про що потурбуватися, і «щасливі» лише тоді, коли турбуються про щось. Вони можуть стверджувати, що цим людям «необхідно» турбуватися, щоб займатися творчістю або просто щоб працювати. Такі звинувачення здебільшого несправедливі: люди з розладом, що описується, навряд чи щасливі. Вони відчувають, що перебувають у безперервній боротьбі, наражаючи себе на небезпеку, захищаючись і постійно прагнучи втекти від своїх страждань (Becker et al, 1998; Roemer et al., 1995).

Генералізоване тривожне розлад широко поширене у суспільстві. За щорічними оглядами, симптоми цього захворювання спостерігаються у 3,8% населення Сполучених Штатів (АРА, 1994; Kessler et al., 1994; Blazer et al., 1991). Воно може виникнути у будь-якому віці, але зазвичай проявляється у дитинстві чи юності. Жінки страждають на цей розлад у два рази частіше за чоловіків.

Для пояснення причин розвитку генералізованого тривожного розладу залучено велику кількість факторів. Ми розглянемо тут теорії та методи терапії, пропоновані соціокультурною, психодинамічною, гуманістично-екзкстенціональною, когнітивною та біологічною моделями. До моделі біхевіористів ми звернемося, обговорюючи фобії, тому що їхній підхід до генералізованого тривожного розладу та до фобій загалом однаковий.

**Патологія та мистецтво**

*Відхилення від норми та творчість: тонкий баланс*

Існує думка, що тривога - як стану депресії, манії і, можливо, потьмарення свідомості - насправді може сприяти нашій діяльності. Щодо мистецтва це може бути частково вірним. Люди вже не одне століття припускають, що між творчістю та психопатологією існує якийсь зв'язок. Стародавні греки вірили, що різні форми «священного божевілля» надихають на творчі акти, від поезії до театральних вистав (Ludwig, 1995). У вісімнадцятому столітті, перебуваючи під впливом романтичних уявлень про «шалені генії», керуючі будинками для душевнохворих умовляли своїх пацієнтів писати; твори хворих публікувалися у психіатричних літературних журналах (Gamwell & Tomes, 1995). Навіть сьогодні багато хто вважає, що «генії творчості» мають психологічні порушення. Але чи вірні такі погляди? Як впливають відхилення від норми творчий процес? Чи сприяють чи заважають йому?

Поширений образ художника включає чарку лікеру, сигарету і змучений вираз обличчя. Класичними прикладами є поетеса Емілі Дікінсон, яка настільки боялася навколишнього світу, що жила у своїй кімнаті на самоті; поетеса Сільвія Плат, яка страждала на депресію, і в результаті покінчила життя самогубством; танцівник Вацлав Ніжинський, який хворів на шизофренію і провів багато років у лікувальних закладах. Дійсно, багато досліджень показали, що творчі люди певною мірою схильні до душевних розладів, ніж інші, і психологічні труднощі вони можуть відчувати протягом більш тривалого терміну (Ludwig, 1995). Згідно з деякими дослідженнями, художники та письменники мають вищі рівні тривожності, панічних розладів, алкоголізації та харчових розладів (Ludwig, 1994). Крім того, інші дослідження виявили, що близько 80% опитаних письменників скаржилися на періоди депресії — їхній рейтинг захворюваності у вісім-десять разів вищий, ніж у основній популяції (Jamison, 1995; Andreasen, 1987).

Чому творчим людям властиві психічні розлади? Деякі з них, можливо, схильні до подібних розладів задовго до початку своєї кар'єри (Ludwig, 1995). У них найчастіше є цілий перелік родичів із психологічними проблемами. Багатьом із творчих людей у дитинстві довелося зазнати серйозних психічних травм, включаючи фізичне та сексуальне насильство. Наприклад, Вірджинія Вульф дитиною перенесла сексуальне насильство.

Іншою причиною зв'язку патології та творчості може бути те, що творчі зусилля створюють поглинаючий вир емоцій. Трумен Капоте сказав, що створення "У холодній крові" "вбило" його психологічно. До написання цього твору він вважав себе «твердою людиною... Потім зі мною щось трапилося» (Ludwig, 1995).

Існує ще одне пояснення цього зв'язку: творчі професії забезпечують сприятливу атмосферу людям із психологічними конфліктами. У поезії, живопису, акторській майстерності, наприклад, цінуються емоційне вираження і сум'яття почуттів як джерела натхнення та успіху (Ludwig, 1995). До того ж творчі професії, зазвичай, пов'язують із гострими відчуттями, дивною поведінкою чи психологічними розладами ( Ludwig, 1995).

Природно, що взаємодія емоційного пориву та творчості ще мало вивчено, але роботи у цій галузі вже прояснили два важливі моменти. По-перше, психологічний конфлікт не можна назвати необхідною умовою творчості. Багато «творчих геній» були, навпаки, психологічно стійкими і все життя були щасливі.

По-друге, з творчими досягненнями найчастіше пов'язані легкі психологічні порушення, ніж тяжкі. Наприклад, легкі форми манії, звані гіпоманією, часто сприяють загостреному та творчому мисленню та більшої продуктивності (Jamison, 1995; АРА, 1994). Проте такі важкі розлади, як виражена манія, тривожність, депресія чи алкоголізм, згубно впливають якість і продуктивність творчої праці та часто руйнують кар'єру (Ludwig, 1995). Композитор дев'ятнадцятого століття Роберт Шуман створив двадцять сім творів протягом одного гіпоманіакального року і практично нічого в ті роки, коли він страждав на тяжку депресію з суїцидальними ідеями (Jamison, 1995).

Деякі митці турбуються, що з вирішенням психологічних труднощів піде їхня здатність творити. Проте дослідники з'ясували, що успішне лікування важких психічних розладів, навпаки, може сприяти процесу творчості (Jamison, 1995; Ludwig, 1995; Whybrow, 1994). Зрозуміло, якщо залишити романтичні уявлення осторонь, порушення психіки — особливо важкі їх форми — немає особливої цінності для творчості чи чогось іншого.

**Соціокультурна модель.**

Відповідно до соціокультурної теорії, генералізованому тривожному розладу більшою мірою схильні ті, хто перебуває у справді небезпечних соціальних умовах. Дослідження показали, що людям в обстановці високої небезпеки насправді властиві відчуття напруги, тривоги, втоми, перебільшені реакції переляку та порушення сну, що сигналізують про цей розлад (Staples, 1996; Baum & Fleming, 1993).

Візьмемо, наприклад, психологічні наслідки у що живуть біля АЕС « Three Mile Island» після аварії її ядерного реактора у березні 1979 року ( Baum, 1990; Bromet et al., 1984, 1982). Протягом кількох місяців після події матері дошкільнят у п'ять разів частіше страждали на тривожні та депресивні розлади, ніж матері дітей, які живуть в інших містах. Хоча протягом року багато їх розладів зникли, матері дітей, які живуть на околицях Three Mile Island, і пізніше демонстрували високий рівень тривоги і депресії.

|  |
| --- |
| ***Роль суспільства* .** Дізнавшись, що її син став жертвою вуличної стрілянини, жінка обвисла на руках родичів. Люди, які живуть в умовах високої небезпеки, відчувають велику тривогу і мають більш високий рейтинг захворюваності на генералізований тривожний розлад, ніж ті, хто має інше оточення. |

Однією з найсильніших форм соціального стресу є бідність. Стиснені в засобах, як правило, живуть у напівзруйнованих будинках, найчастіше в криміногенному оточенні, у них значно менше шансів здобути освіту та роботу. До того ж їхнє здоров'я наражається на більший ризик. За твердженням соціокультурологів, для малозабезпечених характерна більш висока захворюваність на генералізований тривожний розлад. У Сполучених Штатах люди, річний дохід яких становить менше 10 тисяч доларів, мають рейтинг захворюваності вдвічі вище, ніж ті, чий дохід перевищує цю суму (Blazer et al., 1991). Дійсно, зі зниженням заробітної плати в цій країні захворюваність на генералізований тривожний розлад неухильно підвищується.

З того часу, як кольорове населення Сполучених Штатів почало багато в чому залежати від доходу і можливості знайти роботу (Belle, 1990), немає нічого дивного в тому, що поширеність тривожного розладу, що генералізовано, тісно пов'язана з расовою приналежністю (див. діаграму 4-3). За щорічними даними, на цей розлад страждають приблизно 6% афроамериканців, тоді як білих американців — лише 3,5%. Афроамериканські жінки, ймовірно, є групою населення, найбільш схильна до соціальних стресів (Bennet, 1987), і мають найвищий рейтинг захворюваності (6,6%).

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Зміни якого роду можуть послабити вплив стресів у суспільстві і таким чином зменшити ймовірність розвитку у людей генералізованого тривожного розладу? |

Хоча бідність та інші соціальні труднощі можуть створити ситуацію, сприятливу у розвиток генералізованого тривожного розладу, соціокультурні відмінності не єдиними чинниками, визначальними його поява. Зрештою, у більшості тих, хто бідний, постраждав на війні, зазнає політичного тиску або живе в небезпечному місці, тривожні розлади не виникають. Навіть якщо соціокультурні чинники відіграють велику роль, вчені ще повинні пояснити, чому деякі люди ці розлади розвиваються, а інші — ні. Психодинамічна, гуманістично-екзистенційна, когнітивна та біологічна наукові школи намагалися пояснити чому і пропонували відповідні методи лікування.

**Психодинамічна модель.**

Зигмунд Фрейд (1933, 1917) вважав, що кожна людина тією чи іншою мірою відчуває тривогу у процесі свого виховання. Він висловив припущення, що ми відчуваємо реалістичну тривогу, коли стикаємося з дійсною небезпекою. Коли ж наші батьки чи обставини постійно утримують нас від вираження імпульсів Ід, ми відчуваємо невротичну тривогу. А коли нас карають чи загрожують нам за те, що ми висловлюємо імпульси свого Ід, ми відчуваємо моральну тривогу. Теоретично, ми всі використовуємо захисні механізми Его, щоб упоратися з цими формами тривоги. Надалі Фрейд стверджував, що в деяких людей тривога може бути зайвою, а механізми її контролю — неадекватними, що призводить до розвитку генералізованого тривожного розладу.

***Психодинамічна теорія утворення тривожних розладів***

Фрейд припустив, що генералізоване тривожне розлад виникає у тому випадку, коли захисні механізми людини не витримують стресу і захльостуються невротичною та моральною тривогою. Це може статися, коли людина має дуже високий рівень тривожності. Якщо маленький хлопчик отримував ляпаси щоразу, коли плакав, вимагаючи молока, будучи немовлям, забруднював штани, будучи дворічною дитиною, досліджував свої геніталії, будучи чотирирічною, можливо, він зрештою повірить, що різноманітні імпульси його Ід по-справжньому небезпечні . Тоді він може відчувати непереборне почуття тривоги щоразу, коли у нього виникають такі імпульси. Або захисні механізми Его можуть бути занадто слабкими, щоб впоратися з сумою тривог. Діти, які ростуть в умовах гіперопіки, які захищають батьки від усіх фрустрацій та загроз, мають невеликі шанси на те, щоб виробити ефективні захисні механізми. Коли вони стикаються з вимогами дорослого життя, їх захисні механізми можуть виявитися занадто слабкими, щоб впоратися з тривогою.

Хоча прихильники сучасної психодинамічної теорії часто не згодні з деякими специфічними поглядами Фрейда, вони теж упевнені в тому, що генералізоване тривожне розлад може походити з неадекватності відносин між батьками та дітьми у ранньому віці.

Дослідники шукали способи перевірки цієї психодинамічної моделі. По-перше, вони намагалися показати, що люди здебільшого у небезпечних ситуаціях прагнуть використовувати захисні механізми. Деякі експериментатори поміщали випробуваних у ситуацію явної загрози, а потім вимірювали, наскільки добре вони пам'ятають подію, що викликала страх. Як і пророкували творці психодинамічної теорії, випробувані часто витісняли (тобто забували) багато деталей неприємної події (Rosenzweig, 1943, 1933).

Інші дослідники намагалися довести, що люди, які страждають на генералізований тривожний розлад, особливо використовують захисні механізми. В одному експерименті випробувачі звернулися до записів початку терапії клієнтів із тривожними розладами. Коли до клієнтів зверталися з проханням розповісти про неприємні випадки у їхньому житті, вони швидко забували (витісняли), про що щойно йшлося, змінювали тему розмови або відчували негативні відчуття (Luborsky, 1973).

Інші вивчали випадки надмірних покарань у дитинстві за прояви імпульсів ід. Відповідно до теорії, вони виявили високий рівень тривожності у цих людей у пізніші моменти життя (Chiu, 1971). У тих культурах, де дітей карають і залякують, дорослі, очевидно, мають більше страхів і тривог (Whiting et al., 1966). Крім того, деякі дослідження підтвердили психодинамічну позицію в тому, що надмірна опіка батьками може також призвести до утворення високого рівня тривожності у дітей (Jenkins, 1968; Eisenberg, 1958).

Хоча результати цих досліджень узгоджуються з психодинамічним поясненням розвитку тривожних розладів, вони з деяких причин критикувалися. По-перше, деякі вчені ставили питання, чи ці дані показують саме те, що призначені показувати? Наприклад, коли на перших сеансах терапії люди не можуть говорити про неприємні випадки, що відбулися з ними, з цього зовсім не випливає, що вони витіснили ці випадки. Можливо, вони навмисно фокусують увагу на позитивних аспектах свого життя або занадто збентежені, щоб ділитися особистими негативними переживаннями до того, як знайдуть довіру до терапевта.

Інша проблема у тому, що результати деяких досліджень навіть спростовують психодинамическую модель. В одному з них шістнадцять людей з генералізованим тривожним розладом розпитували про те, як вони виховувалися (Raskin et al.). Вони не сказали практично нічого про строгу дисципліну або про нещасне дитинство, як могли б очікувати прихильники психодинамічної моделі.

***Психодинамічні методи терапії***

Для всіх психологічних проблем психодинамічна терапія практично однакова. У ній використовується метод вільних асоціацій та інтерпретація терапевтом перенесення, опору та сновидінь клієнта для того, щоб допомогти людині впоратися зі своїми труднощами. Фрейдистська психодинамічна терапія призначена допомогти людям з генералізованим тривожним розладом не так боятися імпульсів свого Ід та успішно їх контролювати. Інші психодинамічні методи терапії, особливо терапія об'єктних відносин, спрямовані швидше на те, щоб допомогти тривожним клієнтам виявити та вирішити дитячі проблеми взаємин, які продовжують підтримувати високий рівень тривоги у зрілому віці (Zerbe, 1990; Diamond, 1987).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Расова приналежність: | | |
| Відсоток батьків, які «дуже» турбуються, що їхні діти: | Латиноамериканці, % | Афроамериканці, % | Білі американці, % |
| Будуть застрелені | 60 | 23 | 6 |
| Почнуть вживати наркотики | 60 | 25 | 15 |
| Заразиться СНІД | 59 | 26 | 16 |
| Почнуть продавати наркотики | 50 | 15 | 5 |
| Завагітніють або зроблять когось вагітною | 50 | 29 | 8 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Річний дохід | | |
| Відсоток батьків, які «дуже» турбуються, що їхні діти: | 10-20 тис. дол., % | 20-40 тис. дол., % | понад 40 тис. дол., % |
| Будуть застрелені | 49 | 16 | 9 |
| Почнуть вживати наркотики | 62 | 33 | 21 |
| Заразиться СНІД | 59 | 41 | 21 |
| Почнуть продавати наркотики | 30 | 13 | 9 |
| Завагітніють або зроблять когось вагітною | 49 | 28 | 11 |

**Бідність, расова приналежність та тривожність.** За даними великого обстеження батьків у Сполучених Штатах, афроамериканці та латиноамериканці більшою мірою схильні «сильно» турбуватися про виживання, безпеку та майбутнє своїх дітей, ніж білі американці. Подібним чином батьки, які мають невеликий дохід, куди турбуються про благополуччя своїх дітей, ніж більш забезпечені, незалежно від расової приналежності. Вищий рівень тривожності, виявлений у групах расових меншин, може сильно змінюватись в залежності від того, наскільки багата людина і в наскільки небезпечних умовах вона живе (National Commision on Children, 1991, адаптовано).

Контрольні дослідження показали, що психодинамічний підхід не завжди допомагає у випадках генералізованого тривожного розладу (Svartberg & Stiles, 1991; Prochaska, 1984). Основна маса фактів свідчить про те, що психодіамічна терапія є в кращому разі скромною допомогою тим, хто страждає на цей розлад.

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** У 1960-х роках широко поширилися «чітки для нервових», які люди перебирають у руках, щоб позбутися почуття тривоги. Використовувані й досі чотки з'явилися як грецький звичай перебирати намистини, звані *комболої,* щоб зайняти руки (Kahn & Fawcett, 1993). |

**Гуманістична та екзистенційна моделі.**

Прихильники гуманістичної та екзистенційної моделей припускають, що генералізоване тривожне розлад, як і інші психологічні розлади, виникає, коли люди перестають чесно дивитися на себе і приймати себе такими, якими вони є. Натомість вони заперечують і спотворюють свої щирі думки, емоції та природну поведінку. Щоразу самозречення, що повторюється, веде до крайньої тривожності і неможливості реалізувати себе як людини.

***Гуманістична теорія утворення тривожних розладів та методи лікування***

Гуманістичне пояснення того, чому люди страждають на генералізований тривожний розлад, найкраще викладено Карлом Роджерсом. Як було сказано вище, Роджерс вважав, що деякі люди розвивають захисний спосіб діяльності в тому випадку, якщо діти не отримали *безумовного позитивного ставлення* до себе з боку інших (див. розділ 2). Вони, своєю чергою, починають занадто критично ставитися себе і формують ряд жорстких вимог себе, які Роджерс називає *умовами значимості.* Вони намагаються відповідати цим стандартам, постійно спотворюючи та заперечуючи свої справжні переживання. Всупереч таким старанням продовжують виникати грізні самозвинувачення, які викликають у людини сильну тривогу. Цей тиск тривоги готує грунт для генералізованого тривожного розладу або деяких інших психологічних порушень.

Психотерапевти, що використовують ***клієнт-центровану терапію*** Роджерса, прагнуть показати емпатію та безумовне позитивне ставлення до своїх клієнтів. Ці терапевти вважають, що атмосфера щирого прийняття та турботи дасть відчуття безпеки, якого потребують клієнти (Raskin & Rogers). Відчуваючи безпеку, клієнти зможуть краще визначити свої справжні потреби, думки та емоції, а також «дізнатися» про себе, що означає навчитися повністю довіряти своїй інтуїції, бути чесним із собою, приймати самого себе. Тривога та інші симптоми психологічних розладів будуть спадати. У наведеному нижче уривку Роджерс описує прогрес, досягнутий клієнтом із тривожністю та пов'язаними з нею симптомами:

*Вона була надзвичайно чутлива до процесу, що відчувається нею у собі. Щоб випробувати деякі зі своїх проявів, вона перебирала фрагменти складеної картинки, вона співала пісню без слів, вона писала поему, вона вивчала нові способи впізнавання себе, ніби вчилася читати шрифт Брайля. Терапія стала у всіх своїх аспектах, у відносинах безпеки, її знанням себе. Спочатку були її вина та занепокоєння з приводу своєї відповідальності за погану пристосованість інших. Потім були огида і гіркота, що життя обманювало її і розчаровувала в стільки різних сферах, особливо в сексуальній, потім було пізнання свого власного серця, її жалість до себе за те, що її так ображали. Але разом з тим йшло її впізнавання себе як здатної бути цілісною, себе, яка нехай і не мала любов до всіх, але і «не ненавиділа нікого», себе, яка піклується про інших. Останнє було для неї одним із глибоких відкриттів у терапії... усвідомлення, що терапевту не байдуже, що з нею, що йому справді важливо, чим для неї стане терапія, що він справді цінує її. Вона зазнала міцності своїх основних орієнтирів. Вона поступово усвідомила той факт, що, обшукавши всі куточки своєї душі, не виявила там нічого в корені неправильного і, більше того, у серці своїм виявилася позитивною та здоровою. Вона зрозуміла, що цінності, що приховуються нею в глибині себе, були такими, що могли викликати конфлікт між нею та культурою, але вона прийняла це спокійно. (Rogers, 1954, р. 261-264)*

Всупереч цьому оптимістичному викладу клінічного випадку, контрольні дослідження показали, що лише іноді централізована клієнтська терапія є більш ефективною, ніж плацебо-терапія або відсутність такої (Greenberg et al., 1994; Prochaska & Norcross, 1994). До того ж, дослідники виявили в кращому разі лише незначне підтвердження теорії Роджерса про виникнення генералізованого тривожного розладу та інших форм поведінки, що відхиляється. Інші гуманістичні теорії та методи терапії теж не отримали великої підтримки. Насправді прихильники гуманістичної моделі переконані, що традиційні діагностичні методи не можуть забезпечити справедливу перевірку їхніх теорій та методів лікування, тому вони навіть не намагалися перевірити свою роботу такими засобами.

***Клієнт-центрована терапія*** *— гуманістична терапія, розроблена Карлом Роджерсом, у якій терапевти намагаються допомогти людям шляхом їхнього прийняття, високої емпатії та щирості.*

***Екзистенційна теорія утворення тривожних розладів та методи лікування***

Екзистенціалісти вважають, що Генералізоване тривожне розлад виростає з ***екзистенційної тривоги,*** загального (глибинного) страху кінцівки життя та відповідальності, що накладається нею (May & Yalom, 1995; Tillich, 1952). Вони кажуть, що ми відчуваємо екзистенційну тривогу, оскільки знаємо, що наше життя небезмежне, і ми боїмося смерті, яка чекає на нас. І нам відомо, що наші дії та наш вибір можуть завдати шкоди іншим людям.

***Екзистенційна тривога*** *- згідно з екзистенційною теорією, загальний (глибинний) страх кінцівки життя і відповідальності, що накладається нею.*

Зрештою, ми підозрюємо, що наше власне існування може бути безглуздим.

Як вважають екзистенціалісти, люди можуть сміливо зустрітися зі своєю екзистенційною тривогою, якщо візьмуть на себе відповідальність за свої дії, прийняття рішень, наповнення свого життя змістом та розуміння своєї власної унікальності. Або вони можуть ухилитися від внутрішнього зіткнення та вести «несправжнє життя»: заперечувати свої страхи, не бачити свободи вибору, уникати відповідальності та зайво пристосовуватися до норм суспільства (Bugental, 1992, 1965; May, 1967). Відповідно до екзистенційної теорії, такий спосіб життя не знімає екзистенційну тривогу, яка виливається в генералізоване та інші тривожні розлади.

Екзистенційні терапевти використовують різноманітні техніки для того, щоб допомогти тривожним людям прийняти велику відповідальність і набути більшого сенсу життя. В одних випадках вони підтримують людей, в інших – протистоять їхнім переконанням. Проте екзистенціалісти, як більшість гуманістів, вважають, що традиційні діагностичні методи що неспроможні врахувати тонкі людські переживання, знаходячи лише те, що може бути об'єктивно відстежено і визначено ( Bugental, 1997, 1992). Натомість вони звертаються до розуму, самоперевірки та вивчення випадків як до доказу своїх поглядів та підходів.

**Когнітивна модель.**

Прихильники когнітивної моделі припускають, що найчастіше причиною психологічних проблем є дисфункціональні способи мислення. Якщо врахувати те, що основною характеристикою генералізованого тривожного розладу є зайве занепокоєння, не дивно, що когнітивісти можуть навести безліч клінічних випадків і багато сказати про методи лікування цього розладу.

***Когнітивна теорія утворення тривожних розладів***

Деякі відомі когнітивісти припускають, що генералізований тривожний розлад викликається *неадекватними посилками.* Альберт Елліс, наприклад, вважає, що деякі люди мають здебільшого ірраціональні переконання, які змушують їх недоречно діяти, недоцільно реагувати на чиїсь дії (Ellis, 1997, 1977, 1962). Елліс називає ці переконання ***базовими ірраціональними переконаннями*** і стверджує, що люди з генералізованим тривожним розладом часто мають такі:

«Для дорослої людини необхідно мати любов чи схвалення практично кожної значної людини у його оточенні».

«Це жахливо та катастрофічно, коли щось йде не так, як дуже хотілося б».

"Якщо є щось небезпечне або страшне (або може стати такою), людина повинна бути дуже цим стурбована і зобов'язана концентрувати увагу на можливості її появи".

|  |
| --- |
| «Якщо людина хоче вважати себе вартою, вона має бути абсолютно компетентною, адекватною і успішною у всіх відносинах». - Ellis, 1962 |

Коли люди з подібними базовими установками стикаються зі стресовою подією, таким як іспит або зустріч із незнайомою людиною, вони схильні вважати її небезпечною та загрозливою, приймати близько до серця і відчувати страх. Коли вплив цих посилок поширюється на дедалі більшу кількість подій у житті, людина може розвинутися генералізоване тривожне розлад.

|  |
| --- |
| "Людей турбують не події самі по собі, а людські уявлення про них". - Епіктет |

Подібним чином і Аарон Бек вважає, що люди з генералізованим тривожним розладом постійно ґрунтуються на нереальних неусвідомлюваних посилках, які передбачають постійне перебування цих людей у безпосередній небезпеці (Beck, 1997, 1991, 1976; Beck & Emery, 1985):

«Будь-яка дивна ситуація має вважатися небезпечною».

«Ситуація чи людина є небезпечними, доки не доведено протилежне».

«Краще завжди припускати найгірше».

|  |
| --- |
| «Моя безпека та безпека залежать від мого передбачення і моєї готовності до будь-якої можливої небезпеки». - Beck & Emery, 1985, p. 63 |

Дослідники довели, що багато людей з генералізованим тривожним розладом справді мають неадекватні переконання, як стверджують Елліс та Бек (Ellis, 1995; Hollon & Beck, 1994). Тридцять два учасники одного дослідження, які страждають на цей розлад, мали непомірно роздуті уявлення про можливі загрозливі події та їх наслідки (Beck et al., 1974). У кожного з них були посилення психіки і погляди, що стосуються таких небезпечних областей, як тілесне ушкодження, хвороба або смерть; розумовий розлад, ушкодження психіки чи втрата контролю; нездатність із чимось упоратися і неприйняття з боку інших. Подібні дослідження також виявили, що люди з симптомами генералізованого тривожного розладу приділяють більшу частину своєї уваги сигналам, що турбують (Calvo, Eysenk, & Castillo, 1997; Mathews et al., 1995).

|  |
| --- |
| ***Задоволення від страху* .** Багатьом людям подобається відчувати страх тоді, коли самі вони перебувають у безпеці. Наприклад, спостерігаючи на екрані зловісні інтриги Ганнібала Лектера чи інших кінолиходіїв. |

Яким людям властиве постійне очікування на небезпеку? На думку деяких когнітивістів, це ті люди, в яких часто відбувалися *непередбачувані негативні події.* Тоді вони починають боятися всього невідомого і чекають на неприємності (Ladouceur et al., 1998; Pecrun, 1992).

***Базові ірраціональні переконання*** — *за Альбертом Елліс, помилкові та недоцільні переконання, властиві людям з різними психологічними проблемами.*

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** Якщо подивитися на зворотний бік медалі, то деякі надії також можуть бути більшим ризиком. За даними одного розрахунку, зробленого в Англії, «якщо ви купуєте у понеділок квиток національної лотереї, то у вас у 2500 разів більше шансів померти до суботнього розіграшу, ніж отримати головний приз» (Uhlig, 1996, р. 7). |

Щоб уникнути несподіваного удару, вони намагаються передбачити нові та непередбачені негативні події. Вони всюди шукають небезпеки. У результаті вони «читають» такі знаки майже в усіх ситуаціях і скрізь бачать небезпеку, що спричиняє тривогу. На підтвердження цього уявлення багато лабораторних досліджень показали, що тварини і люди більше бояться непередбачуваних негативних подій, ніж передбачуваних (Mineka, 1985). Проте дослідникам ще потрібно встановити, чи справді люди з генералізованим тривожним розладом зазнали у своєму житті більшого, ніж в інших, кількості непередбачуваних негативних подій.

***Когнітивна терапія***

У випадках генералізованого тривожного розладу зазвичай використовуються два когнітивні підходи. Слідуючи одному з них, заснованому на теоріях Елліс і Бека, терапевти допомагають людям змінювати неадекватні переконання, які, ймовірно, лежать в основі їх розладів. Наслідуючи іншого, терапевти вчать людей тримати себе в руках у ситуації стресу.

|  |
| --- |
| «Не стільки те, що не знайоме нам, призводить нас до біди. Набагато небезпечніше те, що ми вважаємо безпечним». - Артімус Ворд (1834-1867) |

**Зміна неадекватних переконань.** Використовуючи техніку ***раціонально-емотивної терапії*** Елліса, терапевти вказують на ірраціональні переконання клієнтів, пропонують більш прийнятні установки та дають домашнє завдання, яке дає можливість набути практичних навичок у заміні старих переконань на нові (Ellis, 1997, 1995).

***Раціонально-емотивна терапія*** *— розроблена Альбертом Еллісом когнітивна терапія, що допомагає людям визначити та змінити ірраціональні переконання та перебіг думок, які сприяють розвитку психологічних труднощів.*

Дослідження було обмежено, але вивчення проблеми припускає, що цей підхід часто приносить деяке полегшення тривожним людям (Lipsky et al., 1980). Цей підхід проілюстрований наступною бесідою між Еллісом та його клієнтом — жінкою, яка відчуває страх невдачі та несхвалення співробітників, особливо щодо методу випробувань, розробленого нею для своєї компанії:

*Клієнтка: Я перебуваю в такому сум'ятті останні дні, що важко можу зосередитися на чомусь довше, ніж на пару хвилин. У мене в мозку постійно крутяться думки про цей жахливий метод випробувань, який я вигадав, і про те, що вони вклали в нього стільки грошей; і буде він працювати або виявиться марною тратою часу і грошей.*

*Елліс: по-перше, ви повинні визнати, що кажете собі щось, щоб почати турбуватися, і ви повинні починати шукати саме шукати ці абсурдні переконання, якими ви пов'язуєте свій розум. Ось помилкове твердження: «якщо мій метод тестування не працює, якщо я працюю неефективно, мої співробітники не потребують мене і не схвалюють мене, тож я стану марною людиною»...*

*Клієнтка: Але якщо я хочу робити те, що від мене вимагає моя фірма, і виявляюся для них марною, хіба тоді я не марна для себе?*

*Елліс:**Ні, поки ви самі не вважатимете так. Звичайно, ви засмучені, якщо хочете розробити хороший метод тестування, а у вас не виходить. Але чи потрібно зневірятися від того, що ви засмучені? І чи потрібно вважати себе зовсім несправжньою людиною лише тому, що ви не можете зробити одну з тих головних речей, які хочете зробити у своєму житті? (Ellis, 1962, р. 160-165)*

Бек пропонує схожу, але більш систематичну терапію випадків генералізованого тривожного розладу, відому як ***когнітивна терапія*** (Beck, 1997, 1991, Beck & Emery, 1985). Цей підхід насправді є останньою адаптацією розробленої Беком ефективної терапії депресії (що буде розглянуто у розділі 6). Дослідники вже підтвердили, що вона часто знижує генералізовану тривожність до більш прийнятного рівня (DeRubeis & Crits-Christoph, 1998; Hollon & Beck, 1994).

***Когнітивна терапія*** - *терапія, розроблена Аароном Беком, що допомагає людям визначити та змінити неадекватні посилки та способи мислення, які сприяють розвитку психологічних труднощів.*

**Крупним планом**

*Страхи та хвилювання: закони ймовірності на нашому боці*

Люди із тривожними розладами мають безліч необґрунтованих страхів. До того ж, мільйони інших щодня турбуються, як би не трапилося нещастя. Здебільшого події, які лякають нас, неймовірні, і ми вчимося жити за законами ймовірності, а не законами можливості. Мабуть, ця здатність і є тим, що відрізняє безстрашних людей від людей, сповнених страху. Але якою є ймовірність того, що відбудуться події, яких так часто бояться? Межі ймовірності широкі, але нагода твердо стоїть на нашому боці.

Міський мешканець стане жертвою насильства: 1 із 60.

Мешканець передмістя стане жертвою насильства: 1 із 1 000.

Житель невеликого міста стане жертвою насильства: 1 із 2 000.

Цього року дитина впаде з високого стільчика та отримає травму: 1 із 6 000.

Цього року ви піддастеся інспекції: 1 із 100.

Ви помрете на борту літака: 1 із 4 000.

У вас потрапить блискавка: 1 із 9 100.

Ви будете вбиті кимось цього року: 1 із 12 000.

Ви будете вбиті під час наступної автобусної поїздки: 1 із 500 мільйонів.

У вас потрапить бейсбольний м'яч на матчі вищої ліги: 1 із 300 000.

Цього року ви втопитеся у ванні: 1 із 685 000.

Ви загинете в авіакатастрофі: 1 із 4,6 мільйона.

Ваш літак запізниться: 1 із 6.

У вашому будинку цього року станеться пожежа: 1 із 200.

Ви загинете на пожежі: 1 із 40 200.

У коробці з яйцями виявиться розбите яйце: 1 із 10.

У вас буде карієс: 1 із 6.

У маленької дитини буде карієс: 1 із 10.

Ви заразитеся СНІДом шляхом переливання крові: 1 із 100 000.

Сапер буде поранений протягом року: 1 із 23.

Будівельник отримає виробничу травму протягом року: 1 із 27.

Робочий завод отримає виробничу травму протягом року: 1 із 37.

Фермер отримає травму протягом року: 1 із 19.

Ви помрете від падіння з висоти: 1 із 200 000.

На вас нападе акула: 1 із 4 мільйонів.

Цього року у вас виявлять рак: 1 із 8 000.

Протягом життя у жінки виникне рак грудей: 1 із 9.

Цього року у вас розвинеться пухлина мозку: 1 із 25 000.

Підприємець виявиться неплатоспроможним або оголосить про своє банкрутство цього року: 1 із 55.

У піаніста колись почнуться біль у попереку: 1 із 3.

Ви загинете у наступній автомобільній поїздці: 1 із 4 мільйонів.

Будь-коли ви загинете в дорожньо-транспортній пригоді: 1 із 140.

Колись презерватив не допоможе запобігти вагітності: 1 з 10.

Гормональні засоби не допоможуть уникнути вагітності: 1 із 10.

Перерваний статевий акт не допоможе запобігти вагітності: 1 із 5.

(Krantz, 1992, адаптовано)

***Навчання опору стресу***

Відомий творець клінічних методик Дональд Мейченбаум (Meichenbaum, 1997, 1993, 1992, 1977) розробив когнітивну техніку боротьби зі стресом, яка отримала назву ***тренінг самоінструкцій,*** або щеплення від стресу. Знання цієї техніки допомагає людям позбутися неприємних думок, які посилюють їхню тривогу у складних ситуаціях (так звані негативні самопереконання), та замінювати їх самопереконаннями, що допомагають впоратися зі стресом.

Використовуючи техніку Мейхенбаума, люди вивчають самопереконання, які можуть виявитися корисними у різних стадіях ситуації стресу — скажімо, під час розмови з начальником про підвищення. По-перше, люди вчаться говорити собі слова, які готують їх до стресової ситуації. По-друге, вони вивчають самопереконання, які дозволяють їм упоратися із собою у ситуації стресу, якщо вона настає, наприклад, коли вони вже перебувають у кабінеті боса. По-третє, вони вивчають самопереконання, які допомагатимуть їм у складні моменти, коли здається, що ситуація складається погано, коли бос люто дивиться на них, почувши прохання про прибавку до платні. Зрештою, вони набувають уміння привітати себе після того, як успішно впоралися із ситуацією. Ось кілька прикладів цих чотирьох видів самовпевненості:

Підготовка до дії стресора:

*Що тобі потрібно зробити?*

*Ти можеш розробити план, як із цим впоратися.*

*Краще просто подумай, що ти можеш із цим зробити. Це краще, ніж хвилюватись.*

*Протистояння стресору та управління ним.*

*Просто налаштуйся — ти можеш зустрітися із цією проблемою.*

*Ця напруженість може бути союзником — сигналом для того, щоб збиратися з силами.*

*Розслабся: ти контролюєш себе. Зроби повільний, глибокий вдих.*

*Опір почуття переповненості страхом Коли стає страшно, зроби паузу.*

*Сконцентруйся на теперішньому. Що тобі треба зробити?*

*Ти маєш очікувати зростання страху.*

*Не намагайся повністю позбутися страху: просто вчися керувати ним.*

*Підкріплюючі самопереконання: Це працює! Ти зробив це.*

*Це виявилося не так страшно, як ти очікував.*

*Ти зробив зі свого страху більше, ніж він того заслуговував.*

*Твої прокляті ідеї — ось у чому проблема. Коли ти їх контролюєш, ти контролюєш свій страх.*

Було доведено, що тренінг самоінструкцій надає деяку допомогу у випадках генералізованого тривожного розладу (Sanches-Canovas et al., 1991; Ramm et al., 1981) і є корисним людям, які бояться тестування, публічних виступів; людям, що переживають стрес, пов'язаний зі змінами в житті, і тим, хто страждає на легкі форми тривожних розладів (Fausel, 1995; Meichenbaum, 1993, 1992, 1972). Він також з деяким успіхом застосовується для підготовки спортсменів до змагань і допомагає людям поводитися менш імпульсивно, контролювати гнів і біль (Meichenbaum, 1997, 1993; Novaco, 1977).

Зважаючи на обмежену ефективність тренінгу самоінструкцій у терапії тривожних розладів, сам Мейхенбаум (Meichenbaum, 1972) запропонував поєднувати його з іншими видами лікування. Насправді, у тривожних людей, що проходили тренінг самоінструкцій у поєднанні з раціонально-емотивною терапією, стан покращився більшою мірою, ніж у тих, хто проходив лише один вид терапії (Glogower, Fremouw, & McCroskey, 1978).

***Тренінг самоінструкцій*** *— когнітивна терапія, розроблена Дональдом Мейхенбаумом, яка навчає людей використовувати свої думки (самовтвердження) для того, щоб «тримати себе в руках» у стресовій ситуації. Інша назва - щеплення від стресу.*

**Біологічна модель.**

Прихильники цієї моделі стверджують, що генералізоване тривожне розлад пов'язане з біологічними факторами. Протягом багатьох років це переконання було обґрунтовано в основному ***генеалогічним дослідженням,*** *за* допомогою якого дослідники встановлювали, скільки родичів і які родичі людини з розладом мають той самий розлад (див. табл. 4.1). Якщо схильність до генералізованого тривожного розладу є спадковою, то біологічно споріднені люди повинні мати схожу ймовірність захворювання на цей розлад. Дослідження дійсно показали, що кровні родичі людей з генералізованим тривожним розладом більшою мірою, ніж люди, які не є родичами хворих, схильні до цього розладу (Kendler et al, 1992; Carey & Gottesman, 1981). Приблизно 15% родичів людей із розладом теж мають їм — що значно більше 4% в основній популяції. І чим ближче споріднений зв'язок (у однояйцевих близнюків, наприклад, у порівнянні з різнояйцевими близнюками або іншими братами (сестрами)), тим більша ймовірність придбання того ж розладу (Marks, 1986; Slater & Shields, 1969).

**Таблиця 4.1. Профіль захворюваності на тривожні розлади**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Поширеність за один рік (%) | Співвідношення жінки: чоловіки | Вік початку захворювання | Поширеність серед близьких родичів |
| Генералізований тривожний розлад | 3.8 | 2:1 | 0-20 років | Підвищена |
| Агорафобія без панічного розладу | 2.8 | 2:1 | 20-40 років | НЕ визначено |
| Соціофобії | 8.0 | 3:2 | 10-20 років | Підвищена |
| Специфічні фобії | 9.0 | 2:1 | Варіюється | Підвищена |

(АРА. 1994; Kessler et al., 1994; Regier et al., 1993; Blazer et al., 1991; Davidson et al., 1991; Eaton et al., 1991.)

***Генеалогічне дослідження*** *— метод дослідження, що дозволяє визначити кількість і склад родичів пацієнта, які мають те саме, що й у нього розлад.*

Звичайно, не можна бути повністю впевненим у біологічній інтерпретації цих даних. Виходячи з них, можна також припустити, що генералізоване тривожне розлад викликається навколишніми умовами. Оскільки родичі, як правило, живуть в одних умовах, розлади, на які вони страждають, можуть відображати швидше схожість умов проживання та виховання, ніж генетичну близькість. Справді, що ближче родичі, то більше схожі умови існування. Внаслідок того, що однояйцеві близнюки фізично схожі один на одного більше, ніж різнояйцеві, їх виховання може бути більшою мірою схожим (Tambs, Harris, & Magnus, 1995).

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** У людській ДНК знаходиться 100 000 генів, більш ніж половина яких, мабуть, призначена для побудови та обслуговування нервової системи (Nash, 1997). |

***Біологічна теорія виникнення генералізованого тривожного розладу***

Важливі відкриття, зроблені дослідниками мозку останні десятиліття, навели більш чіткі докази, що генералізоване тривожне розлад пов'язані з біологічними чинниками, зокрема з біохімічними аномаліями у мозку ( Brawman-Mintzer & Lydiard, 1997). Перше відкриття було зроблено у 1950-х роках. Дослідники встановили, що ***бензодіазепіни*** група ліків, що включає діазепам (Valium) та альпразолам (Xanax), забезпечують зняття тривоги.

Почнемо з того, що ніхто не міг сказати, чому бензодіазепіни знімають на сполох. Ядерна томографія, що з'явилася наприкінці 1970-х рр., дозволила дослідникам точно визначити ділянки мозку, що піддаються дії бензодіазепінів (Mohler & Okada, 1977; Squires & Braestrup, 1977). Очевидно, що певні нейрони мають молекули-рецептори, до яких бензодіазепіпи підходять як ключ до замку. Вчені невдовзі виявили, що ці ж рецептори зазвичай приймають ***гамма-аміномасляну кислоту (ГАМК),*** поширений і важливий нейротрансмітер в мозку (Haefely, 1990; Costa et al., 1978, 1975). Нейротрансмітери - це хімічні сполуки, що передають повідомлення від одного нейрона до іншого (див. розділ 2). ГАМК є *інгібітором:* контактуючи з рецептором, зупиняє передачу сигналу нейроном.

***Бензодіазепіни*** *– найбільш поширена група заспокійливих засобів; включає валіум (Valium) і ксанакс (Хапах).*

***Гамма-аміномасляна кислота (ГАМК) -*** *нейротрансмітер, з низькою активністю якого пов'язують генералізований тривожний розлад.*

На підставі зроблених відкриттів вчені склали частинами схему реакцій страху. При нормальній реакції страху ключові нейрони по всьому мозку починають діяти швидше, збуджуючи все більше нейронів і створюючи загальний стан збудливості всього мозку та тіла. Цей стан переживається як страх чи тривога. Після того, як робота нейрона триває деякий час, вона задіяє систему зворотного зв'язку - діяльність мозку і тіла, що знижує рівень збудливості.

|  |
| --- |
| ***Чи відчувають мавпи на сполох?*** Експериментатори мають бути обережними в інтерпретації реакцій піддослідних тварин. Вони вирішили, що ця маленька мавпочка відчуває страх, відірваний від матері. Але її переживання можуть бути зовсім іншими. Це може бути депресія чи збудження, яке не співвідноситься ні з якими людськими почуттями. |

Деякі нейрони в мозку виробляють нейротрансмітер ГАМК, який потім зв'язується з рецепторами ГАМК певних нейронів і дає їм команду припинити передачу сигналу. Стан збудливості згасає, і відчуття страху чи тривоги йде (Costa, 1995, 1983; Sanders & Shekhar, 1995).

Вчені вважають, що помилки у системі зворотного зв'язку можуть призвести до неконтрольованого поширення страху чи тривоги (Lloyd, Fletcher, & Minchin, 1992). Дійсно, коли деякі дослідники знизили здатність ГАМК зв'язуватися з рецепторами ГАМК, вони виявили, що піддослідні тварини реагують підвищенням тривожності (Costa, 1985; Mohler, Richards & Wu, 1981). Виходячи з цього, можна припустити, що люди з генералізованим тривожним розладом є неполадки в роботі зворотного зв'язку. Можливо, у їх мозку утворюється недостатній запас ГАМК. Можливо, у них мало рецепторів ГАМК або їх рецептори ГАМК не так охоче зв'язуються з нейротрансмітерами.

Це пояснення може бути вірним, але є деякі проблеми. По-перше, подальші біологічні відкриття ускладнили картину. Наприклад, було виявлено, що ГАМК є лише однією з хімічних сполук в організмі, здатних зв'язуватися з важливими рецепторами ГАМК (Bunney & Carland, 1981). Чи не можуть ці інші сполуки бути критичними факторами контролю за мозком? Інша проблема полягає в тому, що більшість досліджень біології тривоги було проведено на лабораторних тваринах. Коли дослідники викликають реакції страху у тварин, вони припускають, що тварини відчувають почуття, схожі на тривогу людини, за впевненими в цьому бути не можна (Newman & Farley, 1995; Kalin, 1993). Можливо, тварини відчувають високий рівень збудження зовсім іншого за своєю природою, ніж тривога у людини.

Нарешті, прибічники біологічної моделі зіштовхнулися із проблемою встановлення причинних зв'язків. Хоча дослідження пов'язують фізіологічне функціонування з генералізованим тривожним розладом, вони можуть довести, що фізіологічні події *викликають* розлад. Біологічні реакції тривожних людей можуть бути результатом, а чи не причиною їх тривожних розладів. Наприклад, є таке припущення, що тривале відчуття тривоги зрештою призводить до зменшення можливості рецепторів зв'язуватися з ГАМК.

***Біологічні методи лікування***

Основним біологічним методом лікування тривожних розладів є призначення заспокійливих препаратів. Справді, важко уявити в нашому суспільстві людину, незнайому зі словами «транквілізатор» чи «седуксен». Інші біологічні методи – це *тренінг релаксації,* шляхом якого люди вчаться розслаблювати м'язи свого тіла, та *біологічний зворотний зв'язок,* коли клієнти вчаться контролювати приховані біологічні процеси, що впливають на їхні проблеми.

**Заспокійливі препарати.** До 1950-х років для лікування тривожних розладів застосовувалася переважно група лікарських засобів під назвою барбітурати (Ballenger, 1995; Nishimo, Mignot, & Dement, 1995). У невеликих дозах ці препарати використовувалися як заспокійливий, а у великих – як снодійний засіб, тому їх зазвичай називають ***седативно-снодійними ліками.*** Проте застосування барбітуратів не є безпечним. Люди, які їх використовують, стають млявими і сонливими, перевищення дозування може призвести до смерті, і ті, хто приймає барбітурати протягом тривалого часу, можуть набути фізичної залежності від них. У 1950-х роках було розроблено та запущено у виробництво препарат мепробамат як новий вид седативно-снодійних засобів під торговою назвою Miltown (Cole & Yonkers, 1995; Berger, 1970). Ці ліки були менш небезпечними і звикання до нього виникало повільніше, ніж до барбітуратів, але і його побічною дією була сонливість.

***Седативно-снодійні засоби*** *– препарати, які у невеликих дозах діють заспокійливо, а у великих дозах допомагають людям заснути.*

Зрештою, наприкінці 1950-х почався випуск іншої групи заспокійливих засобів – бензодіазепінів (див. табл. 4.2). Ці препарати швидко набули популярності серед фахівців у галузі психічного здоров'я, бо здавалося, що вони знижували рівень тривоги і не впливали згубно на активність людей. Знижуючи напруженість у нічний час, вони сприяли швидкому засипанню, завдяки чому набули широкого поширення як снодійні засоби. Лікарі та пацієнти були схильні розглядати бензодіазепіни як абсолютно безпечний вид седативно-снодійних препаратів, тому незабаром вони стали одними з найчастіше призначених ліків у Сполучених Штатах (Strange, 1992).

**Таблиця 4.2. Препарати, які знижують рівень тривоги**

|  |  |
| --- | --- |
| Класова (непатентована) назва | Торгова назва |
| *Бензодіазепіни* | |
| Альпразолам | Xanax |
| Хлордіазепоксид | Librium |
| Клоназепам | Klonopin |
| Клоназепат дипотасіум | Tranxene |
| Діазепам | Valium |
| Лоразепам | Ativan |
| Оксазепам | Serax |
| Празепам | Centrax |
| *Азаспірони* | |
| Буспірон | BuSpar |
| *Бета-блокатори* | |
| Пропранолол | Inderal |
| Атенолол | Tenormin |

Лише кілька років тому дослідники почали розуміти причини їхньої ефективності. Як було сказано вище, дослідники дізналися про існування специфічних нейронних ділянок у мозку, що зв'язуються з похідними бензодіазепінів (Mohler & Okada, 1977; Squires & Braestrup, 1977). Це ті ж рецепторні точки, які зазвичай приймають ГАМК, нейротрансмітер, який зупиняє роботу нейрона, уповільнює фізичне збудження і знижує рівень тривоги (Primus et al., 1996; Sanders & Shekhar, 1995).

Коли бензодіазепіни прикріплюються до цих рецепторних точок нейронів, особливо до рецепторів, відомих як рецептор ГАМК-А, вони підвищують здатність ГАМК зв'язуватися з ними і в той же час збільшують здатність ГАМК уповільнювати передачу сигналу по нейрону і знижувати фізичне збудження ( Ball5).

Бензодіазепіни частіше призначають для лікування генералізованого тривожного розладу, ніж для лікування більшості інших тривожних розладів (Uhlenhuth et al., 1995). Контрольні дослідження показали, що вони іноді приносять невелике тимчасове полегшення (Ballenger, 1995; Taylor, 1995). Але останніми роками клініцисти почали розуміти потенційну небезпеку використання цих препаратів (Schweizer & Rickels, 1996; Lader, 1992). По-перше, коли люди припиняють прийом цих ліків, до багатьох їх тривожність повертається, причому не ослабленою (Ballenger, 1995; Taylor, 1995). По-друге, тепер нам відомо, що люди, які приймають бензодіазепіни у великих дозах тривалий час, можуть набути фізичної залежності від них. По-третє, ці лікарські засоби можуть давати небажаний побічний ефект у вигляді сонливості, труднощів з концентрацією уваги, погіршення пам'яті, депресії чи агресивної поведінки (Elsesser et al., 1996; Primus et al., 1996). І нарешті, хоча бензодіазепіни власними силами не становлять загрози для організму, клініцисти з'ясували, що вони посилюють дію інших речовин, наприклад, алкоголю (Ballenger, 1995, Uhlenhuth et al., 1995). Якщо люди під дією цих заспокійливих препаратів приймають хоча б невелику кількість алкоголю, їхнє дихання може небезпечно сповільнитися, аж до смерті.

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Як слід призначати заспокійливі засоби, щоб вони мали свою корисну дію з мінімальним побічним ефектом? |

|  |
| --- |
| ***Засіб від усіх хвороб* .** На початку XX століття компанії, які виробляють медикаменти, не повинні були доводити безпеку або цінність продукції, що випускається. «Сіль для мозку», патентований засіб від тривожності та пов'язаних з нею проблем, обіцяло позбавити також і нервових хвороб, головного болю, порушення травлення, серцебиття та безсоння. |

В останні роки для лікування генералізованого тривожного розладу використовується кілька нових видів заспокійливих засобів (Roy-Byrne & Wingerson, 1992). Одна з цих груп, бета-блокатори, у кращому випадку дає лише незначне поліпшення стану (Meibach, Mullane & Binstok, 1987). Ці кошти з великим успіхом використовуються для лікування страху виступів перед аудиторією. Наприклад, їх іноді успішно використовували музиканти, оратори своїх виступів (Taylor, 1995). У той же час був знайдений інший вид заспокійливих засобів, буспірон, який має ту ж ефективність, що і бензодіазепіни, і до якого рідше формується фізична залежність (Schweizer & Rickels, 1997; Cole & Yonkers, 1995).

**Тренінг релаксації.** Цей тренінг є біологічною технікою, яка часто застосовується для лікування генералізованого тривожного розладу. Одна з його методик у тому, що терапевти навчають клієнтів розслаблювати м'язи всього тіла. Причиною цієї терапії є гіпотеза у тому, що шляхом розслаблення мускулатури досягається стан психологічної розслабленості. Пройшовши курс, що складається з кількох сесій та домашніх завдань, клієнти вчаться розрізняти окремі групи м'язів, напружувати їх, знімати напругу і розслаблювати все тіло. Після тривалої практики вони можуть вольовим зусиллям увійти до стану глибокого розслаблення м'язів.

Передбачається, що тривожні люди, які пройшли тренінг релаксації, будуть здатні розслабитися в стресі, таким чином знижуючи або запобігаючи тривозі. Дослідження показали, що тренінг релаксації для людей, які страждають на генералізований тривожний розлад, більш ефективний, ніж плацебо-терапія або відсутність терапії (De-Rubeis *&* Crits-Christoph, 1998; Bernstein & Carlson, 1993). Проте поліпшення, яке він дає, досить невелике, та інші поширені техніки зняття напруги, як, наприклад, медитація, найчастіше мають таку ефективність (Kabat-Zinn et al, 1992; Mathew, 1984).

***Тренінг релаксації*** *- терапевтична процедура, яка навчає людей вольовим зусиллям входити в стан розслаблення, що дає можливість заспокоїтися в ситуації стресу.*

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Які інші техніки, окрім цілеспрямованої релаксації, можуть допомогти людям розслабитись при зіткненні зі стресорами повсякденного життя? |

Тренінг релаксації добре допомагає у разі генералізованого тривожного розладу, якщо його поєднувати з когнітивною терапією або з біологічним зворотним зв'язком (Taylor, 1995; Butler et al., 1991, 1987).

**Біологічний зворотний зв'язок.** Терапевти, що використовують біологічний зворотний зв'язок, вчать людей контролювати свої фізіологічні процеси, такі як частота пульсу або напруга м'язів. Клієнти підключені до монітора, на якому безперервно відображається інформація про їх фізіологічну активність. Слідуючи інструкціям терапевта і стежачи за сигналами на моніторі, вони поступово вчаться контролювати навіть ті фізіологічні процеси, які здаються мимовільними. Наприклад, терапевтам вдається навчити людей за бажанням уповільнювати ритм серця або знижувати кров'яний тиск (Chen & Cui, 1995; Wittrock et al., 1995).

|  |
| --- |
| ***Сучасна релаксація* .** Для зниження тривоги можна використовувати техніки релаксації. Керівні працівники перебувають під впливом вихідних зі спеціальних окулярів і навушників звукових та світлових спалахів, призначених для того, щоб занурити їхній мозок у стан глибокого розслаблення. |

Біологічний зворотний зв'язок також використовується для зниження м'язової напруги, і через це - для зниження почуття тривоги (Somer, 1995; Stoyva & Budzinski, 1993). Найбільш поширений метод використовує такий пристрій, як електроміограф (ЕМГ), який інформує про рівень м'язової напруги тіла. До м'язів людини (зазвичай до м'язів чола) прикріплені електроди, які визначають незначну електричну активність, що супроводжує м'язову напругу (див. рис. 4.4). Потім пристрій переводить електричні потенціали, що йдуть від м'язів, сигнал: лінії на моніторі або звук, який змінюється зі змінами м'язової напруги. Шляхом проб і помилок клієнти опановують вміння довільно знижувати м'язову напругу і, теоретично, знижувати напругу і тривогу в ситуації стресу. Дослідження показали, що біологічний зворотний зв'язок з використанням ЕМГ допомагає як здоровим, так і тривожним людям дещо знижувати рівень тривоги (Hurley & Meminger, 1992; Rice & Blanchard, 1982).

**Малюнок 4.4. Робота біологічного зворотного зв'язку.** Ця система біологічного зворотного зв'язку реєструє напругу в м'язах чола людини, яка страждає на тривожний розлад. Система отримує сигнал, посилює його, переводить в образ і виводить на монітор інформацію про рівень напруги, дозволяючи клієнту "спостерігати" його та намагатися зменшити свої тривожні реакції. (1 - приймач, 2 - підсилювач, 3 - перетворювач, 4 - монітор.)

***Біологічний зворотний зв'язок*** *- терапевтична техніка, в якій людині надається інформація про її фізіологічні реакції у міру їх виникнення, за допомогою чого людина вчиться довільно контролювати їх.*

***Електроміограф (ЕМГ)*** *- пристрій, який забезпечує зворотний зв'язок із м'язовою напругою тіла.*

У 1960-х і 1970-х роках багато хто навіть проголошував біологічний зворотний зв'язок підходом, який змінить медицину. Хоча цього не сталося, ця техніка досі має велику користь у ролі додаткового засобу в лікуванні деяких фізичних проблем, наприклад, головного болю, болю в попереку, шлунково-кишкових розладів, припадків та таких нервово-м'язових розладів, як церебральний параліч (Labbe , 1995; Newton et al., 1995).

**Резюме**

Люди з генералізованим тривожним розладом відчувають надмірну тривогу і турбуються про численні події та дії. Різні теорії виникнення та методи лікування цього розладу отримали незначне підтвердження дослідженнями, хоча сучасний когнітивний та біологічний підходи здаються перспективними.

**Соціокультурний підхід.** Відповідно до соціокультурної точки зору, наростання соціальних небезпек та тиску може створювати умови, що сприяють розвитку генералізованого тривожного розладу.

**Психодинамічний підхід.** Фрейд вважав, що генералізоване тривожне розлад може розвиватися внаслідок руйнування захисних механізмів чи його недостатнього функціонування. Прихильники психодинамічного підходу використовують метод вільних асоціацій, інтерпретацію та подібні психодинамічні техніки, щоб допомогти людям впоратися з їхніми труднощами.

**Гуманістичний та екзистенційний підходи.** Карл Роджерс, провідний теоретик гуманістичного підходу, стверджував, що з генералізованим тривожним розладом не отримали у дитинстві безумовного позитивного ставлення себе із боку значимих їм людей і тому стали надто критично ставитися себе. Він розробив для таких людей клієнт-центровану терапію.

Екзистенціалісти вважають, що генералізований тривожний розлад походить з екзистенційної тривоги, яку відчувають тривожні люди, знаючи, що життя має межі, і припускаючи, що воно може виявитися безглуздим. Екзистенційні терапевти допомагають людям взяти на себе відповідальність і наповнити своє життя змістом.

**Когнітивний підхід.** Прихильники когнітивного підходу вважають, що причиною генералізованого тривожного розладу є неадекватні переконання, через які люди більшість життєвих ситуацій розцінюють як загрозливі. Когнітивні терапевти допомагають тривожним людям змінити ці переконання та вчать, як тримати себе в руках у ситуації стресу.

**Біологічний підхід** Прихильники біологічного підходу стверджують, що генералізоване тривожне розлад розвивається внаслідок низької активності нейротрансмітера ГАМК. Найбільш поширеним біологічним лікуванням є призначення заспокійливих засобів, особливо бензодіазепінів. У багатьох випадках використовуються також тренінг релаксації та біологічний зворотний зв'язок.

**Фобія.**

***Фобія*** (від грецького «страх») – це стійкий та необґрунтований страх перед окремими предметами, діями чи ситуаціями. Люди, які страждають на фобію, відчувають страх навіть при думці про предмет або ситуацію, що лякають їх (Thorpe & Salkovskis, 1995), але зазвичай вони почуваються цілком комфортно доти, поки їм вдається уникати цього предмета і думок про нього. Більшість із них добре розуміють, що їхні страхи надмірні та необґрунтовані. Деякі не мають уявлення про походження власних страхів.

***Фобія*** *— стійкий та необґрунтований страх перед окремими предметами, діями чи ситуаціями.*

У кожного з нас є деякі області, які вселяють особливий страх. Це нормально, коли якісь речі засмучують нас більше за інших, можливо навіть, що на різних етапах нашого життя це будуть різні речі. Обстеження жителів Берлінгтона у Вермонті показало, що страхи натовпу, смерті, травм, хвороб та самотності більш поширені серед шістдесятирічних людей, ніж серед інших вікових груп (Agras, Sylvester, & Oliveau, 1969). У двадцятирічних частіше зустрічається страх змій, висоти, грози, закритих приміщень та соціальних ситуацій (див. рис. 4.5).

**Малюнок 4.5. Певні вікові групи зазвичай мають певні страхи.** Близько 70% двадцятирічних — більше, ніж будь-яка інша вікова група, що обстежуються у Вермонті, — бояться змій та висоти. Люди шістдесятирічного віку, навпаки, більше молодих бояться натовпу та смерті. (Agras, Sylvester, & Oliveau, 1969, p. 153, адаптовано)

Чим ці поширені страхи відрізняються від фобії? Чим, наприклад, "природний" страх перед зміями відрізняється від фобії змій? DSM-IV показує, що фобія є сильнішою і стійкішою, і бажання уникати предмета чи ситуації велике (АРА, 1994). Люди з фобіями зазнають такої напруги, що їхні страхи можуть драматичним чином впливати на особисте, соціальне чи професійне життя цих людей.

Фобії поширені у суспільстві. Згідно з дослідженнями, на кожен взятий рік від 10 до 11% дорослого населення Сполучених Штатів страждають на фобії (Magee et al., 1996; Regier et al., 1993; Eaton et al., 1991). Більш ніж 14% населення розвивається фобія на якомусь відрізку їхнього життя. Жінки страждають фобіями вдвічі частіше за чоловіків.

**Типи фобій.**

DSM-IV поділяє фобії на три категорії: агорафобія, соціофобія та специфічні фобії. ***Агорафобія*** (від грецького «страх ринкової площі») — це страх появи у громадських місцях, особливо без супроводу. *Соціофобії -* страх соціальних ситуацій чи ситуацій виступу, коли може виникнути збентеження. Решта фобії класифікуються як *специфічні фобії.*

***Агорафобія***

Люди з агорафобією бояться залишати свій будинок та відвідувати громадські місця. Як правило, вони побоюються появи у них там тривожних симптомів, таких як запаморочення, серцебиття, уповільнення дихання, і що вони не в змозі впоратися з ними або отримати допомогу (див. Діагностичну таблицю DSM-IV в Додатку). Щороку від 2 до 4% дорослих у Сполучених Штатах відчувають цей страх, причому у жінок він зустрічається вдвічі частіше (Magee et al, 1996; Eaton et al, 1991). Агорафобія зазвичай формується у двадцяти-тридцятирічних людей, таких як Вероніка:

*Декілька місяців до звернення за терапією Вероніка була нездатна вийти з власного будинку ... «Наче щось жахливе станеться зі мною, якщо я негайно не повернуся додому». Навіть після повернення додому вона близько години відчувала внутрішнє тремтіння і не могла нічого робити і ні з ким говорити. Тим не менше, поки вона залишалася вдома або в своєму саду, вона могла вести своє рутинне життя без особливих проблем... Через агорафобію вона не змогла повернутися на своє місце викладача математики в місцевій середній школі після літніх канікул. (Goldstein & Palmer, 1975, p. 163-164)*

***Агорафобія*** - *велика фобія, при якій люди, які страждають нею, бояться залишати свій будинок і відвідувати громадські місця або потрапляти в ситуації, де, як вони вважають, можна випробувати симптоми, що турбують, і виявитися не в змозі впоратися з ними або отримати допомогу.*

У багатьох випадках інтенсивність агорафобії коливається. У важких випадках люди фактично стають бранцями власних будинків. Їхнє соціальне життя втрачає значення, вони не можуть утриматися на роботі. Люди з агорафобією можуть впасти в депресію, часто через жорсткі обмеження, що накладаються фобією на їхнє життя.

Багато людей, які страждають на агорафобію, відчувають сильні і раптові спалахи страху, звані *нападами паніки* (або *панічними атаками),* коли вони потрапляють у громадські місця. Цей випадок агорафобії вважають *панічним розладом з агорафобією,* особливим типом тривожних розладів, оскільки в цьому розладі міститься щось більше, ніж всеосяжний страх виходу з дому. Цей розлад, який обговорюватиметься в наступному розділі, має, як вважається, інше походження, ніж фобії, про які йдеться тут (Pollard et al., 1996).

|  |
| --- |
| ***Агорафобія.*** Картина Джорджа Тукера «Підземка» передає почуття загрози та відчуття попадання в пастку, які багато людей, які страждають на агорафобію, відчувають, відвідуючи громадські місця. |

***Соціофобії***

Багато людей хвилюються, коли їх чекають зустрічі з іншими, або розмови, або виступ перед людьми. Оперна співачка Марія Каллас, наприклад, часто тремтіла від страху, чекаючи за лаштунками моменту виходу на сцену (Marks, 1987). Такі нормальні соціальні страхи завдають певних незручностей, але люди, незважаючи на їх наявність, продовжують активно працювати, деякі дуже продуктивно.

Навпаки, люди з соціофобією мають сильні, стійкі та необґрунтовані страхи соціальних ситуацій або виступів, в яких вони можуть занепокоїтися (див. Діагностичну таблицю DSM-IV у Додатку).

***Соціофобія*** *— сильний і стійкий страх перед соціальними ситуаціями чи виступами, у яких може бути замішання.*

Соціофобія може бути *специфічною,* наприклад, страх перед розмовами чи виступами, страх прийому їжі в громадському місці, користування громадською вбиральнею, написання чогось на увазі в інших, або вона може бути ширшим страхом неадекватних дій, *коли* на людину дивляться інші люди ( Norton та ін., 1997). І в тому, і в іншому випадку люди звинувачують себе в тому, що вони роблять гірше, ніж є насправді (Rapee & Hayman, 1996).

Соціофобія сильно впливає життя людей (Stein et al., 1994; Liebowitz, 1992). Людина, нездатна взаємодіяти з іншими або виступати перед людьми, може не впоратися із виконанням відповідальної роботи. Той, хто не може їсти у присутності інших, може відхиляти запрошення на вечерю та інші соціальні можливості. Так як більшість людей з цією фобією тримають свої страхи в секреті, подібні відмови часто невірно інтерпретуються як снобізм, відсутність інтересу чи впертість.

Безсумнівно, соціофобії найпоширеніші, ніж агорафобія. За щорічними даними, близько 8% населення мають ці проблеми, на трьох жінок з соціофобією припадає два чоловіки (Magee et al., 1996; АРА, 1994). Це розлад часто починається у пізньому дитинстві чи юності, і може тривати роками, хоча його інтенсивність згодом може змінюватися.

**Сцени із сучасного життя**

*Фальшиві ноти*

Згідно з недавнім обстеженням тисячі шестисот професійних музикантів, двоє з кожних десяти оркестрантів у Великобританії приймають психотропні засоби, щоб заспокоїти нерви (Hall, 1997). Загалом 22% музикантів заявили, що мали тривалі періоди тривоги і 28% зазнавали депресії. Близько 40% страждають на безсоння. У багатьох прискорено дихання.

Три чверті опитаних музикантів так хвилюються під час виступу, що це відбивається на їхній грі. Як результат, один із десяти приймає *бета-блокатори —* засоби, які, як вважається, допомагають виступати, сповільнюючи серцебиття і знімаючи тремтіння. Близько 6% музикантів перед виступом вживають алкоголь.

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Чому така велика кількість професійних виконавців особливо схильна до соціальної тривожності? Чи не можуть їх постійні появи перед публікою призвести до зниження страху? Чи можливо, що у багатьох випадках страх виступу перед аудиторією розпочався до вибору музикантами своєї професії? |

***Специфічні фобії***

***Специфічна фобія*** — це стійкий страх перед специфічним об'єктом чи ситуацією — звісно, іншими, ніж перебування у громадському місці (агорафобія), чи соціальними ситуаціями, які викликають замішання (социофобия). Зустрічаючись з таким об'єктом або потрапляючи в таку ситуацію, люди, які страждають на цей розлад, відчувають напад страху (див. Діагностичну таблицю DSM-IV в Додатку).

***Специфічна фобія*** *- сильний і стійкий страх перед специфічним об'єктом або ситуацією (за винятком агорафобії та соціофобії).*

Поширеними специфічними фобіями є сильний страх перед певними тваринами або комахами, страх висоти, закритих приміщень та грози. Ось кілька описів «з перших вуст» (взято з Melville, 1978):

***Павуки (арахнофобія):*** *Побачивши павука я ціпенію від страху, вся тремчу. Мене кидає в жар, паморочиться в голові. Мене іноді нудить, і одного разу я зомліла, не в силах винести цього. Ці симптоми тривають три чи чотири дні після того, як я побачу павука. Реалістичний малюнок може викликати в мене таку саму реакцію, особливо якщо я випадково покладу на нього руку.*

***Польоти (аерофобія):*** *Ми піднялися на борт, а потім почався зліт. Потім повторилося це страшне відчуття, що ми набираємо швидкість. Мене знову охопило це давнє відчуття паніки. Все навколо, і я в тому числі, були як щенята, прив'язані до крісел, не владні над своєю долею. Щоразу, коли літак змінював швидкість чи напрямок, моє серце стрибало, і я поспішав запитати, що сталося. Коли літак почав скидати висоту, я злякався, що ми розіб'ємось.*

***Грози (тонітрофобія):*** *Щороку наприкінці березня я починаю сильно хвилюватися, оскільки наближається літо та будуть грози. Я боюся їх із двадцяти років, але останні три роки ще більше. У мене починається таке серцебиття, що кілька годин після грози болить весь лівий бік тіла... Я кажу собі, що залишусь у кімнаті, але коли вибухає гроза, стаю як желе, перетворююсь на ніщо. У мене є невелика шафа, і я забираюся в неї, зажмурююсь так сильно, що потім нічого не бачу близько години, і якщо я сиджу в шафі більше години, чоловікові доводиться розпрямляти мене.*

Щорічно близько 9% населення Сполучених Штатів мають симптоми специфічної фобії (АРА, 1994; Kessler et al, 1994). 11% страждають на специфічні фобії в якийсь період свого життя, і у багатьох людей спостерігається кілька специфічних фобій одночасно (Magee et al., 1996; Eaton et al., 1991). У жінок подібний розлад зустрічається вдвічі частіше, ніж у чоловіків (Fredrikson et al., 1996).

Вплив специфічних фобій життя людини залежить від цього, *що* викликає страх. Деяких речей легше уникнути, ніж інших. Люди, які бояться собак, комах чи води, так чи інакше зустрічатимуться з предметами свого страху. Їхні старання уникнути зустрічі з ними мають бути дуже старанними і можуть сильно порушити перебіг їхнього життя. Люди, які бояться змій, зустрічають їх дуже рідко.

Як показано на малюнку 4-6, більшість людей зі специфічними фобіями – майже 90% – не звертається за лікуванням. Їм простіше уникати зустрічі з предметами свого страху (Regier et al., 1993).

Специфічні фобії можуть розвинутись у будь-який період життя, хоча деякі з них, наприклад фобії тварин, мають тенденцію формуватися в дитинстві, і згодом можуть зникнути власними силами (АРА, 1994). Фобії, які продовжуються або починаються у дорослому віці, мають тенденцію зберігатися та зменшуються лише в результаті лікування.

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Запитайте людей, чого вони бояться, і, можливо, ви станете володарем довгого переліку загрозливих предметів чи ситуацій. Тим не менш, більшість людей живуть без особливих труднощів і ніколи не звертаються за лікуванням. Чи відрізняються страхи цих людей від фобій? Чи деякі люди просто більш здатні обминати свої фобії, ніж інші? |

**Теорії виникнення фобій.**

Кожна із моделей пропонує свою теорію виникнення фобій. Психодинамічна модель Фрейда колись мала найбільший вплив, але в останні роки більшу увагу та підтримку отримала теорія біхевіористів.

***Психодинамічна теорія***

Фрейд вважав, що фобії є результатом зайвого використання людиною захисних механізмів *витіснення* та *перенесення* контролю прихованої тривоги. Такі люди часто відтісняють сигнали, що викликають тривогу, глибше в несвідоме (витіснення) і переміщують свої страхи на нейтральні об'єкти або ситуації, з якими легше впоратися і простіше контролювати (перенесення). Хоча нові предмети страху часто пов'язані з загрозливими сигналами, людей не турбує цей зв'язок.

Розглянемо у Фрейда (1909 р.) знаменитий випадок дослідження фобії маленького Ганса, чотирирічного хлопчика, який, здавалося, раптово розвинувся сильний страх перед кіньми. Фрейд доводив, що насіння цієї фобії було посіяно за кілька місяців до її початку. Коли Гансу було три роки, він почав висловлювати сексуальні почуття до своєї матері, маніпулюючи своїм пенісом та звертаючись до матері з проханням покласти на нього палець. Вона відповіла загрозою відрізати його пеніс і наголосила, що його бажання зовсім непристойні. За Фрейдом, ця загроза так налякала Ганса, що він почав несвідомо боятися, що батько теж дізнається про його бажання і каструє його. Проте Ганс не свідомо боявся своїх імпульсів Ід, своєї матері та батька, навпаки, він витіснив ці імпульси і переніс свої страхи на нейтральний об'єкт — на коней. Його вибір упав на коней, за припущенням Фрейда, оскільки хлопчик асоціював їх зі своїм батьком.

Фрейдівська теорія виникнення фобій, як та її теорія виникнення генералізованого тривожного розлади, з роками не отримала великої наукової підтримки. Прихильники сучасних психодинамічної, гуманістичної, когнітивної та біологічної моделей теж виявилися неспроможними пролити світло на причину виникнення фобій у людей. Навпаки, теорія виникнення фобій, запропонована біхевіористами, отримала значну наукову підтримку і є на сьогоднішній день найвпливовішою у клінічній сфері.

***Біхевіористська теорія***

Біхевіористи вважають, що люди з фобіями формують свій страх перед певними об'єктами, ситуаціями чи подіями шляхом класичного обумовлення. Якось відчувши страх, люди уникають лякаючих об'єктів чи ситуацій, втрачаючи можливість набути контролю над своїм страхом.

**Вироблення реакцій страху та уникнення.** Біхевіористи запропонували ***класичне обумовлення*** як звичайний шлях придбання реакцій страху на об'єкти або ситуації, які не є небезпечними насправді (Wolpe & Plaud, 1997). При класичному обумовленні дві події, що відбуваються одночасно, стають міцно пов'язаними один з одним в розумі людини, і потім людина однаково реагує на кожну з них (див. розділ 2). Якщо одна подія викликає реакцію страху, її може викликати й інша подія.

***Класичне обумовлення*** *— процес навчання, у якому дві події, які неодноразово виникають одночасно, пов'язуються в умі людини один з одним, у результаті викликають однакову реакцію.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Захворювання | Відсоток дорослих, які мають захворювання та при цьому проходять терапію, % | Кількість дорослих (за рік), які проходять терапію, млн. |
| генералізований тривожний розлад | 27 | 1,6 |
| агорафобія | 23 | 1,4 |
| соціофобії | 21 | 0,5 |
| специфічні фобії | 12 | 1,5 |

**Малюнок 4.6. Хто звертається за терапією тривожних розладів?** Щороку в Сполучених Штатах понад чверть людей, які страждають на генералізований тривожний розлад, проходять терапію. У той же час по лікарську допомогу звертається лише одна восьма частина людей зі специфічними фобіями як розладами, що менш впливають на життя (Regier et al., 1993; Blazer et al., 1991; Boyd et al., 1990).

У 1920-х роках вчені описали випадок молодої жінки, яка, безперечно, придбала фобію поточної води шляхом класичного обумовлення (Bagby, 1922). Семирічною дитиною вона вирушила на пікнік зі своїми матір'ю та тіткою і після сніданку одна втекла до лісу. Карабкаючись великим каменем, вона виявила, що її нога застрягла між двома з них. Чим шаленіша вона намагалася звільнитися, тим сильніше застрягла. Ніхто не чув її криків, і вона лякалася дедалі більше. Мовою біхевіористів ця пастка з каменів формувала реакцію страху:

Пастка - Реакція страху

Намагаючись звільнити ногу, дівчинка чула неподалік шум водоспаду. Звук води, що біжить, зв'язався в її розумі з лютою битвою з камінням, і в неї також виробився страх перед водою, що біжить:

Вода, що біжить — Реакція страху

Нарешті тітка знайшла дитину, що плакала, звільнила її і заспокоїла, але психологічна травма вже була завдана. З того дня дівчинка боялася шуму води, що біжить. Протягом багатьох років членам сім'ї доводилося змушувати її приймати душ. Коли вона подорожувала поїздом, її друзям доводилося зачиняти вікна, щоб вона не бачила жодних річок. Очевидно, що у молодої жінки утворилася фобія шляхом формування умовного рефлексу, який зрозуміло створює *обумовлену реакцію* (ОР) страху.

|  |
| --- |
| «У дітей завжди погано виходило слухатися старших, зате їм завжди чудово вдавалося їм наслідувати». - Джеймс Болдуін, «П'ята авеню» |

У термінах умовно-рефлекторної теорії, пастка являла собою *безумовний стимул* (БС), Вода, що біжить, являла собою *умовний стимул* (УС), який раніше був нейтральним, але став в розумі дитини асоціюватися з пасткою і почав так само викликати реакцію страху. Новопридбаний страх був *умовною реакцією* (УР):

БС: Пастка - ОР: Страх

УС: Вода, що біжить — УР: Страх

Придбання реакцій страху може відбуватися також через моделювання, тобто шляхом спостереження та наслідування (Bandura & Rosenthal, 1966). Людина може спостерігати, як інші бояться якихось предметів чи подій, і сама набути страху перед ними. Прикладом може бути маленький хлопчик, мама якого боїться хвороб, лікарів та лікарень. Якщо вона неодноразово демонструє свої страхи, незабаром і сам хлопчик, можливо, відчуватиме страх перед хворобами, лікарями та лікарнями.

***Моделювання*** *- процес навчання, в якому людина спостерігає за іншими і потім наслідує їх; також терапевтичний підхід, заснований на тому ж принципі.*

Чому чиїсь неприємні переживання перетворюються на довготривалу фобію? Хіба не повинна була дівчинка, яка потрапила в пастку, згодом переконатися, що вода, що біжить, не принесе їй ніякої шкоди? Хіба не повинен хлопчик із віком зрозуміти, що хвороби тимчасові, а лікарі та лікарні корисні? Біхевіористи вважають, що після набуття реакції страху люди намагаються *уникати* того, що лякає їх. Щоразу, коли вони виявляють, що наблизилися до об'єкта, що лякає, вони поспішають піти від нього. До того ж, вони можуть заздалегідь планувати свої дії, щоб уникнути подібної зустрічі. Згадайте, що друзі дівчини закривали вікна у поїздах, щоб вона могла не бачити річки. Люди з фобіями не стикаються з лякаючими їх предметами досить часто для того, щоб переконатися в їхній нешкідливості (Kim & Hoover, 1996; Mowrer, 1947, 1939).

Біхевіористи припускають, що набуті специфічні страхи, коли їх у людини набирається велика кількість, переростають у тривожний розлад, що генералізований. Такий результат може виходити внаслідок генералізації стимулів: реакцію, сформовану на одні стимули можуть викликати схожі стимули. Придбаний дівчинкою, що застрягла серед каміння, страх перед водою, що біжить, міг генералізуватися і викликатися такими схожими стимулами, як звук молока, що наливається в склянку, або енергійна музика. Припустимо, людина зазнала кількох подій, що травмують, кожна з яких викликала реакцію страху на один-два стимули, а потім відбулася генералізація стимулів на схожі. У цієї людини формується велика кількість страхів, і врешті-решт вона може захворіти на генералізований тривожний розлад.

***Генералізація стимулів*** *- феномен, у якому реакцію, сформовану на одні стимули, викликають схожі стимули.*

**Наукове дослідження біхевіористської теорії формування фобій.** Деякі лабораторні експерименти виявили, що у людей і тварин справді можна виробити реакцію страху шляхом формування умовного рефлексу (Miller, 1948; Mowrer, 1947, 1939). У відомому звіті про результати дослідження психологи Джон Уотсон (John В. Watson) та Розалі Райнер (Rosalie Rayner) (1920) описали, як вони навчили малюка, званого маленький Альберт, боятися білих щурів. Кілька тижнів Альберту дозволяли грати з білим щуром, і це приносило йому задоволення. Одного разу, коли Альберт потягнувся до щура, експериментатор ударив молотком по сталевій пластині, видавши дуже гучний звук, який злякав і засмутив дитину. Вотсон (1930) описував це так: «Тієї миті, як йому показували щура, дитина починала плакати ...і повзала геть від неї так швидко, що насилу вдавалося зловити його, поки він не дістався краю матраца» (с. 161).

|  |
| --- |
| ***Глядачі, обережно!*** Коли люди бачать, як інші бояться якогось предмета чи ситуації, у них може сформуватися страх перед цим предметом (моделювання). Фільм Альфреда Хічкока «Птахи» призвів у 1960-ті роки до збільшення кількості випадків орнітофобії (страшні птахів). |

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** У наші дні Комітети з охорони прав людини, можливо, не дозволили б Уотсону та Райнеру проводити їхній експеримент із маленьким Альбертом. Що в цьому експерименті могло викликати їхнє занепокоєння? Чи переважить їхня тривога важливість відкриття, отриманого в результаті експерименту? |

Дослідження також підтвердили припущення біхевіористів про те, що страхи можуть виникнути внаслідок моделювання. Наприклад, психологи Альберт Бандура (Albert Bandura) і Теодор Poзeнтaль (Theodore Rosenthal) (1966) показували людям, як людина, здавалося, зазнавала удару електрикою щоразу, коли звучала сирена. Насправді жертвою був помічник експериментатора — у дослідницьких термінах, *спільник, —* який зображував за сигналом сирени, що він відчуває біль, сіпаючись і волаючи.

Після того, як глядачі, які не підозрюють про каверзу, кілька разів побачили подібні епізоди, вони самі стали відчувати страх при звуку сирени.

***Спільник*** *— помічник експериментатора, який допомагає створити в ході експерименту потрібну ситуацію (настрій), розігруючи іншу людину.*

Хоча ці експерименти підтверджують теорію біхевіористів, інші дослідження ставлять її під сумнів (Graham & Gaffan, 1997; Marks, 1987). Наприклад, в ході деяких інших лабораторних експериментів з дітьми та дорослими не вдалося сформувати у них реакцію страху (Halam & Rachman, 1976; Bancroft, 1971). До того ж, у процесі вивчення клінічних випадків людей, котрі страждають фобіями, лише деяких випадках вдалося знайти специфічні приклади вироблення умовного рефлексу чи моделювання ( Hofmann, Ehlers, & Roth, 1995; Mellman, 1995). Так що фобії *можуть бути* викликані шляхом класичного обумовлення або моделювання, але дослідниками не було встановлено, що цей розлад *зазвичай* виникає з цих причин.

**Крупним планом**

*Фобії відомі та незнайомі*

Англії та англійських речей - англофобія

Бідності - пеніафобія

Вагітності - майєусіофобія

Бога - теофобія

Хвороби - ноземафобія

Вітру - анемофобія

Води - гідрофобія

Повітря - аерофобія

Висоти - гіпсофобія

Око - омматофобія

Глотанія - фагофобія

Гомосексуальності - гомофобія

Грабіжників - гарпаксофобія

Демонів чи дияволів — демонофобія

Грошей - хрометофобія

Дерев - дендрофобія

Дітей – педіофобія

Денного світла – фенгофобія

Дощу - омброфобія

Будинки - доматофобія

Жари - термофобія

Залізниці - сидеродромофобія

Жінок - гінофобія

Тварин — зоофобія

Запахів - осмофобія

Закритого простору – клаустрофобія

Дзеркал - ейсоптрофобія

Змій - офідіофобія

Зубов - одонтофобія

Йти мостом — гефірофобія

Забруднитись — аутомісофобія

Книг - бібліофобія

Шкіри – дерматофобія

Шкірних хвороб - дерматосіофобія

Крові - гематофобія

Ляльок - педіофобія

Ліки - фармакофобія

Коней - гіпофобія

Льоду, інея - кріофобія

Людей - антропофобія

Механізмів - механофобія

Мєхов - дорафобія

Мікробів - спермофобія

Могил - тафофобія

Чоловіків - андрофобія

Мишей - мусофобія

М'яса - карнофобія

Повені - антлофобія

Наготи - гімнофобія

Покарання - пойнефобія

Насмішок - катагелофобія

Перебувати під пильним поглядом — скопофобія

Незнайомців – ксенофобія

Нічі - ніхтофобія

Вогню - пірофобія

Ос - сфексофобія

Гострих предметів – оксифобія

Павуків - арахнофобія

Польотів - аерофобія

Писати – графофобія

Привидів - фасмофобія

Дотиків – гафефобія

Птахів - орнітофобія

Порожніх приміщень - кенофобія

Подорожей - рокофобія

Ракет - балістофобія

Поранень, травм - травматофобія

Рік - потамофобія

Росії та російських речей - русофобія

Сатани - сатанофобія

Весілля - гамофобія

Сексуальних зносин - коітофобія, кіпідофобія

Швидкості - тахофобія

Слів - логофобія

Сну - гіпнофобія

Сніга - хіонофобія

Сновидінь - онейрофобія

Собак - кінофобія

Сонця - геліофобія

Страху - фобофобія

Темряви - ахлуофобія, ніхтофобія

Тіней - сіофобія

Натовпи - охлофобія

Трупів – некрофобія

Туману — гомихлофобія

Задоволення - гедонофобія

Задухи - пнігофобія

Укусів (комах) - снідофобія

Фекалій - копрофобія

Фізичного кохання - еротофобія

Франції та французьких речей - галофобія

Хірургічних операцій - ергазіофобія

Квітів - антофобія

Церков - еклезіафобія

Хробак - гельмінтофобія

Шуму чи гучної розмови — фонофобія

Отрута – токсифобія

(Melville, 1978, р. 196-202)

|  |
| --- |
| ***Офідіофобія* .** Страх перед зміями – одна з найпоширеніших специфічних фобій. |

***Біхевіорістсько - біологічна теорія***

Деякі фобії поширені більшою мірою, ніж інші (Bixler, Floyd, & Hammitt, 1995). Фобічні реакції на тварин, висоту та темряву зустрічаються частіше, ніж фобічні реакції на м'ясо, траву, будівлі. Біхевіористи часто пояснюють це припущенням, що люди як вид мають схильність до формування певних страхів (Ohman & Soares, 1993; Seligman, 1971). Цю схильність ще називають готовністю, оскільки люди теоретично «підготовлені» до формування одних фобій, а формування інших більш стійкі. Маркс (IM Marks) (1977) звертає на це увагу в описі клінічного випадку:

*Чотирирічна дівчинка грала в парку. Їй здалося, що вона побачила змію. Дівчинка помчала до машини батьків і застрибнула в салон, зачинивши за собою дверцята. На жаль, дверцята машини, що закриваються, прищемила руку дитини, результатом чого з'явився сильний біль і кілька візитів до лікаря. До того вона, можливо, боялася змій, але не так гостро. Після цього випадку сформувалася фобія змій, а не автомобілів або автомобільних дверцят. Фобія змій збереглася й у дорослому віці, коли дівчина звернулася до мене за терапією (с. 192).*

***Готовність*** *- схильність до формування певних страхів.*

У кількох серіях важливих тестів на готовність психолог Арні Оман (Arne Ohman) з колегами формували різні види страхів у двох групах людей (Ohman & Soares, 1993; Ohman, Erixon, & Lofberg, 1975). В одному експерименті вони демонстрували всім учасникам слайди з людськими обличчями, будинками, зміями та павуками. Одна група отримувала електрошок під час показу слайдів з обличчями та будинками, а інша група – під час показу слайдів зі зміями та павуками. Чи була у учасників вища готовність до формування страху перед зміями та павуками? Використовуючи шкірні реакції або шкірно-гальванічні реакції (КГР) для вимірювання страху, експериментатори виявили, що в обох груп сформувалася реакція страху на об'єкти, демонстрація яких супроводжувалася електрошоком. Але потім вони наголосили на цікавій особливості: після невеликого періоду скасування електрошоку у людей, які сформували реакцію страху на обличчя та будівлі, припинилася реєстрація високого рівня КМР при демонстрації цих об'єктів. А у людей, які сформували реакцію страху на змій та павуків, при показі слайдів із ними високий рівень КМР зберігався довгий час. Одна з інтерпретацій така, що тварини та комахи скоріше можуть сформувати фобії у людей, ніж особи чи будівлі.

|  |
| --- |
| «Вигляд крові викликає природний страх у кожній людській істоті… Фобія запахів також є широко поширеною фобією… Існує дуже мало людей, для яких немає неприємних запахів». - Бенджамін Раш (Benjamin Rush), родоначальник американської психіатрії (1745-1813) |

Дослідникам невідомо, чи є причиною схильності людей до страху біологічні фактори або чинники навколишнього середовища. Ті, хто вірить у біологічну схильність, доводять, що схильність до страху передавалася генетично у процесі еволюції (Graham & Gaffan, 1997; De-Silva, Rachman, & Seligman, 1977). Ті з наших предків, у кого скоріше формувався страх перед темрявою, висотою, тваринами та подібними речами, мали більше шансів прожити досить довго, щоби залишити потомство. Навпаки, вчені, які вважають, що схильність обумовлена чинниками навколишнього середовища, стверджують, що наш життєвий досвід вчить нас з ранніх років тому, що певні об'єкти є законними джерелами страху, і це навчання багатьох людей приводить до формування відповідних страхів (Carr, 1979).

**Терапія фобії.**

Прибічники кожного з підходів пропонують свої методи лікування фобій, але найчастіше застосовуються терапевтичні підходи біхевіористів. Дослідження показали, що вони є високоефективними і дають здебільшого найкращі результати (Wolpe, 1997; Emmelkamp, 1994, 1982). Тому ми докладніше зупинимося на методах терапії специфічних фобій, агорафобії та соціофобії, пропонованих біхевіористами.

***Методи терапії специфічних фобій***

Специфічні фобії є одними з перших успішно виліковуваних тривожних розладів у клінічній практиці. Основними біхевіористськими підходами до лікування цих фобій є десенситизація, повінь та моделювання. Ці підходи поєднують у методи терапії впливу, оскільки у кожному їх люди зіштовхуються з предметом їх страху.

***Методи терапії впливу*** - *біхевіористські методи терапії, в яких люди зі страхами знаходяться під впливом предметів, що їх лякають, або ситуацій.*

Люди, які проходять систематичну десенситизацію, терапевтичну техніку, розроблену Джозефом Вольпе (Joseph Wolpe) (1997, 1987, 1969), навчаються розслаблятися, перебуваючи під впливом об'єктів або ситуацій, які їх лякають. Оскільки стан розслаблення та страх несумісні, вважається, що реакція розслаблення перешкодить появі реакції страху. Терапевти, які використовують десенситизацію, спочатку проводять тренінг релаксації, щоб допомогти клієнтам зменшити м'язову напругу. Після тривалої практики клієнти набувають здатності входити у стан розслаблення за власним бажанням. Потім готові до проходження наступних стадій десенситизации.

На перших сесіях терапевти допомагають клієнтам скласти ієрархію страхів, перелік ситуацій, у яких виникає фобія. Ситуації ранжуються за силою страху, що виникає: від тих, які викликають лише мінімальний страх, до обставин, в яких людиною опановує глибокий жах.

Потім клієнти навчаються поєднувати своє розслаблення із впливом об'єктів, яких вони бояться. Коли клієнт перебуває у стані розслаблення, терапевт створює ситуацію, що знаходиться на нижньому щаблі ***ієрархії страхів.*** Це може бути справжнє фізичне зіткнення, що має назву *десенситизації in vivo.* Наприклад, людина, яка боїться висоти, може стати на стілець або піднятися на драбину. Або зіткнення може бути уявним, тоді цей процес називається *прихованою десенситизацією.* І тут клієнт уявляє собі лякає його подія, тоді як терапевт описує його. Клієнт просувається по всіх пунктах переліку страхів, поєднуючи реакцію розслаблення з кожним із них. Оскільки першими пунктами ставляться не дуже лякаючі ситуації, зазвичай клієнту потрібно так багато часу задля досягнення розслаблення. У ході курсу з кількох сесій клієнти піднімаються ієрархічними сходами своїх страхів, поки не досягають найбільш сильного з них і не долають його.

|  |
| --- |
| ***Політ у жахливому небі.*** Намагаючись зменшити суму в мільярди доларів, що щорічно втрачається через страх перед польотами, деякі авіалінії пропонують людям, які страждають на фобію польотів, програми біхевіористської терапії впливу. Ці майбутні пасажири починають із тренінгу релаксації. |

***Систематична десенситизація*** *— біхевіористська техніка, що використовує тренінг релаксації та складання ієрархії страхів для того, щоб допомогти людям з фобіями спокійно реагувати на предмети, що їх лякають, або ситуації.*

***Ієрархія страхів*** *- перелік предметів або ситуацій, перед якими людина відчуває страх, що починається з тих предметів або ситуацій, страх перед якими невеликий, і закінчується тими, які вселяють жах.*

Іншим біхевіористським методом терапії специфічних фобій є ***повінь.*** Терапевти, які використовують його, вважають, що люди перестануть боятися тих речей, з якими їх неодноразово стикають, демонструючи при цьому їхню нешкідливість насправді. Терапевти змушують клієнтів зустрічатися з лякаючими предметами чи ситуаціями, не вдаючись до тренінгу релаксації чи ступінчастого підходу. Процедура повені, як і десенситизація, може бути in vivo або прихованою.

***Повінь*** *— техніка терапії фобій, у якій людина інтенсивно і неодноразово піддається впливу об'єкта, що вселяє страх, і переконується в тому, що насправді він нешкідливий.*

Коли терапевти, що використовують метод повені, допомагають клієнтам уявити страх предмети або ситуації, вони часто перебільшують їх опис, так що клієнти відчувають сильне емоційне збудження. У процесі терапії жінки з фобією змій терапевт змушував її уявити серед інших наступну сцену:

*Закрийте очі. Уявіть собі змію. Тепер змусіть себе підняти її. Нагніть, візьміть її, покладіть собі на коліна. Відчуйте, як вона повзе по ваших колінах, покладіть на неї руку. Заберіть руку, відчуйте, як вона рухається на колінах. Спробуйте провести по її тілу пальцями та рукою. Вам не хочеться робити це, змусіть себе це зробити. Примусьте себе це зробити. Схопіть змію. Стисніть її трохи, відчуйте її у своїй руці. Відчуйте, як вона починає обвиватися довкола вашої руки. Дозвольте їй це. Опустіть руку відчуйте, як змія стосується вашої руки і обвивається навколо неї, обвивається навколо зап'ястя. (Hogan, 1986, р. 423-431)*

У техніці моделювання терапевт зустрічається з лякаючим об'єктом чи ситуацією, тоді як клієнти з фобіями спостерігають його (Bandura, 1977, 1971; Bandura, Adams, & Beyer, 1977). Терапевт виступає як модель, демонструючи безпідставність страхів клієнтів. З цієї причини після кількох сесій клієнти можуть сподіватися, що холоднокровно відреагують на зустріч із цими предметами чи ситуаціями. В одному з варіантів моделювання, ***моделюванні за участю*** клієнтів активно підтримують у їх спробах приєднатися до терапевта.

Клінічні дослідження неодноразово виявляли, що біхевіористські методи терапії впливу допомагають у випадках специфічних фобій (Wolpe, 1997; Wolpe et al, 1994; Emmelkamp, 1994).

***Моделювання за участю*** — *біхевіористська техніка, в якій люди, які страждають на страхи, спостерігають взаємодію терапевта (моделі) з лякаючим об'єктом, а потім самі взаємодіють із цим об'єктом.*

Ключем до успіху цих методів терапії є дійсний контакт людини з лякаючими його об'єктами або ситуаціями (Hellstrom & Ost, 1996; Emmelkamp, 1994). Десенситизація in vivo ефективніша, ніж прихована десенситизація, переповнення in vivo ефективніше, ніж приховане переповнення, і моделювання з участю корисніше моделювання, коли клієнти виступають лише ролі спостерігачів ( Menzies & Clarke, 1993). Зараз багато хто з терапевтів-біхевіористів поєднують риси кожного з експозиційних методів (Flynn, Taylor, & Pollard, 1992; Ritchie, 1992).

|  |
| --- |
| ***Моделювання за участю.*** Терапевт, який лікує клієнта, що страждає на фобію змій, першим бере плазуне в руку, а потім спонукає клієнта теж торкнутися змії. |

***Методи терапії агорафобії***

Для лікування агорафобії, як і для лікування специфічних фобій, біхевіористи розробили низку підходів, заснованих на дії (Emmelkamp, 1994; Gelder, 1991). Терапевти, які використовують ці підходи, допомагають клієнтам поступово все далі й далі йти від дому та відвідувати громадські місця. Іноді вони використовують заохочення, підбадьорення, переконання та інші прийоми, що підкріплюють поведінку для того, щоб клієнти зважилися зустрітися з навколишнім світом.

Подібна терапія може відбуватися у групах підтримки (Rose, 1990) або за індивідуальними програмами (Emmelkamp et al., 1992). *У групах підтримки* невелика кількість людей збирається на заняттях, які можуть тривати кілька годин. Члени групи підтримки допомагають та надихають один одного; нарешті, вони можуть навіть умовити один одного залишити безпечну групу та самостійно вирішувати завдання зіткнення з загрозливими стимулами. За *індивідуальними програмами* окремі люди, які страждають на агорафобію, та їхні сім'ї самі проходять подібну терапію, дотримуючись детальних інструкцій терапевта.

Терапія впливом агорафобія досягла значного успіху. Від 60 до 80% людей, які її пройшли, виявили, що їм стало хоч трохи простіше відвідувати громадські місця, і поліпшення, якого вони досягли, зберігалося роками ( Craske & Barlow, 1993; O'Sullivan & Marks, 1991). Тим не менш, лікування частіше буває частковим, ніж повним, і у половини клієнтів бувають рецидиви. Але покращення, які були до рецидиву, швидко повертаються, якщо людина знову звертається за терапією (O'Sullivan & Marks, 1991). Людям, у яких агорафобія поєднується з панічним розладом, лише експозиційна терапія приносить мало користі. Ми уважніше розглянемо цю групу в розділі 5, коли говоритимемо панічні розлади.

***Методи терапії соціофобій***

У терапії соціофобій терапевти лише недавно стали досягати великих успіхів (Herbert, 1995). Цей прогрес відбувся частково завдяки зростанню визнання того, що соціофобій мають дві складові, кожна з яких може підживлюватися іншою: (1) у людей з цими фобіями можуть бути дуже сильні соціальні страхи, і (2) їм може бракувати досвіду в тому, як розпочинати розмову, як говорити про свої потреби, як сприймати потреби інших. Озброєні цим відкриттям, клініцисти тепер лікують соціофобій, намагаючись знизити соціальні страхи або шляхом тренінгу соціальних навичок, або вдаючись до того й до іншого (Juster, Heimberg, & Holt, 1996).

**Зниження соціальних страхів** Дедалі більше клініцистів виписує психотропні препарати зниження соціальних страхів. Однак багато досліджень ефективності цих засобів були невеликими і неконтрольованими, тому ще неясно, які з цих препаратів дійсно допомагають (van Vliet et al., 1997; Taylor, 1995). Тому більшість сьогоднішніх клініцистів покладається на психотерапевтичну техніку лікування соціальних фобій.

Останніми роками біхевіористи ефективно використовували техніки впливу зниження соціальних страхів (DeRubeis & Crits-Christoph, 1998; Juster et al., 1996). Терапевти направляють, надихають і вмовляють клієнтів брати участь у лякаючих соціальних ситуаціях і не виходити з них, поки не піде страх. Зазвичай використовується поступовий підхід і часто надаються домашні завдання.

Групова терапія часто забезпечує ідеальні умови для експозиційної терапії, надаючи людям можливість зіткнутися з соціальними ситуаціями, яких вони бояться, в атмосфері підтримки та турботи (Juster et al., 1996; Scholing & Emmelkamp, 1996). В одній із груп людини, яка боїться, що його руки в присутності інших тремтітимуть, попросили писати на дошці перед групою та розливати чай іншим учасникам (Emmelkamp, 1982).

Для лікування соціальних фобій широко використовуються і когнітивні методи терапії, часто у поєднанні з біхевіористськими техніками (Clark & Wells, 1997; Woody, Chambless, & Glass, 1997). У наступному уривку показано, як Альберт Елліс використовує раціонально-емотивну терапію для того, щоб допомогти людині, яка боїться, що її відкинуть, якщо вона заговорить із групою людей. Ця розмова відбувалася після того, як ця людина виконала домашнє завдання, в якому йому наказувалося відстежувати свої думки та переконання, що прирікають її на провал, і змусити себе в соціальній ситуації сказати що-небудь, що спаде на думку, яким би дурним йому це не здавалося:

*Через два тижні після отримання цього завдання пацієнт прийшов на наступну сесію та заявив:*

*— Я зробив те, що ви сказали мені зробити... Як ви казали, щоразу, коли я виявляв, що віддаляюся від людей, я казав собі:*

*«Стоп, навіть якщо зараз я не чую їх, у мене мають бути якісь думки. Які ж?" І я шукав їх. І думок було багато! І, здавалося, всі вони зводяться до одного.*

*— Навіщо?*

*— До того, що мене, е-е, відкинуть. Якщо я приєднаюся до них, мене відкинуть. І це буде так жахливо, якщо мене відкинуть. І не було жодних причин для мене... приймати цей стан речей... і бути відкинутим у такій жахливій манері...*

*- А ви виконали другу частину домашнього завдання?*

*— Змусити себе заговорити та якось виразити себе?*

*- Так, саме так.*

*— Із цим було гірше. Це виявилося справді важко. Набагато складніше, ніж я думав. Але це зробив.*

*- І?*

*— О, загалом непогано. Я починав говорити кілька разів; більше, ніж я робив раніше. Деякі люди були дуже здивовані. Але я казав...*

*— І як ви почувалися після такого самовираження?*

*- Чудово! Не пам'ятаю, коли я востаннє так почувався. Це було просто чудово! Відчуття чудові! Але це було так тяжко. У мене ледве вдалося зробити це. І ще кілька разів протягом тижня мені доводилося змушувати себе. Але це зробив. І був радий! (Ellis, 1962, р. 202-203)*

|  |
| --- |
| ***Тема лекції: визволення від гніву.*** Попри поширені переконання... Мета тренінгових груп впевненості у собі — навчити людей висловлювати свої бажання соціально прийнятними способами, а не надихати їх неприборкано накидатися на інших. (Copyright 1993 Tribune Media Services, Inc. Передрук забороняється.) |

Дослідження показали, що раціонально-емотивна терапія та подібні до неї когнітивні підходи допомагають зниженню соціальних страхів (Woody et al., 1997; Juster et al., 1996), причому це зниження зберігається роками (Heimberg et al., 1993 1991). Фактично, терапія Елліс краще підходить для лікування соціофобій, ніж більшій частині інших розладів. У той самий час дослідники припускають, що когнітивна терапія, подібно до методів впливу, лише кількох випадках допомагає клієнтам повністю подолати социофобию ( Poulton & Andrews, 1996). Вона знижує соціальний страх, але мало допомагає людям успішно діяти у соціальній сфері (Gardner et al., 1980). Тут першому плані виходить тренінг соціальних навичок.

Тренінг соціальних навичок Терапевти, які використовують тренінг соціальних навичок, комбінують кілька поведінкових технік, щоб допомогти людям удосконалювати їхні соціальні навички. Зазвичай вони моделюють відповідну соціальну поведінку та пропонують клієнтам спробувати себе в ній. Як правило, клієнти розігрують ролі з терапевтами, репетируючи свою нову поведінку, доки у них не почне виходити. Під час цього процесу терапевти забезпечують відкритий зворотний зв'язок та підкріплюють (хвалять) клієнтів за успішне виконання вправи.

Соціальне підкріплення від інших людей, які страждають на соціальні страхи, найчастіше є більш дієвим, ніж підкріплення, наступне від одного терапевта. У *тренінгових групах соціальних навичок* та у *тренінгових групах впевненості у собі* їх члени приміряють він і репетирують нове соціальне поведінка перед іншими членами групи чи разом із нею. Група також може вирішувати, яка поведінка є соціально доречною.

Тренінг соціальних навичок допомагає людям діяти успішніше у соціальних ситуаціях (Emmelkamp, 1994; Mersch et al., 1991). Проте, незважаючи на лікування, деякі люди продовжують відчувати високий рівень страху (Juster et al., 1996, Marks, 1987).

Жоден окремо взятий підхід, чи то поведінкова терапія з техніками впливу, когнітивна терапія чи тренінг соціальних навичок, не призводить до повного зникнення соціальних фобій, і жоден не довів своєї переваги з інших (Wlazlo et al., 1990; Mattick et al. , 1989). Але кожен із них корисний, і якщо їх комбінувати, то результати особливо надихають (Норе & Heimberg, 1993).

**Крупним планом**

*Уявна загальна увага*

Багато людей з тривожним розладом переймаються тим, як вони виглядають в очах інших. Їх може хвилювати, що їхні слова здадуться дурними, зовнішність — непривабливою, а самі вони — нечуйними. Виявляється, вони помиляються і не в тому, як на них дивляться, а в тому, що на них взагалі дивляться. Люди, які не страждають надмірною тривогою, часто припускаються тієї ж помилки.

Психолог Томас Джилович (Thomas Gilovich) зі своїми колегами з Корнеллського університету (1996) виявив, що люди помічають нашу поведінку та нашу зовнішність набагато рідше, ніж нам здається. Коли ці дослідники попросили групу студентів Корнелла носити теніску Баррі Манилоу, збентежені студенти передбачили, що як мінімум половина спостерігачів помітять цю теніску, як тільки вони увійдуть до кімнати. Насправді теніску помітив лише кожен четвертий. Так само лижники перебільшують відсоток тих, хто, піднімаючись на підйомнику, спостерігатиме і обговорюватиме їхнє вміння кататися, доки вони проїжджають під витягом.

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Чому люди, у тому числі й ті, хто страждає на тривожні розлади, можуть бути схильними до думок про те, що іншим дуже цікаво спостерігати за ними? Чому люди мало стурбовані діями та зовнішністю інших? |

**Резюме**

Фобія – це сильний, стійкий та необґрунтований страх перед певним об'єктом, діяльністю чи ситуацією. Близько 11% дорослого населення Сполучених Штатів щорічно страждає від цього розладу. Існує три основні категорії фобій: агорафобія, соціофобія та специфічні фобії.

Теорії виникнення фобій. Довгі роки найбільш впливовою була біхевіористська теорія виникнення фобій. Біхевіористи вважають, що фобії формуються під впливом навколишнього оточення через класичне обумовлення або моделювання, і зберігаються завдяки поведінці, що уникає.

Методи терапії фобій. Для лікування специфічних фобій біхевіористи успішно використовували експозиційні техніки, де люди стикаються з предметом свого страху. Вони також успішно застосовували експозиційну терапію для лікування агорафобії. В цьому випадку людей вчили поступово віддалятися все далі й далі від дому та відвідувати громадські місця.

Клініцисти, зазвичай, виділяють дві складові соціальних фобій: соціальні страхи і брак соціальних навичок. Вони можуть намагатися знизити соціальні страхи, використовуючи експозиційні техніки, групову терапію та різні когнітивні підходи. Вони можуть удосконалювати соціальні навички тренінгом соціальних навичок. Часто використовують поєднання цих підходів.

**Крупним планом**

*Альберт Елліс: терапевт, що зцілив себе*

Раціонально-емотивна терапія вчить клієнтів ставити під сумнів і змінювати свої ірраціональні посилки. І хто був першим клієнтом Альберта Елліс, засновника цього підходу? Ніхто інший, як сам Альберт Елліс!

У дев'ятнадцять років Елліс став активним членом політичної групи, але йому заважав страх перед людьми. Тоді Елліс почав битися з гіршими своїми демонами — збентеженням і збентеженням, почавши таким чином розробляти першу з вправ, яку він згодом запропонує. Він змушував себе висловлюватися на політичні теми за кожної можливості. «Незважаючи на те, що у мене тільки почало виходити, я виявив, що виходить дуже непогано. І тепер нікому не вдалося б забрати мене з політичної сцени».

Потім Елліс вирішив працювати над страхом особистого спілкування. «Я завжди дуже цікавився жінками... але постійно знаходив привід не замовляти з ними, і дуже боявся, що мене відкинули.

Оскільки я жив біля Нью-Йоркського ботанічного саду в Бронксі, я вирішив вправлятися у подоланні свого страху та сорому у парку. Я урочисто пообіцяв собі, що коли б я не побачив хоч трохи привабливу жінку віком до 35 років... я сяду поряд з нею з метою почати розмову протягом однієї хвилини. Таким чином я сідав до 130 жінок, які відповідають моїм критеріям. Багато хто вставав і йшов, але близько 100 поговорили зі мною — про своє в'язання, про птахів, про книжку, про що завгодно. Я призначив лише одне побачення — і жінка не прийшла... Але я зрозумів, що під час цієї вправи нікого не знудило, ніхто не покликав поліцейського і що я не помер. Ця спроба спробувати собі іншу поведінку і зрозуміти, що ж відбувається в реальному світі, а не в моїй уяві, допомогла мені подолати страх перед розмовами з жінками». (Warga, 1988, р. 56)

**Підбиваючи підсумки.**

Клініцисти та дослідники розробили безліч уявлень про генералізований тривожний розлад та фобію. Водночас така кількість концепцій та відкриттів ускладнює розуміння того, що насправді відомо про ці розлади, а що ні.

Фобії краще вивчені та успішніше лікуються. Як ми бачили, модель біхевіористів принесла особливо багато відкриттів щодо фобій, і біхевіористські техніки часто є ефективними в лікуванні специфічних фобій, агорафобії та (у поєднанні з когнітивною терапією) соціальних фобій.

Слід зазначити, що клініцисти досі немає ясного уявлення про генералізованому тривожному розладі. Пояснення, запропоновані кожною з моделей, обмежені. І більшість методів терапії дає лише невеликий ефект. Почасти через обмеженість успіхів серед дослідників зростає переконання, що найлегше зрозуміти цей розлад, зібравши всі моделі докупи. Цілком можливо, що у людини генералізоване тривожне розлад розвивається тільки в тому випадку, якщо на нього впливають *всі* фактори: біологічні, психологічні та соціокультурні. Це означає, що людина повинна мати біологічну схильність до переживання почуття тривоги, яка виходить назовні під впливом психологічних та соціокультурних сил (Kazdin & Weisz, 1998).

Дослідники виявили, що деякі немовлята при стимуляції дуже швидко входять до стану фізичного збудження, тоді як інші залишаються спокійними.

У цих немовлят може бути вроджена недостатність функціонування ГАМК або інші біологічні обмеження, які схиляють їх до формування генералізованого тривожного розладу (Kalin, 1993). Якщо протягом життя вони звикнуть розцінювати світ як джерело небезпеки і зіткнуться із сильним соціальним тиском, то розвиток у них цього розладу буде вірогідним. Терапевти, які займаються лікуванням фобій та генералізованого тривожного розладу, вже почали комбінувати у своїй роботі принципи різних моделей. Як ми зазначили вище, багато хто використовують для терапії соціофобій поєднання медикаментів, експозиційної терапії, когнітивної терапії та тренінг соціальних навичок. У терапії генералізованих та інших тривожних розладів когнітивні техніки, такі як тренінг-самонавчання, часто поєднуються з тренінгом релаксації або біологічним зворотним зв'язком - комплекс, відомий як ***програма управління стресом.***

Що ж до інших тривожних розладів — панічного розлади, обсесивно-компульсивного розлади і стресових розладів, то тут тенденція до комбінування концепцій і технік різних моделей ще очевидніша. За останні п'ятнадцять років у розумінні та лікуванні цих розладів досягнуто великого прогресу. Ми повернемося до цієї перспективної роботи в розділі 5.

***Програма управління стресом*** *- підхід до лікування генералізованого та інших тривожних розладів, який навчає людей технікам зниження та контролю стресу.*

**Ключові терміни**

Страх

Тривога

Тривожний розлад

Панічний розлад

Обсесивно-компульсивний розлад

Гострий стресовий розлад

Посттравматичний стресовий розлад

Стрес

Стрессор

Стресова відповідь

Вегетативна нервова система

Центральна нервова система

Симпатична нервова система

Парасимпатична нервова система

Ендокринні залози

Гормон

Кортикостероїди

Рівень тривожності

Ситуаційна тривожність

Генералізований тривожний розлад

Невизначена тривога

Реалістична тривога

Невротична тривога

Моральна тривога

Безумовне позитивне ставлення

Умови значущості

Клієнт-центрована терапія

Екзистенційна тривога

Базові ірраціональні посилки

Непередбачувані негативні події

Раціонально-емотивна терапія

Когнітивна терапія

Тренінг-самонавчання

Негативні самопереконання

Самопереконання, які допомагають упоратися зі стресом

Вивчення генеалогії

Бензодіазепіни

Гамма-аміномасляна кислота (ГАМК)

Заспокійливі препарати

Барбітурати

Седативно-снодійні засоби

Бета-блокатори

Буспірон

Тренінг релаксації

Біологічний зворотний зв'язок

Електроміограф (ЕМГ)

Фобія

Агорафобія

Панічне розлад з агорафобією

Соціофобія

Специфічна фобія

Витіснення

Перенесення

Класичне обумовлення

Безумовний стимул

Безумовна реакція

Умовний стимул

Умовна реакція

Моделювання

Генералізація стимулів

Спільник

Готовність

Експозиційні методи терапії

Систематична десенситизація

Ієрархія страхів

Десенситизація in vivo

Прихована десенситизація

Повінь

Моделювання за участю

Групи підтримки в експозиційній терапії

Індивідуальні програми в експозиційній терапії

Тренінг соціальних навичок

Тренінгова група соціальних навичок

Тренінгова група впевненості у собі

Програма управління стресом

**Контрольні питання**

1. Які чинники впливають на реакцію людей на стресори у повсякденному житті?

2. Опишіть зв'язок між генералізованим тривожним розладом та таким соціокультурним фактором, як соціальний тиск, що включає бідність та расову дискримінацію. Які основні принципи психодинамічної, гуманістично-екзистенційної, когнітивної та біологічної теорій утворення генералізованого тривожного розладу? Чи підтвердилися ці теорії практично?

3. Наскільки ефективними були методи лікування тривожного розладу?

4. Опишіть біологічну модель тривоги та генералізованого тривожного розладу. Якими є обмеження застосування провідних біологічних методів лікування цього розладу?

5. Визначте три типи фобій та порівняйте їх.

6. Яке пояснення дають фобіям біхевіористи? На яких даних воно ґрунтується?

7. Опишіть три біхевіористські експозиційні техніки, які використовуються для лікування специфічних фобій. Наскільки вони ефективні?

8. Як біхевіористи лікують агорафобію? Наскільки успішним є цей підхід?

9. Які два складові компоненти соціофобії та яка терапія кожного з них?

**Розділ 5. Панічне, обсесивно-компульсивне та стресові розлади.**

*Я знаходилася в дуже жвавому торговому центрі, і раптом сталося це: за якісь секунди я ніби перетворилася на божевільну. Це було як нічний жах, тільки я не спала; все навколо потемніло, і мене прошибла піт - моє тіло, руки і навіть волосся промокли наскрізь. Здавалося, з мене витекла вся кров; я стала блідою, як привид. Я почувала себе так, ніби ось-ось упаду; ноги стали немов чужими; по спині та ногах розтеклася слабкість, мені здавалося, що рухатися неможливо. Це було подібно до того, ніби мене утримує якась сила. Я бачила, що всі дивляться на мене — тільки ті обличчя, що злилися в одне, і жодних тіл. Серце застукотіло в голові та вухах; я думала, що вона зараз зупиниться. Я бачила чорні та жовті вогники. Я могла чути голоси, але вони долинали до мене наче здалеку. Я не могла думати ні про що, крім свого самопочуття і того, що я маю негайно вибиратися звідси, потрапити на свіже повітря і швидко тікати, або ж я помру... (Hawkrigg, 1975)*

Тривога може набувати форм, відмінних від тих, які обговорювалися в попередньому розділі. В описаному вище випадку жінка описує напад паніки, спалах страху, який є основною ознакою *панічного розладу.* Тривога викликає проблеми, які відрізняються від розглянутих у розділі 4. Людей з *обсесивно-компульсивним розладом* мучать небажані думки, що повторюються, викликають тривогу, або ж вони відчувають потребу виробляти повторювані дії, щоб знизити рівень тривоги. А люди з *гострим стресовим розладом* та *посттравматичним стресовим розладом* страждають від страху та пов'язаних з ним симптомів через тривалий час після завершення травматичного впливу. Більшість двадцятого століття клініцисти і дослідники звертали основну увагу на генералізоване тривожне розлад і фобії, а чи не інші тривожні розлади. Панічне, обсесивно-компульсивне та стресові розлади виявилися не настільки вивченими; причина їх виникнення була менш зрозумілою і лікування менш ефективним.

За останні п'ятнадцять років ситуація докорінно змінилася. Нещодавно проведені дослідження виявили, що панічний, обсесивно-компульсивний та стресові розлади більш поширені, ніж передбачалося раніше. Вчені знайшли факти, які можуть бути для пояснення цих розладів, а терапевти розробили методи лікування, які найчастіше виявляються досить ефективними. Тож тепер увага людей, які вивчають тривожні розлади, сфокусована переважно саме на панічному, обсесивно-компульсивному та стресовому типах (Norton et al., 1995).

**Панічне розлад.**

Іноді реакція тривоги проявляється у формі жахливої паніки. Люди, з якими це відбувається, втрачають контроль за своїми діями, майже не розуміють, що роблять, їм здається, що наближається загибель. При раптовій появі цієї загрози будь-хто може впасти в паніку. Однак деякі люди зазнають ***нападів паніки*** *—* періодичні короткі спалахи паніки, які виникають раптово і досягають піку протягом десяти хвилин.

Цим нападам властиві як мінімум чотири симптоми паніки з наступного списку: серцебиття, поколювання в руках або ногах, задишка, рясне потовиділення, жар і холод, тремтіння, біль у грудях, почуття задухи, слабкість, запаморочення та відчуття нереальності того, що відбувається (див.: Діагностична таблиця DSM-IV у Додатку). Не дивно, що під час нападу паніки люди бояться, що помруть, збожеволіють чи втратить владу над собою.

***Приступ паніки*** — *нетривалий спалах паніки, що раптово настає і періодично повторюється.*

Люди, які страждають на будь-який з тривожних розладів, можуть відчувати напади паніки, стикаючись з тим, що їх лякає (АРА, 1994). Однак деякі люди зазнають повторюваних і непередбачуваних нападів паніки без видимої причини, і цій хворобі відповідає діагноз ***панічний розлад.***

Відповідно до DSM-IV, діагноз «панічне розлад» ставиться у разі, коли дисфункціональні зміни у поведінці людини тривають місяць чи більше після одного з нападів паніки. ; Деякі люди постійно переймаються, що напад повториться. Інших турбують причини нападу — вони можуть боятися, що божеволіють або що у них з'явилися проблеми з діяльністю серця. Треті ретельно планують свою поведінку, виходячи з можливості того, що напад може початися будь-якої миті (див.: Діагностична таблиця DSM-IV).

***Панічне розлад*** *- тривожний розлад, що відрізняється повторюваними і непередбачуваними нападами паніки.*

Щорічно близько 2,3% всіх людей страждають на панічний розлад (Weissman et al., 1997; Kessler et al., 1994). Як показано на рис. 5.1 близько половини з них отримують лікування, часто дуже успішне (Beamish et al., 1997; Narrow et al., 1993).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Розлад | Відсоток дорослих, які мають розлад та при цьому проходять терапію (за щорічними даними), % | Кількість дорослих, які проходять терапію (за щорічними даними), млн. |
| Обсесивно-компульсивне | 41,3 | 1,3 |
| Панічне | 54,4 | 0,9 |

**Малюнок 5.1. Хто проходить терапію тривожних розладів?** Щороку в Сполучених Штатах проходять терапію більше половини людей, які мають панічне розлад, і більше 40% людей, які страждають на обсесивно-компульсивний розлад. (Adapted from Regier et al, 1993; Blazer et al, 1991; Boyd et al, 1990)

У більшості цей розлад розвивається у віці від 15 до 35 років (див. табл. 5.1), і такий діагноз але щонайменше вдвічі частіше ставиться жінкам, ніж чоловікам (АРА, 1994). Багато людей відчувають напади паніки, які настільки сильні і часті, щоб поставити діагноз панічного розладу ( Katon et al., 1995; Eaton et al., 1994), так 43 % опитаних підлітків, за даними одного дослідження, сказали, що хоча б одного разу відчували напад паніки (King et al., 1993).

**Таблиця 5.1. Профіль тривожних розладів**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Поширеність за рік, % | Співвідношення жінки: чоловіки | Вік початку захворювання | Поширеність серед близьких родичів |
| Панічний розлад | 2,3 | 5:2 | 15-35 років | Підвищена |
| Обсесивно-компульсивний розлад | 2,0 | 1:1 | 4-25 років | Підвищена |
| Гострі стресові та посттравматичні розлади | 0,5 | 1:1 | Варіюється | НЕ визначено |

(АРА, 1994; Kessler et al., 1994; Regier et al., 1993; Blazer et al., 1991; Davidson et al., 1991; Eaton et al., 1991.)

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** Люди з панічним розладом відвідують лікарів у 7 разів частіше, ніж основна частина населення. |

Панічне розлад часто поєднується з агорафобією, страхом перед відвідуванням громадських місць. Це поєднання DSM-IV називається *панічним розладом з агорафобією.* У таких випадках причиною агорафобії є напади паніки (Beck & Weishaar, 1995; Guisman et al., 1995). Зазнавши кілька разів раптових нападів паніки, люди починають боятися з'являтися поодинці там, де важко отримати допомогу і звідки непросто вибратися (Сох, Endler & Swinson, 1995). Багато клініцисти вважають, що більшість випадків агорафобії виникла під впливом нападів паніки (Goisman et al., 1995). Випадок Енні Вотсон - один з них:

*Місіс Вотсон розповіла, що до того, як почалися її нинішні труднощі, вона вела нормальне та щасливе життя. Але два роки тому її дядько, з яким у дитинстві вона була дуже близька, помер через несподіваний серцевий напад. Через шість місяців після його смерті вона якось увечері поверталася з роботи додому, коли раптово відчула, що їй важко дихати. Серце закалатало, і її кинуло в холодний піт. Все навколо стало здаватися нереальним, ноги налилися свинцем, і місіс Вотсон вирішила, що помре або знепритомніє, не діставшись додому. Вона попросила перехожого допомогти їй зупинити таксі і попрямувала до пункту швидкої допомоги найближчої лікарні. Там лікарі знайшли результати її фізичного обстеження, пульс, біохімічний склад крові та електрокардіограму цілком нормальними.*

*Через чотири тижні місіс Вотсон пережила другий схожий напад, коли готувала вдома вечерю. Вона домовилася про зустріч зі своїм сімейним лікарем, але її фізичний стан знову опинився в нормі. Жінка вирішила викинути ці епізоди з голови та продовжувати своє звичайне життя. Однак протягом наступних кількох тижнів вона зазнала чотирьох нападів і помітила, що почала хвилюватися, коли настане черговий.*

*Потім місіс Вотсон виявила, що постійно думає про це. Напади тривали.*

*Вона почала боятися виходити поодинці з дому через страх, що буде захоплена нападом, самотня і безпорадна. Бідолаха почала уникати кінотеатрів, вечірок та вечерь із друзями через страх, що в неї повториться напад, а піти буде непросто. Коли господарські потреби вимагали поїздок, вона чекала на можливість взяти з собою в поїздку дітей чи друга. Ще вона почала ходити пішки двадцять кварталів до місця своєї роботи, щоб, якщо настане напад, уникнути небезпеки бути замкненою у вагоні метро між зупинками. (Spitzer et al., 1983, р. 7-8)*

Теорію формування та методи лікування панічного розладу спочатку почали розробляти вчені та терапевти, які є прихильниками біологічного підходу. Останніми роками представники когнітивного напряму створили свою теорію.

**Крупним планом**

*Паніка: уразливі всі*

Паніку можуть відчувати як люди з панічним тривожним розладом. Насправді багато хто панікує, коли стикається з загрозою, що стрімко насувається. Колишній естрадний артист Едді Фой описує, як відреагувала натовп, коли в Чикаго, в театрі, де він виступав, виникла пожежа:

«Пробігаючи за завісою, я міг розрізнити ремствування хвилювання, що наростає в залі. Хтось, звичайно, заволав: «Пожежа!» — такого роду дурень завжди знайдеться в натовпі, і завжди сотні людей моментально божеволіють, коли чують це слово. Натовп ринув до дверей, звернувшись у панічну втечу...

Я закричав на весь голос: «Не хвилюйтесь! Жодної небезпеки немає! Заспокойтесь!» — і звернувся до Діллеа, диригента: «Грайте, починайте увертюру — будь-що! Але грайте! Деякі з його музикантів розбіглися, але дехто... доблесно залишився на місці.

Я стояв нерухомо, сподіваючись, що мій явний спокій заспокійливо подіє на натовп. Люди, що були на нижніх ярусах, почули мене і, здавалося, трохи заспокоїлися. Але глядачі, які були вищими, особливо на балконі, просто збожеволіли. Жах, що творився в залі, не піддається опису... Пожежні сходи не могли вмістити натовп, і багато хто падав або з висоти зістрибував на бруківку. Дехто уникнув смерті лише завдяки тому, що приземлився на тіла тих, хто стрибнув до них.

Але найбільше життя було втрачено всередині будівлі, особливо на сходах, що ведуть з балкона другого ярусу. В основному загиблі були розчавлені або задихнулися, хоча багато хто розбився, впавши або стрибнувши через перила на підлогу фойє. У деяких місцях на сходах, особливо на поворотах, виникли звалища, гори тіл були семи чи восьми футів заввишки. Пожежники та поліція намагалися розібрати їх. У цих купах були знайдені люди, що випадково вижили, але більша частина з них була покалічена. Сліди підборів на мертвих обличчях мовчки свідчили про те, що люди, охоплені жахом, такі ж божевільні й жорстокі, як череда в панічній втечі...

Пожежна охорона прибула невдовзі після тривоги і так швидко погасила полум'я в залі, що нічого не постраждало, крім оббивки крісел. Але коли шеф пожежної охорони заглянув у вихід і крикнув: «Є хто живий?» - Ніхто йому не відповів...

З початку пожежі минуло десять хвилин, а мертві тіла купами лежали в бічних проходах, і в усьому величезному місті не набралося б такої кількості жертв. Через добу стало відомо, що як мінімум 587 людей загинуло та ще більше було поранено».

(З книги «Жарт по життю», Eddie Foy and Alvin F. Harlow. Copyright 1928 by EP Dutton & Co., Inc., Renewal У 1956 by Alvin F. Harlow. Публікується з дозволу видавців).

|  |
| --- |
| ***Радість, що обернулася панікою* .** Неконтрольовані натовпи вдарилися в паніку, коли на фіналі кубка Європи з футболу в Брюсселі 1985 року обвалився мур. Тисячі людей було поранено і 38 людей загинуло. |

**Біологічна модель.**

Біологічна теорія та методи лікування панічного розладу стали розвиватися у 1960-х роках, з часу дивовижного відкриття, що людям з подібною проблемою допомагають не стільки бензодіазепіни – препарати, що використовуються для лікування генералізованого тривожного розладу, скільки деякі антидепресанти, засоби, які зазвичай використовуються для *зняття* . симптомів депресії (Klein, 1964; Klein & Fink, 1962).

**Біологічна теорія формування панічного розладу.** У пошуках розуміння природи панічного розладу дослідники відштовхувалися від відкриття ефективності антидепресантів щодо його лікування. Вони знали, що антидепресанти змінюють активність ***норепінефрину*** , одного з медіаторів, що передають сигнали від нейрона до нейрона в мозку. Так як ці зміни також усувають напад паніки, дослідники зацікавилися, чи може бути так, що панічний розлад викликається насамперед анормальною активністю норепінефрину?

***Норепінефрін*** *- медіатор, аномальна активність якого пов'язана з панічним розладом та депресією.*

Вони зібрали докази того, що у людей, які страждають на напади паніки, активність норепінефрину і справді непостійна (Levy et al., 1996; Gorman, Papp & Coplan, 1995). Розглянемо, наприклад, ***блакитну пляму*** *-* область мозку, багату нейронами, що використовують норепінефрін (див. рис. 5.2). Коли цю область у мавп стимулювали електрикою, вони спостерігалися реакції, схожі з панікою. Це відкриття дозволило припустити, що реакції паніки можуть бути пов'язані зі змінами активності норепінефрину в блакитній плямі (Redmond, 1981, 1979, 1977). В інших дослідженнях вчені викликали у людей напади паніки, вводячи їм речовини, що впливають на активність норепінефрину (Bourin et al., 1998, 1995; Charney et al., 1992, 1984).

**Малюнок 5.2. Біологія паніки** Блакитна пляма посилає сигнали мигдалику, області мозку, яка, як відомо, приводить у дію емоційні реакції. Багато нейронів у блакитній плямі використовують норепінефрін, медіатор, пов'язаний з панічним розладом та депресією.

***Блакитна пляма*** *- невелика ділянка головного мозку, що активно впливає на регуляцію емоцій. Багато його нейронів використовують норепинефрин.*

Здавалося, такі відкриття вказують на аномальну активність норепінефрину як ключову причину появи нападів паніки. Однак, залишається невідомим, що саме з нею не так. Наприклад, незрозуміло, чи полягає проблема в зайвій активності, дефіциті активності або в іншій формі порушень функціонування, що включає норепінефрін. І що ще більше ускладнює справу, є докази того, що інші медіатори також відіграють важливу роль у виникненні панічного розладу (Gorman et al., 1995; Stein & Uhde, 1995).

Більше того, дослідники не знають, чому деякі люди мають таку біологічну анормальність. Можливо, що схильність до формування панічного розладу передається у спадок (Goldstein et al., 1997; Kendler et al., 1995; Torgersen, 1990, 1983). Якщо тут справді важливий генетичний чинник, то поширеність панічного розладу серед близьких родичів має бути вищою, ніж у далеких родичів. В результаті одного дослідження було виявлено, що серед однояйцевих близнюків (близнюків, у яких генетичний набір ідентичний), якщо один близнюк має панічним розладом, у другого воно виявиться у 24% випадків. А серед різнояйцевих близнюків (у яких ідентична лише частина генотипу), якщо в одного з них є панічне розлад, то інший страждатиме ним лише в 11% випадків (Kendler et al., 1993). Однак інші дослідження близнюків не завжди виявляли такі ясні тенденції (Stein & Uhde, 1995). Тож питання про генетичну схильність поки залишається відкритим.

**Медикаментозна терапія.** У 1962 році вчені Дональд Кляйн (Donald Klein) та Макс Фінк (Мах Fink) виявили, що певні антидепресанти можуть зняти напади паніки або зменшити їхню частоту. Як ми говорили, це відкриття спочатку викликало подив теоретиків. З тих пір, проте, дослідження з усього світу постійно підтверджували це спостереження (Jefferson, 1997; Hirschfeld, 1996, 1992).

Очевидно, що антидепресанти відновлюють належну активність медіатора норепінефрину, особливо в нейронах, розташованих у блакитній плямі (Gorman et al., 1995; Redmond, 1985). Вони приносять поліпшення як мінімум 80% пацієнтів, які страждають на панічне розлад ( Ballenger, 1998; Hirschfeld, 1992). Приблизно 40% помітно одужують або повністю одужують, причому поліпшення може зберігатися чотири роки і більше. Нещодавно підтвердили свою ефективність, отримавши схожу оцінку успішності лікування, альпразолам (Xanax) та деякі інші сильнодіючі бензодіазепіни (Davidson, 1997; Ballenger, 1995). Вчені також виявили, що антидепресанти та альпразолам допомагають у більшості випадків панічного розладу з агорафобією (Uhlenhuth et al., 1995; Rickels et al., 1993). Ці засоби особливо ефективні для порушення циклічності нападів, запобігання передчасному настанню та зняття страху. Так як препарати усувають або послаблюють напади паніки, хворі набувають достатньої впевненості для того, щоб знову відвідувати громадські місця (Maddock et al., 1993). У той самий час самих собою антидепресантів чи альпразоламу який завжди достатньо подолання панічного розлади з агорафобією. Для таких людей більш ефективним є поєднання антидепресантів та експозиційних методів біхевіористської терапії, ніж будь-що одне (deBeurs et al., 1995; Nagy et al., 1993).

**Когнітивна модель.**

В останні роки деякі когнітивісти дійшли думки, що біологічні проблеми є лише однією з причин виникнення нападів паніки (Сох, 1996; Salkovskis, Clark & Gelder, 1996). Вони доводять, що реакції паніки у всій їхній повноті відчувають ті люди, які неправильно інтерпретують свої внутрішні фізіологічні події. Ця неправильна інтерпретація є центром уваги когнітивної теорії та її методів терапії.

**Когнітивна теорія.** Прихильники когнітивної теорії вважають, що схильні паніці люди можуть мати дуже високу чутливість до певних тілесних відчуттів і неправильно інтерпретувати тілесні відчуття як ознаки хвороби. Не намагаючись усвідомити можливу причину своїх відчуттів, наприклад «я з'їв щось не те» або «неприємна розмова з начальником», схильні паніці люди все більше й більше турбуються про те, що не можуть контролювати себе, бояться найгіршого, втрачають всі види на майбутнє і стрімко впадають у паніку. Припускаючи, що їхні «небезпечні» відчуття можуть у будь-який час повернутися, вони готують себе до наступних нападів паніки.

Чому деякі люди можуть бути схильні до такої невірної інтерпретації? Дослідники вказали на сім можливих факторів (Ehlers, 1993; Barlow, 1989, 1988). Можливо так, що в цих людей слабко розвинене вміння боротися зі стресом або не вистачає соціальної підтримки. Можливо, їхнє дитинство було сповнене непередбачуваними подіями, недоліком контролю, хронічними хворобами в сім'ї або надмірною батьківською реакцією на подібні симптоми.

Що б не було причиною цього розладу, дослідники вважають, що схильні паніці люди мають високий ступінь ***тривожної чутливості*** .вони, як правило, більшу частину часу концентруються на своїх фізичних відчуттях, нездатні оцінити їх логічно та інтерпретують їх як потенційно небезпечні (Сох, Endler & Swinson, 1995; Taylor, 1995). За даними одного дослідження, люди, які мають високий бал з оцінки тривожної чутливості, страждають панічним розладом у п'ять разів частіше, ніж інші (Maller & Reiss, 1992). Інші дослідження показали, що людей з панічним розладом дійсно більшою мірою, ніж інших, турбують і лякають фізичні відчуття (Pauli et al., 1997; Taylor, Koch & McNally, 1992).

***Тривожна чутливість*** — *тенденція деяких людей концентруватися на своїх тілесних відчуттях, переоцінювати їхню значущість та інтерпретувати як небезпечні.*

Згідно з когнітивною теорією, люди з високим рівнем тривожної чутливості особливо схильні відчувати і неправильно інтерпретувати певні види відчуттів. У стресових ситуаціях у багатьох частішає дихання, відбувається гіпервентиляція. Мабуть, незвичайне дихання змушує людей думати, що вони перебувають у небезпеці чи навіть помирають від ядухи, і вони піддаються паніці (Rapee, 1995; Margraf, 1993). Невірно інтерпретовані можуть бути й інші фізичні відчуття, такі як збудження, стислість дихання, відчуття переповненості шлунка та сильний гнів (McNally, Hornic & Donnel, 1995; Verburg et al, 1995). Одна жінка, дізнавшись, що її художні роботи будуть виставлені в галереї, зазнала такого збудження, що пережила «серцебиття». Неправильно інтерпретувавши його як серцевий напад, вона запанікувала.

Під час проведення ***біологічних тестів*** дослідники викликають в людей гіпервентиляцію чи інші фізіологічні відчуття, використовуючи медикаменти чи інструктуючи людей дихати, робити вправи чи просто думати певним чином ( Bertani et al., 1997; Dowden & Allen, 1997). Як і можна було очікувати, люди з панічним розладом зазнавали більшої тривоги під час цих тестів, ніж здорові, особливо коли вірили, що їхні тілесні відчуття є небезпечними чи неконтрольованими (Rарей, 1995, 1993).

***Біологічні тести*** *– процедура, яку використовують, щоб викликати у людей паніку – шляхом інтенсивних фізичних вправ або виконання інших вимог у присутності дослідника чи терапевта.*

Хоча когнітивна теорія формування панічного розладу є досить новою, вона вже стала досить популярною. Дослідження ясно демонструють, що схильні до паніки люди можуть інтерпретувати фізичні відчуття різними способами. Однак те, наскільки сильно відрізняються їх інтерпретації і як ці інтерпретації пов'язані з біологічними факторами, залишається питанням, яке потребує більш ретельного вивчення.

**Когнітивна терапія.** Когнітивісти намагаються коригувати невірні інтерпретації людьми своїх тілесних відчуттів. Наприклад, Аарон Бек намагається пояснити своїм пацієнтам, що фізичні відчуття, які вони відчувають, не завдають шкоди (Beck & Weishaar, 1995; Beck, 1988). Він розповідає клієнтам про природу нападів паніки, про дійсні причини фізіологічних відчуттів та про тенденцію клієнтів до невірної інтерпретації того, що вони відчувають. Потім Бек підштовхує їх до прийняття більш правильних інтерпретацій у стресових ситуаціях.

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Прихильники когнітивної теорії припускають, що люди, схильні до панічного розладу, часто неправильно інтерпретують свої тілесні відчуття. Чому люди з сімейною схильністю до хронічних захворювань або з іншими подібними факторами можуть неправильно інтерпретувати свої відчуття? |

У ході терапевтичного курсу люди можуть також навчатися відволікатися від своїх відчуттів, наприклад, зав'язуючи розмову.

Крім цього, когнітивні терапевти використовують біологічні випробувальні процедури для виклику відчуття паніки, щоб клієнти могли застосувати нові інтерпретації під супервізією. Наприклад, тим, чиї напади паніки зазвичай викликаються сильним серцебиттям, пропонують кілька хвилин пострибати або бігом піднятися сходами (Clark, 1993; Rapee, 1993). Потім вони можуть використати відповідні інтерпретації своїх відчуттів, не зосереджуючи на них уваги.

Згідно з даними проведених досліджень, когнітивні методи терапії часто допомагають людям, які страждають на панічний розлад (Barlow, 1997; Craske et al., 1997). Так, 85% людей, які пройшли когнітивну терапію, не відчували паніки протягом двох років або більше, порівняно з 13% у контрольній групі (Clark & Wells, 1997; Ost & Westling, 1995).

Більш того, було підтверджено, що для лікування панічного розладу когнітивна терапія є щонайменше такою ж ефективною, як антидепресанти або альпразолам, а іноді й більше (Zaubler & Katon, 1998; Margraf et al., 1993). Зважаючи на ефективність і когнітивних, і медикаментозних методів лікування, багато клініцистів намагалися їх комбінувати. Однак ще не ясно, чи є поєднання цих підходів більш ефективним, ніж одна когнітивна терапія (Barlow, 1997; Taylor, 1995).

**Резюме**

Відкриття, зроблені останніми роками, пролили світло причини виникнення панічного розлади, обсессивно-компульсивного розлади і стресових розладів, й у кожного було розроблено перспективні методи терапії.

**Панічне розлад.** Приступи паніки - це повторювані спалахи паніки, що раптово настають. Люди, які страждають на панічний розлад, переживають такі напади, що настають періодично і непередбачувано, без певної причини.

Прихильники біологічної теорії вважають, що причиною панічного розладу є анормальна активність норепінефрину в блакитній плямі. Для лікування людей із цим розладом вони використовують певні антидепресанти та бензодіазепіни. Людям, які страждають на панічний розлад з агорафобією, може знадобитися поєднання медикаментозної терапії з біхевіористськими експозиційними методами терапії.

Прихильники когнітивної теорії припускають, що схильні паніці люди дуже чутливі до своїх тілесних відчуттів і часто неправильно інтерпретують їх як ознаки тяжкої хвороби. Такі люди, як правило, мають високий рівень тривожної чутливості та відчувають сильну тривогу під час проходження біологічного випробувального тесту. Когнітивні терапевти вчать пацієнтів тому, що їх фізичні відчуття насправді безпечні.

**Обсесивно-компульсивний розлад.**

***Нав'язливі ідеї (обсесії)*** *—* це стійкі думки, ідеї, імпульси чи образи, що переповнюють свідомість людини. ***Нав'язливі дії (компульсії)*** — повторювані та стійкі поведінкові чи розумові акти, які люди змушені робити, щоб запобігти або знизити тривогу. Незначні нав'язливі ідеї та дії знайомі практично кожному (Muris, Murckelbanch & Clavan, 1997). Ми можемо виявити, що поглинені думками про майбутній виступ, про зустріч, іспит, канікули; що турбуємося, чи не забули ми вимкнути плиту або зачинити двері; або що нас кілька днів переслідує якась пісня, мелодія чи вірш. Ми можемо почуватися краще, коли уникаємо наступати на тріщини в асфальті, розвертаємося при зустрічі з чорною кішкою, щоранку безперечно слідуємо заведеному порядку дій або строго певним чином прибираємо свій робочий стіл.

Незначні нав'язливі ідеї та дії можуть бути корисними у житті. Відволікаючі мелодії або невеликі ритуали часто заспокоюють нас у період стресу. Людина, яка постійно співає мелодію або постукує пальцями об стіл під час тесту, може таким чином зняти свою напругу, і це покращить її результати. Багатьох людей заспокоює дотримання релігійних обрядів: дотик до мощів, пиття святої води або перебирання чоток.

***Нав'язливі ідеї (обсесії)*** *— стійкі думки, ідеї, імпульси чи образи, що є повторюваними і настирливими і викликають тривогу.*

***Нав'язливі дії (компульсії)*** — *повторювані та стійкі поведінкові чи розумові акти, які люди змушені робити, щоб запобігти або знизити тривогу.*

Відповідно до DSM-IV, діагноз ***обсесивно-компульсивний розлад*** може бути поставлений у тому випадку, коли нав'язливі ідеї або нав'язливі дії відчуваються як надмірні, нераціональні, настирливі та недоречні; коли їх важко відкинути; коли вони приносять страждання, займають багато часу, або коли вони заважають повсякденній діяльності (див. Діагностичний перелік DSM-IV). Обсесивно-компульсивний розлад класифікується як тривожний розлад, тому що нав'язливі ідеї страждають на них є причиною сильної тривоги, а нав'язливі дії призначені для запобігання або пом'якшення цієї тривоги. До того ж їхня тривога збільшується, якщо вони намагаються протистояти своїм нав'язливим ідеям чи діям. Ось патерн обсесивно-компульсивного розладу, який, на думку її чоловіка, має Джорджія:

*Ви пам'ятаєте старий жарт про те, що встаєш серед ночі, щоб сходити в туалет, а повернувшись до спальні, виявляєш, що дружина прибрала ліжко? Так ось це не жарт. Іноді мені здається, що вона ніколи не спить. Одного разу я прокинувся о 4-й ночі і побачив, що Джорджія затіяла прання. Подивіться на вашу попільничку!*

*Я вже кілька років не бачив жодної брудної попільнички! Я вам скажу, що відчуваю, коли бачу дружину. Якщо я, прийшовши з вулиці, забуваю залишити черевики за дверима чорного ходу, вона дивиться на мене так, наче я нагадав посеред операційної. Я багато часу проводжу поза домом і просто каміння, коли мені доводиться бути вдома. Вона навіть змусила нас позбавитися собаки, вважаючи, що той завжди брудна. Коли ми запрошуємо людей на вечерю, вона так метушиться навколо них, що гості просто не можуть їсти. Я терпіти не можу кликати гостей та запрошувати їх на вечерю, оскільки можу почути, як вони бурмочать, запинаються та вибачаються, що не зможуть прийти. Навіть діти, виходячи на вулицю, нервуються, боячись забруднити одяг. Я божеволію, але з нею марно говорити. Вона лише дметься і проводить за прибиранням вдвічі більше часу, ніж зазвичай. Ми так часто викликаємо прибиральників мити стіни, що, боюсь, будинок розвалиться від того, що його весь час шкребуть. Близько тижня тому чаша мого терпіння переповнилася і я сказав їй, що більше не можу цього виносити. Я думаю, що вона прийшла до вас лише тому, що я сказав їй просто для сміху, що збираюся кинути її і жити у свинарнику.*

*Джорджія теж турбувалася про те, як дається взнаки її поведінка на сім'ї та друзях, але в той же час знала, що коли намагається стримуватися, починає так нервувати, що втрачає голову. Її лякала можливість стати «господаркою в божевільні». Як вона сказала: «Я не можу заснути доти, доки не буду переконана, що все в домі лежить на своїх місцях, щоб коли я встала вранці, у домі був порядок. Я працюю як божевільна до пізньої ночі, але коли піднімаюсь вранці, продовжую думати про тисячу речей, які необхідно зробити. Я знаю, що деякі з них є безглуздими, але мені краще, коли я їх зроблю, і я не можу змиритися з тим, що щось потрібно зробити, а я цього не зробила». (McNeil, 1967, р. 26-28)*

***Обсесивно-компульсивний розлад*** - *у людини, яка страждає цим розладом, виникають небажані думки, що повторюються, і/або він змушений виробляти повторювані і стійкі дії або розумові акти.*

Щорічно близько 2% населення Сполучених Штатів страждають від обсесивно-компульсивного розладу (АРА, 1994; Regier et al., 1993). Воно однаково поширене серед чоловіків та жінок і зазвичай починається у підлітковому віці (Douglass et al., 1995; АРА, 1994). Як і у випадку з Джорджією, цей розлад зазвичай триває багато років, симптоми та їх тяжкість можуть відрізнятися (Flament et al., 1991). Багато людей з цим розладом страждають також і на депресію, а в деяких буває розлад травлення (Crino & Andrews, 1996; АРА, 1994).

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** Джек Ніколсон отримав у 1988 році премію Американської кіноакадемії за зображення людини, яка страждає на обсесивно-компульсивний розлад у фільмі «Як вийде». У довгому списку акторів та акторок, які отримали «Оскара» за зображення людей з психологічними розладами, є імена Рея Мілланда («Втрачений вікенд»), Джоанни Вудворд («Три особи Єви»), Кліффа Робертсона («Чарлі»), знову Джека Ніколсона («Пролітаючи над гніздом зозулі»), Тімоті Хаттона («Звичайні люди»), Пітера Флінча («Мережа»), Дастіна Хоффмана («Людина дощу») та Джефрі Раша («Сяйво»). |

|  |
| --- |
| ***Довге переслідування.*** Захопленість капітана Ахава великим білим китом у романі Германа Мелвілла "Мобі Дік" (1851) є однією з найвідоміших літературних ілюстрацій обсесивного мислення. |

**Нав'язливі ідеї (обсесії).**

Нав'язливі ідеї — це не те саме, що надмірне занепокоєння справжніми проблемами. Це думки, які відчуваються людьми як нав'язливі та сторонні. Спроби ігнорувати їх або чинити опір їм можуть спричинити ще більшу тривогу, і коли вони повертаються, то можуть стати сильнішими, ніж раніше. Як і Джорджія, люди з нав'язливими ідеями зазвичай усвідомлюють, що їхні думки є надмірними та недоцільними.

|  |
| --- |
| «Наші думки... можуть пекло перетворити на рай, а рай — на пекло». - Дж. Мільтон, "Втрачений рай". |

Нав'язливі думки часто набувають форми нав'язливих бажань (наприклад, бажання, що повторюється, смерті чоловіка), імпульсів (повторювані спонукання голосно вилаятися на робочому місці або в церкві), образів (з'являються перед очима картинки заборонених сексуальних сцен), ідей (переконання, що всюди знаходяться мікроби) чи сумнівів (занепокоєння людини у тому, що він прийняв чи прийме неправильне рішення). Ось даний терапевтом опис двадцятирічного студента коледжу з нав'язливими сумнівами:

*Тепер він щоночі проводить кілька годин, «перефразовуючи» події дня, особливо розмови з друзями та викладачами, нескінченно «роблячи поправки» і про все шкодуючи. Він порівнює цей процес із багаторазовим переглядом відеозапису подій, під час якого постійно запитує себе, чи правильно він вчинив, і намагаючись переконати себе, що намагався, як тільки міг, чи говорив саме те, що було потрібне. Найчастіше він робить це, сівши за стіл займатися, і звичайна справа для нього — подивитися після довгих роздумів на годинник і виявити, що минуло вже дві чи три години. (Spitzer et al., 1981, p. 20-21)*

У думках людей, які страждають на обсесії, присутні певні основні теми (АРА, 1994). Найбільш поширені теми - бруд і зараження. Іншими поширеними темами є теми насильства та агресії, акуратності, релігії та сексуальності.

**Сцени із сучасного життя**

*Жах, що ховається за посмішкою*

Багато хто з сьогоднішніх студентів з дитинства звикли дивитися такі телепрограми, як «Подвійний виклик» та «Сімейний подвійний виклик» — чи не найбрудніші (у прямому розумінні) ігри в історії телебачення. Юних суперників постійно обливали чимось липким і занурювали в якусь мерзотність (Summers, 1996). У той же час здавалося, що ведучий цього шоу, Марк Саммерс, отримує величезну насолоду, особливо коли діти хапають його і теж кидають у бруд. Проте в 1996 Саммерс розповів, що роки, віддані цьому шоу, були для нього справжнім кошмаром. Марк Саммерс страждав на обсесивно-компульсивний розлад.

Саммерс каже, що це розлад почався, коли йому було вісім років. Він пам'ятає, як годинами прибирав кімнату, перекладаючи та очищуючи від пилу кожну книгу у своїй книжковій шафі.

Коли він отримав шанс вести подвійний виклик, то не міг відмовитися від можливої кар'єри. Але ціна виявилася дуже високою. Після шоу він щоразу кілька годин проводив у душі. «Це було найнеприємніше у світі відчуття — почуття фізичної огиди». Тільки недавно Саммерс розпізнав цей розлад. Тепер він приймає від нього ліки, і симптоми йдуть на спад.

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів:** Чи можливо, що Саммерс погодився вести шоу, оскільки воно могло допомогти йому зустрітися з його страхами та нав'язливими діями? Якщо це була форма самолікування, чому вона не допомогла? Які інші приклади так званої протидії фобії зустрічаються у нашій культурі? |

**Нав'язливі дії (компульсії).**

Хоча нав'язливі дії формально перебувають під свідомим контролем, люди, які відчувають потребу здійснювати їх, насправді не мають особливого вибору. Вони вірять, що якщо не здійснять ці дії, то станеться щось страшне. У той самий час більшість цих людей розуміє, що й поведінка нераціонально ( Foa & Kozak, 1995).

Після виконання нав'язливої дії вони зазвичай деякий час відчувають полегшення. Деякі люди перетворюють цю дію на деталізований і найчастіше ретельно продуманий компульсивний ритуал. Вони повинні здійснювати ритуал щоразу тим самим способом, підкоряючись певним правилам.

Як і нав'язливі думки, нав'язливі дії можуть набувати різних форм ( Ball, Baer & Otto, 1996). Дуже поширені нав'язливі дії, пов'язані з очищенням (Tallis, 1996). Як і Джорджія, люди з таким розладом відчувають, що вони повинні постійно чистити себе, свій одяг, свій будинок. Прибирання та чищення може дотримуватися ритуальних правил і повторюватися десятки і навіть сотні разів на день. Люди, які страждають нав'язливими діями, пов'язаними з перевіркою, перевіряють ті самі речі знову і знову, наприклад, дверний замок, газовий кран, попільничку, важливі папери. Іншим поширеним видом нав'язливих дій страждають люди, які постійно шукають порядок чи пропорційність у своїх діях і в тому, що оточує їх. Вони можуть розкладати об'єкти (наприклад, одяг, книги, продукти) точно відповідно до суворих правил.

***Компульсивні ритуали*** *— деталізована, найчастіше ретельно продумана послідовність дій, яку, як відчуває людина, вона змушена здійснювати завжди тим самим чином.*

***Нав'язливі дії, що очищають*** - *часто зустрічаються нав'язливі дії, що здійснюються людьми, які відчувають потребу постійно очищати себе, свій одяг, свій будинок.*

***Нав'язливі перевірочні дії*** — *нав'язливі дії, які здійснюють люди, які відчувають потребу перевіряти ті самі речі знову і знову.*

*Тринадцятирічний Тед був направлений на обстеження до психіатричного відділення лікарні «Мідвестерн» у зв'язку з «безглуздими ритуалами та увагою до дрібниць». Він міг провести три години, розташовуючи рулон туалетного паперу строго по центру власника або поправляючи постіль та інші предмети у своїй кімнаті. Він кілька разів перекладав книги або зав'язував шнурки на черевиках, поки не переконувався, що вони лежать «рівно». Будучи зазвичай мирним, він лаявся з членами своєї сім'ї, коли ті намагалися зайти до нього в кімнату через страх, що вони пересунуть або зламають його речі. Перебуваючи у школі, Тед турбувався, що люди можуть порушити лад у його кімнаті. Іноді його насильно доводилося відривати від рутинного заняття, щоб хлопчик міг хоч би поїсти. Минулого року він сховав предмети свого гардеробу по всьому будинку, бо ті не бажали лежати рівно в його ящиках. Більше того, Тед часто повторював собі: «От чудово; ти молодець". (Spitzer et al., 1983, р. 15)*

Іншими поширеними нав'язливими діями є *торкання* (торкання, що повторюються, або уникнення дотику до певних речей), *вербальні ритуали* (повторення виразів або наспівування мотивів) або рахунок (підрахунок предметів, що зустрічаються протягом дня).

**Нав'язливі ідеї та нав'язливі дії.**

Хоча деякі люди, які страждають на обсесивно-компульсивний розлад, мають тільки нав'язливі ідеї або нав'язливі дії, більшість з них страждає і від того і від іншого. Фактично нав'язливі дії часто є відповіддю нав'язливі ідеї (Pato & Pato, 1997). Одне дослідження показало, що здебільшого нав'язливі дії є хіба що *поступкою* нав'язливим сумнівам, ідеям чи спонуканням (Akhtar et al., 1975). Жінка, яка постійно сумнівається в тому, що її будинок перебуває в безпеці, може поступатися цим нав'язливим сумнівом, часто перевіряючи замки та газові крани. Чоловік з нав'язливим страхом зараження може поступатися цим страхом, здійснюючи ритуали очищення. У деяких випадках здається, що нав'язливі дії допомагають контролювати нав'язливі ідеї. Нижче наведено опис дівчинкою-підлітком своїх спроб контролювати нав'язливі страхи зараження шляхом виконання рахункових та вербальних ритуалів:

*Пацієнтка: Як тільки я чула щось, пов'язане з мікробами чи хворобою, я починала погано почуватися і я повинна була зробити щось подумки, щоб все знову стало добре.*

*Інтерв'юер: Що саме ти мала зробити?*

*Пацієнтка: Говорити про себе числа чи слова, які нібито є захистом.*

*Інтерв'юер: Які числа та слова?*

*Пацієнтка: Трійка і по порядку числа, що поділяються на три слова «вода і мило» або щось на зразок того; а потім чисел, що діляться на три, стало дуже багато, я мала рахувати до 124 і більше. Тоді стало зовсім погано. (Spitzer et al., 1981, р. 137)*

Багато людей з обсесивно-компульсивним розладом переймаються тим, що можуть втілити в життя свої нав'язливі ідеї. Чоловік із нав'язливими образами поранення близьких може боятися, що близький до скоєння вбивства; або ж жінка з нав'язливим бажанням вилаятися в церкві може турбуватися про те, що одного разу піддасться цьому бажанню і потрапить у дурне становище. Ці хвилювання здебільшого необгрунтовані. Хоча багато нав'язливих ідей ведуть до нав'язливих дій — зокрема, очищаючих та перевірочних нав'язливих дій, — вони, як правило, не призводять до насильницьких чи аморальних вчинків.

**Теорії виникнення та методи лікування.**

Обсесивно-компульсивний розлад, як і панічний розлад, був колись одним із найменш вивчених психологічних розладів. Проте останніми роками дослідники стали краще розуміти його. Найбільший вплив мають теорії виникнення та методи лікування, запропоновані психодинамічною, біхевіористською, когнітивною та біологічною моделями.

***Психодинамічна модель***

Як ми говорили вище, прихильники психодинамічної моделі вважають, що тривожний розлад формується тоді, коли діти починають боятися імпульсів свого Ід і використовують захисні механізми Его, щоб пом'якшити тривогу, що виникає в результаті. Що відрізняє обсесивно-компульсивне розлад від інших тривожних розладів? У його випадку боротьба між імпульсами Ід, що викликають тривогу, і знижуючими тривогу захисними механізмами Его розгортається в заплутаних і хвилюючих думках і діях, а не в несвідомому. Імпульси Ід зазвичай набувають форми нав'язливих ідей, а захисні механізми Его виявляються як протилежні ідеї або нав'язливі дії. Жінка, яку переслідує картина того, що її мати лежить, розбившись і стікаючи кров'ю, наприклад, може протистояти цим думкам, постійно перевіряючи, чи все гаразд удома.

Психодинамічна теорія формування обсесивно-компульсивного розладу Згідно з теоретиками психодинамічного підходу, обсесивно-компульсивного розладу зазвичай супроводжують три захисні механізми его: ізоляція, анулювання та реактивне утворення (Hollander et al., 1994). Люди, які вдаються до ізоляції, просто відмовляються від своїх незручних та небажаних думок та відчувають їх як вторгнення ззовні. Люди, які вдаються до анулювання, здійснюють дії, призначені нейтралізувати їх небажані імпульси. Наприклад, люди, які постійно миють руки, можуть таким чином символічно анулювати свої неприйнятні імпульси. Люди, які розвивають реактивну освіту, обирають такий життєвий стиль, який прямо протилежний їх неприйнятним імпульсам. Людина може вести життя, повне доброти та відданості іншим з метою протистояти неприйнятним агресивним імпульсам.

Зігмунд Фрейд вважав, що під час *анальної стадії* розвитку (що починається приблизно у дворічному віці) деякі діти відчувають сильні гнів і сором, які розпалюють конфлікт між Ід та Его. За його теорією, діти в цей період отримують задоволення від процесу дефекації. Коли батьки привчають дітей до туалету, вони мають навчитися відмовлятися від своїх анальних задоволень. Якщо батьки передчасно або занадто строго змушують їх ходити на горщик, діти можуть відчувати такий гнів, що у них розвиваються *агресивні імпульси Ід* , антисоціальні імпульси, що іноді шукають вирази. Діти можуть почати куди частіше забруднити одяг і стати загалом деструктивними, неакуратними та впертими.

Якщо батьки стримують дитячу агресивність шляхом тиску та засоромлення, діти можуть також відчувати сором, провину та відчувати себе брудними. Тоді агресивні імпульси змагатимуться з сильним бажанням контролювати їх; дитина, якій хочеться забруднити одяг, відчуватиме таке ж бажання утриматися від цього. Якщо цей напружений конфлікт між Ід та Его триває, він може зрештою перерости в обсесивно-компульсивний розлад.

***Ізоляція*** *- захисний механізм Его, що полягає в тому, що люди відкидають свої незручні і небажані думки і зрікаються них, переживаючи їх як вторгнення ззовні.*

***Анулювання*** *— захисний механізм Его, що у тому, що людина несвідомо нейтралізує неприйнятне бажання чи дію, виконуючи іншу дію.*

***Реактивна освіта*** *— захисний механізм Его, який полягає в тому, що людина протистоїть своїм неприйнятним бажанням, обираючи такий життєвий стиль, який прямо протилежний його небажаним імпульсам.*

Не всі прихильники психодинамічної теорії погоджуються із поясненнями Фрейда. Наприклад, багато хто вважає, що агресивні імпульси людей, які страждають на цей розлад, сягають корінням швидше в блоковану потребу в безпеці, ніж в досвід привчання до туалету (Erikson, 1963; Sullivan, 1953; Homey, 1937). Однак і ці психологи згодні з Фрейдом у тому, що люди з подібним розладом мають сильні агресивні імпульси і таке ж бажання контролювати їх. В основному різні психодинамічні теорії не мають експериментальних підтверджень (Fitz, 1990).

|  |
| --- |
| ***Популярність не є захистом.*** Коли легендарний мільярдер Говард Хьюз (Howard Hughes) здійснював політ навколо світу, встановлював рекорди, відкривав міжнародну авіакомпанію і керував одночасно кількома підприємствами, ніхто не міг припустити, що одного разу він виявиться скований нав'язливим страхом зараження та численними ритуалами, що очищають. |

**Психодинамічні методи терапії** Психоаналітики намагаються допомогти людям із обсесивно-компульсивним розладом розкрити та подолати їх приховані конфлікти та захисту, використовуючи техніку вільних асоціацій та інтерпретації терапевта. Проте дослідження наводять особливих доказів те, що психодинамічний підхід приносить багато користі ( Salzman, 1980). Існує навіть думка, що психодинамічна терапія може додати труднощів пацієнтам із обсесивно-компульсивним розладом (Salzman, 1980). Вільні асоціації та інтерпретації можуть посилювати їхню тенденцію надто багато міркувати (Nooman, 1971). Тому тепер деякі психоаналітики вважають за краще лікувати таких пацієнтів, використовуючи методи короткострокової психодинамічної терапії, які є більш чіткими та орієнтованими на дію, ніж класичні техніки (Salzman, 1985, 1980) (див. розділ 2).

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** У уривку, наведеному нижче, представник паркової комісії міста Нью-Йорка висловлює свою думку про акти вандалізму у вбиральні. Чи можуть прихильники психодинамічної теорії мати іншу думку щодо цього? — «Ви не повірите, з якою лютістю люди нападають на туалети. Вони ламають унітази, розбивають їх ущент. Вони звіріють. Я можу зрозуміти, чому люди завдають шкоди школам та іншим місцям, де вони мали якісь труднощі, але мені незрозуміло, чому вони настільки недоброзичливі до вбиралень.» |

***Біхевіористська модель***

Біхевіористи приділяли теорії формування та методам лікування нав'язливих дій більше уваги, ніж нав'язливим ідеям. Хоча сама по собі біхевіористська теорія формування нав'язливих дій отримала порівняно невелику підтримку клініцистів, біхевіористські методи терапії виявилися вельми успішними та допомогли змінити несприятливий прогноз у разі захворювання.

**Біхевіористська теорія формування обсесивно-компульсивного розладу.** Біхевіористи припускають, що люди набувають нав'язливих дій випадково. Так виходить, що в ситуації тривоги вони починають мити руки, говорити чи одягатися певним чином. Коли загроза проходить, хворі пов'язують покращення ситуації із цією особливою дією. Після кількох випадкових збігів люди починають вірити, що ця дія приносить їм успіх чи дійсно змінює ситуацію, отже вони знову й знову у подібних ситуаціях здійснюють цю дію. Цей акт стає ключовим методом уникнення чи зниження тривоги (Steketee et al, 1996).

Відомий клініцист та дослідник Стенлі Речмен зі своїми колегами продемонстрував, що нав'язливі дії, схоже, сприяють зниженню тривоги. Наприклад, в одному з експериментів дванадцять людей з нав'язливим миттям рук контактували з об'єктами, які вони вважали зараженими (Hodgson & Rachman, 1972). Як і передбачали біхевіористи, ритуал миття рук у цих людей, здавалося, знижує їхню тривогу. Звичайно, хоча подібні дослідження означають, що нав'язливі дії зрештою підкріплюються зниженням тривоги, вони не доводять, що нав'язливі дії набуваються насамперед як результат цих знижень.

**Біхевіористські методи терапії.** У середині шістдесятих, коли В. Майєр (V. Meyer) проводив терапію двох пацієнтів із хронічним обсесивно-компульсивним розладом, він дав вказівки персоналу лікарні ретельно слідкувати за ними та утримувати їх від виконання нав'язливих дій. Компульсивна поведінка пацієнтів помітно покращилася, і покращення зберігалося після чотирнадцяти місяців. У сімдесятих роках Стенлі Речмен відмовився від нагляду персоналу: він просто наказував пацієнтам намагатися утримуватися від виконання своїх нав'язливих дій (Rachman, 1985; Rachman & Hodgson, 1980).

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Якщо випадкові зв'язки між певними діями та зниженням тривоги бувають у житті кожної людини, чому тоді лише у деяких людей утворюються нав'язливі дії? |

Прийом Речмена отримав назву методу ***занурення (експозиції) і запобігання дій у відповідь.*** Клієнтів кілька разів вводять у контакт з об'єктами або ситуаціями, що викликають тривогу, нав'язливі страхи або нав'язливі дії, але при цьому їм дають інструкції чинити опір бажанню вчинити дії, які, як здається цим людям, вони повинні вчинити. Оскільки людям дуже важко зупинитися, терапевти часто подають їм приклад. Перебуваючи під наглядом клієнтів, терапевти взаємодіють з об'єктами, не здійснюючи жодних нав'язливих дій, а потім надихають клієнтів робити те саме.

***Занурення (експозиція) і запобігання дій у відповідь*** *— біхевіористський метод терапії обсесивно-компульсивного розладу, в якому люди стикаються з викликаючими тривогу думками або ситуаціями і потім утримуються від здійснення своїх нав'язливих дій.*

***Нейтралізація*** *— спроба усунути небажані думки за допомогою інших думок та поведінки, які «виправляють», компенсують неприйнятні думки.*

Нині багато біхевіористи використовують метод Речмена. Деякі їх до того ж змушують клієнтів виконувати вдома *самостійну роботу (техніки самодопомоги)* (Knox, Albano & Barlow, 1996; Emmelkamp, 1994). Вони дають клієнтам завдання додому щодо занурення та запобігання дій у відповідь. Як ілюстрацію наведемо приклад домашнього завдання, отриманого жінкою з нав'язливими діями, що очищають:

- Не мийте підлогу вашої ванної кімнати протягом тижня. Після цього протріть його за три хвилини звичайною шваброю. Використовуйте цю швабру і для інших робіт, попередньо не очищаючи її.

— Купуйте пухнастий мохеровий светр і носите його тиждень. Знімаючи светр на ніч, не прибирайте з нього катишки вовни. Тиждень не прибирайте у будинку.

— Ви, ваш чоловік та діти не повинні знімати взуття, заходячи з вулиці. Не забирайте в будинку протягом тижня.

— Впустіть печиво на брудну підлогу, підніміть і з'їжте.

— Киньте простирадла та ковдри на підлогу, а потім постіліть їх на ліжку. Тиждень не міняйте цю постільну білизну. (Emmelkamp, 1982, р. 299-300)

Зрештою жінка змогла встановити прийнятний порядок прибирання будинку та очищення самої себе.

Занурення (експозиції) та запобігання дій у відповідь застосовувалися в індивідуальній та груповій терапії. У 60-90% клієнтів з обсесивно-компульсивним розладом було виявлено помітне покращення при використанні цього підходу (Albucher, Abelson & Nesse, 1998; Riggs & Foa, 1993) (див. діаграму 5-3). Крім того, у них покращилося особисте, соціальне та ділове життя. Ці зміни спостерігалися протягом кількох років (Bolton, Luckie & Steinberg, 1995; Marks & Swinson, 1992).

Ефективність даного методу дозволяє припустити, що люди з обсесивно-компульсивним розладом подібні до забобонної людини зі старого анекдоту, який клацав пальцями, відганяючи слонів. Коли хтось вказував на те, що ніяких слонів поблизу немає, людина відповідала: «Ось бачите? Це працює!". В одному огляді був такий висновок: «Озирнувшись назад, можна побачити, що людина, яка страждає нав'язливими думками, клацала пальцями, і до тих пір, поки вона не зупинилася (утримання від дій у відповідь) і не озирнулася навколо (експозиція), вона не могла дізнатися про слонах нічого цінного» (Berk & Efran, 1983, p. 546).

Незважаючи на враження, цей підхід має певні обмеження. У деяких клієнтів, які проходили лікування, зникли всі симптоми, але у чверті клієнтів не було жодного поліпшення (Marks & Swinson, 1992; Greist, 1990). До того ж цей підхід мало корисний тим, хто страждає нав'язливими думками, а не нав'язливими діями (Jenike, 1992). Нарешті, найкращі результати були отримані в результаті терапії очищувальних та перевірочних нав'язливих дій. Наскільки ефективним є цей підхід при лікуванні інших видів нав'язливих дій або множинних нав'язливих дій, невідомо (Ball, Baer & Otto, 1996).

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Спробуйте згадати ті моменти у своєму житті, коли ви інстинктивно використовували спрощену версію занурення (експозиції) і запобігання діям у відповідь, бажаючи запобігти можливій появі шаблонів поведінки. Чи були ваші зусилля успішними? Виходячи з цього, що можна сказати про користь систематичного та, можливо, контрольованого застосування цієї техніки? |

**Малюнок 5.3. Успішне лікування нав'язливих дій, що очищають.** У процесі терапії експозицією та утриманням від дій у відповідь клієнт демонструє стійке зниження частоти щоденних ритуалів миття рук і загальної кількості часу, витраченого на них. (Rachman, Hodgson & Marzillier, 1970, p. 390, адаптовано.)

***Когнітивна модель***

Когнітивісти розробили багатообіцяючі теорію формування та методи терапії обсесивно-компульсивного розладу. Оскільки їх теорія та терапевтичні техніки теж використовують принципи біхевіоризму, багато оглядачів вважають за краще описувати цей підхід як когнітивно-поведінковий.

Когнітивна теорія формування обсесивно-компульсивного розладу. Когнітивна теорія формування обсесивно-компульсивного розладу починається із вказівки те що, що з кожної людини є повторювані, небажані, настирливі думки. У кожного можуть бути думки про заподіяння шкоди іншим, про участь у неприйнятних сексуальних актах, про зараження вірусами, але більшість людей легко відкидають їх або ігнорують (Salkovskis et al., 1997, 1996; Salkovskis, 1989, 1985). Проте ті, у кого сформувався обсесивно-компульсивний розлад, звинувачують себе за такі думки і припускають, що станеться щось жахливе.

Такі люди знаходять небажані думки настільки огидними і такими, що створюють таку напругу, що намагаються усунути або уникати їх. Вони **нейтралізують** — думають і поводяться в такий спосіб, який призначений виправити те, що відбувається всередині, відшкодувати незручні думки. Нейтралізація включає вимогу особливого схвалення з боку інших, свідоме створення «хороших» думок, миття рук або перевірку можливих джерел небезпеки (Freeston & Ladouceur, 1997).

Коли зусилля, що нейтралізує, приносить тимчасове зниження дискомфорту, воно підкріплюється і, очевидно, використовується знову. Зрештою, нейтралізуючі думки або дії використовуються так часто, що стають, за визначенням, нав'язливими ідеями або нав'язливими діями. У той самий час люди дедалі більше переконуються у небезпеці настирливих думок, які були в них спочатку. Відчуття загрози і занепокоєння, що викликається цими думками, зростає, внаслідок чого такі думки все частіше спадають на думку, таким чином теж стаючи нав'язливими. Небажані думки бувають у кожного, але лише в деяких розвивається розлад. Чому вони знаходять прості думки такими тривожними, що починають формувати розлад? Дослідники виявили, що такі люди (1) мають більшу тенденцію до депресивності, ніж інші (Clark & Purdon, 1993; Conway et al., 1991); (2) мають надзвичайно високі стандарти поведінки та моралі (Rachman, 1993; Rachman & Hodgson, 1980); (3) вважають, що їхні настирливі негативні думки можуть завдати шкоди їм або іншим людям і відчувають відповідальність за запобігання уявній небезпеці (Ladouceur, Rheaume & Aublet, 1997; Freeston, Rheaume & Ladouceur, 1996); (4) у більшості випадків вірять, що можуть і повинні суворо контролювати свої думки та дії (Clark & Purdon, 1993; Rachman, 1993).

Інші аспекти когнітивної теорії також набули наукової підтримки. Деякі дослідники виявили, наприклад, що люди, які страждають на обсесивно-компульсивний розлад, мають дійсно більше настирливих думок, ніж інші люди (Clark, 1992). До того ж дослідження підтвердили, що люди, у яких сформувався обсесивно-компульсивний розлад, принаймні іноді, намагаючись зупинити свої небажані думки, вдавалися до більш продуманих і складних технік, ніж нейтралізуючі, ніж інші, (Freeston et al., 1992) і, мабуть, ці нейтралізуючі техніки на якийсь час знижували їх дискомфорт (Roper, Rachman & Hodgston, 1973).

**Когнітивні методи терапії обсесивно-компульсивного розладу.** Для терапії людей, які страждають на обсесивно-компульсивний розлад, іноді використовувалися підходи, що поєднують когнітивні та біхевіористські техніки (Freeston et al., 1996; van Oppen & Arntz, 1994). Терапевти, які використовують ***тренінг адаптивності (habituation training),*** прагнуть знову і знову викликати у клієнта нав'язливі думки. Вони припускають, що завдяки інтенсивній експозиції ці думки вже не будуть здаватися такими загрозливими, тривога, викликана ними, знизиться, і таким чином зменшиться кількість нав'язливих думок або нав'язливих дій, що виникають (Salkovskis & Westbrook, 1989; Rachman & Hodgson, 1980).

В одному з варіантів тренінгу адаптивності клієнтів просто інструктують викликати в думці нав'язливі думки або образи і деякий час їх утримувати. В іншому варіанті клієнти один або два рази на день протягом години слухають власні голоси, записані на плівку і підтверджують їх нав'язливі думки знову і знову.

***Тренінг адаптивності (повінь) -*** *терапевтична техніка, в якій терапевт намагається знову і знову викликати у клієнта нав'язливі думки, припускаючи, що в результаті такі думки втратить своє загрозливе значення і це спричинить тривогу.*

Терапія людей, які страждають лише нав'язливими думками, часто полягає лише у тренінгу адаптивності (Rachman & Hodgson, 1980). Проте лікування інших людей терапевти можуть доповнювати *технікою прихованого запобігання відповіді (covert response prevention):* вони вчать клієнтів утримуватися або відволікатися від виконання нав'язливих дій, які можуть бути під час тренінгу адаптивності. Поки що основну підтримку цей підхід отримав з урахуванням результатів вивчення клінічних випадків (James & Blackborn, 1995; Ladouceur et al., 1995).

***Біологічна модель***

Частково завдяки тому, що обсесивно-компульсивний розлад у минулому так погано піддавалося пояснення, дослідники постійно намагалися знайти приховані біологічні чинники, які з ним пов'язані (Zaleman, 1995; Jenike, 1992). Останніми роками їх зусилля винагородили розробкою перспективних біологічних методів терапії.

**Біологічна теорія формування обсесивно-компульсивного розладу.** Багатообіцяючими виглядають дві лінії наукового пояснення біологічних причин обсесивно-компульсивного розладу. Одна з них вказує на аномально низьку активність медіатора серотоніну, інша - на аномальне функціонування деяких ключових зон головного мозку у людей, які страждають на цей розлад (Gross-Isseroff et al., 1996; Swoboda & Jenike, 1995).

***Серотонін*** , як ГАМК та норепінефрін, є хімічною сполукою, яка переносить інформацію від нейрона до нейрона. Його зв'язок з обсесивно-компульсивним розладом було встановлено завдяки виявленню дії антидепресантів. Клінічні дослідники відкрили, що два препарати з групи антидепресантів, кломіпрамін (Anafranil) і флуоксетин (Prozac), знижують обсесивні та компульсивні симптоми (Klerman et al., 1994; Rapoport, 1991, 1989). Виходячи з того, що ці препарати також підвищують активність серотоніну, деякі дослідники зробили висновок, що обсесивно-компульсивний розлад є результатом низької активності серотоніну (Altemus et al., 1993; Flament et al., 1985). Справді, лише антидепресанти, які підвищують активність серотоніну, допомагають у випадках обсесивно-компульсивного розлади; антидепресанти, які впливають в основному на інші медіатори, не дають такого ефекту (Jenike, 1992).

***Серотонін*** *– медіатор, аномальна активність якого пов'язана з депресією, обсесивно-компульсивним розладом та розладами апетиту.*

Інша лінія наукових досліджень пов'язує обсесивно-компульсивний розлад з аномальним функціонуванням двох зон головного мозку: ***кори нижньої поверхні лобових часток*** (orbital frontal cortex), розташованої над очима, та ***хвостатих ядер,*** структур, що входять до складу базальних ядер мозку. Разом взяті, вони беруть участь у мозковому циклі, який перетворює сенсорну інформацію на думки та дії (див. рис. 5.4). Цикл починається в корі нижньої поверхні лобових часток, де зазвичай виникають сексуальні, агресивні та інші примітивні імпульси. Потім ці імпульси переміщуються в хвостаті ядра, що виконують у циклі роль фільтрів і пересилають найпотужніші імпульси в таламус, таку систему циклі. Якщо імпульси досягають таламусу, людина змушена далі думати про них і, можливо, діяти. Багато прихильників біологічної теорії зараз вважають, що або кора нижньої поверхні лобових часток, або хвостаті ядра в деяких людей занадто активні, що веде до безперервного прориву болісних думок та дій (Salloway & Cummings, 1996; Rapoport, 1991).

**Малюнок 5.4. Біологія обсесивно-компульсивного розладу.** Тривимірна картина мозку (з частинами, показаними так, якби мозкові оболонки, що лежать над ними, були прозорими) показує мозковий цикл, який дослідники пов'язують з обсесивно-компульсивним розладом. У нормальному стані хвостаті ядра фільтрують імпульси, що виникають у корі нижньої поверхні лобових часток, так що лише найпотужніші з них досягають таламусу. Можливо, що люди з обсесивно-компульсивним розладом ці області є надто активними. (Rapoport, 1989, р. 85, адаптовано.)

***Кора нижньої поверхні лобових частин -*** *зона головного мозку, в якій зазвичай виникають імпульси, що викликають екскретивну, сексуальну, агресивну та інші примітивні активності.*

***Хвостаті ядра*** *- структури в базальних гангліях мозку, що допомагають переводити сенсорну інформацію в думки та дії.*

На підтримку цієї теорії говорять багаторічні медичні спостереження виникнення або загасання симптомів обсесивно-компульсивного розладу внаслідок пошкодження кори нижньої поверхні лобових часток, хвостатих ядер або суміжних зон мозку внаслідок нещасного випадку або хвороби (Мах et al, 1995; Paradis et al. 2). . Позитронно-емісійна томографія (РЕТ-сканування), яка дає малюнок мозкової активності, показала, що хвостаті ядра і кора нижньої поверхні лобових часток пацієнтів з обсесивно-компульсивним розладом більш активні, ніж у контрольної групи (Pato & Pato, 1997; ., 1990).

Ці лінії досліджень можуть бути пов'язані між собою. Оскільки медіатор серотонін відіграє велику роль у процесах, що проходять в корі нижньої поверхні лобових часток та хвостатих ядрах, його низька активність може серйозно заважати нормальному функціонуванню цих областей.

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** На момент народження людини нейрони у його мозку формують понад 50 мільярдів синапсів, чи сполук. За перші місяці життя кількість їх зростає у двадцять разів, досягаючи більш ніж 1000 мільярдів (Begley, 1997). |

**Біологічні методи терапії обсесивно-компульсивного розладу.** Як ми згадували вище, дослідники довідалися, що певні антидепресанти корисні для терапії обсесивно-компульсивного розладу (Pato & Pato, 1997; Greist et al., 1995). Вони не тільки підвищують активність серотоніну в мозку, але й забезпечують ближчу до нормальної активності в корі нижньої поверхні лобових часток та хвостатих ядрах (Baxter et al., 1992).

Дослідження показали, що застосування кломіпраміну (Anafranil), флуоксетину (Prozac) і флувоксаміну (Luvox), викликає поліпшення у 50-80% людей, які страждають на обсесивно-компульсивний розлад (Black et al., 1997; Taylor, 1995). Нав'язливі ідеї та нав'язливі дії людей, які приймають ці антидепресанти, зазвичай повністю не зникають, але в середньому вдвічі скорочуються за вісім тижнів лікування (DeVeaugh-Geiss et al., 1992).

Проте люди, поліпшення стану яких ґрунтується лише на медикаментозній терапії, схильні переживати рецидиви після відміни препарату (Taylor, 1995; Michelson & Marchione, 1991).

Таким чином, методи терапії обсесивно-компульсивного розладу, як і терапія панічного розладу, зазнали значного поліпшення протягом останнього десятиліття. Колишнє важкої проблемою, обсесивно-компульсивний розлад тепер піддається кільком формам терапії, особливо часто використовуваному методу занурення (експозиції) і запобігання дій у відповідь і лікуванню антидепресантами (ці процедури зазвичай поєднуються) (Riggs & Foa, 19. 19). Більше того, принаймні два важливі дослідження дозволяють припустити, що біхевіористський та біологічний підходи можуть, зрештою, надавати одну і ту ж дію на мозок. У ході цих досліджень у людей, які отримували терапію методом експозиції та запобігання дій у відповідь, і у людей, які приймали антидепресанти, було виявлено помітне зниження активності в хвостатих ядрах (Schwartz et al, 1996; Baxter et al, 1992). Це перші випадки настільки прямого зв'язку терапії психічного розладу із змінами у функціонуванні головного мозку.

**Резюме**

Люди з обсесивно-компульсивним розладом відчувають нав'язливі ідеї або здійснюють нав'язливі дії, або їх переслідує і те й інше. Нав'язливі дії найчастіше є відповіддю нав'язливі ідеї.

Теорії формування та методи терапії. Відповідно до психодинамічної теорії, обсесивно-компульсивний розлад виникає з боротьби між імпульсами Ід, які проявляються у вигляді нав'язливих ідей, та захисними механізмами Его, які набувають форми протилежних думок чи нав'язливих дій.

Біхевіористи вважають, що нав'язливі дії часто розвиваються через випадкові асоціації. Провідний біхевіористський метод терапії поєднує пролонговану експозицію з утриманням від дій у відповідь.

Прихильники когнітивної теорії вважають, що обсесивно-компульсивний розлад виростає з нормальної людської властивості мати небажані, неприємні думки. Старанні спроби деяких людей зрозуміти, знищити або уникнути їх ведуть до нав'язливих думок та нав'язливих дій. Багатообіцяючим когнітивно-біхевіористським підходом є тренінг звичності.

Біологічні дослідники пов'язали обсесивно-компульсивний розлад з низькою активністю серотоніну та аномальним функціонуванням кори нижньої поверхні лобових часток та хвостатих ядер мозку. Дієвим лікуванням є також застосування антидепресантів, які збільшують активність серотоніну.

**Стресові розлади.**

*Марк згадує свою першу перестрілку та перше зіткнення з в'єтконгівцями. За кілька хвилин він повністю втратив контроль над сечовим міхуром і спорожненням кишечника. Ось власні слова Марка: «Я був у паніці та буквально наклав у штани; я обмочився і був весь у лайні. Боже мій, пекло вирвалося на землю. Я кажу вам, я був такий переляканий, я думав, що не виберусь звідти живим. Я був переконаний у цьому. Чарлі змусили нас залягти під вогнем і трусили з нас лайно багато годин. Нам довелося викликати бомбардувальники».*

*Під час першого бою Марк став свідком жахливих видовищ. Він бачив обезголовлені тіла.*

*«Один хлопець сказав мені: «Гей, Марку, новачок зелений, ти бачив, як голова злетіла з плечей цього бовдура. Оце так, правда?»*

*Ще протягом двох тижнів Марку мерехтіла голова, що злетіла з плечей його товариша, що біжить, обезголовлене тіло, що зробило ще кілька кроків, перш ніж впасти на землю. Марк, якого після цього довго нудило і рвало, не міг зрозуміти, як він ще живий.*

*«Я не зміг викинути це видовище з голови; воно все ще повертається до мене у снах, у кошмарах. Знову і знову я бачитиму його голову, що летить, безголове тіло, що падає на землю. Я знав цього хлопця. Він дуже добре ставився до мене, коли я тільки-но з'явився в підрозділі. Іншим, здавалося, начхати на мене; а він увів мене в курс справи. Наче знав, що я побачу його голову та тіло, розумієш? О чорт!"*

*Спочатку бойових дій Марк часто виявляв, що плаче. «Я хотів додому. Я був такий самотній, безпорадний, справді переляканий. Але я знав, що не зможу потрапити додому, доки не вийде мій рік». (Brende & Parson, 1985, p. 23-24)*

Реакція Марка на досвід воєнних дій є природною та зрозумілою. Під час або відразу після ситуації, що травмує, багато людей стають високотривожними і депресивними. Однак у деяких тривога та депресія зберігаються протягом тривалого терміну після виходу з цієї ситуації. Ці люди можуть страждати **на гострий стресовий розлад або посттравматичний стресовий розлад** , які виникають як реакція на психологічно травматичну подію ( Sharan et al., 1996; АРА, 1994). Зазвичай така подія полягає у серйозному пошкодженні чи загрозі пошкодження — для самої людини, яка отримала психологічну травму, або для її друга чи члена сім'ї. На відміну від інших тривожних розладів, які зазвичай викликаються ситуаціями, що не здаються більшості людей загрозливими, ситуації, що викликають гострий стресовий розлад або посттравматичний стресовий розлад (такі як бій, зґвалтування, землетрус, аварія літака) травматичні для кожного.

Відповідно до DSM-IV, якщо симптоми починаються протягом чотирьох тижнів після травматичної події та тривають менше місяця, цей патерн діагностується як *гострий стресовий розлад (АРА,* 1994). Якщо симптоми зберігаються через місяць, ставиться діагноз *посттравматичний стресовий розлад.* Симптоми посттравматичного стресового розладу можуть з'явитися або відразу після травмуючої події, або через місяці, або навіть роки після нього (див.: Діагностична таблиця DSM-IV в Додатку). У деяких випадках гострий стресовий розлад перетворюється на посттравматичний стресовий розлад (Koopman et al., 1995). Крім різниці в часі появи та тривалості, симптоми двох цих тривожних розладів майже ідентичні (Taylor et al., 1998; Morgan et al., 1996):

1. *Переживання травматичної події:* Люди можуть повторюватися спогади, думки, кошмари, що стосуються цієї події. Деякі так швидко переживають цю подію в думках («зворотний кадр»), що їм здається: вони повернулися в травматичну ситуацію.

2. *Уникнення:* Як правило, люди починають уникати діяльності, що нагадує їм про травматичну подію, і намагаються ухилятися від пов'язаних з нею думок, почуттів та розмов.

3. *Знижена чутливість:* Люди можуть відчувати відірваність від інших або втратити інтерес до того, що раніше давало радість. Вони можуть втратити здатність переживати такі глибокі почуття, як ніжність і сексуальність. У деяких зустрічаються симптоми *дисоціації,* або психологічного відділення; на них знаходить заціпеніння, вони зазнають труднощів із пам'яттю або переживають почуття ірреальності (відчуття, що все навколо них є дивним чи нереальним).

4. *Зростання збудження, тривога і почуття провини:* Люди з цими розладами можуть відчувати надмірну напруженість, легко лякаються. У них розвиваються проблеми зі сном та труднощі з концентрацією уваги. Вони можуть відчувати сильне почуття провини, пов'язані з тим, що вони пережили травматичну подію, інші люди загинули. Деякі також можуть почуватися винними у тому, що *їм* довелося зробити, щоби вижити.

***Гострий стресовий розлад*** *- тривожний розлад, в якому страх і супутні симптоми виникають невдовзі після травматичної події і тривають менше місяця.*

***Посттравматичний стресовий розлад*** *- тривожний розлад, в якому страх і супутні симптоми зберігаються тривалий час після травматичної події.*

Ми бачимо ці симптоми у ветерана війни у В'єтнамі через роки після його повернення додому:

*Я не можу викинути цих спогадів з голови! Образи повертаються до мене в яскравих деталях, їх може викликати така нісенітниця, як стукіт дверей або запах смаженого м'яса. Минулої ночі я ліг у ліжко і добре спав, що буває нечасто. А рано-вранці вибухнула гроза. Почувши грім, я миттєво прокинувся, скований страхом. Я повернувся до В'єтнаму, до зони обстрілу, на свій спостережний пост. Я був певен, що наступний залп накриє мене і я помру. Мої руки замерзли, а піт струмив по всьому тілу. Я відчував, що кожна волосинка в мене на потилиці встала дибки. Я не міг упоратися з диханням, і серце моє шалено билося. Я відчував огидний запах сірки. (Davis, 1992)*

Гострий або посттравматичний стресовий розлад виникає у будь-якому віці, навіть у дитинстві, і може заважати особистому, сімейному, соціальному чи професійному життю людини (Putnam, 1996; Jordan et al., 1992). Щорічно близько 0,5% населення Сполучених Штатів страждає від одного з цих розладів; приблизно 7,8% населення протягом життя стає жертвою одного з цих розладів (Kessler et al., 1995; Davidson et al., 1991). Ці розлади вдвічі частіше зустрічаються у жінок, ніж у чоловіків, стресовий розлад після серйозної травми формується приблизно у 20% жінок і лише у 8% чоловіків (Kessler et al., 1995).

|  |
| --- |
| ***Намагаючись рухатися вперед* .** Меморіал полеглим у В'єтнамі був відкритий у Вашингтоні більш ніж через десять років після закінчення війни, але тисячі присутніх на відкритті ветеранів відчували гострий душевний біль, свідчивши, що для багатьох війна та її психологічні наслідки ще живі (Watson et al., 1995). |

Причиною виникнення одного із стресових розладів може бути будь-яка травматична подія, але деякі з них особливо небезпечні в цьому відношенні. Серед найпоширеніших причин можна назвати військові дії, катастрофи, насильство та жорстоке поводження.

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Які події в сучасному суспільстві можуть спричиняти виникнення гострого та посттравматичного стресових розладів? Як ви вважаєте: яскраві образи, які щодня спостерігаються по телебаченню, в кіно, на відео роблять людей більш-менш уразливими до формування подібних розладів? |

**Сцени із сучасного життя**

*Працюючи зі смертю*

Одна з найменш приємних робіт у нашому суспільстві – ліквідація слідів жахливої катастрофи чи вбивства. Ця робота має бути зроблена, незалежно від того, як вона вплине на людей, які її виконують. Виявилось, що люди дуже по-різному реагують на таку відповідальність.

Коли 1993 року поліція взяла штурмом ферму секти «Гілка Давидова» поблизу Вейка, в Техасі, у вогні загинули вісімдесят три людини. Тридцять один дантист мали ідентифікувати залишки зубів обвуглених трупів. Обстеження, проведене згодом, виявило, що ці дантисти мали більше симптомів посттравматичного стресового розладу, ніж ті, яким не довелося виконувати це неприємне завдання (McCarroll et al, 1996).

Ось інший випадок: Рей та Луїза Барнс ведуть свою справу під назвою "Прибирання місць злочину" ("Crime Scene Clean-Up"). Їх фірма надає правоохоронним органам, похоронним конторам і сім'ям, що пережили трагедію, послуги з прибирання місць убивств, суїцидів та нещасних випадків. Барнси використовують латексні рукавички, швабри, респіратори та інші інструменти для знищення слідів людського нещастя (Howe & Nugent, 1996). Рей Барнс каже, що його колишня служба у похоронній конторі та у прозекторській допомогла йому підготуватися до цієї роботи. Не залишаючись байдужим до жахливих сцен, він створив те, що потрібне людям, і тепер справа цієї сімейної пари процвітає.

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Чому реакція дантистів і сім'ї Барнс виявилася настільки різною? Чи можна з часом «пристосуватися» до жахливих ситуацій, чи експозиція, що повторюється, візьме своє іншим способом? Які ще заняття у нашому суспільстві можуть бути причинами психологічних травм? |

**Військові дії.**

Вже довгий час медики знають, що у багатьох солдатів утворюються симптоми тяжкої тривоги та депресії під час воєнних дій (Oei, Lim & Hennesy, 1990). Під час громадянської війни США цей набір симптомів називали «ностальгією», оскільки вважали результатом тривалої відірваності від будинку. Під час Першої світової війни його почали називати «військовим неврозом», вирішивши, що він є наслідком мозкових мікрокровотеч чи контузій, викликаних постійним артилерійським обстрілом. Під час Другої світової та Корейської війни його стали називати «бойова психічна травма» (Figley, 1978). Проте вже після війни у В'єтнамі клініцисти виявили, що у багатьох солдатів серйозні симптоми виявляються і після закінчення військових дій.

Відразу після війни у В'єтнамі на психологічні проблеми її ветеранів здебільшого не звертали уваги, частково, можливо, через бажання нації забути цю непопулярну війну. Однак наприкінці 1970-х років персоналу госпіталів для ветеранів по всіх Сполучених Штатах стало зрозуміло, що багато ветеранів воєнних дій у В'єтнамі все ще відчувають пов'язані з війною психологічні проблеми, які ігнорувалися при їх виникненні або яким не було надано належного значення (Williams, 1983) ).

Тепер нам відомо, що близько 29% всіх чоловіків і жінок, які служили у В'єтнамі, страждали потім на гострий або посттравматичним стресовим розладом, і той час як ще 22% мали деякі стресові симптоми (Weiss et al., 1992). 10% ветеранів цієї війни досі ще відчувають помітні посттравматичні стресові симптоми, включаючи «зворотний кадр», раптові пробудження від сну, нічні кошмари та нав'язливі образи та думки. Результати обстеження ветеранів війни в Перській затоці були схожими: більше третини з них через шість місяців після закінчення військових дій розповіли, що їх мучать кошмари і вони вживали більше алкоголю, ніж раніше (Labbate & Snow, 1992).

**Катастрофи.**

Гострі та посттравматичні стресові розлади можуть бути викликані і катастрофами природного чи техногенного характеру, як, наприклад, землетруси, повені, урагани, пожежі, аварія літаків та важкі автомобільні аварії. Деякі дослідження показують, що від 10 до 40% жертв тяжких дорожньо-транспортних пригод можуть отримати діагноз посттравматичного розладу протягом півроку після стресу (Blanchard & Hickling, 1997; Brom, Kleber & Hofman, 1993).

Стресові реакції були виявлені у тих, хто вижив після урагану Ендрю, який спустошив Флориду і сусідні з нею області південного сходу Сполучених Штатів (Vernberg et al., 1996; Gelman & Katel, 1993). Через місяць після урагану кількість дзвінків, отриманих за гарячою лінією телефону довіри до Майамі, а також кількість жінок, які звернулися за захистом до поліції, подвоїлися (Treaster, 1992). Більше того, сотні фахівців із душевного здоров'я, які оминали вдома незабаром після урагану, повідомили, що зіткнулися з екстраординарним числом стресових симптомів. Через шість місяців після урагану з'ясувалося, що багато учнів молодших класів стали жертвами посттравматичного стресового розладу; симптоми їх варіювалися від поганої поведінки в школі до падіння успішності та проблем зі сном (Vernberg et al., 1996; Gelman & Katel, 1993).

|  |
| --- |
| ***Травма через покоління.*** Діти, що приходять до Меморіального Музею Світу в Хіросімі, з жахом дивляться на зображення, що зафіксували біль та руйнування, спричинені вибухом атомної бомби у 1945 році. Яскраві описи жахливих подій можуть часом призводити до формування тривожних розладів у дітей та онуків жертв (Bower, 1996). |

**Насильство та жорстоке поводження.**

Затяжні стресові симптоми спостерігалися у тих, хто вижив у фашистських концентраційних таборах через роки після звільнення (Kunch & Сох, 1992; Eitinger, 1973, 1969, 1964). В результаті обстеження 124 осіб, які пережили Голокост, 46% з них отримали діагноз посттравматичний стресовий розлад (Kunch & Сох, 1992).

Сьогодні поширеною формою насильства у суспільстві є сексуальне насильство. **Згвалтування** — це насильницьке статеві зносини чи інший сексуальний акт, вироблений без згоди людини, чи статеві зносини з неповнолітніми. За даними досліджень, у Сполучених Штатах понад 500 тисяч людей щороку стають жертвами зґвалтування (US Dept. Of Justice, 1995). Найчастіше насильниками є чоловіки, а жертвами насильства — жінки (US Dept. Of Justice, 1995). За оцінкою фахівців, від 8 до 25 % всіх жінок у якийсь момент їхнього життя були зґвалтовані або стали жертвами іншого сексуального насильства (Koss, 1993). Дослідження також показують, що жертви сексуального насильства, як правило, молоді: 29% – молодше 11 років, 32% – від 11 до 17 років, 29% – від 18 до 29 років.

***Згвалтування*** - *насильницьке статеві зносини або інший сексуальний акт, що виробляється без згоди людини, або статеві зносини з неповнолітніми.*

Більше 80% жертв було зґвалтовано знайомими або родичами (US Dept. Of Justice, 1995; Koss, 1992; Youngstrom, 1992). Особливий інтерес останніми роками викликає «згвалтування на побаченнях». Проведені дослідження припускають, що 15% жінок могли бути без своєї згоди примушені до статевого акту знайомими в школі або коледжі (Koss et al., 1988; Muchlenhard & Linton, 1987).

Психологічне вплив згвалтування на жертву починається відразу, і може тривати тривалий час. Жертви згвалтування зазвичай переживають сильні страждання протягом тижня після травми. Наступні три тижні стрес продовжує наростати, потім близько місяця тримає піковий рівень і йде спад (Koss, 1993). За даними одного обстеження, 94% жертв зґвалтування отримали діагноз «гострий стресовий розлад» під час огляду через дванадцять днів після травми (Rothbaum et al., 1992).

|  |
| --- |
| ***Насильство та посттравматичний стресовий розлад.*** Багато хто вижив у фашистських концентраційних таборах довгі роки намагалися відновити своє психічне здоров'я. Оскільки аж до останніх років психологам майже нічого не було відомо про посттравматичний стресовий розлад, більша частина тих, хто вижив, мала шукати шлях до душевного здоров'я самостійно, без професійної допомоги. |

Хоча більшість жертв згвалтування через три-чотири місяці спостерігається психологічне поліпшення, деякі наслідки можуть зберігатися до вісімнадцяти місяців і більше. Жертви, як правило, мають вищі, ніж у середньому, рівні тривожності, підозрілості, депресії, низьку самоповагу та сексуальні дисфункції (Moncrieff et al., 1996; Foa & Riggs, 1995; Koss, 1993). Пролонговану психологічну дію згвалтування показано в наступному описі клінічного випадку:

*Мері Біллінг, 33-річна медична сестра, розлучена, була направлена за консультацією в Клініку для насильства при психіатричній лікарні міста Бедфорда старшою медичною сестрою, під керівництвом якої працювала. Мері було зґвалтовано два місяці тому. Гвалтівник проник у її квартиру, коли вона спала, і, прокинувшись, вона виявила його на собі. Він був озброєний ножем і погрожував вбити її та її дитину (яка спала в сусідній кімнаті), якщо вона не підкориться його вимогам. Злочинець змусив Мері роздягнутися і кілька разів здійснив з нею генітальний акт, що тривало понад годину. Потім він попередив жертву, що якщо вона розповість про це комусь або заявить у поліцію, то він повернеться і вчинить насильство над її дитиною.*

*Коли ґвалтівник пішов, Мері зателефонувала своєму другові, який відразу ж приїхав до неї. Він допоміг їй зв'язатися із відділом сексуальних злочинів департаменту поліції, який наразі продовжує розслідування. Потім друг відвіз Мері до місцевої лікарні для медичного огляду та збору доказів для поліції (сліди сперми, зразки лобкового волосся, зразки тканин з-під нігтів). Їй дали антибіотики для запобігання венеричному захворюванню. Потім Мері повернулася додому з подругою, яка провела з нею решту ночі.*

*Наступні кілька тижнів Мері боялася залишатися сама і попросила подругу переїхати жити до неї. Її переповнювали думки про те, що з нею сталося і про те, що це може повторитися. Мері боялася, що ґвалтівник може повернутися до її квартири, і тому поставила додаткові замки на двері та вікна. Вона була така вражена і відчувала такі труднощі з концентрацією уваги, що вирішила, що ще не може повернутися до роботи. Коли через кілька тижнів Мері прийшла на службу, стало зрозуміло, що вона все ще дуже засмучена, і старша медична сестра припустила, що їй допоможе консультація.*

*Під час клінічного інтерв'ю Мері була логічно послідовною і говорила цілком раціонально, спокійним голосом. Вона розповіла про повторюючі настирливі думки про сексуальне насильство, які досягли такого ступеня, що її здатність до концентрації знизилася і їй стало складно виконувати роботу по дому, наприклад, готувати їжу для себе та доньки. Вона відчувала, що не може ефективно виконувати свою роботу, боялася виходити з дому, відповідати на телефонні дзвінки, і їй не хотілося зустрічатися з друзями чи родичами.*

*Мері говорила, не змінюючи інтонації, і про насильство над собою, і менш емоційно заряджені теми, такі як історія її професійної діяльності. Вона легко лякалася несподіваних звуків. Їй було важко засинати, оскільки її переслідували думки про зґвалтування. У неї не було бажання щось їсти, і коли вона намагалася, то відчувала нудоту. Думки про секс викликали у Мері огиду, і вона стверджувала, що тепер довго не відчуватиме бажання займатися сексом, хоча їй хотілося, щоб її друг дбав про неї, обіймав її. (Spitzer et al, 1983, р. 20-21)*

Багато жертв згвалтування як результат насильства можуть також виникнути фізичні проблеми. Деякі бувають фізично травмовані під час насильства, і лише половина з них отримує медичну допомогу, яку було надано Мері (Beebe, 1991; Koss, Woodruff & Koss, 1991). Від 4 до 30% жертв хворіють на хвороби, що передаються статевим шляхом (Koss, 1993; Murphy, 1990), і 5% вагітніють. До того ж національне дослідження виявило, що 60 % згвалтованих не використовували тест на вагітність чи заходи щодо уникнення її, і 73 % не отримували жодної інформації чи тестування виявлення вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ) ( National Victims Center, 1992).

Жертви згвалтування та інших злочинів більш, ніж інші жінки, схильні до серйозних довготривалих проблем зі здоров'ям (Lesserman et al, 1996; Koss & Heslet, 1992).

|  |
| --- |
| ***Відновлення після травми.*** Багато людей згодом долають наслідки травматичного стресу. На своїй зустрічі ці люди, що вижили в концентраційних таборах, гордо демонструють витатуйовані ідентифікаційні номери як символи свого тріумфу над психологічними травмами. |

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Жертви згвалтування потребують медичної та юридичної допомоги, щоб впоратися зі своєю травмою та її наслідками. Як можуть лікарі, поліція, судді та працівники інших служб краще задовольнити потреби жертв насильства? |

За результатами співбесіди з 390 жінками виявилося, що такі потерпілі мали погане самопочуття протягом щонайменше п'яти років після нападу на них і зверталися до лікарів удвічі частіше, ніж раніше . Ще не зовсім зрозуміло, чому згвалтування та інші насильницькі дії призводять до тривалих проблем зі здоров'ям.

Постійне насильство і жорстке поводження в сім'ї - особливо жорстоке поводження з подружжям і дітьми - також може призвести до стресових розладів (Lemieux & Сої, 1995; McNew & Abell, 1995). Крім цього, так як насильство цього роду може тривати тривалий час і порушувати сімейні зв'язки та довіру в сім'ї, у багатьох людей, які зазнають подібного насильства, формуються також інші симптоми і розлади (Kemp et al., 1995; Mathias, Mertin & Murray, 1995).

Нарешті, проживання в криміногенному районі може спричиняти тривалу травматизацію (Kliewer et al., 1998). Дослідження, проведене в одному міському районі, виявило, що щонайменше 14% п'яти- та шестикласників ставали свідками перестрілки та 43% бачили пограбування. У цих дітей було виявлено більше симптомів стресу, ніж у інших (Martinez & Richters, 1993).

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** У Сполучених Штатах кожні 16 секунд відбувається злочин із насильством, кожні 5 хвилин - згвалтування, кожні 21 хвилину - вбивство (Офіційна Доповідь про Злочини, ФБР, 1993). |

**Теорії формування стресових розладів.**

Звичайно, серйозна травма може спричинити стресовий розлад. Однак не слід звинувачувати в цьому лише стресову подію. Хоча кожен, хто зазнав сильної травми, відчуває на собі її вплив, нам ще не цілком відомо, чому лише у деяких людей розвивається розлад. Дослідники розглядали біологічні процеси у тих, хто вижив, їх дитячий досвід, особистість, підтримку соціальних систем та ступінь тяжкості отриманої травми.

**Біологічні та генетичні фактори.** Дослідники зібрали докази того, що травматична подія викликає такі зміни в мозку та всьому організмі, які можуть вести до тяжких стресових реакцій і, у деяких випадках, до стресових розладів (Bremner et al., 1997, 1993). Наприклад, вони виявили аномальну активність медіатора норепінефрину, а також гормон кортизол у сечі та крові солдатів, що брали участь у військових діях, згвалтованих жінок, людей, які вижили в концентраційних таборах або зазнали іншого сильного стресу (Resnick et al., 1995; Yehu; , 1995, 1994, 1992).

Можливо, що люди, чиї біохімічні реакцію стрес особливо сильні, більш схильні, ніж інші, до формування гострого і посттравматичного стресових розладів. Але чому в певних людей виникають такі надзвичайно сильні біологічні реакції? Деякі клініцисти припускають, що вони мають вроджену генетичну схильність до цього. Обстеження приблизно 4 тисяч пар близнюків, що воювали у В'єтнамі, виявило, що у разі формування в одного з близнюків після битви стресових симптомів однояйцеві близнюки схильні до формування одних і тих же проблем, ніж різнояйцеві близнюки (True et al., 1993). Звісно, знову ж таки, більш подібні реакції, виявлені в однояйцевих близнюків, необов'язково демонструють вплив генетичного чинника: дитячий досвід близнюків, їх особистість та підтримка соціальних служб можуть мати більший вплив.

**Дитячий досвід.** Нещодавно ціла серія досліджень показала, що деякі події дитячого віку, мабуть, наражають людей на ризик згодом захворіти на гострі та посттравматичні стресові розлади. Люди, чиє дитинство було відзначене злиднями, виявляються більш схильними до стресових розладів при зіткненні з подальшою травмою. У такому становищі перебувають люди, батьки яких розлучилися доти, як дитині виповнилося 10 років; діти, члени сім'ї яких страждали на психологічні розлади, або ті, хто в ранньому віці зазнали насильства, жорстокого поводження або пережили катастрофу (Putnam, 1996; Astin et al., 1995; Bremner et al., 1993).

|  |
| --- |
| «Треба дивитися вглиб людей так само, як ти дивишся на них». - Ф. Д. С. Честерфілд (1694-1773) |

**Особистість.** Деякі дослідження дозволяють припустити, що з певними профілями особистості чи особистісними позиціями більш схильні до формування стресових розладів ( Kessler et al., 1995; Clark et al., 1994). Наприклад, наслідки урагану Х'юго показали, що діти, які мали до урагану більш високий рівень тривоги, ніж інші, виявилися схильнішими до формування важких стресових реакцій (Lonigan et al., 1994). Подібним чином люди, які мали психологічні проблеми до зґвалтування або боролися зі стресовими життєвими ситуаціями, виявляються особливо вразливими (Darvres-Bornoz et al., 1995). Такими ж виявляються і ветерани війни, які до участі у військових діях мали психологічні проблеми або погані взаємини з близькими (Orsillo et al., 1996; Chemtob et al., 1990). Нарешті, люди, які, як правило, розглядають негативні події у своєму житті як ті, що перебувають поза їхнім контролем, мають тенденцію до формування більш важких стресових симптомів, ніж ті, хто відчуває велику владу над подіями свого життя (Kushner et al., 1992).

**Соціальна підтримка** Було також виявлено, що люди, які отримали недостатню соціальну підтримку після травматичної події, схильні до формування стресового розладу (Pickens et al., 1995). Жертви згвалтування, які відчували, що друзі та родичі люблять їх, піклуються про них, цінують і приймають їх, успішніше відновлювали своє психічне здоров'я. Це стосується і тих, у кого система кримінальної юстиції підтримала почуття власної гідності та самоповагу (Davis, Brickrnan & Baker, 1991; Sales, Baum & Shore, 1984). І навпаки, клінічні звіти припускають, що недостатня підтримка соціальних систем зробила свій внесок у формування посттравматичного розладу в деяких ветеранів війни у В'єтнамі (Figley & Leventman, 1990).

|  |
| --- |
| ***Захищена особистість.*** У 1989 році землетрус у Сан-Франциско вразив жах і паніку мільйони американців, але деякі стримані люди спокійно пережили його. «Жорсткий» стиль поведінки, можливо, оберіг їх від формування стресових розладів. |

**Тяжкість травми.** Як можна було припустити, тяжкість та природа травматичної події також допомагають встановити, чи розвинеться у людини стресовий розлад. Деякі події можуть затьмарити навіть вплив щасливого дитинства, позитивного ставлення та соціальної підтримки. В одному з досліджень брали участь 253 ветерани війни у В'єтнамі, які пережили там полон (дослідження проводилося через п'ять років після звільнення).

Близько 23% цих людей отримали клінічний діагноз, хоча всі вони були кадровими офіцери Повітряних Сил і до полону визнавалися психічно врівноваженими (Ursano, Boydstun & Wheatley, 1981).

Найчастіше, що тяжче травма, то вище ймовірність розвитку стресового розлади (Putnam, 1996; Shalev et al., 1996). Наприклад, якщо розглянути військовополонених часів війни у В'єтнамі, найбільший відсоток тих, хто має розлад, виявляється серед тих людей, які перебували в полоні довше за інших і з ким поводилися з особливою жорстокістю. Особливо високому ризику формування стресових реакцій піддаються люди, які отримали каліцтва та важкі фізичні травми, як свідки завдання іншим людям травм і очевидці вбивства (Putnam, 1996; Kessler et al., 1995). Як сказав чоловік, який вижив у катастрофі: «Важко бути живим» (Kolff & Doan, 1985, p. 45).

**Методи терапії стресових розладів.**

Методи терапії для людей, які страждають на стресовий розлад, можуть широко змінюватись. Одне дослідження встановило, що посттравматичний стресовий розлад триває в середньому три роки при проходженні людиною терапії та п'ять із половиною років – за відсутності лікування (Kessler et al., 1995). Деталі існуючих терапевтичних програм для людей, які вижили в травматичних ситуаціях, змінюються від одного випадку до іншого. Але всі програми дотримуються подібних основних цілей: вони намагаються допомогти живим позбутися симптомів, що затяглися, розібратися в своєму травматичному досвіді і повернутися до нормального життя. Програми для ветеранів війни, які страждають на посттравматичні розлади, показують, як можна братися за вирішення цих питань.

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** Майор Роберт Клод був одним з пілотів, які скинули бомби на Хіросіму та Нагасакі у 1945 році. У наступні роки він став вважати себе особисто відповідальним за ядерне спустошення цих міст, вчинив дві спроби самогубства і кілька разів госпіталізувався через психологічні проблеми (Hirsch et al., 1974). |

**Методи терапії для ветеранів війни** Терапевти використовували різноманітні техніки зниження посттравматичних симптомів у ветеранів військових дій. Серед найбільш поширених зазначаються: медикаментозна терапія, методики занурення, інсайт-терапія, сімейна терапія та групова терапія. Як правило, ці підходи застосовуються у поєднанні один з одним, оскільки окремо жоден з них не знімає всі симптоми (Boudewins, 1996).

Заспокійливі засоби знижують напругу та підвищену нервозність, якими страждають багато ветеранів (Marmar et al., 1993; Braun et al., 1990). Антидепресанти іноді знижують частоту нічних кошмарів, «зворотних кадрів», небажаних спогадів та відчуття депресії (Mirabella, Frueh & Fossey, 1995; Marmar et al., 1993).

Поведінкові техніки занурення також сприяють зниженню специфічних симптомів і часто ведуть до збільшення адаптивності (DeRubeis & Crits-Christoph, 1998; Woodward et al., 1997). Haводня і тренінг релаксації допомогли 31-річному ветерану позбутися лякаючих «зворотних кадрів» і нічних кошмарів (Fairbank & Keane, 1982). Спочатку терапевт допоміг ветерану встановити які саме сцени боїв він згадує особливо часто. Потім терапевт допоміг пацієнтові уявити одну з цих сцен у всіх деталях і попросив його утримувати цей образ, доки тривога не зникне. Після кожної такої «вправи повені» терапевт перемикав пацієнта на позитивний образ і супроводжував це вправами на релаксацію.

Хоча медикаментозна терапія та техніки занурення приносять деяке полегшення, більшість клініцистів переконана в тому, що одні лише ці підходи не можуть допомогти ветеранам повністю вилікуватися від посттравматичного стресового розладу: ці люди повинні також прийти до розуміння своїх вражень від воєнних дій і до розуміння того, яке вплив продовжують справляти ними ці враження (Marmar et al., 1993). Тому терапевти часто допомагають пацієнтам висловити свої глибинні почуття, прийняти те, що вони зробили та пережили, менше засуджувати себе та навчитися знову довіряти людям.

Іноді спроби висловити почуття і дійти усвідомлення (інсайту) застосовують у подружньої чи сімейної терапії (Glynn et al., 1995; Johnson, Feldman & Lubin, 1995). Дійсно, симптоми посттравматичного стресового розладу мають тенденцію бути особливо явними для членів сім'ї, на яких можуть прямо позначатися тривожні реакції, депресивний настрій чи спалахи гніву. За допомогою та підтримкою членів сім'ї люди можуть розпізнати почуття, які вони намагаються вирішити, побачити їх вплив на інших, навчитися краще розуміти інших та вирішувати свої проблеми.

Ветерани можуть також ділитися переживаннями та почуттями, приходити до розуміння свого досвіду, надавати підтримку один одному у дискусійних групах. Багато хто знаходить, що при цій формі терапії простіше пожвавлювати в пам'яті події та стикатися з почуттями, яких роками намагалися уникати (Sipprelle, 1992; Rozynko & Dondershine, 1991). Однією з основних проблем, з якими стикаються дискусійні тематичні групи, є почуття провини за те, що довелося зробити членам групи, щоб вижити, або навіть за той факт, що вони вижили, тоді як їхні друзі загинули. Коли ветерани стають здатні відкрито говорити про свої переживання, пов'язані з війною, і про почуття провини, вони починають звільнятися від них і розцінювати свою відповідальність за минулі події об'єктивніше (Lifton, 1973). Дискусійні групи можуть також сфокусувати увагу на люті, яку відчувають багато ветеранів війни у В'єтнамі. Вони досі глибоко розгнівалися тим, що їм довелося боротися, захищаючи чиїсь сумнівні інтереси, пережити у В'єтнамі жахливу бійню і, повернувшись додому, зустріти неприязне ставлення з боку суспільства.

***Дискусійна група*** — *група, яка збирається для того, щоб допомогти учасникам говорити про свої проблеми та вирішувати їх у атмосфері взаємної підтримки.*

На сьогоднішній день сотні невеликих Центрів допомоги ветеранам по всій країні, як і численні терапевтичні програми в госпіталях для ветеранів, спеціалізуються на дискусійній терапії. Ці організації пропонують також індивідуальну терапію, консультації для подружжя та дітей постраждалих ветеранів, сімейну терапію та допомогу у пошуку роботи, здобутті освіти та допомоги (Brende & Parson, 1985; Blank, 1982).

Оскільки більшість Центрів допомоги ветеранам існує щодо короткий час, їх ефективність ще вивчена (Funari, Piekarski & Sherwood, 1991). Поки що клінічні доповіді та дослідження припускають, що Центри пропонують важливі терапевтичні можливості, які іноді рятують людині життя. Пошуки Джуліусом допомоги після його повернення з В'єтнаму, на жаль, є важким випробуванням, яке розділили з ним багато ветеранів:

*Коли я повернувся з В'єтнаму, я знав, що мені потрібна психотерапія або щось на зразок того. Я був упевнений, що якщо не отримаю допомоги, то можу вчинити самогубство або вбити когось... Я подався до лікаря: той ледь глянув на мене. Я відчув, що він «бачить мене наскрізь» і знає все про мою хворобу. Для нього я був "хворим". Він продовжував ставити мені ідіотські питання про те, скільки дітей я вбив, і чи відчуваю я провину та депресію щодо цього.*

*Він запитав, як це вбивати людей. Він також питав мене про моїх братів і сестер. Але він жодного разу не спитав мене, якими були мої переживання у В'єтнамі. Жодного разу. Я приходив до нього за терапією близько місяця — десь три візити, але ми розлучилися, оскільки не досягли жодного успіху... Він просто давав мені дедалі більше ліків. Я вже міг би відкрити свою аптеку. Мені потрібен був хтось, з ким я міг би поговорити про свої проблеми, про свої справжні проблеми, а не про це лайно щодо мого дитинства. Мені була потрібна людина, яка захотіла б допомогти. Потім клініка відправила мене до іншого психіатра ... Я думаю, їй здавалося, що вона була чесною зі мною, сказавши, що вона не ветеран війни, не була у В'єтнамі і не знає, що таке зі мною відбувається. Вона також сказала, що вона не має досвіду роботи з ветеранами війни у В'єтнамі і що мені слід звернутися до шпиталів, які пропонують програми терапевтичної допомоги ветеранам.*

*Лише три роки тому, коли моя дружина зробила телефонний дзвінок до місцевого Центру допомоги ветеранам, у мене з'явилася надія, що мені можуть допомогти. Я отримав допомогу, якої так потребував. Я виявив, що досить просто втриматися на роботі та піклуватися про свою родину. Мої нічні кошмари стали не такими жахливими і повторюються не так часто, як раніше. Все тепер стало набагато краще: я навчаюсь довіряти людям і віддавати більше своїй дружині та дітям. (Brende & Parson, 1985, p. 206-208)*

**Загальна терапія: соціокультурна модель у дії.** Методи терапії, розроблені для учасників воєнних дій, можуть допомогти людям, які постраждали від катастроф, насильства або стали жертвами нещасних випадків. Крім того, оскільки травматичні події, що зачепили їх, відбулися там же, де знаходяться й джерела душевного здоров'я, поряд цим людям може допомогти негайне втручання суспільства. До нього відноситься громадська допомога, що стрімко розгортається, пропонована тепер фахівцями та душевному здоров'ю жертвам великомасштабних катастроф по всіх Сполучених Штатах.

У 1991 році Американська Асоціація Психологів та Американський Червоний Хрест створили ***Мережа Реагування у випадках катастроф*** (DRN) для забезпечення негайної психологічної допомоги після катастрофи. У Мережу входять більш ніж 2500 добровольців-психологів, які організовують безкоштовні служби швидкої психологічної допомоги на місцях катастроф по всій Північній Америці (Peterson, 1996). Вони мобілізувалися для реагування на такі катастрофи, як спустошлива повінь на Середньому Заході в 1993 році, ураган Ендрю в 1992 році, землетруси в Південній Каліфорнії, терористичний акт в Оклахома-Сіті, вуличні заворушення в Лос-Анджелесі Нью-Йорку, вибух літака компанії TWA, який виконував рейс №800, та перестрілки у низці офісів.

|  |
| --- |
| ***Поділяючи почуття та спогади, повні болі.*** Дискусійні групи допомогли багатьом ветеранам В'єтнамської війни подолати тривогу, депресію, проблеми зі сном та «зворотні кадри», які тривали у них довгі роки після закінчення війни. |

Традиційні довгострокові служби психологічного здоров'я часто є неприйнятними, недоступними після катастроф, або люди не прагнуть звертатися до них. Багато постраждалих у катастрофах насправді навіть не розпізнають, якою мірою вплинуло на них лихо (Michaelson, 1993). Короткочасне громадське втручання, яке здійснюється Мережею Реагування, відповідає дійсним потребам (Joyner & Swenson, 1993). Люди, які живуть у злиднях, особливо потребують допомоги громадських систем. Очевидно, що вони, залишившись живими після катастрофи, зазнають більших психологічних труднощів, ніж постраждалі, що мають більш високий рівень доходів (Gibbs, 1989). Вони не можуть дозволити собі приватну консультацію і менш обізнані про те, куди звертатися за нею.

Першочерговою метою фахівців із психологічного здоров'я є по можливості швидка допомога постраждалим у задоволенні їх основних життєвих потреб. Наприклад, під час повені на Середньому Заході у 1993 році фахівці працювали у притулках та центрах допомоги, супроводжували машини Червоного Хреста, доставляючи їжу та воду разом із психологічними послугами. Деякі консультанти допомагали жертвам повені насипати мішки з піском для захисту будинків від подальшої руйнації. Консультанти використовували ці ранні контакти ще й як можливість визначити, які жертви найбільше потребують психологічної допомоги.

***Мережа Реагування у випадках катастроф*** — *мережа, створена з тисяч добровольців-фахівців із душевного здоров'я, які мобілізуються для забезпечення швидкої швидкої психологічної допомоги на місцях катастроф по всій Північній Америці.*

Якось увійшовши до Мережі Реагування, добровольці — фахівці з психічного здоров'я — можуть безпосередньо допомагати тим, хто вижив, впоратися зі своїми психологічними труднощами. Вони часто використовують підхід, що складається з чотирьох ступенів (Michaelson, 1993):

*1. Нормалізація реакцій громадян на катастрофу.* Консультанти надають людям відомості про симптоми, які можуть виникнути: наприклад, проблеми зі сном, труднощі з концентрацією уваги або відчуття горя. Фактично, людям дається дозвіл мати ці симптоми; їм сказано, що це нормальні реакції на катастрофу.

|  |
| --- |
| ***Допомога постраждалим.*** Після урагану Ендрю мати змушена мити своє новонароджене немовля водою з каністри, тоді як сім'я розташувалася в наметі з видом на свій колишній будинок. Фахівці з Мережі Реагування спочатку допомагають цим людям задовольнити основні потреби життя, а потім пропонують психологічні консультації. |

*2. Заохочення вираження тривоги, гніву та інших негативних емоцій.* Щоб знизити тривогу, гнів і фрустрацію, які часто випробовуються після катастрофи, консультанти допомагають їм виговоритися про свої переживання і почуття.

*3. Навчання навичкам самодопомоги.* Громадські фахівці допомагають тим, хто вижив, формувати такі навички самодопомоги, як уміння справлятися зі стресом.

*4. Забезпечення допомоги.* Зрештою добровольці можуть направляти тих, хто вижив до інших фахівців, які здатні забезпечити довготривалу консультацію (Sleek, 1997). Доведено, що від 15 до 25 % тих, хто вижив у катастрофах, потребують спеціальної допомоги.

Добровольці, які беруть участь у роботі Мережі Реагування, можуть бути зачеплені травмами, свідками яких стають, наприклад, під час заворушень у Лос-Анджелесі основним обов'язком консультантів було таке: вони допомагали співробітникам Червоного Хреста висловлювати і приймати їх власні почуття, а також навчали їх розпізнавати стресові розлади у постраждалих, щоб спрямовувати тих, хто потребує терапії. Багато фахівців із душевного здоров'я, які жили в районі заворушень, самі потребували консультації, оскільки теж були постраждалими. Подвійна роль, у якій вони опинилися, ускладнювала їхнє усвідомлення власних переживань.

Очевидно, що втручання на громадському рівні є дуже цінним після катастрофи. Як не сумно, наш світ, схоже, забезпечує постійно зростаючу кількість можливостей для такого втручання. Відразу після вибуху літака компанії TWA, що виконував рейс №800 у липні 1996 року, знадобилося близько 500 фахівців із душевного здоров'я для психологічної допомоги членам сімей, льотному складу, рятувальній команді та іншим людям, зачепленим катастрофою (Seppa, 1996).

**Крупним планом**

*Жорстоке поводження з подружжям: насильство в сім'ї*

*Рут: Він казав мені, що ніколи не дозволить мені піти. Він сказав, що він одружився зі мною і, любить він мене чи ні, люблю я його чи ні, я залишуся з ним, і якщо я намагалася піти від нього, він готовий убити мене — відразу ж. Він був як вода, що гострить камінь, поки я не розкололася на частини. Хоча я ніколи не знала, що він зробить, я знала, що він здатний до насильства. Якось він зламав мені руку і розмахував нею, граючи з нею і кажучи, що рука не зламана. (Jones & Schechter, 1992).*

*Діана: Бути одружена з цією людиною все одно що бути військовополоненою. Мені не дозволялося відвідати моїх рідних. Я не могла сама вийти з дому. Він навіть не дозволяв мені плакати. Якщо я плакала, починалася «сцена». (Time, September 5, 1983, p. 23)*

Як показують ці випадки, *подружня жорстокість,* фізичне насильство або погане поводження одного чоловіка з іншим може набувати різних форм, від вторгнення в особисте життя до побиття (Sadock, 1989). 93% подружжя, яке зазнавало насильства, — жінки (National Crime Victimization Survey, 1993). Встановлено, що жорстоке поводження з подружжям щорічно трапляється як мінімум у 4 мільйонах сімей у Сполучених Штатах і близько третини всіх жінок у Сполучених Штатах принаймні одного разу зазнавали жорстокості з боку чоловіка (АМА, 1992). Це стосується всіх рас, релігій, рівнів освіти та соціально-економічних груп (US Dept. Of Justice, 1995; Mollerstrom, Patchner & Milner, 1992). Керівник департаменту охорони здоров'я США стверджує, що жорстоке поводження подружжя є найбільш поширеною причиною травм, отриманих жінками віком від 15 до 44 років.

Багато років така поведінка розглядалася як особиста справа подружжя; аж до 1874 року у Сполучених Штатах чоловік мав законне право бити свою дружину. Але після цього жорстокість чоловіка каралася рідко. Поліція з великим небажанням вживала будь-яких інших дій, крім спрямованих на приховування випадків насильства в сім'ї, а судді нечасто звинувачували тих, хто вчинив насильство.

Завдяки руху за цивільні права в 1970-х роках і зусиллям жіночих організацій, законодавчі збори штатів нещодавно ухвалили закони, які уповноважують суддів карати тих, хто вчинив насильство і захищати жертв насильства. Поліція, у свою чергу, виявляє тепер більшу активність у таких випадках. Близько половини департаментів поліції Сполучених Штатів мають тепер спеціальні відділи, які займаються випадками жорстокого ставлення до подружжя (LEMAS, 1990), і в двадцяти п'яти штатах ухвалено закон, який вимагає від поліції, яка прибула на місце виклику, проведення арешту. Однак арешти не обов'язково ведуть до звинувачення, і звинувачення не завжди призводить до такого вироку, який може запобігти подальшому насильству.

***Люди, які чинять насильство***

Клініцисти виявили, що багато чоловіків, які жорстоко поводяться з подружжям, мають потребу контролювати своїх дружин, але в той же час емоційно залежать від них і бояться їх втратити (Murphy et al., 1994). Багато хто з цих чоловіків вважають дружин своєю особистою власністю і стають особливо буйними, коли ті демонструють свою незалежність. Деякі стають жорстокішими, коли дружини підтримують знайомства поза домом, намагаються працювати поза домом і навіть коли насамперед приділяють увагу дитині, а не дружині. Чоловіки можуть також принижувати та ізолювати своїх дружин, змушувати їх почуватись дурними, нікчемними та залежними від чоловіка.

«Фаза медового місяця», схоже, поширена у багатьох сім'ях із жорстоким поводженням подружжя (Walker, 1984, 1979). Іноді чоловік, зрозумівши, що останній інцидент із насильством може змусити дружину покинути його, звертається з нею з усією добротою, висловлюючи жаль про скоєне, і обіцяє, що насильство більше ніколи не повториться (Jones & Schechter, 1992). На жаль, у більшості випадків насильство відбувається знову, і жорстокість може щоразу наростати.

Багато людей, які чинять насильство над своїм подружжям, мають залежність від алкоголю чи наркотиків (Mollerstrom et al., 1992; Saunders, 1992). Але і ця залежність зазвичай не є основною причиною насильства, і лікування однієї лише алкогольної чи наркотичної залежності лише зрідка зупиняє жорстоке поводження з подружжям (ADVTP, 1996; Jones & Schechter, 1992).

Багато людей, які чинять насильство, в дитинстві самі зазнавали побоїв або бачили, як б'ють їхню матір (Peterson, 1996; Saunders, 1992). Часто вони мають низьку самооцінку і, як правило, почуваються такими, що перебувають у стані стресу і розчаровані в житті (Russel & Hulson, 1992).

***Жертви насильства***

Внаслідок фізичного насильства, погроз та залякування жертва насильства зазвичай почувається великою мірою залежною від свого чоловіка та нездатною до самостійних дій. Це почуття залежності і відчуття, що вона не в силах змінити ситуацію, що склалася, зазвичай змушує жінку підтримувати стосунки з чоловіком, незважаючи на явну фізичну загрозу. Такі жінки не схильні до мазохізму, як вважали колись багато клініцисти (Walker, 1984; Finkelhor et al., 1983). Насправді 80% з них намагалися діями або словами уберегти себе від насильства — така ж частка жінок чинила так само при нападі незнайомця (US Dept. Of Justice, 1994).

Багато жертв насильства залишаються зі своїми чоловіками з економічних причин. Дослідження показують, що рівень добробуту жінок зазвичай серйозно знижується після розлучення (Glazer, 1993; Heise & Chapman, 1990). Інші залишаються з остраху того, що зроблять чоловіки у разі їхнього відходу. Цей страх часто виправданий: насильство над жертвами збільшується на 75%, коли намагаються розірвати взаємини ( Hart, 1993; US Dept. Of Justice, 1992). Дослідження показали, що половина всіх жінок, які загинули від руки чоловіка, були вбиті після того, як пішли з дому (Hart, 1993). Жертви подружньої жорстокості можуть обґрунтовано бояться розповісти про насильство над собою та попросити допомоги (US Dept. Of Justice, 1994).

Близько 50% жертв подружньої жорстокості виросли в будинках, де зазнавали насильства їх матері, а більшість вийшла з сімей, де жіночі та чоловічі ролі наслідують старі стереотипи. Багато жертв мають дуже низьку самооцінку, частково через постійне жорстоке поводження (Cornell & Gelles, 1983). Вони часто звинувачують за насильство самих себе і погоджуються з чоловіками, коли ті звинувачують їх у тому, що вони спричинили досконалу жорстокість. Як правило, до весілля подружня жорстокість не проявляється.

***Методи терапії* у *випадках подружньої жорстокості***

Клініцисти пропонували сімейну терапію як метод лікування при жорстокому поводженні подружжя, але невдовзі зрозуміли, що поки жінка продовжує зазнавати насильства в сім'ї, це втручання є безглуздим.

Насправді одна лише сімейна терапія іноді навіть підвищує ризик серйозних травм чи смерті (ADVTP, 1996; Jones & Schechter, 1992).

Тепер запропонована терапія має три ступені: (1) забезпечення жінці безпечного місця для проживання окремо від чоловіка, схильного до насильства; (2) проведення консультацій для жертви, щоб допомогти їй розібратися в ситуації, побачити можливість вибору та сформувати більш позитивне уявлення про саму себе; та (3) консультація для чоловіка, щоб допомогти йому краще впоратися з собою, сформувати прийнятне ставлення до своєї дружини та виробити належні способи вираження гніву (Saunders, 1982; Ganley, 1981). Для забезпечення такої допомоги було введено багато громадських програм — «гарячі лінії», «екстренні» притулки або «будинки безпеки» для жінок, а також громадські організації та групи самодопомоги (самоосвіти), які надають підтримку жінкам, які зазнають насильства, та пропонують навчання за даною проблемі (Page, 1996; Sullivan et al., 1992). У Сполучених Штатах існує близько 1500 притулків для жінок, які страждають від жорстокості чоловіка (Schneider, 1990). У деяких районах свою роль відіграє також система юстиції, яка вимагає, щоб заарештоване подружжя, яке вчинило жорстокість, проходило програму для людей, схильних до насильства, як альтернативу тюремному ув'язненню.

Хоча було досягнуто великого прогресу, жорстоке поводження з подружжям залишається складною і малозрозумілою проблемою. Як би там не було, той факт, що тепер розроблені терапевтичні програми, є важливою подією і для жертв насильства, і для нашого суспільства, і більшість клініцистів вважає, що багато цих програм знаходяться на вірному шляху.

**Резюме**

Люди з гострим стресовим розладом або посттравматичним стресовим розладом виявляють тривогу і пов'язані з нею симптоми після травматичної події. Симптоми гострого стресового розладу проявляються невдовзі після травми і тривають менше місяця. Симптоми посттравматичного стресового розладу можуть розпочатись у будь-який час (навіть через роки) після травми та тривати місяці або роки.

У спробах пояснити, чому в деяких людей формується стресовий розлад, а в інших — ні, дослідники звертали увагу на біологічні фактори, досвід дитинства, особисті відмінності, підтримку суспільства та тяжкість травматичної події.

|  |
| --- |
| ***Біда зачіпає кожного.*** Пожежний тримає на руках однорічного Бейлі Алмона, дитину, вбиту під час теракту в Оклахома-Сіті. Ця фотографія, що обійшла всі засоби масової інформації, нагадує нам, що самі рятувальники зазнають впливу надзвичайного стресу і травм під час катастроф (Bryant & Harvey, 1995). |

До технік, що застосовуються для лікування стресових розладів, входять медикаментозна терапія та біхевіористські техніки занурення. Клініцисти також можуть використовувати інсайт-терапію, сімейну терапію та групову терапію (що включає дискусійні групи для ветеранів воєнних дій), щоб допомогти постраждалим дійти розуміння того, що сталося з ними, і побачити перспективи. Громадська терапія, подібна до запропонованої Мережею Реагування у разі катастроф, також може бути дуже корисною після широкомасштабних катастроф.

**Підбиваючи підсумки.**

Панічне, обсесивно-компульсивне та стресові розлади в останнє десятиліття зазнали інтенсивного вивчення. Уроки, які можуть бути отримані з історії цих розладів, відносяться не лише до самих розладів, а й до вивчення та методів терапії психологічної патології загалом.

По-перше, зусилля були винагороджені. Багато років здавалося, що дослідження та методи терапії панічного розладу та обсесивно-компульсивного розладу не зрушуються з мертвої точки. Теорії формування цих розладів висунули кілька здогадів і клінічні методи лікування трохи змінилися. Нещодавні роботи в біологічній, когнітивній та поведінковій сферах перевернули всі уявлення, що склалися, про дані розлади. На сьогоднішній день вивчення цих проблем є досить успішним, теорії їх формування бурхливо розвиваються, а методи терапії високоефективні.

Другим уроком є те, що інсайти та техніки з різних моделей не тільки *можуть* поєднуватись, але й *повинні* використовуватися в поєднанні один з одним для більшої ясності та ефективності. З прийняттям моделі взаємного впливу цих розладів клініцисти отримали можливість розробляти більш інформативні та корисні теорії формування та методи терапії. Наприклад, когнітивна теорія формування панічного розладу побудована безпосередньо на біологічному припущенні, що це розлад починається з незвичайних фізіологічних відчуттів.

Крім того, виявлено, що терапія найчастіше є більш ефективною, коли лікарські засоби використовуються у поєднанні з когнітивними техніками для терапії панічного розладу та з біхевіористськими техніками для терапії обсесивно-компульсивного розладу. Для мільйонів людей, які страждають на ці тривожні розлади, такий інтегративний підхід має виняткову важливість.

Нарешті, з останніх робіт з цих розладів випливає висновок, що варто бути обережнішими. Коли проблема добре вивчена, дослідникам та клініцистам властиво робити заяви та висновки, які можуть бути надто самовпевненими. Візьмемо посттравматичний стресовий розлад. Оскільки його симптоми поліморфні, а травматичними можуть бути визнані безліч подій, і цей розлад привернув до себе значну увагу громадськості, то тепер багато людей отримують даний діагноз. Інша сторона цієї ж проблеми проявляється у нестачі уваги до гіперактивності, пригнічених спогадів про жорстоке поводження в дитинстві та до множинного розладу особистості. Грань, що розділяє просвітництво і надлишок інтересу, часто майже невловима.

**Ключові терміни**

напад паніки

Панічний розлад

Панічне розлад з агорафобією

Антидепресанти

Норепінефрін

Блакитнувата пляма

Альпразолам

Тривожна чутливість

Біологічний тест

Нав'язливі ідеї

Нав'язливі дії

Обсесивно-компульсивний розлад

Нав'язливі ритуали

Нав'язливі дії, що очищають

Нав'язливі перевірочні дії

Нав'язливе торкання

Вербальні ритуали

Нав'язливий рахунок

Ізоляція

Анулювання

Реактивна освіта

Анальна стадія

Агресивні імпульси ід

Занурення (експозиція) та запобігання діям у відповідь

Нейтралізація

Тренінг адаптації

Серотонін

Кломіпрамін

Флуоксетин

Кора нижньої поверхні лобових часток

Хвостаті ядра

Базальні ганглії

Таламус

Гострий стресовий розлад

Посттравматичний стресовий розлад

Дисоціація

Згвалтування

Дискусійна група

Центр допомоги ветеранам

Мережа Реагування у випадках катастроф (DRN)

**Контрольні питання**

1. Які біологічні фактори сприяють формуванню панічного розладу та які біологічні підходи успішно справляються з цим розладом?

2. Як прихильники когнітивної теорії пояснюють формування панічного розладу та які методи його терапії вони пропонують?

3. Що таке біологічні тести та як вони використовуються дослідниками та терапевтами?

4. Опишіть різні типи нав'язливих ідей та нав'язливих дій.

5. Які захисні механізми вважаються прихильниками психодинамічної теорії найпоширенішими під час обсесивно-компульсивного розладу?

6. Як процеси нормального мислення та «нейтралізація» мають поєднуватися для формування обсесивно-компульсивного розладу? Яку наукову підтримку набула когнітивна теорія формування обсесивно-компульсивного розладу?

7. Які біологічні фактори були пов'язані з обсесивно-компульсивним розладом?

8. Опишіть біхевіористські методи терапії (занурення (експозиція) та запобігання діям у відповідь) та біологічні методи терапії (терапія антидепресантами). Порівняйте їх ефективність на лікування обсесивно-компульсивного розлади.

9. Які фактори впливають на розвиток у людини стресового розладу після травматичної події?

10. Які терапевтичні підходи використовувалися для людей, які страждають на стресові розлади?

**Розділ 6. Розлади настрою.**

*Протягом... 6 місяців дратівливість [Беатріс] була на межі розумного. Вона ридала від розпачу або гнівалася, побачивши кожну брудну тарілку, залишену на кавовому столику або на підлозі спальні. Щодня необхідність скласти обіднє меню викликала в неї болісну нерішучість. Чи мислимо врахувати всі переваги або, швидше, недоліки гамбургерів, точно співвіднісши їх з якостями спагетті? Через неї всім членам сім'ї доводилося вивіряти кожен крок. Їй здавалося, що всім буде краще, якщо вона помре.*

*Беатріс більше не могла справлятися зі своїми службовими обов'язками. Працюючи завідувачем відділу великого універмагу, вона мала приймати безліч рішень. Не в змозі зробити це сама, вона зверталася за порадою до своїх підлеглих, які були значно менш компетентні, ніж вона сама, а потім не могла вирішити, до чиєї поради прислухатися...*

*Чоловік Беатріс... думав, що її стан покращиться, якщо він полегшить її життя, взявши на себе більше обов'язків по дому, приготуванню їжі та догляду за дітьми. Але його спроба допомогти призвела лише до того, що Беатріс почала відчувати ще сильніше почуття провини та власної неспроможності. Вона хотіла робити власний внесок у життя сім'ї. Вона хотіла виконувати повсякденну домашню роботу, «як роблять це все нормальні люди», але починала плакати при появі найменших перешкод, що не дозволяли довести до досконалості справу, за яку вона бралася... Минали місяці, і проблема Беатріс ставала все більш серйозною. Іноді вона була так засмучена, що не могла йти на роботу. Вона перестала бачитися з подругами. Більшу частину часу Беатріс проводила вдома, то кричачи, то захлинаючись сльозами. (Lickey & Gordon, 1991, p. 181)*

Більшість людей настрій то піднімається, то знижується. Їхні почуття радості чи смутку є зрозумілими реакціями на повсякденні події і не мають великого впливу на їхнє життя. У людей, які страждають на розлади настрою, воно зазвичай зберігається незмінним протягом тривалого періоду часу. В результаті, подібно до випадку з Беатріс, настрій починає накладати свій відбиток на всі контакти людей зі світом і не дозволяє їм нормально функціонувати.

Основними афектами при розладах настрою є депресія та манія. ***Депресія*** *—* це пригнічений, тужливий стан, при якому життя здається похмурим, а його труднощі — непереборними. ***Манія,*** пряма протилежність депресії, — це стан ейфорії чи, по крайнього заходу, нестримної активності, у якому люди можуть перебільшувати свої можливості, вважаючи, що світ перебуває у повному розпорядженні. Більшість людей із розладом настрою страждають лише від депресії — синдрому, який називають монополярною депресією. Вони не бувають маніакальних станів, і коли депресія минає, до них повертається нормальний чи майже нормальний настрій. В інших людей відзначаються періоди манії, що чергуються з періодами депресії, — синдром, який називається біполярним афективним розладом.

***Депресія*** *- пригнічений стан, що характеризується тугою, занепадом сил, вкрай низькою самооцінкою, почуттям провини або спорідненими симптомами.*

***Манія*** *— тривалий чи короткочасний стан ейфорії чи нестримної активності, у якому люди можуть перебільшувати свої можливості, вважаючи, що світ перебуває у повному розпорядженні.*

|  |
| --- |
| ***Таємна війна Лінкольна.*** У 1841 році Авраам Лінкольн писав своєму другові: «Зараз я найнещасніша людина серед тих, що живуть. Якщо ті почуття, які я відчуваю, розділити порівну серед усіх людей, на землі не буде жодної радісної особи». |

***Монополярна депресія*** *– депресія без маніакальних станів.*

***Біполярний (афективний) розлад*** *- розлад, що характеризується чергуються або змішаними періодами манії та депресії.*

Розлади настрою завжди цікавили людей, зокрема тому, що на них страждали багато великих людей. У Біблії йдеться про важкі депресивні стани Навуходоносора, Саула та Мойсея. Очевидно, періодичні депресії траплялися в англійської королеви Вікторії та Авраама Лінкольна. Депресія, а іноді й манія переслідували таких письменників, як Ернест Хемінгуей, Вірджинія Вулф та Сільвія Плат (Andreasen, 1980). Проблеми, що виникали в них із настроєм, поділяють мільйони людей, і пов'язані з цими проблемами економічні витрати (втрати робочого часу, лікування, госпіталізація) щорічно становлять понад 40 млрд доларів (Simon & Katzelnick, 1997; Rupp, 1995). І, зрозуміло, просто неможливо виміряти людські страждання, спричинені розладами настрою.

**Сцени із сучасного життя**

*Щастя: стан більш поширений, ніж ми думаємо*

Здавна вважалося, що депресії можна запобігти, якщо людина відчуває загальне відчуття щастя. Якщо люди насолоджуються життям і почуваються бадьорими та життєрадісними, можливо, вони не стануть такою покірною жертвою негативних думок, особистих втрат, соціального стресу чи біологічних факторів, які й характеризують депресію. Але чи так багато людей по-справжньому щасливі, а якщо таки щасливі, то чому? Судячи з змісту вечірніх інформаційних програм та великої кількості книг з самодопомоги, можна подумати, що щастя — явище дуже рідкісне. Очевидно, навіть психологів більше цікавлять душевні переживання, а чи не відчуття щастя.

Але є й добрі новини. Дослідження показують, що життя приносить більшості людей більше радощів, ніж ми вважаємо. Фактично більшість людей у світі стверджують, що вони щасливі — включаючи значну частину тих, хто бідний, не має роботи, старий і є інвалідом (Myers & Diener, 1996). Понад 90% людей, які страждають на параліч всіх кінцівок, кажуть, що їм правиться жити, а люди з травмами хребта, в цілому, почуваються лише трохи менш щасливими, ніж інші (Diener & Diener, 1996; Brickman, Coates & Janoff-Bulman, 1978). Чоловіки та жінки однаково часто заявляють про те, що вони задоволені життям чи дуже щасливі. Навіть представники покоління X (народжені в 1961-81 рр. — *прим. перекл.* ) не так засмучені своєю долею, як це може здатися. Підтверджує себе старовинна приказка: «За гроші щастя не купиш». Заможні люди, мабуть, лише ненабагато щасливіші за тих, хто має скромні доходи (Diener et al., 1993). Загалом, лише одна людина з десяти повідомляє, що вона «не надто щаслива» (Diener & Diener, 1996; Myers & Diener, 1996).

Хоча люди відчувають щастя не кожен день, більшість, мабуть, здатна легко переносити невдачі. Крім того, схоже, що щасливі люди залишаються щасливими протягом десятиліть, незважаючи на зміну роботи, переїзди та зміни у сім'ї (Myers & Diener, 1996). Деякі дослідження свідчать, що життєві події впливають на відчуття щастя лише протягом короткого часу (Suh, Diener & Fujita, 1996). Щасливі люди пристосовуються до негативних подій і за кілька місяців повертаються до свого звичайного життєрадісного стану (Diener et al., 1992; Costa et al., 1987). І навпаки, у нещасних людей неспроможні викликати почуття радості навіть позитивні події.

Якщо стать, раса, дохід та події життя лише незначною мірою впливають на довготривале відчуття щастя, чому ж тоді така велика кількість людей бадьорі та веселі? Ряд досліджень показує, що відчуття щастя залежить від особистісних характеристик та ставлення людей до того, що відбувається. Щасливі люди, як правило, є оптимістами та екстравертами і зазвичай мають кілька близьких друзів (Myers & Diener, 1995; Diener et al., 1992). Крім того, щасливі люди мають високу самооцінку та вважають, що вони контролюють своє життя.

Деякі дослідники вважають, що у людей є якась «фіксована точка щастя», до якої вони щоразу повертаються, незважаючи на всі мінливості долі. Вчені, які здійснили дослідження 2300 близнюків, припустили, що відчуття щастя у людини на 50% пов'язане з генетичними факторами (Lykken & Telegen, 1996).

Найкращому розумінню джерел щастя можуть сприяти численні дослідження, які у час. Можливо, завдяки їм будуть знайдені важливі рішення, здатні допомогти людям, які не дуже щасливі або навіть страждають на депресію. Тим часом ми можемо знаходити втіху в тому, що душевний стан людини не такий безрадісний, як це може здатися на основі програм новин (і книг з патопсихології).

**монополярна депресія.**

Люди, які почуваються нещаснішими, ніж зазвичай, часто кажуть, що вони «впали в депресію». Як правило, цей стан є реакцією на якісь сумні події, втому чи неприємні думки. Подібне використання цього терміну призводить до того, що цілком нормальну зміну настрою починають плутати з клінічним синдромом. У всіх нас іноді буває пригнічений стан; монополярну ж депресію зазнає лише невелика кількість людей. Клінічна депресія пов'язана з тяжким і тривалим психологічним болем, який може посилюватися з часом. Люди, які страждають, можуть втратити здатність виконувати найпростіші життєві обов'язки, а деякі навіть намагаються накласти на себе руки.

Дослідження дозволяють припустити, що у США на тяжку монополярну депресію страждає щорічно від 5 до 10% дорослого населення; приблизно половина цих людей отримує медичну допомогу (Kessler et al., 1994; Regier et al., 1993). Крім того, від 3 до 5% дорослих страждають на легкі розлади настрою. У Канаді, Англії та багатьох інших країнах отримано аналогічні дані (Smith & Weissman, 1992). Фактично, епізод тяжкої монополярної депресії у той чи інший період життя можуть відчувати до 18% всього дорослого населення планети (Angst, 1995).

Дослідження також свідчать, що починаючи з 1915 року небезпека наразитися на важку мононолярну депресію постійно зростала. Причому середній вік людей, у якому вони вперше стикаються з депресією і який зараз становить США 27 років, знижується з наступним поколінням ( Weissman et al., 1992, 1991).

У жінок епізоди важкої монополярної депресії бувають щонайменше вдвічі частіше, ніж чоловіків (Weissman & Olfson, 1995). Депресивний епізод у той чи інший період життя буває у 26% жінок та лише у 12% чоловіків (АРА, 1993). У дітей поширеність випадків монополярної депресії приблизно однакова для дівчаток та хлопчиків (Hankin et al., 1998). Наведені вище цифри схожі для всіх соціально-економічних класів.

Серед етнічних груп було виявлено порівняно небагато відмінностей у поширеності депресії. У США у білих американців середнього віку депресії трапляються дещо частіше, ніж у афроамериканців середнього віку, але серед молодших і людей похилого віку цифри схожі для обох груп населення (Weisman et al., 1991).

Тяжка монополярна депресія може розпочатися у будь-якому віці. Приблизно дві третини людей із цією проблемою одужують через кілька місяців, причому деякі обходяться без лікарської допомоги (АРА, 1994; Keller, 1988). Однак у більшості цих людей надалі буває щонайменше ще один епізод депресії (Kessing et al., 1998; Rao et al., 1995).

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Підвищення та зниження настрою трапляються у нас практично щодня. Як можна відрізнити звичайну «меланхолію» від клінічної депресії? |

**Клінічна картина депресії.**

Характер депресії може змінюватися від людини до людини. Раніше ми бачили, як нерішучість, нездатність стримати ридання і почуття розпачу, гніву та власної неспроможності, що охопили Беатріс, призвели до того, що її робота та соціальне життя зайшли в глухий кут. У інших людей, які впадають у депресію, симптоми бувають менш тяжкими. Вони можуть функціонувати, хоча депресія, як правило, значно знижує їхню працездатність або робить їхнє життя безрадісним, як ми побачимо нижче у випадку з Дереком:

*Ймовірно, Дерек страждав від депресії все своє доросле життя, але багато років він не усвідомлював цього. Дерек називав себе опівночі, стверджуючи, що до 12 години ночі він нездатний ясно мислити, незважаючи на те, що часто йому доводилося вставати вже о 4-й годині ранку.*

*Дерек намагався спланувати свою роботу — літературного редактора газети, що видавалася в невеликому містечку, — таким чином, щоб виконання службових обов'язків не заважало його депресивному настрою на початку дня. Тому на ранок він домовлявся про зустрічі; розмови з людьми надавали йому бадьорості. Написання газетних статей і прийняття рішень він відкладав на пізніші години.*

*Думки Дерека рідко приносили йому відчуття радості та впевненості у своїх силах. Йому здавалося, що його подружнє життя було не більше ніж діловим партнерством. Він заробляв гроші, а дружина дбала про будинок та дітей. Дерек та його дружина рідко виявляли по відношенню один до одного ніжні почуття. Іноді йому уявлялося, як він трагічно гине під час велосипедної поїздки, в авіакатастрофі або від рук невідомого вбивці.*

*Дереку здавалося, що йому загрожує втрата роботи. Його засмучувало те, що його редакційні статті не привертали увагу більших газет. Він був упевнений, що низка молодих співробітників газети мають світліші голови і пишуть талановитіше за нього. Він лаяв себе за невдалу передовицю, яку написав десять років тому. Хоча той матеріал і був нижчим за його звичайні можливості, всі інші працівники газети забули про нього через тиждень після публікації. Дерек же через десять років, як і раніше, не міг позбутися думок про ту саму статтю...*

*Дерек приписував свій невпевнений стан зранку відсутності жвавості розуму. Він не міг знати, що це був симптом депресії. Він не усвідомлював, що картини своєї смерті могли бути не чим іншим, як суїцидальними думками. Люди не говорять про подібні речі. Дерек думав, що аналогічні думки відвідують всіх. (Lickey & Gordon, 1991, p. 183-185)*

Як показують випадки з Беатріс і Дерек, депресія характеризується не тільки тугою, але і безліччю інших симптомів, які часто підживлюють один одного. Симптоми охоплюють п'ять функціональних областей: емоційну, мотиваційну, поведінкову, когнітивну та фізичну.

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** Коли описують депресію зазвичай використовують чорний колір. Британський прем'єр-міністр Вінстон Черчілль називав свої повторювані депресивні епізоди «чорним псом, який тільки й чекає, щоб показати свій оскал». Американський письменник Ернест Хемінгуей характеризував свої напади депресії як «чорножопі» дні. А в пісні рок-гурту «Ролінг Стоунз» депресивне мислення передано такими словами: «Я бачу червоні двері і хочу перефарбувати їх у чорний колір». |

***Емоційні симптоми***

Більшість людей, які страждають на депресію, відчувають тугу і пригніченість. Вони кажуть, що почуваються «нещасними», «спустошеними» та «приниженими». За їхніми словами, ніщо не приносить їм радості, і вони зазвичай втрачають почуття гумору. Деякі люди в період депресії відчувають також тривогу, гнів чи збудження. Це море страждань може виливатися у напади плачу.

***Мотиваційні симптоми***

Люди, які страждають на депресію, часто втрачають бажання займатися своєю звичайною діяльністю. Майже всі вони повідомляють про відсутність у собі спонукань, ініціативи та невимушеності. Їм доводиться змушувати себе ходити на роботу, розмовляти з друзями, їсти або підтримувати інтимні стосунки (Buchwald & Rudick-Davis, 1993). Одна людина згадує про це так: «Мені не хотілося нічого робити – хотілося лише залишатися в одному положенні і щоб нікого не було поряд» (Kraines & Thetford, 1972, p. 20).

Крайньою формою втечі від життєвих справ та обов'язків є самогубство. Як ми побачимо в розділі 7, багато людей у період депресії втрачають інтерес до життя або бажають померти; іншим хочеться накласти на себе руки, і деякі дійсно роблять подібні спроби. Згідно з оцінками, самогубства скоюють від 6 до 15% людей, які страждають на депресію (Inskip, Harris & Barraclough, 1998; Rossow & Amundsen, 1995).

***Поведінкові симптоми***

У стані депресії люди зазвичай менш активні та менш продуктивні. Вони проводять більше часу на самоті і можуть залишатися в ліжку тривалий час. Одна людина згадує: «Я прокидався рано, але залишався в ліжку — який сенс вставати, якщо на тебе чекає безрадісний день?» (Kraines & Thetford, 1972, p. 21). Люди, які відчувають депресію, може також відзначатися уповільненість рухів і навіть промови (Sobin & Sackeim, 1997; Parker et al., 1993).

***Когнітивні симптоми***

Під час депресії люди оцінюють себе дуже негативно (Joiner et al., 1995). Їм здається, що вони некомпетентні, небажані, неповноцінні, можливо, навіть порочні. Вони звинувачують себе в причетності до майже всіх негативних подій, навіть до тих, які не мають до них жодного відношення, і рідко помічають свої успіхи та досягнення.

Ще один когнітивний симптом депресії – песимізм. У період депресії люди зазвичай бувають переконані, що у майбутньому немає жодних поліпшень і що вони нездатні змінити хоч якийсь аспект свого життя (Dixon et al., 1993; Меtalsky et al., 1993). Оскільки вони чекають найгіршого, то часто зволікають із прийняттям рішень. Почуття безнадійності та безпорадності робить їх особливо схильними до суїцидальних думок.

Люди з депресією часто скаржаться ослаблення своїх інтелектуальних здібностей. Вони часто плутаються, страждають забудькуватістю, легко відволікаються і нездатні вирішити навіть прості завдання. І справді, під час лабораторних досліджень особи з депресією часто виконують завдання, що вимагають пам'яті, уваги та логічного мислення, гірше, ніж ті, хто не відчуває депресії (Hertel, 1998; Lemelin et al., 1996). Однак, можливо, що ці труднощі є відображенням швидше мотиваційних, ніж інтелектуальних проблем (Lachner & Engel, 1994).

***Фізичні симптоми***

У людей, які перебувають у депресії, часто відзначаються такі фізичні симптоми, як головний біль, розлади травлення, запори, запаморочення та загальне нездужання. Фактично, багато випадків депресії спочатку помилково діагностують як соматичні проблеми (Simon & Katzelnick, 1997). Крім того, у людей з депресією може пропадати апетит та порушуватися сон. Навіть якщо вони відпочивають і сплять, більшість їх не залишає почуття втоми (Kazes et al., 1994; Spoov et al., 1993).

**Діагностика монополярної депресії.**

Довідник DSM-IV ідентифікує кілька різновидів монополярної депресії. Людині ставлять діагноз ***тяжкого депресивного розладу*** , якщо у нього трапився тяжкий депресивний епізод (major depressive episode): період, що характеризується принаймні п'ятьма симптомами депресії і триває два тижні або більше (див. Контрольний перелік DSM-IV у Додатку). У крайніх випадках епізод може включати психотичні симптоми. Людина може втратити контакти з реальністю: в нього виникають маячні думки (delusions) — фантастичні ідеї, які мають під собою підстав — чи починаються галюцинації — сприйняття відсутніх об'єктів як реальних (Parker et al., 1997; Coryell et al., 1996). При депресії з психотичними симптомами людина здатна уявити, що вона не може їсти, тому що її кишечник «погано працює і незабаром зовсім перестане функціонувати», або йому може здаватися, що він бачить свою померлу дружину.

***Тяжкий депресивний розлад*** *- гостра форма депресії, що призводить до тяжких наслідків і обумовлена іншими факторами, ніж вживання ліків або загальний соматичний розлад.*

Крім того, DSM-IV описує варіанти тяжкого депресивного розладу: *рекурентний (циклічний, поворотний, періодичний),* якщо йому вже передували епізоди депресії; *сезонне,* якщо воно пов'язане зі зміною, пори року (наприклад, якщо депресія повторюється кожну зиму); *кататонічне* , якщо воно характеризується знерухомленістю або надмірною активністю; *післяпологове* ,якщо вона має місце протягом чотирьох тижнів після закінчення вагітності; *меланхолійне* , якщо людина залишається майже повністю байдужою до приємних подій (Kendler, 1997; АРА, 1994).

Людям, які страждають від більш тривалих (тривалих не менше двох років), але менш важких форм монополярної депресії, може бути поставлений діагноз дистимія (див. табл. 6.1; див. також Контрольний перелік DSM-IV). Коли дистимічний розлад перетворюється на важкий депресивний розлад, таку послідовність називають подвійний депресією (Donaldson et al., 1997; АРА, 1993).

**Таблиця 6.1. Характеристика розладів настрою**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Щорічна поширеність (у%) | Співвідношення поширеності серед жінок та чоловіків | Вік, у якому зазвичай починається (у роках) | Поширеність серед близьких родичів |
| Тяжкий депресивний розлад | 5-10 | 2:1 | 24-29 | Висока |
| Дистимія | 2,5-5,4 | Між 3:2 та 2:1 | 10-25 | Висока |
| Біполярний розлад І типу | 0,7 | 1:1 | 15-44 | Висока |
| Біполярний розлад ІІ типу | 0,5 | 1:1 | 15-44 | Висока |
| Циклотімія | 0,4 | 1:1 | 15-25 | Висока |

(АРА, 1994; Kessler et al., 1994; Regier et al., 1993; Weissman et al., 1991.)

***Дистимія*** *- розлад настрою, що відрізняється від рекурентного депресивного розладу не якісною структурою, а недостатньою тяжкістю та стійкістю симптоматики.*

**Резюме**

У людей, які страждають на розлади настрою, певний афект зберігається, як правило, протягом декількох місяців або років, накладає відбиток на всі їхні стосунки зі світом і не дозволяє їм нормально функціонувати. Основними типами настрою при цих розладах є депресія та манія.

монополярна депресія. Жертви монополярної депресії, найпоширенішою формою розладу настрою, страждають лише від депресії. Симптоми депресії охоплюють п'ять функціональних областей: емоційну, мотиваційну, поведінкову, когнітивну та фізичну. Крім того, при депресії зростає небезпека появи суїцидальних думок та скоєння самогубств. Жінки страждають на монополярну депресію частіше, ніж чоловіки.

**Монополярна депресія: можливі причини та методи лікування.**

Очевидно, епізоди монополярної депресії часто бувають викликані стресовими подіями ( Sherrill et al., 1997; Brown, Harris & Hepworth, 1995). Юджин Пейкел і його колеги встановили, що в житті людей, які страждають на депресію, протягом місяця, що безпосередньо передує початку розладу, відбувається значно більше стресових подій, ніж у середньостатистичної людини за той же період часу (Paykel & Cooper, 1992). Стресові життєві події передують і іншим психологічним розладам, але особи з депресією повідомляють про більшу кількість подібних подій, ніж інші люди.

Деякі клініцисти вважають за необхідне розмежовувати *реактивну (екзогенну) депресію,* яка слідує за якимись яскраво вираженими стресовими подіями, та *ендогенну депресію,* яка, мабуть, буває викликана внутрішніми факторами. Але чи можна знати, чи є депресія реактивною чи ні? Навіть якщо перед початком депресії мали місце якісь стресові події, депресія може бути реактивною. Ці події могли бути простим збігом (Paykel, 1982). Тому нині клініцисти зазвичай намагаються виявити як ситуативні, і внутрішні аспекти будь-якого випадку монополярної депресії.

В даний час пояснення причин та методи лікування монополярної депресії зводяться до виявлення біологічних, психологічних та соціокультурних факторів. Оскільки клініцисти виділяють тепер у кожному випадку депресії і внутрішні, і ситуативні особливості, багато хто вважає, що необхідно комбінувати різні пояснення та методи лікування, щоб краще зрозуміти людей з цим розладом і допомогти їм.

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** Встановлено, що на клінічну депресію страждає половина всіх людей, які перенесли інсульт, 17% тих, у кого був серцевий напад, 30% хворих на рак і від 9 до 27% людей з діабетом (Simpson, 1996). |

**Біологічний підхід**

Дослідникам-медикам вже давно відомо, що певні хвороби та ліки викликають зміну настрою. Чи не може і сама клінічна депресія зумовлюватись біологічними причинами? Дані генетичних та біохімічних досліджень показують, що може (Judd, 1995).

***Генетичні причини***

Два напрями досліджень - вивчення родоводу та дослідження близнюків - свідчать, що деякі люди успадковують схильність до монополярної депресії, хоча, як ми зазначали раніше, дані подібних досліджень можна інтерпретувати й іншим чином. При *вивченні родоводу* відбирають людей з монополярною депресією, досліджують їх родичів і з'ясовують, чи не страждають на депресію та інші члени сім'ї. Якщо схильність до монополярної депресії є спадковою, серед родичів депресія має траплятися частіше, ніж серед населення загалом. Дослідники встановили, що депресії піддаються 20% таких родичів, а серед населення загалом на неї страждає менше 10% (Harrington et al., 1993).

Якщо схильність до монополярної депресії успадкована, тоді слід очікувати і великої кількості випадків цього розладу серед близьких родичів хворих. *Дослідження близнюків* підтверджують це очікування (Gershon & Nurnberger, 1995; Nurnberger & Gershon, 1992; 1984). Під час одного недавнього дослідження було проведено спостереження за майже 200 парами близнюків. Коли *монозиготний (однояйцевий)* близнюк страждав на монополярну депресію, інший близнюк був схильний до того ж розладу в 46% випадків. Для порівняння, коли монополярна депресія відзначалася у *гетерозиготного (різнояйцевого)* близнюка, ймовірність її виникнення в іншого близнюка дорівнювала лише 20% (McGuffin et al., 1996).

***Біохімічні причини***

Як ми вже знаємо, нейротрансмітери (медіатори) - це хімічні речовини, що містяться в головному мозку, які передають сигнали від однієї периної клітини, або нейрона, до іншої. Знижена активність двох подібних хімічних речовин, норепінефрину (норадреналіну) та серотоніну, тісно пов'язана з монополярною депресією (Zaleman, 1995).

|  |
| --- |
| ***Біохімічні "злочинці".*** За допомогою комп'ютерної графіки тут зображені молекули нейротрансмітерів норепінефрину (вгорі) та серотоніну (внизу) – ці речовини пов'язують із монополярною депресією. |

***Норепінефрін, або норадреналін*** *- нейротраісмітер, аномальна активність якого пов'язана з депресією та панічним розладом.*

***Серотонін*** - *нейротрансмітер, аномальна активність якого пов'язана з депресією, неврозом нав'язливих станів та розладами апетиту.*

У 1950-х роках було отримано ряд даних, що вказують на цей взаємозв'язок. По-перше, дослідники-медики встановили, що депресію часто викликають певні лікарські препарати, які застосовують при гіпертонії (Ayd, 1956). Подальші дослідження показали, що з цих препаратів знижують активність норепинефрина, інші — активність серотоніну. Другим доказом зазначеного зв'язку стало відкриття ліків, які знімають депресію (антидепресантів). Хоча ці ліки були виявлені зовсім випадково, дослідники невдовзі зрозуміли, що вони підвищують активність або норепінефрину, або серотоніну. Якщо антидепресанти допомагають при депресії, збільшуючи активність цих нейротрансмітерів, міркували дослідники, тоді можливо, що депресія пов'язана з низькою активністю норепінефрину або серотоніну. Наступні багаторічні дослідження показали, що низька активність цих нейротрансмітерів може дійсно призводити до депресії (Zaleman, 1995).

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** 90% опитаних фахівців вважають, що причиною хронічної клінічної депресії та шизофренії є порушення балансу хімічних речовин у головному мозку (NAMI, 1996). |

Дослідники-біологи також встановили, що певну роль виникнення депресії може грати ендокринна система. Як ми бачили раніше, ендокринні залози, розташовані по всьому тілу, виділяють гормони, хімічні речовини, які, своєю чергою, активізують діяльність внутрішніх органів (див. розділ 2). З'ясувалося, що у людей з монополярною депресією високий рівень кортизолу, гормону, що виділяється наднирковими залозами під час стресу (Hedaya, 1996; Zaleman, 1995). Це не дивно, якщо врахувати, що депресію часто викликають стресові події. Ще один гормон, який пов'язують із депресією, — мелатонін, який іноді називається «гормоном Дракули», оскільки він виділяється лише у темряві.

***Кортизол*** *- гормон, що виділяється наднирковими залозами, коли людина відчуває стрес.*

***Мелатонін*** *- гормон, що виділяється шишкоподібною залозою, коли людина знаходиться у темряві.*

Біологічні теорії депресії викликали великий ентузіазм, але дослідження у цій галузі пов'язані з серйозними обмеженнями. Наприклад, значна їх частина — це дослідження, під час яких депресивні симптоми штучно викликаються в лабораторних тварин. Дослідники неможливо знайти упевнені, що це симптоми реально відбивають розлади, що у людей (Overstreet, 1993). Крім того, до останнього часу існуюча технологія дозволяла проводити у більшості біологічних досліджень людської депресії лише непряму оцінку активності головного мозку. В результаті, у вчених не могло бути повної впевненості щодо справжніх біологічних процесів (Grossman, Manji & Potter, 1993; Katz et al., 1993). Дослідження, що використовують більш сучасну технологію, таку як PET- та MRI-сканування, у найближчому майбутньому повинні допомогти усунути подібну невизначеність (Ketter et al., 1996; Mann et al., 1996).

|  |
| --- |
| ***Підказки,******що даються сном.*** Люди з депресією часто порушується нормальний цикл сну. Тому показання електроенцефалограми, що знімається під час сну хворого, іноді допомагають клініцистам точніше оцінити стан хворих та ефективніше їх лікувати. |

|  |
| --- |
| ***ЕСТ сьогодні* .** Хворим, які піддаються ЕСТ, тепер призначають ліки, що приводять їх у стан сну, м'язові релаксанти, що запобігають сильним судомам тіла і переломам кісток, і кисневим подушкам, що оберігають від порушень діяльності мозку. |

**Крупним планом**

*Депресія у променях світла*

Припускають, що з депресії особливо важливу роль грає секреція гормону *мелатоніну.* Цей гормон виділяється *шишковидною залозою* головного мозку, коли ми перебуваємо в темряві, і не виділяється на світлі. Роль мелатоніну в людській життєдіяльності не до кінця зрозуміла; тваринам він, мабуть, допомагає контролювати стан сплячки, рівень активності та репродуктивний цикл. Зі збільшенням тривалості ночі у тварин виділяється все більше мелатоніну, якою робить їх повільними та готує їх до тривалого стану спокою під час зими. Коли з настанням весни збільшується тривалість денного годинника, секреція мелатоніну зменшується, підвищуючи енергетичний рівень.

Деякі теоретики вважають, що підвищена секреція мелатоніну взимку сприяє тому, що рухи людини сповільнюються, вона стає менш енергійною і потребує більш тривалого відпочинку, подібно до того, як це відбувається у тварин, що впадають у сплячку. Хоча більшість людей пристосовуються до таких змін, деякі, мабуть, настільки чутливі до підвищеної секреції мелатоніну в зимовий час, що не здатні продовжувати свою діяльність у звичайному режимі (Dilsaver, 1990; Rosenthal & Blehar, 1989). Така уповільненість дій приймає у них щозиму форму депресії, званої *сезонним (афективним) розладом настрою, чи SAD* (Rosenthal & Blehar, 1989). SAD менш поширене в районах, що належать до екватора, - тобто в зонах, де в зимові місяці дні досить довгі, а секреція мелатоніну - нижче (Teng et al, 1995; Ito et al, 1992).

Дослідники припускають, що, крім того, деякі люди з SAD дуже чутливі до зниження секреції мелатоніну, яка має місце у триваліші літні дні. Деякі з них стають надто енергійними та активними, демонструючи щоліта тенденції до гіпоманії (Faedda et al., 1993).

Якщо у випадку SAD проблемою дійсно є темрява, то допомога може надати світло. Одним із найефективніших методів лікування при SAD стає *світлолікування,* або *фототерапія, —* інтенсивна дія на людину штучним світлом протягом зими. Коли люди, схильні до сезонної депресії, сидять під спеціальними світловими апаратами по кілька годин кожен зимовий день, їх депресію можна пом'якшити або повністю усунути (Partonen et al., 1996; Thalen et al., 1995).

Звичайно, існує і чимало природних способів здобуття людиною підвищеної кількості світла. Деякі дослідники виявили, що пацієнтам із SAD допомагають ранкові прогулянки (Wirz-Justice et al., 1996). Крім того, клініцисти часто рекомендують своїм пацієнтам провести зимову відпустку в якомусь сонячному місці. А деякі навіть заходять настільки далеко, що пропонують людям, схильним до зимової меланхолії, і, зрозуміло, тим, хто страждає на SAD, провести тиждень-другий перед самим початком зими в районах, що знаходяться приблизно в 3-4 градусах на північ або південь від екватора, де щодня можна отримувати на 70% більше сонячного світла. Ефективність цього лікування вченим ще належить перевірити.

Клініцисти вишукують інші способи зміни рівня мелатоніну в організмі. Одна з можливостей – вживання надзвичайно популярних мелатонінових пігулок. Ці таблетки, які приймаються у ключові моменти дня, можуть сприяти зміні секреції мелатоніну в організмі людини та зменшують депресію (Hatonen, Alila & Laakso, 1996).

***Біологічні методи лікування***

У більшості випадків біологічне лікування монополярної депресії означає застосування антидепресантів, для багатьох людей з депресією — особливо тих, кому не допомагають інші методи лікування — воно означає електрошокову терапію.

**Електрошокова (електросудорожна) терапія.** При електросудомній терапії, або ЕСТ, одному з найбільш спірних методів лікування депресії, до голови хворого прикладають два електроди. Потім протягом половини секунди або через головний мозок хворого пропускають електричний струм напругою від 65 до 140 Вольт. При білатеральній ЕСТ по одному електроду прикладають до кожного з скронь, і струм пропускають через обидві півкулі головного мозку. При монолатеральній ЕСТ, методі, що все частіше використовується в останні роки, електроди мають таким чином, щоб струм проходив тільки через одну півкулю.

Електричний струм викликає конвульсію, або судому, головного мозку, яка триває від 25 секунд до кількох хвилин. Після 6-9 сеансів цього методу лікування, що проводяться протягом 2-4 тижнів, депресія у більшості хворих йде на спад (Lerer et al., 1995; Fink, 1992).

***Електрошокова (електросудорожна) терапія*** - *метод лікування депресії, при якому за допомогою електродів, що прикладаються до голови хворого, через його головний мозок пропускають електричний струм, що викликає розгорнутий судомний синдром.*

Терапевтичні властивості електрошоку були відкриті випадково. У 1930-х роках дослідники-клініцисти дійшли помилкової думки, що судоми допомагають у лікуванні шизофренії та інших психотичних розладів, і намагалися визначити, як можна викликати судоми у пацієнтів із цими розладами. Одним із перших методів був призначення хворим на ліки *метразолу.* Інший передбачав лікування їх великими дозами інсуліну *(інсулінокоматозна терапія).* Ці підходи були дуже небезпечними і іноді призводили до смерті. Нарешті, італійський психіатр Уго Черлетті (Ugo Cerletti) виявив, що можна викликати у хворих на судоми досить безпечним шляхом, підводячи до їхньої голови електричний струм (Cerletti & Bini, 1938). Незабаром ЕСТ стали застосовувати при найрізноманітніших психологічних порушеннях; зокрема, стала очевидною ефективність її використання при депресії.

У перші роки застосування ЕСТ мали місце випадки переломів та вивихів щелепи, а іноді і плечових суглобів, спричинені як самими судомами, так і надмірним утриманням хворого на медичний персонал. Сьогодні лікарі усувають цю проблему, даючи хворим на м'язові релаксанти, тому в утриманні більше немає необхідності. Використовуються також анестезуючі речовини короткочасної дії (барбітурати), які викликають у хворих на сон під час процедури і тим самим зменшують їхній страх перед нею (Salzman, 1998; Fink, 1992).

Люди, які зазнали ЕСТ, зазвичай відчувають труднощі з нагадуванням того, що відбувалося безпосередньо перед цими впливами і після них. Найчастіше їх пам'ять відновлюється за кілька місяців ( Calev et al., 1995, 1991; Squire & Slater, 1983). Однак у деяких хворих відзначаються глибші провали пам'яті, і ця форма амнезії може стати хронічною (Squire, 1977).

Немає сумніву, що ЕСТ є ефективним методом лікування монополярної депресії. Дослідження показують, що з 60-70% хворих, яких застосовувалася ЕСТ, відбувається поліпшення стану (Rey & Walter, 1997). Очевидно, ця процедура особливо ефективна у випадках важкої депресії, ускладненої маренням (O'Leary et al., 1995; Buchan et al., 1992). Однак поки що не ясно, чому ЕСТ дає такі добрі результати.

Хоча ЕСТ ефективна та її методика прогресує, починаючи з 1950-х років її використання загалом зменшується. У період 1940 і 1950-х років їй, очевидно, зазнавали понад 100 000 чоловік на рік. Сьогодні, як вважається, її застосовують щороку лише до 30-50 тисяч хворих (Cauchon, 1995; Foderaero, 1993). Однією з причин цього зниження популярності є втрати пам'яті, викликані ЕСТ. Інша причина – поява ефективних *ліків-антидепресантів.*

**Антидепресанти.** У 1950-х роках дослідники відкрили два види ліків, які дозволяють зняти депресивні симптоми: ***інгібітори МАО*** (моноаміноксидази) та трициклічні антидепресанти. До цих ліків нещодавно додалася третя група, звані антидепресанти другого покоління (див. табл. 6.2).

**Таблиця 6.2. Ліки, що допомагають при монополярній депресії**

|  |  |
| --- | --- |
| Клас/родова назва | Торгова назва |
| *Інгібітори моноаміноксидази (МАО)* | |
| Ізокарбоксазид | Марплан |
| Фенелзін | Нарділ |
| Транілципромін | Парнат |
| *Трициклічні антидепресанти* | |
| Іміпрамін | Тофраніл |
| Амітріптілін | Елавіл |
| Доксепін | Адапін; синекван |
| Триміпрамін | Сурмонтіл |
| Десіпрамін | Норпрамін; пертофран |
| Нортриптілін | Авентіл; памелор |
| Протріптілін | Вівактіл |
| *Антидепресанти другого покоління* | |
| Мапротілін | Лудіоміл |
| Амоксапін | Асендін |
| Тразодон | Десірел |
| Кломіпрамін | Анафраніл |
| Флуоксетин | Прозак |
| Сертралін | Золофт |
| Пароксетін | Паксил |
| Венлафаксін | Еффексор |
| Флувоксамін | Лувокс |
| Нефазодон | Серзон |
| Бупропіон | Веллбутрін |

(Hedaya, 1996; Physician's Desk Reference, 1994.)

Ефективність інгібіторів МАО як засоби, що допомагають при монополярній депресії, була виявлена випадково. Лікарі помітили, що іпроніазид, ліки, що перевірялися на хворих на туберкульоз, має цікавий ефект: він робив хворих більш щасливими (Sandler, 1990). З'ясувалося, що аналогічну дію він чинить і на пацієнтів з депресією (Kline, 1958; Loomer, Saunders & Kline, 1957). Це та інші родинні ліки мали загальну біохімічну властивість: вони уповільнювали вироблення організмом ферменту моноаміноксидази (МАО). Тому їх назвали інгібіторами МАО. Ці засоби допомагають приблизно половині депресивних хворих, що їх приймають (Thase, Triverdi & Rush, 1995).

***Інгібітор МАО*** - *антидепресант, який пригнічує дію ферменту моноаміноксидази.*

У нормі, що виробляється за участю головного мозку фермент МАО розщеплює нейротрансмітер норепінефрін. Інгібітори МАО блокують цю діяльність МАО і цим припиняють дезінтеграцію норепінефрину. В результаті відбувається підвищення активності норепінефрину, що, своєю чергою, послаблює депресивні симптоми. Однак прийом інгібіторів МАО пов'язаний із певним ризиком. У людей, які приймають цей препарат, відзначається небезпечне підвищення артеріального тиску крові, якщо вони вживають їжу, що містить хімічну речовину *тірамін -* до якої входять такі поширені продукти, як сир, банани та деякі сорти вин (Stahl, 1998). Тому ті, хто приймає інгібітори МАО, повинні дотримуватися суворої дієти.

Відкриття у 1950-х роках трициклічних антидепресантів було також випадковим. Коли дослідники намагалися отримати новий препарат для лікування шизофренії, до їхнього зору потрапили ліки під назвою іміпрамін (Kuhn, 1958). Як з'ясувалося, іміпрамін не допомагає у випадках шизофренії, зате у багатьох людей він знімає монополярну депресію. Іміпрамін (торгова назва - тофраніл) та споріднені ліки отримали назву трициклічних антидепресантів, оскільки всі вони мають молекулярну структуру з трьома кільцями.

***Трициклічний антидепресант* -** *препарат, що регулює настрій, який має три кільця у своїй молекулярній структурі, наприклад, іміпрамін.*

Сотні досліджень показали, що депресивні хворі, які приймають трициклічні антидепресанти, починають почуватися набагато краще, ніж такі ж хворі, які отримують плацебо (АРА, 1993; Montgomery et al., 1993). Ці ліки допомагають 60-65% пацієнтів, які їх приймають (Keller et al., 1995; Davis, 1980). Крім того, тривалий прийом цих препаратів зменшує ймовірність рецидиву хвороби, тому багато клініцисти тримають своїх пацієнтів на них невизначено тривалий час (Franchini et al., 1997). Випадок з Дереком, про який ми розповідали раніше, є типовим прикладом захоплених відгуків, які часто дають трициклічні антидепресанти:

*Якось узимку Дерек записався на вечірній курс під назвою «Вживання психотропних ліків та зловживання ними», оскільки хотів супроводити точною довідковою інформацією майбутню газетну статтю про поширення наркотиків серед школярів та студентів. Курс охоплював ліки, використовувані як у психіатрії, і у відновлювальних цілях. Коли лектор виписував на дошці симптоми афективних розладів настрою, Дерека осяяло: можливо, він страждає на меланхолійну депресію.*

*Після цього Дерек проконсультувався у психіатра, який підтвердив його підозри та виписав йому іміпрамін. Через тиждень Дерек спав так міцно, що прокидався лише від дзвінка будильника. Через два тижні о 9-й годині ранку він уже писав матеріал для своєї газетної колонки і приймав непрості рішення щодо редакторських статей, які висвітлювали гострі теми. Він почав написання кількох нарисів про ліки, оскільки його зацікавив цей предмет. Вперше за довгі роки літературна робота приносила йому стільки радості. Йому перестали докучати образи його трагічної смерті. Він став виявляти більше чуйності у стосунках із дружиною. Тепер він із задоволенням розмовляв з нею та відповідав на її запитання без довгих затримок. (Lickey & Gordon, 1991, p. 185)*

Багато дослідників дійшли висновку, що трициклічні антидересанти знімають депресію, впливаючи на механізми «зворотного захоплення» нейротрансмітерів (Stahl. 1998; Blier & deMontigny, 1994) (див. рис. 6.1). Раніше ми бачили, що сигнали через синаптичну щілину передаються від одного нейрона до іншого нейрона-приймача за допомогою нейротрансмітера, хімічної речовини, що виділяється з нервового закінчення нейрона, що посилає сигнал. Однак цей процес має свої тонкощі. Хоча нервове закінчення і виділяє нейротрансмітер, але насос, що нагадує, механізм у тому ж закінченні намагається здійснити його повторне захоплення. Мета цієї дії - не дозволити нейротрансмітеру залишатися в синапсі занадто довго і викликати повторну стимуляцію нейрона-приймача. У деяких людей цей механізм пресинаптичного (зворотного) захоплення може діяти надто успішно, викликаючи дуже велике зниження активності норепінефрину або серотоніну. І це зниження активності може, своєю чергою, призводити до клінічної депресії. Очевидно, трициклічні антидепресанти блокують процес зворотного захоплення, збільшуючи цим активність нейротрансмітера.

**Малюнок 6.1. Пресинаптичне захоплення медіатора та антидепресанти.** (Зліва) Коли нейрон виділяє зі свого закінчення норзпінефрін або серотонін, що нагадує насос, механізм зворотного захоплення починає негайно притягати до себе нейротрансмітери, перш ніж їх отримає постсинаптичний (рецепторний) нейрон. (Дело) Трициклічні антидепресанти та більшість антидепресантів другого покоління блокують процес зворотного захоплення, дозволяючи більшій кількості норепінефрину або серотоніну досягти постсинаптичного нейрона. (Snyder, 1986, р. 106.)

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Деякі клініцисти вважають, що антидепресанти збіднюють поведінку людини, руйнують особистість та відволікають увагу людей від боротьби із соціальним злом. Чи виправдані такі побоювання? |

Нині трициклічні антидепресанти прописують частіше, ніж інгібітори МАО. Вони менш небезпечні і вимагають обмежень у дієті пацієнта ( Montgomery et al., 1993). Крім того, у хворих, які приймають трициклічні антидепресанти, зазвичай відзначаються більш помітні поліпшення стану, ніж у тих, хто приймає інгібітори МАО (Swonger & Constantine, 1983).

В останні роки було отримано нові антидепресанти. Більшості цих антидепресантів другого покоління дали назву селективних інгібіторів пресинаптичного (зворотного) захоплення серотоніну, оскільки вони підвищують активність одного серотоніну, не впливаючи на норепінефрін або інші нейротрансмітери. До цих ліків входять флуоксетин (торгова назва - прозак) і сертралін (золофт). Хоча ефективність цих ліків не вище, ніж у трициклічних антидепресантів (Steffens et al., 1997; Tollefson et al., 1995), їх продаж різко зріс (див. рис. 6.2). Клініцисти часто віддають перевагу саме їм, тому що людям їх складніше передозувати, ніж трициклічні антидепресанти. Крім того, вони зазвичай не дають неприємних побічних ефектів, характерних для трициклічних антидепресантів, таких як сухість у роті та запори (Leonard, 1997). У той же час, нові антидепресанти можуть викликати власні небажані побічні ефекти. Наприклад, деякі люди відзначають зниження сексуального потягу ( Segraves, 1998).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ліки | Об'єм продажу | |
| Флуоксетин | 38,5% | 1.2 млрд. дол. |
| Інші антидепресанти | 38,5% | 1.2 млрд. дол. |
| Сертралін | 15% | 457 млн. дол. |
| Пароксетін | 8% | 250 млн. дол. |

**Малюнок 6.2. Обсяг продажів антидепресантів.** На антидепресанти другого покоління, такі як флуоксетин (прозак), сертралін (золофт) та пароксетин (паксил), сьогодні припадає на 60% обсягу продажів усіх антидепресантів. (Cowley, 1994.)

***Селективні інгібітори пресинаптичного (зворотного) захоплення серотоніну*** – *група антидепресантів другого покоління, які підвищують активність серотоніну, не впливаючи на інші нейротрансмітери.*

|  |
| --- |
| «Я прийматиму золофт все життя. І зроблю це дуже охоче. Я не хочу втратити повагу до людей». - Майк Воллес, журналіст (процитовано у Biddle et al., 1996) |

**Сцени із сучасного життя**

*Звіробій: вірний засіб проти депресії?*

Він природний. Він дешевий. Його можна придбати без рецепта. Багато людей кажуть, що він позбавив їх клінічної депресії. Його розхвалюють у телепередачах, журналах та газетах по всьому світу. *Hypericum perforatum,* відомий у народі як звіробій *(англ.* St. John's wort, «трава святого Іоанна». — *Прим. перекл.), —* один із лікувальних засобів, що добре розкуповуються в наші дні.

Звіробій - це дикоросла трав'яниста рослина з жовтими квітками, яка протягом 2400 років використовувалася в народній медицині (Bloomfield & McWilliams, 1996). Дослідження застосування екстрактів цієї трави як засіб, що допомагає при депресії, почалися десять років тому, отримавши найбільший розмах у Німеччині. В 1994 було опубліковано 17 наукових праць, згідно з якими ці екстракти допомагають майже 60% людей з депресією від легкої до помірної, викликаючи при цьому лише невелику кількість небажаних побічних ефектів, характерних для антидепресантів ( Jenike, 1994). Ці дослідження та реклама, що їх супроводжувала, призвели до різкого збільшення продажу звіробою. У Німеччині його обсяг продажу вже перевищує обсяг продажу прозака в 25 разів (Bloomfield *&* McWilliams, 1996). У США ліки з трав не можуть бути запатентовані, тому фармацевтичні компанії не виявляють особливої ініціативи у проведенні дорогих досліджень звіробою. Магазини здорового харчування продають його як дієтичну добавку, і зараз він дуже добре розкуповується.

Однак багато дослідників попереджають, що ще рано робити остаточні висновки про властивості звіробою. Які побічні ефекти та можливі небезпеки його тривалого вживання? Як він позначається на людях з тяжкою депресією? Яке його правильне дозування? Як він поєднується з антидепресантами? І як споживачі можуть дізнатися, наскільки корисним і безпечним є той чи інший екстракт, який вони купують? В даний час дослідники звертають увагу на ці та інші важливі питання. Зацікавлена публіка з нетерпінням чекає на відповіді.

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Якщо антидепресанти такі ефективні, чому тоді люди наполегливо прагнуть знайти альтернативні біологічні засоби лікування депресії? Як споживачі можуть дізнатися, чи має якийсь популярний новий підхід справжні достоїнства чи це чергове короткочасне захоплення, про яке скоро забудуть? |

**Психологічний підхід**

До монополярної депресії найчастіше додаються такі психологічні моделі: психодинамічна, поведінкова та когнітивна. Найдавніший із цих підходів — психодинамічний, але дослідження не дають надійних підтверджень поясненням та методам лікування депресії, які він пропонує. Поведінкове трактування отримало лише помірне підтвердження, а біхевіористські методи лікування, які не підкріплюються іншими методами, ефективні головним чином у випадках легкої депресії. Когнітивні теорії та методи лікування депресії знаходять безліч підтверджень у дослідженнях і отримали широке визнання серед клініцистів.

***Психодинамічний* *підхід***

Зігмунд Фрейд та його учень Карл Абрахам розробили перше психодинамічне трактування та методику лікування монополярної депресії (Freud, 1917; Abraham, 1916, 1911). Їх акцент на такі аспекти цієї проблеми, як залежність та втрата, продовжує впливати на нинішніх клініцистів, які сповідують психодинамічний підхід.

**Психодинамічні фактори.** Фрейду і Абрахаму вдалося відмітити низку подібностей між клінічної депресією і горем, пережитим людьми, які втратили кохану людину: постійний плач, втрату апетиту, труднощі із засинанням, втрату інтересу до життя і відчуженість від того, що відбувається (Beutel et al., 1995). Згідно з Фрейдом і Абрахамом, коли в нас вмирає кохана людина, в дію наводиться серія неусвідомлюваних процесів. Нездатні змиритися зі втратою, скорботні люди спочатку повертаються до оральної стадії розвитку, періоду повної залежності, коли немовлята нездатні відокремити себе від своїх батьків. Повертаючись до цієї стадії, скорботні починають ідентифікувати себе з людиною, яку вони втратили, і тим самим символічно знову знаходять померлого. Вони спрямовують всі свої почуття до коханого, включаючи смуток та гнів, на себе.

Для більшості скорботних цей процес має тимчасовий характер. Декому, однак, не вдається впоратися зі своїм горем. Вони відчувають себе спустошеними, продовжують уникати соціальних контактів, які відчуття втрати посилюється. Вони впадають у депресію. Фрейд і Абрахам вважали, що до клінічної депресії особливо схильні два типи людей, які втратили близьку людину: ті, чиї потреби в період оральної стадії дитинства батьки не зуміли задовольнити, і ті, чиї потреби батьки задовольняли надмірно. Обидва ці типи людей можуть присвячувати своє життя іншим, домагаючись будь-що їх любові і схвалення (Bemporad, 1992). Вони частіше відчувають глибоке почуття втрати, коли вмирає кохана людина.

Зрозуміло, багато людей впадають у депресію і в тому випадку, коли ніхто з їхніх близьких не вмирає. Намагаючись пояснити причину цього, Фрейд запропонував концепцію символічної, або уявної втрати. Наприклад, студентка коледжу може ставитись до свого провалу на іспиті з математики як до втрати своїх батьків, вважаючи, що вони люблять її лише тоді, коли вона добре встигає у навчанні.

Хоча багато теоретиків психодинамічного напряму намагалися внести зміни до теорії депресії Фрейда і Абрахама (Jacobson, 1971; Bibring, 1953), вона продовжує впливати на сучасне мислення. Наприклад, прихильники *теорії об'єктних відносин* — психодинамічної теорії, що робить акцент на відносинах, — стверджують, що депресія трапляється в людей у разі, коли відносини з оточуючими викликають вони почуття незахищеності і невпевненості (Kernberg, 1997, 1976). Люди, батьки яких сприяли тому, що вони стали занадто залежними, або занадто впевненими в собі, швидше впадуть у депресію, коли надалі припиняться значущі для них відносини.

***Символічна втрата*** *- згідно з теорією Фрейда, втрата високоцінного об'єкта (наприклад, втрата роботи), яка несвідомо інтерпретується як втрата коханої людини. Інша назва - уявна втрата.*

Наведений нижче опис жінки середніх років, яка страждає на депресію, ілюструє психодинамічну концепцію залежності, втрати коханої людини та символічної втрати:

*Місіс Марі Карлс... завжди відчувала сильну прихильність до своєї матері. Її навіть прозвали «Штампом», оскільки вона була так само невіддільною від неї, як штамп від листа. Вона весь час намагалася заспокоїти свою схожу на вулкан матір, ублажити її всілякими способами...*

*Вийшовши заміж за Джуліуса, Марі зберегла свою покірність і поступливість. До одруження вона часом не хотіла підкоритися енергійній матері, але після заміжжя майже автоматично змирилася зі своєю залежною роллю.*

*Через кілька місяців після початку лікування пацієнтка розповіла про зміст свого сну. Вони з Ігнаціусом вирішили більше не зустрічатися. Вона має залишити його назавжди. Я спитав її, хто такий Ігнаціус, бо раніше вона про нього не згадувала. Пацієнтка відповіла майже здивовано: "Але коли я прийшла до вас вперше, то сказала, що в минулому у мене було одне захоплення". Потім вона сказала мені, що коли їй було тридцять... вони з чоловіком запросили Ігнаціуса, самотнього чоловіка, пожити в них. Незабаром Ігнаціус та пацієнтка зрозуміли, що відчувають один до одного потяг. Обидва намагалися придушити це почуття; але коли Джуліус мав виїхати на кілька днів в інше місто, так зване захоплення переросло на щось набагато більше. Між ними було кілька інтимних контактів... З'явилося глибоке почуття духовної близькості... За кілька місяців їм довелося виїхати з міста. Ігнаціус і Марі обіцяли не втрачати зв'язок один з одним, але кожен із них був повний сумнівів через Джуліуса, коханого чоловіка Марі та вірного друга Ігнаціуса. Не робилося жодних спроб зберегти відносини. Через два роки, приблизно через рік після закінчення війни, Ігнаціус одружився. Вона відчула себе страшно самотньою.*

*Страждання Марі стали ще болючішими, коли вона зрозуміла, що старіє і їй більше нема на що сподіватися. Ігнаціус залишався для неї нагадуванням про втрачені можливості... Поступливість і покірність, які вона виявляла в житті, не дозволили їй досягти своєї мети... Коли вона усвідомила все це, то відчула ще більшу пригніченість. (Arieti & Bemporad, 1978, p. 275-284)*

|  |
| --- |
| ***Рання втрата.*** Дослідження показують, що люди, які втратили в дитинстві своїх батьків, частіше зазнають депресії в роки дорослого життя. |

Дослідження загалом підтверджують психодинамічну теорію, за якою депресію може викликати якась серйозна втрата (АРА, 1993). У відомому дослідженні 123 немовлят, яких помістили в ясла, після того як вони були розлучені зі своїми матерями, Рене Шпіц (Spitz, 1946, 1945) виявив, що 19 немовлят стали після розлуки з матір'ю дуже плаксивими і сумними і ухилялися - Реакція, звана анаклітичної депресією (Bowlby, 1980; 1969; Harlow & Harlow, 1965).

***Анаклітична депресія*** *- депресивна модель поведінки, що виявляється у дуже маленьких дітей і викликана їхньою розлукою з матір'ю.*

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** У Північній Америці, Європі та Японії багато людей купує «віртуальних свійських тварин», електронні інтерактивні іграшки. Їхні власники повинні натискати на кнопки, щоб погладити, нагодувати та видресувати своїх улюбленців; якщо за звірками погано доглядають, вони вмирають. Лікарі попереджають, що деякі з власників цих іграшок, особливо легко вразливі та самотні діти, можуть відчувати реальне почуття втрати, коли вмирає їхній віртуальний песик або кішка (O'Neill, 1997). |

Інші дослідження також дозволяють припустити, що втрата, понесена в ранні роки життя, може закладати основу для подальшої депресії (Palosaari & Aro, 1995; АРА, 1993; Burbach & Borduin, 1986). Наприклад, коли 1250 пацієнтів під час візитів до своїх сімейних лікарів оцінювали свою депресію за допомогою спеціальної шкали, ті з них, хто в дитинстві втратив батька, оцінювали її як важчу (Barnes & Prosen, 1985).

Споріднені дослідження підтверджують психодинамічну ідею, за якою люди, чиї дитячі потреби не задовольнялися належним чином, частіше впадають у депресію після понесеної ними втрати (Young et al., 1997; Parker, 1992, 1983). У деяких дослідженнях депресивні суб'єкти відповідають питання тесту, званого *Шкалою відносин із батьками* (Parental Bonding Instrument), який показує, якою мірою, на думку людини, про нього дбали в дитинстві і якою мірою його опікувалися. Багато хто повідомляє, що їхнім батькам був властивий такий стиль виховання, який називають «беземоційним контролем» (affectionless control) і який включає одночасно і поверхневу турботу, і жорстку опіку (Sato et al., 1997; Parker et al., 1995) .

Ці дослідження до певної міри підтримують психодинамічний пояснення депресії, але такі докази мають серйозні обмеження. По-перше, хоча дані і свідчать, що втрати та неадекватне ставлення з боку батьків *іноді* викликають депресію, вони не підтверджують, що подібні фактори, *як правило,* відповідальні за депресію. По-друге, багато отриманих даних не узгоджуються між собою. Хоча в деяких дослідженнях виявляють факти, що доводять наявність зв'язку між втратою, що понесена в дитинстві, і подальшою депресією, в інших це зробити не вдасться (Parker, 1992; Owen, Lancee & Freeman, 1986). Нарешті окремі аспекти психодинамічного пояснення депресії перевірити майже неможливо. Наприклад, оскільки переживання символічної втрати, як вважається, відбувається на несвідомому рівні, дослідникам важко визначити, чи вона має місце, і якщо має, то в який момент вона відбулася.

|  |
| --- |
| ***У світі тварин* .** Харрі Харлоу (Harlow) та його колеги встановили, що мавпи починають відчувати явну тривогу, коли їх розлучають із матір'ю. Навіть у тих мавп, яких «виховувала» сурогатна мати (манекен дорослої мавпи) — дротяний циліндр із наповнювачем з піногуми, покритий махровою тканиною, — формувалися стосунки прихильності, і вони сумували за відсутності «батька». |

**Психодинамічна терапія.** При роботі з депресивними пацієнтами терапевти психодинамічного спрямування застосовують ті самі базові процедури, які вони використовують при лікуванні інших захворювань: вони спонукають людину висловлювати під час терапії вільні асоціації; пропонують інтерпретації асоціацій, снів та проявів опору та перенесення, про які повідомляє людина, і допомагають йому провести огляд минулих подій та почуттів. Одному чоловікові вільні асоціації допомогли згадати досвід втрати, що мав місце у ранньому дитинстві, який, на думку терапевта, і став основою його депресії:

*Серед його ранніх спогадів, можливо, найраніший з усіх, був спогад про те, як його залишили лежати одного в дитячому візку під залізничною естакадою. Інший яскравий спогад, який вдалося пожвавити під час сеансу психоаналізу, був пов'язаний з операцією, перенесеною ним приблизно у п'ятирічному віці. Йому дали наркоз, і мати залишила дитину наодинці з лікарем. Він згадав, як брикався і кричав, обурюючись на те, що вона його покинула. (Lorand, 1986, р. 325-326)*

Незважаючи на низку повідомлень про успішне лікування, дослідники встановили, що у випадках монополярної депресії довготривала психодинамічна терапія допомагає лише епізодично (АРА, 1993; Prochaska, 1984). Обмеження ефективності цього підходу можуть сприяти дві його особливості. По-перше, депресивні пацієнти можуть бути вкрай пасивними і почуватися занадто втомленими, щоб повністю включитися в хитромудрі терапевтичні обговорення. По-друге, вони можуть зазнати розчарування і припинити лікування надто поспішно, якщо цей довготривалий підхід нездатний принести їм швидке полегшення, якого вони домагаються всіма силами. В цілому, психодинамічна терапія, мабуть, допомагає найбільшою мірою у випадках депресії, які явним чином включають понесену в дитинстві втрату або отриману в ранні роки психічну травму, довго почуття спустошеності, що зберігається, і підвищену вимогливість до себе (перфекціонізм) ( Blatt , 1995; АРА, 1993). Короткострокова психодинамічна терапія демонструє кращі успіхи, ніж довготривалий підхід (Jefferson & Greist, 1994).

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** З якими видами проблем, пов'язаних із перенесенням, можуть зустрітися психодинамічні терапевти під час лікування людей із депресією? |

**Сцени із сучасного життя**

*Прозак - найкращий друг собаки*

У 1990-х роках популярність прозака та інших споріднених антидепресантів досягла рекордної позначки. Багато клініцисти вважають, що прозак прописують надто часто. Особливе занепокоєння вони викликає те, що його використовують діти, особи похилого віку і з відносно невеликими психологічними проблемами. Тепер у них з'явилася ще одна причина для занепокоєння: прозак дають *собакам* з розладами настрою або поведінки (Millward, 1996).

У статті, що з'явилася в 1996 році в журналі *Dogs Today* («Собаки сьогодні»), Пітер Невілл, експерт у галузі поведінки тварин, описав собак, які отримують прозак. Пойнтер Джанні, який постійно переслідував якісь невидимі об'єкти, ці ліки були прописані з метою усунення неврозу нав'язливих станів. Стаффордширському тер'єру Джорджу прозак давали для того, щоб припинити «постійні шалені наскоки» на інших собак. А англійський бультер'єр Генрі вчеплювався в свою господиню щоразу, коли тій треба було піти з дому (Millward, 1996).

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Чи немає чогось дивного чи неправильного в тому, що на людях перевіряють ліки, які потім дають тваринам? Які інші методи лікування людей (психологічні чи медичні) застосовуються до свійських тварин? Чи доречно прописувати прозак неспокійним свійським тваринам? |

***Поведінковий (біхевіористський) підхід***

Біхевіористи вважають, що монополярну депресію викликають зміни у винагородах та покараннях, які люди отримують у своєму житті, та лікують депресивних пацієнтів, допомагаючи їм вибудувати більш прийнятні моделі підкріплення. Найбільш відоме поведінкове пояснення та методика лікування були запропоновані психологом Пітером Левінсоном (Lewinsohn et al., 1990, 1984).

|  |
| --- |
| ***Прихильність і розлука.*** Вказуючи на зв'язок між травмуючою розлукою в дитинстві та депресією, психодинамічні та інші клінічні теоретики висловлюють занепокоєння щодо дітей, яких повертають їх біологічним батькам, після того, як вони прожили тривалий час із прийомними батьками. У 1995 році «Малюк Річард», як його називали під час судових розглядів, було відібрано від своїх прийомних батьків і передано біологічним батькам після юридичних баталій, які тривали протягом усіх 4 років його життя. |

Поведінкові причини. Левінсон припускає, що в житті деяких людей відбувається зменшення кількості позитивних винагород, внаслідок чого вони роблять все менше та менше конструктивних дій. Це, своєю чергою, наводить їх у стан депресії. Наприклад, коли молода жінка завершує навчання у коледжі та починає працювати, вона перестає отримувати винагороди, пов'язані з життям у студентській спільноті; або ж старіючий баскетболіст може втратити винагороди у вигляді високих заробітків і слави, втрачаючи свою спортивну форму. Хоча багатьом людям вдається наповнити своє життя іншими видами винагород, деякі втрачають віру у свої сили. Позитивних епізодів у житті стає ще менше, а зменшення винагород призводить до чергового скорочення позитивних моделей поведінки. Тим самим людина може рухатися по спіралі, дедалі більше наближаючись до депресії.

Левінсон виявив, що кількість винагород, отриманих людиною, справді пов'язана з виникненням або відсутністю депресії. Суб'єкти з депресією не тільки повідомляють про меншу кількість винагород порівняно з тими, хто їй не страждає, але коли кількість винагород, що отримуються, зростає, покращується і їх настрій (Lewinsjhn, Youngren & Grosscup, 1979).

Левінсон та інші біхевіористи вважають, що у цій низхідній спіралі особливо важливе значення мають *соціальні* винагороди (Peterson, 1993; Lewinsohn et al., 1984). Дослідження підтверджують, що депресивні люди дійсно отримують менше соціальних винагород, ніж ті, хто не страждає на депресію, і що коли покращується їхній настрій, збільшується і кількість їхніх соціальних винагород. Хоча люди з депресією іноді є жертвами соціальних обставин, цілком можливо також, що їх однакові моделі поведінки та похмурий настрій сприяють зниженню кількості отримуваних ними соціальних винагород (Davila et al., 1995; Segrin & Abramson, 1994).

Поведінкова терапія. Згідно з запропонованою Левінсоном біхевіористською методикою лікування монополярної депресії, терапевти прагнуть до того, щоб життя їхніх пацієнтів знову наповнилося приємними подіями та видами діяльності, усувають їх депресивні моделі поведінки та допомагають їм удосконалити свої соціальні навички (Lewinsohn et al., 1990; Lewinsohn, 1986).

Спочатку терапевт визначає види діяльності, які приносять пацієнтові радість, наприклад, походи по магазинах або заняття фотографією, і спонукає людину скласти тижневий графік таких дій. Дослідження показують, що й життя людини збагачується позитивними видами діяльності, це може справді сприяти поліпшенню настрою (Leenstra, Ormel & Giel, 1995; Teri & Lewinsohn, 1986).

|  |
| --- |
| ***Депресія у людей похилого віку.*** Старість може супроводжуватися втратою здоров'я, близьких родичів та друзів, а також здатності контролювати власне життя. І психодинамічні та поведінкові терапевти пов'язують такі втрати з підвищеним поширенням депресії, що виявляється серед людей похилого віку. Однак депресія не є неминучою супутницею старіння. |

Потім терапевти намагаються усунути депресивні моделі поведінки. Біхевіористи стверджують, що коли люди впадають у депресію, їхня негативна поведінка — скарги, плач чи самоприниження — віддаляє від них оточуючих, зменшуючи можливість позитивного підкріплення. Щоб змінити цю модель, терапевти намагаються не помічати депресивну поведінку людини, звертаючи при цьому увагу на конструктивні висловлювання та дії якось винагороджуючи їх (Liberman & Raskin, 1971).

Нарешті, Левінсон та інші терапевти біхевіористського напряму навчають своїх пацієнтів ефективним соціальним навичкам. В одній із програм групової терапії, що отримала назву *навчання особистої ефективності,* учасники групи працюють один з одним з метою вдосконалення «експресивних» дій, таких як контакт очей, вираз обличчя, інтонація голосу та поза (Hersen et al., 1984; King et al. , 1974).

Очевидно, біхевіористські прийоми Левінсона допомагають лише обмеженою мірою, коли застосовується лише одне із них. Наприклад, у групі людей з депресією, яким рекомендували збагатити своє життя приємними видами діяльності, відзначалося не більше покращень, ніж у контрольній групі людей з депресією, яким пропонували просто простежити за своїми діями (Hammen & Glass, 1975). Однак лікувальні програми, які поєднують у собі кілька поведінкових прийомів, очевидно, допомагають зняти депресивні симптоми, особливо у разі легкої депресії (Jacobson et al., 1996; Teri & Lewinson, 1986).

|  |
| --- |
| ***Запобігання депресії у людей похилого віку.***Біхевіористи кажуть, що людям слід наповнювати своє життя приємними подіями, щоб добре почуватися і уникнути депресії. Зважаючи на це, нині люди похилого віку намагаються залучати до все більшої кількості заходів — таких як Олімпійські ігри для людей похилого віку, — які стають джерелом значних винагород, стимуляції та задоволення. |

**Крупним планом**

*Безрадісні новини для жінок*

Жінкам, які живуть у таких віддалених один від одного місцях, як Париж, Бейрут, Нова Зеландія та Сполучені Штати, діагноз монополярної депресії ставлять щонайменше вдвічі частіше, ніж чоловікам (Joiner & Blalock, 1995; Weissman & Olfson, 1995). Крім того, у жінок, мабуть, депресія трапляється вперше в молодшому віці, напади мають більш частий і тривалий характер і лікування проходить менш успішно (Pajer, 1995; Weissman & Olfson, 1995). У чому причина настільки великої різниці між статями у цій галузі? Висунуто кілька теорій (Blehar & Oren, 1995; Brems, 1995; Nolen-Hoeksema, 1995; 1990. 1987):

1. Теорія артефактів. Відповідно до цієї теорії, жінки і чоловіки схильні до депресії - однаково, просто клініцистам не вдається виявити депресію у чоловіків. Можливо, чоловіки вважають для себе менш соціально прийнятним вчинком зізнатися у депресивних почуттях чи звернутися до лікаря. Можливо, жінки з депресією демонструють емоційніші симптоми, такі як почуття туги і плач, які легко діагностувати, тоді як чоловіки ховають свою депресію за такими традиційно «маскулінними» симптомами, як гнів (Mirowsky & Ross, 1995).

Це пояснення не знаходить систематичних підтверджень у дослідженнях (Fennig & Schwartz & Bromet, 1994). З'ясовується, що жінки насправді прагнуть або здатні ідентифікувати свої депресивні симптоми і звернутися до лікаря не більшою мірою, ніж чоловіки (Nolen-Hoeksema, 1990; Amenson & Lewinsohn, 1981).

2. Гормональна теорія. Інша теорія стверджує, що багато жінок депресію викликають гормональні зміни (Pajer, 1995; Parry, 1995). Біологічне життя жінки, починаючи з раннього підліткового періоду та аж до середнього віку, відмічено приватними змінами на рівні вмісту гормонів в організмі. Статеві відмінності в частоті виникнення депресії припадають на ті ж роки (Weissman & Olfson, 1995).

Однак малоймовірно, що за високий рівень депресій у жінок відповідальні лише гормональні зміни. У періоди настання статевої зрілості, вагітності та менопаузи відбуваються важливі соціальні та життєві події. Крім того, гормональні пояснення критикують за їх сексизм, оскільки вони мають на увазі, що фізіологія жінка таїть у собі вади (Nolen-Hoeksema, 1990).

3. Теорія якості життя. Можливо, жінки в нашому суспільстві більше схильні до стресу, ніж чоловіки. У середньому вони частіше стикаються з потребою, частіше працюють як прислуга, живуть у гірших житлових умовах і зазнають більшої дискримінації, ніж чоловіки, - всі ці фактори пов'язують з депресією (Wu & DeMaris, 1996; Brems, 1995). У багатьох сім'ях жінки виконують непропорційно більшу частину обов'язків щодо догляду за дітьми та ведення домашнього господарства (Wu & DeMaris, 1996).

4. Теорія відсутності контролю. Відповідно до цієї теорії, жінки більш схильні до депресії тому, що вони меншою мірою контролюють своє життя. Фактично дослідження підтверджують, що в лабораторних умовах стан вивченої безпорадності у жінок виникає частіше, ніж у чоловіків (Le Unes, Nation & Turley, 1980).

Відповідно до теорії відсутності контролю було встановлено, що коли людина, чи то чоловік чи жінка, стає жертвою якогось злочину, починаючи від крадіжки та кінчаючи зґвалтуванням, ця обставина часто викликає почуття загальної безпорадності та збільшує кількість симптомів депресії. Жінки ж у суспільстві частіше, ніж чоловіки, стають жертвами різних злочинів, зокрема сексуальних нападів і жорстокого поводження в дитячому віці (Andrews et al, 1995; Brems, 1995). Незважаючи на ці кореляції, дослідникам ще доведеться перевірити цю ідею за допомогою надійних тестів (Nolen-Hoeksema, 1990, 1987).

5. Теорія «самобвинувачень». Дослідження показують, що жінки частіше за чоловіків приписують свої невдачі відсутності здібностей, а свої успіхи пояснюють везінням — атрибутивний стиль, який також пов'язують із депресією (Wolfe & Russianoff, 1997). Можливо, далеко не випадково, що ці ґендерні відмінності в атрибуції починають мати місце в підлітковий період, приблизно в той самий час, коли вперше відзначаються статеві відмінності в депресії (Nolen-Hoeksema & Girgus, 1995).

Кожне з цих пояснень статевих відмінностей у монополярній депресії дає їжу для роздумів. Кожне зібрало достатньо доказів, що роблять його цікавим, і в той же час є достатньо фактів, які йому суперечать і тому викликають сумніви щодо адекватності. Тим самим в даний час статеві відмінності в депресії залишаються одним з найбільш обговорюваних, але найгірше феноменів, що розуміються в клінічній області.

|  |
| --- |
| Поштовхом до написання картини «Меланхолія (Лаура)» Едварду Мунку послужили важкі напади депресії, на які страждала його сестра. |

***Когнітивний підхід***

Теоретики когнітивного напряму вважають, що люди з монополярною депресією оцінюють події у негативному ключі та що подібне сприйняття веде до депресії. Тому когнітивні терапевти приділяють основну увагу розумовим процесам цих особистостей, а чи не їх настрою. Двома найбільш впливовими когнітивними поясненнями депресії є теорія вивченої (набутої) безпорадності та теорія аберації мислення (негативна тріада Бека).

**Вивчена безпорадність.** Почуття безпорадності, що відчувається хворим, виразно проявляється в наступному описі депресії молодої жінки:

*Мері було 25 років, і вона щойно розпочала навчання на останньому курсі коледжу... Коли її попросили розповісти про те, яким було її життя останнім часом, Мері почала плакати. Ридаючи, вона сказала, що протягом останнього року або близько того їй здавалося, що вона втрачає здатність контролювати своє життя і що недавні стреси (відновлення навчання та тертя з її приятелем) викликали у неї почуття страху та власної нікчемності. Через поступове погіршення зору вона тепер була змушена весь день носити окуляри. "Окуляри надають мені жахливого вигляду, - розповіла вона, - і тепер я рідко дивлюся людям в очі". Крім того, за останній рік Мері додала у вазі 20 фунтів. Вона знаходила себе товстою та непривабливою. Часом вона була майже впевнена, що якби вона мала достатньо грошей для покупки контактних лінз і часу для занять спортом, вона б змогла позбутися своєї депресії; в інші моменти їй здавалося, що нічого вже не допоможе... Мері вважала, що деградація відбувається і в інших сферах її життя. Вона перестала справлятися з навчальними навантаженнями, і вперше за весь час їй було призначено випробувальний термін для усунення академічної заборгованості... На додаток до незадоволеності власною зовнішністю та страхами щодо перспектив у навчанні Мері скаржилася на відсутність друзів. Її соціальне оточення складалося виключно з її приятеля, з яким вони жили разом. Хоча часом цей зв'язок викликав у неї почуття майже нестерпного розчарування, вона не знаходила в собі сил внести до неї якісь зміни та песимістично розцінювала майбутнє. (Spitzer et al., 1983, р. 122-123)*

Мері здавалося, що вона «втрачає здатність контролювати своє життя». Відповідно до психолога Мартіна Селігмана, подібне почуття безпорадності становить центральну ланку депресії Мері. З середини 1960-х років Селігман розробляє теорію депресії, що отримала назву теорії вивченої безпорадності (Seligman, 1992, 1975). Згідно з нею люди впадають у депресію, коли їм здається, що (1) вони більше не контролюють підкріплення у власному житті і (2) вони самі несуть відповідальність за цей стан безпорадності.

***Вивчена безпорадність*** - *засноване на минулому досвіді уявлення, що людина не контролює своїх підкріплень.*

Теорія Селігмана почала вперше набувати своєї форми, коли він працював із піддослідними собаками. В одному експерименті він прив'язував собак в апараті, названому «гамаком», у якому вони отримували періодичні удари незалежно від того, що робили. Наступного дня кожного з собак поміщали в *ящик-човник,* ящик, розділений посередині бар'єром, через який тварина могла перестрибнути, щоб опинитися на іншому боці (див. рис. 6.3). Селігман піддав ударам собак у ящику, очікуючи, що вони, подібно до більшості інших собак у цій ситуації, незабаром навчитися уникати удару, перестрибуючи через бар'єр. Однак ці собаки виявилися нездатними навчитися чогось. Похвилювавшись якийсь час, вони просто «лягали, тихо скиглили» і приймали удар.

**Малюнок 6.3. Рятувальний стрибок.** Експериментальні тварини навчаються уникати ударів, яким вони зазнають в одному відсіку ящика, перестрибуючи на інший (безпечний) бік бар'єру.

Селігман вирішив, що, отримуючи на день раніше в «гамаку» удари, від яких не можна було ухилитися, собаки переконувалися, що вони не контролюють неприємні підкріплення (удари) у власному житті. Тому коли їх потім поміщали у нову ситуацію (ящик-човник), де вони насправді могли впливати на свою долю, собаки продовжували вважати себе загалом безпорадними. Селігман зауважив, що властивості вивченої безпорадності дуже нагадують симптоми депресії у людей, і припустив, що люди впадають у депресію після того, як приходять до висновку, що вони не контролюють підкріплення у власному житті.

У дослідженнях, проведених і людях, і тварин, випробувані, яких змушують повірити у свою безпорадність, демонструють реакції, схожі з депресією. Наприклад, коли випробувані люди отримували неконтрольовані негативні підкріплення, вони потім оцінювали свій депресивний настрій як важчий порівняно з іншими випробуваними (Miller & Seligman, 1975). Піддослідні тварини, яких вводять у стан безпорадності, втрачають інтерес до статевої та соціальної діяльності, подібно до того, як люди з депресією часто стають пасивними та замкнутими (Lindner, 1968). Нарешті, неконтрольовані негативні події призводять до зниження активності норепінефрину та серотоніну у щурів (Neumaier et al., 1997; Weiss, Glazer & Pohorecky, 1976, 1974). Немає сумнівів, що ці дані аналогічні до зміни активності нейротрансмітерів у головному мозку, що виявляється у людей з монополярною депресією.

В останні двадцять років пояснення депресії з позиції вивченої безпорадності було дещо переглянуто. Згідно з новою версією цієї теорії, коли люди вважають, що події знаходяться поза їхнім контролем, вони ставлять собі питання, чому це відбувається (Abramson, Metalsky & Alloy, 1989; Abramson, Seligman & Teasdale, 1978). Якщо вони приписують цю відсутність контролю за якоюсь внутрішньою причиною, яка носить одночасно і глобальний і стійкий характер («Я ні на що не годжусь і таким залишуся назавжди»), то легко можуть вважати себе нездатними запобігти майбутнім негативним подіям і впасти в депресію. Якщо вони роблять атрибуції іншого, тоді ця реакція малоймовірна.

***Атрибуція*** *— пояснення певних причин того, що навколо нас відбувається.*

Розглянемо нагоду зі студентом коледжу, якого покинула його дівчина. Якщо він пояснює цю втрату контролю якоюсь внутрішньою причиною, яка водночас і глобальна, і стійка — це моя вина [внутрішня]; я зіпсую все, чого торкаюся [глобальна], і так буде завжди [стійка]», — тоді він має підстави побоюватися втрати контролю в майбутньому і може відчувати загальне почуття безпорадності. Відповідно до теорії вивченої безпорадності, йому майже уготована депресія. Якщо ж студент пояснює розрив стосунків причинами, які є більш *конкретними* («Наші відносини перервалися тому, що я погано поводився в останню пару тижнів»), *нестійкими* («Зазвичай я так не роблю») або *зовнішніми* («Вона не знає, що їй потрібно »), він, ймовірно, не буде побоюватися нової втрати контролю і не зазнає почуття безпорадності та депресії.

Сотні досліджень підтверджують зв'язок між стилями атрибуції, безпорадністю та депресією (Kinderman & Bentall, 1997). В одному дослідженні людей з депресією просили заповнити *опитувальник атрибутивних стилів* (Attributional Style Questionnaire) як до успішної терапії, так і після неї. До терапії їхня депресія супроводжувалася внутрішніми, стійкими та глобальними формами атрибуції. Наприкінці лікування стан пацієнтів покращився, які стилі атрибуції стали менш внутрішніми, стійкими і глобальними ( Seligman et al., 1988).

Варто зауважити, що останніми роками деякі теоретики внесли в модель безпорадності ще низку поправок. Вони припускають, що атрибуції, швидше за все, викликають депресію тільки в тому випадку, коли вони надалі породжують у людей почуття *безнадійності* (Alloy et al., 1990; Abramson, Metalsky & Alloy, 1989). Зважаючи на цей фактор, клініцисти часто виявляються здатними передбачити депресію з ще більшою точністю (Waiker & Craske, 1997).

Незважаючи на те, що модель вивченої безпорадності, яка пояснює монополярну депресію, багатообіцяюча і широко застосовується, вона також залишає низку невирішених проблем. По-перше, лабораторна безпорадність не є повною відповідністю депресії. Наприклад, неконтрольовані удари в лабораторії майже обов'язково викликають тривогу поряд з ефектами безпорадності (Seligman, 1975), у людей депресія не завжди супроводжується тривогою. По-друге, значна частина досліджень вивченої безпорадності спирається на досліди з піддослідними тваринами. Неможливо визначити, чи насправді відображають симптоми у тварин клінічну депресію, що спостерігається у людей. Нарешті, атрибутивний характер цієї теорії породжує низку важких питань. Як бути з собаками та щурами, які відчули себе безпорадними? Чи тварини можуть робити атрибуції, хоча б приховані?

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Багато комедійних акторів повідомляють, що їм доводилося боротися з депресією. Чи не закладено в акторській професії щось таке, що може погіршувати їхній настрій? Чи немає в стані депресії чогось такого, що робить мислення коміків більш гнучким чи дозволяє їм вміло бавити публіку? |

**Негативне мислення.** Як і Селігман, Аарон Бек вважає, що основою депресії є негативне мислення. Проте Бек акцентує увагу на ключових ознаках клінічного синдрому, неадекватних когніціях, що становлять так звану когнітивну депресивну тріаду — помилки у сприйнятті ситуації, себе та майбутнього, автоматичних думках та помилках у мисленні (Beck, 1997, 1991, 1967; Young, Beck, Young, Beck 1993).

Згідно з Беком, у деяких людей у дитячому віці формуються *установки на (власну) неадекватність,* наприклад, людина може розмірковувати наступним чином: «Мої переваги залежать повністю від того, наскільки успішно я впораюся з тим чи іншим завданням» і «Якщо я зазнаю невдачі, інші відчують до мене огиду». У насиченому, активному житті багатьох невдач просто не можна уникнути, тому, дотримуючись подібних установок, людина сама собі шкодить (Young et al., 1993; Beck et al., 1990).

Бек стверджує, що неприємні ситуації, що виникають у житті цих людей, провокують тривалий цикл негативного мислення. Як правило, таке мислення поширюється на три області, чому й названо когнітивною тріадою: люди щоразу оцінюють (1) свій досвід, (2) самих себе і (3) своє майбутнє в негативному ключі, в результаті чого вони починають відчувати депресію. Тобто люди з депресією інтерпретують свій досвід як тягар, який є постійною причиною їх поразок чи поневірянь. Вони вважають себе небажаними, нікчемними та некомпетентними. Майбутнє бачиться їм безрадісним. Когнітивна тріада чітко виявлена в мисленні жінки, яка страждає на депресію:

*Це для мене нестерпно. Я не можу примиритися з принизливим фактом, що я — єдина жінка у світі, яка не здатна подбати про свою сім'ю, стати справжньою дружиною та матір'ю та завоювати повагу своїх сусідів та знайомих. Коли я розмовляю зі своїм сином Біллі, то знаю, що не зроблю йому нічого поганого, але я почуваюся такою непідготовленою до того, щоб подбати про нього; ось що мене лякає. Я не знаю, що робити і який шлях вибрати; все настільки важко... мабуть, я виглядаю справжнім посміховиськом. Вийти з дому і побачитися з людьми вище за мої сили, оскільки всі мої недоліки відразу стануть видно. (Fieve, 1975)*

Згідно Беку, депресивні люди, крім того, припускаються *помилок у своєму мисленні.* Одна з найпоширеніших логічних помилок полягає в тому, що вони роблять *довільні висновки —* негативні висновки, які мають мало підстав. Наприклад, людина, що йде по парку, проходить повз жінку, яка дивиться на квіти, що ростуть поруч, і робить висновок: «Вона відвертається від мене». З іншого боку, депресивні люди часто *применшують* значимість позитивного досвіду чи *перебільшують* значимість негативних подій. Наприклад, студентка коледжу отримує високу оцінку на складному іспиті з англійської мови, але робить висновок, що оцінка відбиває великодушність викладача, а не її власні здібності (зменшення). Через кілька днів тій же студентці доводиться пропустити семінар з англійської, і вона приходить до переконання, що не зможе надолужити втрачене за частину семестру (перебільшення).

***Когнітивна тріада*** *— три напрямки негативного мислення, які, згідно з Аароном Беком, приводять людей у стан депресії. Ця тріада включає негативну оцінку свого досвіду, самого себе і свого майбутнього.*

Нарешті, люди з депресією виникають автоматичні думки, стійка ланцюжок неприємних думок, які продовжують нагадувати їм, що вони некомпетентні, які ситуація безнадійна. Бек називає ці думки «автоматичними», тому що вони, мабуть, виникають самі собою, ніби рефлекторно. Протягом лише кількох годин депресивних людей можуть відвідувати сотні подібних думок: «Я — нікчемна особистість... Я всіх підводжу... Усі мене ненавидять... Я не впораюся зі своїми обов'язками... Я — поганий батько... Я дурний... Все дається мені важко... У моєму житті не відбудеться жодних змін».

***Автоматичні думки*** *– неприємні думки, які виникають у людини, сприяючи виникненню чи збереженню депресії, тривоги чи інших видів психологічної дисфункції.*

Пояснення Бека отримало вагому дослідницьку підтримку. Ряд досліджень підтвердив, що депресивні люди дотримуються неадекватних установок і що більше в них таких установок, тим важче їхня депресія (Whisman & McGarvey, 1995; Garber, Weiss & Shanley, 1993). В іншому дослідженні встановлено, що у депресивних людей є когнітивна тріада (Cole & Turner, 1993). У численних дослідженнях особи з депресією нагадували неприємні життєві ситуації з більшою легкістю, ніж позитивні події, оцінювали себе нижче, ніж люди, не схильні до депресії, і вибирали песимістичні висловлювання в описових тестах (наприклад, «Я очікую, що мої плани засмутяться»).

Гіпотези Бека щодо логічних помилок також отримали підтвердження в лабораторних дослідженнях (Cole & Turner, 1993; Yost, Cook & Peterson, 1986). В одному експерименті випробуваних жінок просили прочитати тексти про жінок, які опинилися у скрутних ситуаціях, та прокоментувати їх. Піддослідні з депресією зробили у своїх коментарях більше логічних помилок (таких як довільний висновок або перебільшення), ніж випробувані, які не страждали на депресію (Hammen & Krantz, 1976).

Нарешті, дослідження підтверджують припущення Бека про зв'язок між автоматичними думками та депресією (Philpot, Holliman & Madona, 1995; Garber et al., 1993). В одному дослідженні у піддослідних без депресії, яких за допомогою хитрощі змушували читати негативні висловлювання про власну особистість, що нагадували автоматичні думки, з'являлося дедалі більше ознак депресії (Strickland, Hale & Anderson, 1975).

Ця серія досліджень свідчить про те, що негативне мислення справді пов'язане з депресією, але вона нездатна продемонструвати, що подібні моделі мислення є причиною та ключовим елементом монополярної депресії. Не виключено, що основна проблема з настроєм викликає труднощі в мисленнєвій сфері, які потім ще більше засмучують настрій, поведінку та фізіологію.

|  |
| --- |
| «Самі собою речі не бувають ні хорошими, ні поганими, а тільки в нашій оцінці». - Шекспір, "Гамлет" |

**Когнітивна терапія.** Основний когнітивний метод лікування монополярної депресії розробили Беком. Він покликаний допомогти пацієнтам розпізнати негативні розумові процеси та внести до них зміни, тим самим покращивши настрій та поведінку людей (Beck, 1997, 1985, 1967). Лікування, яке зазвичай потребує менше двадцяти сеансів, аналогічно раціонально-емотивної терапії Алберта Елліс (Ellis), але видозмінено з урахуванням специфічних мисленнєвих помилок, які виявляються при депресії. Підхід Бека включає чотири фази:

*Фаза 1. Підвищення активності та настрою.* Використовуючи поведінкові прийоми, що закладають основу когнітивної терапії, терапевти спочатку спонукають пацієнтів виявляти більше активності. Під час кожного сеансу пацієнти присвячують певний час складання детального погодинного графіка своїх дій наступного тижня (див. рис. 6.4). Передбачається, що в міру того, як від тижня до тижня вони виявлятимуть все більше активності, поліпшиться їхній настрій.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Понеділок | Вівторок | Середа | Четвер |
| 09-10 |  | Похід у продуктовий магазин | Відвідування музею | Підготовка до виходу з дому |
| 10-11 |  | - // - | - // - | Поїздка на автомобілі на прийом до лікаря |
| 11-12 | Прийом у лікаря | Дзвінок другу | - // - | Прийом у лікаря |
| 12-13 | Ленч | Ленч | Ленч у музеї |  |
| 13-14 | Повернення автомобілем додому | Прибирання вітальні | Повернення автомобілем додому |  |
| 14-15 | Читання роману | - // - | Прання |  |
| 15-16 | Прибирання спальні | Читання роману | - // - |  |
| 16-17 | Перегляд телепередач | Перегляд телепередач | Перегляд телепередач |  |
| 17-18 | Приготування обіду | Приготування обіду | Приготування обіду |  |
| 18-19 | Обід із сім'єю | Обід із сім'єю | Обід із сім'єю |  |
| 19-20 | Прибирання кухні | Прибирання кухні | Прибирання кухні |  |
| 20-00 | Перегляд телепередач, читання роману, сон | Перегляд телепередач, читання роману, сон | Перегляд телепередач, читання роману, сон |  |

**Малюнок 6.4. Підвищення активності.** На ранніх етапах лікування депресії методом когнітивної терапії пацієнт і терапевт складають графік активних дій, подібний до наведеного. Особливо обумовлюються такі прості види діяльності, як перегляд телепередач та дзвінки друзям. (Beck et al., 1979, p. 122.)

*Фаза 2. Усунення автоматичних думок.* Як тільки люди стають активнішими і відчувають, що їхня депресія починає проходити, когнітивні терапевти допомагають їм впоратися з їхніми негативними автоматичними думками. Пацієнтів вчать розпізнавати та реєструвати негативні автоматичні думки, коли ті з'являються. Потім, на одному сеансі за іншим, терапевт і пацієнт оцінюють реалії, що стоять за цими думками, і часто роблять висновок, що останні безпідставні.

*Фаза 3. Ідентифікація негативного мислення та його абсолютизації.* У міру того, як люди починають бачити вади у своїх автоматичних думках, когнітивний терапевт показує їм, яким чином процеси нелогічного мислення сприяють цим думкам. Терапевти також дають пацієнтам можливість побачити, що майже всі їх інтерпретації подій відрізняються вираженою негативною суб'єктивною оцінкою, і допомагають їм змінити цю манеру інтерпретації.

*Фаза 4. Зміна первинних установок.* Терапевти допомагають людям змінити неадекватні установки, які лежать в основі їхньої депресії. В якості складової частини цього процесу терапевти часто спонукають пацієнтів зіставити свої установки з реальністю, як це мало місце в наступній терапевтичній бесіді:

*Терапевт: На чому ви ґрунтуєте своє переконання, що не можете бути щасливими без чоловіка?*

*Пацієнтка: Протягом півроку, коли у мене не було чоловіка, я перебувала у тяжкій депресії.*

*Терапевт: Чи не могла ваша депресія викликати іншу причину?*

*Пацієнтка: Як ми вже з вами обговорювали, я бачила все у спотвореному світлі. Але я, як і раніше, не знаю, чи могла я бути щасливою, якби мною ніхто не цікавився.*

*Терапевт: Я також не знаю. Чи не можемо ми це з'ясувати?*

*Пацієнтка: Ну як експеримент я могла б не зустрічатися ні з ким якийсь час, щоб подивитися, як я почуватимуся.*

*Терапевт: Я думаю, це чудова ідея. Хоча експериментальний метод має свої недоліки, нині він, як і раніше, є найнадійнішим способом встановлення фактів. Дуже добре, що ви готові піти на такий експеримент. Тепер уперше у своєму дорослому житті ви не будете прив'язані до чоловіка. Якщо ви виявите, що можете бути щасливою без чоловіка, це зробить вас набагато сильнішою, а також благотворно вплине на ваші стосунки в майбутньому. (Beck et al., 1979, р. 253-254)*

Буквально сотні досліджень, проведених за останні три десятиліття, показали, що когнітивна терапія допомагає у разі депресії. У стані депресивних людей, яких лікують цим терапевтичним методом, відбуваються набагато помітніші покращення, ніж у тих, хто отримує плацебо або взагалі не лікується (Beck, 1997, 1991; Hollon & Beck, 1994). Приблизно у 50-60% відзначається повне зникнення симптомів. Зважаючи на ці переконливі дослідницькі підтвердження все більше терапевтів починають слідувати когнітивному підходу (Hollon et al., 1993).

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Друзі та члени сім'ї намагаються, з обмеженим успіхом, переконати людей з депресією, що їх песимістичний погляд на те, що відбувається, є помилковим. У чому відмінність успішного когнітивного підходу при лікуванні монополярної депресії від подібних дружніх навіювання? |

**Сцени із сучасного життя**

*Депресія, політика та громадська думка*

Коли в 1972 році Джордж Мак-Говерн балотувався на пост президента США, просочилися відомості, що кандидат у віце-президенти від його партії сенатор Томас Іглтон (внизу, ліворуч) одного разу страждав на депресію і піддавався електросудомній терапії. Ці новини, а також той факт, що Іглтон, можливо, намагався приховати свої минулі проблеми, призвели до зняття Іглтоном своєї кандидатури, що, безсумнівно, сприяло нищівній поразці Мак-Говерна.

Схожий випадок стався 1996 року. Коли генерала Коліна Пауелла хотіли висунути кандидатом у президенти, з'явилися чутки, що його дружина Алма (вгорі) раніше страждала на депресію. На прес-конференції, оголосивши про своє рішення не балотуватися, Пауелл відверто зізнався в тому, що в минулому його дружина дійсно мала депресивний епізод, розповів про те, як їй допомогло лікування антидепресантами, і закликав усіх людей з цією проблемою звертатися за допомогою до лікаря. Суспільство прореагувало на те, що трапилося із захопленням та повагою. Після цього популярність Пауелл зросла.

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Чи свідчать ці відмінності у реакції суспільства про те, що сьогодні в нашому суспільстві депресію сприймають менш негативно, ніж у минулому? Якби напад депресії був не в дружини Коліна Пауелла, а в нього самого, чи не була б реакція суспільства більш схожа на ту, яка мала місце у випадку з сенатором Іглтоном? Чи не можуть одні методи лікування (ЕСТ) вважатися ганебнішими, ніж інші (когнітивна терапія або лікування антидепресантами)? |

**Соціокультурний підхід.**

Теоретики, які дотримуються соціокультурних позицій, припускають, що депресію може впливати соціальна структура, у якій живуть. Їх погляд підтверджується раніше обговорюваними даними, за якими цей розлад часто буває викликано зовнішніми стресорами. До того ж, дослідники виявляють зв'язки між депресією та такими факторами, як культурне середовище, статева та расова приналежність, соціальна підтримка.

***Культурне середовище та депресія***

З одного боку, депресія є міжнародний феномен: їй схильні люди, що у всіх країнах і суспільствах (Chen, Rubin & Li, 1995). З іншого боку, точна картина депресії змінюється від одного культурного середовища до іншого. Наприклад, симптоми депресії в країнах, що розвиваються, частіше включають фізичні прояви, такі як втома, слабкість, розлад сну і втрата ваги (Manson & Good, 1993; Marsella, 1980). Депресія у цих країнах рідше відзначена такими психологічними переживаннями, як самозвинувачення та почуття провини. Але в міру того, як ці держави стають схожими на західні, депресія там починає мати більш психологічний характер, який відрізняє її на Заході.

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Чому у слаборозвинених країнах депресію частіше характеризують фізичні симптоми, але в заході — психологічні? |

***Стать, раса та депресія***

Усередині певного суспільства поширеність депресії варіюється від однієї підгрупи до іншої. Як ми вже зазначали, поширеність депресії серед жінок набагато вища, ніж серед чоловіків. Згідно з однією соціокультурною теорією, підвищена схильність жінок до депресії пояснюється якістю їх ролей у суспільстві.

Так само, хоча виявлено небагато відмінностей у поширеності депресії загалом між білими американцями, афроамериканцями та латиноамериканцями (Weissman et al., 1991), іноді виявляються різкі відмінності, коли дослідники вивчають поширеність депресії в окремих етнічних групах, які живуть у особливих соціальних умовах. Наприклад, дослідження одного індіанського села в США показало, що протягом життя ризикують піддатися депресії 37% місцевих жінок, 17% чоловіків і 28% жителів в цілому, що набагато вище подібного ризику для всього населення США (Kinzie et al, 1992). Багато соціокультурних теоретиків пояснюють таку високу поширеність депресії важким соціальним та економічним тиском, який відчувають на собі люди, які живуть в індіанських резерваціях.

**Крупним планом**

*Сум у найщасливіший період життя*

Зазвичай жінки вважають, що народження дитини буде для них щасливою подією. Але у 10-30% нових матерів в перші тижні і місяці після пологів виникають симптоми клінічної депресії (Nonacs & Cohen, 1998; Terry, Mayocchi & Hynes, 1996; Horowitz et al., 1995). Післяпологова депресія починається протягом чотирьох тижнів після народження дитини (АРА, 1994) і відрізняється від простої «післяпологовій меланхолії».

Післяпологова меланхолія настільки поширена — її відчувають до 80% жінок, — що багато дослідників вважають її нормальним явищем. Коли жінки, які щойно стали матерями, намагаються пристосуватися до нової життєвої ситуації, пов'язаної з порушеним сном, додатковим стресом і емоційним виснаженням, у них можуть відзначатися напади плачу, втома, тривога, безсоння і тужливий настрій. Зазвичай ці симптоми зникають протягом десяти днів (Horowitz et al., 1995; Hopkins et al, 1984).

При післяпологовій депресії, проте, депресивні симптоми продовжують мати місце після десяти днів і можуть зберігатися до року (Terry et al., 1996). Вони включають глибокий смуток, відчай, сльозливість, безсоння, тривогу, напади страху і почуття власної некомпетентності. Можуть страждати також стосунки між матір'ю та немовлям та здоров'я дитини.

Багато клініцисти вважають, що післяпологову депресію викликають гормональні зміни, що супроводжують народження дитини. Усі жінки переживають свого роду стан «відчуженості», коли рівні вмісту в організмі естрогену та прогестерону, які в період вагітності перевищують нормальний у 50 разів, різко знижуються до рівня набагато нижче за нормальний (Horowitz et al., 1995). Рівні гормонів щитовидної залози, пролактину та кортизолу також змінюються. Можливо, ці різкі гормональні зміни мають на деяких жінок особливо відчутний вплив (Horowitz et al, 1995).

У той самий час у цьому розладі можуть відігравати важливу роль психологічні та соціокультурні чинники. Народження немовляти пов'язане із серйозними психологічними та соціальними змінами (Hopkins et al., 1984). Жінка, як правило, стикається зі змінами у своїх подружніх відносинах, повсякденних обов'язках та інших ролях, і на неї чекають подальші зміни, якщо вона вирішує перервати свою професійну кар'єру хоча б на якийсь час. Зростають фінансові труднощі, а тривалість сну та відпочинку зазвичай знижується. Це накопичення стресових факторів може підвищити ймовірність депресії (Terry et al, 1996; Hobfoll et al, 1995). Очевидно, особлива небезпека загрожує матерям, чиї немовлята хворіють чи відрізняються примхливим характером (Terry et al, 1996; Hopkins et al, 1984).

На щастя, більшості жінок із післяпологовою депресією може допомогти медицина (Gilbert, 1996). Багато хто добре реагує на ті ж підходи, що використовуються при інших формах монополярної депресії — лікування антидепресантами, когнітивну терапію, міжособистісну терапію або комбінацію цих підходів (Stowe et al, 1995).

Деякі клініцисти у Великій Британії доповнюють звичайний арсенал лікарських засобів *естрогеновим пластиром (estrogen patch):* пластиром, що накладається на шкіру, який насичує естрогеном кров. В одному дослідженні було встановлено, що 80% жінок, які носили такий пластир протягом трьох місяців, подолали свою післяпологову депресію (Gilbert, 1996; Gregoire et al, 1996).

Однак багато жінок, яким могло б допомогти лікування, не звертаються до лікаря, оскільки соромляться свого смутку в період, який, як вважається, повинен приносити одну радість (АРА, 1994). З ними, а також з їхніми подружжям та близькими родичами слід проводити активну освітню роботу. Стресовими та травматичними можуть бути навіть позитивні події, якщо вони пов'язані із серйозними змінами у житті людини. На користь кожного визнати подібні неприємні переживання і приділити їм підвищену увагу.

***Соціальна підтримка та депресія***

На ймовірність виникнення депресії, мабуть, впливає доступність соціальної підтримки (Tamplin et al, 1998; Champion & Power, 1995). У США серед людей, які живуть окремо зі своїм чоловіком, або розлучених, поширеність депресії втричі вища, ніж серед одружених або вдовствуючих, і вдвічі вища, ніж серед людей, які ніколи не перебували в шлюбі (Weissman et al, 1991) ( див. рис.6.5). У деяких випадках депресія одного з подружжя може стати однією з причин окремого проживання сім'ї або розлучення (Beach, Sandeen & O'Leary, 1990). Однак набагато частіше спостерігається зворотна картина: депресії сприяють підвищена конфліктність та мала соціальна підтримка, пов'язані з неблагополучними сімейними відносинами (Bruce & Kim, 1992; Barnett & Gotlib, 1990).

|  |  |
| --- | --- |
|  | Відсоток людей з тяжкою депресією, % |
| Одружені | 2,1 |
| Вдівці | 2,1 |
| Ніколи не одружені | 2,8 |
| Живі роздільно / розлучені | 6,3 |

**Малюнок 6.5. Сімейний стан та тяжкий депресивний розлад.** У людей, які живуть окремо зі своїм чоловіком або розлученими, депресія буває втричі частіше, ніж у одружених людей. (Weissman et al, 1991.)

Люди, які живуть окремо і позбавлені любові і тепла, мабуть, особливо схильні до депресії в період стресу (Paykel & Cooper, 1992). Ряд досліджень, які широко висвітлювалися в Англії кілька десятиліть тому, показав, що жінки, які виховують трьох дітей або більше, не мають близької подруги і не зайняті на роботі поза домом, частіше, ніж інші жінки, впадають у депресію після того, як в їх життя мали місце якісь стресові події (Brown, 1988; Brown & Harris, 1978). Дослідження також показують, що у людей, позбавлених соціальної підтримки, депресія триває довше, ніж у тих, поряд з ким є готовий допомогти чоловік чи вірні друзі (Goodbyer et al., 1997; Sherbourne, Hays & Wells, 1995).

***Соціокультурна терапія***

Найбільш ефективними соціокультурними підходами при лікуванні монополярної депресії є *міжособова психотерапія* та *подружня терапія.* Прийоми, що використовуються в цих видах лікування, часто запозичені з інших моделей, в даному випадку вони застосовуються з метою допомогти людям подолати соціальні труднощі, які можуть лежати в основі їхньої депресії.

**Міжособистісна психотерапія.** Метод лікування, розроблений у 1980-і роки клінічними дослідниками Геральдом Клерманом та Мирною Вайссман. Міжособистісна психотерапія (IPT) стверджує, що до депресії може призводити і повинна бути врахована кожна з чотирьох міжособистісних проблемних областей: міжособистісна втрата, міжособистісний рольовий конфлікт, міжособистісний рольовий перехід (зсув) та міжособистісний дефіцит (Klerman & Weiss; Klerman & Weiss; , 1984). IPT-терапевти досліджують ці області протягом лікувального курсу, що складається приблизно з 16 сеансів.

***Міжособистісна психотерапія*** *- метод лікування монополярної депресії, заснований на припущенні, що одужання сприяє прояснення та усунення міжособистісних проблем пацієнта.*

По-перше, люди з депресією можуть, як припускають психодинамічні теоретики, важко переживати *міжособистісну втрату,* втрату значної, коханої людини. У подібних випадках ІРТ-терапевти спонукають пацієнтів проаналізувати свої відносини з людиною, яку вони втратили, і вилити гнівні почуття, що накопичилися, на його адресу. Зрештою, пацієнти починають по-новому оцінювати втрату, а також намагаються зав'язати нові відносини з іншими людьми.

По-друге, люди з депресією часто виявляються учасниками *міжособистісного рольового конфлікту.* Рольові конфлікти виявляються у тому випадку, коли дві людини мають різні очікування, що стосуються їхніх стосунків та ролі, яку має грати кожен із них. IPT-терапевти допомагають пацієнтам вивчити всі рольові конфлікти, учасниками яких можуть бути, і вирішити їх.

Люди з депресією можуть також стикатися з *міжособистісним рольовим зрушенням,* що викликається серйозними життєвими змінами, такими як розлучення або народження дитини. Вони можуть почуватися нездатними впоратися з рольовими змінами, які супроводжують ці життєві зміни (див. рис. 6.6). У подібних випадках ІРТ-терапевти допомагають пацієнтам набути соціальної підтримки та оволодіти навичками, які необхідні для виконання нових ролей.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Відсоток батьків, які поводяться подібним чином щодня | |
| Недепресивні батьки, % | Депресивні батьки, % |
| Грають із дитиною | 87 | 72 |
| Обіймають і пестять дитину | 90 | 80 |
| Читають дитині | 43 | 27 |
| Співають чи музикують з дитиною | 61 | 54 |
| Слідують заведеному порядку у відносинах (напр., укладають спати в один і той самий час) | 58 | 31 |
| Ображаються на дитину | 64 | 78 |
| Кричать на дитину | 34 | 51 |

**Малюнок 6.6. Відносини між депресивними батьками та їх дітьми.** Депресивні батьки рідше, ніж недепресивні, щодня грають зі своїми маленькими дітьми, обіймають їх, читають і співають їм чи йдуть у стосунках із ними якомусь заведеному порядку. Крім того, вони частіше гніваються на своїх дітей. (Princeton Survey Research Associates, 1996.)

Нарешті, декого з депресією відрізняє *міжособистісний дефіцит,* наприклад, підвищена сором'язливість чи невміння поводитися у суспільстві, який дозволяє їм зав'язати близькі відносини. IPT-терапевти можуть допомогти таким людям побачити свої недоліки, а також прищепити їм соціальні навички та впевненість у власних силах з метою підвищення їхньої соціальної ефективності.

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** Згідно з опитуванням, проведеним нещодавно в Австралії, клініцисти вважають, що психотерапія та антидепресанти допомагають людям з депресією більше, ніж інші види втручання. Населення ж загалом більше розраховує допомогу членів сім'ї, близьких друзів і вітаміни (Jorm et al., 1997). |

У наведеній нижче бесіді терапевт закликає чоловіка, який страждає на депресію, зрозуміти, яке враження справляє на оточуючих його поведінку:

*Пацієнт: (Після довгої паузи; очі опущені, сумний вираз обличчя, згублена поза) Люди завжди з мене глузують. Мені здається, я належу до того типу людей, яким приготоване самотнє життя, будь воно прокляте. (Важкий зітхання)*

*Терапевт: Ви не можете повторити це ще раз?*

*Пацієнт: Що?*

*Терапевт: Зітхання. Тільки нехай він буде трохи глибшим.*

*Пацієнт: Навіщо? (Пауза) Гаразд, але я не розумію навіщо... гаразд. (Пацієнт зітхає ще раз і посміхається)*

*Терапевт: Чудово, цього разу ви посміхнулися, але зазвичай, коли ви зітхаєте і виглядаєте таким сумним, мені здається, що буде краще, якщо я залишу вас наодинці з вашим горем, що мені слід бути дуже обережним і не лізти до вас у душу щоб не завдати вам додаткових прикростей.*

*Пацієнт: (З нотками гніву в голосі) Вибачаю! Я лише намагався пояснити вам, що я відчуваю.*

*Терапевт: Я знаю, що вам дуже погано, але бачу, що ви тримаєте мене на відстані, і у мене немає можливості встановити з вами контакт.*

*Пацієнт: (Повільно) Я почуваюся дуже самотнім, мені здається, що навіть вам нема до мене справи — що ви насміхаєтеся з мене.*

*Терапевт: Цікаво, чи не слід піддати цьому тесту та інших людей? (Young & Beier, 1984, p. 270)*

Ряд досліджень показує, що IPT та споріднені міжособистісні підходи є ефективними методами лікування монополярної депресії (Stuart & О'Hara, 1995; Elkin, 1994). Згідно з цими дослідженнями, хворобливі симптоми майже повністю зникали у 50-60% людей з депресією, яких лікували за допомогою IPT, - результат, схожий на те, що дає лікування антидепресантами або когнітивна терапія. IPT вважається особливо корисною при лікуванні людей, які намагаються вирішити соціальні конфлікти або стикаються зі змінами у своїй професійній кар'єрі чи соціальних ролях (АРА, 1993).

**Подружня терапія.** Як ми бачили раніше, депресія часто буває пов'язана з розладом подружнього життя, і одужання може протікати повільніше у тих, поряд з ким немає готового допомогти чоловіка (Brace & Kim, 1992). Фактично, у дисфункціональних відносинах можуть бути до половини всіх депресивних пацієнтів. Тому не дивно, що у багатьох випадках депресії вдаються до терапії подружніх пар, підходу, у якому терапевт працює із двома людьми, які у близьких відносинах.

***Подружня терапія*** *— терапевтичний підхід, у якому терапевт працює із двома людьми, які у близьких відносинах.*

Терапевти, які використовують метод *поведінкової подружньої терапії,* допомагають подружжю змінити неадекватні моделі поведінки у шлюбі, навчаючи їх конкретним навичкам комунікації та вирішення проблем (див. розділ 2) (Lebow & Gurman, 1995). Дослідження дозволяють припустити, що цей і подібні підходи можуть бути також ефективними при знятті депресії, як індивідуальна когнітивна терапія, міжособистісна психотерапія або медикаментозне лікування, у тому випадку, коли шлюбне життя людини ускладнене конфліктами (Baucom et al, 1998; Teichman et al. , 1995). До того ж, подібні пацієнти частіше відчувають задоволення від свого подружнього життя після лікування, ніж ті, хто піддається індивідуальній терапії.

**Резюме**

Кожна з провідних моделей пропонує пояснення та методику лікування монополярної депресії. Найбільше підтвердження у дослідженнях знаходять біологічний, когнітивний та соціокультурний підходи.

Біологічний підхід При депресії певну роль, мабуть, відіграє низька активність двох нейротрансмітерів, норепінефрину та серотоніну. Може їй сприяти аномальне функціонування деяких гормонів, таких як кортизол і мелатонін. Подібні біологічні проблеми можуть бути пов'язані з генетичними факторами.

Електросудомна терапія (ЕСТ) є ефективним та швидкодіючим, хоч і спірним методом лікування монополярної депресії. Іншими ефективними лікувальними засобами є три види антидепресантів – інгібітори МАО, трициклічні антидепресанти та антидепресанти другого покоління, а медикаментозна терапія знаходить широке застосування.

Психодинамічний підхід. Згідно з психодинамічною теорією, деякі люди, які переживають реальну або уявну втрату, можуть регресувати до більш ранньої стадії розвитку, подумки пов'язувати себе з людиною, яку вони втратили, і впадати в депресію. Психодинамічні терапевти намагаються допомогти людям з монополярною депресією усвідомити свою втрату та надмірну залежність від оточуючих та зробити певну роботу з подолання своїх слабкостей.

Поведінковий підхід. Відповідно до біхевіористської точки зору, коли люди починають отримувати набагато менше позитивних винагород, зростає ймовірність того, що вони впадуть у депресію. Поведінкові терапевти знову знайомлять пацієнтів із подіями та видами діяльності, які колись доставляли пацієнтам радість, винагороджують недепресивні моделі поведінки та навчають ефективним навичкам спілкування.

Когнітивний підхід. Відповідно до теорії вивченої безпорадності, люди впадають у депресію, коли вони вважають, що втратили контроль над підкріпленнями у своєму житті і коли вони пояснюють цю втрату внутрішніми, глобальними та стійкими причинами. Згідно з теорією негативного мислення Бека, монополярній депресії сприяють неадекватні ірраціональні установки, когнітивна тріада Бека, помилки в мисленні та автоматичні думки.

Когнітивна терапія депресії допомагає людям розширити діапазон своєї діяльності, кинути виклик автоматичним думкам, ідентифікувати своє негативне мислення та тенденційність та змінити свої установки.

Соціокультурний підхід. Соціокультурні теоретики вказують на ширші соціальні фактори, які сприяють депресії, включаючи стресори, культурні фактори, статеву та расову приналежність та безпосереднє соціальне оточення.

Міжособистісна психотерапія (IPT) займається міжособистісними проблемними областями депресії, такими як міжособистісна втрата, міжособистісний рольовий конфлікт, міжособистісний рольовий перехід (зсув) та міжособистісний дефіцит. Подружня терапія може допомогти у випадках, коли депресія пов'язані з неблагополучними близькими відносинами.

**Біполярні розлади.**

Люди з *біполярним розладом* відзначаються як помітні погіршення настрої (депресія), і його різкі підйоми (манія). Багато хто з них порівнює своє емоційне життя з катанням на «американських горах». Їхній настрій коливається між двома крайнощами. Це катання па «американських горах» та його вплив на родичів та друзів видно у наступному описі:

*У перші роки навчання в коледжі він чудово встигав і виявив здібності в акварельному та олійному живописі. Пізніше він вивчав образотворче мистецтво в Парижі і одружився з англійською дівчиною, з якою там познайомився. Зрештою, вони оселилися в Лондоні.*

*Через десять років, коли йому було 34 роки, він умовив свою дружину і єдиного сина супроводжувати його в Гонолулу, де, як він їх запевняв, на нього чекає слава. Йому здавалося, що він зможе продавати свої картини набагато дорожче, ніж у Лондоні. За словами його дружини, він перебував у піднесеному стані, але на той час сім'я нічого не підозрювала, вірячи разом з пацієнтом у те, що вони скоро розбагатіють. Коли вони прибули на місце, з'ясувалося, що він не знає практично нікого з тамтешніх представників світу мистецтва. На Гаваях у нього не було зв'язків, необхідних для продажу картин та укладання контрактів, на які він так розраховував. Влаштувавшись на новому місці, пацієнт почав вести себе дивніше, ніж зазвичай. Через кілька місяців, протягом яких пацієнт перебував у піднесеному настрої, був надзвичайно активний, помітно схуд, постійно розмовляв і неймовірно мало спав, молода дружина і син почали турбуватися за його розум. Жоден із його планів не вдавався. Після п'яти місяців життя на Тихому океані, коли фінанси сім'ї почали виснажуватися, активність пацієнта пройшла і він упав у депресію. У цей період він відмовлявся пересуватися, писати картини та виходити на вулицю. Він втратив у вазі 20 фунтів, став повністю залежним від дружини і не хотів бачити нікого зі своїх знайомих, яких встиг придбати, перебуваючи у маніакальному стані. Його пригніченість стала настільки глибокою, що до будинку кілька разів запрошували лікарів, які порадили помістити пацієнта до психіатричної клініки. Він швидко погодився та пройшов 12-сеансовий курс електрошокової терапії, після чого його стан покращився. Невдовзі він знову почав писати, продаючи частину своїх робіт. До нього почало приходити зізнання з боку власників картинних галерей та критиків на Далекому Сході. У кількох статтях його роботи характеризували як блискучі.*

*Це було початком постійних перепадів його настрою, що тривали все життя. У 1952 році все ще живучи в Гонолулу, він знову впав у важку депресію... Через чотири роки він повернувся до Лондона в стані ейфорії... Коли цей маніакальний період пройшов і пацієнт подивився критичним поглядом на своє життя, пішов восьмимісячний період нормального настрою. , після якого його знову охопила глибока депресія (Fieve, 1975, р. 64-65)*

**Клінічна картина манії.**

На відміну від постійної туги, що супроводжує депресію, у маніакальному стані люди відчувають помітні та невмотивовані підйоми настрою. Симптоми манії охоплюють самі сфери функціонування — *емоційну, мотиваційну, поведінкову, когнітивну* і *фізичну,* як і симптоми депресії, але манія має протилежне дію.

За манії людини переповнюють бурхливі, сильні емоції, які шукають свого виходу. Настрій, що відрізняється радісною ейфорією та почуттям повного благополуччя, переходить усі межі, не відповідаючи реальним подіям у житті людини. Одна людина в стані манії сказала таке: «Мені здається, ніщо не здатне мене стримати чи збентежити. Я не боюся нічого і нікого» (Fieve, 1975, 68). Однак не всі люди з манією перебувають у стані блаженства. Деякі стають дратівливими та гнівливими — особливо коли інші заважають реалізації їхніх устремлінь та планів.

Що стосується мотиваційної сфери, то людям з манією, мабуть, потрібні постійне збудження, участь у якійсь діяльності та дружнє спілкування. Вони гарячково шукають нових друзів і домагаються зустрічей зі старими, у них з'являються нові захоплення і відбувається повернення до старих і вони погано усвідомлюють, що їхні манери спілкування є домінуючими та надмірними.

|  |
| --- |
| ***Біполярний цикл* .** Кілька років тому актриса Петті Дьюк, яка страждала на біполярні афективні розлади, описала своє життя — злети і падіння. До постановки точного діагнозу та початку лікування у неї були неодноразові епізоди суїцидальної депресії, що перемежувалися епізодами нормального настрою та манії. |

Поведінка людей з манією зазвичай відрізняється підвищеною активністю. Вони швидко пересуваються, начебто їм бракує часу реалізації всіх своїх бажань. Вони можуть швидко і голосно говорити, їхню розмову переповнюють жарти та спроби продемонструвати свої розумові здібності або, навпаки, скарги та спалахи гніву. Їх нерідко відрізняє екстравагантна поведінка: вони можуть носити яскраві вбрання, давати великі суми грошей незнайомим людям або навіть вплутуватись у якісь небезпечні підприємства. Низка подібних особливостей присутня в промові Джо, адресованій двом поліцейським, які супроводжували його до психіатричної лікарні:

*Ви схожі на пару кмітливих, жвавих, працьовитих, чесних та енергійних хлопців, і я можуть використати вас у своєму підприємстві! Мені потрібні надійні хлопці, які не бажають втрачати величезні можливості, які пропонує життя на цій планеті! Все у ваших руках! Занадто багато людей проходять повз свій шанс, не чуючи, як він стукає у двері, тому що не вміють підловити момент і почати кувати залізо, поки воно гаряче! Ви повинні схопити його, коли він з'являється на поверхні, заволодіти м'ячем та бігти! Ви маєте бути рішучими! рішучими! рішучими! Жодних вагань! Попітніть! Так, попітніть заради своєї мети! Вперед, вперед, вперед і ви згорнете гору! А може, й дві гори! Справа не в удачі! Чорт, якби не нещастя, не бачити мені жодного успіху! Будьте найпершими серед най-най! Мій натиск та ваш темперамент! Ось система! Я знаю, ви знаєте, він, вона чи воно знають, що це єдиний спосіб чогось досягти! Зруш їх з мертвої точки, малюк, а решту зробить важіль! Більше користуйтеся головою і менше ногами! В чому справа? Хто ці хлопці? У вас тут є телефон і секретарка, яких я міг би використати швидше, якщо не скоріше? Все, що мені потрібно, це окремий кабінет і міжміський зв'язок. (McNeil, 1967, р. 147)*

Щодо когнітивної сфери, то людей з манією зазвичай відрізняють неточні судження та погане планування своїх дій; Складається враження, що вони перебувають у надто благодушному стані або пересуваються надто швидко для того, щоб помітити можливі пастки. Сповнені оптимізму вони рідко прислухаються до інших, коли ті намагаються охолодити їх запал або утримати їх від нових дорогих покупок або нерозумних грошових вкладень. Крім того, вони можуть бути надто високої думки про власну персону, а іноді їхня самооцінка наближається до манії величі (Silverstone & Hunt, 1992). Під час важких маніакальних епізодів деяким важко зберігати правильні уявлення про реальність.

Зрештою, у фізичній сфері люди з манією відчувають неймовірний приплив енергії. Як правило, вони помалу сплять, але почуваються бадьорими і виявляють підвищену активність (Silverstone & Hunt, 1992). Навіть якщо вони не заспіватимуть ніч-другу, їхній енергетичний рівень залишається дуже високим.

**Діагностика біполярних афективних розладів.**

Вважається, що у людини має місце яскраво виражений *маніакальний епізод,* якщо протягом щонайменше одного тижня у нього відзначається аномально піднятий або роздратований настрій, поряд із щонайменше трьома іншими симптомами манії (див. Контрольний перелік DSM-IV). Епізод може включати такі психотичні прояви, як марення або галюцинації. Коли симптоми манії носять менш тяжкий характер (викликаючи незначне погіршення стану), кажуть, що у людини є *гіпоманіакальний епізод* (АРА, 1994).

DSM-IV розрізняє два основних види біполярних розладів - біполярний розлад I та II типу (див. Контрольний перелік DSM-IV). У людей з біполярним розладом І типу відзначаються яскраво виражені маніакальні та тяжкі депресивні епізоди. Більшість таких людей відбувається чергування епізодів; однак у деяких бувають змішані епізоди, при яких протягом одного дня маніакальні симптоми змінюються депресивними. При біполярному розладі II типу гіпоманіакальні – тобто легкі маніакальні – епізоди чергуються у часі з тяжкими депресивними епізодами. У відсутності лікування у людей з обома видами розладів маніакальні та депресивні епізоди, як правило, набувають хронічного характеру. Якщо протягом одного року у людей мають місце чотири або більше епізодів розладу настрою, їх розлад класифікується як швидка циркуляція (rapid cycling).

***Біполярний розлад I типу* -** *вид біполярного розладу, при якому у людини відзначаються яскраво виражені маніакальні та важкі депресивні епізоди.*

***Біполярний розлад ІІ типу* -** *вид біполярного розладу, при якому у людини відзначаються легкі маніакальні (гіпоманіакальні) та важкі депресивні епізоди.*

Дослідження, які проводяться по всьому світу, показують, що в той чи інший момент часу від біполярного розладу страждають 1-1,5% всіх дорослих людей (Bebington & Ramama, 1995; Kessler et al., 1994). Відповідно до більшості досліджень, біполярні розлади мають однакову поширеність у жінок і чоловіків і серед усіх соціально-економічних класів та етнічних груп (АРА, 1994; Wiessman et al., 1991). Розлади зазвичай починаються віком від 15 до 44 років.

Коли у людини відзначаються численні періоди прояву гіпоманіакальних та легких депресивних симптомів, DSM-IV дозволяє поставити діагноз циклотімії. Пом'якшені симптоми цієї форми біполярного розладу продовжують мати місце протягом двох років або більше, перериваючись іноді періодами нормального настрою, які тривають лише кілька днів або тижнів. Цей розлад, подібно до тяжких біполярних розладів I і II роду, зазвичай починається в підлітковому віці або в ранній період дорослого життя і однаково поширений серед жінок і чоловіків. Циклотимією страждає щонайменше 0,4% від населення (АРА, 1994).

***Циклотімія*** *- розлад, що характеризується хронічною нестабільністю настрою з численними періодами легкої депресії та легкої піднесеності.*

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** Георг Фрідріх Гендель написав свого «Месію» через місяць після маніакального епізоду (Roesch, 1991). |

**Крупним планом**

*Кей Редфілд Джеймісон: «Стурбований розум»*

Кей Редфілд Джеймісон (Kay Redfield Jamison), одна з найвідоміших у світі дослідників та експертів у галузі біполярних афективних розладів, нещодавно зізналася у своїй автобіографії «Стурбований розум» (An Unquiet Mind) (1995, p. 4-8), що сама страждає від біполярного розладу:

«Скільки себе пам'ятаю, я завжди, лякаючим, хоч часом і чудовим чином, залежала від свого настрою. Вкрай емоційна в дитинстві, дуже непостійна в молодості, вперше переживши важку депресію в підлітковому віці, а потім перебуваючи в полоні невблаганних циклів маніакально-депресивної хвороби до того моменту, коли почалося моє професійне життя, я почала вивчати проблему настрою як за потребою, так і через свої інтелектуальні нахили. То був єдиний відомий мені спосіб поп'яти, фактично прийняти, хвороба, яка мене мучить; то був також єдиний відомий мені спосіб спробувати змінити життя інших людей, які також схильні до розладів настрою...

...Я не маю уявлення, як таке відкрите обговорення подібних питань позначиться надалі на моєму особистому та професійному житті, але, якими б не були наслідки, це буде краще, ніж продовжувати зберігати мовчання... одна з переваг людини, яка страждає маніакально -Депресивною хворобою протягом більш ніж тридцяти років, полягає в тому, що дуже небагато труднощів здаються йому непереборними».

**Можливі причини біполярних афективних розладів.**

Протягом першої половини XX століття дослідники біполярних розладів дізналися про хворобу порівняно небагато. Але останнім часом у галузі біології було зроблено кілька перспективних відкриттів, які дозволяють краще зрозуміти ці розлади. Дані відкриття стосуються *активності нейротрансмітерів, активності іона натрію* та *генетичних факторів.*

***Нейротрансмітери***

Якщо знижена активність норепінефрину сприяє депресії, чи може його підвищена активність пов'язані з манією? У ході одного дослідження дійсно з'ясувалося, що рівень норепінефрину у пацієнтів з манією вищий, ніж у депресивних людей або випробуваних із контрольної групи (Post et al., 1980, 1978). В іншому дослідженні пацієнтам з біполярним афективним розладом давали резерпін, ліки від гіпертонії, що знижують активність норепінефрину в головному мозку, і в деяких вдалося зняти маніакальні симптоми (Telner et al., 1986).

Оскільки при депресії активність серотоніну часто корелює з активністю норепінефрину, деякі теоретики припустили, що манія пов'язана з високою активністю серотоніну, але подібного зв'язку виявити не вдалося. Навпаки, дослідження показують, що манія, як і депресія, може бути пов'язана із *низькою* активністю серотоніну (Price, 199?). Можливо, що низька активність серотоніну створює передумови для розладу настрою та *дозволяє* активності норепінефрину в головному мозку визначати конкретну форму розладу. Низька активність серотоніну, що супроводжується низькою активністю норепінефрину, може сприяти депресії. Низька активність серотоніну, що супроводжується високою активністю норепінефрину, може сприяти манії.

***Активність іона натрію***

По обидва боки клітинної мембрани кожного нейрона знаходяться позитивно заряджені *іони натрію.* Ці іони відіграють вирішальну роль у передачі сигналів, що надходять уздовж аксона до нервового закінчення (див. рис. 6.7). Коли нейрон перебуває у стані спокою, більшість іонів натрію сконцентрована на зовнішній стороні мембрани. Однак, коли сигнал, що приходить, викликає збудження рецепторної зони нейрона, іони натрію переміщаються з зовнішньої сторони мембрани на її внутрішню сторону. Це, своєю чергою, викликає хвилю електрохімічної активності, яка поширюється вздовж аксона і призводить до «спрацьовування» нейрона. Після чого потік іонів калію, що переміщаються з внутрішньої сторони нейрона на його зовнішню сторону, допомагає нейрону повернутися до початкового стану спокою.

**Малюнок 6.7. Іони та «спрацьовування» нейронів.** Нейрони передають сигнали у вигляді електричних імпульсів, які поширюються вздовж аксона у бік нервового закінчення. Коли імпульс поширюється вздовж аксона, іони натрію (Na+), які знаходилися до цього у стані спокою на зовнішній стороні мембрани нейрона, переміщаються на внутрішню сторону, сприяючи просуванню імпульсу аксоном. Як тільки іони натрію перемістилися всередину, іони калію (К+) починають переміщатися назовні, вирівнюючи цим електричний потенціал мембрани і готуючи нейрон до прийому нового імпульсу. (Snyder, 1986, р. 7.)

Щоб сигнали, що посилаються головним мозком, були передані без спотворень, іони натрію повинні переміщатися цілком певним чином у прямому і зворотному напрямку між зовнішньою і внутрішньою сторонами мембрани нейрона. Деякі теоретики вважають, що неадекватне перенесення цих іонів може призводити до того, що нейрони «спрацьовуватимуть» занадто легко, викликаючи цим манію, або виявляться надто резистентними до «спрацьовування», викликаючи тим самим депресію. На підтвердження цієї гіпотези дослідники виявили явні дефекти в переносі іонів натрію через мембрани окремих нейронів у головному мозку людей з біполярними афективними розладами (El-Mallakh & Wyatt, 1005; Kato et al, 1993; Meltzer, 1991).

***Генетичні фактори***

Багато теоретиків стверджують, що люди успадковують схильність до біологічних аномалій, які лежать в основі біполярних афективних розладів (Winokur et al., 1995; Blehar et al., 1988). Дані *вивчення родоводу* підтверджують цю ідею. У близьких родичів людей із біполярним афективним розладом ймовірність виникнення цього розладу становить 4-25%, тоді як його поширеність серед населення загалом дорівнює 1% (Gershon & Nurnberger, 1995; АРА, 1994). Крім того, чим ближче зв'язок між родичами (тобто чим більше подібностей між їхніми генетичними наборами), тим більше подібностей у характері виникнення у них біполярного розладу.

Вчені проводять також *дослідження генетичного зв'язку (genetic linkage studies)* з метою визначення можливої моделі успадкування біполярних афективних розладів. У таких наукових експериментах вибирають великі сім'ї, у яких велика кількість випадків якогось розладу в кількох поколіннях, вивчають модель поширення цього розладу серед членів сім'ї та визначають, чи немає залежності між цією моделлю та моделлю поширення загальних сімейних рис, що передаються генетичним шляхом, таких як дальтонізм, рудий колір волосся чи якийсь медичний синдром.

|  |
| --- |
| ***Великі сім'ї та генетичні дослідження.*** Тісно пов'язані між собою сім'ї, в яких протягом поколінь рідкісні шлюби з іншими етнічними групами є бажаними об'єктами при дослідженнях генетичних зв'язків. Наприклад, кілька сімей амішів (американських меннонітів), що у Пенсільванії, вивчалися з визначення можливих генетичних моделей біполярних афективних розладів. |

Після обробки даних ізраїльським, бельгійським та італійським сім'ям, у кількох поколіннях яких відзначалося велике число випадків біполярних афективних розладів, група дослідників виявила зв'язок між біполярними розладами та генами X-хромосоми (Baron et al., 1987; Mendlewicz et al, 188 , 1972). Пізніше інші вчені заявляли про виявлений ними зв'язок між біполярними розладами та генами 11, 18, 4, 6, 13 і 15 хромосом (Berrettini et al., 1997; Ginns et al., 1996; Egeland et al., 1987). Подібний розкид даних може означати, що логічні міркування, що стоять за численними генними дослідженнями, є недосконалими. Можлива наступна альтернативна гіпотеза: біполярні афективні розлади можуть бути спричинені різними комбінаціями генних аномалій.

**Методи лікування біполярних афективних розладів.**

Досі більшість людей з біполярними розладами були приречені проводити своє життя на «емоційних гойдалках». Від психотерапевтів не надходило ніяких повідомлень про успіхи (Lickey & Gordon, 1991), а терапевти-біологи встановили, що антидепресанти допомагають у разі лише дуже обмеженою мірою (Prien et al., 1974). Більш того, іноді антидепресанти навіть сприяли настанню маніакального епізоду (Altshuler et al., 1995; Dilsaver & Swarm, 1995). За допомогою ЕСТ вдавалося зняти депресивні або маніакальні епізоди біполярних розладів також епізодично (Jefferson & Greist, 1994).

***Терапія літієм***

Літій різко змінив цю похмуру картину; фактично, багато людей вважають цей сріблясто-білий хімічний елемент – один із найпоширеніших на нашій планеті – справжнім чудодійним засобом. Його ефективність при лікуванні біполярного афективного розладу було вперше відкрито 1949 року австралійським психіатром Джоном Кейдом (Cade).

Визначення правильної дози літію конкретного пацієнта — трудомісткий процес ( Schou, 1997). Занадто мала доза дасть незначний або нульовий ефект, занадто велика доза може викликати літієву інтоксикацію (буквально отруєння), яка може спричинити нудоту, апатію, тремор, запаморочення, невиразне мовлення, напади, ниркову недостатність і навіть смерть (Mo9rieff, . Однак при правильному дозуванні літій часто викликає помітні зміни в настрої протягом 4-5 днів. Деякі пацієнти краще реагують на інші препарати, наприклад, на такі запобіжні кризи ліки, як *карбамазепін* (тегретол) або *вальпроат натрію* (депейк) (Freeman & Stroll, 1998; Post et al., 1997).

Численні дослідження показали, що літій ефективний при лікуванні маніакальних епізодів (Klerman et al., 1994; Bunney & Garland, 1984). Він допомагає більш ніж 60% пацієнтів із манією. Крім того, поки пацієнти приймають літій, у них буває менше нових епізодів (Maj et al., 1998; Schou, 1997). В одному дослідженні було встановлено, що ймовірність рецидивів хвороби зростає у 28 разів, якщо пацієнти припиняють приймати літій (Suppes et al., 1991). Тому сьогодні клініцисти зазвичай рекомендують людям продовжувати лікування літієм навіть після того, як їх маніакальні епізоди вдається зняти (Jefferson & Greist, 1994; Goodwin & Jamison, 1990).

***Літій*** – *метал, мінеральні солі якого широко поширені на нашій планеті. Є найбільш ефективним засобом при лікуванні біполярних розладів у вигляді літію карбонату та літію оксибутирату.*

Дослідження дозволяють припустити, що літій допомагає людям з біполярним розладом впоратися також і з їх депресивними епізодами, хоча меншою мірою, ніж з маніакальними (Hlastala et al., 1997). Крім того, тривалий прийом літію, мабуть, знижує ймовірність майбутніх депресивних епізодів, подібно до того, як він запобігає повтору маніакальних епізодів (Maj et al., 1998; Abou-Saleh, 1992).

Дослідники не остаточно розуміють механізм дії літію; вони припускають, що він змінює синаптичну активність нейронів, хоч і іншим чином, ніж це роблять антидепресанти. Останні дослідження показують, що «спрацьовування» нейрона складається з кількох фаз, які протікають блискавично. Після того, як нейротрансмітер потрапляє в рецепторну зону приймаючого нейрона, серія клітинних змін в останньому створює умови для «спрацьовування». Ці зміни часто називають вторинними сигналізаторами, посланцями, оскільки вони відбуваються після отримання первинного сигналу, але до фактичного спрацьовування приймаючого нейрона. У той час як антидепресанти впливають на рецепцію нейротрансмітерів нейронами, літій, мабуть, впливає на вторинні сигналізатори в деяких нейронах. Зокрема, він впливає на вторинні сигналізатори, завдяки яким виробляються хімічні речовини, які називаються фосфоінозітідами (phosphoinositides), зокрема фосфоінозитол (ФІДФ) (Belmaker et al., 1995; Goodwin & Jamison, 1990). Коротше кажучи, літій може змінювати синаптичну активність будь-якого нейрона, в якому діє цей вторинний сигналізатор і тим самим виправляє біологічні аномалії, що викликають біполярні розлади.

***Вторинні сигналізатори*** - *хімічні зміни всередині нейрона, що відбуваються відразу після того, як нейрон отримує сигнал через нейротрансмітер, і до того, як він на цей сигнал прореагує.*

***Додаткова психотерапія***

При лікуванні пацієнтів з тяжкими біполярними розладами клініцисти рідко використовують лише психотерапію (Klerman et al., 1994). У той же час вони зрозуміли, що літієва терапія також може бути недостатньо. Більше 30% пацієнтів з біполярними афективними розладами не реагують на літій або споріднені препарати, одержують неправильні дози або можуть мати місце рецидиви під час прийому (Solomon et al., 1995; Abou-Saleh, 1992).

Враховуючи ці проблеми, багато клініцисти тепер використовують індивідуальну, групову або сімейну терапію як *доповнення* до лікування літієм (Scott, 1995; Graves, 1993). Найчастіше терапевти використовують ці методи для того, щоб загострити увагу пацієнтів на необхідності правильного застосування ліків, покращити їх сімейні або соціальні відносини, просвітити їх та їхні сім'ї щодо біполярних розладів і допомогти їм вирішити конкретні соціальні та професійні проблеми, що виникли через їх хвороби.

Поки що було проведено порівняно трохи контрольованих досліджень ефективності психотерапії як доповнення до медикаментозної терапії при лікуванні пацієнтів з тяжкими біполярними розладами, але дедалі більше клінічних звітів вказує на те, що психотерапія допомагає уникнути госпіталізації, покращує соціальне функціонування та підвищує здатність пацієнтів влаштовуватись на роботу її (Scott, 1995; Solomon et al., 1995; Werder, 1995). Очевидно, що психотерапія відіграє важливішу роль при лікуванні циклотімії, легкої форми біполярного розладу, яку ми обговорювали вище.

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Які проблеми, пов'язані з способом життя, сімейними та соціальними відносинами, а також іншими сферами функціонування можуть зажадати до себе уваги в ході доповнюючої психотерапії при лікуванні людей з біполярним розладом? |

**Резюме**

При біполярних афективних розладах епізоди манії чергуються з епізодами депресії. Ці розлади поширені набагато менше, ніж монополярна депресія. Вони можуть набувати форми біполярних розладів І та ІІ типу або циклотимії.

Можливі причини біполярних афективних розладів. Манію пов'язують із високою активністю норепінефрину. Крім того, біполярні розлади пов'язують з неадекватним перенесенням іонів натрію із зовнішньої сторони мембрани нейрона на внутрішню та назад. Генетичні дослідження дозволяють припустити, що люди можуть успадковувати схильність до цих біологічних аномалій.

Методи лікування біполярних афективних розладів. Літій ефективно знімає та запобігає як маніакальним, так і депресивним епізодам біполярних розладів. Деякі дослідники припускають, що причина цього в тому, що літій впливає на вторинні сигналізатори ключових нейронів головного мозку. В останні роки стало ясно, що в стані пацієнтів відбуваються помітніші поліпшення, коли лікування літієм поєднується з психотерапією.

**Підбиваючи підсумки.**

За останні тридцять років клініцисти зібрали безліч інформації про розлади настрою. В результаті вони можуть тепер ідентифікувати ці розлади точніше і лікувати їх ефективніше, ніж більшість інших психологічних розладів. Незважаючи на це, у клініцистів поки що немає ясності щодо всього того, що їм відомо про ці розлади.

Дослідники виявили кілька різних факторів, що сприяють монополярній депресії, включаючи біологічні аномалії, зменшення числа позитивних підкріплень, уявлення про власну безпорадність, негативні способи мислення та соціокультурний вплив. Однак поки що незрозуміло, який зв'язок цих факторів з монополярною депресією (Flett, Vrendenburg & Krames, 1997). Можливі кілька варіантів:

1. Основною причиною монополярної депресії може бути *один* із цих факторів. Якщо це так, тоді основними претендентами на цю роль є когнітивні та біологічні фактори, оскільки виявлено, що кожен з них нерідко передує депресії та визначає її.

2. У різних людей монополярну депресію здатні викликати *різні* чинники. Наприклад, у деяких людей спочатку може знижуватись активність серотоніну, яка викликає реакції безпорадності та негативні установки. Інші можуть спочатку важко переживати понесену ними втрату, наслідком чого стають реакції безпорадності або низька активність серотоніну.

3. Можливо, що розвиток монополярної депресії зумовлено взаємодією двох чи більше факторів (Klocek, Oliver & Ross, 1997). Не виключено, що люди впадають у депресію тільки в тому випадку, якщо вони мають низький рівень активності серотоніну, вони почуваються безпорадними і постійно дорікають собі за негативні події.

4. Різноманітні чинники можуть грати *різну роль* монополярної депресії. Деякі можуть викликати розлад, інші — бути наслідком, а треті — сприяти його продовженню.

За останні тридцять років монополярна депресія стала також однією з найуспішніших хвороб серед усіх психологічних розладів. Пацієнтам може допомагати будь-який із кількох підходів. Дослідники виявили такі тенденції:

1. І когнітивна, і міжособистісна, і біологічна терапії є дуже ефективними методами лікування монополярної депресії, як легкої, і важкої ( DeRubeis & Crits-Christoph, 1998; Elkin, 1994; Haaga & Beck, 1992). Кожен підхід дозволяє покращити стан приблизно 60% людей, які проходять лікування. Подружня терапія ефективна, коли депресія людини розвивається і натомість неблагополучних подружніх відносин.

2. Поведінкова терапія здатна принести певну користь, на відміну від повної відсутності лікування, але менш ефективна, ніж когнітивна, міжособистісна чи біологічна терапія, особливо у випадках важкої депресії ( Emmelkamp, 1994).

3. Психодинамічна терапія менш ефективна при лікуванні монополярної депресії, ніж інші види терапії (Svartberg & Stiles, 1991).

4. Поєднання психотерапії (зазвичай когнітивної або міжособистісної) та медикаментозного лікування приносить дещо більшу користь людям з депресією, ніж будь-який з методів лікування, що використовується поодинці (Karp & Frank, 1995; Paykel, 1995).

Чому під час лікування монополярної депресії настільки ефективні кілька різних підходів? І на це запитання клініцисти поки що не можуть дати відповіді. Можливо, усунення будь-якого з ключових факторів, які сприяють цьому розладу, може покращувати всі сфери функціонування. Можливо, існують різні види монополярної депресії, кожен із яких реагує різні види терапії.

Як і у випадку монополярної депресії, за останні тридцять років клініцисти та дослідники дізналися багато чого про біполярні афективні розлади. Але, на відміну монополярної депресії, біполярні розлади, мабуть, найкраще пояснюють і лікують, приділяючи увагу головним чином однієї змінної — біологічним чинникам. Отримані дані дозволяють припустити, що біполярні розлади бувають викликані біологічними аномаліями, можливо успадкованими і початківцями надавати свій негативний вплив під впливом якогось життєвого стресу. Крім того, вузький і нехитрий вибір методів лікування цих розладів - літій (або споріднений препарат), можливо у поєднанні з психотерапією.

Немає сумнівів, що нинішня ситуація дозволяє людям із розладами настрою дивитися у майбутнє з великим оптимізмом. З іншого боку, повинен протверезити наступний факт: у 40% людей з тим чи іншим розладом настрою, незважаючи на лікування, стан не покращується і їм доводиться страждати від манії або депресії до тих пір, поки ті самі себе не вичерпають. Тепер, коли клінічні дослідники виявили так багато важливих елементів загальної проблеми, вони повинні об'єднати ці елементи і отримати більш цілісну картину, яка дозволить їм ще краще передбачати, попереджати і лікувати ці розлади.

**Ключові терміни**

Депресія

Манія

Монополярна депресія

Біполярний афективний розлад

Тяжкий депресивний епізод

Маячня

Галюцинація

Дистимія

Реактивна депресія

Ендогенна депресія

Вивчення сімейного родоводу

Дослідження близнюків

Норепінефрін

Серотонін

Ендокринна система

Кортизол

Мелатонін

Електросудомна терапія (ЕСТ)

Білатеральна ЕСТ

Монолатеральна ЕСТ

Конвульсія

Метразол

Інсулінокоматозна терапія

Антидепресант

Інгібітор МАО

Іпроніазид

Моноаміноксидаза (МАО)

Тирамін

Трициклічний антидепресант

Іміпрамін

Антидепресант другого покоління

Селективний інгібітор зворотного захоплення серотоніну (SSRI)

Флуоксетин (прозак)

Сертралін (золофт)

Символічна втрата

Анаклітична депресія

Вивчена безпорадність

Атрибуція

Безнадійність

Неадекватні установки

Когнітивна тріада

Помилки у мисленні

Довільний висновок

Применшення

Перебільшення

Автоматичні думки

Міжособова психотерапія (IPT)

Міжособова втрата

Міжособистісний рольовий конфлікт

Міжособистісний рольовий зсув

Міжособистісний дефіцит

Подружня терапія

Поведінкова подружня терапія

Маніакальний епізод

Гіпоманіакальний епізод

Біполярний розлад І типу

Біполярний розлад ІІ типу

Циклотімія

Іон натрію

Дослідження генетичного зв'язку

Літій

Карбамазепін (тегретол)

Вальпроат натрію (депейк)

Фосфоінозитол (ФІДФ)

**Контрольні питання**

1. Які основні симптоми депресії та манії? У чому різниця між мопополярною депресією та біполярним афективним розладом?

2. Опишіть відмінності у поширеності розладів настрою серед чоловіків та жінок, різних вікових та етнічних груп.

3. Опишіть роль, яку відіграють у розвитку монополярної депресії нейротрансмітери норепінефрін та серотонін.

4. Опишіть психодинімічну теорію депресії, розроблену Фрейдом та Абрахамом, та наведіть докази на її користь.

5. Яка, на думку біхевіористів, роль винагород у розвитку депресії?

6. Яка безпорадність, «придбана» в лабораторних умовах, може бути пов'язана з депресією у людей?

7. Які види негативного мислення можуть викликати проблеми із настроєм?

8. Як пояснюють монополярну депресію теоретики соціокультурного спрямування?

9. Яку роль грають у біполярних афективних розладах біологічні та генетичні фактори?

10. Опишіть основні методи лікування монополярної депресії та біполярних афективних розладів. Наскільки ефективний кожен із цих підходів?

**Розділ 7. Самогубство.**

*Я робив усе, що міг, але, як і раніше, падав духом. Я витратив багато годин, намагаючись знайти відповіді на питання, що мучили мене, але єдиною відповіддю була тиша. Проблема полягала в мені самому. Мені стало все ясно: я маю померти.*

*На другий день приятель запропонував мені купити у нього пістолет. То справді був магнум калібру 0,357. Я купив пістолет і одразу ж подумав: «Боже мій! Уявляю, який галас потім почнеться». Того ж дня я почав прощатися з людьми, не вголос, звичайно, а подумки кажучи всім «прощавай».*

*Я зустрічався з друзями, але не давав їм приводу підозрювати, що зі мною щось не так. Я не міг дозволити їм дізнатися правду, інакше вони почали намагатися зупинити мене. Моя свідомість повністю зосередилася на наміченій меті. «Скоро все скінчиться, і я нарешті знайду спокій, якого так довго прагнув»,- втішав я себе. Я знищив і розчавив у собі бажання жити і добиватися чогось. Я був як генерал, оточений на полі битви противником та його військами: страхом, ненавистю, самознищенням, розпачом. Мені треба було виграти цей бій, мені треба було взяти все під свій контроль, тому я шукав смерті і не хотів здаватися.*

*Я усвідомлював лише себе та своє безвихідне становище. Смерть поглинула мене задовго до того, як я натиснув на курок. Мені здавалося, що весь видимий світ загине зі мною. Якби я мав натиснути на останню кнопку і покласти край цьому світу. Я повністю віддав себе в обійми смерті. Коли гасне останній промінь надії, фарби цього світу починають блякнути.*

*Я приставив пістолет до скроні. Потім пролунав страшний гуркіт, що супроводжувався спалахом сліпучого світла, схожим на феєрверк. Це перетворило біль у відчуття чогось грандіозного, здавалося, ціла армія перейшла на бік смерті, щоб допомогти їй знищити моє життя, яке з кожним ударом серця поступово залишало тіло, що стікає кров'ю. Мене поглинула непроникна пітьма (Shneidman, 1987, p. 56).*

У тваринному світі зустрічається безліч прикладів самодеструктивної поведінки, але тільки людина може свідомо вбивати саму себе. Лосось гине після виснажливого плавання вгору за місцем нересту. Лемінги нестримно прагнуть моря і тонуть. Хоча в кожному з цих випадків тварина гине, було б неправильно стверджувати, що вона навмисно прагне померти. Самодеструктивна поведінка тварин є результатом дії інстинкту, спрямованого зрештою на виживання цього виду.

|  |
| --- |
| ***Фатальний потяг* .** Крихітний павук-самець готується бути з'їденим під час копуляції великих розмірів самкою, і навіть сприяє своїй загибелі. Поміщаючи свій статевий орган у тіло партнерки, він одночасно починає здійснювати кругові рухи і похитує своїм спокусливим черевцем перед її ротом. Самець, можливо, погано бачить, але, принаймні, він не має наміру загинути. Насправді, дозволяючи самці поїдати себе, самець виділять максимально можливу кількість сперми, таким чином збільшуючи ймовірність успішного розмноження та появи світ потомства з аналогічними тенденціями поведінки. |

Випадки самогубства неодноразово фіксувалися в історичних документах протягом усього історії людства. Згадку про факти самогубства можна знайти у джерелах з історії Стародавнього Китаю, античної Греції та Риму. Так, у старозавітній частині Біблії повідомляється про самогубство царя Саула. У недавньому минулому самогубства таких знаменитостей, як Ернест Хемінгуей, Мерилін Монро та рок-зірки Курта Кобейна вразили та одночасно заінтригували публіку. Так само все суспільство шокували і збентежили масові самогубства членів сект «Гілка Давидова» у 1993 році та «Небесна брама» у 1997 році.

Перш ніж ви дочитаєте цю сторінку, хтось із мешканців Сполучених Штатів спробує покінчити життя самогубством. Щонайменше 60 американців накладуть на себе руки до цього ж часу завтра... Багато хто з тих, хто намагався вчинити самогубство, повторять свої спроби, і кілька таких спроб закінчиться летальним кінцем (Shneidman & Mandelkorn, 1983).

В даний час самогубство належить до десяти основних причин смерті на Заході. Щонайменше 160 тисяч чоловік у світі щорічно кінчають життя самогубством, їх понад 30 тисяч самогубств посідає США ( WHO, 1992).

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** Частка самогубців у загальній кількості всіх людей, які щорічно вмирають у США, становить 2%. |

Ще два мільйони людей у всьому світі (600 тисяч у США) роблять невдалі спроби вбити себе, ці невдалі спроби називають *парасуїцидом* (McIntosh, 1991). Проте дуже важко отримати точні цифри, що відображають реальну кількість самогубств, і багато дослідників вважають наведені вище цифри заниженими (Diekstra, Kienhorst & de Wilde, 1995; Smith, 1991). Внаслідок негативного ставлення нашого суспільства до самогубства родичі та друзі самогубців часто не хочуть відкрито визнавати, що ті, кого вони любили, наклали на себе руки. Крім того, перед слідчими, які ведуть дізнання, стоїть важке завдання встановити справжню причину смерті: чи була дана смерть самогубством чи це був результат ненавмисного передозування лікарських препаратів, автомобільної катастрофи, утоплення чи нещасного випадку (Ohberg, Penttila & Lonnaqvist, 1997; Peck). , 1995).

***Парасуїцид*** *– спроба самогубства, яка не закінчується смертю.*

В останньому виданні довідника DSM-IV самогубство не класифікується як психічний розлад, але з самогубством пов'язані й інші серйозні клінічні проблеми, такі як повна нездатність справлятися зі стресовими ситуаціями, емоційна нестійкість і спотворене сприйняття життя. Хоча самогубство часто пов'язують із депресією, причиною щонайменше половини всіх випадків суїциду є інші психічні розлади, такі як сильна алкогольна залежність, шизофренія, інколи ж явні ознаки будь-якого психічного розладу можуть взагалі бути відсутніми.

|  |
| --- |
| ***Потужний вплив самогубства.***Самогубство соліста гурту «Nirvana» Курта Кобейна у квітні 1994 року потрясло мільйони його юних шанувальників у всьому світі, а привело їх у стан скорботи та сум'яття. У Сієтлі, рідному місті Кобейна, близько 5 тисяч чоловік прийшли попрощатися зі співаком, тримаючи в руках запалені свічки та портрети кумира. |

Дуже часто люди мають невірне уявлення про симптоми та причини самогубства. Ще десятиліття тому, коли дослідники протестували знання кількох сотень студентів щодо проблем, пов'язаних із суїцидом, середня кількість правильних відповідей склала лише 59% (McIntosh, Hubbard, & Santos, 1985). В даний час, коли проблема суїциду опинилася в центрі пильної уваги клініцистів, ми все набагато глибше стали розуміти цю проблему та якість правильних відповідей на подібні тести серед студентів США та Канади стала набагато вищою (Leenaars & Lester, 1992).

**Що таке самогубство?**

Не всяку смерть, причиною якої стає сама людина, можна назвати самогубством. Людина, яка заснула за кермом своєї машини і врізалася в дерево, не має наміру вбити себе.

Так, Едвін Шнейдман (Shneidman, 1993, 1981, 1963), один із найкомпетентніших фахівців, які досліджують проблему суїциду, визначає самогубство як навмисну смерть — акт позбавлення себе життя, при якому людина робить цілеспрямовану та свідому спробу припинити *існування* .

***Самогубство*** *— акт позбавлення життя, у якому людина діє навмисно, цілеспрямовано і свідомо.*

Навмисна смерть може набувати різної форми. Давайте розглянемо як приклад три випадки самогубства, у кожному з яких люди збиралися вбити себе, але їх мотиви, особисті проблеми і те, яким саме чином вони йшли з життя, дуже відрізнялися.

*1. Дейв був успішним бізнесменом. До 50 років він просунувся до посади віце-президента невеликої, але прибуткової фірми, яка займалася виробництвом оргтехніки. Дейв проживав зі своєю сім'єю в районі, заселеному представниками верхівки середнього класу, у них був просторий будинок і вони насолоджувалися життям, наповненим затишком та достатком.*

*Торішнього серпня, на 50-му році його життя, все різко змінилося. Дейва звільнили після багатьох років бездоганної ефективної роботи. Доходи фірми були на низькому рівні, і президент хотів застосувати нові, сучасніші методи управління. Це був тяжкий удар для Дейва. Його душу переповнювали почуття відкидання, втрати та порожнечі. Він почав шукати іншу роботу, але йому пропонували лише низькооплачувані посади, для яких мав надто високу кваліфікацію. Після кожного дня, проведеного в безплідних пошуках роботи, Дейв впадав у ще більшу пригніченість, стурбованість та безнадійність. Він продовжував падати духом, замкнувся у собі і все більше втрачав надію на майбутнє.*

*Через шість місяців після втрати роботи Дейв почав серйозно замислюватися про самогубство. Його душа була змучена свідомістю принизливого становища, яке, як здавалося Дейву, вже не можна змінити. Він ненавидів сьогодення та боявся майбутнього. Весь лютий він кидався з боку в бік. Іноді йому здавалося, що він справді хоче померти. В інші дні приємний вечір, проведений у родинному колі, або обнадійлива розмова з другом могли на якийсь час підняти його настрій. В один із понеділків, наприкінці лютого, він почув про можливість отримати роботу і в очікуванні співбесіди, призначеної наступного дня, Дейв, здавалося, підбадьорився. Але співбесіда пройшла невдало і Дейву зрозуміли, що роботу йому не запропонують. Він повернувся додому, відкрив шухляду свого письмового столу, дістав звідти нещодавно куплений пістолет і застрелився.*

*2. Біллі так ніколи цілком і не оговтався після смерті своєї улюбленої матері. Йому було всього сім років і він не був готовий до такої тяжкої втрати. Батько Біллі вирішив відправити його на якийсь час до своїх батьків. Він сподівався, що зміна обстановки, нова школа та нові друзі відвернуть Біллі від важких переживань. Але всі ці зміни лише посилили душевний біль Біллі. Йому дуже не вистачало тієї радості та сміху, якими було наповнене його життя до від'їзду з батьківського дому. Хлопчик дуже сумував за своїм старим домом, батьком та друзями. Найбільше він переживав через неможливість знову побачити свою улюблену матір. У душі Біллі так і не примирився зі смертю матері. Батько пояснив Біллі, що його мама перебуває зараз на небі і живе там у радості та спокої. Дні йшли за днями, але почуття смутку й самотності не залишало Біллі, і він почав по-своєму пояснювати все, що відбувається. Він вірив, що знову був би щасливий, якби зміг бути поряд із мамою. У глибині душі Біллі відчував, що вона чекає на нього, чекає коли він прийде до неї. Подібні думки не викликали у дитини жодних сумнівів і наповнювали її спокоєм та надією. Якось увечері, незабаром після того, як він побажав добраніч бабусі й дідусеві, Біллі підвівся з ліжка, піднявся на горище, виліз на дах будинку і зістрибнув звідти вниз, назустріч своїй смерті.*

*3. Боб і Маргарет зустрічалися вже цілий рік. Любов до Боба була для Маргарет першим серйозним почуттям; вона не могла уявити своє життя без цієї любові. Коли Боб сказав їй, що більше не любить її і кидає Маргарет заради іншої жінки, вона була просто вражена.*

*Минав тиждень за тижнем, а в душі Маргарет продовжували боротися два суперечливі почуття: зневіра від свого нинішнього становища та гнів на Боба. Кілька разів вона дзвонила Бобу, благаючи його повернутися і прохаючи його дати їй шанс довести своє віддане кохання. У той же час вона відчувала ненависть до Боба за ті муки, які він завдав їй.*

*Друзі Маргарет починали все більше турбуватися з приводу її душевного стану. Спочатку вони розуміли її страждання, співчували їй, але припускали, що все це з часом минеться. Минали місяці, а зневіра і гнів Маргарет тільки посилювалися. Незабаром вона почала поводитись зовсім безрозсудно. Маргарет звикла до алкоголю і дуже часто поєднувала випивку з прийомом різних заспокійливих таблеток. Здавалося, що вона постійно грає з небезпекою.*

*Якось увечері Маргарет зайшла у ванну кімнату, дістала з шафки пляшечку зі снодійним і проковтнула цілу жменю пігулок. Вона хотіла хоч на якийсь час послабити свій душевний біль і зробити так, щоб Боб дізнався, скільки горя він змусив її пережити. Гірко плачучи і проклинаючи Боба, вона продовжувала ковтати пігулку за пігулкою. Коли Маргарет відчула, що засинає під впливом ліків, вона вирішила зателефонувати до своєї близької подруги Сінді. Вона сама не розуміла, навіщо це робить, можливо, щоб сказати Сінді останнє «прощавай», пояснити їй зміст свого вчинку або бути впевненою, що Боб дізнається про те, як важко їй було вмирати. Можливо, Маргарет сподівалася, що Сінді вдасться відмовити її від самогубства. Сінді благала і вмовляла Маргарет, намагаючись пробудити в ній інтерес до життя. Спочатку Маргарет намагалася слухати Сінді, але її свідомість поступово затьмарювалося. Зрозумівши, що відбувається, Сінді кинула трубку, а потім швидко зателефонувала сусідові Маргарет і до поліції. Коли сусідові вдалося проникнути у квартиру Маргарет, дівчина вже перебувала у стані коми. Через сім годин, коли друзі і батьки Маргарет чекали звісток у лікарняному холі, вона померла.*

Тоді як Маргарет, очевидно, відчувала суперечливі почуття стосовно своєї смерті, Дейв цілком явно хотів померти. Якщо Біллі вважав смерть подорожжю на небо, для Дейва смерть означала кінець існування. Ці відмінності дуже важливі для клініцистів та дослідників, коли вони намагаються зрозуміти та проводити лікування суїцидентів. З огляду на ці відмінності, Шнейдман дав описи чотирьох типів людей, які навмисно прагнуть покласти край своєму існуванню: шукачі смерті; ініціатори смерті; заперечувачі смерті та гравці зі смертю.

*Шукачі смерті* на момент скоєння спроби самогубства явно прагнуть померти. Така цілеспрямованість зберігається порівняно недовго, потім її змінюють сумніви — через якусь годину або наступного дня, а потім це бажання померти повертається знову. Дейв, який керував середніх років, був шукачем смерті. Він з побоюванням ставився до самогубства і багато тижнів мучився сумнівами, але того фатального вівторка Дейв був шукачем смерті — він виразно бажав померти і діяв таким чином, що смерть йому була гарантована.

*Ініціатори смерті* теж прагнуть померти, але вони діють виходячи з переконання про неминучість смерті, що наближається, і вважають, що своїм вчинком просто прискорюють цей процес. Деякі з них вважають, що їхня смерть це лише питання кількох днів або тижнів. Під цю категорію підпадають багато випадків суїциду серед літніх і тяжко хворих людей (Valente & Saunders, 1995). Письменник Ернест Хемінгуей, який усе життя відрізнявся міцним здоров'ям, був дуже стурбований своїм фізичним станом, що погіршується, і саме це, на думку багатьох дослідників, визначило його рішення накласти на себе руки.

***Шукач смерті*** *— людина, яка має твердий намір накласти на себе руки в момент скоєння спроби самогубства.*

***Ініціатор смерті*** *— людина, яка робить спробу самогубства, бо вважає, що процес вмирання вже розпочався і що він просто прискорює свою смерть.*

*Заперечники смерті* не вірять, що позбавляючи себе життя повністю припиняють своє існування. Вони вважають, що просто віддають своє нинішнє життя в обмін на щасливе існування в іншому світі. Більшість самогубств, скоєних дітьми, такі як випадок Біллі, потрапляють саме в цю категорію, так само як і самогубства дорослих людей, які вірять у потойбічне існування і вчиняють самогубство заради досягнення іншої форми життя. Самогубство 39 членів секти «Небесна Брама» 1997 року теж потрапляє до цієї категорії. Приймаючи рішення піти з життя, вони вірили, що смерть тіла звільняє душу і дає можливість піднятися у вищі сфери.

*Гравці зі смертю* відчувають суперечливі почуття чи двоїстість по відношенню до можливості власної смерті навіть під час спроби самогубства, причому ця двоїстість проявляється і в самому способі самогубства. Хоча такі люди певною мірою бажають померти, і часто саме так і відбувається, спосіб, яким вони намагаються піти з життя, не гарантує смертельного результату. Людина, яка грає в «російську рулетку», а саме стріляє з револьвера, барабан якого заряджений навмання одним патроном, є гравцем зі смертю. Маргарет можна назвати гравцем зі смертю. Незважаючи на її величезне горе та гнів, дівчина не була впевнена в тому, що справді хоче померти. Навіть почавши приймати снодійні пігулки, Маргарет зателефонувала подрузі, повідомила їй про свої дії і деякий час слухала її відчайдушні благання.

***Заперечувач смерті*** *- людина, яка робить спробу самогубства, не визнаючи смерть як кінець свого існування.*

***Гравець зі смертю*** *— людина, яка зазнає двоїстих почуттів стосовно можливості власної смерті навіть у момент скоєння спроби самогубства.*

Коли людина грає непряму, приховану, чітко не виражену чи несвідому роль своєї власної смерті, такі випадки Шнейдман відносить до особливої категорії, названої їм ненавмисна *смерть* (Shneidman, 1993, 1981). Тяжкохворі люди, які щоразу приймають прописані ліки, порушуючи інструкції, часом належать до цієї категорії. Хоча їхня смерть може бути однією з форм самогубства, справжні наміри таких людей залишаються нез'ясованими.

|  |
| --- |
| ***Шукачі смерті?*** Скайсерфер намагається осідлати хмару у небі над Швецією. Чи це справді шукачі гострих відчуттів, сміливці, прагнуть підкорення нових висот, як багатьох з них стверджують, чи насправді вони є гравцями зі смертю? |

***Ненавмисна смерть*** *- смерть, в якій сама жертва бере участь лише частково, непомітно і несвідомо.*

**Вивчення суїциду.**

Головна проблема, з якою доводиться стикатися дослідникам, які займаються проблемою суїциду, полягає в тому, що об'єктів їх досліджень вже немає в живих. Як може дослідник зробити правильні висновки щодо мотивів, почуттів та обставин, що підштовхнули людину до самогубства, якщо сама людина вже нічого не може розповісти про свій вчинок? Для вирішення цієї проблеми дослідники використовують два основних підходи, кожен із яких має свої недоліки.

Як перша стратегія застосовується *ретроспективний аналіз,* психологічна аутопсія, за якої клініцисти і дослідники намагаються отримати інформацію про минуле самогубці (Roberts, 1995; Jacobs & Klein, 1993). Родичі, друзі чи психотерапевти можуть згадати окремі висловлювання, конкретні розмови та якісь особливості поведінки, які проливають світло на особистість самогубців. Передсмертні записки, які залишаються деякими самогубцями, також дають деяку корисну інформацію. Однак дослідники не завжди мають доступ до цих джерел інформації. Лише менше чверті всіх жертв суїциду зверталися за допомогою до психотерапевта (Fleer & Pasewark, 1982) і менше третини залишає передсмертні записки (Black, 1993; Leenaars, 1992, 1989).

***Ретроспективний аналіз*** — *психологічна аутопсія, за якої клініцисти та дослідники збирають повну інформацію про особу самогубця на підставі фактів його життя.*

Внаслідок цих обмежень багато дослідників використовують другу стратегію — вивчення людей, що залишилися живими після спроби самогубства. Звичайно, люди, що залишилися живими після спроби самогубства, можуть сильно відрізнятися від людей, яким вдалося накласти на себе руки (Diekstra et al., 1995; Lester, 1994). Наприклад, багато хто з тих, хто залишився живим, насправді й не хотів помирати. Проте дослідники знаходять корисним вивчення людей, що залишилися живими після спроби самогубства; ми будемо розглядати тих, хто тільки намагався вчинити самогубство, і тих, хто наклав на себе руки, як більш-менш однорідну групу.

**Паттерни та статистика.**

Оскільки акти самогубства, як і будь-яка людська діяльність, відбуваються в рамках великих суспільних утворень, дослідники зібрали багато статистичних даних, які враховують конкретний соціальний контекст, у якому такі випадки трапляються. Наприклад, вони виявили, що рівень самогубств змінюється від країни до країни. Угорщина, Німеччина, Австрія, Данія та Японія мають дуже високий рівень самогубств, щорічно понад 20 осіб на 100 тисяч населення; з іншого боку, Єгипет, Мексика, Греція та Іспанія мають відносно низький рівень, менш як 5 осіб на 100 тисяч. США та Канада займають середнє становище, в обох країнах цей рівень становить 12 або 13 осіб на 100 тисяч населення, в Англії він дорівнює приблизно 9 осіб на 100 тисяч (NCHS, 1994; WHO, 1992).

Приналежність до певних релігійних конфесій та відповідні релігійні переконання допомагають пояснити ці національні відмінності (Shneidman, 1987). У країнах, основна маса населення яких сповідує католицизм, іудаїзм чи іслам, спостерігається тенденція до нижчого рівня самогубств, ніж у країнах, де офіційною релігією є протестантство. Ймовірно, та обставина, що в непротестантських країнах існують суворі релігійні заборони щодо самогубства і культурна традиція, що підтримує ці заборони, відвертає багатьох людей від розгляду самогубства як вихід із якоїсь важкої ситуації. Проте існують винятки з цього, начебто, очевидного правила. Австрія, основна маса населення якої належить до римсько-католицької церкви, має один із найвищих рівнів самогубств у світі.

Дослідження, проведені в цьому напрямку, дозволяють припустити, що на запобігання суїциду впливає не так формальна приналежність до якоїсь релігійної конфесії, як індивідуальна *побожність* (Holmes, 1985; Martin, 1984). Схоже, що люди, які з великим благоговінням ставляться до «дива» життя, менш схильні розглядати можливість суїциду або насправді вдаватися до самознищення (Lee, 1985).

Показники рівня самогубств у чоловіків та жінок також відрізняються (див. рис. 7.1). Жінки втричі частіше за чоловіків роблять спроби самогубства, проте кількість смертельних наслідків у чоловіків утричі більша ніж у жінок (Stillion & McDowell, 1996; McIntosh, 1991). Майже 19 із кожних 100 тисяч чоловіків щороку вбивають себе у США; аналогічний показник для жінок, який хоч і збільшився за останні роки, становить менш ніж 5 на кожні 100 тисяч жінок (Stillion & McDowell, 1996; NCHS, 1994, 1988).

(A) Ймовірність самогубства людьми у віці понад 65 років вища, ніж у представників будь-якої іншої вікової групи.

(B) Рівень самогубств серед чоловіків усіх вікових груп вищий, ніж серед жінок, що належать до відповідних вікових груп.

(C) Рівень самогубств серед білих американців усіх вікових груп вищий, ніж серед афроамериканців, що належать до відповідних вікових груп.

(D) Літні білі американці чоловічої статі схильні до найвищого ризику самогубства (за даними Stillion & McDowell, 1996; US Bureau of the Census, 1994, 1990; McIntosh, 1991, p. 62-63).

**Малюнок 7.1. Сучасний рівень самогубств США.**

Одна з причин розходження цих показників у чоловіків і жінок полягає, мабуть, у способах, до яких вдаються чоловіки та жінки при скоєнні самогубства (Kushner, 1995). Чоловіки мають тенденцію застосовувати грубіші способи самогубства; вони стріляються, перерізають собі вени, вішаються, тоді як жінки, зазвичай, діють менш жорстко і цілеспрямовано, вони кінчають із собою, наприклад, з допомогою передозування лікарських засобів. У США самогубства із застосуванням вогнепальної зброї становлять майже 2/3 від загальної кількості самогубств, скоєних чоловіками, тоді як в жінок частка аналогічних самогубств становить 40% (Canetto & Lester, 1995; NCHC, 1990).

На схильність до самогубства впливає і сімейний стан (див. рис. 7.2). Серед людей, які перебувають у законному шлюбі, особливо у дітей, спостерігається найнижчий рівень самогубств, у неодружених і овдовілих цей рівень трохи вище, а найвищий відсоток самогубств спостерігається серед людей, які перебувають у розлученні (Canetto & Lester, 1995; Li, 1995; ). В одному дослідженні проводився порівняльний аналіз особистостей 90 осіб, які наклали на себе руки, з такою ж кількістю людей, що мали різного роду психологічні проблеми, але ніколи не робили спроби самогубства (Roy, 1982). У результаті було виявлено, що лише 16% з числа самогубців перебували у законному шлюбі або з кимось співмешкали на момент своєї смерті, тоді як у контрольній групі кількість людей з аналогічним сімейним статусом становила 30%.

|  |  |
| --- | --- |
| Сімейний стан | Кількість самогубств на 100 000 населення |
| Одружені | 12,4 |
| Неодружені | 18,4 |
| Вдові | 21,8 |
| Розлучені | 37,3 |

**Малюнок 7.2. Самогубство та сімейний стан.** Приблизно 37 чоловік із кожних 100 тисяч розлучених кінчають життя самогубством, що втричі перевищує рівень самогубств серед людей, які перебувають у шлюбі (за даними McIntosh, 1991, р. 64).

На закінчення слід зазначити, що принаймні в США рівень самогубств, мабуть, має різні значення для різних расових груп. Так рівень самогубств серед білих американців становить 12 осіб на 100 тисяч населення, що майже вдвічі вище, ніж у афроамериканців та представників інших расових груп (Stillion & McDowell, 1996; NCHS, 1994). Відхилення від цього патерну спостерігається лише серед представників корінного населення Сполучених Штатів, у яких рівень самогубств вдвічі перевищує середньонаціональні показники. В окремих етнічних груп корінного населення США рівень самогубств у 4-10 разів перевищує середньонаціональний (Berlin, 1987; Willard, 1979). Хоча виняткова бідність більшості корінних американців і допомагає пояснити подібну тенденцію, багато досліджень показують, що такі фактори, як зловживання алкогольними напоями, моделювання та доступність вогнепальної зброї, теж відіграють свою роль (Berman & Jobes, 1995, 1991; Young, 1991). Дослідження, проведені серед корінного населення Канади, дали схожі результати (Strickland, 1997; Badley, 1991).

Деякі статистичні дані, пов'язані з проблемами суїциду, заперечуються багатьма дослідниками, особливо останніми роками. В одному дослідженні висловлюється припущення, що реальний рівень самогубств може бути па 15% вищим для афроамериканців і на 6% вищим для жінок у порівнянні з даними, які зазвичай наводилися для цих груп населення (Phillips & Ruth, 1993). Представники цих груп найчастіше використовують методи самогубства, які роблять їхню загибель схожою на смерть внаслідок нещасного випадку, такого як випадкове отруєння, передозування ліків, автомобільна катастрофа або необережність при переході вулиці з жвавим рухом.

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Рівень самогубств помітно змінюється від країни до країни. Які фактори, крім релігійних, допомагають пояснити ці відмінності? |

**Резюме**

Самогубство — це акт позбавлення життя, у якому людина робить навмисну, цілеспрямовану і свідому спробу припинити існування. Едвін Шнейдман дав описи чотирьох типів людей, які навмисно прагнуть покласти край своєму існуванню: шукачі смерті, ініціатори смерті, заперечувачі смерті та гравці зі смертю. Він також виділив особливу, суїцидоподібну категорію, яку він назвав «ненавмисною смертю», при якій людина грає непряму, приховану, чітко не виражену або несвідому роль у своїй власній смерті.

Стратегії дослідження. Дослідники використовують два основних підходи для вивчення суїциду: ретроспективний аналіз (психологічна аутопсія) та вивчення людей, що залишилися живими після спроби самогубства, припускаючи, що ці люди багато в чому подібні до тих, чиї спроби завершилися смертельним наслідком. Кожен підхід має обмеження.

Самогубство належить до десяти основних причин смерті людей сучасному західному суспільстві. Рівень самогубств змінюється від держави до країни. Одна з причин цього полягає, мабуть, у культурних відмінностях, пов'язаних із належністю до певних релігійних конфесій, релігійними переконаннями та глибиною особистої віри кожної окремої людини. Рівень самогубств залежить також від расової приналежності, статі та сімейного стану.

**Крупним планом**

*Передсмертні записки самогубців*

*Дорогий Білле! Мені дуже шкода, що я завдаю тобі стільки занепокоєння. Я дуже не хотіла цього робити, і якби ти від початку сказав мені всю правду, ми обидва, мабуть, були б зараз щасливі. Білл, мені дуже шкода, але я більше не можу виносити це життя. Я думаю, що в цьому світі не залишилося більше доброти. Я тебе дуже люблю і бажаю, щоб ти знайшов у своєму житті щастя, яке я хотіла, але не змогла дати тобі. Скажи своїм батькам, що я прошу у них прощення за все, що трапилося, і, якщо зможеш, зроби так, щоб мої батьки ніколи не дізналися правду про мою смерть. Прошу тебе, Білле, не відчувай до мене ненависті. Я люблю тебе. Мері. (Leenaars, 1991)*

Обставини багатьох самогубств так і не з'ясовуються до кінця або неправильно тлумачаться, тому що єдині люди, які знають істину про те, що сталося, вже покинули цей світ. Проте значна кількість самогубців, за приблизними оцінками, від 12 до 34%, залишають передсмертні записки, які проливають світло на їхні наміри і одночасно є свого роду звітом про їхній психологічний стан, лише за кілька годин або хвилин до скоєння самогубства (Black , 1993; Leenaars, 1992, 1989). Кожна передсмертна записка є особистим документом, що розкриває всю своєрідність та особистості самогубці та супутніх самогубству обставин (Leenaars, 1989). Деякі записки складаються лише з однієї пропозиції, інші займають кілька сторінок. Люди, які пишуть такі записки, безсумнівно хочуть залишити вражаюче повідомлення тим, кого вони залишають (Leenaars, 1989), це передсмертне послання криком про допомогу, епітафією чи останньою волею (Frederick, 1969, р. 17). Більшість передсмертних записок адресовано конкретним людям.

Реакція родичів і друзів самогубців зміст передсмертних записок залежить від конкретних обставин (Leenaars, 1989). Зміст записки допомагає встановити причину смерті, таким чином позбавляючи родичів мук кримінального розслідування. Друзі та родичі можуть відчути полегшення, коли дізнаються із записки про причини, що підштовхнули близьку їм людину на такий відчайдушний крок (Chynoweth, 1977). Проте деякі передсмертні записки лише посилюють провину і жах, що переживаються найближчими родичами самогубці, як це можна побачити з прикладу:

*Щоб не дозволити своїй дружині покинути його, 22-річний м-р Джефферсон повісився у ванній кімнаті, залишивши на вхідних дверях будинку записку для дружини з такими словами: «Кеті, я люблю тебе. Ти маєш рацію, я божевільний... і дякую тобі за те, що ти намагалася кохати мене. Філ». Місіс Джефферсон почувала себе винною у смерті чоловіка і невпинно наполягала на тому, що це вона «вбила Філа». Через тиждень після смерті чоловіка вона сама зробила спробу самогубства (Wallace, 1981, p. 79).*

Дослідники, які працюють у сфері клінічної психології, намагалися знайти ключі до розуміння суїциду шляхом вивчення відмінностей між справжніми та підробленими передсмертними записками; віком та статтю авторів; граматичним строєм записок; вибором та частотою використовуваних слів; свідомим та несвідомим змістом, емоційними, когнітивними та мотиваційними темами, порушеними у записках; і навіть особливостями почерку авторів записок (Leenaars, 1989). З отриманих під час аналізу даних було зроблено одне важливе спостереження: зміст передсмертних записок істотно впливає вік самогубців. Так, люди молодого віку у своїх передсмертних посланнях виявляють більше ворожості до самих себе і частіше згадують свої проблеми у взаєминах з іншими людьми; ті, чий вік від 40 до 49 років часто скаржаться на нездатність подолати життєві проблеми; люди віком від 50 до 59 років вважають за краще взагалі не згадувати про причини, які штовхнули їх на самогубство; і нарешті, ті, кому понад 60 років, мотивують свій відхід із життя такими проблемами, як важка хвороба, фізичне постаріння та самотність. Дослідження передсмертних записок також показало, що сутність самогубства майже змінилася проти 1940-ми роками. Передсмертні записки, написані в 1940 та 1950-х роках, схожі за змістом на сучасні послання, за одним винятком: сучасні передсмертні записки демонструють меншу душевну сум'яття та більшу обмеженість мислення своїх авторів. Передсмертна записка дає далеко не повне уявлення про переживання, відчуття, думки і емоції самогубці. Більше того, як підкреслює Едвін Шнейдман, самі автори записок можуть повною мірою не усвідомлювати рушійних ними мотивів, оскільки їхнє придушене відчаєм мислення перешкоджає ясному розумінню свого психічного стану. За словами Шнейдмана, передсмертні записки «не є королівською дорогою, що веде до легкого розуміння суїцидних феноменів» (Shneidman, 1973, р. 380), але в поєднанні з іншими джерелами вони можуть вказати клініцистам та дослідникам потрібний напрямок для проведення подальших досліджень (Black, 1995).

**Чинники, що сприяють виникненню суїцидних намірів.**

Самогубство часто є наслідком впливу на людину поточних подій чи обставин її життя. Хоча впливом цих факторів не можна повністю пояснити самогубство, вони можуть сприяти виникненню людини суїцидних намірів. До таких найбільш поширених факторів відносяться *стресові події, зміни в настрої і мисленні, зловживання алкоголем, наркотиками і сильнодіючими лікарськими засобами, психічні розлади* і *моделювання.*

**Стресові події та ситуації.**

Дослідники виявили більшу кількість стресових подій у недавньому вульгарному людей, які намагалися накласти на себе руки, в порівнянні з кількістю аналогічних подій за той же проміжок часу у піддослідних, які становили контрольну групу (Ohberg et al., 1997; Isometsa et al, 1995).

У ході одного дослідження було встановлено, що в рік, що передує спробі самогубства, у людей, які зробили таку спробу, кількість стресових подій була вдвічі більша, ніж у людей, які не намагалися накласти на себе руки, але страждали або від депресії, або які мали якісь або інші проблеми психологічного плану (Cohen-Sandler et al., 1982).

Однією з подій, що викликають у людини негайну стресову реакцію і тим самим сприяють виникненню у неї суїцидних намірів, є втрата коханої людини внаслідок смерті, розлучення чи відкинутого кохання. Іншою такою подією є втрата роботи. Урагани та інші стихійні лиха теж сприяють виникненню стресових станів, які іноді ставлять у причинно-залежний зв'язок із суїцидними діями, що спостерігаються навіть серед дітей (Cytryn & McKnew, 1996). Люди можуть також спробувати самогубство як реакцію вплив довгострокових стресових чинників. До трьох найбільш поширених довготривалих стресорів відносяться важка хвороба, несприятлива навколишня обстановка та професійний стрес.

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Часто люди вважають самогубство літньої чи тяжкохворої людини менш трагічною подією, ніж самогубство молодої чи здорової людини. Чому вони можуть думати так і чи є такі міркування обґрунтованими? |

***Важка хвороба***

Люди, чиї хвороби завдають їм тяжких фізичних страждань або перетворюють їх на жалюгідних інвалідів, можуть намагатися покінчити життя самогубством, вважаючи, що смерть неминуча і близька (Lester, 1992; Allebeck & Bolund, 1991). Вони також можуть перейнятися переконанням, що не в змозі більше переносити фізичні страждання та долати проблеми, з якими їм довелося зіткнутися внаслідок хвороби. Дані, отримані в результаті одного дослідження, показують, що 37% з числа людей, що наклали на себе руки, мали дуже слабке здоров'я (Conwell, Caine & Olsen, 1990). Самогубства, причинами яких є тяжкі та невиліковні хвороби, стали останнім часом настільки частим явищем, що ця проблема набула широкого суспільного резонансу. Почасти такому стану справ сприяє прогрес сучасної медицини. Хоча лікарі за допомогою штучних засобів можуть продовжувати життя тяжко хворих людей, вони часто не в змозі повернути своїм пацієнтам колишню якість життя та позбавити їх фізичних страждань (Werth, 1995).

***Насильство***

Іноді люди, які перебувають у жорстких умовах, яких вони не сподіваються позбутися або втекти, іноді вчиняють самогубство. Наприклад, військовополонені, ув'язнені концентраційних таборів, дружини або чоловіки, які зазнають образ чоловіка, діти, які зазнають насильства, і ув'язнені часом роблять спроби покінчити з життям (Fondacaro & Butler, 1995; Rodgers, 1995). Як і ті, хто страждає на серйозну хворобу, ці люди відчувають, що не можуть більше терпіти страждань, і вважають, що їхні умови не можна покращити.

***Професійний стрес***

Певний тип роботи може викликати в людини відчуття напруги чи незадоволеності, і це спричиняє самогубство. Дослідники, зокрема, виявляють особливо високий рівень самогубств серед психіатрів та психологів, лікарів, зубних лікарів, адвокатів та чорноробів (Holmes & Rich, 1990; Stillon, 1985). Такі дані не обов'язково означають, що безпосередня причина суїциду є професійним стресом. Цілком можливо, що некваліфіковані робітники реагують на фінансову нестійкість, а не на стрес, пов'язаний із роботою, коли роблять спробу самогубства. Так само, схильні до суїциду психіатри і психологи не реагують на емоційне напруження у роботі, а страждають від тривалих емоційних розладів, які переважно стимулювали їх вибір кар'єри ( Johnson, 1991).

Клініцисти колись вважали, що рівень самогубств вищий у жінок, які працюють не вдома, ніж серед домогосподарок, ймовірно через конфлікти між вимогою в сім'ї та на роботі (Stack, 1987; Stillon, 1985). Проте недавні дослідження ставлять під сумнів такі уявлення і в деяких дослідженнях робиться висновок, що робота поза домом однаково знижує рівень суїциду і у жінок, і у чоловіків (Yang & Lester, 1995).

**Зміна настрою та способу мислення.**

Багатьом спробам суїциду передує зміна настрою. Ця зміна необов'язково буде настільки сильною, щоб призвести до діагнозу психічного розладу, проте вона відрізняється від колишнього настрою людини. Людина частіше звичайного засмучується і відчуває смуток (Kienhorst et al, 1995; Tishler, McKenry & Morgan, 1981). Також часто виникає відчуття тривоги, напруги, фрустрації, гніву чи сорому (Kienhorst et al., 1995; Pine, 1981). Шнейдман (Schneidman, 1993, 1991) вважає, що ключовим для самогубства є «біль душі», відчуття психологічного болю, який здається людині нестерпною.

Зміни патернів мислення також можуть передувати самогубству, при цьому люди стають буквально одержими своїми труднощами, втрачають відчуття перспективи і вважають, що єдине ефективне вирішення їхніх проблем - суїцид (Schneidman, 1993, 1987). У них виникає відчуття безвиході — песимістичне уявлення, що ситуація, проблеми чи настрій не зміняться (Klingman & Hochdorf, 1993). Деякі клініцисти вважають, що саме відчуття безвиході — найточніший показник суїцидних намірів, і в оцінці ймовірності суїциду клініцисти особливо ретельно шукають ознаки цього відчуття (Hewitt et al., 1997; Levy, Jurkovic & Spirito, 1995).

|  |
| --- |
| ***Слова розпачу.*** Поетеса та письменниця Сільвія Платт скоїла самогубство у 1963 році, у віці 31 року. Багато з її віршів передають відчуття депресії та безвиході. В одному з них, наприклад, говориться: «Я бачила, як роки мого життя вишиковувалися вздовж дороги, немов телеграфні стовпи, з'єднані проводами. Я вважала — один, два, три... дев'ятнадцять стовпів, а потім дроти та стовпи злилися в один і, як я не намагалася розглянути, — за дев'ятнадцятим стовпом я нічого не побачила». |

Багато людей, які намагаються вчинити самогубство, стають жертвами дихотомічного мислення, коли бачать лише відсталі або жорсткі рішення своїх проблем (Schneidman, 1993, 1987). Ось як жінка, яка залишилася живою після стрибка з даху, описує свої дихотомічні думки на той час. Вона вважала, що тільки смерть може позбавити її від болю:

*Я була в такому розпачі. Мені здавалося, Боже мій, я цього не винесу. Все переплуталося і змішалося у моїй голові. І я думала: залишається тільки одне. Мені просто треба було знепритомніти. Тільки так я могла позбутися всього. А єдиний спосіб це зробити, як я вважала, — зістрибнути з великої висоти. (Shneidman, 1987, p. 56).*

**Алкоголь та наркотики.**

Дослідження показують, що 60% людей, які робили спроби самогубства, безпосередньо до цього пили спиртне (Suokas & Lonnqvist, 1995; Hirschfeld & Davidson, 1988). Як показує аутопсія, чверть цих людей у момент смерті перебували у стані алкогольної інтоксикації (Flavin et al., 1990; Abel & Zeidenberg, 1985). На підставі такої статистики можна дійти невтішного висновку, що алкоголь часто провокує самогубство (Wasserman, 1992). Є дані, що використання інших типів наркотиків може бути так само пов'язане з самогубством, особливо з самогубством тінейджерів і молодих дорослих (Garrison et al., 1993; Marzuk et al., 1992). Так було в крові Курта Кобейна, що він скоїв самогубство 1994 року, виявили високий рівень героїну (Colburn, 1996).

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Як міг би алкоголь чи інші речовини вплинути на суїцидні думки та вчинки? Чи можна було б інакше пояснити взаємозв'язок між суїцидом та споживанням алкоголю? |

**Сцени із сучасного життя**

*Навіть успіх ніби схожий на провал*

Алаздер Клейр досяг у своєму житті багато чого: він був блискучим філософом, якого порівнювали з сером Ісаєм Берліном, він навчався в Оксфорді, отримав престижний приз коледжу. Крім того, він написав роман, співав власні пісні, його телевізійні програми здобули призи та нагороди.

І все-таки того дня, коли книга, над якою він працював кілька років — на додаток до телесеріалу,— мала вийти у світ, професор Клейр наклав на себе руки, стрибнувши на рейки лондонського метро. Як казали його друзі, Клейр більше за смерть боявся того, що скажуть критики про його книгу. (New York Times, May 1, 1996).

Клініцисти пояснюють багато випадків самогубства, зокрема й самогубство професора Клейра, наполегливим і невблаганним перфекціонізмом. Перфекціонізм може навіть людей, які досягають значних успіхів, перетворити на «безжальних критиків самих себе, які бояться надто сильно реагувати на подію, що представляється їм невдачею, і ця вразливість призводить їх до депресії» (Goleman, 1996). Дослідження підтверджує, що люди, схильні до перфекціонізму та депресії, частіше роблять спробу самогубства, ніж люди, які впадають у депресію, але менш стурбовані перфекціонізмом (Hewitt et al., 1997).

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Чому перфекціонізм може бути тісно пов'язаний із суїцидом? Чи є щось у нашому суспільстві, що посилює страх перед невдачею чи недосконалістю, особливо серед дуже успішних людей? |

**Психічні розлади.**

Незважаючи на те, що люди, які намагаються накласти на себе руки, мають проблеми або мають підвищену тривожність, зовсім необов'язково, що вони страждають від психічного розладу, проте більше ніж у половини всіх самогубців такі розлади були (Harris & Barracough, 1997; Moscicki, 1995). У людей із найбільш яскраво вираженою тенденцією до самогубства зустрічаються *розлади настрою* (монополярна або біполярна депресія), *розлади, пов'язані з вживанням алкоголю,* та *шизофренія* (див. таблицю 7.1). У дослідженні робиться висновок, що 15% людей з розладами такого типу намагаються покінчити з життям (Meltzer, 1998; Rossow & Amundsen, 1995). Люди, схильні до депресії і до алкогольної залежності, особливо часто виявляють імпульс до суїциду (Cornelius et al., 1995).

|  |
| --- |
| «Людина, яка переживає напад меланхолії і вбиває себе сьогодні, захотіла б жити, якби зачекала на тиждень». - Вольтер, "Катон", Філософський словник, 1764 |

Ми спостерігали, що у людей із генералізованими депресивними розладами часто з'являються думки про самогубство (див. розділ 6). Ті, хто найбільше загострюється почуття безвиході, найчастіше вчиняють самогубство ( Fawcett et al., 1987). Навіть коли у людей, схильних до депресії, покращується настрій, все одно зберігається високий ризик суїциду. Фактично, у людей із сильною депресією ризик суїциду зростає у міру того, як їхній настрій покращується і вони з більшою енергією знову прагнуть здійснити суїцидні бажання. Сильна депресія також може відігравати ключову роль у суїцидних спробах людей, які страждають на серйозну фізичну хворобу (Henricksson et al., 1995; Brown et al., 1986). Вивчення 44 пацієнтів, які страждають на смертельну хворобу, показало, що менше чверті з них думало про самогубство або бажали передчасно померти, а ті, хто дійсно наклали на себе руки, страждали від сильної депресії (Brown et al., 1986).

Ряд людей, які прийняли алкоголь чи наркотики перед спробою самогубства, давно зловживали цими речовинами (Jones, 1997; Neeleman & Farrell, 1997). Не зовсім ясно, як взаємопов'язані розлади, зумовлені зловживанням алкоголю, та суїцид. Можливо, трагічний стиль життя багатьох людей з таким розладом або їхнє відчуття безвиході призводить до думки про суїцид. Або ж третій чинник — психологічний біль та розпач — може призвести як до думки про випивку та вживання наркотиків, так і до суїцидних думок (Frances & Franklin, 1988). Такі люди можуть поступово опускатися по низхідній спіралі: психологічний біль або відчуття втрати може змусити їх зловживати алкоголем або наркотиками, і в результаті вони починають слідувати патерну зловживань, що посилює, а не вирішує їх проблеми (Downey, 1991; Miller et al., 199)

Люди з шизофренією, як ми побачимо в розділі 12, часто чують неіснуючі голоси (галюцинації) або дотримуються явно хибних і навіть дивних переконань. Існує популярне уявлення, що коли такі люди намагаються вбити себе, вони реагують на уявні голоси, які наказують їм так вчинити, або ілюзії про те, що суїцид є благородним жестом. Все ж таки дослідження показує, що самогубства людей з шизофренією частіше відображають відчуття деморалізації (Krausz et al, 1995; Haas et al., 1993). Наприклад, багато молодих безробітних, які протягом кількох років знову і знову переживають рецидив, починають вірити в те, що цей розлад назавжди зруйнує їхнє життя (Peuskens et al., 1997; Drake, Gates & Cotton, 1986, 1984). Серед таких людей суїцид – головна причина передчасної смерті (Meltzer, 1998).

**Таблиця 7.1. Найбільш поширені фактори, що ведуть до самогубства**

1. Депресивний розлад та деякі типи психічних розладів.

2. Алкоголізм та інші форми зловживання наркотичними речовинами.

3. Суїцидне мислення, розмова, підготовка; відповідні релігійні ідеї.

4. Попередні спроби самогубства.

5. Летальні методи.

6. Ізоляція, життя на самоті, втрата підтримки.

7. Безвихідь, когнітивна ригідність.

8. Літній вік, біла раса, чоловіча стать.

9. Моделювання, самогубство у ній, спадковість.

10. Економічні проблеми чи проблеми на роботі; певні професії

11. Проблеми у шлюбі; сімейна патологія

12. Стрес та стресові фактори.

13. Гнів. Агресія, дратівливість.

14. Фізична хвороба.

15. Повторення та комбінація факторів 1-14

**Моделювання.**

Найчастіше люди, особливо тінейджери, намагаються вчинити самогубство після того, як дивляться або читають про когось ще, хто так вчинив (Phillips et al., 1992; Phillips & Carstensen, 1988). Буває, що ці люди борються із серйозними труднощами та самогубство іншої людини підказує їм вирішення своїх проблем; або вони думають про самогубство та самогубство іншої людини розкріпачує їх або нарешті переконує вчинити цей акт. І в тому і в іншому випадку один акт самогубства є моделлю для інших. Самогубства знаменитостей, самогубства, які здобули популярність, самогубства колег по роботі та навчанні особливо часто провокують нові акти суїциду.

|  |
| --- |
| ***Самогубства знаменитостей.*** Фанатів особливо шокують і засмучують самогубства своїх кумирів, які справляли враження безтурботних і щасливих людей. Смерть Мерилін Монро в 1963 році справила саме таке враження і на короткий час призвела до підвищення самогубств по всій країні. |

***Знаменитості***

Коли дослідник Стівен Стек (Stack, 1987) проаналізував дані про самогубства в США за період з 1948 по 1983 рік, він виявив, що після самогубств зірок естради та політиків, як правило, слідує низка самогубств по всій країні. Наприклад, протягом тижня після самогубства Мерилін Монро у 1963 році рівень самогубств по всій країні зріс на 12% (Phillips, 1974).

***Найбільш відомі випадки***

Якщо самогубство має дивні чи незвичайні аспекти, то новини в ЗМІ, як правило, зосереджуються саме на них. Такі гучні справи провокують аналогічні самогубства (Ishii, 1991). Протягом року після гучного самоспалення в Англії ще 82 людини підпалили себе з таким самим летальним результатом (Ashton & Donnan, 1981). За даними досліджень, у більшості цих людей раніше виникали емоційні проблеми і жодне з цих самогубств не мало жодного політичного підґрунтя і не було пов'язане з гучним випадком. Імітатори, ймовірно, реагували на свої проблеми тим самим способом, що й відомі самогубці, про які вони читали або за якими спостерігали.

Деякі клініцисти вважають, що більш відповідальна інформація могла б знизити лякаючий вплив гучних самогубств (Mulder, 1996; Motto, 1967). Такі повідомлення, наприклад, з'явилися, коли в ЗМІ писали та показували репортажі про самогубство Курта Кобейна з групи Nirvana. На MTV після цієї події з'являлися кліпи з посланням: «Не роби цього!». Тисячі молодих людей дзвонили на MTV та інші радіо- і телевізійні станції через кілька годин після повідомлення про смерть Кобейна, засмучені, стурбовані, при цьому деякі з них навіть хотіли накласти на себе руки. Деякі з теле- та радіостанцій давали телефонні номери центрів із запобігання самогубствам, представляючи інтерв'ю з експертами з самогубств та пропонуючи безпосередню консультацію та пораду тим, хто дзвонив. Ймовірно, завдяки таким заходам нормальний рівень самогубств як у Сіетлі, рідному місті Кобейна, і країною не змінився (Colburn, 1996).

***Колеги по роботі***

Розголос, який слідує після самогубств у школі, на робочих місцях або в маленькому суспільстві, може спровокувати нові спроби самогубства. Після суїциду новобранця в одному з підготовчих центрів ВМФ США там була здійснена ще одна спроба суїциду. Щоб припинити хвилю самогубств, командування підготовчого центру організувало освітню програму суїциду та сесії групової терапії для новобранців, близько знайомих із самогубцями ( Grigg, 1988).

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Які запобіжні заходи чи дії слід вживати мас-медіа та творчим працівникам, коли вони зображують відомі випадки самогубств? |

**Резюме**

Умови життя часто виявляються причиною самогубства. Суїцидальні дії можуть бути викликані нещодавніми стресами, такими як втрата коханої людини або роботи, і тривалими стресовими факторами, наприклад, серйозною хворобою, насильством і жорстокістю оточення, стресами на роботі. Суїциду також можуть передувати зміна настрою або думок, особливо посилення відчуття безвиході або дихотомічне мислення, а також застосування алкоголю або інших видів наркотиків.

Більше половини людей, які роблять спробу самогубства, страждають на психічні розлади, зокрема розлади настрою, розлади, пов'язані зі зловживаннями алкоголем і наркотиками, або шизофренією. Нарешті, багато людей, які намагаються вбити себе, нещодавно помітили або читали про когось ще — наприклад, знамениту людину, яка наклала на себе руки.

|  |
| --- |
| ***Картина суїциду.*** Більшість людей, представляючи самогубство, уявляють собі рішучого чоловіка з пістолетом, схожого на героя картини Алекса Колвілла «Заряджений пістолет і чоловік», 1988. Цей образ досить точний — чоловіки вчиняють самогубство частіше за жінок і, як правило, користуються вогнепальною зброєю. |

**Пояснення суїциду.**

Більшість людей, які стикаються із важкими ситуаціями, ніколи не намагаються вбити себе. Намагаючись зрозуміти, чому деякі люди схильні до суїциду, ніж інші, теоретики запропонували ширші пояснення самодеструктивних дій. Найпоширеніші теорії ґрунтуються на психодинамічній, біологічній та соціокультурній точці зору. Ці пояснення, однак, не зустрічають великої підтримки, і вони не описують усіх типів самогубств. Тож клініцистам нині бракує чіткого розуміння природи суїциду.

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** 1910 року у Відні відбулася перша наукова конференція, присвячена вивченню самогубств. |

**Психодинамічна думка.**

Багато теоретиків психодинамічного напряму вважають, що суїцид виникає через депресію та гнів на інших, який людина спрямовує на самого себе. Цю теорію вперше запропонував Вільгельм Штекель на зустрічі у Відні 1910 року, коли заявив, що «себе вбиває той, хто хотів убити іншу або принаймні бажав смерті іншої людини» (Shneidman, 1979).

Як ми знаємо, Фрейд (1917) і Абрахам (1916, 1911) припустили, що коли люди переживають реальну або символічну втрату коханого, вони несвідомо включають цю людину у свою власну ідентичність і відчувають по відношенню до себе те, що відчували по відношенню до іншого людині (дивися розділ 6). На короткий час негативні почуття до втраченої коханої людини переживаються як ненависть до себе. Гнів по відношенню до коханого може перетворитися на сильний гнів по відношенню до самого себе і нарешті перерости у велику депресію. Суїцид - крайнє вираження такої ненависті до себе. Наступний опис спроби самогубця показує, як прояв цих сил:

*27-річна жінка, яка завжди відрізнялася сумлінністю та відповідальністю, порізала собі зап'ястя ножем, «щоб покарати себе за те, що вона тиранічна, безвідповідальна, егоцентрична та жорстока». Цей випадок подіяв на неї просто приголомшливо і вона відчула сильне полегшення, коли терапевт пояснив, що ці її слова набагато краще описують її нещодавно померлого батька, ніж її саму. (Gill, 1982, р.15).*

Розвиваючи думку Фрейда, дослідники виявили взаємозв'язок між втратами у дитинстві і пізнішими спробами самогубства (Paykel, 1991). В одному з досліджень двохсот історій сімей виявилося, що серед тих, хто намагався накласти на себе руки, набагато частіше зустрічалися люди, які втратили батьків, ніж у контрольній групі людей, які не виявляли схильності до спроб суїциду (Adam, Bouckoms & Streiner, 1982). Зазвичай це була смерть батька і розлучення чи окреме життя батьків, особливо у роки життя чи кінці підліткового віку.

Ближче до кінця своєї наукової діяльності Фрейд припустив, що у людей існує основний інстинкт смерті. Фрейд називав цей інстинкт "Танатос". Танатос суперечить "інстинкту життя". На думку Фрейда, доки більшість людей вчиться спрямовувати свій інстинкт смерті щодо самих себе на інших, люди, схильні до самогубства, потрапляють у мережі гніву на самих себе і спрямовують цей інстинкт прямо на себе (Freud, 1955).

Дані соціологічних досліджень відповідають цьому пояснення суїциду. Виявилося, що рівень суїциду в нації падає у періоди воєн, коли, як можна було б пояснити, людей заохочують спрямовувати енергію саморуйнування проти «ворога». Крім того, у суспільстві з високим рівнем вбивств рівень суїциду досить низький і навпаки (Somasundaram & Rajadurai, 1995). Проте дослідження не встановило, що люди, схильні до суїциду, зазвичай відчувають сильне почуття гніву. Незважаючи на те, що ворожість є важливою складовою частини самогубств, деякі дослідження виявляють, що інші емоційні стани зустрічаються частіше, ніж гнів (Linehan & Nielsen, 1981; Shneidman, 1979).

До кінця життя Фрейд і сам висловлював невдоволення своєю теорією суїциду. Інші теоретики психодинамічного спрямування також протягом багатьох років заперечували його ідеї, проте теми втрати та агресії, спрямованої на самого себе, зазвичай залишаються в центрі їх пояснень (Bose, 1995; Kincel, 1981).

|  |
| --- |
| ***В ім'я інших.*** На думку Еміля Дюркгейма, люди, які навмисно приносять своє життя в жертву іншим, чинять альтруїстичне самогубство. Бетсі Сміт, у якої був трансплантат серця, попередили, що вона швидше за все помре, якщо не перерве вагітність, але вона вважала за краще народити дитину і померти під час пологів. |

**Соціокультурний погляд**

Наприкінці ХІХ століття соціолог Еміль Дюркгейм (1897, 1951) розробив загальну теорію суїцидної поведінки. Сьогодні ця теорія продовжує впливати на вчених. На думку Дюркгейма, ймовірність суїциду визначається тим, наскільки людина прив'язана до таких соціальних груп як сім'я, релігійні інститути та суспільство. Чим сильніший зв'язок людини з цими групами, тим нижча ймовірність суїциду. Навпаки, люди, у яких погані взаємини із суспільством, наражаються на більшу загрозу самогубства. Дюркгейм визначав кілька категорій суїциду, у тому числі *егоїстичний, альтруїстичний* суїцид та суїцид *на ґрунті аномії.*

***Егоїстичний суїцид*** роблять люди, яких суспільство майже чи не контролює. Їх не турбують норми чи правила суспільства, і вони не є частиною соціальної тканини. Відповідно до Дюркгеймом, цей тип суїциду більш властивий ізольованим людям, відчуженим і релігійним. Чим більша кількість таких людей живе в суспільстві, тим вищий рівень суїциду.

***Альтруїстичний суїцид,*** навпаки, чинять люди, які настільки добре інтегруються в суспільстві, що навмисно приносять у жертву своє життя в обмін на благополуччя. Солдати, які кидалися на гранати, щоб врятувати інших, японські пілоти-камікадзе, що віддали життя в повітряних атаках, і буддійські ченці, які протестували проти війни у В'єтнамі і підпалювали себе, - всі вони робили альтруїстичний суїцид. На думку Дюркгейма, суспільство, яке заохочує альтруїстичну смерть і смерть заради збереження власної честі (як це роблять на Далекому Сході), також, ймовірно, має вищий рівень самогубств.

***Суїцид на ґрунті аномії*** *—* це ще одна категорія, запропонована Дюркгеймом, — тип самогубств, який чинять люди, чиє соціальне оточення не надає їм стабільних структур, таких як сім'я та релігія, які б підтримували та надавали життю сенсу. Такий стан суспільства називається *аномією* (буквально «беззаконня»), воно позбавляє його членів відчуття належності.

На відміну від егоїстичного суїциду, який є актом людини, що заперечує структуру суспільства, суїцид на ґрунті аномії — це акт людини, яку принизило неорганізоване, неадекватне суспільство, що переживає занепад.

***Егоїстичний суїцид*** *— самогубство, яке чиниться людьми, які зовсім або майже неконтрольовані суспільством, людьми, яких не хвилюють громадські правила чи норми.*

***Альтруїстичне самогубство*** *— самогубство, яке чиниться людьми, які навмисно приносять своє життя в жертву суспільному благу.*

***Суїцид на ґрунті аномії*** *— самогубство, яке вчиняють люди, соціальне оточення якого не надає їм стабільності і не формує в них почуття приналежності.*

Дюркгейм вважав, що коли суспільство переживає період аномії, то рівень самогубств зростає. Історичні тенденції підтримують цю думку. Періоди економічної депресії можуть принести країну аномію й у такий час рівень самогубств у нації збільшується (Yang et al., 1992; Lester, 1991). Періоди, коли змінюється склад населення і спостерігається велике приплив іммігрантів, також привносить у суспільство стан аномії, і знову рівень самогубств зростає (Ferrada et al., 1995; Stack, 1981).

|  |
| --- |
| «Немає благородніше печалі, ніж горе про втрату батьківщини». - Евріпід "Медея", 421 н.е. |

Набагато частіше до суїциду, викликаного аномією, наводить серйозна зміна у безпосередньому оточенні людини, а не суспільні проблеми. Наприклад, люди, які раптово отримують багато грошей, проходять періоди аномії в міру того, як змінюються їхні стосунки із соціальними, економічними та професійними структурами. Таким чином, Дюркгейм передбачив, що у суспільстві з більшими можливостями змін індивідуального добробуту чи статусу спостерігатиметься вищий рівень самогубств; це передбачення також підтверджується дослідженнями (Lester, 1985).

Теорія суїциду Дюркгейма виділяє важливість соціальних та суспільних факторів. Незважаючи на те, що сьогоднішні соціокультурні теоретики не завжди повністю приймають ідеї Дюркгейма, більшість визнає, що структура суспільства та культурний стрес відіграють велику роль у зростанні самогубств. Насправді така соціокультурна думка переважає у вивченні суїциду. Ми спостерігали цей вплив раніше, коли писали про дослідження, що пов'язувало суїцид із загальними факторами, такими як релігійна афіліація, сімейний статус, ґендер, раса та соціальний стрес. Цей вплив проявиться і тоді, коли ми торкнемося взаємозв'язку між суїцидом та віком.

Незважаючи на вплив соціокультурних теорій, вони не можуть самі пояснити, чому деякі люди, які переживають соціальний тиск, чинять самогубство, тоді як більшість цього не робить. Дюркгейм і зробив висновок у тому, що остаточне пояснення, мабуть, включає взаємодію між соціокультурними і особистісними чинниками.

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** США щороку відбувається більше самогубств (29 000), ніж убивств (26 000). |

**Біологічна думка.**

Протягом багатьох років дослідники здебільшого спиралися на вивчення виховання в сім'ї, щоб підтримати свою думку про те, що на суїцидну поведінку впливають біологічні фактори. Вони постійно виявляли найвищий рівень самогубства серед батьків та близьких родичів самогубців, ніж у сім'ях, члени яких не намагалися накласти на себе руки (Brent et al., 1996). Грунтуючись на таких даних, можна дійти невтішного висновку, що тут спрацьовують генетичні чинники (Roy, 1992; Garfinkel, Froese & Golombek, 1979).

Дослідження близнюків також підтверджують це уявлення про самогубство. Дослідники, які вивчали близнюків, що народилися в Данії між 1870 і 1920 роками, виявили 19 пар однояйцевих близнюків і 58 пар різнояйцевих близнюків, у яких принаймні один із близнюків скоїв самогубство (Juel-Nielsen & Videbech, 1970). У чотирьох ідентичних парах другий близнюк також чинив самогубство (21%), при цьому жоден із різнояйцевих близнюків у парі не повторював самогубства.

Як і в сімейному вихованні та дослідженні близнюків, ці дані не обов'язково інтерпретувати з погляду біології. Клініцисти психодинамічного спрямування можуть заперечити, що діти, чиї близькі родичі вчиняють самогубство, схильні до депресії та суїциду, тому що вони втратили кохану людину в критичну стадію розвитку. Теоретики психодинаміки могли б наголосити на моделюючій ролі, яку відіграють батьки або близькі родичі тих, хто намагається вчинити самогубство.

Минулого десятиліття лабораторні дослідження запропонували більш конкретне підтвердження біологічної точки зору на суїцид. У людей, які вчиняють самогубство, виявляється низький рівень активності нейротрансмітера *серотоніну* (Mann & Malone, 1997; Stanley, 1991). Перший натяк на цю взаємозв'язок виник дослідження психіатра Мері Асберг та її колег ( Asberg et al., 1976). Вони вивчили 68 пацієнтів, які страждають на депресію, і виявили, що у 20 пацієнтів особливо низький рівень серотоніну. Виявилося, що 40% людей зі зниженим рівнем серотоніну намагалися чинити самогубства, а серед піддослідних з високим рівнем серотоніну намагалися накласти на себе руки всього 15%. Дослідники інтерпретували так, що низький рівень активності серотоніну може бути «визначальним фактором в акті самогубства». Пізніші дослідження виявили, що люди з низькою активністю серотоніну, які невдало намагалися вчинити самогубство, у десять разів частіше повторюють спробу і кінчають із життям, ніж люди з великою активністю серотоніну (Roy, 1992; Asberg et al., 1976).

На перший погляд, ці дослідження можуть сказати нам лише те, що багато людей, які впадають у депресію, намагаються накласти на себе руки. Крім того, депресія сама по собі пов'язана з низьким рівнем активності серотоніну. З іншого боку, є докази низького рівня активності серотоніну навіть серед піддослідних, схильних до суїциду, які не мали депресії (Van Praag, 1983; Brown et al., 1982). Це низький рівень активності серотоніну, мабуть, відіграє роль при самогубстві, незалежно від депресії.

Як може низька активність серотоніну посилити ймовірність суїцидної поведінки? Можливо, має значення та агресивність (Linnoila & Virkkunen, 1992). Наприклад, було виявлено, що активність серотоніну нижча у агресивних чоловіків, ніж у не агресивних (Brown et al., 1992, 1979), і що активність серотоніну частіше нижча у тих, хто робить такі агресивні вчинки, як підпал або вбивство (Bourgeois, 1991). Подібні дані припускають, що низька активність серотоніну сприяє появі агресивних почуттів та імпульсивної поведінки (Volavka, 1995; Bourgois, 1991). У людей у стані клінічної депресії низький рівень серотоніну може призводити до агресивних та імпульсивних тенденцій, які роблять їх особливо схильними до думок про самогубство та дії. Навіть за відсутності депресивного розладу у людей з низькою активністю серотоніну виникають сильні агресивні почуття, тому ці люди починають становити небезпеку для себе і для інших.

**Резюме**

Основні пояснення самогубства будуються на психодинамічній, соціокультурній та біологічній моделі. Кожне їх лише частково підтверджується практичними дослідженнями. Теоретики психодинаміки стверджують, що самогубство, як правило, виникає з депресії та гніву людини, спрямованої на самого себе. Соціокультурна теорія Еміля Дюркгейма включає три категорії самогубства, засновані на взаємовідносинах людини і суспільства: егоїстичне самогубство, альтруїстичне самогубство та самогубство на ґрунті аномії. Теоретики біології вважають, що активність нейротрансмітера серотоніну особливо знижена у людей, які вчиняють самогубство.

**Самогубства у різних вікових групах.**

Імовірність скоєння самогубства, як правило, з віком збільшується, незважаючи на те, що спробувати вбити себе можуть люди різного віку (див. рис. 7.3). Останнім часом клініцисти особливу увагу приділили самодеструктивній поведінці у трьох вікових групах: серед дітей, підлітків та людей похилого віку. Незважаючи на те, що всі характеристики та теорії, що пояснюють суїцид, що розглядалися в цьому розділі, можна застосувати до всіх вікових груп, кожна група стикається зі своїми унікальними проблемами, які можуть відігравати ключову роль в акті самогубства її членів.

**Малюнок 7.3. Зміна рівня самогубств протягом кількох років.** Рівень самогубств людей похилого віку загалом знижується протягом півстоліття, а рівень самогубств молоді, навпаки, зростає. Все ж літні люди, як і раніше, ризикують покінчити життя самогубством (Адаптовано з McIntosh, 1996, 1991, 1987).

**Патологія та мистецтво**

*Самогубство у сім'ї*

1 липня 1996 року фотомодель і актриса Марго Хемінгуей наклала на себе руки, прийнявши велику дозу барбітуратів. Вона була п'ятою людиною з чотирьох поколінь членів сім'ї, які наклали на себе руки. Її смерть настала майже через 35 років з того дня, як наклав на себе руки її знаменитий батько, романіст Ернест Хемінгуей, (праворуч), який застрелив себе. Він перебував у сильній депресії через прогресуючу хворобу і відмовився переносити лікування електрошоковою терапією.

Марго Хемінгуей страждала від сильної депресії, алкоголізму та булімії. У 70-ті вона зробила дуже успішну кар'єру моделі та актриси, за останні роки її робота полягала в основному в рекламі та участі в малобюджетних фільмах. Як казали її друзі, вона протягом кількох років намагалася впоратися зі своїми стражданнями та проблемами. «Мене вчили, що це по-хемінгуеївськи, зносити удари і стоїчно терпіти їх».

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Самогубства іноді стають характерними цілих сімей. Чому це може статися? Серед багатьох сімей у пам'яті виникає приклад сім'ї Хемінгуея. Які проблеми та питання може викликати такий спогад у будь-якої людини і як вона може вплинути на її життя? |

**Діти.**

Незважаючи на те, що самогубства серед дітей трапляються порівняно рідко, за останні кілька років рівень дитячих самогубств збільшився. Приблизно 300 дітей віком до 14 років у США нині роблять самогубство щороку — близько 0.5 на 100 000 у цій віковій групі, цей рівень майже 800 % вище, ніж у 1950 року (Stillion & McDowell, 1996; NCHS, 1993). Хлопчики перевершують дівчаток у співвідношенні 3:1. Крім того, щороку до лікарень потрапляє 12 000 дітей за навмисне деструктивні акти, наприклад, нанесення колотих ран, порізи, опіки, передозування ліків або стрибки з висоти.

В одному дослідженні спроб самогубства дітей було виявлено, що більшість із них приймає надто велику кількість ліків будинку, половина живе тільки з одним з батьків і чверть вже намагалася накласти на себе руки раніше (Kienhorst et al., 1987). За результатами останніх досліджень діти все частіше застосовують пістолети, коли намагаються накласти на себе руки (Cytryn & McKnew, 1986).

Дослідники виявили, що спробам суїциду у маленьких дітей передують втеча з дому, тенденція потрапляти в аварії, прагнення прикидатися, спалахи роздратування, уникнення спілкування та самотність, загострена чутливість до критики, нетерпимість до фрустрації, похмурі фантазії та мрії самогубству (Cytryn & McKnew, 1996; McGuire, 1982). Дослідження пов'язують дитячий суїцид з нещодавньою чи майбутньою втратою коханої людини, стресом у сім'ї та безробіттям батьків, жорстоким поводженням батьків та клінічним рівнем депресії (Cytryn & McKnew, 1996; Pfeffer et al., 1993).

Більшості людей важко повірити, що діти повністю розуміють значення акта самогубства. Вони вважають, що оскільки мислення дитини обмежене, діти, які роблять спроби самогубства, потрапляють у категорію Шнейдермана, які «ігнорують смерть», як, наприклад, Біллі, який прагнув приєднатися у своїй матері на небесах (Fasko & Fasko, 1991). Багато самогубств дітей, однак, здається, ґрунтуються на чіткому розумінні смерті і на бажанні померти (Carbon et al., 1994; Pfeffer, 1993, 1986). Крім того, суїцидний тип мислення більш поширений у нормальних дітей, ніж вважає більшість людей (Kovacs et al., 1993; Pfeffer et al., 1984). Клінічні інтерв'ю зі школярами виявляють, що 6-33 % їх думали про суїцид (Culp, Clyman & Culp, 1995; Jacobsen et al., 1994).

**Підлітки та молодь.**

*Дорога мама, тато та всі інші. Вибачте мене за те, що я зробив, але я любив вас усіх і любитиму вас завжди, вічно. Будь ласка, будь ласка, будь ласка, не звинувачуйте себе за це. Це все була моя вина, не ваша чи когось іншого. Якби я не зробив це зараз, я би зробив це пізніше. Ми всі помремо коли-небудь, я просто помер раніше.*

*Люблю вас, Джон (Berman, 1986)*

Самогубство 17-річного Джона було звичайним випадком. Понад 2000 тінейджерів, або 11 з кожних 100 тисяч, скоюють самогубство в США щороку і 250 тисяч тінейджерів роблять спробу накласти на себе руки (NCHS, 1991; US. Bureau of the Census, 1990). Через те, що молоді люди рідко страждають на тяжкі або смертельні захворювання, самогубство стало третьою основною причиною смертності в цій віковій групі після нещасних випадків і вбивств (Dickstra et al., 1995; Berman, 1986). Більше того, за результатами опитування, половина всіх тінейджерів зізналися в тому, що їм спадали на думку про суїцид (Diekstra et al., 1995).

Незважаючи на те, що молоді білі американці схильніші до суїциду, ніж афроамериканці, показники самогубств у цих двох групах вирівнюються (Berman, 1986). Така тенденція, ймовірно, відображає рівною мірою зростаючий тиск і на тих, і на інших. Наприклад, у коледжі та в тих та в інших групах існує сильна конкуренція за гарну успішність та можливості. Показники самогубств серед молодих афроамериканців, що збільшуються, можуть відображати і зростання безробіття серед них, це може бути наслідком численних тривог міського життя і люті, яку відчувають багато молодих афроамериканців через расову нерівність у нашому суспільстві (Lipschitz, 1995; Hendin, 19).

Близько половини самогубств тінейджерів, як і суїциди людей з інших вікових груп, пов'язані з клінічною депресією, низькою самооцінкою та відчуттям безнадійності, проте багато тінейджерів, які намагаються вбити себе, мабуть, борються з гнівом та імпульсивністю (Harter & Marold, 19; Kashden et al., 1993). Крім того, підлітки, які думають про самогубство або намагаються його вчинити, часто перебувають у стані сильного стресу (de Man et al., 1992; de Wilde et al., 1992), багато хто з них переживає тривалий стрес, наприклад, втрату батьків або погані відносини з ними, сімейні конфлікти, неадекватні взаємини з однолітками та соціальну ізоляцію (Garnefski & Diekstra, 1997; Diekstra et al., 1995). Їхні дії також можуть бути зумовлені більш безпосереднім стресом, наприклад, безробіттям батьків, фінансовими труднощами в сім'ї або проблемами з подругою чи другом.

|  |
| --- |
| ***Навчальний стрес.*** Інтенсивне навчання та тестування в японській освітній системі у багатьох студентів викликають високий рівень стресу. Школярі у цьому класі проходять заняття у спеціальному літньому таборі, де їм допомагають відновити сили. При цьому підлітки отримують додаткові уроки та складають іспити протягом 11 годин на день. |

Стрес у школі — найпоширеніша проблема серед тінейджерів, які роблять спробу самогубства (Але et al, 1995; Brent et al, 1988). У деяких школярів виникають проблеми успішності, а інші школярі, з високими оцінками, навпаки, відчувають стрес через те, що їм треба бути кращими за інших і залишатися першими в класі. (Delisle, 1986; Leroux, 1986).

Деякі теоретики вважають, що період юності сам собою створює стресовий клімат, у якому найімовірніше здійснення спроби суїциду (Harter & Marold, 1994; Maris, 1986). Юність — це період швидкого зростання, і в нашому суспільстві він часто пов'язаний із конфліктами, відчуттям депресії, напругою та проблемами у школі та вдома. Підлітки, як правило, більш чутливо, більш сердито, драматично та імпульсивно реагують на події, ніж люди з інших вікових груп; таким чином, ймовірність актів суїциду за часів стресу зростає (Kaplan, 1984; Taylor & Stansfild, 1984). Нарешті, навіюваність підлітків і їхнє прагнення наслідувати інших, у тому числі тих, хто намагається накласти на себе руки, може створити грунт для суїциду (Hazell & Lewin, 1993; Berman, 1986). В одному дослідженні було виявлено, що 93% підлітків, які намагалися накласти на себе руки, виявилися знайомими з кимось, хто вже робив спробу самогубства (Conrad, 1992).

|  |
| --- |
| «Некеровані пристрасті — здебільшого просто божевілля». - Томас Гоббс, "Левіафан" |

Найчастіше спроби тінейджерів накласти на себе руки невдалими — пропорція тут може бути 100:1. (Diekstra et al., 1995). Це надзвичайно велика кількість безуспішних спроб самогубства може означати, що тінейджери діють не так рішуче, як старші люди. Здійснюючи суїцидальні спроби, деякі з підлітків дійсно бажають померти, тоді як багато хто просто хоче дати зрозуміти іншим, в якій відчайдушній ситуації вони перебувають, як їм потрібна допомога, або хочуть подати навколишнім урок (Hawton, 1986; Hawton et al., 1982). Менше половини тінейджерів, які роблять спробу самогубства, надалі намагаються знову накласти на себе руки, і з них лише 14% врешті-решт гинуть (Diekstra et al., 1995; Diekstra, 1989).

У країнах усього світу рівень самогубства молоді не лише високий, а ще й збільшується. У цілому нині, з 1955 року рівень самогубств молоді зріс більш як удвічі, як і рівень самогубств молодих дорослих (McIntosh, 1996, 1991; US Bureau of the census, 1994, 1990). Пропонувалися деякі теорії, здебільшого вказувалося на соціальні зміни, що пояснюють це драматичне зростання. По-перше, у міру того, як кількість і пропорція тінейджерів і молодих дорослих у загальній кількості населення продовжує зростати, у ній посилюється конкуренція за роботу, навчання в коледжі, академічні та спортивні досягнення, і разом з цим у багатьох руйнуються мрії та не задовольняються амбіції. (Holinger & Offer, 1993, 1991, 1982). Інші пояснення вказують на ослаблення зв'язків у сім'ї, що призводить до почуття відчуження та відкидання у багатьох сучасних молодих людей, зростає доступність наркотиків, і багато молодих дорослих людей і тінейджерів відчувають тиск середовища, що провокує їх скористатися наркотиками (Jones, 1997; de Man & Leduc; , 1995). При проведенні двох досліджень було виявлено, що 70% тінейджерів, які намагалися накласти на себе руки, тією чи іншою мірою зловживали наркотиками або алкоголем (Miller et al., 1991; Shafii et al., 1985).

Мас-медіа, які повідомляють про спроби суїциду серед тінейджерів та молодих дорослих, можуть також впливати на зростання суїциду серед молоді (Myatt & Greenblatt, 1993; Gould et al., 1990). Детальні репортажі та описи суїциду тінейджерів, які останніми роками пропонують мас-медіа та художні твори (кінофільми та література), служать моделлю для молодих людей, які подумують про те, щоб накласти на себе руки. Після того як у 1987 році в місті Нью-Джерсі сталося групове самогубство чотирьох підлітків (про цей випадок багато писали і говорили в пресі), десятки тінейджерів у США наслідували їх приклад (принаймні 12 випадків закінчилося летальним кінцем), а двоє з них наклали на себе руки в тому ж гаражі всього через тиждень.

**Літні.**

У західному суспільстві люди похилого віку частіше роблять самогубство, ніж представники будь-якої іншої вікової групи (Osgood & Eisenhandler, 1995) (див. рис. 7.1 і 7.3). Близько 19 з кожних 100 тисяч чоловік у віці старше 65 у США кінчають із собою (McIntosh, 1995, 1992). Самогубство літніх у 80-ті роки у США становило понад 19 % від кількості всіх самогубств, проте це лише 12 % від загальної кількості населення (McIntosh, 1992).

Багато чинників впливають такий великий показник самогубств (Hepple & Quinton, 1997; Canetto, 1995). У міру того, як люди стають старшими, вони все частіше хворіють, втрачають близьких друзів та родичів, втрачають контроль свого життя та суспільний статус. Літні часто відчувають безвихідь, самотність чи депресію, і тому природно серед них зростає ймовірність самогубства. Як показало одне з досліджень, 44% людей похилого віку, які чинили самогубства, робили це через страх, що їх помістять у будинок для людей похилого віку (Loebel et al., 1991). Рівень самогубств серед людей похилого віку, недавно втратили чоловіка чи дружину, також надзвичайно високий (Li, 1995; McIntosh, 1995, 1992).

Літні люди роблять більш рішучі спроби, ніж молоді самогубці, і тому вони частіше успішно кінчають із собою (McIntosh, 1992, 1987). Очевидно, що один з кожних чотирьох людей похилого віку, які роблять спробу самогубства, досягає успіху. Враховуючи рішучість літніх та їх поганий фізичний стан, багато хто наполягає, що людям похилого віку, які хочуть померти і ясно мислять, треба дозволити здійснити своє бажання. Проте клінічна депресія, мабуть, відіграє істотну роль у такого роду самогубствах, оскільки вона є причиною більш ніж 60 % самогубств. Тому можна дійти невтішного висновку, що людей похилого віку більше, ніж інших, слід лікувати від депресивних розладів ( Cattell & Jolley, 1995; McIntosh, 1995).

|  |
| --- |
| «Старощі більше треба боятися, ніж смерті». - Ювенал, «Сатири» XI |

Рівень суїциду серед людей похилого віку набагато нижчий, ніж у деяких національних меншинах. Попри те що, що з корінних американців найвищий рівень самогубств, наприклад, рівень самогубств серед літніх корінних американців досить низький (McIntosh & Santos, 1982). Корінні американці високо цінують літніх людей, їх мудрість і досвід, накопичений за багато років, і можливо, рівень самогубств серед них порівняно низький (McIntosh & Santos, 1982). Навпаки, літні білі американці оцінюються суспільством досить негативно (Butler, 1975).

Так само рівень самогубств становить лише третину серед літніх афроамериканців, проти літніми білими американцями (McIntosh, 1992). Одне з пояснень такого низького рівня самогубств — безліч стресових чинників, які діють афроамериканців, коли «виживає лише сильний» (Seiden, 1981). Ті, хто доживає до похилого віку, подолали багато труднощів і, як правило, пишаються тим, чого досягли. Так як для білих американців дожити до сивого волосся само по собі не є якимось особливим досягненням, то у них складається інша установка по відношенню до життя та старості. Можна ще припустити, що літні афроамериканці успішніше справляються з люттю, що штовхає самогубство молодих афроамериканців.

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** У минулому до тіла самогубців ставилися з повагою. Аж до 1811 року в Англії був звичай ховати жертву вночі на перехресті з устромленим у серце колом. У Франції та в Англії у XVIII столітті труп волочили вулицями вниз головою на дерев'яному візку, як злочинців на місце страти (Roesch, 1991; vans & Farberow, 1988). |

**Сцени із сучасного життя**

*Право на самогубство*

Восени 1989 року лікар із Мічигану Джек Кеворкян зробив «апарат для самогубства». Людина, яка скористалася ним, могла, доторкнувшись до кнопки, замінити фізіологічний розчин, що вводиться у вени, на речовини, які приводять пацієнта в несвідомий стан і викликають смерть. Наступного року в червні місіс Адкінс за допомогою лікаря наклала на себе руки. Вона залишила записку з поясненням: «Це рішення я ухвалила в нормальному стані розуму і все обміркувала. Я маю хворобу Альцгеймера, і я не хочу, щоб вона розвивалася далі. Я не хочу наражати себе і свою сім'ю на муки, пов'язані з цією жахливою хворобою». Місіс Адкінс вважала, що вона має право вибирати смерть і що її вибір розумний. Чоловік хворий підтримав її рішення. Доктор Кеворкян вважає, що «апарат» може надати цінну допомогу людині, яка має повну підставу для самогубства. Влада Мічигана, проте, відразу ж заборонила використовувати цей пристрій. (Адаптовано з Belkin, 1990; Malcolm, 1990).

Чи справді люди мають право вчиняти самогубство, чи суспільство має зупинити цей акт (Clay, 1997; West, 1993)? Судові битви доктора Кеворкяна, які тривають досі, змусили багатьох людей задаватися тими самими питаннями.

Стародавні греки цінували фізичне та психічне добробут у житті та гідність у смерті. Тому людям із серйозною хворобою чи психічними стражданнями дозволялося вчинити самогубство. Афіняни могли отримати спеціальний дозвіл ареопагу і покінчити з життям, з цією метою архонти давали їм сік цикути (Humphry & Wickett, 1986).

Навпаки, американська традиція не заохочує суїцид і апелює до святості життя (Eser, 1981). Ми говоримо про «вчинення» самогубства, начебто це був злочин (Barrington, 1980), і дозволяємо державі використати силу, у тому числі й примусове лікування в психіатричних установах, щоб запобігти цьому акту (Grisez & Boyle, 1979). Однак часи та установки змінюються. Сьогодні ідеї про «право на самогубство» та «розумне самогубство» отримують все більше підтримки громадськості, психотерапевтів та лікарів. Фактично, як дозволяють зробити висновок дослідження, половина сучасних лікарів вважає, що самогубство у деяких випадках може бути розумним (Duberstein et al., 1995).

Громадська підтримка права на суїцид виявляється сильнішою, коли йдеться про сильний біль і смертельну хворобу (Werth, 1996; Siegel, 1988). За даними опитувань близько половини або більше американців вважає, що смертельно хворі люди повинні мати право накласти на себе руки або скористатися допомогою лікаря для того, щоб убити себе (Drane, 1995; Duberstein et al., 1995). Є свідчення того, що лікарі та пацієнти діють, ґрунтуючись на цих переконаннях. Нещодавнє дослідження 118 лікарів, спеціалістів зі СНІДу, у Сан-Франциско показало, що половина респондентів допомагали пацієнтам вчинити самогубство, прописавши їм смертельну дозу наркотиків (Slome et al., 1997).

Закон традиційно підтверджує право людини на власний вибір (Miesel, 1989), а деякі люди вважають, що ця концепція тягнеться на «право на свободу», що виправдовує самогубство (Siegel, 1988; Battin, 1982). Інші розглядають суїцид як «природне право», яке можна порівняти з правом на життя, власність і свободу слова (Battin, 1982). Більшість цих людей, однак, обмежили б таке право тими ситуаціями, коли акт суїциду справді «розумний», тобто подібний вибір робиться тільки, коли життя перестає бути збагачуючим і задовольняючим (Weir, 1992; Eser, 1981). Більшість не відповідно до того, що самогубство можна в «ірраціональних» випадках, тобто мотивованих психічними розладами, наприклад депресією (Clay, 1997; Weir, 1992; Battin, 1982, 1980).

Виявляється все ж, що навіть при тяжкій хворобі важко визначити, чи є бажання людини накласти на себе руки розумним. Чи можна вважати відчуття безвиході хворої на СНІД людини реалістичною чи це симптом депресії? Деякі дослідження припускають, що акти самогубства пацієнтів хворих на рак та СНІД часто відбуваються під впливом психологічних та соціальних дистресів (Breibart, Rosenfeld & Passik, 1996). Половина або більше таких пацієнтів, які намагалися накласти на себе руки, можливо, страждає від клінічної депресії (Chochinov et al, 1995; Brown et al., 1986). Очевидно, що необхідно правильно оцінити депресію, якщо право на смерть стане легальним (Werth & Cobia, 1995). У деяких випадках може бути корисніше допомогти пацієнтам впоратися зі смертельною хворобою, ніж дозволити їм накласти на себе руки (Sullivan & Younger, 1994; Van Bommel, 1992).

Деякі клініцисти також стурбовані тим, що люди можуть інтерпретувати право на самогубство скоріше як "обов'язок померти", ніж остаточну свободу (Seale & Addington-Hall, 1995). Літні люди можуть вважати себе егоїстичними, якщо будуть чекати, що родичі підтримають їх і дбатимуть, тоді як у них буде схвалена суспільством можливість накласти на себе руки (Sherlock, 1983). Насправді, багатьом вже здається, що вони занадто старі і стають тягарем своєї сім'ї ( Breitbart et al., 1996; Seale & Addigton-Hall, 1995).

Нарешті, якщо самогубство буде виправдано і визнано розумним, як підкреслюють деякі, то вимушену евтаназію і вбивство новонародженого теж легко виправдати (Annas, 1993; Battin, 1982). У міру того як догляд за смертельно хворими людьми стає дедалі дорожчим, то чи це непомітно стимулюватиме суїцид серед бідних і незаможних верств населення? Чи може допомога при скоєнні самогубства стати формою контролю витрат на медичне обслуговування (SHHV Task Force, 1995)? У Нідерландах, де узаконено допомогу в самогубстві та евтаназію, але принаймні в одному з тисячі випадків лікарі «припиняють життя пацієнта без явно вираженого прохання» (вимушена евтаназія) (Hendin, 1995; Seale & Addington-Hall, 1995).

Як вирішуються ці питання? Проблему розуміння та запобігання суїциду ще доведеться вирішити в майбутньому, а також питання про те, де і коли нам слід відсторонитися і нічого не робити. Яку б позицію людина не займала, бажання накласти на себе руки — це життєво важливе питання.

**Резюме**

Імовірність, патерни та причини самогубства варіюються залежно від віку.

Самогубства серед дітей зустрічаються рідко, хоча останні кілька десятиліть їх кількість дещо зросла.

Підліткові самогубства – серед тінейджерів зростає кількість самогубців. Особливо багато спроб самогубства відбувається саме серед представників цієї вікової групи. Самогубства серед підлітків пов'язані з клінічною депресією, гнівом, імпульсивністю, великим стресом і просто зумовлений способом життя підлітка. Зростаючий рівень самогубств серед підлітків і молодих дорослих може бути пов'язаний з зростаючим числом і пропорцією цих молодих людей у загальній кількості населення, ослабленням сімейних зв'язків, доступністю і частим вживанням наркотиків серед молодих і широким висвітленням у пресі спроб суїциду серед молодих.

|  |
| --- |
| ***Повага до людей похилого віку.*** Люди похилого віку високо цінуються в багатьох традиційних суспільствах, оскільки вони зберігають накопичені знання. Тому невипадково самогубства серед літніх у цих культурах менш поширені, ніж у багатьох індустріальних країнах. |

Самогубства людей похилого віку — у західному суспільстві літні частіше скоюють самогубства, ніж люди з будь-якої іншої вікової групи. Втрата здоров'я, друзів, контролю та статусу може призвести до відчуття безвиході, самотності чи депресії. Рівень суїциду серед літніх у США нижчий у деяких меншинах, ймовірно, через різницю в установках по відношенню до літніх у цих групах.

**Терапія та суїцид.**

Терапія людей із суїцидними нахилами поділяється на дві великі категорії: терапія *після скоєння спроби самогубства* та *попередження суїциду.* Терапію також проходять родичі та друзі самогубці, у яких можуть після спроби суїциду виникнути сильні почуття втрати, провини та гніву. Ми в нашому огляді обмежимося розглядом терапії безпосередньо людей із суїцидними нахилами (Moore & Freeman, 1995; Sapsford, 1995).

**Терапія після спроби самогубства.**

Після спроби самогубства більшість жертв потребує медичного піклування. У деяких самогубців залишаються серйозні каліцтва, їхньому мозку завдаються пошкодження, і у них виникають інші медичні проблеми. Як тільки фізичне каліцтво заліковано, можна приступати до психотерапії та застосування лікарських препаратів. Пацієнт може залишатися в лікарні на час лікування або жити вдома і лише приходити до лікарні курс терапії.

На жаль, навіть після спроб самогубства більшість людей із суїцидними нахилами відмовляються від тривалого курсу психотерапії. У випадковій вибірці кількох сотень тінейджерів виявилося, що принаймні 9% їх робили одну спробу самогубства і лише половина їх згодом пройшла психологічне лікування (Harkavy & Asnis, 1985). У деяких випадках винні виявляються самі психотерапевти, а іноді люди, які намагалися накласти на себе руки, відмовляються від терапії. В одному дослідженні підлітків, які намагалися накласти на себе руки, виявилося, що 40% не проходило згодом терапевтичний курс (Piacentini et al., 1995).

Мета терапії підтримати людей, допомогти їм досягти несуїцидного стану свідомості та показати ефективніші методи боротьби зі стресом (Shneidman, 1993; Moller, 1990). При цьому застосовуються різні типи терапії, у тому числі медикаментозна, психодинамічна, когнітивна, групова та сімейна терапія (Berman & Jobes, 1995, 1991; Canetto, 1995). Очевидно, терапія допомагає. Дослідження показують, що 30% тих, хто намагався накласти на себе руки і не пройшов лікування, намагаються вчинити самогубство знову, порівняно з 16% пацієнтів, які пройшли курс терапії ( Nordstrom, Samuelsson & Asberg, 1995; Allard et al., 1992). Неясно, однак, який метод терапії ефективніший за інших (Canetto, 1995; Salkovskis et al., 1990).

|  |
| --- |
| "Бути чи не бути: ось у чому питання..." - Вільям Шекспір, "Гамлет" |

**Попередження суїциду.**

За останні тридцять років як у Північній Америці, так і в Західній Європі акцент змістився від лікування наслідків спроб суїциду до його попередження (Rihmer et al., 1995; Tanney, 1995). У деяких відносинах така зміна цілком доречна: терапевти мають останню можливість утримати багатьох потенційних самогубців від спроби суїциду і зберегти їм життя.

У 1955 році в Лос-Анджелесі в США почалася перша програма із запобігання самогубствам; перша така ж програма в Англії під назвою «Самаритяни» розпочалася у 1953 році. У США зараз є понад 200 центрів із запобігання самогубствам та понад 100 таких центрів в Англії, і їх кількість продовжує зростати. (Lesler, 1989; Roberts, 1979). Крім того, серед інших видів послуг у багатьох центрах психічного здоров'я, у службах невідкладної допомоги, у сільських консультаційних центрах та в центрах токсикологічного контролю тепер серед послуг є й програми із запобігання самогубствам.

У США в даний час є більше 1000 гарячих ліній для людей, які збираються покінчити з життям, - це цілодобові телефонні служби (Garland, Shaffer & Whittle, 1989). Ті, хто дзвонять у ці служби, спілкуються з консультантом, як правило, напівпрофесіоналом, фахівцем, навченим консультуванням, але не мають диплома, який працює під наглядом професіонала-психіатра (Neimeyer & Bonnelle, 1997).

***Програма із запобігання суїциду*** *— програма, в якій робиться спроба виявити людей, які можуть спробувати накласти на себе руки і цим людям пропонують кризове втручання.*

У програмах із запобігання суїциду та на гарячих лініях з потенційними самогубцями звертаються як людьми в кризовій ситуації — тобто тими, хто відчуває сильний стрес, нездатний з ним упоратися, які відчувають, що їм загрожують чи завдають біль, чи інтерпретують свою ситуацію як таку, яку неможливо змінити. Ці програми пропонують кризове втручання: вони намагаються допомогти людям, схильним до суїциду, об'єктивніше оцінити свою ситуацію, їх вчать приймати розумніші рішення, діяти конструктивно та долати свою кризу (Frankish, 1994). Оскільки кризи трапляються у людей у будь-який час, центри, в яких проводяться ці програми, дають інформацію про свої гарячі лінії та завжди приймають тих, хто приходить без запису та попередньої домовленості.

***Кризове втручання*** *— метод лікування, за якого робиться спроба допомогти людям у стані психологічної кризи точніше поглянути на свою ситуацію, прийняти ефективніше рішення та діяти більш конструктивно щодо подолання кризи.*

Хоча центри і різняться між собою, метод, застосовуваний Лос-Анджелеським центром для запобігання суїциду, відображає цілі та методики багатьох подібних організацій (Litman, 1995; Maris & Silverman, 1995). Під час першого контакту перед консультантом стоїть кілька завдань (Shneidman & Farberow, 1968):

*Встановити позитивні взаємини:* оскільки ті, хто зателефонував, повинні довіряти консультантам, якщо вони збираються дотримуватися їх пропозицій, консультанти намагаються встановити позитивний тон дискусії. Вони говорять тим, хто зателефонував, що вони слухають, розуміють, що їх цікавить усе, що їм говорять, що вони не засуджують того, хто зателефонував, і з ними завжди можна буде зв'язатися.

*Розуміння та прояснення проблеми:* консультанти спершу самі намагаються зрозуміти характер даного кризового стану і потім допомагають людині так само чітко та конструктивно зрозуміти її. Консультанти намагаються допомогти тим, хто дзвонить, побачити головні проблеми і зрозуміти всю короткочасну природу їхньої кризи, вони допомагають знайти інший вихід із ситуації, крім суїциду.

*Оцінка потенціалу суїциду:* працівники кризової служби в центрі із запобігання суїциду в Лос-Анджелесі заповнюють анкету, яка часто називається шкалою летальності, і таким чином оцінюють потенційну можливість людини вчинити самогубство. Ця шкала допомагає їм визначити ступінь стресу, який відчуває той, хто зателефонував, його релевантні особистісні характеристики, наскільки детально він розробив план самогубства, тяжкість симптомів і можливості подолання стресу, які має в своєму розпорядженні той, хто зателефонував.

*Оцінка та мобілізація можливостей того, хто зателефонував;* незважаючи на те, що ті, хто зателефонував, можуть вважати себе неефективними і безпорадними, у людей із суїцидними нахилами є багато можливостей і сильних сторін, у тому числі допомога родичів і друзів. Завдання консультанта з'ясувати, розрізнити та активізувати ці ресурси.

*Формулювання плану:* консультант з кризи і той, хто зателефонував разом, розробляють план дій. По суті вони розробляють спосіб виходу з кризи, альтернативу акту суїциду. Більшість планів входить ряд наступних консультацій або безпосередньо в центрі або по телефону. У кожному такому плані від того, хто зателефонував, потрібно робити деякі дії і якось змінити своє особисте життя. Консультанти, як правило, укладають з тим, хто зателефонував контракт про «недовершення акту суїциду» — той, хто подзвонив, обіцяє не намагатися накладати на себе руки або принаймні знову вийти на зв'язок з центром, якщо знову вирішить убити себе. Якщо ті, хто зателефонував, вже вчиняють самогубство під час телефонного дзвінка, то консультанти намагаються з'ясувати, де вони знаходяться і надають їм термінову медичну допомогу.

|  |
| --- |
| ***Як завадити самогубству.*** Людина виривається з рук поліції та кидається з мосту у Нью-Йорку. Цей епізод нагадує нам, що багато професіоналів стикаються із суїцидною поведінкою. Відділи поліції, як правило, проводять спеціальне кризове навчання поліцейських, щоб ті опанували навички, що дозволяють їм впоратися з людьми, які збираються накласти на себе руки. |

Незважаючи на те, що кризового втручання для низки людей, схильних до суїциду, може бути достатньо (Hawton, 1986), більшості з них потрібна ще й тривала терапія (Berman & Jobes, 1995; Litman, 1995). Якщо центр із кризового втручання не пропонує такого роду терапії, консультанти направляють людей до інших центрів чи клініки.

У міру того як рух із запобігання суїциду став у 60-ті роки поширюватися все ширше, багато клініцисти зробили висновок, що можна ті ж техніки з втручання в кризу застосувати для вирішення та інших проблем, крім суїциду. За останні три десятиліття техніка втручання в кризу стала цілком поважною формою терапії, яка використовується для вирішення таких різнопланових проблем, як втрата орієнтації у тінейджерів, пристрасть до наркотиків та алкоголю, наслідки згвалтування та жорстокість чоловіка (Lester, 1989; Bloom, 1984).

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Бажання людини померти найчастіше буває амбівалентно. Крім того, багато людей, які думають про самогубство, не вчиняють його. Як тоді клініцисти можуть приймати рішення про те, щоб поміщати в лікарню людину, яка думала про самогубство або намагалася до нього? |

**Крупним планом**

*Установки щодо суїциду: гендерний фактор*

Ми вже знаємо, що чоловіки і жінки мають різний рівень самогубств, і зазвичай після спроб суїциду до них застосовуються різні методи лікування. Виявляється, що і до людей, які вчиняють самогубства, чоловіки та жінки ставляться по-різному. Джудіт Стілліон (Stillion, 1995) вважає, наприклад, що жінки схильні з'ясовувати деталі самогубства, ніж чоловіки. Вони частіше за чоловіків обговорюють цю тему з людьми, які робили спробу самогубства, і виявляють більше симпатії до потенційних самогубців. Проте жінки загалом частіше, ніж чоловіки, не схвалюють самогубство як «вирішення» проблем.

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Чому жінки та чоловіки можуть дотримуватися різних установок щодо самогубства? Як ці установки пов'язані з патернами суїцидної поведінки у жінок та чоловіків? Які висновки можна зробити, виходячи з цього, про консультування та кризове втручання? |

**Ефективність запобігання самогубствам.**

Дослідники не можуть визначити ефективність програм із запобігання суїциду (Maris & Silverman, 1995; Eddy et al., 1987). Існує багато типів програм, кожна зі своїми власними процедурами, призначених для певного прошарку населення, вікової групи, людей, які мають різний стрес і тиск оточення. У групах, де є високий ризик суїциду, наприклад, якщо значну частину групи складають люди похилого віку або в цій групі у людей багато економічних проблем, то рівень самогубств залишається високим незалежно від ефективності місцевих центрів щодо запобігання суїциду.

Чи дійсно центри запобігання суїциду знижують кількість самогубств у суспільстві? Дослідники-клініцисти у цьому не впевнені. (З netto, 1995; Dew et al., 1987). Дослідження, що порівнюють місцевий рівень самогубств до і після організації центрів запобігання суїциду, показують різні результати. У деяких з них виявляється зниження рівня самогубств, інші дані показують, що рівень не змінився або навіть виріс (Lester, 1997; Dew et al, 1987; Weiner, 1969). Отже, знову-таки, навіть підвищення рівня самогубств у цьому місці може позитивний вплив таких програм, якщо вона нижче, ніж збільшення показників самогубств у суспільстві загалом (Lester, 1991, 1974).

Чи звертаються люди з нахилами до самогубства до центрів із запобігання суїциду? Очевидно, лише дуже невеликий відсоток. Більше того, як правило, у міський центр із запобігання суїциду дзвонять молоді люди, афроамериканці та жінки, тоді як найбільша кількість самогубств припадає на літніх білих чоловіків (Canetto, 1995; Lester, 1989, 1972).

|  |
| --- |
| ***Масове самогубство.*** Групові самогубства ще погано зрозумілі, і клініцисти ще не в змозі їх запобігати. Нація не скоро забуде самогубство 39 членів секти «Небесна Брама» біля міста Сан-Дієго в Каліфорнії та жахливу сцену їхньої смерті. Кожен сектант акуратно лежав у нових чорних кросівках під пурпуровим покривалом у формі ромба. Поруч із ним була сумка з одягом, записник і гігієнічна губна помада. |

Програми попередження, мабуть, справді знижують ризик суїциду серед категорій людей з високими показниками кількості самогубств, які дзвонять у ці центри. В одному дослідженні було зафіксовано, що з Лос-Анджелеським центром із запобігання самогубствам пов'язувалися 8 000 людей із групи ризику (Farberow & Litman, 1970). Приблизно 2 % тих, хто зателефонував пізніше, чинили самогубство, порівняно з 6 % рівня самогубств у цих групах ризику. Очевидно, центри мають бути помітнішими і доступнішими для людей, які думають про самогубство. Зростаюча кількість реклами та оголошень у газетах і на телебаченні, радіо та дошках оголошень вказує на рух у цьому напрямку.

Шнейдман (Shneidman, 1987) закликає до того, щоб про суїцид більше і докладніше розповідали, оскільки це найефективніша форма запобігання самогубствам. Почали здійснюватися принаймні деякі програми освіти у сфері суїциду — більшість з них охоплює вчителів і студентів (Stillion & McDowell, 1996; Klingman & Hochdorf, 1993). Клініцисти, як правило, погоджуються з цілями цих програм і з думкою Шнейдмана:

«Головне у запобіганні суїциду – це освіта. Основний метод полягає в тому, щоб навчити один одного... суспільству треба дати зрозуміти, що накласти на себе руки кожен, що є словесні та поведінкові способи призупинити самогубство... і що людині завжди можуть допомогти...»

Зрештою, запобігання самогубствам — справа кожного.

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** У деяких школах адміністрація неохоче погоджується проводити програми із запобігання суїциду, особливо якщо рівень спроб самогубств учнів у цих школах незначний. Які адміністрації можуть бути підстави так чинити? Наскільки правильна їхня позиція? |

**Резюме**

Після спроби самогубства може проводитися курс терапії. У цьому випадку терапевти допомагають людині прийти в несуїцидний стан свідомості, впоратися зі стресом та вирішити проблеми.

За минулі тридцять років акцент клініцистів та педагогів змістився на запобігання самогубствам. Програми запобігання самогубствам включають гарячі лінії, що працюють цілодобово, і відкриті центри, в яких працюють здебільшого напівпрофесіонали за схемою втручання в кризу. Більшості людей із суїцидними нахилами, крім того, потрібна більш тривала терапія. Починають з'являтися громадські освітні програми із запобігання суїциду.

**Підбиваючи підсумки.**

Колись проблема суїциду, яка вважалася таємничою та незрозумілою, майже не бралася до уваги публікою та не досліджувалася професіоналами. Тепер про суїцид багато говорять та пишуть. За два десятиліття, зокрема, дослідники багато дізналися про цю разючу проблему.

На відміну від більшості інших проблем, що описувалися в цій книзі, самогубство детальніше досліджувалося в рамках соціокультурної моделі. Теоретики в галузі соціології та культури, наприклад, підкреслювали важливе значення соціальних змін та стресу, національної та релігійної афіліації, сімейного статусу, статі, раси та мас-медіа. А от психологічних та біологічних досліджень на цю тему поки що було порівняно мало.

Незважаючи на те, що соціокультурні фактори проливають світло на загальний ґрунт та стимули суїциду, вони, як правило, не дають нам можливості передбачити спробу самогубства. Коли все сказано та зроблено, клініцисти, як і раніше, не можуть повністю зрозуміти, чому одні люди в однакових обставинах вбивають себе, а інші – ні. Якщо клініцисти хочуть правильно пояснити та зрозуміти суїцид, то до соціокультурних інсайтів необхідно додати психологічні та біологічні.

Лікування суїциду також ставить перед терапевтами кілька складних завдань. Вченим ще належить розробити успішні методи терапії для людей із суїцидними нахилами. Клініцисти розробляють програми із запобігання суїциду, але ще не зрозуміло, як такі програми можуть насправді знизити загальні фактори ризику чи рівень самогубств.

Водночас постійно зростаюча кількість досліджень із суїциду дає надію на вирішення цих проблем. Можливо, найголовніше те, що клініцисти тепер підключають все суспільство до вирішення цих питань. Вони закликають до поширення знань про самогубство і ці програми призначені як для молодих, так і для старих. Розумно припустити, що такий клімат призведе до більш повного розуміння суїциду та втручання клініцистів та консультантів будуть успішнішими. Такі цілі є важливими для всіх. Незважаючи на те, що сам по собі суїцид, як правило, — акт самотньої людини, яка зневірилася, такий вчинок насправді дуже сильно впливає на суспільство.

**Ключові терміни**

Парасуїцид

Суїцид

Шукач смерті

Ініціатор смерті

Заперечувач смерті

Гравець зі смертю

Ненавмисна смерть

Ретроспективний аналіз

Набожність

Безвихідь

Дихотомічне мислення

Розлад настрою

Розлад, пов'язаний із вживанням алкоголю та наркотиків

Шизофренія

Деморалізація

Моделювання

Танатос

Егоїстичне самогубство

Альтруїстичне самогубство

Самогубство на ґрунті аномії

Аномія

Серотонін

Програма щодо запобігання самогубствам

Гаряча лінія для самогубців

Напівпрофесіонал

Кризове втручання

Шкала летальності

Освітні програми із суїциду

**Контрольні питання**

1. Дайте визначення суїциду та ненавмисної смерті. Опишіть чотири різні типи людей, які вчиняють самогубство.

2. Який метод дослідники застосовують дослідження самогубства?

3. Як залежно від країни, релігії, статі, сімейного стану та раси варіюється статистика самогубств?

4. Які види коротких та тривалих стресів пов'язані із самогубством?

5. Які ще сучасні події чи умови можуть стимулювати акт самогубства?

6. Як теоретики психодинаміки, соціології, культури та біології пояснюють суїцид та наскільки добре підтверджуються їх теорії?

7. Порівняйте ризики, рівень і причини самогубств серед дітей, підлітків та людей похилого віку.

8. Як теоретики пояснюють збільшення спроб суїциду серед підлітків та молодих дорослих?

9. Опишіть характер і цілі лікування, яке проводиться з людьми після того, як вони намагалися накласти на себе руки. Скільки людей користуються таким лікуванням?

10. Опишіть принципи програм із запобігання суїциду. Які процедури застосовуються консультантами з цих програм? Наскільки ефективними є ці програми?

**Розділ 8. Психологічні чинники та фізичні хвороби.**

*Це було середовище. Великий день. Поєднані проміжні іспити з історії та фізики починаються об 11.30, а на 3.30 призначено усний звіт з психології. Джеррі кілька тижнів готувався до цього дня і боявся його, називаючи серед друзів «днем D». Попередню ніч він не спав до 3:30 ранку, займаючись і намагаючись все запам'ятати. Здавалося, він заснув лише кілька хвилин тому, проте було вже 9.30 ранку, і жахливий день розгортався на повний хід.*

*Щойно прокинувшись, Джеррі відчув різкий біль у шлунку. Крім того, він помітив, що в нього трохи крутиться голова, шумить у вухах і навіть трохи болює все тіло. При тому, який день він мав, це його анітрохи не здивувало. Якщо один іспит здатний викликати якісь іскри занепокоєння, то відразу два і усний звіт можуть розпалити справжнє багаття.*

*Однак у міру того, як він намагався продовжувати збиратися, Джеррі почав підозрювати, що це щось більше, ніж просто «іскри занепокоєння». Біль у шлунку невдовзі перейшов у спазми, а голова паморочилася все сильніше. Йому важко вдалося дістатися до ванної і не впасти. Думки про сніданок викликали нудоту. Він розумів, що не зможе проковтнути жодного шматочка.*

*Джері почав хвилюватися, навіть впав у паніку. Навряд чи це був найкращий спосіб зустріти те, що він мав. Він спробував відкинути свою хворобу як наслання, проте симптоми були цілком реальними і не зникали. Зрештою, товариш по кімнаті переконав його, що йому краще піти до лікаря. О 10.30, якраз за годину до початку першого іспиту, він увійшов до великої цегляної будівлі, де розташовувалася студентська поліклініка. Він був збентежений і розгублений, почуваючи себе розгубленим, але що він міг вдіяти? Пересиливши себе і вирушивши при такому самопочутті складати два іспити, він міг добитися лише одного: показати себе повним дурнем.*

*Психосоціальні чинники —* це психологічні чи соціокультурні чинники, які у різний спосіб можуть проводити виникнення та розвитку соматичних розладів, тобто хвороб тіла. Лікар-терапевт, до якого звернувся Джеррі, може вибрати одну з кількох можливостей. Джеррі міг *симулювати* хворобу, щоб уникнути необхідності складати важкий іспит. З іншого боку, він міг *уявити* свою хворобу, тобто дурити самого себе. Крім того, його фізіологічні симптоми могли бути цілком реальними, але спровокованими *стресом:* можливо, щоразу, коли Джеррі відчуває сильну напругу, викликану, наприклад, близькістю важливого іспиту, його шлунковий сік стає більш насиченим соляною кислотою і дратує кишечник, а артеріальний тиск підвищується , стаючи причиною запаморочення. Або ж Джеррі міг захворіти на грип. Однак навіть ця *суто медична* проблема може бути пов'язана із психологічними факторами. Можливо, кілька тижнів постійного хвилювання через майбутні екзамени і звіт послабили організм Джеррі і зробили його нездатним чинити опір вірусу грипу. Хоч би який був діагноз, психічний стан Джеррі та його соціальне оточення впливають на його фізичне самопочуття. Від того, яку роль відіграли психосоціальні фактори у його хворобі, у свою чергу залежить спосіб лікування, який вибере терапевт.

Ми бачили, що психічні розлади мають фізіологічні причини. Так, неправильна діяльність нейротрансмітерів робить свій внесок у генералізований тривожний розлад, панічний розлад та депресію. Тому те, що тілесні хвороби можуть мати психологічні причини, навряд чи нас здивує. Сьогоднішні лікарі визнають мудру думку Сократа, висловлену їм у IV столітті до нашої ери: "Неможливо вилікувати тіло, не вилікувавши душу".

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** Нині понад 60% людей вважають, що психологічне здоров'я відіграє значну роль у підтримці фізичного здоров'я. І лише 2% вважають, що воно не відіграє жодної ролі. |

Ідея про те, що психологічні та соціокультурні фактори можуть впливати на виникнення соматичних розладів, сягає корінням в античні часи. Однак до XX століття вона не мала широкого визнання. Наприклад, філософ XVII століття Рене Декарт стверджував, що психічна сутність, або душа, відокремлена від тіла, цю концепцію називають ***дуалізмом душі та тіла.*** Лише у XX столітті вчені-медики переконалися, що психосоціальні чинники, такі як стрес, хвилювання та несвідомі потреби, можуть бути суттєвою, а іноді й основною причиною фізичних хвороб. Виникнення деяких типів фізичних хвороб: симулятивних розладів (factitious disorders) та соматоформних розладів (somatoform disorders) – приписують майже виключно психологічним факторам. Причиною інших, психофізіологічних розладів (psychophysiological disorders), вважають взаємодію біологічних, психологічних та соціокультурних факторів.

***Дуалізм душі і тіла*** *– концепція Рене Декарта, яка стверджує, що душа відокремлена від тіла.*

**Симулятивні розлади.**

Люди, які відчувають якесь фізичне нездужання, зазвичай, як і Джеррі, йдуть до фахівця з фізичних хвороб. Однак іноді лікар не знаходить фізіологічної причини їхніх проблем і може припустити, що діють інші фактори. Можливо, пацієнт *симулює хворобу,* навмисне прикидаючись хворим, щоб досягти якихось зовнішніх вигод, таких як грошова компенсація або відстрочка від призову до армії (Eisendrath, 1995).

З іншого боку, людина може свідомо викликати чи симулювати свої симптоми просто з бажання бути пацієнтом, тобто мотивацією прийняття він ролі хворого то, можливо роль як така. У цьому випадку лікар може дійти висновку, що пацієнт страждає на ***симулятивний розлад*** (factitious disorder) (див. класифікаційний перелік DSM-IV у додатку).

*29-річна жінка, медик-лаборант, звернулася до служби невідкладної допомоги, скаржачись на кров у сечі. Пацієнтка повідомила, що вона лікувалася в іншому місті від червоного вовчаку (lupus erythematosus). Вона також згадала, що у дитинстві у неї була хвороба Ван Віллебранда (Von Willebrand's disease), рідкісна спадкова хвороба крові. На третій день перебування в лікарні студент-практикант у розмові з одним із лікарів згадав, що кількома тижнями раніше бачив цю пацієнтку в іншій лікарні цього міста, куди вона звернулася з того ж приводу. При огляді речей пацієнтки виявили препарати, що затримують згортання крові. Коли її поставили перед фактом, вона відмовилася обговорювати це питання і квапливо зникла з лікарні, незважаючи на поради лікарів (Spitzer et al., 1981, 33).*

***Симулятивний розлад*** *— захворювання, яке має видимої фізіологічної причини, у якому вважається, що пацієнт навмисно викликає чи симулює свої симптоми, бажаючи грати роль хворого.*

Люди, які страждають на симулятивні розлади, часто доходять до крайнощів, намагаючись створити видимість хвороби. Багато хто з них таємно приймає медичні препарати. Деякі, подібно до жінки в наведеному прикладі, вводять собі спеціальні речовини, щоб викликати кровотечу. Інші використовують проносні, щоб отримати хронічну діарею (Feldman, Ford, & Reinhold, 1994). Особливо легко штучно викликаються симптоми тяжкої лихоманки. При одному з досліджень хворих, які протягом тривалого часу страждають від лихоманки, що невідомо звідки взялася, більше 9% таких пацієнтів отримали діагноз «симулятивний розлад» (Feldman et al., 1994).

Багато людей, які «хворіють» на такі захворювання, з ентузіазмом піддають себе хворобливим процедурам діагностування та лікування і навіть хірургічним операціям. Коли їм пред'являють докази того, що їх симптоми викликані штучно, вони, як правило, заперечують це звинувачення і виписуються з лікарні, після чого можуть того ж дня лягти в іншу лікарню.

***Синдром Мюнхгаузена*** - крайня і тривала форма симулятивного розладу, отримала свою назву на честь барона Мюнхгаузена, кавалерійського офіцера XVIII століття, який їздив Європою з таверни в таверну, розповідаючи фантастичні історії про свої військові пригоди, що нібито мали місце насправді. , 1994; Zuger, 1993). При іншій, спорідненій формі симулятивного розладу, ***делегованому синдромі Мюнхгаузена,*** батьки імітують або навмисно викликають фізичні захворювання у своїх дітей, що в деяких випадках призводить до того, що дітям доводиться терпіти неодноразову і хворобливу діагностику, піддаватися хворобливим лікувальним процедурам і хірургічним операціям. al., 1994; McQuiston, 1993). Коли дітей відокремлюють від батьків і передають під опіку іншим людям, їх симптоми зникають.

***Синдром Мюнхгаузена*** - *крайня та тривала форма штучного захворювання, при якій людина викликає у себе симптоми, домагається госпіталізації та піддається лікуванню.*

***Делегований синдром Мюнхгаузена*** — *випадок штучного захворювання, у якому батьки імітують чи навмисно викликають фізичні хвороби своїх дітей.*

Клінічні дослідники важко точно визначити ступінь поширеності симулятивних розладів, оскільки такі пацієнти ретельно приховують справжню природу своїх хвороб (Bauer & Boegner, 1996). Вважається, проте, такі захворювання частіше зустрічаються в чоловіків, ніж в жінок (АРА, 1994). Розлад зазвичай починається в молодості і часто перешкоджає влаштуванню людини на постійну роботу.

Такий розлад є найбільш поширеним серед осіб, які (1) у дитячому віці піддавалися посиленому лікуванню від справжньої хвороби, (2) тримають зло на лікарів та медицину, (3) колись працювали чи працюють обслуговуючим персоналом чи лаборантами у медичних закладах, ( 4) у минулому мали близькі взаємини з професійним лікарем або (5) мають приховані особистісні проблеми, такі як виключна залежність (АРА, 1994; Feldman et al., 1994). Вони часто не відчувають достатньої соціальної підтримки, з дуже невеликою кількістю людей підтримують тривалі взаємини та слабо залучені до сімейних відносин (Feldman et al., 1994).

Точні причини появи симулятивних розладів невідомі, хоча у клінічних звітах передбачається депресія і брак батьківської підтримки дитинстві ( Feldman et al., 1994). Також досі *не* вдалося розробити ефективні засоби лікування (Feldman & Feldman, 1995). Однак деякі випадки піддаються лікуванню при спільній роботі психотерапевтів та інтерністів (фахівців із фізичних хвороб) (Parker, 1993; Schwartz et al., 1993).

Як психотерапевти, так і лікарі, які займаються фізичними хворобами, часто відчувають роздратування, зустрічаючись з випадками симулятивних розладів, оскільки вважають, що такі пацієнти даремно витрачають їх час або, що ще гірше, наражають на небезпеку здоров'я невинної дитини, як це відбувається при делегованому синдромі Мюнхгаузена . . Однак люди з такими розладами, як ті, хто страждає на більшість інших ментальних розладів, погано здатні контролювати ситуацію і часто самі зазнають сильних мук. Їм потрібна ефективна терапія, а не зневага та зневага, за їх правом на таке звернення часто не визнається.

**Крупним планом**

*Делегований синдром Мюнхгаузена*

*Дженніфер лежала у лікарні 200 разів та перенесла 40 операцій. Лікарі видалили їй жовчний міхур, апендикс та частину кишечника, вставили спеціальні трубки в її грудну клітину, шлунок та кишечник. Дев'ятирічну дівчинку зі штату Флорида взяла під своє шефство організація Florida Marlins; під час одного з тимчасових покращень вона фотографувалася разом із Хілларі Клінтон у Білому Домі та стала дитиною-символом реформи охорони здоров'я. Потім поліція інформувала матір дівчинки, що вона перебуває під слідством за підозрою у жорстокому поводженні з дитиною. Раптом стан Дженніфер різко покращав. Протягом наступних дев'яти місяців вона лежала в лікарні лише один раз, з вірусною інфекцією... Експерти сказали, що множинні загадкові інфекції Дженніфер «можли відбуватися через те, що хтось підмішував фекальні речовини» в її їжу та вводив їх у її урінарний катетер (Katel & Beck, 1996).*

Випадки, подібні до історії Дженніфер, які стали відомими останніми роками, приголомшили суспільство і привернули увагу до *делегованого синдрому Мюнхгаузена.* При симулятивному розладі цього виду особа, під чиєю опікою знаходиться дитина (майже завжди це мати), навмисне викликає хворобу дитини, використовуючи різні методи, щоб отримати потрібні симптоми: дає дитині медичні та хімічні препарати, псує ліки, які приймає дитина, забруднює трубки. штучного харчування чи навіть, наприклад, душить дитину. Хвороба може прийняти майже будь-яку форму, але найбільш поширені симптоми - це кровотеча, напади, кома, ядуха, діарея, блювання, «випадкові» отруєння, інфекції, лихоманка та синдром раптової смерті уві сні (Boros et al., 1995; Smith & Killam , 1994).

Від 10 до 30% жертв делегованого синдрому Мюнхгаузена в результаті помирають (Boros et al., 1995; Von Burg & Hibbard, 1995), а 8% тих, хто виживає, залишаються каліками на все життя (Von Burg & Hibbard, 1995). Психологічне, інтелектуальний і фізичний розвиток дитини також страждає (Libow, 1995; Skau & Mouridsen, 1995). Дженніфер пропустила так багато шкільних занять, що у свої 9 років вона ледве могла читати та писати.

Цей синдром дуже важко розпізнати, і він може виявитися поширенішим, ніж колись вважали клінічні фахівці. Мати здається настільки дбайливою і відданою своїй дитині, що оточуючі симпатизують їй і захоплюються нею. Проте фізіологічні симптоми зникають у дитини, коли її відокремлюють від дбайливої матері. У багатьох випадках брати і сестри хворої дитини також стають жертвами батька (Skau & Mouridsen, 1995; Smith & Killam, 1994).

Які спільні риси можна виділити у батьків, які дбайливо завдають біль та страждання своїм дітям? Типова мати-Мюнхгаузен відчуває сильну потребу в емоціях: їй вкрай необхідні увага та схвалення, які вона отримує за свою самовіддану турботу про хвору дитину. Вона часто має дуже мало соціальної підтримки поза медичною системою, а чоловік часто відсутній, фізично чи емоційно. Здебільшого вона освічена і має деякі знання в галузі медицини — можливо, колись працювала в медичному закладі, — що допомагає їй вигадати переконливу, з медичного погляду, історію «хвороби» своєї дитини. Батько зазвичай заперечує свої дії, навіть перед незаперечними доказами, і відмовляється від будь-якої терапії. Фактично існує дуже мало документальних свідчень успішного лікування таких розладів.

Поліція і суди відмовляються розглядати делегований синдром Мюнхгаузена як психологічний розлад, трактуючи його як злочин - ретельно сплановані жорстокі дії щодо дитини (Schreier & Libow, 1994). У більшості випадків вони вимагають постійного відділення дитини від батька (Skau & Mouridsen, 1995; АРА, 1994). У той же час батьки, які вдаються до подібних дій, очевидно, страждають на серйозні психічні порушення і дуже потребують психологічної допомоги. Тому перед клінічними дослідниками та практиками сьогодні стоїть завдання розробити чітке розуміння цього розладу та ефективні способи надання допомоги таким батькам та їхнім маленьким жертвам.

**Резюме**

До XX століття в медичній теорії переважала концепція дуалізму душі і тіла, тобто переконання, що душа і тіло — це дві окремі сутності. Сучасні клініцисти визнають, що хвороби тіла можуть мати у своїй основі психологічні причини.

Симулятивні розлади (штучні захворювання). Пацієнти зі штучними захворюваннями симулюють або навмисно створюють у себе симптоми фізичних хвороб із бажання відігравати роль хворого. Синдром Мюнхгаузена - крайня та тривала форма штучного захворювання. При делегованому синдромі Мюнхгаузена хтось із батьків створює видимість симптомів або навмисно викликає симптоми у своєї дитини.

**Соматоформні розлади.**

Якщо фізичне захворювання немає видимої фізіологічної причини, лікар може припустити ***соматоформное розлад,*** інший тип фізичних нездужань, викликаних, переважно, психологічними причинами ( Garralda, 1996; Martin, 1995). На відміну від пацієнтів із симулятивними розладами, люди, які страждають на соматоформні розлади, не відчувають свідомого бажання хворіти і не викликають свої симптоми навмисно; вони майже завжди впевнені, що їхні проблеми пов'язані виключно із фізіологією. При деяких соматоформних розладах, відомих як істеричні розлади соматоформних, дійсно відбуваються зміни у фізіологічному функціонуванні організму. Іпохондричні соматоформні розлади виражаються в тому, що фізично здорові люди починають турбуватися, припускаючи у себе якісь проблеми зі здоров'ям або фізичні недоліки.

***Соматоформний розлад*** *- фізична хвороба або нездужання, які пояснюються, в основному, психологічними причинами і за яких пацієнт свідомо не бажає хворіти і не організовує свої симптоми.*

**Істеричні соматоформні розлади.**

У людей, які страждають ***на істеричні соматоформні розлади,*** дійсно виникають зміни у фізіологічних функціях організму. Соматоформні розлади цього часто важко відокремити від справжніх захворювань із фізіологічними причинами (Kroenke et al., 1997; Labott et al., 1995). Насправді завжди залишається можливість, що діагноз "істеричний розлад" поставлений неправильно, і проблеми пацієнта мають не виявлену медиками органічну причину (Johnson et al., 1996; Sherman, Camfield, & Arena, 1995). У довіднику DSM-IV наводяться три типи істеричних соматоформних розладів: конверсійний розлад, соматизований розлад та соматоформний больовий розлад.

***Істеричний соматоформний розлад*** *- соматоформний розлад, у якому відбуваються реальні зміни у функціонуванні організму.*

***Конверсійний розлад***

При конверсійному розладі психологічний конфлікт або психологічна потреба трансформується в ефектні фізіологічні симптоми, що стосуються довільних моторних або сенсорних функцій (див. список DSM-IV у Додатку). Симптоми часто справляють враження неврологічних, таких як параліч, сліпота або втрата чутливості (анестезія). Наприклад, одна жінка страждала на постійні запаморочення, які, безсумнівно, були її реакцією на нещасливий шлюб.

*46-річна заміжня домогосподарка... скаржилася на напади сильного запаморочення, що супроводжувалися легкою нудотою, які траплялися з нею чотири або п'ять разів на тиждень. Під час цих нападів їй починало здаватися, що кімната навколо неї «блимає» і сама вона «кудись пливе», не в змозі втримати рівновагу. Через незрозумілу причину напад майже завжди починався близько 4 годин після полудня. Зазвичай на початку припадку вона була змушена лягти на кушетку, і часто її стан не покращувався до 7 чи 8 години вечора. Опритомнівши, вона зазвичай проводила залишок вечора перед телевізором і часто засинала прямо у вітальні, добираючись до свого ліжка не раніше 2 або 3 годин ночі.*

*Пацієнтку неодноразово оглядали терапевт загального напряму, невропатолог та отоларинголог, і щоразу її визнавали фізично здоровою. Після проведення перевірки на переносимість глюкози гіпоглікемія (знижений вміст цукру в крові) також було виключено.*

*Коли її попросили розповісти про її заміжжя, пацієнтка описала свого чоловіка як тирана, який часто зайве вимогливого і словесно ображає її та їхніх чотирьох дітей. Вона зізналася, що щодня зі страхом чекала на його повернення додому з роботи, знаючи, що він неодмінно скаже, ніби в хаті безлад, а обід, якщо він приготовлений, здасться йому несмачним. Останнім часом, з початком хвороби пацієнтки, коли через свої напади вона не могла готувати обід, чоловікові та дітям доводилося ходити обідати до «Макдональдсу» або до місцевої піцерії. Після цього чоловік зазвичай сідав дивитися баскетбол у спальні, і спілкування між подружжям було мінімальним. Незважаючи на ці труднощі, пацієнтка стверджувала, що любить свого чоловіка і дуже потребує його (Spitzer et al., 1981, p. 92-93).*

Більшість конверсійних розладів починаються у пізньому періоді дитинства чи юності; у жінок вони відзначаються принаймні вдвічі частіше, ніж у чоловіків (АРА, 1994; Tomasson, Kent, & Coryell, 1991). Вони зазвичай виникають раптово, під час сильного стресу, і продовжуються не довше за кілька тижнів. Конверсійні розлади вважаються досить рідкісними, вони виявляються лише у 3 з 1000 людина.

***Соматизований розлад***

Пацієнтка на ім'я Шейла довгий час ставила лікарів у глухий кут широкою різноманітністю своїх симптомів.

*Шейла скаржилася на болі в області черевної порожнини, які мучили її з 17 років. Для визначення причин цього болю довелося зробити хірургічне втручання, яке, тим не менш, не змогло допомогти поставити якийсь певний діагноз. У неї було кілька вагітностей, що кожного разу супроводжувалися нудотою, нападами блювоти та болями в ділянці черевної порожнини; нарешті, їй видалили матку. З 40 років Шейла стала відчувати сильні запаморочення та непритомність, які, як їй зрештою сказали, могли бути ознакою множинного склерозу або пухлини мозку. Протягом тривалих періодів часу вона залишалася прикутою до ліжка через загальну слабкість і нечіткість зору, відчуваючи труднощі з сечовипусканням. У віці 43 років її обстежили щодо наявності грижі, оскільки вона скаржилася на появу здуття на тілі та непереносимість багатьох видів їжі. Крім того, вона піддавалася госпіталізації та обстеженню для виявлення можливих неврологічних та ниркових порушень та гіпертонії, але в жодному випадку не був поставлений точний діагноз (Spitzer et al., 1981, p. 260).*

Люди, які страждають ***на соматизовані розлади,*** такі як Шейла, відчувають безліч різних фізичних нездужань, що продовжуються протягом тривалого часу і не мають ніякої або майже ніякої органічної основи (див. список DSM-IV в Додатку). Ця істерична схема, вперше описана П'єром Бріке в 1859 році, також відома як синдром Бріке. Щоб отримати такий діагноз, людина повинна мати безліч різних симптомів, включаючи больові симптоми (такі як головний біль або біль у грудній клітці), симптоми, що стосуються розладів шлунково-кишкового тракту (такі як нудота або діарея), пов'язані зі статевою функцією (такі як порушення ерекції або менструального циклу) та неврологічні симптоми (такі як подвійний зір або параліч) (Yutzy et al., 1995; АРА, 1994).

Люди, які страждають на соматизований розлад, зазвичай безплідно ходять від лікаря до лікаря в пошуках полегшення (АРА; 1994). Вони часто ефектно та трагічно описують свої множинні симптоми. Більшість, крім того, відчувають тривогу та депресію (Fink, 1995; Hiller, Rief, & Fichter, 1995).

Щороку на соматизовані розлади імовірно страждають від 0,2% до 2% жінок у Сполучених Штатах, порівняно з менш ніж 0,2% чоловіків (АРА, 1994; Reiger et al., 1993). Розлад часто передається членам сім'ї; від 10% до 20% близьких родичів жіночої статі жінок, які виявляють соматизацію, також починають виявляти подібні симптоми. Розлад зазвичай починається у підлітковому віці або в юності (Eisendrath, 1995; АРА, 1994; Smith, 1992).

***Соматизований розлад*** *- соматоформний розлад, який характеризується безліччю фізичних нездужань, що повторюються, не мають органічної основи. Також називається синдромом або розладом Бріке.*

Недуги, спричинені соматизованим розладом, зазвичай продовжуються набагато довше, ніж симптоми, пов'язані з конверсійним розладом, як правило, багато років (Kent, Tomasson, & Coryell, 1995). Характер симптомів може змінюватися з часом, але дуже рідко вони зникають без психотерапевтичного лікування (Smith, Rost, & Kashner, 1995). Дві третини людей з таким розладом у Сполучених Штатах у кожному окремому році лікуються у фахівців з фізичних або психічних захворювань (Reiger et al., 1993).

***Больовий розлад, пов'язаний* із *психологічними факторами***

Якщо психологічні фактори відіграють центральну роль у виникненні, силі або тривалості болю, то пацієнт може отримати діагноз: ***хронічний соматоформний больовий розлад*** (хворісний розлад, пов'язаний з психологічними факторами) (див. Діагностичну таблицю DSM-IV у Додатку). Пацієнти, які страждають на конверсійні або соматизовані розлади, також можуть відчувати біль, але в цьому розладі біль є ключовим симптомом.

Хоча ступінь поширеності цього розладу точно не визначено, ясно, що такі хвороби досить поширені і схоже, що у жінок вони трапляються частіше, ніж у чоловіків. Розлад може початися у будь-якому віці та тривати роками (АРА, 1994).

***Хронічний соматоформний больовий розлад*** *- соматоформний розлад, що характеризується болем, центральну роль у виникненні, силі чи тривалості якої відіграють психологічні чинники.*

Часто воно розвивається після нещасного випадку або під час хвороби, що завдає справжнього болю, який потім продовжує жити сама по собі, Лаура, 36-річна жінка, так розповідала про свої симптоми, що виходять далеко за рамки звичайних симптомів її саркоїдозу (туберкульозного захворювання).

*До операції у мене був невеликий біль, але нічого такого, що б мене по-справжньому турбувало. Після операції у мене почалися сильні болі в грудній клітці і в ребрах, і це якраз ті проблеми, яких не було раніше... Я звернулася до служби невідкладної допомоги пізно ввечері, десь об 11, о 12 або о 1 годині ночі . У лікарні я прийняла ліки, наступного дня біль припинився, і я повернулася додому. Це було саме в той час, коли я зверталася до інших лікарів зі скаргами з того ж приводу, щоб з'ясувати, в чому справа, і вони нічого не змогли знайти.*

*...Бує, що коли я виходжу кудись або ми з чоловіком йдемо на прогулянку, нам доводиться повертатися через те, що у мене починаєте біль... Часто я просто не можу робити щось через болі в грудній клітці... Два місяці тому, коли лікар оглядав мене, і інший лікар робив мені рентген, він сказав, що не бачить ознак саркоїдозу, і що вони зараз роблять дослідження крові і всякого іншого, щоб дізнатися, чи це пов'язано з саркоїдозом ( Green, 1985 р. 60-63).*

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** У деяких культурах батьки часто почуваються хворими і залишаються в ліжку, коли народжується їхня дитина. Деякі навіть можуть виявляти симптоми, характерні для вагітності, і відчувати біль сутичок (Kahn & Fawcett, 1993). |

***Порівняння істеричних та органічних симптомів***

Оскільки іноді буває складно відрізнити істеричні соматоформні розлади від «справжніх» органічних хвороб (Janca et al, 1995), лікарі звертають увагу на дива у картині хвороби пацієнта. Наприклад, симптоми істеричного розладу можуть не відповідати тому, що відомо про діяльність нервової системи (Tiihonen et al., 1995; АРА, 1994). Симптом конверсії під назвою *рукавична анестезія (glove anesthesia)* виявляється у тому, що рука області зап'ястя різко німіє, і це оніміння рівномірно поширюється до кінчиків пальців. Як показано на рис. 8.1 справжня неврологічна втрата чутливості рідко виникає настільки раптово або поширюється таким чином.

Фізіологічні наслідки істеричних розладів можуть відрізнятися від наслідків відповідних їм фізіологічних захворювань (Levy, 1985). Наприклад, коли параліч нижньої частини тулуба, починаючи від талії, або параплегія виникає через пошкодження хребта, м'язи ніг хворого *атрофуються,* якщо до них не застосовується фізіотерапія. У тих, чий параліч є результатом конверсії, м'язи зазвичай не атрофуються. Ймовірно, вони вправляють свої м'язи, не усвідомлюючи того. Точно так само люди, осліплі завдяки конверсії, рідше натикаються на предмети, ніж ті, чия сліпота має органічні причини, і це говорить про те, що вони бачать принаймні дещо навіть якщо й не усвідомлюють цього.

**Іпохондричні соматоформні розлади.**

***Іпохондричні соматоформні розлади*** включають іпохондрію і дисморфофобію. Люди з такими розладами неправильно інтерпретують особливості функціонування свого організму чи свої фізичні характеристики і надто активно реагують на них, не звертаючи уваги на те, що говорять друзі, родичі чи лікар. Хоча іпохондричні розлади можуть завдавати людям великі неприємності та душевні страждання, вони зазвичай не позначаються так сильно на соціальному та професійному житті людини, як більшість із істеричних розладів (АРА, 1994).

**Малюнок 8.1. Анестезія рукавична.** У цьому конверсійному симптомі німіє вся кисть руки, від кінчиків пальців до зап'ястя. Справжнє захворювання або пошкодження ліктьового нерва може викликати втрату чутливості у безіменному пальці та мізинці та в частині руки вище зап'ястя; захворювання або пошкодження радіального нерва викликає втрату чутливості у великому, вказівному, середньому та частково в безіменному пальцях, і далі вгору по руці (Gray, 1959).

***Іпохондричні соматоформні розлади*** *- соматоформні розлади, при яких люди неправильно інтерпретують незначні і навіть нормальні симптоми, пов'язані з функціонуванням організму, або свої зовнішні особливості, і надто реагують на них.*

***Іпохондрія***

Люди, які страждають ***на іпохондрію*** *,* нереалістично інтерпретують особливості функціонування свого організму, приймаючи їх за ознаки серйозного захворювання (див. список DSM-IV в Додатку). Часто їхні симптоми – це просто нормальні зміни фізичного стану, такі як випадковий кашель, подразнення шкіри чи виділення поту. Хоча деякі з таких пацієнтів визнають, що їх побоювання є надмірними, більшість із цим не погоджуються.

Хоча іпохондрія може проявитися в будь-якому віці, найчастіше вона починається в молодості і однаково вражає чоловіків і жінок (АРА, 1994). Як і у разі больових симптомів, пов'язаних із психологічними факторами, лікарі повідомляють, що їм доводилося неодноразово спостерігати пацієнтів із таким розладом, але точно ступінь його поширеності невідомий. У більшості пацієнтів розлад триває, то посилюючись, то слабшаючи протягом багатьох років.

***Іпохондрія*** *- соматоформний розлад, при якому людина помилково підозрює, що незначні зміни у функціонуванні її організму можуть бути ознаками серйозного захворювання.*

|  |
| --- |
| ***Крайній випадок іпохондрії?*** Не обов'язково. Після епідемії грипу 1918 року, яка забрала життя 20 мільйонів людей, японці почали носити марлеві пов'язки, щоб захистити себе від випадкових мікробів. Деякі з них, як і цей пасажир, продовжують наслідувати цю традицію в холодну пору року, коли велика ймовірність заразитися грипом. |

***Дисморфофобія***

Люди з дисморфофобією глибоко стурбовані уявними або мінімальними недоліками своєї зовнішності або нібито поганим враженням, яке вони роблять на інших (див. список DSM-IV у Додатку). Найчастіше вони концентрують свою увагу на зморшках, плямах на шкірі, волоссі чи опуклостях на обличчі, або на «невдалих» губах, носі, бровах чи щелепі (АРА, 1994). Дехто турбується про те, як виглядають їхні ступні, кисті рук, груди, пеніс або інші частини тіла. Інші хвилюються через запахи, що нібито походять від їх поту, дихання, геніталій або з прямої кишки (Marks, 1987). У такому прикладі ми бачимо саме такий випадок.

*35-річна жінка протягом 16 років страждала, вважаючи, що її піт страшенно пахне. Цей страх почався в неї незадовго до шлюбу, коли вона одного разу спала на одному ліжку з близькою подругою і та сказала, що дехто на роботі огидно смердить, а пацієнтка відчула, що це зауваження стосується неї. Зі страху, що вона погано пахне, жінка протягом 5 років нікуди не виходила без супроводу своєї матері чи чоловіка. Три роки вона не розмовляла з сусідами, бо їй здалося, ніби вона чула, як обговорювали її зі своїми друзями. Вона уникала кінотеатрів, танцювальних вечірок, магазинів та походів у гості... Реклама дезодорантів по телевізору робила її надзвичайно тривожною. Вона відмовлялася ходити до місцевої церкви, бо церква була маленькою і парафіяни могли, за її припущеннями, відпускати на її рахунок недобрі зауваження. Сім'я була змушена їздити до церкви за 8 миль від свого будинку, де парафіяни були їм незнайомі і вони могли стояти окремо від усіх... Вона витрачала величезну кількість дезодорантів і завжди приймала ванну та змінювала одяг перед тим, як вийти з дому, іноді до чотири рази на день (Marks, 1987, р. 371).*

Певний занепокоєння щодо своєї зовнішності — звичайне явище у суспільстві (рис. 8.2). Багато підлітків і молодих людей, наприклад, турбуються через вугри на шкірі. Однак у людей з дисморфофобією таке занепокоєння доходить до крайнього ступеня. Ті, хто страждає цим розладом, іноді не можуть дивитися в очі іншим людям або роблять грандіозні зусилля, намагаючись приховати свої «недоліки», скажімо, завжди носять сонцезахисні окуляри, щоб не показувати свої «некрасиві» очі. Деякі звертаються до пластичної хірургії (Bower, 1995). Згідно з результатами одного з досліджень, 30% людей з таким розладом уклали себе в стінах будинку, а 17% робили спроби самогубства (Philips et al., 1993).

***Дисморфофобія*** *- соматоформний розлад, що характеризується винятковим занепокоєнням щодо гаданих недоліків зовнішності або неприємних для навколишніх особливостей.*

Найчастіше розлад починає проявлятися у підлітковому віці. Часто, однак, люди не виявляють свого занепокоєння багато років. Дослідники ще точно не встановили, наскільки поширений цей розлад, але клінічні звіти показують, що він, ймовірно, зустрічається досить часто і у чоловіків, і у жінок (Bower, 1995; АРА, 1994).

**Сцени із сучасного життя**

*Культурна дисморфофобія?*

Майже скрізь люди хочуть бути привабливими та схильні турбуватися про те, як вони виглядають в очах інших. У той же час, таке занепокоєння в різних культурах набуває різних форм.

Якщо люди західного суспільства особливо стурбовані розміром свого тіла та рисами обличчя, то жінки племені падаунг з Бірми зосереджують свою увагу на довжині шиї та носять на шиї безліч важких мідних кілець, щоб подовжити її. Хоча багато жінок заробляють у такий спосіб гроші, служачи атракціоном для туристів, деякі справді відчайдушно прагнуть довести свою шию до «найкращої», за оцінками їхнього суспільства, довжини. Як сказала одна з них: «Найкрасивіше це коли шия по-справжньому довга. Чим довше, тим красивіше. Я ніколи не зніму свої обручки... Я зійду в могилу разом з ними» (Mydans, 1996).

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Яку роль може зіграти культура у формуванні індивідуальних тілесно-дисморфофобічних уявлень (дисморфофобій)? Чому деякі люди доходять у дотриманні культурних ідеалів до крайнощів, тоді як іншим, що належать до тієї ж культури, вдається не виходити за межі здорового глузду? |

**Пояснення соматоформних розладів.**

Більшість теоретиків пояснюють іпохондричні соматоформні розлади переважно так само, як тривожні розлади (Phillips, Kim, & Hudson, 1995). Біхевіористи, наприклад, вважають, що страхи, що виявляються при іпохондрії та дисморфофобії, набуваються в ранні роки життя шляхом класичного обумовлення чи моделювання (імітації поведінки) (Whitehead et al., 1994). Когнітивні теоретики припускають, що з такими розладами настільки чутливі до сигналів, які подає їх тіло, що схильні переоцінювати інформацію (Warwick, 1995; Barsky, 1992).

Істеричні соматоформні розлади: конверсійні, соматизовані та больові розлади, навпаки, розглядаються як унікальні і потребують спеціального пояснення (Kirmayer, Robbins, & Paris, 1994). Стародавні греки вважали, що на істерію можуть хворіти лише жінки. Вважалося, що матка сексуально незадоволеної жінки подорожує її тілом у пошуках можливості виконати своє призначення і викликає появу симптомів у тих місцях, де вона зупиняється. (Слово «істерія» походить від грецької назви матки — *hystera.* ) Гіппократ як найефективніший засіб лікування істеричних розладів пропонував заміжжя. Хоча сьогоднішні пояснення — набагато витонченіші, жодне з них не підкріплене достатньою мірою результатами практичних досліджень, і природа істеричних розладів досі погано відома (Kirmayer et al., 1994). Провідні способи пояснення ґрунтуються на психодинамічній, біхевіористській та когнітивній моделях.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Чоловіки, % | Жінки, % |
| Люди, які б змінили щось у своїй зовнішності, якби могли | 94 | 99 |
| Люди, які мріють бути гарними | 6 | 16 |
| Люди, які думають, що індустрія косметики є дуже важливою для нашої країни. | 17 | 24 |
| Люди, які носять незручні туфлі через те, що ці туфлі добре виглядають | 20 | 45 |
| Люди, які чистили зуби двічі за останні 24 години | 18 | 22 |
| Люди, які користувалися зубочисткою протягом останніх 24 годин | 20 | 30 |
| Люди, які підкладають щось у свої ліфчики (жінки) або труси (чоловіки) | 4 | 8 |
| Люди, які фарбують волосся | 8 | 27 |

**Малюнок 8.2. "Дзеркало на стіні".** Люди, які страждають на дисморфофобію, — не єдині, хто піклується про свою зовнішність. За оцінками фахівців, щороку приблизно 1,5 мільйонів американців звертаються до послуг «естетичної хірургії». Дослідження показують, що в нашому суспільстві, що досить здорово ставиться до питання зовнішності, дивно великий відсоток людей регулярно думають про те, як вони виглядають, і намагаються змінити свій зовнішній вигляд (Kimball, 1993; Poretz & Sinrod, 1991; Weiss, 1991; Simmon 1990) .

***Психодинамічне пояснення***

Як ми зазначали у розділі 1, психоаналітична теорія Фрейда почалася з його спроб пояснити істеричні симптоми. Свого часу він був одним з небагатьох лікарів, які ставилися до пацієнтів з такими симптомами серйозно, як до справжніх хворих. Після того, як він деякий час вивчав гіпноз у Парижі, Фрейд зацікавився роботами старшого і досвідченішого лікаря, Джозефа Брейєра (Josef Breuer, 1842-1925). Брейєр успішно застосовував гіпноз для лікування жінки, яку він називав Ганна О., яка страждала на істеричну глухоту, а також дезорганізацією мови і паралічем. Критики досі задаються питанням, чи справді нездужання Анни були суто істеричними і чи справді лікування за методом Брейєра допомогло їй так кардинально, як він стверджує (Ellenberger, 1972). Однак на основі цього та інших подібних випадків Фрейд дійшов висновку, що істеричні розлади є *конверсією* (перетворенням) внутрішніх неусвідомлених емоційних конфліктів на істеричні симптоми.

Бачачи, що більшість його пацієнтів, які страждають на істеричні розлади, — жінки, Фрейд припустив, що насіння таких розладів засівається під час *фалічної стадії* сексуального розвитку дівчинки (від 3 до 5 років). У цей період, вважав він, кожна дівчинка виробляє в своїй душі комплекс бажань, названий ним *комплексом Електри:* дівчинка відчуває сильні сексуально забарвлені почуття до свого батька і в той же час усвідомлює, що вона повинна боротися з матір'ю за його кохання. Оскільки мати наділена силою та агресія до неї є культурним табу, дівчинка пригнічує сексуальні почуття та відмовляється від своїх ранніх бажань, спрямованих на батька.

Фрейд вважав, що якщо батьки маленької дівчинки надто сильно реагують на прояви її сексуальних почуттів, комплекс Електри може залишитися невирішеним, і така дівчинка все життя відчуватиме тривогу. Щоразу, коли якісь події розбудять у ній сексуальні почуття, вона відчуватиме потреба сховати їх як від себе, так і від інших. Фрейд робив висновок, деякі жінки ховають свої сексуальні почуття, несвідомо перетворюючи в фізіологічні симптоми.

Більшість із сучасних психодинамічних теоретиків не в усьому згодні з поясненням істеричних розладів, запропонованим Фрейдом, особливо з тим його становищем, що коріння всіх подібних розладів можна знайти в недозволеному комплексі Електри (Hess, 1995; Scott, 1995). Однак вони продовжують вважати, що у пацієнтів, які страждають на такі розлади, у несвідомому є невирішені конфлікти, що викликають тривогу, і що люди перетворять цю тривогу на «прийнятніші» фізіологічні симптоми.

|  |
| --- |
| "Коли на серці легко, і тіло здорове." - Китайське прислів'я |

Теоретики психодинамічного напрями вважають, що з освіті істеричних соматоформних розладів працюють два механізму — первинна вигода і вторинна вигода (Golbash, 1987). Люди отримують первинну вигоду у зв'язку з тим, що їхні істеричні симптоми утримують внутрішній конфлікт далеко від свідомості. Наприклад, якщо людина відчуває неусвідомлений страх перед вираженням гніву, то під час суперечки у неї може раптово відійти рука, що не дозволить його гнівної реакції досягти свідомості. Вторинну вигоду зі своїх істеричних симптомів люди отримують за рахунок того, що ці симптоми допомагають їм уникнути участі у неприємній для них діяльності або дозволяють відчути добре ставлення з боку інших людей. Коли, наприклад, параліч, викликаний конверсією, унеможливлює участь у бою, або сліпота, викликана тією ж причиною, запобігає розриву відносин, діє вторинна вигода. Обидва види вигод відіграють свою роль у закріпленні симптомів конверсії.

***Первинна вигода*** *- згідно з психодинамічною теорією, вигода, яка полягає в тому, що істеричні симптоми не допускають внутрішній конфлікт до свідомості.*

***Вторинна вигода*** — *згідно з психодинамічною теорією, вигода, яка полягає в тому, що істеричні симптоми дають людині можливість відчувати добре ставлення з боку інших або уникнути неприємної діяльності.*

***Біхевіористське пояснення***

Теоретики-біхевіористи припускають, що фізіологічні симптоми, пов'язані з істеричними розладами, приносять хворому якісь винагороди. Можливо, симптоми дають людині можливість уникнути неприємної ситуації на роботі або відмовитися від неприємних взаємин, або вони привертають до людини увагу оточуючих (Whitehead et al., 1994; Ullmann & Krasner, 1975).

|  |
| --- |
| ***Справжня Ганна О.*** Історики вважають, що прототипом знаменитої пацієнтки Брейєра «Анни 0», істеричні симптоми якої, за його словами, були повністю виліковані за допомогою гіпнозу, була багата мешканка Відня Берта Паппенхейм (Berta Pappenheim) (Ellenberger, 1972). |

Як реакцію такі винагороди хворий вчиться виявляти свої симптоми знову і знову. Біхевіористи також дотримуються думки, що люди, добре знайомі з якоюсь хворобою, краще підготовлені до того, щоб засвоїти собі її симптоми (Garralda, 1996). Дійсно, дослідження підтверджують, що багато з істеричних хворих вперше почали відчувати свої симптоми після того, як вони самі чи хтось із їхніх близьких родичів чи друзів перехворів на справжню органічну хворобу подібного типу (Livingston, Witt, & Smith, 1995).

Біхевіористський акцент на позитивних підкріпленнях (винагородах) схожий на психодинамічну ідею вторинних вигод. Ключова відмінність полягає в тому, що психодинамічна теорія розглядає такі вигоди як справді вторинні, тобто під ними розуміються винагороди, які виникають тільки після того, як несвідомий конфлікт викликає розлад. Біхевіористи вважають винагороди основною причиною розвитку хвороби.

Як і психодинамічний пояснення, біхевіористський погляд на істеричні розлади погано підтверджується емпіричними дослідженнями. Навіть клінічні звіти лише іноді підтверджують ці положення. У багатьох випадках складається враження, що біль і душевні страждання, що супроводжують розлад, переважують будь-які винагороди, які можуть принести із собою симптоми.

***Когнітивне пояснення***

Деякі теоретики вважають, що істеричні розлади — це форма *спілкування:* з допомогою люди висловлюють емоції, які вони можуть висловити іншим способом ( Lipowski, 1987). Як і їхні колеги, що належать до психодинамічного спрямування, ці вчені дотримуються погляду, що емоції пацієнтів з істеричними розладами конвертуються у фізіологічні симптоми. Однак вони вважають, що мета цієї конверсії — не захиститися від почуття тривоги, а повідомити про емоції, що завдають страждання: гніву, страху, депресії, почуття провини, ревнощів, — на «мові фізіології», яка знайома пацієнтові і тому зручна для нього (Fry , 1993; Barsky & Klerman, 1983).

Відповідно до цього погляду, всі люди, яким складно усвідомити чи висловити свої емоції, є кандидатами у хворі на істеричні розлади, особливо якщо вони мають труднощі у відносинах з іншими. Те саме можна сказати і про тих, хто «добре знає» мову фізіологічних симптомів, маючи досвід справжніх фізіологічних проблем, або власних, або у своїх родичів чи друзів. Оскільки діти менш здатні висловлювати свої емоції словами, вони особливо схильні використовувати фізіологічні симптоми як форму спілкування (Garralda, 1996). Однак, як і інші пояснення, цей когнітивний підхід не пройшов достатньої перевірки та слабо підкріплений результатами досліджень.

**Лікування соматоформних розладів.**

Люди, які страждають на соматоформні розлади, зазвичай вдаються до психотерапії тільки як до останнього засобу. Вони впевнені, що їхні проблеми мають суто медичний характер і спочатку відкидають будь-які припущення про протилежне. Проте зрештою багато пацієнтів із таким діагнозом справді звертаються до психотерапії.

Іпохондричні соматоформні розлади зазвичай лікуються тими самими способами, як і тривожні розлади. В одному з досліджень для лікування сімнадцяти пацієнтів з дисморфофобіями застосовувався метод *занурення та запобігання реакції (exposure and response prevention),* біхевіористський підхід, що часто допомагає виліковувати людей, які страждають на обсесивно-компульсивні розлади (див. розділ 5). Протягом чотиритижневого курсу лікування пацієнта постійно ставлять перед необхідністю звертати увагу на свої уявні фізичні недоліки і запобігають будь-яким діям з його боку, здатні полегшити дискомфорт, що виникає у нього (Neziroglu et al., 1996). До кінця курсу лікування піддослідні виявляли меншу занепокоєність своїми «недоліками», витрачали менше часу на дослідження стану частин свого тіла і розгляд себе в дзеркалі і менше ухилялися від соціальної взаємодії. Однак широкої перевірки ефективності цього підходу не проводилося (Avia et al., 1996; Bower, 1995).

До пацієнтів з істеричними розладами соматоформу, як правило, застосовують методи, засновані на *усвідомленні, навіюванні, підкріпленні* або *конфронтації.* Найбільш поширений підхід *усвідомлення* або *інсайту* - це психодинамічний метод, який допомагає людям усвідомити свої внутрішні конфлікти, що збуджують тривогу, завдяки чому знищується необхідність конвертувати тривогу в фізіологічні симптоми. Терапевти, які використовують техніку *навіювання,* переконливо говорять хворому, що його фізіологічні симптоми скоро зникнуть (Bird, 1979), або вселяють це людині під гіпнозом (Ballinger, 1987). Терапевти, які обирають спосіб *підкріплення,* організують ситуацію те щоб позбавити клієнта винагород, одержуваних їм за поведінка «хворого», і збільшити винагороду за поведінка, властиве здоровому людині (Donahue, Thevenin, & Runyon, 1997; Mullins et al., 1997). Нарешті, терапевти, які надають перевагу *конфронтаційному* підходу, намагаються змусити пацієнта відмовитися від ролі хворого, прямо повідомляючи йому, що його симптоми не мають під собою медичної основи (Brady & Lind, 1961).

Ефект різних засобів лікування істеричних розладів ще недостатньо прояснений дослідниками (Ballinger, 1987). Але вивчення практичних випадків показує, що конверсійні та больові розлади легше піддаються лікуванню, ніж соматизація, і що підходи, що використовують усвідомлення, навіювання та підкріплення, частіше приносять стабільні поліпшення, ніж стратегія конфронтації.

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** Тривожне відчуття «грудка в горлі» відоме в медичних колах під назвою *globus hystericus.* |

**Резюме**

Хворі на соматоформні розлади відчувають фізичні нездужання, причини яких в основному є психологічними. На відміну від людей із симулятивними розладами, такі пацієнти самі вірять у те, що їхні хвороби мають органічну основу.

Істеричні соматоформні розлади. Істеричні соматоформні розлади призводять до дійсних втрат або змін фізіологічних функцій. Вони включають конверсійний, соматизований (синдром Брике) і больовий розлад, пов'язаний з психологічними факторами.

Іпохондричні соматоформні розлади. Люди, які страждають на іпохондричні соматоформні розлади, серйозно, але помилково переконані в тому, що у них є якісь фізичні недоліки. До категорії таких розладів входять істерія та дисморфофобія.

**Таблиця 8.1. Хвороби, що мають фізіологічні симптоми**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Тип хвороби | Свідомий контроль за симптомами? | Симптоми пов'язані із психологічними факторами? | Очевидна ціль? |
| Симуляція | так | може бути | так |
| Симулятивні розлади | так | так | ні  (виключаючи увагу лікарів та медичного персоналу) |
| Соматоформні розлади | ні | так | може бути |
| Психофізіологічні розлади | ні | так | може бути |
| Фізіологічні хвороби | так | може бути | ні |

(Hyler & Spitzer, 1978.)

Пояснення та лікування. Вчені пояснюють іпохондричні соматоформні розлади переважно так само, як тривожні розлади. Відповідно, методи лікування таких розладів включають занурення та запобігання реакції (відповіді) (exposure and response prevention) та інші техніки, що застосовуються в терапії тривожних розладів. Істеричні соматоформні розлади, навпаки, розглядаються як унікальні і досі причини їх погано відомі. Терапевтичні підходи спрямовані на усвідомлення (інсайт), навіювання, підкріплення чи конфронтацію.

**Психофізіологічні розлади.**

У першій половині XX століття клініцисти виділили групу фізіологічних захворювань, які здавалися результатом взаємодії психологічних та фізичних факторів (Dunbar, 1948; Bott, 1928). Ці захворювання відрізняються від соматоформних розладів тим, що як психологічні, так і фізичні фактори роблять свій внесок у виникнення хвороби, і хвороба приносить людині реальну фізичну шкоду (табл. 8.1). Якщо у попередніх версіях довідника DSM такі захворювання іменувалися психофізіологічними чи психосоматичними розладами, то DSM-IV вони позначені як психологічні чинники, які впливають фізичне здоров'я (див. діагностичну таблицю DSM- IV у Додатку). При подальшому обговоренні ми використатимемо більш звичний термін «психофізіологічні».

***Психофізіологічні розлади -*** *хвороби, що викликаються взаємодією психологічних та органічних факторів. Також називаються психосоматичними розладами.*

**Традиційні психофізіологічні (психосоматичні) розлади.**

До кінця 60-х років клініцисти вважали психофізіологічними лише обмежену кількість хвороб. Найбільш відомі та найпоширеніші з них - це виразка, астма, хронічні головні болі, високий артеріальний тиск та коронарна хвороба серця. Однак недавні дослідження показують, що і багато інших фізичних захворювань, включаючи бактеріальні та вірусні інфекції, також можуть бути викликані взаємодією психологічних та фізичних факторів. Спочатку ми розглянемо традиційні психофізіологічні розлади, а потім перейдемо до нових хвороб, що зараховуються до цієї категорії.

|  |
| --- |
| «Радісне серце — найкращі ліки, а зневіра духу висушує кістки». - Приповісті царя Соломона 17:22 |

Виразка - це хвороба, яка полягає в тому, що в стінках шлунка або дванадцятипалої кишки утворюються ушкодження (прободіння), внаслідок чого з'являється відчуття печіння або біль у шлунку, а іноді трапляються блювоти і шлункова кровотеча. На це захворювання страждають до 10% населення Сполучених Штатів, і щороку від нього помирають понад 6000 осіб (Suter, 1986). Виразка, очевидно, виникає завдяки взаємодії психологічних факторів, таких як стрес, спричинений навколишнім середовищем, сильне почуття гніву чи тривоги або залежний особистісний стиль (Tennant, 1988; Weiner et al., 1957), та фізіологічних факторів, таких як бактеріальна інфекція (Blaser , 1996; McDaniel et al., 1994).

***Виразка*** *- пошкодження стінок шлунка або дванадцятипалої кишки.*

***Астма*** викликає звуження дихальних шляхів організму (трахеї та бронхів), що ускладнює проходження повітря до легень та від легень (Simeonsson et al., 1995). В результаті виникає прискорене дихання, задишка, кашель і лякаюче відчуття ядухи. В даний час у Сполучених Штатах на астму страждають близько 15 мільйонів людей, вдвічі більше, ніж 15 років тому (Weiss, 1997). Більшість жертв у той час, коли у них трапляється перший напад, є дітьми чи підлітками (DeAngelis, 1994). Причиною 70% всіх випадків виявляється взаємодія психосоціальних факторів, таких як тиск несприятливих умов навколишнього середовища, складні відносини в сім'ї, висока потреба в залежності, та фізіологічних факторів, наприклад, алергії на певні речовини, уповільненої роботи симпатичної нервової системи та ослабленої дихальної системи (Carr , 1998; Godding, Kruth & Jamart, 1997).

|  |
| --- |
| ***Лікування астми.*** Діти, які страждають на астму, можуть користуватися аерокамерою або інгалятором, пристроєм, який допомагає вдихати медикаменти, що полегшують напад астми. Дитина накачує медикаменти у пластикову трубочку пристрою та потім вдихає їх. |

***Астма*** *- хвороба, що характеризується звуженням трахеї та бронхів, що викликає прискорене дихання, задишку, кашель та напади ядухи.*

Хронічними головними болями називаються часті та інтенсивні болі в ділянці голови або шиї, не викликані якоюсь іншою хворобою. Існує два типи таких болів. Головний біль, викликаний м'язовим скороченням або напругою, характеризуються больовими відчуттями в області потилиці або чола або в задній частині шиї (Peterson et al., 1995). Вони виникають, коли м'язи, що оточують череп, напружуються, що призводить до звуження кровоносних судин. Такими головними болями страждають приблизно 40 мільйонів американців. Мігрень є особливо жорстокими, часто майже паралізуючими болю, зосереджені з одного боку голови. Припадку мігрені часто передує застережливе відчуття, зване аурою, а сам напад іноді супроводжується запамороченням, нудотою або блюванням. Розвиток нападу мігрені проходить дві фази: (1) кровоносні судини головного мозку звужуються, і потік крові до деяких частин мозку зменшується, (2) потім ті ж судини розширюються, так що кров рухається по них дуже швидко, стимулюючи багато нервових закінчень і викликаючи біль. У Сполучених Штатах на мігрень страждають близько 23 мільйонів людей.

***Хронічні головні болі*** *— часті та інтенсивні болі в ділянці голови або шиї, не спричинені якоюсь іншою хворобою.*

***Головні болі, викликані м'язовим скороченням*** *- головні болі, причиною яких є скорочення м'язів, що оточують череп, і те, що відбувається в результаті звуження кровоносних судин. Також називаються головними болями, спричиненими напругою.*

***Мігрень*** *- особливо сильний головний біль, зосереджений в одній половині голови, припадку болю часто передує застережливе відчуття (аура), і він іноді супроводжується запамороченням, нудотою або блюванням.*

Проведені дослідження переконують нас у тому, що хронічний головний біль є результатом взаємодії психосоціальних факторів, таких як тиск навколишнього середовища, пасивний особистісний стиль, а також загальне відчуття безпорадності, гнів, тривога або депресія (Merikangas, Stevens, & Angst, 1994), та фізіологічних факторів, таких як неправильна діяльність нейротрансмітера серотоніну, хвороби судин або м'язова слабкість (Park, 1996; Raskin et al., 1987).

Гіпертонія – це хронічно підвищений артеріальний тиск. Підвищений тиск означає, що кров, що проштовхується серцем по артеріях, дуже сильно давить на стінки артерій. Гіпертонія має мало зовнішніх симптомів (Fahrenberg et al., 1995), але вона негативно впливає на роботу усієї серцево-судинної системи, суттєво підвищуючи ймовірність інсульту, коронарної хвороби серця та захворювань нирок. За приблизними оцінками, близько 40 мільйонів людей у США мають підвищений артеріальний тиск, щороку десятки тисяч людей помирають безпосередньо від цієї хвороби та ще мільйони – від хвороб, спричинених підвищеним тиском (Johnson, Gentry, & Julius, 1992). Лише фізіологічні аномалії є причиною менше 15% випадків гіпертонії; в інших випадках вона завдячує своїм виникненням поєднанню психосоціальних та фізіологічних факторів і часто називається есенціальною (ідіопатичною) гіпертонією або гіпертонією неясної етіології (essential hypertension) (McDaniel et al., 1994). Деякі з основних психологічних причин ідіопатичної гіпертонії - це постійна небезпека, що виходить з навколишнього середовища, загальне почуття гніву та невиражена потреба у владі (Dubbert, 1995; Somova, Diarra, & Jacobs, 1995). Фізіологічні причини включають надлишок солі в дієті і неправильну роботу барорецепторів, чутливих нервових закінчень на стінках судин, які відповідають за передачу в мозок сигналів про те, що тиск крові стає занадто високим (Julius, 1992; Schwartz, 1977).

***Гіпертонія*** *– хронічно підвищений артеріальний тиск.*

***Есенціальна (ідіопатична) гіпертонія*** *- підвищений кров'яний тиск, викликаний поєднанням психосоціальних та фізіологічних факторів.*

***Барорецептори*** *- чутливі нерви в кровоносних судинах, які відповідають за подачу в мозок сигналів про те, що тиск крові стає занадто високим.*

Коронарна хвороба серця виникає через закупорювання коронарних артерій, кровоносних судин, що оточують серце та відповідають за доставку кисню до серцевого м'яза. Насправді цей термін відноситься до кількох різних ситуацій, включаючи інфаркт міокарда і часткову або повну закупорку коронарних артерій. Разом взяті, ці проблеми є головною причиною смерті американських чоловіків віком від 35 років і жінок старших за 40 років, щороку через них відбувається до 800 000 смертей, більше третини всіх смертей у Сполучених Штатах (Blanchard, 1994; Matarazzo, 1984). Основна частина всіх випадків коронарної хвороби серця пов'язана із взаємодією психосоціальних факторів, таких як стрес на роботі, сильне почуття гніву або глибока депресія, та фізіологічних факторів, таких як високий рівень холестерину, ожиріння, гіпертонія, вплив куріння та нестача фізичних вправ ( Glassman & Sha , 1998; NAMHC, 1996; Hugdahl, 1995).

***Коронарна хвороба серця*** *– хвороба серця, викликана закупоркою коронарних артерій.*

***Коронарні артерії*** - *кровоносні судини, що оточують серце та відповідають за доставку кисню до серцевого м'яза.*

***Дисрегуляційна модель психофізіологічних розладів***

Психофізіологічні розлади, за визначенням, виникають через взаємодію психосоціальних та фізіологічних факторів. Як комбінуються ці чинники при освіті хвороби? Гері Шварц (Gary Schwartz), провідний дослідник у цій галузі, як відповідь запропонував дисрегуляційну модель (disregulation model) (рис. 8.3). Шварц стверджує, що між головним мозком і тілом зазвичай встановлюється негативний зворотний зв'язок, що гарантує правильне функціонування організму (Schwartz, 1982, 1977). Головний мозок отримує інформацію про події, що відбуваються з навколишнього середовища, обробляє цю інформацію і потім посилає органам тіла сигнали до дії. Після цього спеціальні механізми в органах забезпечують критичну зворотний зв'язок, повідомляючи мозку, що стимуляція органів досягла своєї мети і має бути припинена.

***Дисрегуляційна модель*** *- теорія, що розглядає психофізіологічні розлади як результат несправностей у механізмі негативного зворотного зв'язку, що встановлюється між тілом та головним мозком, що призводить до порушень процесів саморегуляції організму.*

Типовий цикл зворотного зв'язку керує рівнем артеріального тиску (Egan, 1992; Julius, 1992). У першій фазі циклу мозок отримує інформацію про небезпеку, що існує в навколишньому середовищі, наприклад, про блискавку, що блиснула недалеко, або мчить на високій швидкості автомобілі. У наступній фазі циклу мозок обробляє інформацію та спонукає нервову систему підняти тиск крові. Потім йде наступна фаза, в якій барорецептори, чутливі до тиску елементи в кровоносних судинах, попереджають нервову систему про те, що тиск став надто високим, і нервова система знижує артеріальний тиск до прийнятного рівня.

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** Згідно з опитуваннями, своєю роботою задоволені 65% білих американців і лише 56% афроамериканців (Watson Wyatt World...de, 1995). |

Згідно з Шварцем, якщо в одній із фаз циклу з'являються неполадки, в організмі замість ефективної саморегуляції виникає стан дисрегуляції, проблеми поширюються по всьому циклу, і в результаті може розвинутись психофізіологічний розлад. Причиною гіпертонії, наприклад, може бути несправність у будь-якій частині циклу зворотного зв'язку, що керує артеріальним тиском. Якщо інформація, що надходить із навколишнього середовища, надмірна (як, наприклад, тоді, коли людина відчуває постійний стрес на роботі або довго не може знайти роботу) або обробка інформації помилкова (як тоді, коли людина неправильно інтерпретує повсякденні події), або органи тіла функціонують неправильно (наприклад, аорта ненормально звужується), або не працює механізм зворотного зв'язку (барорецептори не передають у головний мозок інформацію про те, що тиск крові занадто високий), у будь-якому випадку неточна інформація передається далі за циклом, поки всі його частини не виявляються налаштованими підвищення артеріального тиску (Landsbergis et al., 1994).

**Малюнок 8.3. Цикл негативного зворотного зв'язку.** Згідно з дисрегуляційною моделлю Шварца, нормальний процес регуляції організму протікає наступним чином: організм піддається стимулюючому впливу навколишнього середовища (1); головний мозок обробляє інформацію про цей вплив (2); головний мозок надсилає органам тіла сигнали до дії (3); органи забезпечують негативний зворотний зв'язок з мозком, повідомляючи про те, що їхня стимуляція досягла своєї мети і має бути припинена (4) (Schwartz, 1977).

***Чинники, які роблять внесок у виникнення психофізіологічних розладів***

За роки роботи клініцисти виділили безліч соціокультурних, психологічних і біологічних змінних, які роблять свій внесок у розвиток психофізіологічних розладів. Деякі з цих впливів проявляються особливо часто.

Соціокультурні чинники. Вимоги, що породжують стрес, що накладаються на людину суспільством або соціальною групою, можуть призвести до порушень у системі саморегуляції та створити ґрунт для виникнення психофізіологічних розладів. Стресовий вплив може бути широкомасштабним, як у разі війни чи природної катастрофи. Наприклад, після аварії на атомній електростанції Three Mile Island, що трапилася в 1979 році, у людей, які жили поблизу, відзначалася велика кількість психофізіологічних розладів, і така картина спостерігалася протягом багатьох років (Schneiderman & Baum, 1992; Baum et al, 1983). З іншого боку, соціокультурний стрес може набувати форми постійного впливу несприятливих соціальних умов, що викликають відчуття напруги, що повторюється, такою умовою може бути життя в районі з високою злочинністю або незадоволеність своєю роботою (Landsbergis et al., 1994). Наприклад, афроамериканці хворіють на гіпертонію вдвічі частіше, ніж білі американці (Johnson et al., 1992). Хоча ці відмінності можна пояснити фізіологічними факторами, деякі вчені вважають, що небезпечне навколишнє середовище, в якому живе багато афроамериканців, і незадоволеність багатьох із них своєю роботою також відіграють роль у виникненні цієї диспропорції (Anderson et al., 1992). І, нарешті, стрес може бути викликаний сімейними або пов'язаними з роботою обставинами, такими як смерть одного з членів сім'ї, розлучення чи втрата роботи (Levy et al., 1997; Johnson et al., 1992).

**Психологічні чинники** На думку багатьох теоретиків, певні потреби, відносини, емоції та стилі взаємодії з навколишнім середовищем можуть стати причиною перебільшеної реакції людини на стресові фактори та підвищити, таким чином, ймовірність появи психофізіологічних розладів (Watten et al., 1997). Наприклад, вчені встановили, що чоловіки з репресивним стилем долання (repressive coping style) (вважають неприйнятним вираз почуття дискомфорту, гніву чи ворожості) зазвичай відчувають підвищення артеріального тиску під час проведення тестів реакції на стрес (mental stress tests) (NAMHC, 199; Steptoe, 1993). Також було виявлено, що люди з таким копінг-механізмом частіше хворіють на астму (DeAngelis, 1992).

Інший особистісний стиль, який може сприяти розвитку психофізіологічних розладів, - це особистісний стиль типу А (Туре А personality style), вперше описаний кардіологами Мейєром Фрідманом та Раймондом Розенманом (Meyer Friedman & Raymond Rosenman, 1959). Люди з таким особистісним стилем постійно гніваються, цинічні, нестримні, нетерплячі, амбітні і прагнуть протиборства. Їхній спосіб взаємодії зі світом, згідно з Фрідманом і Розенманом, породжує безперервний стрес, і часто результатом стає коронарна хвороба серця. Люди з особистісним стилем типу В (Турі В personality stile), навпаки, характеризуються як спокійніші, менш агресивні і менш стурбовані питанням часу. Вони менш схильні до небезпеки серцево-судинних захворювань. Звичайно, в реальному житті більшість людей перебувають між цими двома полюсами, схиляючись або в один або в інший бік, але певною мірою виявляючи риси обох типів.

Зв'язок між особистісним стилем типу А та коронарною хворобою серця підтверджено багатьма дослідженнями (Rosenman, 1990; Williams, 1989). В одному відомому дослідженні, що охоплює понад 3000 осіб, Фрідман і Розенман (Friedman & Rosenman, 1974) розділили вибірку здорових чоловіків від 40 до 60 років на дві категорії, залежно від того, який особистісний стиль (типу А або типу В) характерний для цієї людини, і протягом наступних восьми років стежили за станом здоров'я кожного з цих людей. Серед чоловіків з особистісним стилем типу А хворих на коронарну хворобу серця виявилося вдвічі більше. Пізніші дослідження показали, що й у жінок особистісний стиль типу А також сприяє розвитку коронарної хвороби серця (Нау nes, Feinleib & Kannel, 1980).

***Особистісний стиль типу А*** *- особистісний стиль, що характеризується ворожістю, цинізмом, нестриманістю, нетерплячістю, прагненням протиборства і амбітністю.*

***Особистісний стиль типу В*** *— особистісний стиль, властивий людям спокійнішим, менш агресивним і менш стурбованим питанням часу.*

Останні дослідження говорять про те, що взаємозв'язок між особистісним стилем типу А і коронарною хворобою серця не такий сильний, як це передбачалося в попередніх роботах. Проте, очевидно, деякі з характеристик, приписуваних типу А, особливо ворожість, справді стосуються розвитку серцевих захворювань (Miller et al., 1996; NAMHC, 1996).

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** В даний час у вживанні майже 25 мільйонів таймерів. Більше 50% тих, хто використовує ці прилади, — люди віком від 18 до 29 років (Hancock et al., 1995). |

|  |
| --- |
| ***Ризикований бізнес.*** Дилер, що вигукує ціну на Паризькій валютній біржі. Стрес, що походить від роботи у сильно напруженій атмосфері, очевидно, збільшує ризик появи різних захворювань, включаючи коронарну хворобу серця. |

**Біологічні чинники** Ми бачили, що головний мозок регулює активність органів тіла, впливаючи на них за допомогою вегетативної (автономної) нервової системи (ВНС), яка є мережею нервових волокон, що зв'язують центральну нервову систему з органами тіла (див. розділ 2). Якщо, наприклад, ми бачимо якусь страшну для нас тварину, група нервових волокон ВНС, яка називається симпатичною нервовою системою, підвищує свою активність. Коли небезпека проходить, стає активною інша група нервових волокон ВНС, парасимпатична нервова система, що діє у протилежному напрямку, сповільнюючи прискорене серцебиття, нормалізуючи дихання та інші функції організму. Ці частини автономної нервової системи постійно працюють, взаємно доповнюючи одне одного і забезпечуючи цим безперебійне і стабільне функціонування організму ( Selye, 1976, 1974; Cannon, 1927).

Оскільки ВНС — це центр, відповідальний реакцію стрес, вчені вважають, що дефекти у цій системі також роблять свій внесок у виникнення психофізіологічних розладів (Воусе et al., 1995; Hugdahl, 1995). Якщо, наприклад, автономна нервова система людини надто легко піддається стимуляції, вона може дуже активно реагувати на ситуації, які більшістю людей сприймаються як слабкий стрес, що врешті-решт призводить до руйнування певних органів і стає причиною психофізіологічного захворювання (Воусе та ін., 1995) ).

Деякі специфічні проблеми, пов'язані з фізіологією, також можуть сприяти розвитку психофізіологічних розладів. Наприклад, у людини можуть бути локальні біологічні слабкі місця (local biological weaknesses) — певні органи, які мають дефекти або особливо схильні до руйнування під впливом стресу (Ress, 1964). Люди із слабким шлунково-кишковим трактом, можливо, є кандидатами у хворі на виразкові хвороби. Ті, у кого слабка дихальна система, наражаються на небезпеку захворіти на астму.

Нарешті причиною психофізіологічних розладів може бути індивідуальна біологічна реакція (individual biological reaction) на стрес. Деякі люди, відчуваючи стрес, потіють, в інших починає хворіти на шлунок, у третіх підвищується кров'яний тиск (Fahrenberg, Foerster, & Wilmers, 1995). Хоча, загалом, такі фізіологічні зміни абсолютно нормальні, постійна надто активна експлуатація будь-якої окремої системи може призвести до її зношування і, в результаті, до психофізіологічного захворювання. Наприклад, вчені з'ясували, що в деяких дітей під впливом стресу шлунок виробляє більше кислот, ніж в інших (Weiner, 1977; Mirsky, 1958). Можливо, з роками ця реакція, що повторюється, послаблює стінки шлунка і дванадцятипалої кишки, роблячи людину особливо вразливою до виразкових захворювань.

Цілком зрозуміло, що соціокультурні, психологічні та біологічні фактори при освіті психофізіологічних розладів діють спільно. Така взаємодія цих факторів у разі виникнення хвороби колись розглядалася як особливе і незвичайне явище. Однак, згідно з дисрегуляційною моделлю, взаємодія психологічних та фізіологічних факторів — не виняток, а правило, за яким працює організм, і з часом все більше і більше хвороб додається до списку психофізіологічних розладів. Тепер ми звернемося до цих «нових» психофізіологічних розладів.

**Нові психофізіологічні розлади.**

Починаючи з 60-х років, вчені виявляють все більше взаємозв'язків між стресом, спричиненим психосоціальними факторами, та широким спектром фізіологічних захворювань. Давайте спочатку подивимося, як встановлювалися ці зв'язки, а потім звернемося до психонейроімунології (psychoneuroimmunology), нової області досліджень, яка йде ще далі, прив'язуючи стрес та хвороби до роботи імунної системи організму.

***Стрес та хвороби***

У 1967 році Томас Холмс (Thomas Holmes) і Річард Рейх (Richard Rahe) розробили Шкалу оцінки соціального пристосування (Social Adjustment Rating Scale), в якій присвоюються чисельні значення різним потенційно стресовим подіям, що відбуваються іноді в житті людей (табл. 8.2). . На основі відповідей, даних великою вибіркою суб'єктів, найбільш стресовою подією з усіх включених до шкали була визнана смерть чоловіка чи дружини, яка була оцінена у 100 одиниць зміни життя (life change units, LCU). Нижче за шкалою виходить на пенсію (45 одиниць), ще нижче — не дуже суттєве порушення закону (11 одиниць). Навіть позитивні життєві події, такі як визначне особисте досягнення, можуть нести з собою певний стрес (28 одиниць). Ця шкала дозволила дослідникам виміряти загальну кількість стресу, якому піддається людина протягом деякого періоду часу. Якщо, наприклад, ділова жінка в той самий рік розпочала новий бізнес (39 одиниць), відправила сина до коледжу (29 одиниць), переїхала до нового будинку (20 одиниць) і пережила смерть друга чи подруги (37 одиниць), загальний стрес , Отриманий нею протягом року, дорівнюватиме 125 одиницям, для такого періоду часу це досить великий показник.

Потім дослідники подивилися, як співвідноситься величина стресу, отриманого людиною, зі станом його здоров'я. І вони виявили, що у хворих людей величина стресу, виміряного в одиницях зміни життя (LCU), за рік, що передує захворюванню, виявляється набагато більшим, ніж у здорових людей (Holms & Rahe, 1989, 1967). Якщо події, що змінюють життя людини, за рік у сумі набирають більше 300 одиниць (LCU), то здоров'я цієї людини наражається на серйозну небезпеку.

|  |
| --- |
| ***Радісний стрес.*** Згідно зі шкалою оцінки соціального пристосування, навіть позитивні життєві події, такі як весілля, можуть викликати стрес. |

У ході одного з досліджень Рейх (1968) розділив 2500 практично здорових моряків на групу високого ризику (що набрали велику кількість одиниць зміни життя (LCU) за попередні шість місяців) та групу низького ризику (що набрали мало LCU за попередні шість місяців), а потім простежив стан здоров'я людей цих двох груп, коли вони вийшли в море. Протягом першого місяця в морі із групи високого ризику захворіло людей у два рази більше, ніж із групи низького ризику; Протягом наступних п'яти місяців плавання моряки з групи високого ризику також хворіли частіше, ніж ті, хто належав до групи низького ризику.

За час, що минув після появи піонерської роботи Холмса і Рейха, було встановлено зв'язок стресових впливів різних видів з безліччю хвороб, від ангіни та інфекцій верхніх дихальних шляхів до раку (Pillow, Zautra, & Sandier, 1996; Kiecolt-Glaser et al, 1 . Вчені виявили, що чим більша величина стресу, отриманого людиною, тим більша ймовірність захворювання. Було навіть встановлено взаємозв'язок між травматичним стресом і смертю. Особливо вражаючий приклад смерті, що настала внаслідок психологічного стресу, дає наступний випадок.

*Чарлі та Джозефін 13 років були нерозлучні. Чарлі на очах у Джозефіна з незрозумілою жорстокістю був застрелений у сутичці з поліцією. Джозефін спочатку деякий час стояла без руху, потім повільно наблизилася до розпростертих на землі останків, впала на коліна і мовчки впустила свою голову на неживе і закривавлене тіло. Стурбовані люди спробували допомогти їй, але вона відмовлялася рухатися. В надії, що вона скоро впорається зі своїм страшним горем, її дали спокій. Але вона більше ніколи не піднялася; за 15 хвилин вона померла. Тепер повідомимо вам чудову подробицю цієї історії: Чарлі та Джозефін були дві лами із зоопарку! Під час снігового бурану вони втекли зі свого загону, і Чарлі, дуже норовиста тварина, був застрелений, оскільки він показав себе некерованим. За твердженнями служителів зоопарку, до моменту трагічної події Джозефін завжди була нормально активною та здоровою (Engel, 1968).*

Однак Шкала соціального пристосування Холмса і Рейха має, зокрема, той недолік, що вона може не враховувати певні фактори, що викликають стрес, характерні для специфічних груп населення. Наприклад, студенти коледжу часто відчувають стрес, зустрічаючись із подіями, відмінними від тих, що перераховані в шкалі. Замість труднощів подружнього життя, звільнення з роботи або влаштування на нову роботу студент коледжу може мати проблеми у відносинах із сусідом по кімнаті, відчувати стрес після провалу на іспиті або при вступі до аспірантури. Коли дослідники розробили спеціальну шкалу, яка більш точно оцінює значення різних подій для цієї групи населення (див. табл. 8.2), вони виявили, що очікуваний зв'язок між стресовими факторами та хворобами існує і тут (Crandall et al., 1992).

**Таблиця 8.2. Життєві події, що спричиняють найбільший стрес**

*Дорослі: «Шкала оцінки соціального пристосування» (повна шкала містить 43 пункти)*

1. Смерть чоловіка чи дружини

2. Розлучення

3. Розрив подружніх відносин

4. Тюремний термін

5. Смерть близького родича чи члена сім'ї

6. Травма чи хвороба

7. Одруження

8. Звільнення з роботи

9. Відновлення подружніх відносин

10. Відхід на пенсію

11. Зміна стану здоров'я члена сім'ї

12. Вагітність

13. Сексуальні проблеми

14. Поява нового члена сім'ї

15. Реорганізація своєї справи

16. Зміни у фінансовому стані

17. Смерть близького друга

18. Зміна галузі виробничої діяльності

19. Зміна кількості суперечок між подружжям

20. Заклад майна у сумі понад 10 000 дол.

21. Позбавлення права викупу заставної

22. Зміна сфери відповідальності на робочому місці

*Студенти: «Стресовий опитувальник для студентів коледжів» (повна шкала містить 83 пункти)*

1. Смерть (члена сім'ї чи друга)

2. Багато контрольних робіт та іспитів за короткий час

3. Випускні іспити

4. Іспити до аспірантури

5. Вчинений проти вас злочин

6. Важливі роботи з усіх основних предметів в той самий день

7. Розрив зі своєю дівчиною/своїм хлопцем

8. Відкриття, що ваша дівчина/ваш хлопець обманює вас

9. Дуже багато справ, які треба встигнути зробити у визначений термін

10. Крадіжка вашого майна

11. Тяжкий тиждень попереду

12. Прихід на іспит непідготовленим

13. Втрата чогось із майна (особливо гаманця чи гаманця)

14. Смерть улюбленої домашньої тварини

15. Отримання на іспиті найгіршої оцінки, ніж ви очікували

16. Співбесіда

17. Необхідність підготувати власний проект чи звіт

18. Погана оцінка на іспиті або контрольній

19. Розлучення батьків

20. Залежність з інших людей

21. Конфлікти з товаришем по кімнаті

22. Поломка автомобіля/велосипеда, шина, що спустилася, тощо.

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Шкала оцінки соціального пристосування піддавалася критиці через те, що у ній кожному з найважливіших подій життя надається конкретне числове значення. Чому ці числові значення можуть виявитися не дуже точними індикаторами величини стресу, який ця подія справді викликає у конкретної людини? |

При розладах сну, пов'язаних із порушеннями дихання, сон розривається на частини через те, що припиняється доступ кисню до мозку. Синдром апное уві сні - найбільш поширена форма таких розладів, що зустрічається у 1-10% дорослого населення (АРА, 1994). Його жертви — зазвичай чоловіки із зайвою вагою, які сильно хропуть, фактично перестають дихати уві сні на 30 і більше секунд. За одну ніч можуть траплятися сотні таких епізодів. Багато хто з цих розладів не підозрюють про свою хворобу, але при цьому часто скаржаться на сильну сонливість протягом дня.

Люди з порушенням добового ритму (розладом режиму сну-неспання) відчувають сильну сонливість або безсоння в результаті розривів сну, що повторюються, що відбуваються через розбіжність їх власного біологічного режиму сну і неспання з розкладом годин сну і неспання, прийнятим більшістю людей. Часто цей розлад проявляється у вигляді звички пізно лягати і пізно вставати. Така форма диссомнії може бути викликана роботою в нічну зміну, частими переходами з однієї робочої зміни на іншу або порушенням добового ритму через часті зміни часових поясів.

**Крупним планом**

*Сон та розлади сну: ще одна сторона взаємозалежності тіла та душі*

Сон, необхідна для здоров'я та хорошого стану діяльність організму, схильний до впливу як фізичних, так і психосоціальних факторів. Якщо людина не спить, вона починає вести себе неадекватно і відчувати дивні відчуття. Позбавлення сну на 100 або більше годин призводить до галюцинацій, параної та ненормальної поведінки. Якщо людина не спить більше 200 годин, вона починає відчувати часті мимовільні напади «мікросну», короткого сну тривалістю дві чи три секунди. Тіло просто відмовляється не спати так довго. Незвичайні ефекти, спричинені відсутністю сну, повністю зникають, коли людині дозволяють деякий час поспати.

Щоб краще вивчити явище сну, дослідники у лабораторних умовах реєструють діяльність організму тоді, коли людина спить (Mendelson, 1990). Вони використовують, як правило, одночасно три типи реєструючих пристроїв: електроенцефалограф, що робить запис електричної активності головного мозку, електроокулограф, який реєструє рухи очей, та електроміограф, що вимірює напругу та рухову активність м'язів.

Одним із найважливіших відкриттів був той факт, що приблизно 25% того часу, коли людина спить, його очі швидко рухаються (Aserinsky & Kleitman, 1953), цей феномен став відомим під назвою швидких рухів очей, або фаза швидкого сну. Фазу швидкого сну називають також "парадоксальним сном", тому що вона схожа одночасно на глибокий сон і на неспання.

Тіло, за винятком мікроскопічних рухів та скорочень м'язів, повністю знерухомлене, по суті, паралізоване. У той же час очі стрімко повертаються в різні боки. Приплив крові до головного мозку збільшується, і електроенцефалограф реєструє активність мозку, майже ідентичну його нормальної активності у людини, яка не спить. Вісімдесят відсотків піддослідних, яких будили під час фази «швидких рухів очей», казали, що бачили сон.

У довіднику DSM-IV наведено кілька типів розладів сну. Подібно до психофізіологічних розладів, вони, як правило, є результат взаємодії фізичних і психосоціальних причин. Розлади сну, у яких порушується тривалість, якість чи періодичність сну, називаються диссомниями ( dyssomnia). Парасомнії (parasomnia) характеризуються аномальними явищами під час сну (Stores, 1996; АРА; 1994).

***Диссомнії***

Безсоння чи труднощі при засинанні та нездатність довго спати не прокидаючись – найпоширеніша форма дисомнії. Протягом кожного року від 30 до 40% дорослого населення періодично страждає на безсоння. Щоб хворий отримав діагноз первинне безсоння, ця проблема має бути його основною скаргою протягом принаймні одного місяця і викликати суттєві порушення у функціонуванні організму (АРА, 1994). Причин безсоння може бути багато.

1. Біологічні чинники. Деякі люди мають надто активну систему пробудження, яка заважає їм глибоко заснути (Hobson, 1986). Крім того, деякі фізіологічні розлади можуть викликати безсоння (Mendelson, 1990).

2. Психічні розлади. При багатьох психічних розладах, включаючи депресію та шизофренію, часто спостерігаються труднощі при засинанні та неспокійний, неміцний сон.

3. Життєвий стиль. Звичка довго спати у вихідні дні, сон у занадто спекотній або занадто холодній кімнаті, фізичні вправи незадовго до сну, вживання занадто великої кількості кофеїну та інші подібні звички можуть призводити до безсоння.

4. Старанні спроби заснути. Люди, які зазнають труднощів при засинанні, іноді розробляють собі маленькі ритуали, які, як вважають, здатні принести їм так пристрасно бажаний сон. Однак насправді ретельне приготування до сну, навмисні думки про сон і навіть перерахунок слонів можуть зумовлювати продовження неспання.

5. Неправильне застосування хімічних речовин. Багато людей думають, що алкоголь чи інші хімічні засоби допоможуть їм заснути. Але часто алкоголь та снодійні препарати діють протилежним чином, зменшуючи глибину сну та вносячи аномалії в період швидкого сну.

На відміну від тих, хто страждає на безсоння, головна проблема людей, які отримують діагноз первинна гіперсомнія - виняткова сонливість, що володіє людиною протягом не менше одного місяця. Людина може відчувати потребу спати більше, ніж зазвичай, або спати також і вдень (АРА; 1994).

Нарколепсія, ще один розлад з групи диссомній, характеризується тим, що протягом більш ніж трьох місяців людина відчуває непереборні напади парадоксального сну під час неспання. У Сполучених Штатах нарколепсію страждають понад 200 000 людей. Періоди швидкого сну часто настають у результаті сильних емоцій. Ті, що страждають цим розладом, можуть раптово «заснути» в розпалі гарячої суперечки або в особливо хвилюючий момент футбольного матчу. При лікуванні часто використовують препарати типу амфетамінів.

***Парасомнії***

Жахи уві сні - найпоширеніший тип парасомнії. Більшість людей іноді бачать кошмарні сни, але в деяких випадках кошмари стають особливо частими і завдають людині таких страждань, що потрібне спеціальне лікування. Подібні кошмари часто розвиваються під час стресу.

Люди, які страждають на напади жаху уві сні, під час першої третини свого вечірнього сну раптово прокидаються з криком, у сильному хвилюванні та жаху. Вони перебувають у стані паніки, часто щось безладно кажуть, їхнє серцебиття дуже частішає. Зазвичай наступного ранку людина не пам'ятає про цей епізод. Приступи страху уві сні нерідко трапляються у дітей віком від 4 до 12 років і в підлітковому віці проходять. Приблизно від 1 до 6% дітей іноді відчувають такі напади страху (АРА, 1994).

Люди, які страждають сноходінням або лунатизмом, — зазвичай це діти, — періодично залишають свою постіль і блукають, не усвідомлюючи своїх дій, про які вони вранці нічого не пам'ятають. Епізоди сноходіння відбуваються в першій третині ночі і виражаються в тому, що людина встає з ліжка і починає ходити, причому складається враження, що вона тримає в голові певну мету. Якщо людину в цей час будять, то перші секунди вона збентежена і не розуміє, що відбувається. Якщо ж таким людям дозволяють спокійно продовжувати ходити, то вони зрештою повертаються назад у ліжко. Лунатикам, як правило, вдається успішно уникати перешкод, підбиратися на сходи та виконувати складні дії, маючи при цьому абсолютно відсутній та емоційно нейтральний вигляд. Іноді, однак, ходіння уві сні насправді призводять до нещасних випадків: падіння, зіткнення з меблями, були навіть випадки, коли люди випадали з вікон. Приблизно від 1% до 5% дітей демонструють подібні порушення сну протягом досить тривалого періоду часу, а випадкові епізоди бувають у 30% дітей. Епізоди снохождения зазвичай припиняються до 15 років (АРА, 1994).

Сон і розлади сну останні десятиліття користуються великою увагою дослідників, і лабораторії вивчення сну нині засновані у багатьох великих містах. Сон - важлива частина нашого життя, і результати робіт, присвячених дослідженню сну, знаходять застосування не тільки при лікуванні розладів сну та пов'язаних з ними інших психічних порушень, а й практично у будь-якій сфері людської діяльності.

***Психонейроімунологія***

Як стресові події можуть вплинути на зараження вірусною або бактеріальною інфекцією? Щоб відповісти на це питання, вчені зосередили свою увагу на імунній системі організму як на ключовому факторі такого взаємозв'язку та розробили нову науку під назвою ***ncuхонейроімунологія,*** що займається дослідженням зв'язків між психосоціальним стресом, імунною системою та здоров'ям.

***Імунна система*** *-* це сукупність видів діяльності та клітин організму, призначених для того, щоб виявляти та знищувати антигени, що вторглися ззовні ворожі субстанції, такі як бактерії, віруси, грибки, паразити, а також клітини злоякісних пухлин (Cohen & Herbert, 1996). Одну з найважливіших частин системи утворюють мільярди ***лімфоцитів,*** білих кров'яних тілець, що циркулюють за лімфатичною та кровоносною системами. Вони реагують на появу антигенів та допомагають організму перемогти ворогів.

***Психонейроімунологія*** *- наука, яка займається дослідженням зв'язків між психосоціальним стресом, імунною системою та здоров'ям.*

***Імунна система*** - *сукупність видів діяльності та клітин організму, призначених для того, щоб виявляти та знищувати антигени та клітини злоякісних пухлин.*

***Антиген*** — *ворожа організму субстанція, що вторглася ззовні, наприклад, бактерія або вірус.*

***Лімфоцити*** - *білі кров'яні тільця, що циркулюють по лімфатичній та кровоносній системах і допомагають організму виявляти та знищувати антигени та ракові клітини.*

Лімфоцити однієї групи, звані Т-клітини помічники (Т-хелпери), виявляють антигени, а потім розмножуються та ініціюють виробництво організмом імунних клітин інших типів. Лімфоцити іншої групи, Т-клітини вбивці (Т-кілери), знаходять і руйнують клітини організму, вже уражені вірусами, щоб зупинити поширення вірусної інфекції. Лімфоцити третьої групи, В-клітини, виробляють антитіла, протеїнові молекули, які розпізнають антигени та прикріплюються до них, помічаючи їх для знищення і не даючи їм спричинити інфекцію.

Грунтуючись на дослідженнях як людського організму, так і організмів тварин, вчені сьогодні вважають, що стрес здатний вплинути на діяльність лімфоцитів, уповільнюючи їх роботу і збільшуючи, таким чином, схильність людини до вірусних і бактеріальних інфекцій (Sternberg & Gold, 1997; Adler, Felten, & Cohen, 1991). Поворотною віхою в цій галузі було дослідження Р. В. Батропа (RW Bartrop) та його колег (1977), проведене в Новому Південному Уельсі (New South Wales) в Австралії, в ході якого вчені порівнювали роботу імунної системи у 26 осіб, чиє подружжя померли вісім тижнів раніше, і 26 відповідних їм за всіма іншими параметрами людей з контрольної групи, чиє подружжя було живе. Аналізи крові показали, що діяльність лімфоцитів у людей, які зазнали втрати близької людини, протікала набагато повільніше, ніж у людей з контрольної групи. Інші дослідження виявили, що у тих, хто зазнає тривалого стресу, функціонування імунної системи також уповільнюється. Наприклад, згідно з даними вчених, коли люди стоять перед необхідністю Довгий час доглядати за родичем, який захворів на хворобу Альцгеймера, працездатність їх імунної системи часто знижується (Kiecolt-Glaser et al, 1996; 1991; 1987).

Ці дослідження виявляють дуже цікаву та несподівану річ. Виходить, що здорові люди в ті періоди часу, коли їм доводиться відчувати високий стрес, на поверхні залишаються здоровими, але функціонування їх імунної системи при цьому сповільнюється, роблячи їх вразливими по відношенню до хвороби. Якщо стрес впливає на нашу здатність чинити опір хворобам, то немає нічого дивного в тому, що вчені постійно виявляють зв'язок психологічного стресу з новими захворюваннями. Але як і коли стрес може втручатися у роботу імунної системи? На те, чи спричинить стрес до уповільнення функціонування імунної системи, впливають кілька факторів: біохімічна активність організму, зміни в поведінці, особистісний стиль та ступінь соціальної підтримки.

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** У ветеранів В'єтнамської війни, які через двадцять років після того, як їм довелося випробувати стрес у бойових умовах, продовжують страждати від посттравматичного розладу, спостерігається більша, ніж зазвичай, кількість порушень кровообігу, кісткових і м'язових захворювань, захворювань травної, ендокринної та нервової систем, респіраторних та інфекційних захворювань (Boscarino, 1997). |

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** У минулому лікарі було неможливо розпізнати психологічні чинники, які часто впливають розвиток фізіологічного захворювання. Тепер деякі спостерігачі побоюються, що, можливо, цим чинникам стали надавати занадто велике значення. Які проблеми можуть виникнути внаслідок надто активного підкреслення ролі психологічних факторів у розвитку соматичних захворювань чи спрощеного розуміння взаємозв'язку душі та тіла? |

|  |
| --- |
| ***Т-кілери.*** Т-клітини оточують перевищуючу за розмірами ракову клітину і руйнують її, запобігаючи таким чином поширенню ракового захворювання. |

**Біохімічна активність.** Як ми вже бачили, стрес веде до підвищеної активності симпатичної нервової системи, у тому числі до збільшення вироблення нейротрансмітера норепінефрину, що поширюється у головному мозку та тілі. Одне з місць призначення, до яких прямує норепінефрін, - лімфоцити імунної системи (Whitacre et al., 1994; Ader, Felton, & Cohen, 1991). При легкому стресі або на ранній стадії стресу нейротрансмітер приймається певними рецепторами лімфоциту і повідомляє повідомлення про те, що лімфоциту слід підвищити свою активність. Однак у міру того, як інтенсивність стресу продовжує збільшуватися, норепінефрин досягає інших рецепторів лімфоцитів і передає їм переважне повідомлення (inhibitory message), що вимагає, щоб лімфоцит припинив свою діяльність. Таким чином, якщо при невеликому стресі вироблення норепінефрину покращує роботу імунної системи, то при вищому рівні стресу та сама функція уповільнює її роботу.

Так само діяльність ендокринних залоз у періоди тривалого стресу сприяє погіршенню роботи імунної системи. Згадаймо, що за певних обставин ендокринні залози виробляють гормони, хімічні речовини, що стимулюють роботу органів тіла. Коли людина піддається стресу, надниркові залози, розташовані на верху кожної нирки, починають виробляти кортикостероїди кортизон та інші так звані гормони стресу. На першій стадії вироблення кортикостероїдів стимулює органи тіла, спонукаючи їх до активнішої діяльності. Однак після того, як стрес триває 30 хвилин або довше, гормони стресу досягають певних рецепторів тіла і передають їм переважні повідомлення (inhibitory messages), які допомагають охолодити надто розпалений стресом організм (Manuck et al., 1991). Коли кортикостероїди приймаються рецепторами, розташованими на лімфоцитах, переважні повідомлення, що передаються ними, уповільнюють діяльність лімфоцитів (Bellinger et al., 1994; Zwilling et al., 1993). Таким чином, знову ті ж речовини, які спочатку допомагають організму впоратися зі стресом, зрештою надають уповільнює вплив на імунну систему.

Зміни у поведінці. Стрес може стати причиною змін у поведінці, що опосередковано впливають на роботу імунної системи. Наприклад, деякі люди під час сильного чи хронічного стресу відчувають тривогу чи депресію і навіть можуть захворіти на тривожний розлад чи розлад настрою. Крім того, під час стресу людина іноді починає погано спати і гірше харчуватися, менше рухатися, більше курити або вживати більше алкоголю, а відомо, що такі способи поведінки сприяють уповільненню діяльності імунної системи (Cohen & Herbert, 1996; Kiecolt-Glaser & Glaser , 1988).

**Особистісний стиль.** Індивідуальний особистісний стиль людини може грати певну роль тому, наскільки уповільнюється функціонування імунної системи під впливом стресу. Згідно з проведеними дослідженнями, люди, які зазвичай реагують на життєвий стрес з оптимізмом, використовують гнучкий і конструктивний стиль взаємодії зі світом, вітають виклики навколишнього середовища і прагнуть тримати під контролем повсякденні події свого життя, імунна система працює краще, і такі люди виявляються краще підготовленими. до боротьби з хворобами (Everson et al., 1996; Dykema, Bergbower, & Peterson, 1995). Наприклад, деякі дослідження виявляють, що люди з так званим «твердим характером» залишаються здоровими під час стресу, тоді як ті, чий характер не так «твердий», здаються більш схильними до різних хвороб (Kobasa, 1990, 1987, 1984, 1982). Одна з робіт показує навіть, що чоловіки, які тривалий час відчувають безнадійність, частіше помирають від серцевих хвороб, раку та інших захворювань (Everson et al., 1996).

Інші дослідження, зроблені в цій галузі, відкривають, що існує зв'язок між деякими особистісними характеристиками та успішністю протиракової терапії (NAMHC, 1996; Anderson et al, 1994; Levy & Roberts, 1992). За даними цих робіт, пацієнти, які страждають на деякі форми раку, які демонструють безпорадний стиль взаємодії з навколишнім середовищем (coping style), а також ті, яким важко висловлювати свої почуття, особливо почуття гніву, одужують рідше, ніж пацієнти, які не відчувають подібних емоцій. . Однак інші дослідники не знаходять взаємозв'язку між рисами особистості та ймовірністю одужання від раку (Holland, 1996).

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** Під час та після подружніх сварок організм жінки, як правило, виробляє більше гормонів стресу, тому функціонування імунної системи жінок у результаті таких сварок погіршується сильніше (Kiecolt-Glaser et al., 1996). |

**Соціальна підтримка** І нарешті, схоже, що імунна система людей, які відчувають мало соціальної підтримки та відчувають себе самотніми, під час стресу функціонує гірше, ніж імунна система тих, хто не відчуває самотності (Cohen & Herbert, 1996; Kiecolt-Glaser et al., 1988) , 1987). В одному з досліджень студентам-медикам запропонували відповісти на запитання "Шкали самотності", розробленої в Каліфорнійському університеті, після чого респондентів розділили на групу "дуже самотніх" та групу "не дуже самотніх" (Kiecolt-Glaser et al., 1984). У тих, хто належав до групи «дуже одиноких», реакція лімфоцитів під час річної сесії виявилася повільнішою. В іншому дослідженні на цю тему було виявлено, що у пацієнтів з деякими формами раку, які користувалися соціальною підтримкою у своєму повсякденному житті або проходили курс підтримуючої терапії, імунна система працювала краще, що, у свою чергу, сприяло їх більш успішному одужанню, порівняно з пацієнтами, які не отримували такої підтримки (Fawzy et al., 1995, 1993; Sleek, 1995; Classen, Hermanson, & Spiegel, 1994).

|  |
| --- |
| ***Лабораторні відкриття.*** Для вивчення імунної системи часто використовуються лабораторні тварини. Руйнування імунної системи цих мишей, що спричинило випадання їх вовни, дозволило вченим організувати та дослідити проникнення в організм різних мікроорганізмів та вірусів. |

**Сцени із сучасного життя**

*Психологічний ефект зараження та захворювання на СНІД*

Вірус імунодефіциту людини (ВІЛ) - це вірус, який впроваджується у певні клітини людського організму і стає причиною їхньої смерті. Особливо вірус вражає лімфоцити Т-4 помічники, імунні клітини, які у нормальних умовах захищають організм від захворювання, повідомляючи іншій частині імунної системи, яких ворогів слід знищувати (Richardson, 1997; Batchelor, 1988). Уражені лімфоцити, своєю чергою, заносять вірус углиб імунної системи, де він виробляє подальші руйнації. У багатьох випадках внаслідок зараження ВІЛ розвивається синдром набутого імунодефіциту (СНІД), хвороба, що руйнує всю імунну систему.

Інкубаційний період, що проходить від зараження ВІЛ до захворювання на СНІД, може тривати тижні, місяці або роки (Richardson, 1997; Travis, 1996; Kiecolt-Glaser & Glaser, 1988). Поки що мало відомо про те, чому і як у людей, інфікованих ВІЛ, розвивається СНІД і чому у різних людей це відбувається з різною швидкістю. Більшість хворих не вмирають безпосередньо від СНІДу, а натомість падають жертвами інфекцій, які не змогли б вижити в організмі зі здоровою імунною системою. В даний час підвищену увагу дослідників та лікарів привертає психологічний стан людей, інфікованих або хворих на СНІД (Taylor, Amodei, & Mangos, 1996; Lyketsos et al., 1996).

Психологічні розлади, що супроводжують ВІЛ-інфекцію, можуть мати суто органічні причини. Наприклад, вірус може вражати головний мозок, викликаючи комплекс недоумства при СНІДі (AIDS dementia complex, ADC), хворобу, здатну призвести до занепаду енергії, появі маніакально-депресивних симптомів та психозу. Багато частіше зустрічається просто загальне зниження когнітивних здібностей: людині потрібно більше часу, щоб обміркувати чи запам'ятати щось (Maj et al., 1994). Такі явища погіршують психологічний стан хворого, і це, завершуючи хибне коло, ще більше послаблює імунну систему. Про комплекс недоумства при СНІДі (ADS) відомо небагато, але деякі дослідники припускають, що, можливо, він у тому чи іншою мірою присутній в більшості заражених СНІДом і може бути одним із ранніх симптомів захворювання (Price et al., 1988) .

Психологічні проблеми у хворих та інфікованих СНІДом також можуть виникнути внаслідок впливу соціокультурних факторів (Kaplan, Marks, & Mertens, 1997; Fukunshi et al., 1996). Хоча недоумство розвивається не в усіх людей, заражених СНІДом, майже всі вони зазнають жорстокого тиску навколишнього середовища, яке викликає стрес, що знижує здатність імунної системи протистояти хворобі. Ослаблена імунна система робить ВІЛ-інфікованого ще менш захищеним як проти вірусу СНІДу, так і проти будь-якої іншої інфекції.

Суспільство відмовляється надати хворим на СНІД підтримку, щоб допомогти їм успішніше боротися зі своєю хворобою. Натомість воно таврує ганьбою і саму хворобу, і тих, хто заражений їй. Опитування показують, що деякі люди вважають СНІД заслуженим покаранням для гомосексуалістів, наркоманів та всіх, хто з ними пов'язаний (Herek & Glunt, 1988). Після того, як «Мейджик» Джонсон заявив, що він заразився СНІДом не через гомосексуальний контакт чи внутрішньовенне вживання наркотиків, активісти руху боротьби зі СНІДом сподівалися, що ці погляди зміняться. Але навіть «Мейдхік» Джонсон виявився беззахисним перед громадським страхом СНІДу. Спортивні клуби відмовилися укладати заздалегідь обговорені вигідні контракти зі знаменитим спортсменом, а інші професійні гравці відмовлялися зустрічатися з ним на баскетбольному майданчику через побоювання заразитися СНІДом.

Усі експерти згодні у цьому, що з звичайному спілкуванні з людиною, інфікованим чи хворим на СНІД, інфекція не передається (Herek & Capitanio, 1993). Однак упередження та помилкові думки продовжують жити. Людина, заражена СНІДом, нерідко зустрічається з дискримінацією та переслідуваннями, йому загрожує позбавлення роботи, гарантій медичного обслуговування та захисту, що надається поліцією (Tross & Hircsh, 1988). Багато жертв, крім того, переживають втрату друзів, — тих, хто помирає від СНІДу, і тих, хто відвертається від них, — і все це у світлі власної, можливо, швидкої смерті. Стрес призводить до апатії, депресії, відмови боротися з хворобою, розладів тривожного характеру (anxiety-related disorders) та багатьох інших проблем (Lyketos et al, 1996; Taylor et al., 1996). Знову утворюється порочне коло, в якому стресові дії самі по собі знижують здатність імунної системи боротися із захворюванням (Fleishman & Fogel, 1994).

|  |
| --- |
| ***Напис на плакаті*** *:* «Я хворий на СНІД. Будь ласка, обійміть мене Ви не занедужаєте» |

Щоб зменшити кількість психологічних проблем, що супроводжують СНІД, ми повинні надати людям, які страждають на це захворювання, підтримку, співчуття і надію, доступні для тих, хто хворий на інші небезпечні для життя або невиліковні хвороби. Це можна зробити лише шляхом освіти людей щодо реальних фактів. Сьогодні на освітні програми, що стосуються СНІДу та призначені як для підлітків, так і для дорослих, витрачаються мільйони доларів (Jacobs, 1993). Проте дуже важко подолати глибоко укорінене упередження проти загадкової смертельної хвороби, а також і людей, заражених нею. Тільки тоді, коли хворі на СНІД будуть визнані людьми, які потребують допомоги та розуміння, суспільство, що їх оточує, зможе сприяти їхньому одужанню, замість того, щоб прискорювати їхню смерть.

**Резюме**

Психофізіологічні розлади - це такі хвороби, при яких взаємодія психосоціальних та фізіологічних факторів породжує фізіологічне захворювання. Виникнення цих розладів можна пояснити з допомогою дисрегуляционной моделі, яка передбачає, що у умовах між головним мозком і тілом встановлюється негативний зворотний зв'язок, що забезпечує нормальне функціонування організму. Якщо в цій системі щось працює неправильно, в результаті може розвинутись психофізіологічний розлад.

Традиційні психофізіологічні розлади. Протягом багатьох років клініцисти виділяли обмежену кількість хвороб, що визначаються як психофізіологічні. До цих традиційних психофізіологічних розладів входять виразка шлунка і дванадцятипалої кишки, астма, хронічні головний біль, гіпертонія і коронарна хвороба серця.

Нові психофізіологічні розлади. Останнім часом психофізіологічними стали вважати також багато інших хвороб. Вчені встановили зв'язок багатьох захворювань зі стресом, що започаткувало нову науку під назвою психонейроімунологія.

Імунна система організму - це сукупність видів діяльності і клітин організму, у тому числі лімфоцитів, призначених для боротьби з антигенами: бактеріями, вірусами та іншими ворожими субстанціями, що вторгаються ззовні, а також з клітинами злоякісних пухлин. Стрес може призвести до уповільнення діяльності лімфоцитів і, таким чином, зменшити здатність імунної системи боротися проти хвороб. Фактори, за спостереженнями дослідників, які впливають на роботу імунної системи, включають діяльність норепіпефрину та гормонів, зміни в поведінці, особистісний стиль та ступінь соціальної підтримки.

**Психологічні засоби лікування фізичних недуг.**

Після того як клініцисти виявили, що психосоціальні фактори можуть робити свій внесок у розвиток фізіологічних розладів, вони почали застосовувати психотерапевтичні методи при лікуванні все більшої кількості фізичних хвороб (Compas et al., 1998; Cassem & Hyman, 1995). Найбільш поширені підходи – це релаксаційні тренування, встановлення біологічного зворотного зв'язку, медитація, гіпноз, когнітивне втручання, терапія інсайту та групи підтримки. Терапевтичний підхід, що поєднує в собі психологічне та фізіологічне втручання з метою лікування або запобігання хворобі, отримав назву поведінкової медицини (Blanchard, 1994).

***Поведінкова медицина*** *- терапевтичний підхід, що поєднує в собі психологічне та фізіологічне втручання з метою лікування або запобігання хворобі.*

**Сцени із сучасного життя**

*Він не важкий*

Кілька років тому тринадцять хлопчаків-п'ятикласників із міста Сан Маркое, штат Каліфорнія, прийшли до перукарні та попросили обголити їх наголо. Якою була мета такої, на перший погляд, дивної групової акції? Справа в тому, що хлопці хотіли таким чином підтримати і висловити співчуття своєму другові та однокласнику Яну О'Горману. Ян у той час проходив курс хіміотерапії від раку, і у нього почало випадати волосся. Його друзі не хотіли, щоб він відчував себе всіма покинутим і відчував ще більшу душевну травму, тому вони і вдалися до таких самовідданих дій заради демонстрації своєї підтримки. Їхній вчитель, який теж обголив свою голову, сказав, що ідея виходила від хлопчиків, які почали називати себе «Лисі орли». Усі батьки висловили своє схвалення цієї групової акції. Ян із вдячністю розповідав про це так: «Те, що зробили мої друзі, справді додало мені сил. Це допомогло мені впоратися з усім цим... Я дуже здивувався, коли дізнався, що вони могли зробити таке заради мене».

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Немає жодного сумніву, що шляхетна поведінка друзів Яна суттєво вплинула на його душевний стан. Чи не могло воно також вплинути на стан його фізичного здоров'я та успішність лікування? Чи стало наше суспільство краще, ніж у минулому, розуміти значення психосоціальних моментів у разі таких хвороб, якою страждав Ян? |

**Релаксаційне тренування.**

Людину можна навчити розслаблювати м'язи за власним бажанням, що іноді призводить до зменшення почуття тривоги (див. розділ 4). Враховуючи позитивний вплив релаксації на нервову систему та її здатність зменшувати відчуття тривоги, клінічні фахівці вважають, що релаксаційні тренування також можуть принести користь при лікуванні та профілактиці захворювань, пов'язаних зі стресом.

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** Вправи з релаксації практикують 13% дорослих у Сполучених Штатах (Eisenberg et al., 1993). |

Вправи з релаксації, часто у поєднанні з лікарськими препаратами, широко застосовуються зниження підвищеного кров'яного тиску (Dubbert, 1995; Canino et al., 1994). Релаксаційна терапія також приносить деяку користь при лікуванні хронічних головних болів, безсоння, астми, усуненні небажаних наслідків лікування раку, знятті післяопераційних болів, та лікуванні хвороби Рейноду (Raynaud's disease), захворювання судин, що характеризується пульсацією крові. 1995; Good, 1995).

|  |
| --- |
| ***Важкий шлях релаксації.*** Клініцисти постійно займаються розробкою нових технік, які допомагають людям розслаблятися. На цій фотографії альпініст вільно висить над скелями в горах Аляски, демонструючи дію «заспокійливого» шолома з окулярами, що тонують, який, на думку конструкторів, повинен забезпечувати релаксацію за допомогою блакитного освітлення, створюваного стеклами окулярів, і заспокійливого «pin» »). |

***Релаксаційні тренування*** - *терапія, яка навчає людей розслаблятися за власним бажанням.*

**Сцени із сучасного життя**

*Ще одну на доріжку*

Серед населення Торонто велику популярність набув бар нового типу — «Оздоровчий кисневий бар». У цьому барі люди за 13 доларів купують собі 20-хвилинний ковток чистого повітря. Приєднавшись до резервуару із киснем, покупці дихають майже чистим киснем. Постійні клієнти присягаються, що регулярні «кисневі випивки» у кисневому барсі надають їм енергії та допомагають справлятися зі стресом. Багато хто стверджує, що це допомогло їм позбавитися різноманітних нездужань — від похмілля до клімактеричних розладів. Подібні кисневі бари розповсюджені в містах Азії, тепер вони почали з'являтися і в Північній Америці.

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Чи може бути так, що хоча б деякі випадки позитивного впливу вдихання кисню чи будь-яких інших методів зміцнення здоров'я завдячують своїм успіхом психологічному заспокійливому ефекту таких прийомів? Чому люди нашого суспільства продовжують шукати нові способи покращення свого психічного та фізичного стану? |

**Встановлення біологічного зворотного зв'язку.**

Як ми вже знаємо, встановлення біологічного зворотного зв'язку здійснюється таким чином: до тіла пацієнта приєднують спеціальну апаратуру, яка постійно реєструє мимовільну активність його тіла. Отримана таким способом інформація дозволяє людині поступово навчитися контролювати реакції свого організму. Ця процедура, яка надає деякий ефект при лікуванні тривожних розладів, нині застосовується на лікування дедалі більше інших фізіологічних хвороб.

В ході одного з досліджень зворотний зв'язок, встановлюваний за допомогою електроміографа, використовувався для лікування шістнадцяти пацієнтів, які страждали від болю в області обличчя, спричиненої частковою напругою м'язів щелепи (Dohrmann & Laskin, 1978). Під час цієї процедури електроди, приєднані до м'язів, реєстрували їх скорочення та перетворювали ці скорочення на звуки, які міг чути пацієнт. Зміна висоти та гучності звуку відповідала змінам ступеня напруги м'язів. Після кількох «прослуховувань» свого тіла за допомогою електроміографа шістнадцять учасників експерименту навчилися з власної волі розслаблювати свої щелепні м'язи і згодом повідомляли, що їхній біль зменшився. При цьому у восьми осіб з контрольної групи, яких підключали до такої ж апаратури, але не дає зворотний зв'язок, не спостерігалося істотних зменшення м'язової напруги або болю.

***Встановлення біологічного зворотного зв'язку*** — *терапевтичний метод, у якому людина отримує інформацію про своїх спонтанних психологічних реакціях у міру того, як вони відбуваються, і вчиться свідомо контролювати ці реакції.*

Зворотний зв'язок за допомогою електроміографа також успішно застосовувався при лікуванні головного болю, викликаного напругою м'язів, і паралічу, що настав у результаті психологічної травми або нещасного випадку (Blanchard, 1994; Phillips, 1991). Інші форми біологічного зворотного зв'язку можуть принести деякий ефект при лікуванні аритмії серця, астми, мігрені, зменшити біль від опіків і допомогти в лікуванні хвороби Рейнода (Compas et al., 1998; Chen & Cui, 1995; Labbe, 1995).

**Медитація.**

|  |
| --- |
| "Я забув мою мантру". - Безіменний персонаж із фільму «Анні Холл», 1977 |

Хоча техніка медитації відома і практикується з найдавніших часів, західна медицина лише нещодавно визнала її ефективність при лікуванні фізичних нездужань (Carrington, 1993). Медитація передбачає звернення уваги всередину себе, досягнення злегка зміненого стану свідомості та тимчасове усунення всіх стресових подразників. Найпоширеніший спосіб медитації такий: медитуючий відправляється в затишне тихе місце, приймає зручну позу, вимовляє вголос або подумки певні звуки (звані мантрами), які допомагають йому сконцентруватися, і намагається відключити свою увагу від усіх зовнішніх думок та турбот (De Monte, 1995) .

***Медитація*** - *техніка, спрямована на концентрацію уваги на своїх внутрішніх процесах та досягнення злегка зміненого стану свідомості.*

Багато людей, які займаються медитацією регулярно, кажуть, що це допомагає їм стати спокійнішими, краще відчувати свою єдність з навколишнім світом і збільшує їх творчі здібності (Carrington, 1993, 1978; Schneider et al, 1992). Медитація застосовується для того, щоб допомогти хворим на рак впоратися з болем (Goleman & Gurin, 1993), і як допоміжний засіб при лікуванні гіпертонії, серцевих хвороб, астми, хвороб шкіри, діабету і навіть вірусних інфекцій (Carrington, 1993, 1978; Shapiro , 1982). Вона також допомагає при лікуванні пов'язаного зі стресом безсоння (Woolfolk et al., 1976).

|  |
| --- |
| ***Боротьба з ВІЛ усім фронтах.*** Ця людина, що проходить лікування в Центрі здоров'я (Wellness Center) в Сан-Франциско, як один з методів лікування використовує заняття медитацією і пише листи вірусу, що вразив його. |

**Гіпноз.**

Людина, що піддається гіпнозу, вводиться гіпнотизером у стан, схожий на сон і що характеризується високою навіюваністю; у цьому стані загіпнотизований може за вказівкою гіпнотизера робити незвичайні речі, відчувати незвичайні відчуття, згадувати, здавалося б, забуті події та забувати те, що він пам'ятає. Деякі люди за допомогою спеціального тренування навчаються самостійно вводити себе у гіпнотичний стан (самогіпноз). В даний час гіпноз використовується як допоміжний засіб при психотерапії, при дослідженні поведінки, а також при лікуванні багатьох фізичних нездужань (Barber, 1993, 1984).

***Гіпноз*** *- стан, схожий на сон, що характеризується високою навіюваністю; у цьому стані загіпнотизований може за вказівкою гіпнотизера робити незвичайні речі, відчувати незвичайні відчуття, згадувати, здавалося б, забуті події та забувати те, що він пам'ятає.*

Гіпноз здається особливо дієвим як засіб для зняття болю, що завдається як хворобою, так і медичними процедурами (Holroyd, 1996; Genuis, 1995). В одній із робіт описується випадок проведення стоматологічної хірургічної операції за допомогою анестезії, виробленої шляхом гіпнотичного навіювання: після введення пацієнта в стан гіпнозу лікар навіяв йому, що він у приємній та спокійній обстановці слухає розповідь свого друга про те, як тому успішно та безболісно зробили таку. ж операцію під гіпнозом. Потім лікар успішно провів 25-хвилинну операцію (Gheorghiu & Orleanu, 1982). Хоча тільки деякі люди здатні перенести хірургічну операцію під впливом одного лише гіпнозу, гіпноз у поєднанні з хімічними формами анестезії явно допомагає багатьом пацієнтам (Wadden & Anderton, 1982). На додаток до такого використання як анестезію гіпнотичні процедури успішно застосовувалися при лікуванні шкірних хвороб, астми, безсоння, гіпертонії, бородавок на шкірі та інших типів інфекцій (Barber, 1993; Agras, 1984).

**Когнітивне втручання.**

|  |
| --- |
| "Біль посилюється, коли на неї спрямована увага". - Чарльз Дарвін, "Вираз емоцій у людей і тварин". |

Іноді як один з аспектів лікування людям, які страждають на фізичні нездужання, пропонують навчитися новому ставленню до своїх проблем або, іншими словами, виробити нову когнітивну реакцію па них (Compas et al., 1998; Newton et al., 1995). Особливо навчання методу самоінструкцій допомагає багатьом пацієнтам впоратися з сильним болем, включаючи біль, викликаний опіками, артритом, хірургічними операціями, головні болі та болі в спині, болі при виразці, множинному склерозі та під час проходження протиракової терапії (1999 1977, 1975; Vlayen et al., 1995). Як ми пам'ятаємо з глави 4, терапевти, які застосовують метод самоінструкцій, вчать пацієнтів відмовлятися від негативних уявних установок («О, ні, я не можу перенести цей біль!») та замінювати їх конструктивними установками, що допомагають впоратися з болем («Коли почнеться біль , просто зроби невелику паузу, думай про те, що ти маєш робити»).

***Навчання методу самоінструкцій* —** *когнітивний терапевтичний підхід, у якому пацієнта навчають під час періодів стресу чи фізичного дискомфорту використовувати конструктивні уявні установки, які допомагають упоратися з неприємними відчуттями.*

**Терапія інсайту та групи підтримки.**

Якщо стрес і тривога часто роблять свій внесок у розвиток тілесних хвороб, то терапія, спрямована на зменшення тривоги, повинна допомагати лікуванню таких хвороб. У деяких випадках лікар може порекомендувати пацієнтові як додатковий засіб для боротьби з хворобою пройти курс психотерапії інсайту, записатися в групу підтримки або спробувати обидва ці методи спільно. Деякі роботи доводять, що обговорення справжніх і минулих травматичних подій свого життя може позитивно вплинути на стан здоров'я людини (Smyth, 1998; Francis & Pennebaker, 1992). Крім того, в деяких дослідженнях наводяться дані про те, що діти, які страждають на астму, пройшовши курс індивідуальної або сімейної психотерапії, навчаються краще пристосовуватися до обставин свого життя, відчувають менше панічного страху під час нападів астми, напади у них бувають рідше і проявляються в більш Легкій формі, ніж раніше, вони пропускають менше шкільних занять (Campbell & Patterson, 1995; Simeonsson et al., 1995; Alexander, 1981). І, нарешті, ми бачили, що одужання від раку та інших хвороб часто настає швидше, якщо пацієнти беруть участь у групах підтримки (Classen et al., 1994).

**Комбінований підхід.**

Експериментальні дослідження показують, що різні способи психотерапевтичного лікування психологічних хвороб приблизно однакові за своєю ефективністю (Newton et al., 1995; Wittrock et al., 1995). Наприклад, при лікуванні гіпертонії, головного болю, астми і хвороби Рейнода (Raynaud's disease) релаксація та встановлення біологічного зворотного зв'язку допомагають рівною мірою (і обидва підходи допомагають більше, ніж «пустушки», що діють лише як заспокійливий засіб).

Психотерапевтичні підходи часто виявляються ефективнішими, коли вони комбінуються як один з одним, так і з медикаментозним лікуванням (Canty, 1996; Hermann et al., 1995). В ході одного з експериментів група виразкових хворих у сукупності з медикаментозною терапією проходила тренування з релаксації, позитивного самоінструктування та підвищення впевненості в собі, і ці люди почували себе краще, були менш тривожні, демонстрували менше хворобливих симптомів та більше довготривалих результатів, ніж ті пацієнти. які отримували лише медикаментозне лікування (Brooks & Richardson, 1980). Аналогічно, інші дослідження показують, що комбінація різних методів лікування призводить до більш суттєвих покращень стану здоров'я та характеру у жертв серцевих нападів з особистісним стилем типу А, ніж це відбувається у випадку, коли застосовуються лише фізіологічні методи (Cohen, Ardjoen, & Sewpersad, 1997) ; Johnston, 1992; Roskies et al., 1986).

Зрозуміло, що терапевтична схема на лікування фізіологічних хвороб зазнає помітних змін. Хоча методи лікування, орієнтовані фізіологію, досі переважають, використання психотерапевтичних засобів продовжує розширюватися. Сьогоднішні вчені та практикуючі лікарі далеко уникнули концепції дуалізму душі тіла, якої вони дотримувалися в минулому.

**Резюме**

Поведінкова медицина (behavioral medicine) поєднує психотерапевтичні методи з традиційними методами, орієнтованими на фізіологію, для лікування та профілактики фізіологічних хвороб. Психологічні підходи, такі як релаксаційні тренування, встановлення біологічного зворотного зв'язку, медитація, гіпноз, когнітивні техніки, терапія інсайту та групи підтримки все ширше застосовуються при лікуванні різних соматичних захворювань.

**Підбиваючи підсумки.**

Фізіологічні розлади, які колись не вважалися предметом клінічної психології, сьогодні розглядаються як проблеми, які прямо потрапляють у сферу її уваги. Як давно визнано, що фізіологічні фактори відіграють роль у виникненні душевних аномалій, так само сьогодні вчені-медики визнають, що психосоціальні фактори можуть робити істотний внесок у появу фізіологічних порушень. Насправді, багато хто з сучасних клініцистів вважають, що психологічні та соціокультурні фактори роблять свій внесок у виникнення та перебіг майже будь-яких фізіологічних розладів.

Число робіт, присвячених цій взаємозалежності, останні тридцять років постійно збільшується. Те, що раніше уявлялося вченим лише невиразним зв'язком між стресом і хворобою, тепер бачиться як складний ланцюг, що складається з безлічі ланок. Безліч різних факторів, таких як стрес, індивідуальні психологічні реакції, діяльність нейротрансмітерів та уповільнення роботи імунної системи, роблять внесок у виникнення захворювань, які раніше вважалися суто фізіологічними.

Нові терапевтичні методи також швидко розвиваються. При лікуванні фізичних хвороб все ширше використовуються психологічні техніки, такі як вправи та релаксації або когнітивна терапія, часто у поєднанні з традиційними методами. І хоча ці нові підходи поки що дають лише скромні плоди, клініцисти поступово приходять до впевненості, що зрештою психологічне втручання стане одним із найважливіших аспектів лікування фізичних хвороб.

|  |
| --- |
| «Душевні хвороби виростають із тілесних, і так само тілесні хвороби виростають із душевних хвороб». - "Махабхарата" |

Хоча дослідження психологічної сторони фізіологічних захворювань — напрямок справді багатообіцяючий, можливо, найбільш хвилюючим і значним моментом є взаємозв'язок між соціальним довкіллям, головним мозком та іншими органами тіла. Вчені неодноразово зазначали, що психічні розлади найчастіше піддаються дослідженню та лікуванню, коли і соціокультурні, і психологічні, і біологічні чинники беруться до уваги. Тепер вони знають, що ця взаємозалежність діє у разі фізіологічних захворювань. Вона знову нагадує нам про те, що головний мозок – частина тіла, а людина з його мозком та тілом – частина свого соціального середовища. Ці три змінні, іноді на користь, іноді на шкоду людині, але завжди перебувають у нерозривному взаємозв'язку.

**Ключові терміни**

Психосоціальні фактори

Дуалізм душі та тіла

Симуляція

Симулятивний розлад

Синдром Мюнхгаузена

Делегований синдром Мюнхгаузена

Соматоформний розлад

Істеричні соматоформні розлади

Конверсійний розлад

Соматизований розлад

Больовий розлад, пов'язаний із психологічними факторами

Анестезія рукавична

Атрофія

Іпохондричні соматоформні розлади

Іпохондрія

Дисморфофобія

Фалічна стадія

Комплекс Електри

Первинний зиск

Вторинний зиск

Подання та запобігання реакції

Психофізіологічні розлади

Психологічні фактори, що впливають на фізичне здоров'я

Виразка

Астма

Хронічний головний біль

Головний біль, викликаний скороченням м'язів

Мігрень

Аура

Гіпертонія

Ідіопатична гіпертонія

Барорецептори

Коронарна хвороба серця

Коронарна артерія

Інфаркт міокарда

Дисрегуляційна модель

Цикл негативного зворотного зв'язку

Репресивний стиль взаємодії

Особистісний стиль типу А

Особистісний стиль типу В

Вегетативна нервова система, ВНС

Симпатична нервова система

Парасимпатична нервова система

Локальні біологічні слабкі місця

Індивідуальні біологічні реакції

Шкала оцінки соціального пристосування

Одиниці зміни життя

Психонейроімунологія

Імунна система

Антиген

Лімфоцити

Т-клітини помічники

Т-клітини вбивці

В-клітини

Антитіла

Норепінефрін

Гормони

Кортикостероїди

"Твердий характер

Каліфорнійська Шкала самотності

Поведінкова медицина

Релаксаційні тренування

Встановлення біологічного зворотного зв'язку

Електроміограф

Медитація

Гіпноз

Самогіпноз

Вправи з самоінструктування

**Запитання для перевірки**

1. Чим симулятивні розлади від соматоформних розладів?

2. Які симптоми кожного із істеричних соматоформних розладів? Як лікарі відрізняють істеричні розлади від «справжніх» хвороб із органічними причинами?

3. Перерахуйте основні ознаки кожного із іпохондричних соматоформних розладів.

4. Які провідні пояснення та найчастіше застосовувані способи лікування соматоформних розладів? Наскільки експериментальні дослідження підтверджують ці методи та пояснення?

5. Які головні причини виразки шлунка та дванадцятипалої кишки, астми, хронічних головних болів, гіпертонії та коронарної хвороби серця?

6. Які типи соціокультурних, психологічних і біологічних факторів, мабуть, роблять свій внесок у розвиток психофізіологічних розладів?

7. Які види зв'язків виявлено між стресом та фізіологічними хворобами? Яка вимірювальна шкала допомогла вченим вивчити ці зв'язки?

8. Опишіть характер взаємозв'язків між стресом, імунною системою та фізіологічними хворобами. Поясніть, у чому полягає особлива роль лімфоцитів.

9. Розкажіть, яким чином під час стресу на діяльність імунної системи можуть впливати біохімічна активність організму, зміни у поведінці, особистісний стиль людини та ступінь соціальної підтримки.

10. Які психологічні методики використовують при лікуванні фізіологічних захворювань? Для лікування яких конкретно хвороб застосовують ці методи? Наскільки вони ефективні?

**Розділ 9. Розлади харчування.**

*Джанет Калдвелл... зріст — 157,4 см, вага 28 кг... Джанет почала дотримуватись дієти з дванадцятирічного віку. Тоді вона важила 47 кілограмів; домочадці та друзі дражнили її «пампушка». Дівчинка обмежувала кількість їжі, що з'їдається, протягом двох років і все сильніше худла. У батьків така її поведінка викликала все більшу і більшу тривогу.*

*Проблеми з вагою у Джанет виникли при статевому дозріванні. Вона каже, що коли у 12 років вирішила скинути десяток фунтів ваги, родичі та друзі підтримали її ідею. Жодної особливої дієти Джанет не дотримувалася. Вона просто обмежила споживання борошняних продуктів, стала їсти багато салатів і перестала перекушувати між основними прийомами їжі. Спочатку вона була дуже задоволена прогресуючим зниженням ваги. Дівчинка завжди пам'ятала про завдання, що стоїть перед нею, і була здатна ігнорувати почуття голоду. Однак щоразу, домагаючись поставленої мети, вона ставила собі нову — втратити ще кілька фунтів. Таким чином, за перший рік вона схудла з 47 до 36 кг.*

*На другому році дотримання дієти Джанет відчула, що втрата у вазі продовжується вже без її контролю. у неї з'являється поганий настрій і вона почувається нещасною, проте прагнення дотримуватись дієти у неї досі не пропало. Вона часто гуляє, виконує масу домашніх доручень і витрачає багато часу на прибирання кімнати, намагаючись підтримувати її у бездоганному стані.*

*Бачачи, що Джанет вже другий рік худне і худне, батьки наполягли, щоб вона разом із матір'ю відвідала їхнього сімейного лікаря. Лікар був стривожений зовнішнім виглядом Джанет та прописав їй висококалорійну дієту. Джанет... зізнається, що часто на запитання батьків про те, чи вона їла, вона відповідає, що їла, але насправді всі продукти просто викидала. Дівчинка підрахувала, що фактично на день вона споживає приблизно 300 кілокалорій (Leon, 1984 р. 179-184).*

Так було аж ніяк не завжди, але останнім часом у західному суспільстві словосполучення «худощава фігура» звучить як синонім краси та здоров'я. Худоба стала прямо-таки нав'язливою національною ідеєю (рис. 9.1). Більшість із нас тільки й зайнята тим, що підраховує, скільки калорій на день споживає. Тому не дивно, що протягом останніх тридцяти років ми спостерігаємо безперервне зростання числа хворих на психічні розлади, в основі яких лежить страх додавання у вазі (Foreyt, Poston, & Goodrick, 1996; Russell, 1995). Ті, хто страждає нервовою анорексією, як і Джанет Калдвелл, переконані в тому, що повинні стати якнайгірше; трапляються випадки, вони скидають таку кількість кілограмів, що доводять себе до смерті. Люди, які страждають на нервову булімію, часто сильно переїдають, а потім штучно викликають у себе блювоту або вживають інших екстремальних заходів, щоб не допустити збільшення у вазі.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Відсоток незадоволених: | 1972 | | 1997 | |
| чоловік., % | жен., % | чоловік., % | жен., % |
| Своєю фігурою загалом | 25 | 15 | 56 | 43 |
| Своєю вагою | 48 | 35 | 66 | 52 |
| Своєю мускулатурою | 30 | 25 | 57 | 45 |
| Своїми грудьми | 26 | 18 | 34 | 38 |
| Своїм животом | 50 | 36 | 71 | 63 |
| Своїми стегнами | 49 | 12 | 61 | 29 |

**Малюнок 9.1. Незадоволеність своїм тілом зростає.** Згідно з проведеними опитуваннями, американці в наші дні виявляють невдоволення своїм тілом, ніж двадцять п'ять років тому. Хоча це завжди більшою мірою торкаюся жінок, але й нинішнім чоловікам не подобається своя фігура набагато частіше, ніж їхнім батькам та дідам. (Запозичено з: Carner, Cooke, & Marano. 1997, p. 42; Rodin. 1992, p. 57.)

У засобах масової інформації зустрічається безліч матеріалів про анорексію та булімію. Однією з причин зростання суспільного інтересу є трагічний підсумок, який можуть мати ці захворювання. У 1982 році нація була вражена смертю Карен Карпентер, популярної співачки та провідної телешоу. Серйозне занепокоєння також викликає поширеність подібних проблем серед дівчаток-підлітків та молодих жінок (Russell, 1995).

|  |
| --- |
| ***Відома жертва анорексії.*** Ймовірно, найзнаменитіша жертва анорексії останніми роками — це Карен Карпентер, молода співачка, у якої розвинувся психічний розлад через занепокоєння кар'єрою у шоу-бізнесі. Вона почала катастрофічно втрачати вагу і в результаті померла від проблем зі здоров'ям, що виникли. |

Практикуючі лікарі тепер розуміють, що подібність між анорексією і булімією може бути настільки ж важливою, як різницю між ними (van der Ham et al., 1997; Вільямс et al, 1996). Так, які страждають на анорексію, переконавшись у втраті ваги, можуть почати переїдати і в деяких з них, таким чином, може розвинутися булімія (Mizes, 1995). І навпаки, у людей із булімією іноді розвивається анорексія.

**Нервова анорексія.**

У чотирнадцятирічної учениці 8-го класу Джанет Калдвелл явні ознаки анорексії: її вага становить лише 85% норми, вона дуже боїться набрати зайву вагу, має спотворене уявлення про свою вагу та фігуру та зупинений менструальний цикл (див. Діагностичну таблицю DSM-IV у Додатку ).

***Нервова анорексія*** *- психічний розлад, відзначений прагненням до максимального худорлявості і втрати ваги.*

Принаймні, половина людей з нервовою анорексією, як і Джанет, скидають вагу, обмежуючи споживання продуктів, тобто дотримуються моделі поведінки, названої введенням обмежень. Спочатку вони відмовляються від закусок, солодощів, а потім і інших продуктів, один за одним виключаючи їх зі свого раціону (АРА, 1994; Симон et al., 1993). Люди з анорексією такого виду майже всі, без винятку, дотримуються дієти. Інша половина страждають на анорексію худнуть, штучно викликаючи у себе блювання після прийому їжі, або застосовуючи проносні або сечогінні засоби; при цьому вони можуть навіть об'їдатись. Така модель поведінки названа обжерливість з подальшим очищенням шлунка, про неї ми розповімо докладніше, коли обговорюватимемо нервову булімію (АРА, 1994).

Приблизно від 90% до 95% всіх випадків анорексії – у жінок. Хоча проблема може виникати у будь-якому віці, найчастіше це відбувається між 14 та 19 роками (Fombonne, 1995; АРА, 1994). Приблизно в одного відсотка дівчаток-підлітків та молодих жінок у західних країнах розвивається подібний психічний розлад; принаймні багато хто демонструє його симптоми. Число випадків анорексії в Північній Америці, Європі та Японії безперервно зростає (Battle & Brownell, 1996; Szmukler та Patton, 1995).

Зазвичай проблеми починаються після того, як людина, яка має злегка надмірну або навіть нормальну вагу, вирішує «скинути кілька фунтів». al., 1995). Хоча більшість жертв стресової ситуації з меншими або більшими втратами все ж таки її переживають, 2-10% стає зовсім погано і вони помирають, причиною чого служать проблеми зі здоров'ям, викликані голодуванням, або кінчають життя самогубством (Nielsen et al., 1998; Slade, 1995; Treasure & Szmukler, 1995).

**Клінічна картина.**

Схуднути - головна мета для людей з анорексією, але в основі завжди лежить страх (Russell, 1995). Вони бояться піддатися бажанню їсти і стати огрядними, втративши контроль над своєю вагою. Такі люди повністю зосереджуються на тому, як схуднути, обмежують перелік страв, які можуть вживати, і з упередженням ставляться до всього, пов'язаного з харчуванням. Іноді вони витрачають багато часу на роздуми, що є, а що не є, а також на читання літератури видану тему (King, Polivy & Herman, 1991). Багато хто говорить, що навіть уві сні бачать те, як вони їдять (Frayn, 1991; Levitan, 1981).

Таке упереджене ставлення до їжі спричинене, швидше за все, недостатньою її кількістю. У знаменитому «дослідженні голодування», яке проводилося наприкінці 40-х років, тридцять шість чоловік із нормальною вагою протягом шести місяців дотримувалися напівголодної дієти (Keys et al., 1950). Подібно до людей, які страждають на анорексію, добровольці стали упереджено ставитися до їжі. Щодня вони годинами планували, коли і що будуть їсти, говорили частіше про їжу, ніж на інші теми, читали книги з кулінарії та рецепти, змішували продукти в різних комбінаціях, тобто витрачали на це багато часу. Багато хто бачив яскраві сни про те, як вони їдять.

Думки людей з анорексією часто не відповідають дійсності. Зазвичай вони мають низьку думку про свою фігуру, вважають себе непривабливими (Heilbrun & Witt, 1990). Крім того, вони, мабуть, переоцінюють товщину свого тіла. У західному суспільстві взагалі більшість жінок переоцінює розміри свого тіла, а хворі на анорексію тим більше. 23-річний хворий розповідає:

*Я дивлюся в дзеркало на повний зріст щонайменше чотири-п'ять разів на день і дуже рідко здається собі худим. Іноді після кількох днів суворої дієти я бачу, що виглядаю непогано, але частіше я незадоволений тим, що занадто товстий (Bruch, 1973).*

Тенденція переоцінювати свою вагу вивчалася в лабораторних умовах (Rushford & Oster-meyer, 1997; Gardner & Bokenkamp, 1996). У популярному експерименті люди дивляться на фотографію крізь оптичний пристрій, що дозволяє змінювати величину зображення. Досліджуваних просили відрегулювати лінзу так, щоб вони побачили реальні розміри свого тіла. Відхилення часом сягали 20%. У ще одному дослідженні більше половини людей з анорексією також переоцінювали розміри свого тіла, зупиняючи регулювання лінзи тоді, коли зображення було більше, ніж вони насправді (Garner et al., 1976).

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** У західному суспільстві багато хто — здебільшого жінки — почувається так, ніби вони протягом усього свого дорослого життя або сидять на дієті, або мають невелику перерву між дієтами. Чи можна бути жінкою у західному суспільстві та не боротися за свою вагу? Хто відповідальний за соціальні стандарти та тиск, що впливають на таку величезну кількість жінок? |

Спотворене мислення у людей з анорексією також проявляється у погано пристосованих до реального життя установках та неправильному самосприйнятті (DeSilva, 1995; Garner & Bemis, 1985, 1982). Вони часто кажуть собі: «Я повинен стати досконалим будь-що-будь», «Я стану краще, якщо піддаю себе поневірянням» і «Я не відчуватиму себе винним, якщо припиню їсти».

У хворих на анорексію виникають різні психологічні проблеми. Проведені експерименти - учасниками в них стали люди з нормальною вагою, які почали дотримуватися напівголодної дієти, - показали, що психологічні проблеми з'являються в результаті голодування (Fichter & Pirke, 1995; Keys et al., 1950). Люди з подібним розладом часто впадають у депресію та мають низьку самооцінку (Halmi, 1995); у когось починаються проблеми зі сном (Casper, 1995; АРА, 1994), інших долають нав'язливі ідеї (Halmi, 1995; Thiel et al., 1995). Такі люди можуть встановлювати жорсткі правила приготування їжі. В одному з досліджень випробувані з анорексією і люди, які страждають на інші нав'язливі ідеї, набрали рівно високі бали при оцінці ступеня їх компульсивності (Bastiani et al., 1996). До того ж, які страждають на нервову анорексію мають тенденцію у всьому прагнути до досконалості (Bastiani et al., 1995).

|  |
| --- |
| ***Обман зору.*** В одному з досліджень люди дивляться на свої власні фотографії крізь лінзу та регулюють її доти, доки вони не побачать, на їхню думку, реальні розміри свого тіла. Відхилення від реального зображення (ліва фотографія) можуть досягати від мінус 20% (середня фотографія) до плюс 20% (права фотографія). |

**Крупним планом**

*Не лише жінки*

Зростає кількість молодих чоловіків із серйозними порушеннями режиму харчування, і все більша їх кількість намагаються позбавитися цього розладу (Gilbert, 1996). Проте чоловіки становлять лише 5-10% від загальної кількості тих, хто має подібні проблеми (Frasciello і Уіллард, 1995). Причини таких статевих відмінностей не зовсім зрозумілі.

Одне з можливих пояснень полягає в тому, що чоловіки та жінки зазнають різного соціального та культурного тиску. Так, при проведенні опитування було виявлено, що коли студентів коледжу просять описати ідеальне чоловіче тіло, вони, як правило, говорять про «мужнього, сильного і широкоплечого чоловіка», а коли просять описати ідеальне жіноче тіло — про «струнку дівчину, з невеликим недобором ваги» (Kearney-Cooke & Steichen-Asch, 1990). Хоча акцент на м'язистому, сильному та атлетичному тілі, як ідеальному для чоловіків, знижує ймовірність виникнення у чоловіків психічних розладів, пов'язаних з процесом харчування, це може створювати інші проблеми - наприклад, зловживання стероїдами або підвищення ваги шляхом збільшення м'язової маси (Mickalide, 1990) .

Причиною того, що жінки більш схильні до психічних розладів, може бути і те, що при спробах скинути вагу чоловіка і жінки вдаються до різних методів. Відповідно до клінічних спостережень, щоб схуднути, чоловіки частіше стараються, виконуючи фізичні вправи, а жінки — сідають на дієту ( Braun, 1996; Mickalide, 1990). А у людини, що дотримується суворої дієти, з більшою ймовірністю виникають проблеми з харчуванням.

Психічні розлади, пов'язані з прийомом їжі, діагностуються у чоловіків з великими труднощами, ніж у жінок. Багато чоловіків просто не допускають, що у них можуть з'явитися традиційно «жіночі проблеми». До того ж часто в таких випадках і лікареві важко впізнати розлад через відсутність явних симптомів. Відсутність менструацій - очевидна ознака анорексії у жінок, що не може бути показником у чоловіків. І набагато складніше протестувати чоловічу репродуктивну систему, наприклад, перевірити рівень тестостерону (Andersen, 1990).

Чоловіки, у яких розвиваються подібні порушення, нерідко ставлять собі ті ж цілі, як і жінки. Деякі з них, наприклад, зізнаються, що хотіли б мати не сильну, м'язисту фігуру з широкими плечима, а «ідеальну, струнку фігуру», близьку до ідеальної фігури жінки (Kearney-Cooke & Steichen-Asch, 1990). У багатьох випадках, однак, причини, що ініціюють виникнення розладу, у чоловіків та жінок різні. У чоловіків, наприклад, вони частіше ніж у жінок викликаються потребами роботи або спорту (Thompson & Шерман, 1993). Згідно з одним дослідженням, 37% чоловіків з порушеним режимом харчування мали роботу або займалися таким видом спорту, для яких контроль ваги був дуже важливим, тоді як у жінок ця цифра досягала лише 13% (Braun, 1996). Найчастіше серйозні порушення у режимі харчування зустрічаються серед жокеїв, борців, плавців і спортсменів, які займаються бодібілдингом. Жокеї зазвичай перед стрибками проводять близько чотирьох годин у сауні, втрачаючи при цьому до 7 фунтів ваги; вони також можуть обмежувати споживання їжі, приймати легкі проносні та сечогінні засоби, насильно викликати у себе блювання (King & Mezey, 1987). Борці теж зазвичай обмежують їжу за три дні перед змаганнями, «роблять вагу», часто втрачаючи від 2 до 12% маси. Деякі бігають, одягаючи кілька шарів теплого чи гумового одягу, щоб втратити до 5 фунтів ваги перед зважуванням (Thompson & Sherman, 1993).

У той час як більшість жінок з порушеною системою харчування постійно стурбовані проблемою ваги, жокеї та борці, як правило, турбуються про нього лише у період спортивного сезону. Після змагань вони починають посилено їсти та пити, щоб набратися сил для тренувань, і знову згадують про вагу лише перед наступним контрольним зважуванням. Ці сезонні цикли втрати та відновлення ваги шкідливі для організму, тому що при цьому змінюється метаболічна активність спортсмена, що безпосередньо відбивається на його здоров'я (Mickalide, 1990; Steen et al., 1988).

Зростання числа чоловіків з порушеним режимом харчування привертає увагу дослідників, вони намагаються зрозуміти, яку роль тут відіграють статеві відмінності та подібність (Andersen, 1992) і які фактори впливають у кожному випадку.

|  |
| --- |
| ***Зважування.*** Хоча цей жокей не має серйозних порушень режиму харчування, його зменшення ваги перед стрибками ілюструє, на який тиск піддаються спортсмени. |

**Проблеми зі здоров'ям.**

Звичка голодувати при анорексії є причиною виникнення різних проблем зі здоров'ям (Ward, Brown, & Treasure, 1996). Аменорея, відсутність менструальних циклів вже згадувалася. Є й інші проблеми: знижена температура тіла, низький артеріальний тиск, набрякання тіла, недостатній вміст мінералів у кістках та уповільнене серцебиття. Може спостерігатися дисбаланс як електрохімічний, і метаболічний, вони можуть призвести до зупинки серця чи судинної недостатності.

Невелика кількість їжі при анорексії може призвести до того, що шкіра стане грубою, сухою, з тріщинами; нігті - тендітними; руки та ноги — холодними та посинілими. Одні втрачають волосся, в інших на обличчі, руках, ногах, по всьому тілу починає рости пушок (тонке, шовковисте волосся, схоже на волосся новонароджених).

***Аменорея*** *– відсутність менструальних циклів.*

Симптоми цього захворювання наводять на думку, що люди з анорексією не можуть вирватися з хибного кола. Страх ожиріння та спотворене уявлення про своє тіло змушують хворих виснажувати себе голодом. Голодування, у свою чергу, призводить до упередженого ставлення до їжі, до тривог, що посилюються, і депресії, до проблем зі здоров'ям. Люди відчувають ще більший страх - такий, що повністю втрачають контроль над своєю вагою, їдою і над собою. І тоді вони взагалі цураються їжі.

**Резюме**

Число людей, схильних до анорексії, зростає неймовірно: худорлявість стає нав'язливою національною ідеєю. Люди прагнуть скинути якнайбільше кілограмів і в результаті доходять до небезпечної грані. Тут можливі дві схеми харчування: обмеження споживаних продуктів і ненажерливість з подальшим очищенням шлунка.

Основні особливості нервової анорексії — прагнення худобі, страх набрати вагу, упереджене ставлення до їжі, когнітивні розлади, психологічні проблеми та проблеми зі здоров'ям, включаючи відсутність менструальних циклів.

Такий психічний розлад найчастіше спостерігається у віці між 14 та 19 роками; більше 90% хворих на анорексію - жінки; загалом ця недуга вражає близько одного відсотка молодих жінок.

**Нервова булімія.**

Люди з нервовою ***булімією,*** яка також відома як синдром обжерливості з подальшим очищенням шлунка, залучені до повторюваних епізодів безконтрольного переїдання. Ненажерливість триває обмежений проміжок часу, приблизно годину, протягом якого людина з'їдає набагато більше їжі, ніж більшість людей за тих самих обставин (АРА, 1994). Крім того, люди з таким порушенням неодноразово вдаються до компенсаційних дій, таких як штучно спричинене блювання; вживання легких проносних та сечогінних засобів, клізм; постам; надмірних фізичних навантажень (див. Діагностичну таблицю DSM-IV).

***Булімія*** *- розлад, відзначений частим обжерливістю, за яким слідує штучно викликане блювання або інші екстремальні компенсуючі дії. Також відомо як синдром обжерливості з подальшим очищенням шлунка.*

***Обжорство*** *- розлад режиму харчування, при якому людина регулярно об'їдається, не супроводжуючи це ніякими компенсуючими діями.*

Заміжня жінка з булімією так описує свій ранок.

*Сьогодні я збираюся бути справді гарною, а це означає, що я з'їм лише стільки, скільки потрібно, і не шматка більше. Я уважно стежу за тим, щоб не брати більше, ніж Дуг. Я критично оцінюю його тіло. Я відчуваю, як зростає напруга. Я хочу, щоб Дуг скоріше пішов і я взялася б за справу!*

*Як тільки він зачиняє двері, я відразу ж беруся за роботу, якій просто безліч. Як я все це ненавиджу! Я хочу заповзти в нору, звернуться там клубком і нічого не робити. Я б краще поїла. Я одна, я нервуюсь, я погана. Я все роблю негаразд. Я себе не контролюю. Я знаю, що не можу цим займатися весь день. Завжди одне й те саме.*

*Я згадала кашу, яку з'їла на сніданок. Швидше у ванну та на ваги. Вага, як і раніше, але я не хочу, щоб вона залишалася такою ж! Я хочу худнути! Я дивлюся в дзеркало і бачу, що мої стегна потворно деформовані. Я бачу товсту, грушоподібну, безвідповідальну тітку. Завжди щось не так, що я бачу. Я дивлюся на своє тіло, відчуваю розчарування і не знаю, що робити.*

*Я відчиняю холодильник, точно знаючи, що там. Я починаю з трюфелів. Я завжди починаю з цукерок. Спочатку я намагаюся зупинитися, але мій апетит величезний і вирішую відкрити ще коробку. Я пам'ятаю, що у ванній лежить півпачки печива, яку я не доїла вчора, і швиденько його з'їдаю. Я випиваю трохи молока, щоб із блювотою не було проблем. Склянки достатньо. Я беру шість шматків хліба і засмажу в тостері, потім перевертаю, кладу зверху масло і знову поміщаю їх у тостер, доводячи масло до кипіння. Я кладу всі шість шматків на тарілку і йду до телевізора, додавши кілька бананів.*

*Ще останній тост не з'їдено, а я вже готую наступні шість. Тепер можна додати трюфелів, морозива, йогурту чи домашнього сиру. Живіт починає давити на ремінь. Я знаю, що незабаром піду у ванну, але хочу відкласти це. Я чекаю. Я відчуваю тиск. Але ще час. Ще не час. Має пройти час.*

*Я блукаю безцільно туди-сюди, потім знову забираюся в кімнатах і повертаюся назад. Нарешті я йду у ванну. Я стаю навколішки, відкидаю волосся назад і засовую пальці в рот. Я двічі занурюю їх у горло і викидаю велику кількість їжі. Я роблю так чи чотири рази. Я бачу, як усе вертається. Я бачу трюфелі, бачу печиво. Але мій ритм насичення збитий, і в мене починає боліти голова. Я відчуваю запаморочення. Я відчуваю слабкість. Я спустошена. Все відбувається протягом години (Hall, 1980 р. 5-6).*

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** У середні віки обмежене харчування та пости жінок-християнок всіляко заохочувалися; про це навіть складалися легенди. Катерина Сієнська іноді запихала гілку в горло, щоб позбавитися їжі; у Марії з Оігнес і Беатріс з Назарету блювота викликалася запахом їжі; Колумба з Рієті померла від добровільного голодування (Brumberg, 1988). |

Подібно до анорексії, булімія переважно буває у жінок (у 90-95% випадків), вона починається в юності (найчастіше у віці між 15 і 21 роком) і є результатом інтенсивного дотримання дієти (Fombonne, 1995; Szmukler & Patton, 1995). Зазвичай захворювання триває протягом кількох років, з періодичною «перепочинком».

Вага людей з булімією, як правило, не перевищує норми, хоча може помітно коливатися всередині певного діапазону (АРА, 1994). Однак трапляється, що люди з таким розладом починають важити замало і зрештою набувають діагнозу анорексії (рис. 9.2). Лікарі відзначають, що деякі їхні пацієнти займаються ненажерливістю, не вдаючись ні до блювання, ні до якоїсь іншої компенсуючої поведінки, вони просто занадто багато їдять (Gladis et al., 1998; Mussell et al, 1996). Однак ця категорія офіційно не згадана в DSM-IV.

**Малюнок 9.2. Спільна схема анорексії, булімії та ожиріння.** Одні люди з анорексією об'їдаються і очищають шлунок, щоб втратити вагу, інші просто об'їдаються. Тим більше що більшість людей з булімією не страждає ожирінням, а більшість із надмірною вагою не страждає булімією. (Запозичено з АРА, 1994; Garner & Fairburn, 1988; Russell, 1979.)

Часто молоді люди починають об'їдатися їжею, а потім штучно викликати у себе блювоту або вдаватися до використання легких проносних засобів, після того, як вони чують про таку поведінку від своїх друзів або із засобів масової інформації (Johnson et al., 1995). В одному з досліджень було опитано половину студенток одного з коледжів. Вони говорили, що часто переїдають, 6% намагалися викликати у себе блювоту, а 8% хоча б одного разу експериментували з легкими проносними засобами (Mitchell et al., 1982). Однак лише деяким із них ставиться діагноз булімія. В оглядах, опублікованих у різних країнах, передбачається, що у 1-4% дівчаток-підлітків та молодих жінок розвивається повний синдром (Foreyt et al., 1996; Szmukler & Patton, 1995).

|  |
| --- |
| ***Моделі та манекенниці.*** Якось було вирішено, що для успішнішої демонстрації ліній крою одягу манекенниці мають бути максимально виснаженими. У наші дні фігура ідеальної жінки не відрізняється від фігури такої манекенниці. Зростає кількість молодих жінок, які прагнуть досягти ідеалу шляхом частого виклику у себе штучної блювоти. |

**Ненажерливість.**

Люди з булімією можуть «бенкетувати» від двох до сорока разів на тиждень, в середньому близько десяти разів на тиждень (Mizes, 1993). Як у випадку з жінкою, яка описала свою поведінку вище, об'їдання зазвичай відбуваються потай. Такі люди дуже швидко поглинають величезну кількість продуктів із мінімальним жуванням; вони схильні вибирати висококалорійні продукти з солодким смаком та м'якою структурою, наприклад, морозиво, печиво, смажені пиріжки та бутерброди. Слово булімія бере початок від грецького терміна bous limos або «скотський голод»; тут навряд чи оцінюються смакові якості їжі. Ненажери за раз поглинають понад 1500 кілокалорій (часто понад 3000 кілокалорій) (Agras, 1995).

Ненажерливість зазвичай починається з почуття нестерпної напруги (Johnson et al., 1995). Людина відчуває роздратування, вважає себе віддаленим із реального життя і безсилою придушити в собі пристрасне бажання їсти «заборонену» їжу (Levine, 1987). Об'їдаючись, він розуміє, що не може зупинитись. Хоча саме ненажерливість може бути приємним у тому сенсі, що це звільняє від нестерпної напруги, але потім приходять відчуття провини, самозвинувачення та депресія, а також страх додавання у вазі та страх бути спійманим на цьому занятті (Mizes, 1995; АРА, 1994).

**Компенсуючі дії.**

Після переїдання люди з булімією намагаються компенсувати його ефекти. Багато хто викликає блювоту. Але насправді блювота не в змозі запобігти поглинанню хоча б половини калорій, спожитих під час рясного вживання їжі. Крім того, повторне блювання змушує людей знову відчути голод і веде до більш частих та інтенсивних переїдання (Wooley & Wooley, 1985). Так само і використання легких проносних або сечогінних засобів зазнає невдачі у запобіганні поглинанню калорій при обжерливості (Garner et al., 1985).

Блювота та інші компенсуючі дії можуть тимчасово звільняти від неприємного фізичного відчуття переповнення шлунка, позбавляти тривог і почуття огиди до самого себе, утримувати від втрати самоконтролю - від того, що, як правило, супроводжує ненажерливість (DeSilva, 1995; Mizes, 19). Однак через деякий час цикл повториться, причому очищення шлунка призведе до ще більшого обжерливості, а більше обжорство вимагатиме більшого очищення. У результаті такі цикли, що повторюються, змусять людину відчути себе безсилою, марною і огидною (Kanakis & Thelen, 1995). Більшість страждаючих булімією розуміють, що вони засмучені системою харчування. Жінка, яку ми згадували раніше, розповіла про те, як вона, навчаючись ще в школі-інтернаті, об'їдалася, очищала шлунок і потім відчувала огиду до самої себе.

*Кожен шматок, який опинявся в моєму роті, був жалюгідним і егоїстичним потуранням, і я відчувала все більшу і більшу огиду до самої себе.*

*Перший раз я засунула пальці в рот останній тиждень свого навчання в школі. Я побачила, як з туалету виходить знайома мені дівчинка з червоним обличчям та опухлими очима. Ця дівчинка завжди говорила про свою вагу, про необхідність дотримуватися дієти - незважаючи на те, що мала дійсно дуже гарну фігуру. Я відразу зрозуміла, чим вона займалася в туалеті, і вирішила спробувати сама ... (Manson et al., 1995).*

*Я почала зі сніданків у гуртожитку. Найчастіше це був «шведський стіл». Я намагалася дізнатись, яку їжу легше повернути назад. Встаючи вранці, я повинна була ухвалити рішення, що мені робити: наїстися і потім позбутися цього, або все ж таки постаратися весь день не переїдати... Мені постійно здавалося, що оточуючі бачать, як я беру величезні порції їжі, але я старалася думати, що вони вважають мене спортсменкою і думають, що мені це необхідно, все одно все згорить на тренуванні ... Як тільки обжорство починалося, я не могла його припинити, поки мій живіт не ставав як у вагітної і я розуміла, що все, більше ковтати я вже не можу.*

*Той рік став першим з дев'яти років, коли я одержимо їла і потім позбавлялася з'їденого...*

*Я не хотіла нікому про це говорити, але вже не хотіла і зупинятися.*

*[Хоча] закоханість або інші відволікаючі моменти іноді послаблювали пристрасне бажання наїстися, я завжди поверталася до їжі (Hall, 1980, р. 9-12).*

Як ми бачили, булімія зазвичай проявляється під час або після періоду інтенсивного дотримання дієти, часто у того, хто спочатку отримує заслужені похвали від родичів і друзів (Lowe et al., 1996; АРА, 1994). Дослідження встановило, що у нормальних людей, які вирішують дотримуватись дуже суворої дієти, часто розвивається схильність до обжерливості. Деякі свідомо голодують, але пізніше, коли вже дозволяється регулярне харчування, вони починають об'їдатися, почуваючи себе голодними навіть після рясного прийому їжі (Keys et al., 1950). Так, інтенсивне дотримання дієти, яке зазвичай передує булімії, саме собою може призвести до порушення режиму харчування.

|  |
| --- |
| ***Лабораторне голодування.*** У тридцяти шести чоловік, які добровільно обрали дієту, при якій залишаєшся напівголодним, протягом шести місяців розвинулися багато симптомів, що вказують на наявність анорексії та булімії. (Keys et al., 1950.) |

**Крупним планом**

*Зайва вага: втрачати чи не втрачати*

За медичними стандартами, одна третина дорослого населення у Сполучених Штатах важить щонайменше на 20% більше, ніж середні люди їх зростання (Foreyt et al., 1996). Незважаючи на те, що увага суспільства сфокусована на схудненні, їжі з низьким вмістом жиру та здоровому способі життя, ожиріння стає все більш поширеним у Сполучених Штатах (Kuczmarski et al., 1994). Надмірна вага - це не психічне захворювання і в більшості випадків не результат аномальних психологічних процесів. Однак ожирілі люди страждають не лише через фізіологічні проблеми. Засоби масової інформації, що оточують нас на вулицях та офісах, зображують ожиріння як щось ганебне. Опасисті люди часто стають невизнаними жертвами дискримінації при спробах вступити до коледжу, на роботу, знятися в рекламі (Rothblum, 1992).

Однак дедалі більше отриманих відомостей говорять про те, що над людьми з надмірною вагою не слід насміхатися як над людьми слабкими і такими, що не контролюють себе, що ожиріння це результат впливу численних біологічних і соціальних факторів. Очевидно, що важливу роль тут відіграють генетичні та біологічні фактори. Дослідники виявили, що діти, чиї біологічні батьки страждають на огрядність, більш імовірно також страждатимуть від ожиріння, ніж діти, чиї батьки на ожиріння не страждають (Stunkard et al., 1986). Було визначено ген, який, як передбачається, пов'язані з ожирінням ( Halaas et al.). До того ж, встановлені принаймні дві хімічні речовини - гормон лептин і білок, названий глюкагоноїдний пептид-1 (GLP-1), які, мабуть, впливають як природні фактори пригнічення апетиту (Turton et al., 1996; Tartaglia et al., 1995). Зростає підозра, що рецептори мозку, що реагують на ці хімічні речовини, у людей, які страждають на ожиріння, дефектні.

Навколишнє оточення також може стати причиною ожиріння. Дослідження показали, що люди більше їдять у компаніях - особливо якщо навколо все саме цим і займаються (Logue, 1991). Крім того, при проведенні досліджень виявлено, що представники груп із низьким соціально-економічним рівнем життя частіше мають надмірну вагу порівняно з представниками груп із вищим соціально-економічним рівнем життя (Ernst & Harlan, 1991).

***Чинник ризику?***

Чи зазнають люди з відносно невеликою надмірною вагою більшого ризику захворіти на рак чи інші хвороби? Дослідження дають суперечливі відповіді це питання ( Kolata, 1998; Troiano et al., 1996). В одному тривалому дослідженні було виявлено, що жінки з помірно надмірною вагою піддаються на 30% вищому ризику ранньої смерті; проте в іншому було виявлено, що рівень смертності чоловіків, які важать нижче за норму, настільки ж високий, як і чоловіків, які важать вище за норму (Troiano et al., 1996). Ці результати свідчать, що судити про це ще рано.

***Чи діє дієта?***

Існують різні дієти та таблетки для схуднення. Проте переконливі докази, що якась дієта може гарантувати довгострокову втрату ваги, доки знайдено ( Wilson, 1994). Фактично, довгострокові дослідження показують ефект рикошету, загальне збільшення у вазі серед опасистих людей, які втрачають вагу після низькокалорійної дієти. Також встановлено, що почуття невдачі, що супроводжує такий рикошет, здатне призвести до дисфункціональної схеми харчування — у тому числі й до ненажерливості (Venditti et al., 1996).

Більшість людей, що сидять на низькокалорійній дієті, спочатку втрачають вагу, потім знову набирають і т. д. Зрештою, ця схема сама по собі може бути небезпечною для здоров'я, збільшується ймовірність підвищення кров'яного тиску та виникнення серцево-судинних захворювань (Brownell & O'Neil, 1995, 1993; Lissner et al., 1991). У випадках екстремального ожиріння, коли надлишок ваги дійсно є небезпекою для здоров'я і його втрата бажана, потрібно ставити перед собою реальну мету довгострокового скидання ваги, а не прагнути схуднути якнайшвидше (Brownell & O'Neil, 1993; Brownell & Wadden, 1992 ).

В даний час необхідно спрямувати зусилля на розробку нових препаратів, які безпосередньо впливатимуть на функціонування генів, гормонів та білків, пов'язаних із ожирінням. Теоретично такі препарати повинні змінити реакції систем організму, що підривають зусилля при дотриманні дієти. Чи зможе подібне втручання забезпечити безпечну та постійну втрату ваги, покаже час.

***Скинути вагу: чи гідна це мета?***

Фахівці стверджують, що необхідно різко перенести акцент зі втрати ваги загального поліпшення здоров'я (Rosen et al., 1995). Якщо погані звички в їжі будуть виправлені, якщо погана Я-концепція та спотворене сприйняття свого тіла покращаться, якщо люди з надмірною вагою дізнаються, що є правдою, а що брехнею про надмірну вагу, то виграє кожен.

Так, все більше і більше психологів говорять про те, що невелике і, можливо, навіть помірне ожиріння слід «дати спокій», або, принаймні, потрібно ставити перед собою скромніші і реалістичніші цілі. Крім того, дуже важливо, щоб суспільство подолало забобони проти людей із надмірною вагою. Навколишні повинні сприймати це як ще один нормальний стан людини.

**Порівняння нервової булімії з нервовою анорексією.**

Булімія подібна до анорексії багато в чому. Обидва розлади зазвичай починаються після періоду дотримання дієти людьми, які бояться стати опасистими; прагнуть схуднути, з упередженням ставляться до харчування, ваги та свого зовнішнього вигляду, борються з Депресією, тривогами і щосили прагнуть стати досконалими ( Joiner et al., 1997, 1995; Bastiani et al., 1995). І люди, які страждають на булімію, і люди, які страждають на анорексію, переконані, що вони важать занадто багато, виглядають ожирілими — при цьому не важливо, скільки вони насправді важать і як виглядають. Вони постійно відчувають суперечливі почуття, думаючи у тому, що, коли і скільки є (Mizes, 1995; Ledoux et al., 1993). Обидва порушення відзначені безладними установками щодо режиму живлення (DeSilva, 1995).

І все ж, за багатьма важливими параметрами розлади відрізняються один від одного (табл. 9.1). Люди з булімією, як правило, більшою мірою цікавляться думкою оточуючих, намагаються бути для них привабливими та зав'язувати з ними близькі стосунки (Striegel-Moore, Silberstein & Rodin, 1993; Muuss, 1986). Як наслідок, вони мають більше сексуальних переживань, активніші в цьому плані, ніж люди з анорексією. До того ж, у них менше одержимості, яка дає можливість людям з анорексією керувати прийомом калорій так жорстко (Halmi, 1995; Andersen, 1985).

У той же час страждаючі булімією демонструють симптоми, які зазвичай не спостерігаються у хворих на анорексію. Вони часто змінюється настрій, вони легко впадають у смуток, стають імпульсивними (Sanftner & Crowther, 1998; Halmi, 1995). Емоції панують над ними, вони змінюють друзів і приятелів частіше, ніж інші, зловживають наркотиками, алкоголем і пігулками для схуднення (Wiederman & Pryor, 1996; Braun, Sunday & Halmi, 1995). Більше однієї третини людей з булімією демонструють ознаки зміни особистості, про що ми докладніше поговоримо у розділі 14 (Braun et al., 1995; АРА, 1994).

Ускладнення зі здоров'ям, що супроводжують булімію, також відрізняються від ускладнень, спричинених анорексією (Keel & Mitchell, 1991). Тільки половина жінок з булімією схильні до аменореї та інших порушень менструального циклу, тоді як цим страждають практично всі жінки з анорексією (Treasure & Szmukler, 1995). Крім того, повторне блювання омиває зуби та ясна соляною кислотою, що призводить до серйозних проблем із зубами, псує емаль і може призвести до втрати зубів (Casper, 1995). Люди, які викликають блювання постійно, часто страждають на діарею, їм загрожує небезпека нестачі калію в організмі, що може призвести до слабкості, шлунково-кишкових або ниркових захворювань, до серцевої недостатності (Halmi et al., 1994; Sharp & Freeman, 1993).

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Дослідження виявляють, що дівчата, які прагнуть стати «супержінкою» — ідеальною, душевною та привабливою, і змагаються в цьому один з одним, частіше мають проблеми, пов'язані з харчуванням, ніж ті, хто відмовляється від такої боротьби (Gordon, 1990; Steiner-Adair , 1986). Як пояснити цей зв'язок? |

**Резюме**

Які страждають нервовою булімією часто переїдають і потім насильно викликають у себе блювоту або вдаються до інших дій, що компенсують. Нерідко такі обжерливості — це реакція у відповідь на зростаючу напругу. Пізніше приходить почуття провини та час самовикриття.

**Таблиця 9.1. Нервова анорексія та нервова булімія**

|  |  |
| --- | --- |
| Анорексія: обмеження споживаних продуктів | Нервова булімія |
| Відмовляються підтримувати вагу, мінімально необхідну для здорового функціонування | Недостатня вага, нормальна вага, майже нормальна вага або надмірна вага |
| Не зізнаються у цьому, що голодують і неправильно харчуються; часто пишаються своїм контролем над вагою і більшою мірою, ніж хворі на булімію, задоволені своїм тілом | Зазнають інтенсивного голоду; об'їдаються та штучно викликають блювання; більшою мірою незадоволені своїм тілом |
| Незначна антисоціальна поведінка | Більш схильні до антисоціальної поведінки та зловживання алкоголем |
| Аменорея щонайменше тривалістю в три місяці | нерегулярні менструальні періоди у жінок; аменорея спостерігається не часто, поки вага залишається невеликою |
| Висловлюють недовіру до інших людей, особливо до лікарів | Більше довіряють людям, які хочуть допомогти |
| Схильні бути нав'язливими | Схильні все драматизувати |
| Загалом найбільше себе контролюють, але при емоційному збудженні втрачають контроль | Більш імпульсивні та емоційно нестабільні |
| Більш сексуально нерозвинені та рідше відчувають сексуальні переживання | Найчастіше відчувають сексуальні переживання, більш сексуально активні |
| Жінки частіше не визнають традиційно жіночих ролей | Жінки частіше визнають традиційно жіночі ролі |
| Найчастіше розлад починає проявлятися у 14-19 років | Найчастіше розлад починає проявлятися у 15-21 рік |
| До початку прояву розлади частіше мають майже нормальну вагу | До початку прояву розлади частіше мають вагу дещо вищу за норму |
| Найближчі родичі мають меншу схильність до повноти | Найближчі родичі мають велику схильність до повноти |
| Найчастіше добре ладнають із батьками перед початком прояву розладу | Схильні конфліктувати з батьками перед початком прояву розладу |
| Найчастіше заперечують, що конфліктують із батьками | Найчастіше визнають, що конфліктують із батьками |

(АРА, 1994; Levine, 1987; Garner et al., 1985; Neuman & Halvorson, 1983.)

Компенсуючі дії в першу чергу підкріплюються тимчасовим полегшенням, позбавленням тривог, звільненням від відчуття переповнення шлунка, від огиди до себе і втрати контролю, які супроводжують ненажерливість. Але почуття провини і відраза до себе знову повертаються і найчастіше невідступно переслідують людину, яка страждає на нервову булімію.

Булімією страждають 1-4% дівчат-підлітків та молодих жінок. Понад 90% хворих на булімію — жінки. Але в основному вага цих жінок не виходить за межі норми.

**Причини розладів харчування.**

В останні роки при поясненні причин прояву нервової анорексії чи нервової булімії фахівці вдаються до багатостороннього розгляду перспектив ризику. Тобто, вони визначають ключові фактори, які ставлять людей перед ризиком таких захворювань. Чим більше таких факторів у цей момент, тим вищий ризик розвитку розладу (Lyon et al., 1997). Серед лідируючих факторів: соціокультурні умови (соціальний та сімейний тиск), психологічні проблеми (его, когнітивні розлади, пригнічений стан) та біологічні фактори.

***Багатосторонній розгляд перспектив ризику*** *- теорія, що визначає різні фактори ризику, які спільно спричиняють розлад. Чим більший таких факторів, тим більший ризик розвитку порушення.*

**Соціальний тиск.**

Багато психологів переконані, що у зростання числа серйозних розладів режиму харчування великий внесок роблять сучасні західні стандарти жіночої привабливості (Wertheim et al., 1997; Abramson & Valene, 1991). Ці стандарти з часом змінюються, останніми роками з помітним зрушенням до худоби. При проведенні огляду відомостей про зростання, вагу та вік учасниць конкурсу «Міс Америка» з 1959 по 1978 рік було виявлено, що претендентки на це звання в середньому щороку легшали на 0,28 фунта, а переможниці — на 0,37 фунта ( Garner та ін., 1980). При аналізі матеріалів, опублікованих у журналах Playboy, встановлено, що середня вага, розміри стегон та бюста у зображених там жінок неухильно зменшуються. Більш сучасне аналогічне дослідження свідчить про те, що такі тенденції спостерігаються й у 90-х (Wiseman et al., 1992).

|  |
| --- |
| ***Професійний ризик.*** Поза танцювальним класом надмірна крихкість фігури студентів хореографічного училища стає очевидною. Професійні балерини, моделі та спортсмени часто турбуються про те, що і в якій кількості вони їдять, значною мірою через те, що в їхній професійній діяльності сильний акцент робиться на вагу та розміри тіла. |

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Моделі, які досягли в наші дні успіху — їх часто називають супермоделями, — набувають слави, якої не було в минулі часи. Як ви вважаєте, чому популярність і статус моделей настільки зросли? Чи бачите ви зв'язок між їх популярністю та постійним зростанням випадків порушення режиму харчування? |

Оскільки скот особливо цінується в індустрії моди, в акторів, танцюристів і деяких спортсменів, представники цих груп сильніше турбуються про свою вагу (Williamson et al., 1995; Silverstein et al., 1986). За прогнозом психологів, дослідження повинні виявити, що в цих областях більш ніж в інших схильні мати порушення в режимі харчування (Attie & Brooks-Gunn, 1992; Prussin & Харві, 1991) (рис. 9.3). І справді, низка знаменитостей — молоді актриси, спортсменки, балерини — публічно підтвердили, що останніми роками мають серйозні проблеми із харчуванням.

Установка на скот може допомогти пояснювати наявність економічних і расових відмінностей у поширенні розладу. Білі американки з порівняно високих соціально-економічних верств, як правило, висловлюють велике занепокоєння щодо своєї фігури та дієти в порівнянні з афроамериканками з низьких соціальних верств (Margo, 1985; Stunkard, 1975), відповідно серед них сильніше поширені і порушення режиму харчування (Foreyt et al., 1996; Rosen et al., 1991). В останні роки, однак, занепокоєння своєю фігурою та необхідністю дотримуватися дієти певною мірою зростає у всіх класах та групах меншин, паралельно повсюдно збільшується кількість випадків порушення режиму харчування (Rogers et al, 1997).

Культурні відмінності також допомагають пояснити виразний гендерний розрив у разі порушення режиму харчування. У суспільстві зовнішньому вигляду жінок приділяється більше уваги, ніж зовнішньому вигляду чоловіків (Nichter & Nichter, 1991). Деякі психологи переконані в тому, що такий подвійний стандарт і змушує жінок сильніше турбуватися про схуднення і дотримуватися дієти, що призводить до більш частих випадків розладів режиму харчування (Rand & Kuldau, 1991).

Західне суспільство не тільки вихваляє худорлявість, а й створює клімат, сприятливий для прояву упередженого ставлення до людей з надмірною вагою різного віку. У той час як дискримінація на основі етнічної приналежності, раси та ґендеру вважається неприпустимою, грубі жарти про гладких людей — справа звичайна на телебаченні, у кінофільмах, книгах та журналах. Упереджене ставлення до опасистих людей - явище, що глибоко вкоренилося в культурі (Tiggeman & Wilson-Barrett, 1998; Реган, 1996; Brownell і O'Neil, 1993). Майбутні батьки, яким показують фотографії товстощокої дитини, дитини із середньою вагою та худорлявої, оцінюють першу як менш доброзичливу, менш активну, менш кмітливу. Вони кажуть, що воліли б, щоб їхня майбутня дитина була схожа на зображену на останній фотографії, а не на першій. В іншому дослідженні дошкільнята, яким надавали право вибору ляльки для гри, завжди вибирали не «товстушку», а «худишку», хоч і не могли пояснити, чому. Не надто дивує, оскільки щонайменше 50% дівчаток, які у початковій школі, прагнуть схуднути (Shisslak et al., 1998).

**Сімейна атмосфера.**

Сім'я може грати критичну роль розвитку розладів режиму харчування. При проведенні досліджень встановлено, що не менше половини сімей, в яких хоча б один із членів страждає на такий розлад, мають «довгу історію» надмірного занепокоєння про свій зовнішній вигляд і дотримання дієти (Hart & Kenny, 1995; Lieberman, 1995). Сім'я може створити сприятливий клімат у розвиток розлади, якщо у ній встановлюються ненормальні внутрішньосімейні відносини. Фахівці, які займаються проблемами сім'ї, наводять докази, що сімейні взаємини часто від початку втручаються у розвиток розлади і що такий розлад є просто відображенням більшої дисфункції (Vandereycken, 1994; Lundholm & Waters, 1991). Відомий фахівець із проблем сім'ї Сальвадор Мінучін переконаний у тому, що в сім'ї з тісними зв'язками частіше зустрічаються люди з серйозними психічними розладами (Minuchin, Rosman, & Baker, 1978).

Обплутані павутиною зв'язків, члени сім'ї надмірно залучені у справи одне одного й надто стурбовані деталями життя одне одного. Позитивним у такій схемі взаємин є те, що члени сім'ї можуть бути люблячими та терпимими; негативним — те, що вони можуть бути прихильними та ставити у залежність. Занадто мало простору для індивідуальності та незалежності. Батьки надто залучені до життя своїх дітей. Мінучин наводить докази, що підлітки це особлива проблема в таких сім'ях. Підліткам властиво прагнути незалежності, а це загроза сімейної гармонії та близькості. Ситуація, що склалася, підштовхує дитину обрати роль «хворого» — так розвиваються серйозні порушення режиму харчування, виникають інші хвороби. Проблеми дитини дають можливість сім'ї зберігати видимість гармонії. Хвора дитина потребує сім'ї, і члени сім'ї гуртуються, щоб захистити її.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Усі жінки-спортсменки, % | Жінки-гімнастки, % |
| Використання принаймні одного виду саморуйнівних дій для збереження контролю над вагою | 32 | 62 |
| Проковтування таблеток для схуднення | 25 | 24 |
| Примусове блювання | 14 | 26 |
| Використання проносних | 16 | 7 |
| Використання сечогінних засобів | 5 | 12 |

**Малюнок 9.3. Небезпечний спосіб.** Проведений огляд показує, що у спорті майже третина всіх жінок вдається хоча б до одного виду саморуйнівних дій для того, щоб тримати вагу під контролем, а серед гімнасток до таких дій вдаються майже дві третини спортсменок. (Запозичено з Rosen & Hough, 1988; Rosen et al., 1986)

***Сім'я з тісними зв'язками*** — *сім'я, члени якої надто залучені до справ один одного і надто піклуються про їх благополуччя.*

**Часи змінюються.** «Купальниця, що сидить» П'єра Огюста Ренуара (1841-1919) демонструє, що ідеальна з естетичної точки зору жінка минулого була виразно більшою, ніж ідеальна жінка наших днів. Стандарти краси передаються засобами масової інформації, витворами мистецтва, сім'єю тощо.

Результати кількох досліджень підтвердили таке пояснення причин розвитку нервової анорексії або нервової булімії, але при проведенні емпіричних досліджень довести, що специфічні сімейні схеми послідовно формують клімат для розвитку розладу системи харчування, не вдалося (Wilson et al., 1996; Colahan & Senior, 1995) . Насправді сім'ї, де є хворі на анорексію або булімію, дуже відрізняються один від одного (Eisler, 1995).

**Крупним планом**

*Ідеальна постать: расові відмінності?*

У популярному кінофільмі Clueless Шер і Діоні, дівчатка-підлітки, обидві із забезпечених сімей, але з різним кольором шкіри, мають схожі смаки, переконання та цінності щодо всього – від хлопчиків до школи. Особливо вони сходяться у звичках у їжі та поглядах на ідеал краси. У них і самих постаті однотипні та вага приблизно однакова. Але чи правильно ця історія відбиває дійсність? Чи схожі білі й чорношкірі американки в наші дні? Згідно з останніми дослідженнями, очевидна відповідь «ні» (Cash & Henry, 1995; Parker et al, 1995).

Хоча помітно, що молоді афроамериканки в наші дні більшою мірою, ніж у минулому, дбають про схуднення та дотримання дієти і у них частіше спостерігаються порушення в режимі харчування, їх цінності, цілі та поведінка у цій сфері залишаються здоровішими, ніж у молодих білих жінок. . Велику увагу практикуючих лікарів та громадськості привернуло дослідження, нещодавно проведене в Арізонському університеті (Parker et al., 1995). Воно тривало три роки, було опитано 296 дівчаток восьмого та дев'ятого класів. Дослідники цікавилися їх ставленням до дієти та уявленням про ідеальну фігуру. Результати дослідження: майже 90% білих дівчаток заявили, що вага та фігура їх не тішать, тоді як приблизно 70% дівчаток афроамериканок жодного невдоволення з цього приводу не висловили. При цьому було неважливо, скільки вони важили; навіть ті, у кого вага явно була надмірною, описали себе як щасливі.

***Ідеал краси***

У дослідженні також було встановлено, що білі та чорношкірі дівчата мають різні ідеали краси. Білі підлітки, коли їх просили описати «ідеальну дівчинку», описували дівчинку зріст приблизно 5 футів 7 дюймів, що важить 100-110 фунтів — пропорції, що дзеркально відображають так званих супермоделей сьогоднішніх днів. Багато хто говорив, що підтримка ідеальної ваги є ключем до того, щоб стати «абсолютно щасливими». І вони підкреслювали, що худорлявість — необхідна умова для популярності; «Бути худими — це означає бути у формі».

Навпаки, опитувані афроамериканки, описуючи «ідеальну дівчинку», часто ставили особисті якості вище за зовнішні дані. Вони казали, що така дівчинка має бути розумною, веселою, несамолюбною, не обов'язково «хорошенькою», але неодмінно доглянутою. Параметри тіла дівчинки афроамериканки описували ближчими до параметрів звичайної дівчинки; Наприклад, вони схвалювали ширші стегна. Можливо, ключова різниця була в тому, що афроамериканки справжньою красою вважали внутрішню красу. Дві третини їх визначали красу як «правильну установку» і майже стільки ж вказували, що жінки з роками стають навіть красивішими.

***Здоров'я та дієта***

Зважаючи на такі різні визначення краси, не дивно, що афроамериканки рідше, ніж білі жінки, дотримуються тривалої дієти. Хоча 52% дівчаток афроамериканок дотримувалися певного часу дієту в минулому році, вони не були схильні дотримуватися дуже суворої дієти, пояснюючи, що краще бути трохи товстішим, ніж худшим, ніж потрібно. Тим часом 61% білих дівчаток-підлітків, з тих, хто дотримувався дієти минулого року, наголошував на дієті як шлях одночасно і схуднути і набути контролю над іншими сторонами свого соціального життя. Незадоволеність своїм зовнішнім виглядом і розмови про те, що вони відчувають зайвий жир, були для білих дівчаток одним із способів показати, що вони дбають про свою зовнішність і працюють над собою, прагнучи ідеалу краси (Nichter & Vuckovic, 1994).

Хоча афроамериканські дівчатка в цьому дослідженні — і, ймовірно, в інших теж — дотримувалися більш позитивних установок щодо своєї постаті та краси взагалі, дослідники попереджають, що і для них подібні проблеми стають все більш злободенні: «Тут ще треба подивитися, чи дотримуватимуться вони? тієї ж думки про самих себе, коли стануть старшими, почнуть працювати і зіллються з основним потоком американського суспільства... Цілком ймовірно, що для того, щоб досягти успіху, їм доведеться відкоригувати свої відмінні риси, щоб стати як усі. вони так само, як білі дівчата, всіма силами прагнути худоби? (Parker et al., 1995, p. 111.)

**Его і когнітивні розлади.**

Хільда Браш (Hilde Bruch), першовідкривач у вивченні та лікуванні порушень системи харчування, розробила теорію, яка використовує психодинамічні та когнітивні поняття. Вона стверджує, що порушення у взаєминах «мати-дочка» призводять до значного дефіциту Его в дитині (включаючи нестачу незалежності та контролю) та до серйозних когнітивних розладів, що спільно призводить до розладу системи харчування (Bruch, 1991, 1978, 1962).

Згідно з Брашем, батьки можуть реагувати на своїх дітей ефективним і неефективним чином. Ефективні батьки виявляють велику увагу до біологічних та емоційних потреб дітей, даючи їм їжу тоді, коли вони плачуть з голоду, і комфорт тоді, коли вони плачуть від страху. Неефективні батьки, навпаки, не реагують на потреби дітей, вони самі вирішують, коли їхні діти голодні, замерзли чи втомилися, не враховуючи реальних обставин. Вони швидше погодують дітей тоді, коли ті неспокійні, ніж тоді, коли голодні, і швидше почнуть їх заспокоювати тоді, коли діти втомилися, а не тоді, коли ті справді чимось стурбовані. Діти, які стикаються з таким батьківським ставленням, можуть заплутатися та зростати, не усвідомлюючи своїх внутрішніх потреб, не знаючи, коли вони голодні, а коли ситі, не здатні визначати свої власні емоції.

|  |
| --- |
| «Вся філософія двома словами: підтримувати і перешкоджати». - Епіктет |

Не здатні покладатися на внутрішні стандарти, діти звертаються до зовнішніх керівників, наприклад, до своїх батьків. Вони намагаються бути «дітьми за схемою». Але при цьому у них не розвивається впевненість у собі, вони «сприймають себе людьми, які не контролюють власну поведінку, потреби та імпульси, вони не почуваються господарями власних тіл» (Brush, 1973, р. 55). При досягненні перехідного віку, під час якого більшість підлітків прагне незалежності, ці діти почуваються нездатними до самостійного життя (Strauss & Ryan, 1987). Щоб подолати почуття безпорадності, вони встановлюють найсуворіший контроль над параметрами своєї постаті і звичками у харчуванні. Вісімнадцятирічна Хелен так описує свої переживання.

*Тут є дивна суперечність: усі думають, що ти робиш усе правильно і що ти — «дівчина що треба», але вся проблема в тому, що ти сама так не думаєш. Ти боїшся, що не піднімешся до того рівня, на який, як тобі здається, від тебе чекають. Ти дуже боїшся стати ординарною людиною, як усі, а отже, не такою вже й доброю. Дієти і починаються з таких ось тривог Ти хочеш довести, що все контролюєш, що ти можеш це зробити. Ти починаєш думати про себе добре тільки тоді, коли скажеш собі: Я доведу це до кінця. Я зроблю те, що більше ніхто не зробить» (Brush, 1978, р. 128).*

Клінічні дослідження підтверджують правильність теорії Браш. Лікарі зазначають, що батьки підлітків із порушенням харчування схильні самі визначати, що потрібно їх дітям, замість надати це право самим дітям (Hart & Kenny, 1995; Steiner et al., 1991). Коли Браш опитувала матерів, діти яких страждали на анорексію (51 людина), багато хто гордо заявляв, що вони завжди «передбачають», що хочуть їхні діти, і ніколи не дозволять, щоб «дитина відчувала себе голодною» ( Brush, 1973).

Результати досліджень також підтверджують, що з порушеною системою харчування неточно сприймають внутрішні сигнали (Fukunishi, 1998; Hulmi et al., 1989). Будучи стурбовані чи засмучені, люди з анорексією чи булімією часто помилково думають, що вони голодні, і реагують так, як зазвичай реагують на голод – починають їсти (Rebert, Stanton, & Schwartz, 1991).

Ну і, нарешті, дослідження підтримали ідею, висловлену Брашом: люди з порушеною системою харчування надмірно покладаються на чужі думки, бажання та погляди. Вони частіше, ніж інші, турбуються про те, якими їх бачать оточуючі, схильні пристосовуватись і думати, що погано контролюють своє життя (Vitousek & Manke, 1994).

**Розлади настрою.**

Багато людей з порушеною системою харчування, особливо з булімією, відчувають депресію. Вони занепадають, песимізм, починають соромитися себе, роблять логічні помилки (Hsu, Crisp, & Callender, 1992).

Тому, що анорексія та булімія пов'язані з депресією, є докази. По-перше, людям із порушеною системою харчування частіше, ніж іншим, ставиться діагноз депресія (Brewerton et al., 1995; Pope & Hudson, 1984). По-друге, близькі родичі таких людей найчастіше мають поганий настрій (АРА, 1994; Johnson & Maddi, 1986). По-третє, люди з порушеною системою харчування, особливо з булімією, так само як і люди, які зазнають депресії, часто мають низьку активність нейротрансмітера серотоніну (Goldbloom et al., 1990; Wilcox, 1990). І нарешті, люди з порушеною системою харчування часто допомагають собі, приймаючи антидепресанти (Advocat & Kutlesic, 1995; Mitchell & de Zwaan, 1993).

Проте можливі інші пояснення. Наприклад, тиск і біль, що виникають при засмученій системі живлення, можуть бути причиною поганого настрою (Silverstone, 1990). Але яка б не була правильна інтерпретація, багато хто страждає на анорексію і булімію впадає в депресію.

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Чи булімія спричиняє депресію, чи депресію спричиняє булімію. А можливо, ці розлади спричинені якоюсь третьою загальною причиною. Чи можуть соціокультурні, сімейні та біологічні фактори одночасно призвести і до порушеної системи харчування, і до депресії? |

**Біологічні чинники**

Біологи, пояснюючи, чому в людини засмучується система харчування, зазвичай вказують на ***гіпоталамус*** , частину мозку, що допомагає контролювати багато фізіологічних функцій (Leibowitz & Ноеbel, 1998; Grossman, 1990, 1986). Дослідники локалізували дві області гіпоталамуса, які допомагають контролювати процес харчування (Grossman, 1990; Bray et al., 1980). Перша, ***латеральний гіпоталамус*** , будучи активізованою, викликає голод. За допомогою стимуляції латерального гіпоталамуса можна добитися того, що тварина почне їсти, навіть якщо її зовсім недавно годували. Інша область, ***вентромедіальний гіпоталамус*** ,будучи активізованою, навпаки, пригнічує почуття голоду. Коли вентромедіальний гіпоталамус стимулюється струмом, тварина припиняє їсти.

Коли люди їдять або втрачають їжу, ці центри гіпоталамуса, мабуть, активізуються хімічними речовинами мозку. Однією з таких речовин є глюкагоноїдний пептид-1 (GLP-1), природний препарат для придушення апетиту. В одному з експериментів дослідники ввели GLP-1 у мозок щурів. Хімічна речовина досягла гіпоталамуса, це спричинило те, що щури відмовилися від їжі, хоча не їли до цього двадцять чотири години (Turton et al., 1996). І навпаки, коли ситим щурам ввели речовину, яка блокує вплив GLP-1 на гіпоталамус, щури з'їли вдвічі більше, ніж зазвичай.

***Гіпоталамус*** — *частина мозку, яка допомагає підтримувати різні фізичні функції, від нього, зокрема, залежить, чи відчуває людина голод.*

***Латеральний гіпоталамус*** *- область гіпоталамуса, будучи активізованою, викликає голод.*

***Вентромедіальний гіпоталамус* -** *область гіпоталамуса, будучи активізованою, пригнічує почуття голоду.*

Можна припустити, що обидві галузі гіпоталамуса та хімічні речовини, такі як GLP-1, працюючи спільно, допоможуть встановити в організмі людини «термостат ваги», який спрямовуватиме людину підтримувати вагу свого тіла на певному рівні встановленої ваги (Garner et al., 1985 ; Keesey & Corbett, 1983). Очевидно, встановлений вага людини визначається генетичної спадковістю і харчуванням у дитячому віці. Коли вага людини падає нижче за встановлене, латеральний гіпоталамус активізується і прагне відновити втрачену вагу, викликаючи голод і знижуючи метаболічний рівень тіла — рівень, на якому організм витрачає енергію. Коли вага людини виростає вище за встановлену, активізується вже вентромедіальний гіпоталамус і прагне зменшити вагу, пригнічуючи голод і підвищуючи метаболічний рівень тіла.

***Встановлена вага*** *- задане значення ваги, яку людина передбачає підтримувати; частково контролюється гіпоталамусом.*

Відповідно до цієї теорії, коли людина дотримується суворої дієти, її вага стає нижче встановленого і мозок намагається відновити втрачену вагу. Активність гіпоталамуса призводить до упередженого ставлення до їжі, бажання об'їдатися та фізичних змін; втрачати вагу все складніше і складніше (Hill & Robinson, 1991). Такі зміни також полегшують збільшення ваги, незалежно від того, що людина їсть (Spalter et al., 1993).

Коли мозок починає діяти, щоб підняти вагу тіла до настановного рівня, люди, які сидять на дієті, вступають у битву із самим собою. І дехто перемагає. Вони справляються з контролюванням свого харчування майже досконало, рухаючись по спіралі до анорексії. Для інших битва може закінчитись періодичним обжерливістю.

|  |
| --- |
| ***Лабораторне поєднання.*** Стимулюючи електрострумом латеральний гіпоталамус гризуна, дослідники можуть спонукати його до переїдання та великого додавання ваги. |

**Резюме**

Сучасні вчені при поясненні, чому порушується система харчування, зазвичай розглядають перспективу ризику з різних боків, визначаючи кілька ключових факторів, які ставлять перед ризиком такого порушення людину. Основні чинники: соціальний акцент на худобі та упереджене ставлення до повних людей; сімейна обстановка, за якої члени сім'ї можуть бути обплутані павутинням внутрішньосімейних зв'язків; Его та когнітивні розлади, включаючи недостатнє почуття незалежності; поганий настрій; біологічні фактори, такі як активність гіпоталамуса та хімічних речовин (GLP-1) та встановлена вага.

**Лікування розладів харчування.**

В даний час, намагаючись відновити у пацієнта порушену систему харчування, лікарі ставлять перед собою два завдання. Насамперед вони прагнуть якнайшвидше відкоригувати неправильну систему харчування, що загрожує здоров'ю людини. Потім намагаються встановити ті психологічні та ситуаційні фактори, що призвели до появи таких проблем. Родичі та друзі також здатні допомогти людині позбутися розладу (Sherman & Thompson, 1990).

**Лікування нервової анорексії.**

При лікуванні нервової анорексії першочергове завдання допомогти людині відновити втрачену вагу і почати правильно харчуватися. Потім лікарі повинні допомогти пацієнтові зробити зміни у своїй психіці і, можливо, у сім'ї, щоб закріпити досягнуте.

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** Терміни, що вживаються у зв'язку з анорексією: «велике голодування», «як пташка клює» (fasting girl), огидний апетит, ситофобія (страх прийому їжі) та істерична анорексія. |

***Відновлення ваги та нормальне харчування***

Для того, щоб допомогти пацієнтам з анорексією швидко набрати вагу та повернути здоров'я протягом тижня, використовуються різні методи. Раніше лікування майже завжди проходило у лікарні, але зараз можна обійтися і без цього (Battle & Brownell, 1996; Treasure, Todd & Szmukler, 1995).

У випадках, коли існує загроза для життя, лікарі можуть забезпечити годування пацієнта через зонд і внутрішньовенно. Так як такий внутрішньовенний метод часто використовується без згоди пацієнта, це може породити недовіру і спричинити опір (Treasure et al., 1995; Zerbe, 1993). За іншого підходу пацієнту дають антидепресанти (Wakeling, 1995). І, нарешті, при біхевіоральному підході лікарі позитивно підкріплюють пацієнтів, коли ті правильно харчуються і починають набирати вагу, і не підкріплюють, коли ті харчуються неправильно і не набирають вагу (Griffiths et al., 1998; Halmi, 1985). Кожен із цих підходів може допомогти швидко набрати вагу, але це рішення не довгострокове.

В даний час найбільш популярним методом відновлення ваги став догляд з підтримуючим харчуванням у комбінації з висококалорійною дієтою (Andersen, 1995; Treasure et al., 1995). При цьому підході кваліфіковані медсестри протягом кількох тижнів поступово збільшують кількість їжі, яку споживають хворі, в результаті доводячи її до 2500 калорій на день. Медсестри знайомлять пацієнтів із програмою, повідомляють про досягнуті успіхи, підбадьорюють, дають зрозуміти, що вага набирається за заданою програмою, що все перебуває під контролем і що в результаті вони аж ніяк не стануть огрядними. Було встановлено, що пацієнти, які виліковуються від анорексії в таких умовах, як правило, набирають потрібну вагу протягом 8-12 тижнів (Treasure et al., 1995; Garfinkel & Garner, 1982).

**Сцени із сучасного життя**

*Чи добре живеться Міс Всесвіту?*

|  |
| --- |
| «Дівчаток із раннього дитинства потрібно надихати цікавитися своєю зовнішністю». - Ladies' Home Journal, 1940 |

У травні 1996 року Аліса Мачадо, дев'ятнадцятирічна дівчина з Венесуели, була коронована як Міс Всесвіт. Потім у неї почалися проблеми. Після коронації протягом восьми місяців її вага зросла з 118 фунтів до 160. Це викликало роздратування у офіційних організаторів карнавалу. Пішли чутки, що дівчина не варта корони. Газети та телебачення підхопили ці слова. Чого тільки не казали тоді!

Аліса Мачадо пояснила: «Я нормальна дівчина, але моє життя дуже змінилося. Я багато подорожую різними країнами і їм різну їжу». Все ж таки, у відповідь на весь цей тиск, вона сіла на строгу дієту і почала робити фізичні вправи для того, щоб хоча б трохи схуднути. Тренер Аліси заявив, що вага в 118 фунтів занадто мала для її зростання, і пояснив, що зазвичай вона підтримувала його за допомогою таблеток для схуднення.

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Що цей епізод говорить про роль соціальних факторів у розвитку порушення системи харчування? Чому багато людей дотримувалися такої суворої, часто критичної думки про вагу міс Мачадо? Як міг би вплинути цей епізод на жінок? |

***Великі зміни***

Практикуючі лікарі стверджують: для того щоб досягти тривалого поліпшення, страждаючі на анорексію повинні подолати свої нагальні проблеми. Лікарі зазвичай пропонують терапію і одночасно навчають своїх пацієнтів тому, як досягти більшого. При цьому часто вдаються до комбінації індивідуальної, групової та сімейної терапії (Andersen, 1995; Robin, Siegal, & Моуе, 1995). У багатьох випадках це призводить до тривалих позитивних змін.

|  |
| --- |
| ***Хибна реклама.*** Багато практикуючих лікарів стверджують, що для того, щоб дівчата перестали виснажувати себе дієтою, має змінитися суспільство. Наприклад, реклама одягу має використовувати моделі більш нормальних розмірів, прийнятних більшості жінок. |

На цій фазі лікування лікарі намагаються допомогти пацієнтам з анорексією усвідомити потребу в незалежності і вчать їх, як встановлювати самоконтроль більш прийнятними способами (Dare & Crowther, 1995; Robin et al., 1995). Лікарі також допомагають пацієнтам зрозуміти, якими є їхні внутрішні імпульси, і вчать довіряти їм (Furumoto & Keating, 1995; Brush, 1973). У діалозі, наведеному нижче, лікар намагається допомогти п'ятнадцятирічній пацієнтці зрозуміти свої почуття.

*Пацієнтка: Я ніколи нікому не розповідаю, що відчуваю.*

*Лікар: Ви думаєте, я відреагую так само, як решта?*

*Пацієнтка: Що це означає?*

*Лікар: Мені здається, ви думаєте, що я не приділю уваги тому, що у вас усередині, або що я скажу вам, що у вас даремно з'являються подібні думки, що безглуздо здаватися собі товстою, сумніватися в самій собі - адже насправді ви чудово вчитеся в школі, вас цінують вчителі і ви дуже симпатична дівчина.*

*Пацієнтка (виглядає дещо напруженою і схвильованою): Ну, мені завжди казали, що треба бути ввічливою з іншими, подібно до дурної безликої ляльки. (Приймає байдужу позу, як у ляльки.)*

*Лікар: Ви думаєте, що ваші внутрішні почуття є такими, що про них не варто розповідати іншим?*

*Пацієнтка: Не знаю.*

*Лікар: Я знаю, що вам нелегко розповісти все іншій людині... Але обіцяю вам, що б ви не розповіли, я не відвернуся від вас (Strober & Yager, 1985, p. 368-369).*

Лікарі досягнуть більших змін, якщо допоможуть людям з анорексією змінити їх помилкові концепції та установки про харчування та вагу (табл. 9.2). Використовуючи когнітивний підхід, вони можуть допомогти пацієнтам позбавитися таких думок, як: «Я повинен завжди бути досконалим» або «Моя вага і фігура визначають мою цінність» (Freeman, 1995; Garnir & Bemis, 1985, 1982). Лікарі можуть також переконати пацієнтів, що ті мають спотворені уявлення про свою фігуру, що зазвичай такі помилкові оцінки виносять собі люди, які страждають на анорексію (Mitchell & Peterson, 1997; Garner & Bemis, 1982). Таке навчання часто мостить шлях більш точного сприйняття свого тіла.

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** Знаменитий поет Байрон (1788-1824), автор «Дон Жуана», писав: «Жінка ніколи не повинна з'являтися на очі, коли вона їсть, якщо це не буде салат з омарів і шампанське». Знайомі Байрона зазначали, що поет сам «дуже боявся погладшати». Він регулярно відмовлявся від їжі, вірячи, що втратить натхнення, якщо буде їсти нормально (Brumberg, 1988). |

Нерідко використовується сімейна терапія (Dare & Eisler, 1995; Vanderlinden & Vandereycken, 1991). Як і в інших складних сімейних ситуаціях, сімейний лікар зустрічається одночасно з усіма членами сім'ї, вказує на слабкі місця в сім'ї та допомагає вжити відповідних змін. Зокрема, сімейний лікар може постаратися допомогти людині з анорексією відокремити свої почуття та потреби від почуттів та потреб інших членів сім'ї. Дослідження пропонують серйозні докази того, що сімейна терапія (або принаймні зміна тактики поведінки батьків) може бути корисною у позбавленні від анорексії (Dare & Eisler, 1995; Russell et al., 1992).

*Мати: Я знаю, через що відбувається зі Сьюзен. Її долають сумніви, вона відчуває, що стає дорослою і втрачає захист, вона шукає власну ідентичність. (Повертається до Сьюзен зі сльозами на очах.) Як тільки ти почнеш довіряти собі, все стане краще. А ми тебе підтримаємо.*

*Сімейний лікар: Ви вважаєте, що допомагаєте Сьюзен? Що їй слід звертатися саме до вас за порадами та емоційною підтримкою?*

*Мати: Ну, то ми й батьки.*

*Сімейний лікар (повертаючись до пацієнтки). А ви що думаєте?*

*Сьюзен: (матері): Я не можу бути залежною від тебе чи когось ще, мамо. Я раніше чинила саме так, і в результаті у мене анорексія...*

*Сімейний лікар: Ви думаєте, що ваша мати хоче, щоб не було секретів між нею та дітьми – двері без запорів, так би мовити?*

*Старша сестра: Іноді так.*

*Сімейний лікар: (пацієнтці та молодшій сестрі) А що ви думаєте з цього приводу?*

*Сьюзен: Іноді я думаю, що які б думки мені на думку не спадали, моя мати повинна відчувати те саме.*

*Молодша сестра: І я теж так думаю. (Strober & Yager, 1985, pp. 381-382.)*

**Таблиця 9.2. Зразкові питання анкети, яку заповнюють люди з порушеною системою харчування**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Для кожного пункту вирішіть, яке твердження для вас правдивіше: завжди (в), зазвичай (о), часто (год), іноді (і), рідко (р) або ніколи (н). Обведіть кружком букву, що відповідає вашій оцінці. | | | | | | |
| в | про | год | і | р | н | Я думаю, у мене дуже великий живіт. |
| в | про | год | і | р | н | Я їм, коли я не в дусі. |
| в | про | год | і | р | н | Я об'їдаюся. |
| в | про | год | і | р | н | Я думаю про дієту. |
| в | про | год | і | р | н | Я думаю, у мене надто товсті ноги. |
| в | про | год | і | р | н | Я почуваюся неефективною особистістю. |
| в | про | год | і | р | н | Я почуваюся дуже винним після того, як переїдаю. |
| в | про | год | і | р | н | Мені вселяє жах поповнення у вазі. |
| в | про | год | і | р | н | Я плутаюсь у емоціях, які переживаю. |
| в | про | год | і | р | н | Я роблю неадекватно. |
| в | про | год | і | р | н | Я продовжую їсти, відчуваючи, що не можу зупинитися. |
| в | про | год | і | р | н | Як дитина, я дуже намагаюся не розчарувати своїх батьків та вчителів. |
| в | про | год | і | р | н | Мені важко розповідати про свої почуття іншим. |
| в | про | год | і | р | н | Я часом не можу зрозуміти, голодний я чи ситий. |
| в | про | год | і | р | н | Я про саму собі невисоку думку. |
| в | про | год | і | р | н | Я думаю, що в мене надто широкі стегна. |
| в | про | год | і | р | н | Якщо я додаю фунт, я починаю турбуватися, що одужаю. |
| в | про | год | і | р | н | Я думаю, що викликаю блювоту для того, щоб втратити вагу. |
| в | про | год | і | р | н | Я думаю, що мої сідниці надто масивні. |
| в | про | год | і | р | н | Я їм чи п'ю потай від оточуючих. |
| в | про | год | і | р | н | Я хотів би повністю контролювати всі мої фізичні мотиви. |

(Garner, Oimsted & Polivy, 1991, 1984.)

***Наслідки нервової анорексії***

З'являються нові й нові методи лікування нервової анорексії, і це вселяє райдужні надії. Проте дорога до лікування ще дуже важка. Курс лікування та наслідки анорексії різні (Miller, 1996), але певна тенденція у дослідженнях простежується.

Позитивний результат той, що вага часто швидко відновлюється, як лікування починається, проте процес повного психологічного і фізичного лікування може займати кілька років (Treasure et al., 1995). Хоча приблизно 75% пацієнтів, перевіряючись через кілька років після початку лікування, продовжують демонструвати поліпшення, тільки 45% виліковуються повністю і 30% мають суттєві поліпшення. Більшість людей після лікування починають ефективно працювати і висловлюють задоволення своєю роботою (Fombonne, 1995; Theander, 1970). Згодом ті, хто виліковується, одружуються або мають близькі стосунки не рідше, ніж інші люди (Hsu, Scrisp, & Harding, 1979; Theander, 1970).

У більшості жінок з анорексією, коли вони набирають потрібної ваги, відновлюються менструальні цикли (Fombonne, 1995; Crisp, 1981). При наборі ваги зникають багато інших проблем зі здоров'ям (Iketani et al., 1995). Надихає і те, що кількість смертей при анорексії, мабуть, зменшується (Treasure & Szmukler, 1995). Можливо, тут відіграли роль раннє діагностування, запобіжні заходи та швидке відновлення ваги. Причини смертей, як правило: голодування, суїциди, інфекції, шлунково-кишкові проблеми або електролітна незбалансованість (Nielsen et al., 1998; Treasure & Szmukler, 1995).

|  |
| --- |
| ***Ранні уроки.*** Практикуючі лікарі стверджують, що конкурси краси для дітей різко підкреслюють соціальний акцент на зовнішність та худобу. Такі конкурси вчать малолітніх учасників, що їхня зовнішність — це ключ до того, щоб подобатися іншим, і що все їхнє подальше життя про них судитимуть відповідно до вимог естетичних стандартів. |

Негативна сторона отриманих результатів: понад 25% хворих на анорексію протягом багатьох років мають серйозні труднощі (АРА, 1994; Halmi et al., 1991). Трапляється, що вилікуваних пацієнтів знову долають ті ж проблеми, що й раніше (Murray, 1986). 15% пацієнтів знову починають відмовлятися від їжі під впливом нових стресогенних ситуацій, таких як весілля, вагітність або переїзд з одного місця проживання на інше (Sohlberg & Norring, 1992; Hsu et al., 1979). Навіть через багато років деякі люди, здавалося б, що позбулися анорексії, продовжують турбуватися про свою вагу і зовнішній вигляд. Вони, як і раніше, виснажують себе дієтою, переживають тривоги, коли їдять разом з іншими людьми, мають спотворені ідеали щодо харчування та ваги (Fichter & Pirke et al., 1992).

Близько половини страждаючих від анорексії навіть після лікування роками не можуть позбутися емоційних проблем — депресій, соціальних тривог, болісних страхів. Такі проблеми особливо поширені у тих, хто не зміг набрати нормальної ваги (Halmi, 1995; Hsu et al., 1992). Сімейні проблеми зберігаються приблизно у половини пацієнтів із анорексією (Hsu, 1980).

Чим більше ваги люди з анорексією втрачають і чим довше вони мають проблеми, тим нижче у них ймовірність вилікуватися (Steinhausen, 1997; Slade, 1995). Люди з психологічними, поведінковими і сексуальними проблемами, за статистикою, рідше одужують, ніж без такого набору проблем (Lewis & Chatoor, 1994; Burns & Crisp, 1985). Підлітки, мабуть, одужують частіше, ніж люди старшого віку (Steinhausen, 1997; АРА, 1994). Жінки успішніше виліковуються, ніж чоловіки.

**Лікування нервової булімії.**

Програма лікування від булімії розроблена нещодавно, але вона швидко стає популярною. Насамперед лікарі допомагають людям, які страждають на булімію, позбутися порочної схеми «ненажерливість — очищення шлунка» і встановити правильний режим харчування. Потім має на меті працювати над вирішенням проблем, що лежать в основі формування неправильної схеми харчування. У цьому застосовуються як терапевтичні методи, а й ведеться роз'яснювальна робота (Davis et al., 1997; Button, 1993). Багато програм комбінують кілька стратегій лікування, включаючи індивідуальну інсайт-терапію, групову терапію, біхевіоральну терапію та застосування антидепресантів (Mitchell & Peterson, 1997; Wakeling, 1995).

***Індивідуальна інсайт-терапія***

Психодинамічний та когнітивний підходи - найбільш поширені форми індивідуальної інсайт-терапії для людей з булімією (Bloom et al., 1994; Fichter, 1990). Психодинамічна терапія використовує вільні асоціації та ненав'язливі інтерпретації для того, щоб допомогти пацієнтам виявити та подолати розчарування, недовіру до себе, потребу в контролі та почуття власного безсилля (Dare & Crowther, 1995; Lerner, 1986). Дослідження, проведені для перевірки ефективності психодинамічної терапії, - правда, поки що дуже нечисленні - отримали обнадійливі результати (Garner et al, 1993; Yager, 1985).

|  |
| --- |
| «Наш найлютіший ворог — той, з яким ми насамперед маємо боротися, — усередині нас». - Сервантес, "Дон Кіхот" |

Когнітивні терапевти намагаються допомогти людям з булімією розпізнати та змінити їх погано пристосовані до життя установки щодо харчування, ваги та фігури (Freeman, 1995). Як і при лікуванні анорексії, лікарі, як правило, вчать клієнтів визначати, які думки зазвичай підштовхують їх до обжерливості: "Я не контролюю себе", "Я виглядаю товстим" і т. д. (Mitchell & Petersson, 1997; Fairburn, 1985 ). Лікарі також допомагають страждаючим булімією позбутися відчуття безпорадності, підвищити свою самооцінку і перестати прагнути будь-що-будь у всьому досконалими (Freeman, 1995; Mizes, 1995).

Дослідження показало, що когнітивна терапія досить ефективна: у 65% страждаючих булімією було зупинено процес обжерливості та подальшого очищення шлунка (Compas et al., 1998; Walsh et al., 1997). Корисні також підходи, у яких комбінуються когнітивні та психодинамічні методи (Brisman, 1992; Yager, 1985). В останні роки успішно застосовуються два інші індивідуальні підходи: міжособистісна психотерапія - цей метод лікування дуже ефективно використовується у випадках депресії (Fairburn et al., 1995, 1993), і навчання турботі про себе, при якому пацієнтів активно навчають стратегіям боротьби з ними проблемами (Treasure et al., 1996; Schmidt et al., 1993).

***Групова терапія***

В даний час більшість програм лікування булімії включають групову терапію: людям дають можливість поділитися з іншими своїми думками, тривогами і переживаннями (McKisack & Waller, 1997; Lewis & Chatoor, 1994). Хворі починають розуміти, що їх розлад не є унікальним і неогидним. Вони знаходять взаємну підтримку і розуміння - причому тут працює і зворотний та інтуїція (Manley & Needham, 1995). У групі вони можуть позбутися своїх страхів бути неприємними для оточуючих та ними розкритикованими. Дослідники вважають, що групова терапія виявляється корисною щонайменше в 75% випадків булімії. Але вона приносить ще більший успіх у комбінації з індивідуальною інсайт-терапією (McKisack & Waller, 1997; Wilfley et al., 1993).

**Сцени із сучасного життя**

*Великі проблеми великого гамбургера*

Якщо естетичний ідеал — тендітна фігура, якщо люди хочуть урізати своє харчування і якщо випадки серйозних порушень режиму харчування збільшуються, то чому кафе та ресторани для «швидкої їжі» стають дедалі популярнішими, вигіднішими, постійно зростає їх кількість? Фактично, страва Macho Meal у ресторані Del Tago Mexican додає до ваги майже 4 фунти — це більше, ніж важить телефонний довідник Манхеттена (Horovitz, 1996). Напій Double Gulp у магазині популярної у США торгової мережі «7-Eleven» за калорійністю дорівнює майже шести банкам кіл. Чотири шматки піци Hut's Triple Decker містять таку кількість калорій, солі та жирів, які при правильному харчуванні розраховані на цілий день. Тим часом гамбургер McLean Deluxe з низьким вмістом жиру бореться з Тасо Bell's Border за місце на ринку. 1996 року споживачі США в сумі витратили на подібні «big»-гамбургери понад 2,5 мільйона доларів.

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Як висококалорійні продукти для «швидкої їжі» пов'язані з зростанням серйозних розладів режиму харчування, що спостерігається? Чи створюють ці спокусливі продукти клімат для ненажерливості та подальшого очищення шлунка? Чи до такої продукції насправді людей підштовхує надмірна турбота про дієту та харчування? |

***Поведінкова терапія***

Біхевіористські методи часто використовуються у випадках булімії разом з індивідуальною інсайт-терапією або груповою терапією. Хворих можуть, наприклад, попросити вести щоденний щоденник спостережень своєї поведінки, що стосується питань харчування, фіксувати моменти відчуття голоду та ситості та ін. (Mitchell & Peterson, 1997; Goleman, 1995). Цей підхід допомагає страждаючим булімією подивитися на свій режим харчування більш об'єктивно і розпізнати, які емоції служать у них перемикачами розлади.

Фахівці з поведінкової терапії також використовують метод демонстрації та попередження реакції у відповідь для того, щоб допомогти розірвати порочний цикл «ненажерливість — очищення шлунка». Цей метод полягає в наступному: людям демонструють ситуації, які зазвичай викликають тривогу, а потім утримують їх від звичного виконання примусових дій, переконуючи, що ситуації справді безпечні та в примусових діях немає потреби (див. розділ 5). Людям, які страждають від булімії, пропонують з'їсти певну кількість їжі, а потім попереджають виклик блювоти, допомагаючи їм зрозуміти, що їжа може бути нешкідливою і навіть потрібною, що її не потрібно позбавлятися (Rosen & Leitenberg, 1985, 1982). Дослідження виявили, що такий метод часто позбавляє тривог, пов'язаних з прийомом їжі, скорочує випадки обжерливості та блювання (Kennedy, Katz, & Neitzert, 1995; Wilson et al., 1986).

***Антидепресанти***

В останні десятиліття страждаючим булімією почали прописувати антидепресанти, наприклад, такі, як прозак (Walsh et al., 1997). Дослідження встановили, що антидепресанти допомагають приблизно 25-40% пацієнтам зупинити переїдання та очищення шлунка. Такі препарати знижують переїдання в середньому на 67% та виклик блювання – на 56%. Вони особливо ефективні у поєднанні з іншими видами терапії (Walsh et al., 1997; Agras, 1995).

***Наслідки нервової булімії***

Залишаючись невиліковною, булімія триває роками, то затихаючи, то посилюючись (АРА, 1994). Як і при анорексії, рецидиви зазвичай ініціюються новими життєвими стресами, такими як іспит, що наближається, зміна роботи, хвороба, одруження або розлучення (Abraham & Llewellyn-Jones, 1984).

Приблизно 40% пацієнтів із булімією демонструють чудові результати після лікування: вони практично взагалі припиняють переїдати і викликати блювоту і починають додавати у вазі. Ще 40% демонструють помірні результати: обмежують кількість випадків переїдання та очищення шлунка. 20%, що залишилися, демонструють малопомітні поліпшення в режимі живлення (Keel & Mitchell, 1997; Button, 1993).

|  |
| --- |
| ***Новий погляд на Барбі.*** Почасти у відповідь на тривогу лікарів виробники ляльки Барбі змінили її пропорції. Новій ляльці зростом 5,2 фута і вагою 125 фунтів для того, щоб наблизитися до тієї, з якою виросли багато жінок, потрібно вирости до 7,2 футів, додати 5 дюймів у груди, 3,2 дюйма в довжині шиї і втратити 6 дюймів у талії (Brownell & Napolitano, 1995). |

Рецидиви можуть бути проблемою навіть серед людей, які успішно відреагували на лікування (Keel & Mitchell, 1997; Lewis & Chatoor, 1994). В одному дослідженні було встановлено, що приблизно в однієї третини одужали клієнтів протягом двох років знову розвинулась булімія - частіше це відбувається в перші шість місяців після лікування (Olmsted, & Kaplan, & Rockert, 1994). Рецидиви більш вірогідні серед людей, які часто викликають блювання, і тих, хто продовжує відчувати недовіру до інших людей.

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Рецидив — проблема для людей, які позбулися булімії. Чому деякі з них залишаються вразливими навіть після одужання? Як лікарі та пацієнти можуть зменшити ймовірність рецидиву? |

При проведенні досліджень також було встановлено, що лікування нерідко допомагає людям надовго позбутися багатьох психологічних та соціальних проблем (Yager, Rorty & Rossotto, 1995). Після курсу лікування люди рідше впадають у депресію (Halmi, 1995). Приблизно у третини колишніх пацієнтів налагодилися взаємини і вдома, і па роботі, й у житті, і ще однієї третини налагодилися взаємини у двох із цих трьох областей (Hsu & Holder, 1986).

**Резюме**

Першочергове завдання лікарів — допомогти людям, які страждають на нервову анорексію або булімію, відновити нормальний режим харчування і здоров'я; потім вони приймаються за вирішення широкого ряду проблем, які призвели до розладу.

Лікування нервової анорексії. Перший крок при лікуванні нервової анорексії – збільшити кількість споживаних калорій та швидко відновити вагу хворого. Другий крок — розібратися з психологічними і, можливо, сімейними проблемами, що лежать в основі, вдаючись не тільки до терапії, а й до роз'яснювальної роботи. Близько 75% людей, які страждають на анорексію, успішно одужують. Однак трохи пізніше можливі рецидиви, багато хто продовжує турбуватися про свою вагу та зовнішній вигляд, у половини пацієнтів багато емоційних чи сімейних проблем залишаються невирішеними. І все ж більшість тих, хто вилікувався, згодом виявляє, що вони з радістю йдуть на роботу і ефективно працюють. Вони одружуються та зав'язують близькі взаємини не рідше, ніж інші люди.

Лікування нервової булімії. При лікуванні нервової булімії лікарі насамперед зосереджуються на припиненні роботи схеми «ненажерливість-очищення шлунка», а потім на причинах, що лежать в основі розладу. Часто застосовуються комбіновані стратегії лікування, у тому числі індивідуальна інсайт-терапія, групова терапія, поведінкова терапія та антидепресанти. Приблизно 40% людей після курсу терапії демонструють відмінні результати, інші 40% помірні. Проблемою можуть стати рецидиви, які ініціюють нові стресові ситуації. Одночасно лікування призводить до вирішення багатьох психологічних та соціальних проблем.

**Підбиваючи підсумки.**

Як бачимо, при спробах пояснити різні види ненормальної поведінки та способи рятування від них, дуже корисно розглядати соціокультурні, психологічні та біологічні фактори спільно. Найпереконливіше аргументи корисності комбінування різних підходів звучать під час розмови про серйозні розлади режиму харчування.

Відповідно до теорії багатоаспектного розгляду перспектив ризику, що користується прихильністю багатьох психологів і терапевтів, на людину одночасно впливають кілька різних факторів, що потурають розвитку розладу режиму харчування (Lyon et al., 1997; Gleaves, Wiliamson & Barker, 1993). В одних випадках такими факторами можуть бути соціальний тиск, проблеми незалежності, перехідний вік та підвищена активність гіпоталамуса; в інших – тиск батьків, депресія та дієта. При лікуванні таких розладів корисно використовувати комбінації соціокультурних, психологічних та біологічних підходів. Коли до розладу призводять не один, а кілька факторів, методи лікування мають бути гнучкими, розробленими конкретно для кожного унікального набору проблем пацієнта.

Те, що при вирішенні проблем необхідно багатостороннє розгляд перспектив ризику, говорить про те, що необхідно вдаватися до допомоги фахівців різного профілю. Спільного рішення тут бути не може, кожен конкретний випадок захворювання потрібно розглядати індивідуально, намагаючись поринути у суть проблеми.

Незважаючи на вражаючі досягнення у дослідженні розладів режиму харчування, багато питань залишаються без відповіді. Фактично, кожне нове відкриття змушує лікарів переглядати свої теорії та програми лікування. Наприклад, до 1980 року булімія офіційно не вважалася клінічним розладом. Пізніше лікарі дізналися, що у людей з такою проблемою іноді з'являються дивні теплі почуття до пережитих симптомів. Один з вилікуваних пацієнтів говорив так: «Я досі сумую за булімією як за старим другом, який помер» (Cauwels, 1983, р. 173). Тільки тоді, коли стануть зрозумілими такі почуття, програми лікування будуть високоефективними. Було б добре, якби і практики, і теоретики спільними зусиллями досліджували те, що вже зазначено у цій галузі.

У той час як практикуючі лікарі та дослідники прагнуть знайти якнайбільше відповідей на питання про анорексію та булімію, пацієнти самі починають відігравати активну роль. Налагоджено гарячу телефонну лінію, де можна отримати цікаву інформацію та необхідну підтримку, ведеться активне листування, проводяться семінари та конференції. Створено Національне товариство надання допомоги людям, які страждають на анорексію; Американські асоціації анорексії та булімії; Національна асоціація анорексії та пов'язаних з нею розладів режиму харчування; Корпорація анорексії та пов'язаних з нею розладів режиму харчування. Такі організації допомагають боротися з самотністю і переляком, які охоплюють людей, які страждають на подібні розлади, кажучи їм: ви не безсилі, ви не самотні.

**Ключові терміни**

Нервова анорексія

Нервова анорексія: введення обмежень

Нервова анорексія: обжерливість – очищення шлунка»

Аменорея

Нервова булімія

Синдром обжерливість – очищення шлунка

Ненажерливість

Компенсуючі дії

Порушення режиму харчування: ненажерливість

Багатостороння перспектива ризику

Сім'я з тісними зв'язками

Ефективні батьки

Неефективні батьки

Гіпоталамус

Латеральний гіпоталамус

Вентромедіальний гіпоталамус

Глюкагоноїдний пептид-1 (GLP-1)

Встановлена вага

Метаболічний рівень

Годування через трубку та внутрішньовенно

Демонстрація та попередження реакцій у відповідь

**Контрольні питання**

1. Які симптоми та які основні ознаки нервової анорексії?

2. Які симптоми та які основні ознаки нервової булімії?

3. Чим люди, які страждають на нервову анорексію, схожі на людей, які страждають на нервову булімію?

4. Як довести, що соціокультурний тиск може створювати платформу у розвиток серйозних порушень у режимі харчування?

5. Яким чином, на думку Хільди Браш, невдале батьківське відстеження внутрішніх потреб та емоцій дитини робить свій внесок у розвиток порушень у режимі харчування?

6. Як гіпоталамус людини і встановлена вага роблять свій внесок у розвиток порушень в режимі харчування?

7. Лікарі для пошуку причин виникнення порушень у режимі харчування зазвичай вдаються до багатостороннього розгляду перспективи ризику. Що це означає?

8. Які короткострокові та довгострокові цілі у лікарів, які лікують людей, які страждають на нервову анорексію? Які підходи вони використовують?

9. Як часто люди виліковуються від нервової анорексії? Які чинники впливають на людину у процесі лікування? Які проблеми зберігаються після лікування?

10. Які основні підходи використовуються для лікування нервової булімії? Наскільки вони є успішними? Які чинники впливають на одужання людини? Яка ймовірність рецидиву?

**Розділ 10. Розлади, спричинені використанням психоактивних речовин.**

*«Мене звуть Дункан. Я алкоголік". Аудиторія міцніше втискається у крісла, чуючи ці звичайні слова. Ще одна історія про смерть та переродження людини з Товариства Анонімних Алкоголиків могла б починатися так...*

*«...Я мав саме відзначити своє п'ятнадцятиріччя, коли вперше зробив те, про що всі так часто говорили, тобто напився. І, як для багатьох, для мене це було подібно до якогось дива. Я випивав трохи пива і мій світ змінювався. Я більше не був слабаком і міг обробити майже будь-кого. А дівчата? Ну, ви можете уявити собі, як випита пара пляшок пива давала мені відчуття того, що я можу отримати будь-яку дівчину, яку забажаю...*

*Хоча для мене зараз очевидно, що моє пияцтво навіть тоді, у середній школі, а потім у коледжі було справжнісінькою проблемою, я на той час не замислювався про це. Зрештою, всі випивали, могли напитися і поводитись по-дурному, і я дійсно не міг зрозуміти, чим від них відрізняюся... Я вважаю, той факт, що у мене не було жодних провалів пам'яті і що я міг протягом Декілька днів обходитися без випивки, переконував мене, ніби ситуація не вийшла з-під контролю. І так тривало доти, доки я не виявив, що п'ю все більше і частіше і все більше страждаю через власне пияцтво, це трапилося приблизно на третьому курсі мого навчання в коледжі.*

*...Мій сусід по кімнаті, з якою ми дружили ще із середньої школи, почав докучати мені з приводу мого пияцтва. Причому навіть не через те, що я змушений був відсипатися весь наступний день після пиятики і пропускати заняття, швидше йому неприємно було вислуховувати, що говорять про мене інші товариші, про ті дурні положення, в яких я опинявся через своє пияцтво, коли бував на вечірках. Він бачив, як погано мені було наступного ранку після пиятики, і бачив, як я поводився, коли сильно напивався, але майже все, що він втовкмачував мені, вилітало з моєї голови. Він міг бачити кількість порожніх пляшок, які я розкидав по кімнаті, і розумів, що мої випивки та пиятики вели мене до деградації... Почасти тому, що мені справді був небайдужий мій сусід і я не хотів втрачати його дружбу, я скоротив випивки наполовину. чи навіть більше. Я пив тільки на вікенди, а потім тільки вечорами... і це допомогло мені протриматися час, що залишився в коледжі, а потім впоратися з навчанням на юридичному факультеті...*

*Незабаром після здобуття ступеня юриста я одружився з моєю першою дружиною і... вперше відколи я почав пити, моє пияцтво зовсім перестало для мене бути проблемою. Я міг тижнями не брати до рота ні краплі.*

*Мій шлюб почав руйнуватися після народження другого сина, нашої третьої дитини. Я був надто орієнтований на те, щоб зробити професійну кар'єру, тому в мене залишалося мало часу для моєї родини... Я почав багато роз'їжджати країною, ці поїздки добре винагороджувалися і, зізнаюся чесно, у моєму розпорядженні було кілька приємних жінок, які хвилюють. А вдома — набридлива дружина, що завжди бурчить, і діти, якими я зовсім не цікавився. Я знову почав сильно пити, в тому числі через те, що проводив багато часу в роз'їздах і змушений був часто приймати запрошення на різні обіди, на яких зобов'язаний бути присутнім, а також намагаючись пом'якшити домашні сварки. Я думаю, що за тиждень накачувався майже цілим галоном дуже гарного шотландського віскі і чимось із спиртного.*

*...У міру того, як це тривало, моє пияцтво почало руйнувати і мій шлюб, і мою кар'єру. Взявши достатню кількість спиртного і під гнітом провини щодо своєї неспроможності виконувати зобов'язання перед дружиною та дітьми, я іноді влаштовував їм хуліганські сцени. Бувало, я ламав домашню обстановку, розкидав речі, потім кидався геть із дому, сідав у машину і їхав. Я кілька разів потрапляв в аварії і втратив права водія. Але найгірше було, коли я намагався припинити пити. На той час я цілком і повністю став рабом свого пияцтва, бо щоразу, коли хотів кинути пити, я відчував похмільний синдром з усіма його жахами... Мене рвало, бив озноб, я не міг сидіти, ні лежати. Для мене це могло тривати цілодобово...*

*Потім, близько чотирьох років тому, коли моє життя було зруйноване, дружина пішла від мене разом із дітьми, я залишився без роботи і котився вниз по похилій площині, в цей момент Анонімні Алкоголіки і я знайшли один одного... Тепер я не п'ю вже більше двох років і завдяки долі та підтримці можу вести тверезий спосіб життя» (Spitzer et al., 1983, р. 87-89).*

Люди за історію свого існування розробили цілий перелік продуктів харчування та напоїв, які є для них прийнятними. Кожна речовина на землі, мабуть, кимось колись була випробувана. Ми також відкрили речовини, які впливають на мозок і весь організм людини як з медичної точки зору, так і з точки зору отримання людиною задоволення. Ми можемо прийняти аспірин, щоб вгамувати головний біль, антибіотики для боротьби з інфекцією або транквілізатори, щоб заспокоїтися. Ми можемо вранці випити кави для підняття тонусу або випити вина, щоб розслабитись у компанії друзів. Ми можемо викурити цигарку, щоб заспокоїти свої нерви. Однак багато речовин, які ми використовуємо, здатні завдати шкоди або негативно вплинути на нашу поведінку або настрій. Зловживання такими речовинами стає однією з найбільших проблем у суспільстві. Було проведено оцінку вартості наслідків від зловживання лікарськими препаратами, і лише США вона становить 238 мільярдів доларів на рік (Nash, 1997; Kleber, 1995).

|  |
| --- |
| «Диявол сидить у кожній виноградині». - Коран |

|  |
| --- |
| «Вино — один із найцілющіших та найкорисніших напоїв». - Луї Пастер |

***Лікарський засіб, препарат —*** *будь-яка речовина, яка не є харчовим продуктом, яка впливає на людський організм або психіку.*

***Інтоксикація*** *- тимчасовий стан, викликаний прийомом психоактивного засобу, при якому відзначаються такі симптоми, як порушення мислення, зміни емоційного стану, дратівливість, невиразне мовлення та втрата координації.*

***Галюциноз*** *- форма інтоксикації, що викликається галюциногенами, характеризується спотвореними сприйняттями та галюцинаціями.*

***Зловживання психоактивними речовинами*** *- форма поведінки, коли людина часто і надмірно вживає психоактивний засіб, тим самим руйнуючи своє життя.*

***Залежність від психоактивного речовини*** *— форма поведінки, коли людина надмірно вживає психоактивне речовина, отож його життя концентрується лише цьому. Згодом можливе як розвиток толерантності по відношенню до даної речовини, так і поява симптомів абстиненції при припиненні прийому. Адиктивна поведінка — ще один медичний термін, який означає таку залежність (аддикт — людина, яка зловживає психоактивними речовинами).*

***Толерантність*** - *при систематичному вживанні психоактивного засобу виникає психологічна та фізіологічна потреба у збільшенні дози препарату для досягнення бажаного ефекту.*

***Абстиненція*** - *стан, що характеризується неприємними, іноді небезпечними реакціями з боку організму, що виникає у разі регулярного прийому психоактивного засобу, припинення його прийому або зменшення дозування.*

***Лікарський засіб*** *(drug) (слово «drug» в англійській мові має кілька значень: ліки, медикамент, препарат, наркотик, психоактивна речовина (засіб) і перекладається залежно від контексту. — Прим. перекл.) визначається як будь-яка речовина, яка не є харчовим продуктом, який впливає на людський організм або на психіку.*

Це не обов'язково має бути якийсь медикамент або засіб, заборонений для використання. Термін психоактивна речовина в даний час часто використовується замість поняття «лікарський засіб» частково тому, що багато людей не вважають, що такі речовини, як алкоголь, тютюн та кофеїн, також належать до лікарських засобів. Після прийому будь-якої психоактивної речовини, будь то алкоголь, кокаїн, марихуана або лікарський препарат, трильйони його молекул виявляються в кров'яному руслі і рухаються у напрямку до головного мозку (Nash, 1997). Там ці молекули викликають низку біохімічних змін, які впливають на нормальне функціонування головного мозку та організму загалом. Тому не дивно, що зловживання психоактивними речовинами може призвести до виникнення різноманітних патологічних станів.

Психоактивні речовини можуть викликати тимчасові зміни у поведінці, емоційному стані чи мисленні людини. Наприклад, Дункан виявив, що надмірне вживання алкоголю може призвести до інтоксикації (буквально «отруєння»), тимчасового стану, при якому відзначаються порушення мислення, схильність до зміни настроїв, дратівливість, невиразна мова і погана координація. Психоактивні препарати, такі як ЛСД, можуть викликати особливу форму інтоксикації, іноді звану галюциноз, для якого характерні спотворені сприйняття і галюцинації.

Використання психоактивних речовин може створити проблеми довготривалого характеру. У людей, які регулярно вживають ці речовини, можливий прояв неадекватних форм поведінки та виникнення змін у фізіологічних реакціях. У них можуть розвинутися поведінкові зміни, пов'язані зі зловживанням психоактивними речовинами, коли вони вживають ці препарати систематично і надмірно, тим самим завдаючи шкоди своїм сім'ям і руйнуючи соціальні відносини, при цьому також страждає на їхню роботу і наражається на фізичне здоров'я (див. перелік DSM -IV у Додатку). Надалі у таких людей може розвинутись залежність від психоактивної речовини — форма поведінки, що характеризується більш серйозними та глибокими порушеннями, яка також має назву адиктивної поведінки. При зловживанні тим чи іншим психоактивним речовиною життя людей концентрується лише даній речовині і виникає фізична залежність від цієї речовини, коли він відзначається толерантність стосовно препарату і симптоми абстиненції (див. перелік DSM- IV). Люди, у яких розвивається толерантність до препарату, потребують збільшення дози для підтримки досягнутого раніше бажаного ефекту. При раптовому припиненні прийому препарату або скороченні дози у таких людей виникає стан абстиненції або синдром відміни з неприємними і навіть небезпечними для життя симптомами - судомами, нападами страху, сильним потовиділенням, нудотою.

Дункан, людина, яка розповідала про свої проблеми на зустрічі в товаристві Анонімних Алкоголиків, страждала на алкоголізм. Коли Дункан навчався у коледжі і пізніше, коли працював юристом, алкоголь руйнував його сім'ю, завдав шкоди соціальним відносинам, навчанню та роботі. З часом Дункан виробив толерантність по відношенню до алкоголю, і у нього з'явилися симптоми абстиненції або похмілля, такі як блювання та сильне тремтіння, при спробі припинити пити. Спостереження, проведені протягом року, показали, що від 9,5 до 11,3% всього дорослого населення США, а це більш ніж 15 млн. осіб, виявляють симптоми зловживання різними психоактивними речовинами або відчувають від них залежність. І лише 20% цих людей цього року отримали необхідне лікування (Kessler et al, 1994; Regier et al., 1993).

|  |
| --- |
| ***"Героїновий шик".*** Популярність використання психоактивних речовин може змінюватися: зростати, падати та знову починати рости. У 80-ті роки героїн асоціювався зі злочинністю, розбещеністю, вуличним життям, та його вживання скоротилося. У 90-ті роки, проте, популярність героїну різко зросла. Протягом деякого часу цей наркотик навіть визначав новий напрямок в індустрії моди — «героїновий шик», що позначилося, наприклад, у знаменитому фільмі Trainspotting (у російському прокаті «На голці». — Прим. ред.). |

Нам є безліч психоактивних препаратів, і нові препарати з'являються майже щодня. Деякі з них виявляються в природі, інші одержують із речовин, що мають природне походження, зовсім нові речовини синтезують у лабораторних умовах. Для деяких лікарських препаратів, наприклад, для ліків, що усувають почуття тривоги та страху (протитривожні препарати), і для барбітуратів потрібен рецепт лікаря, який дозволяє їх використання. Інші речовини, такі як алкоголь та нікотин, знаходяться у вільному продажу та доступні для будь-якої дорослої людини. Препарати іншого плану, такі як героїн, є забороненими за будь-яких обставин. У 1962 року лише 4 млн. людина США коли-небудь вживали марихуану, кокаїн, героїн чи інші заборонені речовини; нині кількість таких людей перевищує 72 млн. людина (SAMHSA, 1996; Kleber, 1995). Понад 23 млн. осіб використовували заборонені речовини протягом минулого року та 13 млн. використовують їх у цей час. 11% підлітків вживали заборонені препарати протягом минулого місяця.

Психоактивні речовини, що викликають зловживання, поділяються на різні категорії: депресанти, такі як алкоголь та опіоїди, що пригнічують активність центральної нервової системи (ЦНС); стимулятори ЦНС, такі як кокаїн та амфетаміни; галюциногени, такі як ЛСД, що викликають маячні стани, галюцинації та інші сильні зміни у сенсорному сприйнятті; препарати з конопель, такі як марихуана, які мають галюциногенну, депресивну та стимулюючу дію на ЦНС. Багато людей вживають відразу кілька психоактивних препаратів за прийом. Така практика має назву полінаркоманії. У цьому розділі ми розглянемо деякі з подібних речовин та патологічні стани, що виникають у зв'язку з їх застосуванням. Спочатку ми дамо опис кожної речовини, а потім обговоримо причини захворювань, спричинених їх вживанням, та методи лікування таких захворювань.

**Депресанти.**

Депресанти знижують активність центральної нервової системи. Вони знімають стан напруги, внутрішні стримуючі чинники і можуть порушувати розумові процеси, рухову активність та концентрацію. До трьох найбільш поширених груп депресантів відносяться алкоголь, седативно-снодійні препарати та опіоїди.

**Алкоголь.**

Принаймні дві третини населення США іноді вживають напої, які містять алкоголь. Тільки США щороку купується пива, вина і міцних спиртних напоїв у сумі, що становить десятки мільярдів доларів. Більше 5% всього дорослого населення є п'ючими людьми, це означає, що вони напиваються принаймні 5 разів на місяць (SAMHSA, 1996). Серед людей, що сильно п'ють, число чоловіків перевищує кількість жінок більш ніж у 4 рази.

Всі алкогольні напої містять етиловий спирт - хімічну сполуку, яка швидко всмоктується в кров через шлунок та кишечник. При попаданні в кров алкоголь починає негайно діяти на головний та спинний мозок, пригнічуючи чи послаблюючи активність ЦНС шляхом зв'язування різних нейронів. Алкоголь зв'язується з рецепторами нейронів, які сприймають нейротрансмітер ГАМК (гама-аміномасляна кислота) (Gordis, 1991). Як ми бачили в розділі 4, ГАМК передає інгібуюче послання – вказівку припинити збудження. Коли алкоголь зв'язується рецепторами, які зазвичай сприймають ГАМК, це, очевидно, частково блокує нейрони, сприяючи цим розслабленню п'яної людини.

Спочатку етиловий спирт діє пригнічуючи ті ділянки головного мозку, які відповідають за самоконтроль і за здатність критично оцінювати ситуацію; люди стають більш розкутими, балакучими і часто більш дружньо налаштованими. Оскільки їх внутрішній контроль загублений, люди можуть почуватися розкутими, впевненими у собі та щасливими. У міру всмоктування більш високих доз алкоголю він починає пригнічувати зовсім інші ділянки ЦНС, втрачається здатність розумно міркувати, мова таких людей стає менш чіткою і зв'язною, страждає на їхню пам'ять (Fromm, Katz & D'Amico, 1997; Goldstein, 1994). Багато хто стає занадто емоційним, галасливим і агресивним.

Подальша стадія сп'яніння характеризується значнішими порушеннями рухових функцій та уповільненістю реакцій. Люди хитаються, коли стоять чи ходять, виявляються не в змозі виконати навіть найпростіші дії. Їхні зорові образи починають розпливатися, особливо це відбивається на бічному зорі, виникають проблеми і зі слухом. В результаті всього цього у людей, які вживають занадто багато алкоголю, спостерігаються великі труднощі, пов'язані з керуванням автомобіля або вирішенням навіть елементарних питань. Ступінь сп'яніння визначається відсотковим вмістом алкоголю у крові людини. Таким чином, деяка дана кількість алкоголю матиме менший ефект на більшу людину, ніж на невелику (табл. 10.1). Статева приналежність також впливає вміст алкоголю в крові. В організмі жінок міститься менша кількість шлункового ферменту етанол дегідрогеназу, який розщеплює етиловий спирт у шлунку перед тим, як він потрапляє у кров. Тому жінки більш схильні до інтоксикації, ніж чоловіки, при рівних кількостях прийнятого алкоголю.

Порушення, що виникають при різних станах сп'яніння, можуть бути співвіднесені з вмістом спирту етилового в крові. Коли вміст алкоголю в крові досягає 0,09% від об'єму крові, у п'яної людини починається інтоксикація. Коли вміст алкоголю в крові підвищується, починають виявлятися серйозніші порушення. Якщо рівень алкоголю сягає 0,55%, можливий смертельний результат. Більшість людей, однак, відбувається відключення свідомості ще до того, як вони зможуть випити таку кількість.

Вплив алкоголю на організм зменшується лише тоді, коли зменшується його вміст у крові. Невелика кількість алкоголю розщеплюється або перетворюється в печінці в результаті метаболізму в діоксид вуглецю та воду, які виводяться з організму за допомогою видиху при диханні та безпосередньо через виділення. У різних людей печінка функціонує по-різному, тому час, необхідний для того, щоб протверезіти, для всіх індивідуальний. Незважаючи на поширену думку з цього приводу, лише час та метаболізм можуть зробити людину тверезим. Пиття міцної чорної кави, умивання обличчя холодною водою або «струсу» не можуть прискорити процес.

***Зловживання алкоголем та залежність від нього***

Хоча вживання алкоголю легалізоване, алкоголь є однією з найбільших небезпек для суспільства. У багатьох людей розвивається потреба у зловживанні алкоголем, чи алкогольна залежність, що носить тривалий характер, у побуті звана алкоголізмом. Спостереження показують, що протягом року у 10% всього дорослого населення США можуть виникнути стани, що характеризуються зловживанням алкоголю або алкогольною залежністю (Anthony et al., 1995; Kessler et al., 1994; Regier et al., 1993).

***Депресант*** - *речовина, яка знижує активність ЦНС, а у великих дозах знімає напругу та внутрішні стримуючі фактори.*

***Алкоголь*** *- будь-який напій, що містить етиловий спирт, включаючи пиво, вино та міцні спиртні напої.*

***Алкоголізм*** *- патерн поведінки, що характеризується постійним зловживанням алкоголем чи залежністю від нього.*

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** Щороку студенти коледжів витрачають 5,5 мільярда доларів на алкоголь (головним чином на пиво) — це більше того, що вони витрачають на книги, газовану воду, каву, соки та молоко разом узяті (Eigan, 1991). |

|  |
| --- |
| "Вода - єдиний напій для мудрої людини". - Генрі Девід Торо, "Уолден" |

Від 13 до 23% дорослого населення виявляють симптоми зловживання алкоголем або залежності від нього в якісь періоди свого життя, з перевагою числа чоловіків, що питають, над числом жінок, що питають, у співвідношенні 5:1. Зловживання алкоголем та залежність від нього є однією з головних проблем серед молоді (Scheier & Botvin, 1997). Приблизно 3,5% випускників середніх шкіл повідомляють, що вони випивають щодня (NIDA, 1995), близько 10% опитаних учнів початкової школи зізналися, що куштували алкоголь (Johnston et. at., 1993; Hutchinson & Little, 19 . Зловживання алкоголем та алкогольна залежність – це також особлива проблема для студентських гуртожитків.

Таблиця 10.1. Співвідношення між статтю, вагою, кількістю прийнятого алкоголю та рівнем алкоголю в крові

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | Рівень алкоголю в крові, % | | | | | |
| Чистий спирт (в унціях) | Прийнятий напій (протягом 1 години) | Жінки (100 фунтів) | Чоловіки (100 фунтів) | Жінки (150 фунтів) | Чоловіки (150 фунтів) | Жінки (200 фунтів) | Чоловіки (200 фунтів) |
| 1/2 | 1 унція спирту 1 склянка вина 1 банка пива | 0,045 | 0,037 | 0,030 | 0,025 | 0,022 | 0,019 |
| 1 | 2 унції спирту 2 склянки вина 2 банки пива | 0,090 | 0,075 | 0,060 | 0,050 | 0,045 | 0,037 |
| 2 | 4 унції спирту 4 склянки вина 4 банки пива | 0,180 | 0,150 | 0,120 | 0,100 | 0,090 | 0,070 |
| 3 | 6 унцій спирту 6 склянок вина 6 банок пива | 0,270 | 0,220 | 0,180 | 0,150 | 0,130 | 0,110 |
| 4 | 8 унцій спирту 8 склянок вина 8 банок пива | 0,360 | 0,300 | 0,240 | 0,200 | 0,180 | 0,150 |
| 5 | 10 унцій спирту 10 склянок вина 10 банок пива | 0,450 | 0,370 | 0,300 | 0,250 | 0,220 | 0,180 |

1 фунт дорівнює 453,59; 1 американська рідка унція дорівнює 29,57 куб. див. - Прим. ред.

(Ray & Ksir, 1993, р. 1994.)

***Зловживання алкоголем***

Люди, які зловживають алкоголем, зазвичай систематично приймають великі дози спиртного і вважають, що це допомагає їм позбутися проблем, що турбують. Згодом пияцтво починає впливати на соціальну поведінку таких людей, їх розумові здібності, на ставлення до роботи. Вони часто сваряться з членами своїх сімей, друзями, постійно ходять роботу і навіть втрачають її.

Ті, хто зловживає алкоголем, роблять це у різний спосіб ( Walker et al, 1996). Деякі щодня вживають велику кількість алкоголю, напиваючись до стану інтоксикації, і все їхнє повсякденне життя будується навколо випивок. Інші практикують періодичні запої, що тривають тижнями чи місяцями. Вони можуть перебувати у стані інтоксикації протягом кількох днів, а згодом нічого не пам'ятають про цей період. Треті віддаються надмірним виливам тільки на уїк-енди або вечорами або ж і на уїкенди і вечорами. Актор Дік Ван Дайк, наприклад, говорив:

«Я не пропускав роботу через пияцтво і ніколи не пив на роботі. Ніколи не пив протягом дня, тільки вдома і тільки вечорами... Але пияцтво вечорами — це один із видів алкоголізму, так само, як періодичне пияцтво — це теж вид алкоголізму» (Hew, 1976, р. 76).

***Залежність від алкоголю***

Більшість людей зловживання алкоголем призводить до залежності від нього. Це означає, що їхній організм починає виявляти толерантність по відношенню до алкоголю і їм потрібно приймати все більші та більші кількості, щоб досягти бажаного ефекту. Вони також відчувають стан похмільного синдрому або абстиненції, коли припиняють пити. Їхні руки, язик, повіки трясуться протягом кількох годин; вони відчувають слабкість та нудоту; вони покриваються потім, їх рве, вони виникає прискорене серцебиття і підвищується артеріальний тиск. Вони можуть стати неспокійними, пригніченими чи дратівливими, їм вдається заснути (Thompson et al., 1995).

Невеликий відсоток людей, які страждають на алкогольну залежність, виявляють у стані похмільного синдрому специфічну реакцію з боку організму, так званий delirium tremens (DT) — білу гарячку, або алкогольний абстинентний делірій. Цей стан виникає зазвичай протягом трьох днів після того, як людина, яка страждає на алкогольну залежність, припиняє пити або зменшує дозу спиртного. У нього починаються жахливі зорові галюцинації. Він може бути переконаний в тому, що бачить маленьких, лякаючих істот або предмети, які пересуваються навколо нього з шаленою швидкістю і, можливо, переслідують його або повзають по його тілу. Як і інші абстинентні симптоми, ДТ зазвичай триває від двох до трьох днів. Однак у людини, яка відчуває DT або подібну сильну абстинентну реакцію, також можливі напади, втрата свідомості може статися інсульт або навіть наступити смерть (Cornish et al., 1995; Schuckit, 1987). На сьогоднішній день певні медичні процедури допомагають запобігти чи послабити такі екстремальні реакції з боку організму.

***Вплив алкоголю на особистість та суспільство***

Алкоголізм губить мільйони сімей, руйнує соціальні взаємини і згубний вплив на професійну діяльність. Вартість медичного лікування та виробничих втрат, спричинених смертями від алкоголізму, щорічно оцінюється у США на суму 136 мільярдів доларів (Cornish et al., 1995). З вини алкоголізму США відбувається більше однієї третини всіх суїцидів, вбивств, згвалтувань, пограбувань і смертей від нещасних випадків, включаючи майже половину всіх фатальних автомобільних інцидентів (Mustaine & Tewksbury, 1998; Painter, 1992). Загалом з вини водіїв у стані алкогольного сп'яніння відбувається 23 000 нещасних випадків зі смертельним наслідком щорічно; в середньому кожні 23 хвилини через алкоголізм відбувається нещасний випадок зі смертельним наслідком (OSAP, 1991). Імовірність потрапити під машину для пішохода у стані алкогольного сп'яніння у 4 рази вище, ніж для тверезої людини (Painter, 1992).

Алкоголізм також найсерйознішим чином відбивається на 30 мільйонах дітей, чиї батьки страждають на цю недугу. Цілком імовірно, що такі діти ростуть у сім'ях, де відбуваються сварки та сутички, а також можливе рукоприкладство та сексуальне насильство (Mathew et al., 1993; Velleman & Orford, 1993). Зі свого боку, у них виникає більше психологічних проблем у дитячому віці та у дорослому стані, особливо пов'язаних із тривогою, депресією, фобіями та розладами через зловживання психоактивними речовинами (Hill & Muka, 1996). У деяких із них низька самооцінка, погані комунікативні здібності, проблеми зі спілкуванням та устроєм особистого життя (Kelly & Myers, 1996; Greenfield et al., 1993).

Тривале надмірне пияцтво може завдати серйозної шкоди здоров'ю. У людей, які протягом багатьох років непомірно вживають алкоголь, можуть розвинутися незворотні зміни в печінці або цироз, коли перевантажена роботою печінка починає покриватися рубцями, видозмінюються її тканини, відбувається анатомічна перебудова та порушується функціонування. Цироз посідає сьоме місце за смертністю США, через нього трапляється близько 28 000 смертей щорічно ( Ray & Ksir, 1993; ADAMHA, 1987). Зловживання алкоголем та залежність від нього можуть також зруйнувати серце та послабити здатність імунної системи протистояти інфекціям (NIAAA, 1992).

За тривалого надмірного пияцтва виникають проблеми з харчуванням. Алкоголь дає людині відчуття ситості та послаблює апетит, проте вона не має поживної цінності. В результаті сильно п'ють люди виглядають схудлими, їх організми слабшають, виснажуються і стають схильні до різних захворювань. Дефіцит вітамінів та мінералів у алкоголіків також може спричинити психічні розлади. Дефіцит вітаміну В1 (тіаміну), що виникає при зловживанні алкоголем, призводить до розвитку Корсаковського синдрому, розладу, при якому відзначається крайня сплутаність свідомості, втрата пам'яті та інші неврологічні симптоми (Kopelman, 1995). Хворі на Корсаковський синдром не в змозі згадати минулі події або засвоїти нову інформацію, вони можуть компенсувати втрату пам'яті за допомогою конфабуляції, розповідаючи про вигадані події, щоб заповнити прогалини пам'яті.

Зрештою, жінки, які п'ють під час вагітності, наражають на ризик своїх ненароджених дітей. Вживання алкоголю, тим більше сильне пияцтво під час вагітності, може призвести до народження дитини з внутрішньоутробним алкогольним синдромом, формою патології, яка включає розумову відсталість, гіперактивність, аномалії в будові голови та обличчя, вади серця, уповільнене зростання (Goldstein, 1994; Ray & Ksir, 1993). Було визначено, що серед населення загалом на кожну 1000 народжень припадає менше 3 випадків народжень дітей із таким синдромом. Серед жінок, що п'ють, це число збільшується до 29 на кожну 1000 народжень (Ray & Ksir, 1993). До того ж сильне пияцтво на ранній стадії вагітності може призвести до викидня.

**Крупним планом**

*Пияцтво серед студентів коледжів: суспільна проблема*

Вживання великої кількості алкоголю одноразово або п'яні гулянки становлять особливу проблему для студентських гуртожитків. Останні дані свідчать, що майже половина всіх студентів коледжів час від часу беруть участь у п'яних гульбах (Wechsler et al., 1994; Cage, 1992). Пиятики найбільш поширені саме серед студентів коледжів порівняно з молодими людьми того ж віку, які не є студентами. Насправді підраховано, що студенти коледжів випивають 430 мільйонів галонів (1625,4 млн. літрів) алкоголю щорічно і витрачають цього 5,5 мільярдів доларів (Eigan, 1991).

Незважаючи на те, що для представників різних верств суспільства вживання алкоголю вважається цілком прийнятним аспектом студентського життя, хіба ми надто згущуємо фарби під час розгляду цієї проблеми? Візьмемо до уваги такі статистичні дані:

З алкоголем пов'язано майже 40% усіх проблем із навчанням та 28% усіх відрахувань з навчальних закладів (Anderson, 1994).

Хоча 84% першокурсників, що надійшли, вважають, що непомірне пияцтво є проблемою для студентських містечок, 68% з них п'ють під час першого семестру, принаймні половина з них п'ють протягом першого тижня перебування в гуртожитку (Harvard School of Public Health, 1995).

У середньому алкоголь студент витрачає 466 доларів на рік (Eigan, 1991).

П'янки призводять до серйозних проблем зі здоров'ям і важкого травматизму, автокатастроф, випадкового і небезпечного сексу, агресивної поведінки та різних психологічних проблем (Wechsler et al., 1995; Wechsler & Isaac, 1992).

Такі тенденції змушують деяких педагогів говорити про пияків як про «фактор ризику номер один для здоров'я суспільства» під час навчання студентів у коледжах, і багато дослідників та лікарів звертають увагу на цю проблему. Генрі Вечслер та його колеги з Гарвардської Школи Громадського Здоров'я (Wechsler et al., 1995) розіслали поштою опитувальник студентам із 140 студентських містечок по всій території США у зв'язку з вживанням алкоголю та отримали майже 18 000 відгуків. Дослідники виявили, що найбільш схильними до п'янок стають ті, хто перебуває в чоловічих студентських організаціях або в університетських жіночих клубах, хоче вести компанійський спосіб життя та має ризиковані захоплення: курить марихуану, займається сексом із численними партнерами, курить цигарки. Зі схильністю до п'янок були також співвіднесені інші характеристики, включаючи чоловічу стать, білий колір шкіри, залученість до спортивних занять та профільну дисципліну в коледжі. Дослідники висловили занепокоєння з приводу того, що «пияцтво в коледжах асоціюється з деякими з найбільш привабливих сторін життя американських студентів - вечірками, громадським життям, гуртожитком, спортивними заняттями та спілкуванням з друзями» (Wechsler et al., 1995, p. 925). Проведені дослідження також виявили, що студенти, які практикували пияцтво в середній школі, схильні продовжувати займатися цим і в коледжі. Результати таких досліджень, що ґрунтуються на довільно складених опитувальниках, можуть бути необ'єктивними. Цілком можливо, що ті, хто бере участь у пияках, охоче відповідають на такі опитувальники, ніж ті, хто в них не бере участі. Все ж таки сенс виконаної роботи досить зрозумілий і, безсумнівно, проблема пияцтва у студентському середовищі вимагає пильної уваги з боку педагогів та фахівців системи охорони здоров'я. Очевидно, що проблема зачіпає більше людей і завдає більшої шкоди, ніж це визнавалося раніше. Принаймні настав час для дослідження цієї проблеми (Winerip, 1998).

|  |
| --- |
| ***Культурна випивка.*** Серед деяких суспільних верств, мабуть, заохочуються випивки. Так, під час святкування в Німеччині дня 16 жовтня — «Oktoberfest», бенкетуючими було випито 5 млн. літрів пива. |

**Седативно-снодійні лікарські засоби.**

Седативно-снодійні лікарські засоби викликають стан релаксації та сонливості. У низьких дозуваннях ці препарати мають заспокійливий або седативний ефект. У великих дозування вони діють як снодійний засіб. Седативно-снодійні препарати поділяються на барбітурати та бензодіазепіни.

***Алкогольний делірій*** - *абстинентна реакція крайнього ступеня, що виникає у людей, які страждають на алкогольну залежність; проявляється у вигляді сплутаності свідомості, потьмарення свідомості та страхітливих зорових галюцинацій. Ще одна назва цього стану – біла гарячка.*

|  |
| --- |
| ***Вагітність* *та зловживання психоактивними речовинами.*** Жінка, яка використовує психоактивні препарати, включаючи алкоголь, під час вагітності ризикує завдати шкоди плоду. У щорічно народжується понад 50 000 дітей із проблемами, викликаними вживанням алкоголю. Велика кількість дітей страждає на внутрішньоутробний алкогольний синдром. |

***Цироз*** *- незворотні зміни, що часто викликаються непомірним пияцтвом, при яких печінка починає покриватися рубцями, відбуваються її анатомічні зміни та порушується функціонування.*

***Корсаковский синдром*** *— розлад, що з алкоголізмом, у якому відзначається крайня сплутаність свідомості, ослаблення пам'яті та інші неврологічні симптоми.*

***Конфабуляція*** *- вигадана розповідь про пережиті події для заповнення прогалин пам'яті.*

***Внутрішньоутробний алкогольний синдром –*** *широкий діапазон проблем у дітей, включаючи низьку вагу при народженні, неправильну будову голови та обличчя, розумову відсталість, які викликані, надмірним вживанням алкоголю матір'ю під час вагітності.*

***Седативно-снодійний лікарський засіб*** - *лікарський засіб, що використовується в низьких дозуваннях для зняття почуття тривоги, а в більш високих дозування сприяє засипання і сну.*

***Барбітурати*** *- група седативно-снодійних лікарських засобів, що використовуються для зняття почуття тривоги та сприяють процесу засинання.*

***Барбітурати***

Вперше відкриті в Німеччині більше 100 років тому, барбітурати були поширені в першій половині ХХ століття, їх використовували як засоби, що пригнічують почуття тривоги і сприяють сну. Незважаючи на появу сучасних, безпечніших ***бензодіазепінів,*** деякі лікарі досі виписують барбітурати, особливо як снодійний засіб. У зв'язку з прийомом цих препаратів може виникнути безліч проблем, не останнє місце серед яких займає зловживання та лікарська залежність. Декілька тисяч смертей щорічно відбуваються при випадковому передозуванні цих препаратів або отруєння з метою суїциду.

Барбітурати зазвичай приймаються як таблеток чи капсул. У низьких дозах вони знімають стан збудження, діючи так само, як і алкоголь, тобто шляхом приєднання до рецепторів нейронів, які сприймають інгібуючий нейротрансмітер ГАМК, і допомагаючи ГАМК впливати на ці рецептори (Frey et al.; Morgan & London, 1995). Люди можуть отруїтися великими дозами барбітуратів так само, як і алкоголем. Як і від алкоголю, від барбітуратів руйнується печінка.

У великих дозах барбітурати також пригнічують ***ретикулярну формацію*** *,* викликаючи, таким чином, стан сну. Ретикулярна формація є центром активації в головному мозку, який у нормальному стані змушує людей не спати. При прийомі надто великих доз барбітуратів можлива зупинка дихання та різке падіння артеріального тиску, через що може настати кома та смерть.

Тривале використання барбітуратів може призвести до швидкого розвитку зловживання ними. Ті, хто приймає ці препарати, проводять більшу частину дня у стані інтоксикації, що відбивається на психічному стані людини та на виконанні ним своїх професійних обов'язків. В результаті може розвинутись лікарська залежність, коли людина будує своє життя тільки навколо ліків і у неї виникає потреба у збільшенні дози лікарського препарату, щоб заспокоїтися чи заснути. Насправді велика небезпека залежності від барбітуратів полягає в тому, що летальна доза препарату залишається однією і тією ж, навіть незважаючи на те, що організм виробляє толерантність по відношенню до інших його впливів (Landry, 1994; Gold, 1986). Колись прописана доза препарату перестає знімати почуття тривоги або сприяти сну, і людина може збільшувати її без контролю з боку лікаря, зрештою приймаючи дозу, яка виявляється фатальною. Ті, хто потрапляє у залежність від барбітуратів, відчувають абстинентні симптоми у вигляді нудоти, почуття тривоги та розладу сну, коли припиняють їх приймати. В екстремальних випадках абстинентні реакції можуть мати подібність до delirium tremens — білої гарячки. Абстинентний синдром, викликаний припиненням прийому барбітуратів, особливо небезпечний тим, що на його фоні можуть виникнути конвульсії.

***Бензодіазепіни***

Як ми бачили раніше, бензодіазепіни, протитривожні лікарські препарати, розроблені в 50-ті роки, є найпоширенішими седативно-снодійними засобами (див. розділ 4). Чимало їх ми нині застосовують у медичної практиці, особливо популярні ксанакс і валіум ( Frey et al., 1995). Так само як алкоголь і барбітурати, вони мають заспокійливий ефект, зв'язуючись з рецепторами нейронів, які сприймають інгібуючий нейротрансмітер ГАМК, і посилюючи активність ГАМК на цих рецепторах. Бензодіазепіни, однак, знімають почуття тривоги та занепокоєння, не викликаючи при цьому відчуття млявості, як інші седативно-снодійні засоби. Ці препарати не пригнічують функцію дихання, тому при їх використанні зменшується ймовірність смерті від передозування (Nishino et al., 1995).

З'явившись вперше, бензодіазепіни здавалися такими безпечними та ефективними, що лікарі охоче прописували їх своїм пацієнтам, і використання цих препаратів набуло широкого поширення. Зрештою стало ясно, що у великих дозах ці ліки здатні викликати інтоксикацію і призводити до розвитку зловживання та лікарської залежності (Ashton, 1995; Cornish et al., 1995). Більше 1% дорослого населення США у якісь моменти свого життя виявляють симптоми зловживання чи фізичної залежності від протитривожних препаратів (Anthony et al., 1995; АРА, 1994).

***Ретикулярна формація*** *- центр активації головного мозку, який підтримує у людей стан неспання, пильності та уважності.*

***Бензодіазепіни*** *– найпоширеніша група протитривожних лікарських препаратів, до яких належать валіум та ксанакс.*

**Опіати.**

***Опіати*** *-* група препаратів, що включає опій та його похідні, такі як героїн, морфін та кодеїн. Опій - натуральна речовина, що отримується з соку опійного маку, використовували протягом багатьох тисячоліть. У минулому він широко застосовувався в медицині для лікування захворювань через його здатність послаблювати почуття болю як фізичного, так і емоційного походження. Проте лікарі виявили, що препарат виробляється фізіологічна залежність.

|  |
| --- |
| ***Ін'єкція опіоїдів.*** Опіоїди можуть бути введені перорально через слизові оболонки або, як на цій фотографії, внутрішньовенно. Якщо кілька людей користуються одним шприцом, вони наражаються на небезпеку заразитися СНІДом і різними формами гепатиту. |

У 1804 році з опію було виділено нову речовину - ***морфін*** *.* Він усував почуття болю навіть ефективніше, ніж сам опій. Вважаючи, що морфін безпечний, лікарі почали широко використовувати його для лікування пацієнтів. Виявилося, що його застосування також може призвести до розвитку залежності. У США під час громадянської війни такій величезній кількості солдатів були зроблені ін'єкції морфіну, що залежність від морфіну — морфінізм став називатися «солдатською хворобою».

У 1898 році з морфіну було отримано новий препарат, який усуває почуття болю, ***героїн*** *.* Протягом кількох років героїн розглядали як один із найчудовіших препаратів і використовували як засіб від кашлю та для інших лікувальних цілей. Зрештою лікарі встановили, що до героїну розвивається набагато сильніше звикання, ніж до інших опіоїдів. До 1917 року Конгрес Сполучених Штатів зробив висновок у тому, що це препарати, одержувані з опію, є наркотичними, тобто до них виробляється звикання, і ухвалив закон, який забороняє використання опіоїдів, крім медичних цілей.

З опію були отримані інші препарати, а також створені синтетичні (синтезовані в лабораторних умовах) опіоїди, такі як ***метадон*** . Всі ці препарати, природні та синтетичні, відомі як ***наркотики*** *.* Вони різняться за силою та швидкістю свого впливу. Морфін і кодеїн є медичними наркотиками і зазвичай використовуються для ослаблення почуття болю. Використання героїну для будь-яких цілей повністю заборонено США.

Наркотики курять, нюхають, вдихають, вводять під шкіру («макова шкіра») або безпосередньо в кров («внутрішньовенне введення»). Ін'єкція швидко викликає приплив сил - стан підйому або збудження, що характеризується хвилями тепла, що розповсюджуються по тілу, та екстазом, який іноді можна порівняти з оргазмом. Легкий спазм, за яким йдуть кілька годин блаженства, кайфу (в англійському варіанті це high - найвищий стан наркотичного сп'яніння або nod - коматозний стан, в якому знаходиться наркоман після прийому наркотику. - Прим. перекладача). У цьому стані наркомани відчувають релаксацію та відчувають почуття радості. Їжа, секс та інші фізичні потреби їм мають значення.

Героїн та інші опіоїди викликають такі ефекти за допомогою пригнічення центральної нервової системи, особливо тих центрів головного мозку, які відповідальні за контроль емоцій. Наркотики взаємодіють зі специфічними рецепторами нейронів головного мозку, які зазвичай сприймають ***ендорфіни*** *-* нейротрансмітери, які допомагають усунути почуття болю та послабити напругу (Snyder, 1991, 1986; Trujillo & Akil, 1991). Коли нейрони цими специфічними рецепторами сприймають опіоїди, починають продукувати відчуття задоволення і спокою, так само, як у тому випадку, коли сприймають ендорфіни. Крім того, що опіоїди усувають болючі відчуття і знімають напругу, вони викликають нудоту, звуження зіниць («точкові зіниці») і запор - фізіологічні реакції з боку організму, які також можуть бути пов'язані з процесом вивільнення ендорфінів у головному мозку.

***Зловживання героїном та героїнова залежність (наркоманія)***

Достатньо лише протягом кількох тижнів неодноразово використовувати героїн, щоб виникла потреба у зловживанні цим препаратом: наркотик здатний завдати величезної шкоди як соціальному життю, так і професійній діяльності людини. У більшості зловживаючих надалі розвивається героїнова залежність (наркоманія), коли життя людей концентрується тільки на наркотику, виробляється толерантність до героїну, а при припиненні прийому спостерігаються абстинентні реакції (таблицю 10.2).

Спочатку абстинентні симптоми виявляються у вигляді тривоги, занепокоєння, підвищеного потовиділення, прискореного дихання, а в кінцевому підсумку відзначаються сильні судоми, постійні болі, гарячковий стан, блювання і діарея, відсутність апетиту, високий артеріальний тиск і втрата у вазі через те, що організм втрачає багато рідини). Абстинентні симптоми зазвичай досягають максимуму на третій день, а потім поступово слабшають та зникають на восьмий день. Людина в стані абстиненції змушена або чекати на момент, коли ці реакції припиняться, або вийти зі стану абстиненції, знову приймаючи героїн.

***Опіат*** - *опій або будь-який інший з препаратів, одержуваних з опію, включаючи морфін, героїн та кодеїн.*

***Опій*** *- сильнодіюча наркотична речовина, що виділяється із соку насіння опійного маку.*

***Морфін*** *— сильнодіюча наркотична речовина, одержувана з опію, яка особливо ефективна як болезаспокійливий засіб.*

***Героїн*** *– сильнодіюча наркотична речовина, одержувана з морфіну; його використання з будь-якою метою повністю заборонено США.*

Все більше люди, у яких виникла героїнова залежність (наркомани), відчувають потребу в наркотику, ця потреба стає щоденною, і щоб уникнути болісного стану абстиненції, вони змушені постійно збільшувати дози прийому для досягнення бажаного ефекту. Тимчасовий стан кайфу відчувається менш гостро і менш значним (Goldstein, 1994). Всі життєві інтереси наркоманів спрямовані на отримання наступної дози наркотику. Для задоволення своїх дорогих потреб багато наркоманів стають на кримінальний шлях, займаються крадіжкою та проституцією.

***Метадон*** *– синтезований у лабораторних умовах опіоїдоподібний препарат.*

***Наркотик*** – *будь-який природний або синтетичний опіоїдоподібний препарат.*

***Ендорфіни*** *- нейротрансмітери, які сприяють усуненню больових відчуттів та послабленню емоційної напруги; іноді їх називають власними опіоїдами, що виробляються організмом.*

Дослідники висловлюють припущення, що близько 1% всього дорослого населення США у певні моменти свого життя стають залежними від героїну чи інших опіоїдів (АРА, 1994). Після значного скорочення числа наркоманів у 80-ті роки нині кількість людей, які вживають ці наркотики, знову зросла до 750 000 осіб (Kleber, 1995; Elias, 1993).

***Небезпека, пов'язана з героїном***

Безпосередня небезпека для здоров'я та життя, пов'язана зі зловживанням героїном, виникає при передозуванні, яке спричиняє пригнічення дихального центру головного мозку, майже паралізуючи дихальну функцію, і в більшості випадків є причиною смерті. Люди, які відновлюють вживання героїну після періоду помірності, часто роблять фатальну помилку, приймаючи дозу, до якої звикли до помірності. Оскільки протягом деякого часу їхні організми були вільні від героїну, вони не можуть більше переносити таку високу дозу наркотику. Щороку приблизно 1% хворих на наркоманію, які вживають героїн та інші опіоїди, помирають від впливу цих наркотиків, зазвичай від передозування (АРА, 1994).

Але загроза здоров'ю під час використання героїну виникає у зв'язку з безпосереднім впливом цього наркотику на організм людини. Найчастіше торговці наркотиками змішують героїн з дешевшими психоактивними препаратами, наприклад, з барбітуратами чи ЛСД, і навіть із такими смертельно небезпечними речовинами, як ціанід чи акумуляторна кислота. Наркомани, що використовують брудні голки та інші нестерильні прилади при внутрішньовенному введенні героїну, наражаються на ризик зараження СНІДом, гепатитом та гнійними шкірними інфекціями. У деяких районах США показник ВІЛ-інфікованих серед залежних від героїну сягає 60% (АРА, 1994).

**Резюме**

Зловживання психоактивними речовинами може викликати тимчасові порушення поведінки, настрої та мислення, такі ж, як інтоксикації. Регулярне та надмірне вживання психоактивних речовин може призвести до виникнення зловживання ними, коли людина цілком і повністю покладається на будь-який препарат, що найбільш згубно позначається на його взаємовідносинах з іншими людьми, на його роботі та впливає на інші сфери діяльності. Також може виникнути залежність від речовини, коли людина концентрує своє життя тільки на речовині, згодом виробляє толерантність до даної речовини і, можливо, відчуває неприємні симптоми абстиненції, коли припиняє її прийом.

Депресантами є речовини, що пригнічують активність центральної нервової системи. Будь-який з депресантів має небезпечні властивості. Регулярне та надмірне вживання цих речовин призводить до виникнення зловживання ними чи залежності від них.

Алкоголь. Алкогольні напої містять етиловий спирт, який, потрапляючи у кров, впливає на ЦНС, пригнічуючи її активність. До того ж алкоголь збільшує активність нейротрансмітера ГАМК на певних ділянках головного мозку. Надмірне вживання алкоголю призводить до нещасних випадків, проблем зі здоров'ям та деяких психічних розладів.

Седативно-снодійні лікарські препарати. Седативно-снодійні лікарські препарати викликають відчуття релаксації і мають снодійний ефект, до них відносяться барбітурати та бензодіазепіни. Як ті, так і інші посилюють активність нейротрансмітера ГАМК.

Опіоди. До опіоїдів належать опій та препарати, одержувані з опію, такі як морфін та героїн, а також опіоїди, синтезовані в лабораторних умовах. Всі вони здатні знімати напругу, больові відчуття та викликати інші реакції в організмі. Опіоїди впливають, зв'язуючись з нейронами, які зазвичай сприймають ендорфіни.

**Стимулятори.**

***Стимулятори*** *-* це речовини, що збільшують активність ЦНС, в результаті їх дії підвищується артеріальний тиск крові та частішає ритм серцевих скорочень, вони сприяють збільшенню фізичної активності та прискорюють реакції та розумові процеси. ***Кокаїн*** і амфетаміни являють собою найнебезпечніші стимулятори, що мають майже ідентичний вплив на поведінку та емоційний стан людини (Gawin & Ellinwood, 1988; Snyder, 1986). Коли наркомани розповідають про різні ефекти, які вони отримують від даних препаратів, то зазвичай це відбувається через вживання ними різних кількостей наркотику. Двома іншими широко поширеними та узаконеними стимуляторами є кофеїн та нікотин.

|  |
| --- |
| ***Дивовижні ліки.*** Використовуваний легально в США до 1914 року, кокаїн був інгредієнтом звичайних лікарських засобів, таких як кокаїнові краплі від зубного болю. Ця реклама 1885 демонструє, що такі краплі використовувалися для лікування як дорослих, так і дітей. Також до 1903 року кокаїн входив як компонент у рецепти компанії Coca-Cola. |

**Таблиця 10.2. Небезпечні наслідки зловживання психоактивними препаратами**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Можливість інтоксикації | Можливість виникнення залежності | Ступінь ризику органічних уражень чи смерті | Ступінь ризику тяжких соціальних чи економічних наслідків | Ступінь ризику тяжких довготривалих психічних порушень чи змін у поведінці |
| Опіати | Висока | Висока | Низька | Висока | Від низької до помірної |
| Седативно-снодійні препарати: | | | | | |
| Барбітурати | Помірна | Від помірної до високої | Від помірної до високої | Від помірної до високої | Низька |
| Бензодіазепіни | Помірна | Низька | Низька | Низька | Низька |
| Стимулятори: кокаїн, амфетаміни | Висока | Висока | Помірна | Від низької до помірної | Від помірної до високої |
| Алкоголь | Висока | Помірна | Висока | Висока | Висока |
| Канабіс (конопля) | Висока | Від низької до помірної | Низька | Від низької до помірної | Низька |
| Змішування різних препаратів | Висока | Висока | Висока | Висока | Висока |

**Стимулятор** - речовина, яка підвищує активність центральної нервової системи.

**Кокаїн** - наркотичний стимулятор, що отримується з рослини кокаїнового куща (кока); найпотужніший серед відомих на сьогоднішній день стимуляторів природного походження.

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** Стимулятор кофеїн є одним із найпоширеніших наркотиків у світі (Braun, 1996). У 80% дорослого населення вживають його щодня у тому чи іншому вигляді (Stein et al., 1994). Більшість любителів кави говорять, що почуваються огидно, якщо не випивають чашку цього напою у свій звичний час (Carey & Mullins, 1995). |

**Кокаїн.**

Кокаїн - головний рослинний алкалоїд кокаїнового куща, рослини, що росте в Південній Америці, найпотужніший стимулятор природного походження, відомий нині. Наркотик був вперше виділений з рослини в 1865 році, проте корінні жителі Південної Америки жували його листя з доісторичних часів, оскільки це наділяло їх енергією та бадьорістю. Оброблений кокаїн є білим легким порошком без запаху. Для отримання ефекту, що бадьорить його часто сильно вдихають таким чином, щоб він всмоктувався слизовою оболонкою носа. Деякі наркомани віддають перевагу більш сильним ефектам, що виникають при внутрішньовенному введенні кокаїну і при курінні трубки або сигарет.

Протягом багатьох років люди вважали, що вживання кокаїну не завдає великої шкоди здоров'ю, за винятком можливої інтоксикації та короткочасних психозів. Тільки останніми роками дослідники вивчили його небезпечні властивості. Приводом для таких досліджень стало дуже значне зростання популярності даного наркотику і проблеми, що разом з цим виникли. На початку 60-х у США кокаїн пробували 10 000 людина; Сьогодні досвід його вживання мають понад 21 млн. людина (SAMHSA, 1996). 1,5 млн. людей зараз зловживають кокаїном або відчувають кокаїнову залежність, більшість з них - підлітки та молодь (SAMHSA, 1996; Kleber, 1995). Загалом, майже 3% населення стають схильні до кокаїнової залежності в якісь періоди свого життя ( Anthony et al., 1995).

Після прийому кокаїну виникає ейфоричний приплив бадьорості та почуття самовпевненості. Викликаний досить великою дозою, цей ейфоричний приплив може бути порівняний з оргазмом і подібний до того, який буває при прийомі героїну. Спочатку кокаїн викликає стимуляцію вищих центрів ЦНС, людина стає збудженою, енергійною, балакучою, перебуває у стані ейфорії. У міру збільшення доз прийому кокаїн починає стимулювати інші центри ЦНС, викликаючи почастішання пульсу, підвищення артеріального тиску, почастішання та поглиблення дихання, провокуючи ще більше збудження та безсоння.

Кокаїн, очевидно, робить такий вплив, головним чином, за допомогою збільшення вмісту нейротрансмітера дофаміну на специфічних ділянках нейронів головного мозку (рис. 10.1). Надмірна кількість дофаміну потім переміщається до сприймають нейрони всіх відділів ЦНС і викликає їх підвищену стимуляцію. Крім того, кокаїн, мабуть, посилює активність нейротрансмітерів норепінефрину та серотоніну у певних відділах головного мозку (Volkow et al., 1997; Biegon et al., 1995).

При прийомі великих доз кокаїну збудження ЦНС виявлятиметься у вигляді порушень м'язової координації, пихатості, ослаблення здатності до здорового глузду, спалахів гніву, агресії, компульсивної поведінки, страху та сплутаності свідомості - характерних симптомах кокаїнової інтоксикації. У деяких людей виникають галюцинації та марення — психотичний розлад, спричинений прийомом кокаїну (Rosse et al., 1993; Yudofsky, Silver & Hales, 1993).

Описувалося, як молодик після прийому кокаїну підійшов до шафи, щоб взяти одяг, а його костюм раптом запитав у нього: «Що ти хочеш?». Злякавшись, він підійшов до дверей, які сказали йому: «Повернися назад». Відступивши від дверей, він почув, як софа промовила: "Якщо ти сядеш на мене, я пну тебе під зад". З відчуттям наближення смерті, у сильному страху і в панічному стані цей молодик прибіг до лікарні, де йому було надано допомогу ( Alien, 1985, р. 19-20).

Коли симптоми, викликані прийомом кокаїну, поступово зникають, наркоман часто відчуває стан занепаду сил, подібний до депресії, більш відомий під назвою «ломка», цей стан характеризується головними болями, запамороченнями і непритомністю (Cornish et al., 1995). Для людей, які рідко вживають кокаїн, його вплив зазвичай перестає відчуватися через 24 години. Однак кокаїн може надавати більш тривалий вплив на тих, хто приймає надмірну дозу наркотику. Вони можуть увійти в стан ступору, глибокого сну або в деяких випадках впасти в кому (Coambs & McAndrews, 1994).

***Зловживання кокаїном та кокаїнова залежність***

Систематичне вживання кокаїну може призвести до розвитку зловживання цим наркотиком, коли людина протягом багатьох днів перебуває у стані інтоксикації, що найгіршим чином позначається на його взаєминах з іншими людьми та на виконанні ним своїх професійних обов'язків. При цьому також можливі порушення оперативної пам'яті або уваги (Rosselli & Ardila, 1996; Washton & Gold, 1984). Велика ймовірність виникнення кокаїнової залежності (наркоманії), тому що кокаїн починає домінувати в житті людини. Все більша кількість наркотику потрібна для досягнення бажаного ефекту, а припинення прийому викликає депресію, втому, порушення сну, дратівливість і почуття тривоги (АРА, 1994). Ці абстинентні реакції можуть продовжуватися тижнями чи навіть місяцями.

У минулому число осіб, які зловживають кокаїном і залежні від нього, було обмежено дорожнечею цього препарату. Крім того, тоді люди мали звичай нюхати кокаїн, що мало менш сильний вплив, ніж при ін'єкції або курінні. З 1984 року, однак, серед наркоманів отримали визнання нові, більш сильнодіючі, а найчастіше і дешевші різновиди синтетичного кокаїну, а це призвело до величезного зростання кількості осіб, які зловживають цими препаратами та залежать від них. На сьогоднішній день одна людина з п'яти, які спробували наркотики, починає зловживати ними або виявляє наркотичну залежність.

***Метод отримання вільної основи*** - спосіб введення кокаїну, в якому безпримісний основний кокаїновий алкалоїд, виділений хімічним способом з обробленого кокаїну, випаровується шляхом нагрівання і вдихається через трубку.

**Малюнок 10.1. Біохімічна ейфорія.** Суб'єктивні відчуття стану ейфорії після ін'єкції кокаїну майже збігаються з тими, які людина відчуває, коли на нейрони впливають дофаміни. Стан ейфорії досягає максимуму приблизно в той же час, що і нейронна активність (Fowler, Volkow & Wolf, 1994, p. 110; Cook, Jeffcoat & Perez-Reyes, 1985).

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки** . На зорі своєї кар'єри Зигмунд Фрейд був одним із найзатятіших прихильників використання кокаїну в медицині. Випробувавши дію кокаїну на собі, він засвідчив: «Кокаїн викликає радісний настрій і тривалий стан ейфорії... посилює самоконтроль... наділяє енергією і збільшує працездатність... Іншими словами, ви просто у нормальному стані» (Freud, 1885) . |

Багато хто на сьогоднішній день використовують ***метод отримання вільної основи*** , в якому безпримісний основний кокаїновий алкалоїд, виділений хімічним шляхом або «вивільнений» з обробленого кокаїну, випаровується шляхом нагрівання і вдихається через трубку.

Мільйони людей використовують крек, сильнодіючий препарат із вільноосновного кокаїну, який випаровується до кристалічних кульок. Його курять за допомогою спеціальної «крек»-трубки і він видає особливий потріскуючий звук при курінні. Крек продається у великих кількостях за досить низькими цінами, це сприяло виникненню епідемії креку серед тих, кому раніше був не по кишені кокаїн, головним чином людям із бідних міських кварталів (OSAP, 1991). Епідемія креку викликає сильне занепокоєння у суспільстві, особливо у зв'язку з повідомленнями про жорстокі злочини і небезпечну сексуальну розбещеність серед осіб, які вживають крек (Balshem et al., 1992). Приблизно 1% сьогоднішніх випускників середніх шкіл США зізналися в тому, що вони вживали крек минулого року (NIDA, 1996), це нижче за показник 1986 року, який становив 4%.

**Куріння креку.** Крек - сильнодіючий препарат на основі кокаїну, що отримується шляхом випарювання кокаїну до кристалічних кульок і вживається для куріння за допомогою спеціальної крек-трубки.

**Крупним планом**

*Тютюн, нікотин та згубна звичка*

Майже одна третина американців віком від 12 років регулярно курять тютюнові вироби (SAMHSA, 1996). Внаслідок куріння щорічно помирають 410 000 осіб (Farley, 1994; Report of the Surgeon General, 1990, 1988). Імовірність передчасних пологів та народження дітей з відставанням у вазі у жінок, що палять, вище, ніж у некурців (Goldstein, 1994). Існує прямий зв'язок між курінням та високим артеріальним тиском, коронарною хворобою серця, легеневими захворюваннями, раком, інсультами та іншими смертельно небезпечними захворюваннями. Ті, хто не курить, але змушені дихати сигаретним димом, схильні до ризику виникнення у них раку легенів та низки інших захворювань (Report of the Surgeon General, 1987). Крім того, дослідники висловлюють припущення про те, що одна третина всіх підлітків курили протягом останнього місяця і половина з них курять регулярно, а також про можливе збільшення числа курців у цій віковій категорії (Johnson et al., 1996, 1993).

Більшість курців знають про шкоду куріння, то чому вони продовжують курити? З тієї причини, що до нікотину, активної речовини тютюну та стимулятора ЦНС також розвивається звикання, як і до героїну, а можливо, навіть і сильніше (Report of the Surgeon General, 1998). Нікотин впливає на ті ж нейротрансмітери і на центр задоволення головного мозку, що і амфетаміни та кокаїн (McGehee et al., 1995; Stolerman & Jarvis, 1995). Затягування сигаретним димом призводить до того, що нікотин надходить у мозок набагато швидше, ніж при введенні шляхом ін'єкції у кров. Коли затяті курці намагаються кинути палити, вони відчувають абстинентні симптоми - дратівливість, підвищений апетит, розлади сну, порушення обміну речовин, розлади когнітивних функцій та сильне бажання покурити. У курців також виробляється толерантність по відношенню до нікотину, вони змушені курити все більше і більше для досягнення бажаного ефекту та для уникнення виникнення абстинентних реакцій.

Число курців повинно скорочуватися в нашому суспільстві шляхом створення виробів та розробки методик, які допомагають людям позбутися цієї звички. Більшість таких методик, що нині діють, недостатньо ефективно. Комплекти для самодопомоги, інформаційні проспекти, комерційні програми та групи підтримки є лише обмеженою допомогою. Більшість людей, які кидають палити під впливом такого посередництва, починають палити знову протягом року (Hall et al., 1985). У курців, які тривалий час намагаються кинути палити, тенденція до успіху відзначається лише після кількох невдалих спроб (Spanіer et al., 1996).

Нікотинова залежність досить успішно лікується за допомогою терапії поведінки – аверзивної терапії, прийоми якої ґрунтуються на виникненні почуття огиди. В одній з версій цього методу, названої «швидке куріння», курець знаходиться в закритій кімнаті і робить затяжки сигаретою з частотою один раз кожні шість секунд доти, доки він не відчує себе погано і не зможе курити більше. Погане самопочуття він починає асоціюватися з курінням, і курець відчуває негативну реакцію стосовно сигарет (Baker & Brandon, 1988).

Поширений метод біологічної терапії - використання нікотинової жувальної гумки з високим відсотковим вмістом нікотину, що вивільняється при жуванні. Теоретично люди, які сприймають нікотин шляхом жування, більше не потребують куріння, і позитивні ефекти від процесу куріння зникають (Fortmann & Killen, 1995).

Аналогічний підхід використовується у методі нікотинової пов'язки, яка накладається на шкіру як пластир. Нікотин поглинається шкірою протягом дня, зменшуючи абстинентний стан та потребу пацієнта в нікотині. Методи терапії поведінки та способи біологічної терапії працюють більш ефективно при одночасному застосуванні (Fortmann & Killen, 1995; Kornitzer et al., 1995).

|  |
| --- |
| ***Ранній старт.*** Албанський хлопчик у Косові вже пізнав владу нікотину. |

Нікотиновий інтраназальний (носовий) аерозоль (спрей) – новий біологічний спосіб, за допомогою якого нікотин вводиться набагато швидше, ніж при використанні інших методів (Perkins et al., 1996). Він може використовуватися кілька разів протягом години, щоразу, коли виникає сильне бажання покурити. Незважаючи на те, що спрей так само ефективний, як пластир або гумка, до нього можливе звикання (FDA, 1996), і у курців, які користуються нікотиновим інтраназальним аерозолем, може виробитись нова звичка замість старої (Hurt et al., 1995). Крім того, таке лікування, як і інші біологічні способи, незначно впливає на пристрасне бажання викурити сигарету, найбільша перешкода для того, щоб кинути палити (Drobes & Tiffany, 1997; Shiffman et al., 1997).

Для більшості курців найважче це розлучитися зі своєю звичкою. З позитивної точки зору, проте, пропаганда небезпеки куріння через ризик захворювань та смертності змушує курців уникати куріння (Goldstein, 1994; Jaffe, 1995). Цей аргумент може бути потужним стимулом для багатьох людей, що палять. Тим часом понад 1000 людей помирають щодня через хвороби, спричинені курінням.

***Небезпека кокаїну***

Кокаїн є серйозною небезпекою. Крім на психіку, кокаїн найнебезпечнішим чином діє організм людини. У зв'язку з збільшенням застосування сильнодіючих препаратів з кокаїну в США відбувається щорічне збільшення кількості нещасних випадків у побуті на ґрунті вживання кокаїну. У порівнянні з 1982 роком це число збільшилося в 35 разів, приблизно від 4000 випадків до більш ніж 140 000 (DAWN, 1997). Крім того, з кокаїном пов'язано до 20% всіх суїцидів, які здійснюють люди віком до 61 року (Marzuk et al., 1992).

Найбільша небезпека при використанні кокаїну – це передозування. Надлишкові дози препарату мають сильний вплив на дихальний центр головного мозку, спочатку стимулюючи його, а потім пригнічуючи настільки, що можлива зупинка дихання. Кокаїн може викликати серйозні і навіть смертельно небезпечні порушення серцевої діяльності. Серце б'ється прискорено і неритмічно, водночас воно має працювати з навантаженням, щоб проштовхувати кров по кровоносних судинах, що звужуються під впливом кокаїну. У багатьох людей таке навантаження на серце викликає церебральний пароксизм, що призводить до раптової зупинки дихання чи серця. Вагітні жінки, які вживають кокаїн, також ризикують народити дітей з різними порушеннями, такими як знижений імунітет, труднощі, пов'язані з навчанням, дефіцитом уваги, аномальна активність дофаміну і серотоніну в головному мозку, проблеми з поведінкою та патологія розвитку щитовидної залози9 ;Di Pietro et al., 1995).

**Амфетаміни.**

Амфетаміни є лікарськими препаратами-стимуляторами, синтезованими в лабораторних умовах. Найбільш поширеними серед них є такі препарати: амфетамін (бензедрін – benzedrine), декстроамфетамін (декседрин – dexedrine) та метамфетамін (метедрін – methedrine). Вперше створені в 30-ті роки для лікування астми ці препарати незабаром завоювали популярність серед людей, які мають проблеми із зайвою вагою; спортсменів, які прагнуть мати наденергію; військовослужбовців, які мають справу з технікою; льотчиків, яким потрібно перебувати у стані бойової готовності; а також студентів, які готуються ночами до іспитів. Тепер лікарі знають, що ці ліки надто небезпечні для використання в таких випадках і виписують їх вкрай обережно (Fawcett & Busch, 1995). Проте нелегальне вживання амфетамінів, мабуть, зростає (Baberg, Nelesen, & Dimsdale, 1996).

Амфетаміни найчастіше вживаються у вигляді таблеток або капсул, хоча деякі вводять препарат внутрішньовенно для отримання більш швидкого та потужного ефекту. Інші приймають його в таких формах, як «лід» або «кренк», які є аналогами вільноосновного кокаїну та креку відповідно. Подібно до кокаїну, в малих дозах амфетаміни наділяють людей енергією і бадьорістю; у великих дозах можуть викликати почуття напруги, інтоксикацію та психози; після того, як амфетаміни виводяться з організму, виникає відчуття емоційного спустошення. Так само як і кокаїн, амфетаміни стимулюють ЦНС, посилюючи процес вивільнення нейротрансмітерів дофамін, норепінефрін і серотонін у головному мозку, хоча амфетаміни впливають дещо інакше, ніж кокаїн (Fawcett & Busch, 1995; Nestler et al., 1995;

Толерантність до амфетамінів виробляється так швидко, що можна легко впасти в амфетамінову залежність. Люди, які починають використовувати препарат для зменшення апетиту та ваги, можуть незабаром виявити, що вони так само голодні, як і раніше, та збільшити дозу прийому. Подібним чином спортсмени, які використовують амфетаміни для посилення енергії, незабаром виявляють, що їм потрібні все більші та більші кількості препарату. Так звані «спід»-наркомани (від англійського слова speed — швидкість. — Прим. перекл.), що ковтають таблетки щодня протягом якогось часу, виробляють таку толерантність, що змушені приймати дозу амфетаміну, що перевищує початкову у 200 разів . Коли люди, які регулярно зловживають цими лікарськими препаратами, припиняють їх приймати, вони впадають у стан депресії та тривалого сну, характерне також для кокаїнової абстиненції. Близько 2% населення США колись у своєму житті виявляли симптоми залежності від амфетамінів (Anthony et al., 1995).

***Крек*** - сильнодіючий, готовий до вживання курінням, вільноосновний кокаїн.

***Амфетамін***- Лікарський препарат - стимулятор, отриманий в лабораторних умовах.

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Хоча лікарські препарати, безсумнівно, мають вплив на біологічному рівні, деякі їх первісні ефекти (вони допомагають нам почуватися комфортніше в певних ситуаціях, заспокоюють нас, полегшують біль або тонізують) можуть бути викликані нашими очікуваннями щодо того, яка можлива дія на нас вони нададуть. Яким чином вчені могли б планувати дослідження, в результаті яких можна було відокремити вплив цих речовин біологічно від ефектів, пов'язаних з очікуваннями людей? |

**Резюме**

Стимулятори – це речовини, які збільшують активність центральної нервової системи. Їх вживання може призвести до інтоксикації, зловживання та залежності, включаючи виникнення стану абстиненції, що характеризується такими симптомами, як депресія, втома та дратівливість. Кокаїн викликає стан ейфорії, стимулюючи активність дофаміну, норепінефрину та серотоніну в головному мозку. Амфетаміни — стимулюючі препарати, отримані в лабораторних умовах, впливають так само.

**Галюциногени, канабіс (конопля) та комбінації психоактивних речовин.**

Використання інших речовин також пов'язані з небезпечними наслідками тих, хто їх вживає, і ставить думку перед дилемою. Галюциногени викликають марення, галюцинації та інші зміни у сенсорному сприйнятті. Речовини, отримані з конопель, здатні викликати сенсорні зміни, але вони також надають депресивний і стимулюючий вплив і тому розглядаються окремо від галюциногенів DSM-IV. І, нарешті, багато людей приймають комбінації психоактивних препаратів.

**Галюциногени.**

Галюциногени є речовини, які викликають потужні зміни в сенсорному сприйнятті, включаючи загострення сприйняттів людини та продукування ілюзій та галюцинацій. Вони дають відчуття виходу зі буденності такої міри, що ці переживання іноді називають «трипи» (від англ. слова trip — подорож, поїздка, а також галюцинування. — Прим. перекл.). Галюцинування, або «трипи», можуть бути збуджуючими або лякаючими, тобто залежать від того, як взаємодіє психіка людини з цим препаратом. Галюциногени також називають психо(то)міметичними або психоделічними препаратами (що викликають галюцинації). До галюциногенів відноситься ЛСД (альфа-діетиламід лізергінової кислоти), мескалін (mescaline), псилоцибін (psilocybin) та МДМА (MDMA - метилендіоксиметамфетамін, «екстазі»). ЛСД - один з найвідоміших і найпотужніших галюциногенів, був отриманий в 1938 році швейцарським хіміком Альбертом Хоффманом (Albert Hoffman) з групи препаратів, що мають природне походження, званих ерго-алкалоїди (Ergot alkaloids - алкалоїди ріжків, грибка Cla - Прим.перекл.). У 60-ті роки, десятиліття, в якому відбувалися хвилювання та різноманітні суспільні експерименти, мільйони людей звернулися до галюциногенів як одного зі способів розширення меж свого життя.

Протягом двох годин після прийому ЛСД викликає стан галюциногенної інтоксикації, який іноді називається галюцинозом, при якому відзначається загострене сприйняття навколишнього, особливо зорових сприйняттів, поряд з психічними змінами та фізіологічними симптомами. Люди можуть концентрувати свою увагу на найдрібніших деталях, наприклад, таких як пори на шкірі або якісь особливі травинки. Кольори можуть здаватися більш яскравими або набувають пурпурових відтінків. Можливе виникнення ілюзій, коли предмети здаються спотвореними та можуть пересуватися, говорити чи змінювати форму. Людина під впливом ЛСД здатна галюцинувати — бачити людей, предмети чи якісь об'єкти, яких насправді немає.

У стані галюцинозу людина також може чіткіше сприймати звуки, відчувати поколювання і оніміння в кінцівках або гостріше відчувати тепло і холод. Деякі люди дуже сильно обпалюються при зіткненні з вогнем, який здається холодним під впливом ЛСД. Препарат здатний також викликати перехідні відчуття чи співчуття – ефект, званий синестезією. Наприклад, кольори можна «чути» чи «відчувати».

***Галлюциноген*** *- речовина, яка в основному викликає потужні зміни в сенсорному сприйнятті, включаючи загострення сприйняттів людини та продукування ілюзій та галюцинацій. Також зветься психотоміметичного або психоделічного препарату.*

***ЛСД (діетиламід лізергінової кислоти)*** *- галюциногенний препарат, що отримується з алкалоїдів ріжків.*

ЛСД здатний викликати перепади в настрої стану радості до стану тривоги чи депресії. Під його впливом значно послаблюється здатність до сприйняття реального часу. Можуть повернутися давно забуті думки та почуття. Відзначаються такі фізичні симптоми, як підвищене потовиділення, прискорене серцебиття, тремор та порушення координації. Всі ці прояви відзначаються тоді, коли наркоман перебуває в спати, і зникають приблизно через 6 годин.

Очевидно, ЛСД викликає подібні ефекти тим, що перешкоджає певним нейронам вивільняти нейротрансмітер серотонін (Jacobs, 1994, 1984). Зазвичай ці нейрони сприяють передачі візуальної інформації у головному мозку та допомагають зберігати контроль над емоціями (про це йшлося у розділі 6); таким чином, вплив ЛСД на ці нейрони викликає різні візуальні та емоційні прояви.

|  |
| --- |
| ***Інспіроване мистецтво.*** Психоделічне мистецтво у 1960-ті роки проникло буквально всюди. У рекламі, одязі, на конвертах грамплатівок та книжкових обкладинках з'явилися його образи, натхненні тими відчуттями, що виникають під впливом психоделічних препаратів, таких як ЛСД. |

Більше 7% населення США будь-коли у своєму житті вживали ЛСД (SAMHSA, 1996). Хоча у людей зазвичай не виробляється толерантність по відношенню до цього наркотику і немає абстинентних реакцій при припиненні прийому препарату, ЛСД є небезпекою як для тих, хто спробував його лише одного разу, так і для тих, хто застосовує його тривалий час. Це настільки потужний препарат, що будь-яка незначна доза здатна викликати найсильніші реакції у відповідь з боку організму - зміни сприйняття, емоційного фону і поведінки. Іноді ці реакції доставляють надзвичайно неприємні переживання, які називають «bad trip» — «погана подорож».

*Молоду жінку у віці 21 року доставили до лікарні разом зі своїм коханцем. Він неодноразово застосовував ЛСД і переконав цю жінку прийняти наркотик, щоб змусити її бути менш стриманою у сексуальному плані. Через півгодини після прийому близько 200 мікрограмів ЛСД вона помітила, що цегла в стіні ворушиться і що світло діє на неї дивним чином. Вона злякалася, коли усвідомила, що не в змозі відрізнити своє тіло від стільця, на якому сиділа, або від тіла свого коханця, страх став ще більш вираженим після того, як вона подумала, що не зможе повернутися назад у своє тіло. При госпіталізації пацієнтка виявляла підвищену активність та недоречний сміх. Її мовний потік вирізнявся безладом і емоційною лабільністю. Через два дні ці реакції зникли (Frosch, Robbins & Stern, 1965).*

Деякі історії хвороб людей, які постраждали від використання ЛСД, описують тяжкі наслідки такого роду.

Інша небезпека ЛСД полягає в тому, що препарат може надавати дії, які довгострокові за своїм характером. У деяких наркоманів розвиваються психотичні реакції, перепади у настрої чи тривожні стани. Близько чверті наркоманів відчувають переживання, звані ***флешбек*** (від кінематографічного терміна flashback — кадр, що перериває оповідання, щоб у стислому вигляді повторити раніше показані події. — Прим. ред.) — сенсорні та емоційні реакції, які повторюються знову через тривалий період часу, протягом якого ЛСД не приймався (АРА, 1994). Флешбеки можуть спостерігатися через кілька днів або навіть місяців після останнього прийому ЛСД. Деякі люди повідомляють про те, що переживали стани флешбека через п'ять років і більше після прийому наркотику.

**Канабіс (конопля).**

Cannabis sativa («конопля корисна» - лат.) - сорт конопель, що росте в теплому кліматі по всьому світу. Препарати, отримані з різних сортів конопель, є ***групою наркотичних речовин, названу канабіс.*** Найбільш сильнодіючим із них є гашиш; слабший ефект має добре відома ***марихуана*** *-* суміш подрібненого листя і квітучих верхівок. З кількох сотень активних хімічних компонентів конопель тим, що відповідальний за її вплив, очевидно є ***тетрагідроканнабінол*** (ТГК). Чим вище вміст ТГК, тим сильнішою дією має коноплі. При курінні коноплі має змішану галюциногенну, заспокійливу та стимулюючу дію. У низьких дозах вона зазвичай викликає почуття радості та спокою і може зробити людей тихими або ж, навпаки, балакучими. Деякі курці, однак, стають тривожними, підозрілими або дратівливими, особливо якщо вони перебувають у поганому настрої або в необхідних для них умовах. Більшість курців розповідають про загострення сприйняттів і фокусування уваги на звуках і зорових образах, які вони чують і бачать навколо себе. Здається, що час сповільнюється, а відстані більше, ніж вони є насправді. Такий граничний стан – інтоксикація, спричинена препаратами групи канабісу. Фізіологічні симптоми інтоксикації включають почервоніння очей, прискорене серцебиття, підвищення артеріального тиску крові, збільшення апетиту, сухість у роті та запаморочення. Деякі люди стають сонними та можуть впасти у стан сну.

**Джерело марихуани.** Марихуана робиться з листя коноплі Cannabis sativa («конопля корисна»). Однорічна трав'яниста рослина, що досягає у висоту від 3 до 15 футів і росте повсюдно на високих місцях у досить широкому діапазоні погодно-кліматичних умов та на різних ґрунтах.

***Флешбек («спалах минулого»)*** *- повернення ефекту ЛСД у вигляді сенсорних та емоційних реакцій через тривалий період часу, протягом якого препарат не приймався.*

***Наркотичні препарати групи канабіс*** *- препарати, що отримуються з різних сортів коноплі Cannabis sativa (конопля корисна). Вони мають змішану галюциногенну, заспокійливу та стимулюючу дію.*

***Марихуана*** *- наркотичний препарат групи канабіс, робиться з листя та квітучих верхівок рослини Cannabis sativa.*

***Тетрагідроканнабінол*** *- основний активний алкалоїд, що міститься в коноплі.*

У великих дозах коноплі викликає дивні візуальні ефекти: спотворені уявлення про власне тіло та галюцинацію (Mathew et al., 1993). Курці можуть виявляти сплутаність свідомості чи надмірну імпульсивність. У деяких виникає переконання, що інші мають намір завдати їм фізичної шкоди. Найсильніша дія від прийому конопель відчувається протягом 3-6 годин. Коливання у настрої, проте, можуть тривати набагато довше (Chait, Fishman & Schuster, 1985).

***Зловживання марихуаною та залежність від неї***

До початку 70-х років вживання марихуани - препарату, що має більш слабку дію в порівнянні з іншими препаратами групи канабіс, рідко призводило до виникнення зловживання та залежності. Сьогодні, однак, безліч людей, включаючи середніх шкіл, що вчаться, зловживають марихуаною: вони регулярно ловлять кайф від марихуани, їх соціальні взаємини, робота і навчання значною мірою залежать від систематичного вживання наркотику (рис. 10.2). Багато хто з тих, хто регулярно використовує марихуану, стають залежними від неї. Вони виробляють толерантність до марихуані, і вони відчувають симптоми абстиненції, що нагадують грип, коли припиняють куріння ( Ray & Ksir, 1993). Приблизно 4% від населення у США у період свого життя перебувають у стані залежність від марихуани (Anthony et al., 1995).

Чому за останні два десятиліття зросла кількість людей, які зловживають марихуаною та залежні від неї? Переважно тому, що змінився сам наркотик. Марихуана, доступна на сьогоднішній день у США, стала вдвічі і навіть десять разів ефективнішою за ту, яка використовувалася на початку 70-х років. Зміст ТГК у сучасній марихуані становить до 10-15% проти 1-5% ТГК марихуани кінця 60-х (АРА, 1994). Очевидно, марихуана зараз виготовляється з конопель, що росте в спекотному, сухому кліматі, а це сприяє збільшенню вмісту ТГК (Weisheit, 1990).

***Небезпека марихуани***

У той час як марихуана стала мати більш сильну дію, у зв'язку з чим зросло її вживання, дослідники виявили, що куріння марихуани може бути певною небезпекою. Воно епізодично викликає напади паніки, подібні до тих, які виникають при прийомі галюциногенів, і деякі курці можуть відчувати страх втратити розум (Ray & Ksir, 1993). Зазвичай, такі реакції проходять через 3-6 годин разом з іншими симптомами, викликаними марихуаною.

Згідно з проведеними дослідженнями, з марихуаною пов'язано велику кількість автомобільних аварій. Очевидно, вона може перешкоджати процесу виконання складних сенсорно-рухових операцій (Volkow et al., 1995; Goodman & Gilman, 1990) і впливати на функції свідомості (Hall & Solowij, 1997; Pope & Yurgelun-Todd, 1996). Люди, які вживають великі дози марихуани, часто не здатні запам'ятовувати інформацію, особливо нову, незважаючи на всі спроби зосередити свою увагу. Таким чином, у затятих курців марихуани часто виникають труднощі з навчанням та роботою.

Існують дані про те, що систематичне куріння марихуани загрожує наслідками тривалого характеру. Наприклад, воно сприяє виникненню легеневих захворювань. Дослідження встановили той факт, що від куріння марихуани сильніше, ніж від тютюну, послаблюється здатність легень виштовхувати відпрацьоване повітря. Крім того, в димі від марихуани міститься більше канцерогенних смол та бензопірену в порівнянні з тютюновим димом (Ray & Ksir, 1993). Систематичне куріння марихуани впливає на репродуктивну функцію людини. За допомогою досліджень, що проводяться з кінця 70-х років, було встановлено, що у чоловіків, які систематично займаються курінням марихуани, знижено вміст сперматозоїдів у насіннєвій рідині, а у жінок, які палять марихуану, виникають порушення овуляції (Nahas, 1984; Hembree, Nahas & Huang, 1979).

**Малюнок 10.2. Підлітки та вживання психоактивних речовин.** Загальне відсоткове співвідношення випускників середніх шкіл, які зізналися в тому, що нелегально вживали наркотичні речовини, принаймні один раз за 30-денний період проведених досліджень, зросло в 70-ті роки, зменшилося в 80-ті і знову зросло в 90-і. е роки (NIDA, 1996).

Зусилля, спрямовані на просвітництво людей з приводу зростаючої загрози суспільству з боку тих, хто систематично вживає марихуану, стали приносити плоди у 80-ті роки. Відсоток випускників середніх шкіл, які щодня курять марихуану, скоротився з 11% у 1978 році до 2% у 1992 році (Johnston et al., 1993). Крім того, 1992 року близько 77% випускників, набагато більше, ніж раніше, усвідомлювали той факт, що при систематичному курінні марихуани виникає серйозна небезпека для здоров'я (Johnston et al., 1993). Однак вживання марихуани у молодіжному середовищі знову зросло у 90-ті роки (рис. 10.3). На сьогоднішній день більше 5% випускників середніх шкіл щодня курять марихуану і менше 60% усвідомлюють, що це згубно впливає на здоров'я (Johnston et al., 1996; NIDA, 1995).

**Малюнок 10.3. Зміна тенденцій.** У 80-ті роки спостерігалося стійке зростання відсоткового співвідношення випускників середніх шкіл, які вважають систематичне вживання марихуани небезпечним, і, відповідно, спостерігалося стійке зниження відсоткового співвідношення, що систематично вживають марихуану. Ця тенденція змінила спрямованість у роки. Сьогодні лише деякі випускники вважають, що вживання марихуани є небезпекою і набагато більше школярів вживають її. У будь-якому разі наркотик залишається дуже доступним (NIDA, 1996).

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** Застосування психоактивних речовин — нелегальне, легальне, з медичною метою — популярна тема сучасної музики, особливо тій, яку віддають перевагу підліткам і молоді. Деякі популярні групи беруть собі назви психоактивних препаратів – Morphine, Xanax 25 та Halcion. Діапазон хітів — від пісень «Heroin» та «Sweet Jane» гурту The Velvet Underground та «Cocaine» Еріка Клептона до пісень «I wanna get high» та «Insane in the Brain» гурту Cyprus Hill, «Lithium» гурту Nirvana та «Drags » групи Lil-Kim. |

***Канабіс (конопля) та суспільство***

Століттями коноплі відігравала важливу роль у медицині. Дві тисячі років тому китайські лікарі радили застосовувати її як анестезуючий засіб у хірургії, а в інших країнах її використовували для лікування холери, малярії, кашлю, безсоння та ревматизму. Коли на початку XX століття коноплі з'явилися у США, головним чином у вигляді марихуани, її спочатку використовували для різних медичних цілей. Незабаром, однак, її місце зайняли ефективніші лікарські засоби, і позитивне уявлення про коноплі почало змінюватися. Коноплі почали використовувати як препарат, що відноситься до сфери розваг, і його нелегальне поширення стало переслідуватися законом. Влада визнала, що коноплі є великою небезпекою, і врешті-решт «трава-вбивця» була заборонена.

Проте з марихуаною не було покінчено. У 60-ті роки, час аварії ілюзій, протестів і самодосліджень, молоді люди відкрили собі задоволення отримувати кайф від куріння марихуани. До кінця 70-х років 16 млн. чоловік повідомляли про те, що вживали марихуану принаймні одного разу, і 11% населення почали використовувати наркотик нещодавно.

У 80-ті роки дослідники розробили набагато ефективніші способи вимірювання вмісту ТГК та методи екстрагування чистого ТГК з конопель; вони також синтезували ТГК в лабораторних умовах. Ці розробки відкрили дорогу новим можливостям застосування препаратів групи канабіс у медицині (Ray & Ksir, 1993). Препарати канабіс почали використовувати для лікування глаукоми – тяжкого захворювання очей. Також було обґрунтовано їхнє використання для лікування астми. Оскільки ТГК допомагає запобігти виникненню нудоти та блювання, він став застосовуватися серед хворих на рак, у яких такі реакції викликані хіміотерапією (Plass et al., 1991). Деякі дослідники висловили припущення, що ТГК також може покращувати апетит хворих на СНІД і, отже, перешкоджає у них втраті ваги (Johnson, 1996; Plasse et al., 1991).

У світлі даних відкриттів громадські кола, які мають різні інтереси, розпочали кампанію за легалізацію марихуани з медичною метою. Однак у 1992 році Адміністрація з контролю за застосуванням законів про наркотики (Drug Enforcement Administration) винесла рішення проти цього, а Управління з контролю за продуктами харчування та лікарськими препаратами (Food and Drug Administration) навіть припинило розглядати пропозиції щодо «використання марихуани з міркувань співчуття до хворих» (Karel, 1992). Прихильники легального використання марихуани вважали, що рецепти на чистий ТГК, виписані лікарем, задовольнять усі необхідні медичні призначення.

Проте захисники такої позиції знову підняли цю проблему під час виборів 1996 року. У Каліфорнії та Аризоні було проведено референдуми, рішення яких мають чинність закону. Вони надавали право лікарям виписувати марихуану для «тяжкохворих» або «страждають на смертельну недугу» пацієнтів. Федеральний уряд у відповідь пригрозив анулювати право виписувати рецепти тим лікарям, хто прописує марихуану, або навіть переслідувати їх у судовому порядку. Багато лікарів, ображених такою позицією уряду з цього питання, відкрито вступили в бій. У 1997 році журнал New England Journal of Medicine - одне з провідних світових видань з медицини, помістив редакційну публікацію, в якій висловлювалося схвалення використання марихуани з медичною метою. Надалі журнал назвав погрози уряду «що вводять в оману, незграбними та нелюдськими».

**Комбінації психоактивних речовин.**

Так як люди часто приймають кілька психоактивних препаратів одночасно (практика, яка носить назву ***полінаркоманія***(polysubstance use)), дослідники вивчають способи взаємодії препаратів один з одним. Коли різні речовини потрапляють в організм в один і той же час, вони можуть посилювати дію один одного. Комбінований вплив, званий ***синергічним ефектом*** *,* часто виявляється сильнішим у порівнянні з сумою впливів від кожного препарату окремо: маленька доза одного препарату, змішана з маленькою дозою іншого препарату, здатна викликати величезні зміни в хімії організму.

Один вид синергічного ефекту спостерігається в тому випадку, коли два або кілька препаратів мають подібні дії. Наприклад, алкоголь, бензодіазепіни, барбітурати та опіоїди – всі вони є депресантами, при змішуванні здатні сильно пригнічувати активність ЦНС (Miller & Gold, 1990). Їхнє поєднання навіть у невеликих дозах може викликати інтоксикацію крайнього ступеня, стан коми і навіть смерть (Nishino et al., 1995). Наприклад, молода людина може просто випити на вечірці кілька чарок спиртних напоїв, а невдовзі після цього прийняти невелику дозу барбітуратів, щоб допомогти собі заснути. Він вважає, що діє з усією обережністю та розважливістю, проте ризикує ніколи не прокинутися.

Інший вид синергічного ефекту виходить у тому випадку, коли препарати виявляють протилежні чи антагоністичні дії (Braun, 1996). Наприклад, препарати-стимулятори перешкоджають звичайній роботі печінки щодо розщеплення барбітуратів та алкоголю. Таким чином, у людей, які поєднують прийом барбітуратів або алкоголю з кокаїном або амфетамінами, в організмі може накопичитись небезпечна концентрація препаратів-депресантів. Студенти, які приймають амфетаміни для того, щоб займатися до пізньої ночі, а потім приймають барбітурати, щоб заснути, наражаються на серйозну небезпеку.

Щороку десятки тисяч людей потрапляють до лікарень у критичному стані, викликаному прийомом цілого ряду психоактивних препаратів, і кілька тисяч із них помирають (DAWN, 1997). Іноді це відбувається через недбалість та елементарне невігластво. Однак часто люди вживають кілька препаратів цілком свідомо, щоб насолодитися синергічними ефектами. Справді, у США, Канаді та Європі розлади, спричинені полінаркоманією, стають так само поширеними, як і розлади, спричинені прийомом будь-якої однієї речовини (Newcomb, 1994; Miller et al., 1990). До 90% людей, які регулярно приймають один заборонений препарат, також використовують до певної міри інші препарати (Cornish et al., 1995).

Деякі знаменитості стали жертвами зловживання цілої низки психоактивних речовин. Майстерне балансування Елвіса Преслі між стимуляторами і депресантами зрештою занапастило його. Те, що Дженіс Джоплін змішувала вино та героїн, зрештою виявилося для неї фатальним. Пристрасті Джона Білуші, Рівера Фенікса та Кріса Фарлі до вживання суміші кокаїну та опіоїдів («speedballes») також привели їх до трагічного фіналу.

***Синергічний ефект*** *- у фармакології посилення ефекту впливів, що має місце, коли кілька лікарських препаратів діють в організмі одночасно.*

***Полінаркоманія*** *- розлад, викликаний вживанням цілого ряду психоактивних речовин. Форма неадекватної поведінки, тривала за своїм характером, яка концентрується на зловживанні чи залежності від комбінації низки психоактивних препаратів.*

**Резюме**

Галюциногени. Галюциногени, такі як ЛСД, - це речовини, які викликають сильні зміни, головним чином сенсорному сприйнятті. При прийомі галюциногенів відбувається загострення сприйняттів та можуть з'являтися ілюзії та галюцинації. ЛСД, очевидно, викликає такі ефекти, перешкоджаючи процесу вивільнення нейротрансмітера серотоніну. ЛСД має надзвичайно потужну дію і при його вживанні можлива поява таких реакцій, як «погана подорож» (bad trip) або «спалах минулого» (flashback).

Канабіс (конопля). Основним активним алкалоїдом, виділеним з конопель Cannabis sativa, є тетрагідроканнабінол (ТГК). Марихуана, найпоширеніша форма препаратів групи канабіс, має на сьогоднішній день більш потужну дію в порівнянні з марихуаною, яка використовувалася в минулому. Вона може спричинити стан інтоксикації, а її систематичне вживання призводить до виникнення зловживання та залежності.

Комбінації психоактивних речовин. Багато хто приймає кілька психоактивних препаратів одночасно, при цьому відбувається взаємодія препаратів один з одним. Одночасне використання двох і більше препаратів набуває все більшого поширення. У зв'язку з цим розлади, спричинені вживанням цілого ряду психоактивних речовин, стають серйозною проблемою.

|  |
| --- |
| ***Deja vu.***Полінаркоманія, зокрема, використання суміші кокаїну та опіоїдів, виявилося фатальним для артистів Джона Білуші (ліворуч) та Кріса Фарлі (праворуч), зображених у момент їхнього виступу в телевізійному шоу Saturday Night Live. Фарлі часто висловлював захоплення з приводу таланту Білуші та його способу життя. |

**Пояснення причин розладів, спричинених вживанням психоактивних речовин.**

Клінічні теоретики пропонують пояснення причин виникнення у людей зловживання та залежності від психоактивних речовин з різних точок зору: соціально-культурної, психологічної та біологічної. Жодна з цих точок зору, однак, не отримала чітких підтверджень за допомогою досліджень. Подібно до багатьох інших захворювань, непомірне і систематичне вживання психоактивних препаратів все більше розуміється як результат взаємодії всіх цих факторів.

**Соціокультурна думка.**

Ряд теоретиків, прихильників соціокультурної погляду, висловлює припущення у тому, що з людей, які у важких соціально-економічних умовах, велика ймовірність виникнення зловживання психоактивними речовинами і залежність від них. Дійсно, дослідження підтверджують той факт, що в регіонах, де вищий рівень безробіття, спостерігається вищий відсоток людей, які страждають на алкоголізм (Linsky, Strauss & Colby, 1985). Аналогічно, серед нижчих верств суспільства вищий відсоток людей, які зловживають психоактивними речовинами, порівняно з іншими суспільними верствами (Smith, North & Spitznagel, 1993; Beauvais, 1992).

Інші прихильники соціокультурної точки зору припускають, що зловживання психоактивними речовинами і залежність від них проявляються в тих сім'ях і в тому соціальному оточенні, де надається велике значення або принаймні схвалюється вживання таких препаратів. Дійсно, дослідники підтверджують, що пияцтво більше поширене серед підлітків, чиї батьки і ровесники п'ють, а також серед підлітків, чиї сім'ї перебувають у скрутному становищі і без засобів для існування (Shucksmith, Glendinning & Hendry, 1997; Wills; 1996). Крім того, відсоток тих, хто зловживає алкоголем, нижчий серед євреїв і протестантів, для яких випивка зазвичай допустима лише у випадку, якщо вона залишається в певних межах, тоді як відсоток тих, хто страждає на алкоголізм, вищий серед ірландців і східноєвропейських, у яких немає схильності до самообмеження (Kohn & Levay, 1995; Vaillant & Milofsky, 1982).

Пояснення причин зловживання психоактивними речовинами та залежність від них з соціокультурних позицій отримали підтвердження з допомогою проведення великих досліджень, у яких порівнювалося вживання психоактивних препаратів людьми з різних верств суспільства та різних культур. Однак, як і у разі інших психічних захворювань, соціокультурна думка не в змозі пояснити, чому лише у деяких людей з тих, хто стикається з несприятливими соціальними умовами, розвиваються розлади, пов'язані зі зловживанням та залежністю від психоактивних речовин. Пояснення з психологічних (психодинамічних та біхевіористських), а також з біологічних позицій намагаються розглянути це питання глибше.

**Психодинамічна думка.**

Прихильники психодинамічної точки зору вважають, що люди, які зловживають психоактивними речовинами та залежні від них, мають сильні потреби в такій залежності, сліди яких можна виявити в ранньому дитячому віці (Shedler & Block, 1990; Abadi, 1984). Прихильники цієї теорії висувають припущення про те, що в тому випадку, коли батьки не задовольняють потребам маленької дитини у турботі та увазі, дитина, ймовірно, виростає надмірно залежною від інших людей, шукаючи у них допомоги та втіхи і намагаючись отримати турботу та увагу, яких йому бракувало у дитинстві. Якщо цей пошук зовнішніх джерел підтримки включає експериментування з психоактивними препаратами, людина може виробити залежність щодо таких речовин.

Деякі прихильники психодинамічної теорії також вважають, що у певних людей у відповідь на поневіряння, що мали місце в їхньому дитячому віці, розвиваються властивості, характерні для особистості, яка зловживає психоактивними речовинами, які роблять їх схильними до зловживання цими препаратами.

Тести, що вивчають властивості характеру, та опитування пацієнтів вказують на те, що люди, які зловживають психоактивними речовинами або залежні від них, бувають більш схильні до несамостійності, нетовариства, імпульсивності, пошуків новизни та депресії порівняно з іншими (Musse & Tremblay, 1997; Cals; та ін., 1996). Вивчення таких взаємозв'язків, однак, не вносить ясності у питання: риси характеру особистості сприяють виникненню потреби у вживанні психоактивних препаратів чи вживання психоактивних препаратів робить людей залежними, імпульсивними тощо?

Для того щоб краще зрозуміти причинний взаємозв'язок, було проведено вивчення з визначення рис характеру великої групи молодих чоловіків, що не п'ють, а потім простежена подальша доля кожного з цих чоловіків (Jones, 1971, 1968). Риси характеру чоловіків, у яких у зрілі роки виникли проблеми, пов'язані з вживанням алкоголю, порівнювалися з рисами характеру тих, хто не мав таких проблем. Чоловіки, які почали вживати алкоголь, виявляли велику імпульсивність у підлітковому віці і продовжували залишатися такими у зрілі роки, підтверджуючи тим самим, що імпульсивні чоловіки справді можуть бути схильнішими до алкоголю. Аналогічно, у одному лабораторному дослідженні було встановлено, що «імпульсивні» щури — ті, які зазвичай відчували занепокоєння з приводу затримки годівлі, випивали більше алкоголю проти іншими ( Poulos, Le & Parker, 1995).

Основна складність подібних досліджень полягає в тому, що зі зловживанням психоактивними речовинами та залежністю від них пов'язаний дуже широкий діапазон рис особистості. Справді, різні дослідження свідчить про різні «ключові» риси характеру. Зважаючи на те, що одні люди, які виробили у себе звикання до психоактивних препаратів, виявляють несамостійність, інші імпульсивність, треті нетовариські, дослідники не можуть на даний момент зробити висновок про те, яка риса особистості або набір рис виділяє людей з розладами, викликаними вживанням психоактивних речовин. (Rozin & Stoess, 1993).

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Серед різних етнічних, релігійних та національних груп спостерігається різне відсоткове співвідношення людей, які зловживають алкоголем. Які соціальні чинники могли пояснити такі спостереження? Чи можемо ми бути впевнені, що біологічні чинники не відіграють ролі в цьому питанні? |

**Патологія та мистецтво**

*Гонитва за кайфом, до чого вона може призвести*

Джонатан Мелвуен, другий клавішник рок-групи Smashing Pumpkins, помер від передозування героїну у липні 1996 року. Незабаром пішли розмови про те, що героїн, який він прийняв, був «Red Rum», різновид героїну, що постачається контрабандним шляхом із Колумбії. Його назва "murder" - "вбивця", прочитана по літерах у зворотному порядку, прийшла з роману Стівена Кінга "Сяйво". Протягом буквально кількох годин попит на Red Rum на вулицях Манхеттена, в Нижньому Іст Сайді різко збільшився. «Це своєрідна хвороба, — повідомив газеті «Нью-Йорк тайм» поліцейський чин, який займається справами, пов'язаними з наркотиками. — Коли люди вмирають від чогось чи близькі до смерті, раптом відбувається така погоня, щоб дістати це».

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Чому люди так активно прагнуть розшукати препарати, про які відомо, що вони є небезпечними для життя? Який вплив на підлітків та молодь може надати використання наркотиків деякими рок-виконавцями? Хто впливає на ставлення підлітків і молоді до наркотиків: рок-виконавці, що висловлюються проти наркотиків, або рок-виконавці, які звеличують переваги наркотиків? |

**Біхевіористська думка.**

Відповідно до поглядів прихильників теорії підкріплення (навички, умовного рефлексу), тимчасове ослаблення стану напруги або підвищення настрою, що викликається прийомом психоактивних речовин, має підкріплюючий ефект (rewarding effect), збільшуючи ймовірність того, що ті, хто вживає такі речовини, будуть прагнути відчути ці реакції знову (Carpenter & Hasin, 1998; Hughes et al., 1995). Підкріплюючі ефекти психоактивних речовин можуть також змушувати людей, які їх використовують, зрештою приймати все більш високі дози або застосовувати більш сильнодіючі способи введення (табл. 10.3).

Проведені на підтвердження цієї теорії дослідження показали, що багато хто вживає алкоголь або героїн, коли відчувають внутрішню напругу (Cooney et al., 1997; Cooper, 1994). В одному дослідженні був проведений наступний експеримент: випробувані виконували важке завдання - анаграму, тоді як інша людина необґрунтовано критикувала і принижувала їх (Marlatt, Kosturn & Lang, 1975). Потім піддослідних попросили взяти участь у «завданні дегустації спиртних напоїв»; їхнє завдання полягало в тому, щоб імовірно визначити та порівняти різні алкогольні напої. Роздратовані випробувані випивали більшу кількість алкоголю під час виконання завдання порівняно з членами контрольної групи, які не критикувалися в момент досвіду.

Прибічники теорії підкріплення доводять, що багато людей приймають психоактивні препарати у тому, щоб «вилікувати» себе, що вони відчувають напругу ( Anthony et al., 1995; Khantzian, 1985). Якщо це так, то можна було б очікувати, що відсоток зловживають психоактивними речовинами вищий серед тих, хто схильний до тривоги, депресії або роздратування. Дійсно, зловживання психоактивними речовинами та залежність від них, мабуть, досить поширені явища серед людей із розладами настрою. При вивченні 835 клінічних випадків депресії було встановлено, що понад чверть хворих зловживали психоактивними препаратами під час депресії (Hasin, Endicott & Lewis, 1985). Аналогічно, було виявлено, що відсоток зловживають психоактивними препаратами вищий за звичайний серед людей з посттравматичними розладами (Najavits et al., 1998), порушеннями процесу травлення (Higuchi et al., 1997), шизофренією (Regier et al., 1990), особисто , пов'язаними з розладом комунікативних здібностей (Brooner et al., 1997), серед людей, які зловживали в анамнезі будь-якими препаратами (Yama et al., 1993) і мають інші психологічні проблеми (Kessler et al., 1997).

Інші прихильники біхевіористської точки зору висловлюють припущення, що класичне формування умовних рефлексів може відігравати роль у виникненні зловживання психоактивними препаратами та залежності від них (Remington, Roberts & Glautier, 1997; Childress et al., 1993, 1988, 1984). Об'єкт, що символізує собою процес прийому препарату, може діяти як класичний умовно-рефлекторний стимул і приносити те задоволення, яке викликає сам препарат. Відомо, що один вид голки для підшкірних ін'єкцій, наприклад, або особистість регулярного постачальника наркотику, можуть заспокоїти людину, яка зловживає героїном або амфетамінами, і послабити його абстинентні симптоми (Meyer, 1995).

Аналогічним чином, предмети, що оточують людину під час абстинентного дистресу, можуть викликати симптоми, схожі на абстинентні (Meyer, 1995; Childress et al., 1993, 1988). Один чоловік, який раніше був наркоманом і вживав героїн, зазнав нудоти та інших абстинентних симптомів, коли повернувся в те місце, де в минулому пережив стан абстиненції. Така реакція змусила його почати приймати героїн (O. Brien et al, 1975).

|  |
| --- |
| «При спокусі візьми Лакі». — Реклама цигарок Lucky Strikes 1930 року, призначена для жінок, які дотримуються дієти |

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** Тварини іноді вживають різні речовини щоб одержати задоволення чи зняття стресу. У Перу лами набувають жвавості, поїдаючи листя куща коки, що містять кокаїн. Коники, що харчуються листям диких конопель, здатні стрибати надзвичайно високо. Слони шукають перезрілі плоди, що забродили (Siegel, 1990). |

**Біологічна думка.**

В останні роки дослідники стали висловлювати припущення про те, що багато випадків зловживання психоактивними препаратами частково викликані біологічними причинами. Вивчення генетичної схильності та біохімічних процесів, здається, підтверджує ці припущення.

**Таблиця 10.3. Способи прийому речовин**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Спосіб | Шлях | Час початку дії на головний мозок |
| Вдихання (інгаляція) | Препарат у вигляді аерозолів вдихається через рот, потрапляє в легені, а потім у кровоносну систему | 7 секунд |
| Вдихання | Препарат у вигляді порошку вдихається носом. Частина порошку, потрапляючи на слизову оболонку носа, поглинається кровоносними судинами та потрапляє у кров | 4 хвилини |
| Ін'єкція | Препарат у рідкому вигляді вводиться безпосередньо за допомогою уколу. Ін'єкція може бути внутрішньовенною або внутрішньом'язовою (підшкірною) | 20 секунд (внутрішньо)  4 хвилини (внутрішньом'язово) |
| Пероральне введення | Препарат у твердій або рідкій формі надходить у стравохід та шлунок і врешті-решт досягає тонкого кишечника, де поглинається кровоносними судинами кишечника. | 30 хвилин |
| Інші способи введення | Препарати можуть поглинатися різними зонами слизових оболонок. Їх кладуть під язик, вводять анально та вагінально та використовують у вигляді очних крапель. | Різне |

***Генетична схильність***

Протягом багатьох років дослідники проводили велику кількість експериментів для того, щоб з'ясувати, чи тварини виявляють генетичну схильність до виникнення залежності від психоактивних препаратів (Kurtz et al., 1996; Azar, 1995). У ряді дослідів дослідники визначали тварин, які надавали перевагу алкоголю решти напоїв, спарювали їх один з одним і виявили, що отримане потомство виявляє ту ж прихильність (Melo et al., 1996).

Аналогічним чином, вивчення людських близнюків навело на думку про те, що люди можуть успадковувати схильність до зловживання психоактивними речовинами, що виникає за несприятливих життєвих обставин (Kendler et al., 1994, 1992; Goodwin, 1984, 1976). В одному класичному дослідженні було встановлено, що коефіцієнт відповідності зловживаючих алкоголем у групі однояйцевих близнюків становив 54%. Це означає, що якщо один однояйцевий близнюк зловживав алкоголем, інший близнюк теж зловживав алкоголем. Навпаки, група різнояйцевих близнюків мала коефіцієнт відповідності лише 28% (Kaij, 1960). Як ми спостерігали, однак такі дані не виключають інших інтерпретацій. Насамперед, батьки можуть надавати майже однаковий вплив на однояйцевих близнюків на відміну різнояйцевих близнюків.

Серйозним підтвердженням того, що генетика може відігравати роль у виникненні зловживання психоактивними речовинами та залежності від них, з'явилися дослідження, які вивчали відсоток алкоголіків серед людей, усиновлених відразу після народження (Cadoret et al., 1995; Goldstein, 1994). Ці дослідження провели порівняння усиновлених, чиї біологічні батьки були залежними від алкоголю, з усиновленими, чиї біологічні батьки такими не були. У дорослому стані індивіди, чиї біологічні батьки мали алкогольну залежність, демонстрували вищий відсоток зловживання алкоголем проти тими, чиї біологічні батьки були алкоголіками.

Використовуючи генетичні зв'язки та методи молекулярної біології, дослідники встановили безпосередній взаємозв'язок між аномальними генами та розладами, викликаними використанням психоактивних речовин (Chen et al, 1996; Melo et al., 1996). Один напрямок досліджень встановив, що аномальна форма так званого дофамін-2 (D2) рецепторного гена була представлена у більшості осіб з алкогольною залежністю та у половини осіб з кокаїновою залежністю, але була присутня лише приблизно у 20% людей, які не виявляють будь-якої залежності ( Lawford et al., 1997; Blum & Noble, 1993). Ряд дослідників свідчить про наявність інших зчеплених з дофамином генів при розладах, викликаних використанням психоактивних речовин (Nash, 1997).

***Біохімічні фактори***

Протягом останніх кількох десятиліть вчені узагальнили біологічне поняття толерантності по відношенню до лікарських препаратів та поняття абстиненції (Wise, 1996). Як ми бачили, при вживанні будь-якого лікарського препарату, він починає посилювати активність певних нейротрансмітерів, які зазвичай діють так, щоб заспокоїти, зняти біль, підняти настрій або посилити пильність. При продовженні прийому даного препарату мозок, мабуть, пристосовується і скорочує власну вироблення нейротрансмітерів (Goldstein, 1994). Оскільки лікарський препарат посилює активність певних нейротрансмітерів, робота мозку з вироблення цих нейротрансмітерів стає менш потрібною. При збільшенні кількості препарату вироблення нейротрансмітерів в організмі продовжує скорочуватися, змушуючи людину приймати все більші і більші дози для досягнення бажаного ефекту. Таким чином, людина, яка приймає препарат, виробляє по відношенню до нього толерантність, покладаючись більше на цей препарат, ніж на біологічні процеси власного організму, щоб відчувати спокій, комфорт, гарний настрій або виявляти підвищену пильність. При раптовому припиненні прийому препарату вміст нейротрансмітерів протягом деякого часу залишається зниженим і людина відчуває жахливі відчуття. Абстинентні симптоми виявлятимуться доти, доки мозок не відновить нормальне вироблення необхідних нейротрансмітерів.

Які саме нейротрансмітери перестають вироблятися у нормальній кількості, залежить від препарату. Систематичне та надмірне вживання алкоголю або бензодіазепінів може знизити в головному мозку вироблення нейротрансмітера ГАМК; систематичне використання опіоїдів може зменшити вироблення мозком ендорфінів; а систематичне використання кокаїну або амфетамінів викликає зниження вироблення мозком дофаміну (Fowler, Volkow & Wolf, 1995). Крім того, дослідники, здається, надзвичайно близькі до того, щоб ідентифікувати нейротрансмітер, який діє майже як ТГК; надмірне вживання марихуани викликає зниження вироблення цього нейротрансмітера (Biegon & Kerman, 1995; Fackelmann, 1993).

Така модель допомагає пояснити, чому люди, які систематично вживають психоактивні речовини, можуть виробляти до них толерантність і відчувають абстинентні реакції. Але чому використання психоактивних препаратів настільки виправдовує себе і чому деякі люди насамперед звертаються до них? Результатом нещодавнього шквалу досліджень у галузі отримання зображень головного мозку стало припущення про те, що багато, а можливо, і всі психоактивні препарати та наркотики зрештою активізують ***центр задоволення,*** або"провідний шлях задоволення" в головному мозку (Volkow et al., 1997). Ключовим нейротрансмітером у цьому центрі задоволення є дофамін. Коли дофамін там активовано, людина відчуває задоволення. Музика сприяє активації дофаміну у центрі задоволення. Така ж дія може надавати міцні обійми або похвала. І так само діють психоактивні препарати.

Деякі препарати, очевидно, мають прямий стимулюючий вплив на центр задоволення. Згадаймо, що кокаїн та амфетаміни безпосередньо збільшують активність дофаміну. Інші препарати, мабуть, стимулюють центр задоволення непрямими шляхами. Біохімічні реакції, викликані алкоголем, опіоїдами, марихуаною та нікотином, запускають хімічні процеси, які зрештою призводять до збільшення активності дофаміну в центрі задоволення (Volkow et al., 1997; Goldstein, 1994).

Ряд теоретиків припускають, що люди, які зловживають психоактивними препаратами, страждають від ***синдрому дефіциту задоволення,*** їх центри задоволення не отримують достатньої активації у повсякденному житті (Nash, 1997). Тому вони звертаються до психоактивних препаратів для того, щоби стимулювати свої центри задоволення, особливо під час стресу. Висловлюється припущення, що можливою причиною виникнення даного синдрому є аномальні гени, такі як аномальний D2-рецепторний ген (Lawford et al., 1997).

**Резюме**

Для пояснення причин зловживання психоактивними речовинами та залежності від них було висунуто різні точки зору. Дослідження повністю не доводять жодну з них, але починають проливати світло на природу цих розладів.

Відповідно до соціокультурної точки зору найбільш схильними до зловживання психоактивними препаратами є ті, хто живе в умовах стресу, або ті, в сімейному оточенні якого схвалюється або допускається вживання таких препаратів. Згідно з психодинамічною точкою зору, люди, які зловживають психоактивними речовинами, мають сильні потреби в такій залежності, сліди яких можна виявити в ранньому дитячому віці. Деякі прихильники цієї теоретичної моделі також вважають, що певні люди мають властивості, характерні для особистості, що зловживає психоактивними речовинами, що і викликає у них схильність до зловживання. В основі біхевіористської точки зору лежить припущення про те, що використання психоактивних препаратів спочатку підкріплюється тим, що воно знімає напругу та піднімає настрій.

Пояснення даної проблеми з біологічних позицій, підтверджене за допомогою досліджень серед близнюків та тих, хто був усиновлений, за допомогою вивчення генетичних зв'язків та досліджень, проведених на молекулярно-біологічному рівні, передбачає наявність у людей спадкової схильності до залежності від психоактивних речовин. Дослідники також встановили, що при надмірному та систематичному вживанні будь-якого препарату толерантність до цього препарату та абстинентні симптоми можуть бути викликані зниженням у головному мозку вироблення певних нейротрансмітерів. Нарешті, результати біологічних досліджень наводять на думку про те, що багато, а можливо, що всі психоактивні препарати в кінцевому рахунку викликають збільшення активності дофаміну в центрі задоволення головного мозку.

|  |
| --- |
| ***Звикання до шоколаду?*** У зв'язку з недавніми дослідженнями висловлюється припущення про те, що пристрасне бажання шоколаду може бути більшим, ніж просто апетит. Очевидно, деякі хімічні речовини у шоколаді можуть зв'язуватися з тими самими рецепторами нейронів, які сприймають речовини з конопель (di Tomaso, Beltramo & Piomelli, 1996). У той же час людині потрібно було б з'їсти 25 фунтів шоколаду за один прийом, щоб відчути ефекти, подібні до тих, що бувають від коноплі. |

***Центр задоволення*** - *провідний шлях у головному мозку, достатній дофамін, який продукує відчуття задоволення при його активації.*

***Синдром дефіциту задоволення*** *- передбачається, що в деяких людей центр задоволення головного мозку у повсякденному житті не отримує достатньої активації.*

|  |
| --- |
| «Заборонені препарати для того, щоб вирішити проблему наркотиків, це майже те саме, що й заборонений секс для того, щоб виграти війну зі СНІДом». - Рональд Сігал, "Отруєння", 1990 |

**Методи лікування розладів, спричинених використанням психоактивних речовин.**

Для лікування розладів, спричинених використанням психоактивних речовин, застосовується велика кількість різних методів, включаючи психодинамічні методи лікування, поведінкову та когнітивно-поведінкову терапію, біологічні та соціокультурні методи. Незважаючи на те, що ці методи лікування іноді і приносять успіх, у більшості випадків ефективність їх застосування невисока (Azrin et at., 1996; Cornish et al., 1995). На сьогоднішній день ці методи зазвичай застосовують у комбінації з іншими (Landry, 1994; Galanter, 1993) як для амбулаторних хворих, так і для пацієнтів, які перебувають на лікуванні в стаціонарі (McKay et al., 1995).

**Психодинамічні методи лікування.**

Терапевти, що застосовують психодинамічні методи, намагаються допомогти людям з розладами, викликаними використанням психоактивних речовин, почати усвідомлювати та нейтралізувати вплив психологічного плану, які, як передбачається, лежать в основі цих розладів (Jungman, 1985). Вони спочатку змушують пацієнтів розкрити і зрозуміти причини внутрішніх протиріч, а потім намагаються допомогти їм змінити їхній спосіб життя , що склався під впливом залежності від психоактивних речовин (Hopper, 1995; Levinson, 1985).

Незважаючи на те, що даний метод часто застосовується в лікуванні розладів зловживання психоактивними речовинами, дослідження показують його недостатню ефективність (Cornish et al., 1995; Holder et al., 1991). Це, можливо, пов'язано з тим, що зловживання та залежність від цих речовин, зрештою, стають важкою і самостійною проблемою, незважаючи на причини, що її породили, і потрібно враховувати особливості самого препарату, якщо людина має намір звільнитися від залежності. Психодинамічна терапія виявляється більш результативною у поєднанні з іншими методами лікування у програмі комплексної терапії. Наприклад, вона успішно застосовується в комбінації з терапією поведінки та біологічними методами лікування (Carroll & Rounsaville, 1995; Galanter, 1993).

**Поведінкова терапія.**

Для лікування розладів, викликаних використанням психоактивних речовин, широко застосовуються прийоми поведінкової терапії, зокрема, ***аверзивний метод,*** який ґрунтується на принципі класичного формування умовних рефлексів (Frawley & Smith, 1992). Людина неодноразово зазнає впливу неприємних подразників (наприклад електричного струму) у той момент, коли приймає психоактивну речовину. Після серії подібних впливів передбачається, що у людини виробляється негативна реакція на саму речовину, і вона перестає відчувати потребу в цьому препараті.

Аверзивні методи більше застосовують у лікуванні зловживання алкоголем і алкогольної залежності, ніж у лікуванні інших розладів, викликаних використанням психоактивних речовин (Clarke & Saunders, 1988; Callner, 1975). В одній з версій цього методу вживання алкоголю асоціюється з нудотою та блюванням, зумовленим дією лікарського засобу (Elkins, 1991; Cannon et al., 1986, 1981). В іншій версії — прихованої сенсибілізації потрібно, щоб людина, яка страждає на алкоголізм, уявляла собі, коли п'є, сцени вкрай неприємного, відштовхувального або лякаючого змісту (Emmelkamp, 1994; Cautela, 1967, 1966). Передбачається, що кілька таких уявних сцен при прийомі спиртного виробляють на нього негативні реакції у відповідь. Тут наводиться опис такого роду сцени, яку терапевт може змусити уявити свого пацієнта.

*Мені хочеться, щоб ви швидко уявили собі, як ви пробуєте пиво (віскі і т. д.). Бачите себе пробуючим спиртне, вловлюєте його смак, відзначаєте колір та консистенцію. Включіть у процес усі ваші відчуття. Після того, як ви розкуштували спиртний напій, ви помічаєте, як щось невелике за розміром, білого кольору, плаває у склянці – це щось спливає на поверхню. Ви нагинаєтесь ближче, щоб розглянути це уважніше, ваш ніс зараз знаходиться якраз над склянкою, і ніздрями ви відчуваєте запах саме того напою, який, як ви пам'ятаєте, пробуєте. Зараз ви можете побачити, що знаходиться в склянці. На поверхні плаває кілька личинок. Ви з почуттям огиди вистачаєте склянку і, збовтуючи її вміст, дивіться в неї. Там виявляється набагато більше огидних створінь, ніж вигадали спочатку. Ви розумієте, що проковтнули кілька личинок і відчуваєте їх поганий смак у себе в роті. Ви відчуваєте сильну нудоту і хотіли б ніколи не брати до рук цю склянку і не пити зовсім (Clarke & Saunders, 1988 p. 143-144).*

Інший прийом поведінкової терапії навчає альтернативному поведінці стосовно вживання психоактивних препаратів (Azrin et al., 1996). Цей метод також більше застосовується для лікування алкоголізму, ніж для розладів зловживання іншими психоактивними речовинами. Сильних людей можна навчити знімати стан напруги за допомогою релаксації, медитації або біологічного зворотного зв'язку замість вживання алкоголю (Rohsenow, Smith & Johnson, 1985). Деяких також навчають методикам, що розвивають почуття впевненості в собі, або мистецтву спілкування для того, щоб допомогти їм навчитися безпосередньо висловлювати своє роздратування і відмовитися від вживання алкоголю під тиском оточення ( DeRubeis & Crits-Christoph, 1998; Van Hasselt et al., 1993 ).

Поведінкова терапія в лікуванні зловживань психоактивними речовинами та залежності від них зазвичай приносить лише обмежений успіх, якщо вона є єдиною формою лікування (Carrol & Rounsaville, 1995; Meyer et al., 1989). Основна труднощі полягає в тому, що ці методи можуть бути ефективними лише у випадку, якщо у пацієнтів є сильні мотивації для продовження лікування, незважаючи на неприємні переживання чи власні потреби. Дійсно, методи поведінкової терапії в більшості випадків краще працюють у комбінації з біологічними або когнітивними методами (Whorley, 1996; Washton & Stone-Washton, 1990).

**Когнітивно-поведінкова терапія.**

Два загальнопоширені підходи поєднують когнітивні та поведінкові методики для того, щоб допомогти людям навчитися контролювати свою поведінку стосовно психоактивних речовин. При одному підході, ***поведінковому тренінгу навчання навичкам самоконтролю (BSCT)*** , що застосовується, зокрема, в лікуванні алкоголізму, терапевт спочатку простежує поведінку пацієнта у п'яному стані (Miller et al.; Miller, 1983). Коли пацієнт опише час, місце, емоції, фізичні прояви та інші подробиці свого пияцтва, він починає краще усвідомлювати небезпечні ситуації, в яких може напитися. Потім його навчають методам, що допомагають справлятися з такими ситуаціями. Наприклад, він вчиться обмежувати своє пияцтво, усвідомлювати допустимі межі, контролювати норму випитого алкоголю (можливо, приймаючи алкоголь невеликими дозами через певні проміжки часу або потягуючи спиртне маленькими ковтками замість того, щоб випивати залпом) та застосовувати релаксацію, а також інші із ситуаціями, в яких він інакше напився б. Приблизно 70% людей, які навчилися таким навичкам поведінки, явно демонструють певне покращення, особливо люди молодого віку та ті, хто не має фізичної залежності від алкоголю (Miller et al., 1992; Miller & Hester, 1980).

При іншому когнітивно-поведінковому підході, навчанні навичкам запобігання рецидивам, алкоголіки виконують багато тих же завдань, що і при підході BSCT (Kivlaham et al., 1990; Marlatt & Gordon, 1985, 1980). Їх також навчають планувати заздалегідь допустиму кількість алкоголю, що вони будуть пити і за яких обставин. Цей підхід іноді знижує частоту проявів інтоксикації (Hollon & Beck, 1994; Annis et al., 1989). Як і BSCT, він виявляється ефективнішим для людей, які зловживають алкоголем, ніж для тих, хто виробив фізичну залежність від нього (Meyer et al., 1989). Цей підхід також застосовується з деякою часткою успіху в лікуванні зловживань марихуаною та кокаїном (Carroll & Rounsaville, 1995; Wells et al., 1994).

***Аверзивна терапія*** *- метод лікування, заснований на принципах класичного формування умовних рефлексів, в якому людина неодноразово піддається впливу шокових факторів або інших неприємних подразників, коли він робить небажані дії, такі як прийом психоактивного препарату.*

***Поведінковий тренінг навчання навичкам самоконтролю (BSCT)*** *- когнітивно-поведінковий підхід до лікування алкогольного зловживання та залежності, при якому людину навчають контролювати свою поведінку щодо алкоголю та застосовувати методи, що допомагають справлятися з ситуаціями, які зазвичай сприяють непомірному вживанню спиртного.*

**Біологічні методи лікування**

Біологічні методи лікування використовуються для того, щоб допомогти людям позбавитися згубної звички вживати алкоголь або наркотики, не приймати їх зовсім або просто підтримувати дозу препарату на одному рівні без подальшого її збільшення. Як і в інших методах лікування, одні біологічні методи, мабуть, рідко приносять довготривале поліпшення, але вони можуть надати допомогу в комбінації з іншими методами (Cornish et al., 1995; Kleber, 1995).

***Детоксикація***

***Детоксикація*** *-* систематичне, що проводиться під медичним наглядом усунення токсичної дії лікарського засобу, алкоголю чи наркотику. Програми детоксикації здійснюються у лікарнях та клініках і можуть пропонувати також індивідуальну або групову терапію, «універсальний» підхід у лікуванні зловживань психоактивними препаратами, який знайшов широке застосування на практиці.

Один із способів детоксикації полягає в тому, що пацієнти поступово звільняються від токсичної дії психоактивного препарату, приймаючи все менші та менші дози доти, доки вони повністю не стануть від нього вільними. Інший спосіб детоксикації полягає в тому, що пацієнти приймають спеціальні препарати, які послаблюють їх абстинентні симптоми (Cornish et al., 1995; Kosten & McCance-Katz, 1995). Наприклад, іноді використовують протитривожні лікарські препарати, щоб зняти важкі абстинентні реакції.

Програми детоксикації здатні допомогти людям, які мають достатню мотивацію для того, щоб відмовитись від вживання психоактивних препаратів. Однак для людей, які не пройшли курсу психотерапії після детоксикації, висока ймовірність рецидиву (Pickens & Fletcher, 1991).

**Лікарські препарати-антагоністи**

Після того, як людина припиняє прийом психоактивної речовини, він повинен уникати того, щоб знову не почати зловживати ним і не впасти від нього залежність. В одному з біологічних методів лікування розладів, викликаних використанням психоактивних речовин, приймаються ***лікарські препарати-антагоністи,*** які усувають вплив цих речовин або надають заміщувальну дію. ***Дисульфірам (Disulfiram) (антабус),*** наприклад, часто застосовується у разі, коли людина намагається кинути пити (Landry, 1994). Саме по собі ці ліки, мабуть, мають мало побічних ефектів, проте людина, яка п'є, при прийомі дисульфіраму відчуватиме нудоту, блювання, гіперемію, прискорене серцебиття, запаморочення і, можливо, непритомний стан. Малоймовірно, що людина, яка приймає дисульфірам, вживатиме спиртне, тому що вона знає про ті жахливі реакції, які на нього чекають, зроби він хоч один ковток. Це надає дієву допомогу, але знову тільки у тому випадку, коли людина має сильну мотивацію для продовження прийому дисульфіраму (Cornish et al., 1995; Meyer et al., 1989).

Для лікування опіоїдної залежності іноді застосовують ***наркотичні антагоністи.*** Ці лікарські речовини прикріплюються до ділянок на опіоїдних рецепторах нейронів головного мозку і перешкоджають опіоїдам надавати свій звичайний вплив. Без досягнення кайфу продовження прийому наркотику стає безглуздим. Незважаючи на те, що наркотичні антагоністи надають допомогу в екстрених випадках, коли потрібно врятувати людину від передозування опіоїдів, клініцисти вважають їх надто небезпечними для постійного використання лікування опіоїдної залежності. Ці антагоністи повинні застосовуватися з обережністю через те, що вони здатні вкидати наркомана в стан важкої абстиненції (Rosen et al., 1996; Goldstein, 1994). В останні роки з'явилися так звані часткові антагоністи, застосування яких викликає менш важкі абстинентні реакції (Bickel & Amass, 1995; Kosten & McCance-Katz, 1995).

Нещодавні дослідження вказують на те, що наркотичні антагоністи також успішно можуть застосовуватися в лікуванні алкогольної та кокаїнової залежності (Nemecek, 1995). У деяких дослідженнях, наприклад, наркотичний антагоніст налтрексон (naltrexone) сприяв ослабленню потреби в алкоголі у людей, які перебувають на лікуванні від алкоголізму (O. Malley et al., 1996, 1992; Volpicelli et al., 1992). Чому наркотичні антагоністи, які, мабуть, впливають на ендорфіни головного мозку, повинні допомагати у разі алкогольної залежності, пов'язаної головним чином з активністю нейротрансмітера ГАМК? Відповідь це питання стосується центру задоволення мозку. Якщо різні препарати врешті-решт стимулюють один і той же провідний шлях у головному мозку, то доцільно очікувати, що антагоністи для одного препарату можуть з таким же успіхом надавати непрямий вплив, що підкріплює, для інших препаратів.

|  |
| --- |
| ***Морквяний сік на рок-тусовках.*** Представники державних служб та клінічні експерти заохочують вживання альтернативних напоїв тощо, які більш корисні для здоров'я та які не призводять до залежності, як алкоголь чи наркотики. Подібна альтернатива пропонується відвідувачам деяких пабів, таких як цей соковий бар у Нью-Йорку. |

***Навчання навичкам запобігання рецидивам*** — *підхід до лікування зловживання алкоголем, аналогічний методу BSCT, який, крім того, навчає людей заздалегідь планувати свою поведінку в ризикованих для тих ситуаціях і свої реакції у відповідь.*

***Детоксикація*** - *усунення токсичної дії лікарського засобу, алкоголю або наркотику, що проводиться систематично і під медичним наглядом.*

***Лікарські препарати-антагоністи*** *- лікарські препарати, які усувають дію психоактивної речовини або мають заміщувальну дію.*

***Дисульфірам (антабус)*** *– лікарський препарат-антагоніст, який застосовується для лікування зловживання алкоголем або алкогольної залежності.*

***Наркотичний антагоніст*** *- речовина, яка прикріплюється до опіоїдних рецепторів нейронів головного мозку та, у свою чергу, блокує дію опіоїдів.*

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Лише одна третина із 15 млрд. доларів, які уряд США витрачає на боротьбу з наркоманією та лікарськими зловживаннями, йде на профілактику та лікування. Чи лягає криміналізація, що відбувається навколо зловживань психоактивними речовинами, зрештою, додатковою ганебною плямою на це явище і, у свою чергу, чи вона перешкоджає проведенню ефективного лікування? |

***Лікарська підтримуюча терапія***

Спосіб життя наркоманів пов'язаний із набагато більшими небезпеками в порівнянні з тими, що викликані безпосереднім впливом наркотиків на організм людини. Багато небезпек, пов'язаних з героїновою наркоманією, наприклад, походять від передозування, нестерильних голок для уколів, і від криміналу, який супроводжує такий спосіб життя. Тому клініцисти були надзвичайно наснажені, коли в 60-ті роки для лікування героїнової наркоманії були розроблені ***програми підтримуючого лікування метадоном*** (Dole & Nyswander, 1967, 1965). У цих програмах лікування наркоманам прописувався як замінник героїну метадон. Незважаючи на те, що згодом пацієнти ставали залежними від метадону, їхня нова залежність залишалася під суворим медичним контролем. На відміну від героїну, метадон можна вживати перорально, усуваючи таким чином фактори ризику, пов'язані з уколами, а застосовувати його потрібно лише один раз протягом дня.

Спочатку програми лікування метадоном здавалися дуже ефективними і набули широкого поширення в США, Канаді та Англії (Payte, 1989). Однак вони стали менш популярними у 80-ті роки через небезпечні властивості самого метадону. Багато клініцисти переконалися, що заміна однією залежністю іншою є неприйнятним рішенням у лікуванні наркоманії, а багато хворих наркоманією скаржилися на те, що нова лікарська залежність від метадону створила проблему, яка ще більше ускладнила їх стан (Cornish et al., 1995). Справді, від метадонової залежності важче звільнитися, ніж від героїнової.

***Програма підтримує лікування метадоном*** *- підхід до лікування героїнової залежності, в якому наркоман як замінник героїну легально та під медичним наглядом приймає дози метадону, синтезованого в лабораторних умовах опіоїду.*

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Зважаючи на те, що головні фактори ризику, пов'язані з вживанням героїну, походять від передозування, нестерильних голок для уколів та кримінального способу життя, у суспільстві періодично виникають спроби легалізувати під медичним контролем використання героїну (у Великобританії) або замінника героїну (у США) для того вирішити проблему героїнової залежності. Найчастіше такі підходи недостатньо ефективні. Чому? |

Незважаючи на всі ці труднощі, останніми роками знову стало широко застосовуватися підтримуюче лікування метадоном (та іншими препаратами-замінниками, наприклад, ліво-альфа-ацетил-метадолом (Levo-Alpha-Acetyl-Methadol або LAAM) у зв'язку зі швидким поширенням ВІЛ- інфекції серед наркоманів, які практикують внутрішньовенне введення наркотиків, їх сексуальних партнерів та дітей (Cacciola et al., 1996; Cornish et al., 1995).Більше чверті всіх випадків зараження СНІДом, про які повідомлялося на початку 90-х років, були безпосередньо пов'язані з використанням наркотиків, а внутрішньовенне введення наркотиків стало основною причиною зараження СНІДом 60% дітей (Brown, 1993; NIDA, 1991). програми освіти з питань СНІДу та санітарної освіти Дослідження вказують, що програми підтримуючого лікування метадоном працюють найбільш ефективно у поєднанні з просвітою, кваліфікованою психотерапевтичною допомогою, сімейною терапією та рекомендаціями щодо трудової діяльності (McLellan et al., 1993).

**Сцени із сучасного життя**

*«Найбільша таємниця мого життя»*

В одному зі своїх шоу в січні 1995 року популярна ведуча ток-шоу Опра Вінфрі, відчуваючи сильне душевне хвилювання, зізналася в тому, що вона в середині 70-х років була фізично залежною від кокаїну. «Це найбільша таємниця мого життя, яке я довго приховувала від усіх, — сказала вона. — Мені соромно в цьому зізнаватись. Я усвідомлюю свій гріх».

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Який вплив могли б зробити визнання, подібні до того, яке зробила Опра Вінфрі, на готовність людей звернутися за допомогою в лікуванні алкоголізму та наркоманії? Чи відрізняється образ людини середнього віку, надзвичайно авторитетної, зловживає наркотичними речовинами, від образу молодшої і невідомої людини, також зловживає наркотиками? З якими проблемами можуть зіткнутися наркомани різних статей? |

**Соціокультурні методи лікування.**

Як ми розглядали раніше, прихильники соціокультурної точки зору переконані в тому, що психологічні проблеми виникають у певному соціальному оточенні, і тому вирішувати такі проблеми найкраще, використовуючи соціальні взаємозв'язки. Для лікування розладів зловживання психоактивними речовинами застосовуються три соціокультурні підходи: (1) програми самодопомоги, в яких люди, які мають залежність від таких речовин, допомагають одна одній; (2) програми, які враховують фактори культурного розвитку; та (3) громадські профілактичні програми.

***Програми самодопомоги та програми лікування та проживання***

Багато людей, які страждають на залежність від психоактивних препаратів, самоорганізуються для того, щоб допомогти один одному вилікуватися без участі лікарів. Рух за самодопомогу при наркотичній та алкогольній залежності бере початок у 1935 році, коли дві людини зі штату Огайо, які страждають на алкоголізм, зібралися, щоб обговорити можливості альтернативного лікування. Перше обговорення спричинило за собою наступні, і зрештою утворилася група самодопомоги для осіб, які страждають на алкоголізм. Члени групи обговорювали проблеми, спричинені алкоголізмом, ідеї своєї профспілки та заходи підтримки. Організація почала називатися ***Анонімні Алкоголіки*** (АА).

На сьогоднішній день АА налічує приблизно 2 мільйони членів, що перебувають у 98 000 групах, створених у США та 150 інших країнах (АА World Services, 1998). Вона надає однакову підтримку всім членам незалежно від їхнього соціального становища, але з огляду на моральні та духовні особливості кожної окремої людини для того, щоб допомогти їй подолати алкоголізм. Представники різних суспільних верств знаходять собі різні види допомоги з боку АА. Для одних це надання однакової підтримки всім членам суспільства (Galanter et al., 1990), іншим — індивідуальна підтримка духовного плану. Збори відбуваються регулярно, а члени товариства мають можливість допомагати один одному 24 години на добу.

Даючи повчання з приводу способу життя, організація допомагає своїм членам утримуватися від алкоголю за «одним днем», спонукаючи їх прийняти як факт ідею того, що вони повинні кинути пити зовсім і назавжди, якщо збираються жити нормальним життям. Споріднені організації самодопомоги Аль-Анон (А l-Anon) і Алатін (Alateen) пропонують підтримку людям, які живуть з алкоголіками і здійснюють догляд за ними. Також отримали розвиток програми самодопомоги для людей, які зловживають наркотиками, такі як Анонімні Наркомани та Анонімні Кокаїнові Наркомани.

Багато програм самодопомоги, таких як Daytop Village і Phoenix House, перетворилися на ***центри лікування та проживання,*** або терапевтичні громади, де люди, які раніше мали алкогольну або наркотичну залежність, живуть, працюють і спілкуються в оточенні, вільному від наркотиків або алкоголю, під час проходження курсу індивідуальної, групової чи сімейної терапії, поступово повертаючись до нормального життя в суспільстві (Landry, 1994).

Доказом того, що програми самодопомоги та програми лікування та проживання працюють, служать головним чином особисті подяки від людей, які пройшли лікування за допомогою цих програм. Десятки тисяч людей зізналися, що вони беруть участь у таких програмах лікування і вірять, що з їх допомогою вони змінять своє життя (Gleick, 1995; Galanter et al., 1990). Регулярно проведені вивчення даних програм зробили сприятливі висновки щодо їх ефективності, але ці дослідження мали місце деякі кількісні обмеження (Watson et al, 1997).

***Анонімні Алкоголіки (АА)*** *— організація самодопомоги, яка надає підтримку та дає поради та рекомендації людям, які зловживають алкоголем або залежать від нього.*

***Центр лікування та проживання*** *– місце, де люди, раніше залежні від алкоголю чи наркотиків, живуть, працюють та спілкуються в оточенні, вільному від алкоголю та наркотиків, також називається терапевтичною громадою.*

***Програми, які враховують фактори культурного розвитку***

Багато людей, які зловживають психоактивними речовинами, живуть у злиднях і зустрічаються у своєму житті з насильством і жорстокістю (NIDA, 1990). На сьогоднішній день зростає кількість лікувальних програм, які прагнуть враховувати вплив факторів соціального та культурного розвитку на тих людей, які зловживають алкоголем або наркотиками, які перебувають у тяжкому матеріальному становищі, не мають вдома або є представником етнічних меншин (Gottfredson & Koper, 1996; Deit Solit, 1993). Уважне ставлення до життєвих проблем кожної окремої людини може бути найкращим захистом проти стресів, які змушують людей знову вдаватися до пияцтва чи наркоманії.

|  |
| --- |
| ***Зміна іміджу.*** Різні люди у різних місцях нині використовують принцип програм самодопомоги на вирішення проблем алкогольної чи наркотичної залежності. Байкери, які дотримуються тверезих поглядів на життя, зустрічаються на Драй Галч, своєму улюбленому місці у місті Сан-Паулу, штат Міннесота. |

Подібним чином, терапевти стали усвідомлювати, що жінки потребують методів лікування, відмінних від методів лікування, призначених для чоловіків (Lisansky-Gamberg, 1993). Наприклад, жінки та чоловіки мають відмінні одна від одної фізичні та психологічні реакції на психоактивні препарати (Hamilton, 1991). Крім того, проведення лікування жінок, які зловживають психоактивними речовинами, може ускладнюватися тим, що потрібно враховувати, наприклад, наслідки, викликані образами сексуального характеру, яким могла зазнавати жінка, або те, що жінка могла завагітніти, коли приймала ці засоби, слід враховувати також стресові. фактори, пов'язані з вихованням дітей, та страх жінок перед кримінальною відповідальністю за зловживання психоактивними препаратами під час вагітності (Thompson & Kingree, 1998; Cornish et al., 1995). Таким чином, багато жінок з такими розладами почуваються спокійніше, віддаючи перевагу тим лікувальним закладам, де їм надають допомогу, враховуючи саме жіночі проблеми, або програмам лікування з проживанням, призначеним спеціально для жінок; у деяких програмах також передбачається проживання дітей разом зі своїми одужуючими матерями (Copeland & Hall, 1992; DeAngelis, 1992).

***Громадські профілактичні програми***

Можливо, найбільш ефективним підходом у лікуванні розладів, спричинених зловживанням психоактивними речовинами, має бути їх профілактика (Anthony et al., 1995; Kleber, 1995). Найперші профілактичні заходи проводять у школах. На сьогоднішній день програми профілактики також здійснюються за місцем роботи, в активістських центрах та інших громадських організаціях, а також через засоби масової інформації (Guild & Lowe, 1998). Одні профілактичні програми виступають за повну відмову від вживання психоактивних препаратів, тоді як інші програми навчають відповідального вживання. Деякі програми вимагають припинення застосування психоактивних речовин; інші націлені те що, щоб відстрочити вік, у якому починаються перші експерименти з такими речовинами. Програми можуть відрізнятися в тому, які освітні заходи вони проводять з профілактики наркоманії та алкоголізму, які альтернативи замість вживання психоактивних препаратів вони пропонують, який вплив ці програми мають на психологічний стан потенційних наркоманів та алкоголіків, який вплив вони впливають на взаємини людей одного соціального кола.

Профілактичні програми можуть бути розраховані на окрему людину (наприклад, просвітлюючи її щодо шкідливих наслідків застосування психоактивних препаратів), на сім'ю (шляхом залучення та навчання батьків), на людей одного соціального кола (шляхом навчання способам опору тиску з боку свого соціального оточення), на школу (встановлюючи суворі заходи покарання використання психоактивних препаратів) чи суспільство загалом (шляхом організації публічних виступів, як-от кампанія «Просто Скажи Нет»). Найефективніші профілактичні зусилля докладаються у різних напрямах у тому, щоб створити загальну програму, що є послідовне керівництво про вплив зловживань психоактивними речовинами попри всі сфери життя ( NIDA, 1991). Розробляються навіть спеціальні програми профілактики для дітей дошкільного віку (Hall & Zigler, 1997; Oyemade, 1989).

**Резюме**

Для лікування зловживань психоактивними препаратами та залежності від них використовуються найрізноманітніші методи. Зазвичай застосовується комбінація кількох методів лікування.

Психодинамічні методи лікування спрямовані на те, щоб допомогти пацієнтам усвідомити та скоригувати лежачі в основі впливу психологічного характеру, під впливом яких вони, можливо, використовують психоактивні препарати. Одним із найбільш поширених методів терапії поведінки є аверсивна терапія, в якій прийом психоактивного препарату, що викликає зловживання, супроводжується дією неприємного подразника. Когнітивні та поведінкові способи лікування об'єднані у таких підходах, як самоконтрольоване навчання навичкам поведінки (BSCT) та навчання навичкам запобігання рецидивам. Біологічні методи лікування включають детоксикацію, лікарські препарати-антагоністи, та лікарську підтримуючу терапію. Соціокультурні методи лікування розглядають розлади, спричинені використанням психоактивних речовин у соціальному контексті, застосовуючи такі підходи до лікування, як групи самодопомоги, наприклад, Анонімні Алкоголіки; методи лікування, які враховують фактори культурного розвитку; та громадські профілактичні програми.

**Крупним планом**

*Контрольоване використання психоактивних препаратів у порівнянні з повною помірністю*

Чи є повна відмова єдиною мірою боротьби зі зловживаннями психоактивними речовинами, чи люди, які страждають на ці розлади, можуть навчитися контролювати вживання таких препаратів? Суперечки з цього питання тривають багато років і особливо розгоряються, коли під психоактивним речовиною розуміється алкоголь (Manning, 1996; Sleek, 1995).

Прихильники когнітивно-біхевіористської точки зору вважають, що люди можуть продовжувати вживати спиртне в помірних кількостях, якщо навчаться встановлювати для себе відповідні обмеження. Вони доводять, що сувора помірність може насправді призвести до повної втрати самоконтролю, якщо людина зробить хоча б один ковток (Peele, 1989; Heather et al., 1982). На противагу цьому ті, хто розглядає алкоголізм як хворобу, займають позицію Анонімних Алкоголіків: «одного разу алкоголік — завжди алкоголік», і доводять, що рецидив, найімовірніше, відбувається в тому випадку, коли людина, яка страждає на алкоголізм, упевнена в тому, що може без ризику собі зробити один ковток спиртного (Pendery et al., 1982). Це переконання, що вводить в оману, якого дотримується людина, рано чи пізно повертає його до неконтрольованого пияцтва.

Емоції, що виникають під час обговорення цього питання, знаходять настільки сильне вираження, що прибічники однієї погляду іноді ставлять під сумнів мотиви і чесність тих, хто дотримується протилежної думки (Sobell & Sobell, 1984, 1976, 1973; Pendery et al., 1982). Дослідження вказують, однак, що як контрольоване вживання спиртного, так і помірність можуть виявитися корисними в процесі лікування, що залежить від індивідуальних особливостей особистості та проблем приватного характеру, пов'язаних з вживанням алкоголю. Відповідно до проведених досліджень висловлюється припущення про те, що помірність більш прийнятна для тих, у кого є алкогольна залежність тривалого характеру, тоді як контрольоване вживання спиртного може допомогти тим, хто п'є нещодавно і у кого ще не виникла фізична залежність від алкоголю. . Останнім, насправді, треба навчитися вживати алкоголь, не зловживаючи ним (Peele, 1992; Marlatt, 1985). За допомогою досліджень також було встановлено, що помірність найбільш прийнятна для тих, хто переконаний у тому, що саме відмова від вживання алкоголю є для них єдиним рішенням проблеми (Rosenberg, 1993). Для таких людей існує велика ймовірність рецидиву після одного випитого ковтка спиртного.

Зазвичай для людей, які страждають на алкоголізм, як помірність, так і контрольоване вживання спиртного являють собою значну труднощі (Watson, 1987). Незважаючи на те, що лікування допомагає їм на якийсь час досягти покращення, більшість із них знову повертаються до пияцтва. Спостереження за 110 пацієнтами, які успішно пройшли курс лікування від алкоголізму, встановили, що через 30 років після лікування 20% вживали алкоголь у помірних кількостях, 34% повністю утримувалися від спиртного, а інші продовжували сильно пити (Vaillant, 1983). Інші дані щодо перспектив лікування від алкоголізму також є досить похмурою картиною (Peele, 1989; Emrick & Hansen, 1983). Така статистика служить суворим нагадуванням про те, що зловживання психоактивними речовинами і залежність від них залишається для суспільства найдовшою за своїм характером і важкою проблемою.

**Підбиваючи підсумки.**

У певному відношенні загальна картина зловживань психоактивними препаратами нині та сама, що у минулому. Використання психоактивних препаратів, як і раніше, широко поширене і, як і раніше, є причиною проблем психологічного характеру, що завдають великої шкоди суспільству. Продовжують з'являтися нові препарати, і люди, які їх застосовують, пройшли через періоди наївної впевненості в тому, що вони безпечні. Не відразу прийшло розуміння того, що ці препарати також мають небезпечні властивості. А методи лікування розладів зловживання психоактивними речовинами працюють недостатньо ефективно.

Проте у загальній картині можна назвати суттєві зміни. Вчені приступили до розробки більш чіткого уявлення про те, яким чином психоактивні препарати, наркотики та алкоголь впливають на мозок та організм людини. У лікуванні задіяні такі форми, як групи самодопомоги та реабілітаційні програми. Також широко впроваджується у практику просвітництво з питань профілактики, що змушує людей замислюватися над тими небезпеками, з якими пов'язане зловживання психоактивними препаратами, що також вносить, мабуть, деякі відмінності у загальну картину.

Одним із доказів на користь покращення загального стану справ є те, що дослідники та клініцисти шукають точки дотику між своїми власними розробками та іншими моделями. Такий інтегрований підхід надає нові можливості у вивченні та лікуванні розладів, викликаних використанням психоактивних речовин, так само, як інтегровані підходи знаходять успішне застосування у лікуванні інших психологічних проблем.

|  |
| --- |
| ***Перед******тим, як усе почнеться.*** Програми профілактики, розраховані різні соціальні групи, часто-густо призначаються дуже малим дітям. Тут діти дають обіцянку на День Червоної Стрічки не вживати психоактивних препаратів, випускаючи з рук повітряні кульки. |

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** 80% опитаних повідомили, що рекламна кампанія "Друзі, не дозволяйте своїм товаришам сідати за кермо в п'яному вигляді" змусила їх суворіше ставитися до того, щоб не допускати до керування автомобілем людей у нетверезому стані (Advertising Council and Caravan Opinion Research, 1995). |

Можливо, найважливіше розуміння просування вперед з урахуванням цих інтегрованих зусиль у тому, що вже створено кілька моделей, які працюють у правильному напрямі. Тиск, що чиниться з боку соціального оточення; особи, схильні до зловживання алкоголем чи наркотиками; самовинагороди та генетичні схильності, все це пропонується різними теоретичними моделями як основні причини виникнення зловживань психоактивними речовинами, кожна з цих причин, мабуть, відіграє роль у виникненні зловживань, і всі ці фактори можуть діяти в сукупності. Наприклад, у деяких людей можлива спадкова дисфункція центру задоволення головного мозку, у зв'язку з чим їм потрібна додаткова зовнішня стимуляція, скажімо, у вигляді проявів зайвої емоційності у взаєминах з людьми, у вигляді споживання великих кількостей певних продуктів харчування, алкоголю чи наркотиків, щоб стимулювати свій центр задоволення. Те, що люди розраховують на зовнішні джерела для стимуляції свого центру задоволення, може згодом призвести до виникнення у них алкогольної чи наркотичної залежності. Особливо у таких людей проявляється схильність до вживання наркотиків, зокрема коли серед соціального оточення, в якому вони знаходяться, поширене вживання наркотичних речовин, або в тому випадку, коли вони стикаються у своєму житті з проблемами особистого та громадського характеру.

Оскільки кожна модель виявляє важливі фактори, які відіграють роль у виникненні розладів, викликаних використанням психоактивних речовин, вона може зробити значний внесок у лікування цих розладів. Методи, запропоновані на лікування цих розладів, працюють ефективніше у разі, коли застосовується комбінація методів, розроблених у межах різних моделей, таким чином, найпродуктивнішим підходом у лікуванні виявляється об'єднання різних методів.

Останні висновки обнадіюють. Проте продовжує знаходити застосування величезна кількість різноманітних психоактивних препаратів, та його кількість дедалі більше. Майже щодня з'являються нові препарати та його комбінації. А разом з цим виникають нові проблеми, нові питання та необхідність нових досліджень та розробок нових методів лікування. Можливо, найкорисніший урок, який можна отримати зі всього сказаного, полягає в старій істині: ніщо не дається даремно. За задоволення, отримані від використання психоактивних речовин, людина розплачується ціною проблем психологічного та біологічного характеру, причому деякі з цих проблем залишаються досі невивченими.

**Ключові терміни**

Лікарський засіб, препарат

Психоактивна речовина

Інтоксикація

Галюциноз

Зловживання психоактивними речовинами

Залежність від психоактивної речовини

Адиктивна поведінка

Толерантність

Абстиненція

Депресант

Алкоголь

Етиловий спирт

ГАМК

Перетворення внаслідок метаболізму

Алкоголізм

Алкогольний делірій, delirium tremens (DT's)

Цироз

Корсаківський синдром

Конфабуляція

Седативно-снодійний лікарський засіб

Барбітурати

Ретикулярна формація

Бензодіазепіни

Опіат

Опій

Морфін

Героїн

Метадон

Наркотик

Кодеїн

Стан підйому або збудження

Ендорфін

Стимулятор

Кокаїн

Дофамін

Кокаїнова інтоксикація

Психотичний розлад, спричинений прийомом кокаїну

«Ломка»

Метод отримання вільної основи

Крек

Внутрішньоутробний кокаїновий синдром

Амфетамін

Галюциноген

ЛСД (діетиламід лізергінової кислоти)

Ерго-алкалоїди

Синестезія

«Спалах минулого» (флешбек)

Cannabis sativa - "конопля корисна"

Наркотичні препарати групи канабіс

Гашиш

Маріхуана

Тетрагідроканнабінол (ТГК)

Інтоксикація, спричинена препаратами групи канабіс

Полінаркоманія

Синергічний ефект

Особа, що зловживає психоактивними речовинами

Підкріплення (формування умовного рефлексу)

Класичне обумовлення

Дофамії-2 (D2) рецепторний ген

Центр задоволення головного мозку

Синдром дефіциту задоволення

Аверзивні прийоми поведінкової терапії

Прихована сенситизація

Альтернативна поведінка

Тренінг навчання навичкам самоконтролю (BSCT)

Тренінг запобігання рецидивам

Детоксикація

Лікарський препарат-антагоніст

Дисульфірам (антабус)

Наркотичний антагоніст

Частковий антагоніст

Налтрексон

Програма підтримуючого лікування метадоном

Програма самодопомоги

Анонімні Алкоголіки (АА)

Центр лікування та проживання

Терапевтична громада

Програма, яка враховує фактори культурного розвитку

Громадська профілактична програма

**Контрольні питання**

1. Яким чином алкоголь впливає на мозок та організм у цілому? Які проблеми та небезпеки виникають у зв'язку зі зловживанням алкоголем?

2. Опишіть характерні особливості зловживання барбітуратами та бензодіазепінами та пов'язані з цим проблеми?

3. Порівняйте різні опіати (опій, героїн, морфін та кодеїн). Які небезпечні наслідки можуть виникнути внаслідок їх використання, особливо героїну?

4. Назвіть та порівняйте два види препаратів-стимуляторів. Опишіть їх біологічну дію та небезпечні наслідки, викликані кожним із цих препаратів.

5. Чому використання кокаїну викликає в останні роки великі проблеми?

6. У чому проявляється ефект використання галюциногенів, особливо ЛСД?

7. У чому проявляється ефект використання марихуани та інших препаратів групи канабіс? Чому марихуана сьогодні стала небезпечнішою, ніж 25 років тому?

8. Які специфічні проблеми виникають під час використання цілого ряду психоактивних речовин?

9. Опишіть основні точки зору, які пояснюють причини виникнення розладів, викликаних використанням психоактивних речовин. Наскільки добре підтверджуються пояснення щодо цих позицій?

10. Які основні методи застосовують у лікуванні даних розладів? Наскільки вони ефективні?

**Розділ 11. Сексуальні розлади та розлади статевої ідентифікації.**

*Роберт, чоловік 57 років, звернувся до фахівця-сексолога разом зі своєю дружиною, бо перестав випробовувати ерекцію. Раніше з ерекцією у нього було все гаразд, але одного разу, за шість місяців до візиту до лікаря, після вечері в ресторані вони з дружиною спробували зайнятися сексом. Роберт пропустив кілька стаканчиків віскі, і дружина пояснила невдалу спробу досягти ерекції тим, що він був «навеселі». Проте за кілька днів Роберт стривожився і вирішив, що, мабуть, він стає імпотентом. Коли вони наступного разу лягли в ліжко, Роберт не збудився, він постійно спостерігав за собою і перевіряв, чи не почалася ерекція. І знову він нічого не відчув і у подружжя зіпсувався настрій. Протягом наступних кількох місяців у нього, як і раніше, не виникала ерекція. Дружина Роберта дуже засмучувалась, відчувала невдоволення і звинувачувала чоловіка в тому, що він завів коханку або більше не вважає її привабливою. Роберт подумав, що старіє, чи що причина того, що відбувається, — у ліках від підвищеного тиску, які він приймав цього року. До того моменту, коли подружжя прийшло до лікаря, вони вже більше двох місяців не спали разом (LoPiccolo, 1992, р. 492).*

Секс - основна тема наших думок та розмов (Becker & Segraves, 1995). У розвитку особистості сексуальне бажання грає ключову роль, секс впритул пов'язаний із задоволенням основних потреб та впливає на самооцінку. Більшість із нас цікавляться проявом патологічних форм сексуальної поведінки і всіх нас хвилює, наскільки нормальними є прояви нашої власної сексуальності.

Існує два типи сексуальних розладів: сексуальні дисфункції та перверсії. Люди із сексуальними дисфункціями не виявляють нормального сексуального реагування. Роберт, наприклад, страждає на порушення ерекції, він не досягає ерекції і не може підтримати її під час сексуальної взаємодії. Люди, схильні до різного роду парафіліям (перекрученням, перверсіям), відчувають постійні і сильні сексуальні імпульси в таких ситуаціях або по відношенню до таких об'єктів, які всім іншим здаються невідповідними. Люди, схильні до парафілій, фантазують про заняття сексом із цими об'єктами чи висловлюють свої імпульси у відповідному вчинку. Їх можуть порушувати заняття сексом із дитиною чи демонстрація своїх геніталій незнайомим людям. Крім цих сексуальних розладів зустрічається і розлад статевої ідентифікації, він безпосередньо відноситься до статевої приналежності людини, коли хворий ототожнює себе з іншою статтю.

**Сексуальні дисфункції.**

Сексуальні дисфункції - це розлади, при яких люди не виявляють природних сексуальних реакцій і зазнають труднощів при сексуальній взаємодії або не отримують задоволення від сексу. Як правило, такі дисфункції завдають людині страждання, хворий зазнає фрустрації чи почуття провини, його самооцінка знижується, виникають проблеми у міжособистісному спілкуванні.

Багато хто страждає від кількох дисфункцій одночасно. Ми опишемо найхарактерніші сексуальні дисфункції гетеросексуальних пар. Ці спостереження відносяться і до гомосексуальних пар, оскільки у них виявляються ті ж дисфункції, до яких застосовується приблизно та сама техніка лікування (LoPiccolo, 1995).

Сексуальне реагування людини представляє цикл із чотирьох фаз: потяг, збудження, оргазм та задоволення (дозвіл) (рис. 11.1). Сексуальні дисфункції впливають перші три фази циклу. Задоволення складається з простої релаксації та ослаблення збудження після оргазму. Деякі люди все життя борються із сексуальною дисфункцією; в інших випадках буває, що нормальне сексуальне функціонування передує появі дисфункції. Іноді дисфункція виникає у всіх сексуальних ситуаціях, інколи ж пов'язана лише з окремими випадками (АРА, 1994).

**Розлад фази потягу.**

Фаза потягу в циклі сексуального реагування включає спонукання займатися сексом, сексуальні фантазії та сексуальний потяг до партнера. Дві дисфункції — знижений сексуальний потяг і сексуальна огида — впливають порушення фази потягу. Як приклад можна навести пацієнтку на ім'я місіс Брайертен, яка відчувала обидва типи таких сексуальних розладів.

*Містер і місіс Брайертен одружені вже 14 років і у них троє дітей віком від 8 до 12 років.*

*До весілля вони лише двічі займалися сексом, і майбутня місіс Брайертен приходила в сильне збудження від поцілунків та петтингу, причому їй здавалося, що вона використовувала всю свою привабливість, щоб «спокусити» нареченого. Ці два епізоди викликали у ній сильне почуття провини; під час медового місяця наречена почала думати про секс як про обов'язок, який не може подобатися. Незважаючи на те, що місіс Брайертен періодично пасивно погоджувалася займатися сексом, вона майже не відчувала спонтанного потягу. Вона ніколи не мастурбувала, ніколи не досягала оргазму і вважала всі інші види сексу, наприклад, оральний, неприємними. Крім того, вона мучилася від фантазій про те, що її родичі, якби дізналися про таку поведінку, нізащо б її не схвалили.*

*Місіс Брайертен майже повністю впевнена, що жодна жінка старшого покоління, яку вона поважає, не отримує задоволення від сексу і, незважаючи на «нову моду» на сексуальність, лише брудні, грубі жінки поводяться «як тварини». Через такі уявлення вона регулярно, але рідко займалася з чоловіком сексом, у кращому випадку послужливо піддавалася чоловікові, і такий секс не приносив задоволення ні їй, ні дружині. Варто місіс Брайертен випробувати почуття, близьке до сексуального збудження, як відразу їй на думку приходять незлічені негативні думки, наприклад: «Хто я — повія, чи що?», «Якщо я відчуватиму щось подібне, то він захоче сексу ще частіше » або «Як я можу дивитися на себе в дзеркало після цього?». Такі думки майже неминуче супроводжуються охолодженням та несприйнятливістю до чуттєвих задоволень. В результаті секс не приносить їй жодної радості. Місіс Брайертен користується будь-яким приводом, втомою чи зайнятістю, щоб раціонально обґрунтувати своє небажання займатися сексом.*

*Проте сама місіс Брайертен ставить запитання: «Можливо, я не цілком нормальна?» (Spitzer et al., 1994, р. 251.)*

***Сексуальна дисфункція*** *- розлад, при якому людина не здатна нормально функціонувати в деяких фазах циклу сексуального реагування.*

***Фаза потягу*** *- фаза циклу сексуального реагування, що складається із сексуального імпульсу, сексуальних фантазій та сексуального потягу до інших людей.*

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** У фільмі «Енні Холл» психотерапевт головної героїні запитує, як часто вона та її приятель Елві Сінгер займаються сексом. У цей же час на іншому кінці міста терапевт Елві ставить йому те саме питання. Елві відповідає: "Дуже рідко, може бути три рази на тиждень", а Енні відповідає: "Постійно, я б сказала, три рази на тиждень". |

***Розлад зниженого сексуального потягу*** *- розлад, спричинений нестачею інтересу до сексу.*

**Малюнок 11.1. Цикл нормального сексуального реагування** Дослідники виявили схожу послідовність фаз у чоловіків та жінок. Іноді все ж таки жінки не відчувають оргазму; у разі фаза задоволення менш раптова. Деколи жінки переживають два і більше оргазму поспіль до фази задоволення. (Adapted from Kaplan, 1974; Masters & Johnson, 1970, 1966.)

Знижений сексуальний (статевий) потяг — брак інтересу до сексу, що призводить до низького рівня сексуальної активності (див. список з довідника DSM-IV у Додатку). Коли людина зі зниженим сексуальним потягом таки займається сексом, він або вона поводяться цілком нормально або навіть відчувають задоволення. Незважаючи на те, що в нашій культурі часто зображують чоловіків, які завжди хочуть займатися сексом, якщо вони мають таку можливість, близько 15% чоловіків відчувають знижений сексуальний потяг (LoPiccolo, 1995; Rosen & Leiblum, 1995), і за останнє десятиліття кількість чоловіків, які користуються послугами терапевтів, значно побільшало. Знижений сексуальний потяг виявляється у 20-35% жінок (LoPiccolo, 1995; Rosen & Leiblum, 1995).

У довіднику DSM-IV відсутність або втрата статевого потягу визначається як "недолік або відсутність сексуальних фантазій і бажань займатися сексом", однак у довіднику не вказується конкретно, який рівень вважається "недостатнім" (LoPiccolo, 1995). В одному дослідженні щасливих одружених пар подружжя попросили відповісти, як часто вони займаються сексом. Багато хто з них — 93% сказали, що вони хочуть займатися сексом принаймні раз на тиждень. Близько 85% відзначили, що хочуть займатися сексом кілька разів на тиждень чи більше. На підставі цього опитування сексуальний потяг може вважатися зниженим, тільки коли людина виявляє бажання займатися сексом менше одного разу на два тижні (LoPiccolo & Friedman, 1988). Багато людей виявляють нормальний сексуальний інтерес і збудження (мал. 11.2), проте їх спосіб життя такий, що вони не прагнуть сексуальних взаємин. Такі люди не виявляють зниженого сексуального потягу.

Люди з сексуальною огидою вважають секс неприємним або відразливим (див. список у довіднику DSM-IV). Сексуальні пропозиції викликають у них нудоту, огиду чи лякають. Деяких відштовхують окремі аспекти сексу, наприклад, введення пеніса у вагіну; інші відчувають загальну огиду до будь-яких сексуальних стимулів, у тому числі до поцілунків та дотиків. Відраза до сексу досить рідко зустрічається у чоловіків і більше поширена у жінок.

**Малюнок 11.2. Нормальна структура жіночих статевих органів під час злягання.** Під час кожної фази циклу сексуального реагування відбуваються зміни у геніталіях жінки. (Adapted from Hyde, 1990, p. 200.)

Сексуальний потяг обумовлюється поєднанням біологічних, психологічних і соціокультурних факторів і може бути ослаблений будь-яким з них (Beck, 1995; Rosen & Leiblum, 1995). Найчастіше знижене сексуальне бажання чи сексуальне огиду викликано головним чином соціокультурними і психологічними чинниками, проте біологічні умови можуть у значною мірою послабити потяг (Kresin, 1993).

***Сексуальна огида*** - *розлад, що характеризується огидою до сексу і прагненням до ухилення від статевої активності.*

***Біологічні причини***

У прояві статевого потягу та у сексуальній поведінці важливу роль відіграють гормони. Відхилення рівня гормонів може послабити потяг (Beck, 1995; Rosen & Leiblum, 1995). Як у чоловіків, так і у жінок на зниження сексуального потягу впливає підвищений рівень пролактину, низький рівень тестостерону та різкі відхилення рівня жіночого сексуального гормону естрогену. Так, знижений сексуальний імпульс, зокрема, пов'язаний з високим рівнем естрогену, що міститься в деяких протизаплідних таблетках, і навпаки – з низьким рівнем естрогену у жінок у період після менопаузи та одразу після пологів. Тривале захворювання також може знизити потяг (Schiavi et al., 1995; Kresin). Хвороба може безпосередньо знизити сексуальний імпульс або спричинити стрес, біль та подальшу депресію, що часом також відбивається на сексуальному житті.

Сексуальний драйв може знизитися через застосування знеболювальних засобів, психотропних речовин та заборонених наркотиків, таких як кокаїн, марихуана, амфетаміни та героїн (Beck, 1995; Segraves, 1995). Алкоголь іноді посилює сексуальний драйв, що знаходиться на низькому рівні, оскільки послаблює заборони, однак якщо людина і так сильно збуджена, то алкоголь може послабити збудження (Roehrich & Kinder, 1991). Незважаючи на багатовікові пошуки, людям не вдалося знайти справжній афродизіак, речовина, що посилює сексуальне бажання (Henderson, Boyd & Whitmarsh, 1995; Bancroft, 1989).

***Психологічні причини***

Загальне посилення тривоги чи гніву може послабити сексуальний потяг як і чоловіків, і жінок (Beck & Bozman, 1996; Bozman & Beck, 1991). Теоретики відзначають, що у людей зі зниженим статевим потягом і сексуальною огидою часто зберігаються певні установки, страхи або спогади, які і призводять до дисфункції, наприклад уявлення про те, що секс аморальний чи небезпечний (LoPiccolo, 1995). Інші люди настільки бояться втратити контроль своїх сексуальних імпульсів, що пригнічують їх, а деякі жінки панічно бояться вагітності.

Певні психологічні розлади можуть призвести до зниження сексуального потягу та сексуальної огиди. Навіть слабкий рівень депресії може вплинути на статевий потяг, а деяким людям, які страждають нав'язливими станами та фобіями, вкрай неприємний будь-який фізичний контакт із чужим тілом.

|  |
| --- |
| «Людина — єдина тварина, яка червоніє або відчуває потребу червоніти». - Марк Твен |

***Соціокультурні причини***

Установки, страхи та психологічні розлади, що визначають знижений статевий потяг та сексуальну огиду, формуються у певному соціальному контексті і, таким чином, деякі соціокультурні фактори також спричиняють розлади. Багато пацієнтів зі зниженим сексуальним імпульсом стикаються з тиском ситуації — вони переживають розлучення, смерть у ній, втрату роботи чи стреси на роботі, безпліддя, вагітність (Burns, 1995; Letourneau & O' Donohue, 1993). В інших людей можуть виникнути проблеми у взаєминах (LoPiccolo, 1997; Beck, 1995). Найчастіше втрачають сексуальний інтерес люди, у яких склалися нещасливі взаємини у парі — партнери не відчували потягу один до одного або один із них відчував власну безпорадність та домінування іншого. Але навіть у щасливих пар, якщо один із партнерів виявляється невмілим та неенергійним коханцем, то інший перестає цікавитися сексом. Іноді партнери відрізняються потреби в близькості. Той партнер, кому потрібно більше особистого простору, може відчувати знижений сексуальний потяг, таким чином зберігаючи дистанцію (LoPiccolo 1997, 1995).

Культурні стандарти також готують ґрунт для ослаблення статевого потягу або формують сексуальну огиду. Деякі чоловіки приймають подвійний стандарт нашої культури і тому не відчувають сексуального потягу до жінки, яку люблять та поважають. Чоловік може втратити сексуальний інтерес до своєї дружини після того, як вона народить першу дитину, оскільки вона не може уявити собі матір як сексуально привабливу жінку. Крім того, оскільки в нашому суспільстві сексуальна привабливість прирівнюється до юності, багато старіючих чоловіків і жінок втрачають інтерес до сексу і з віком їхній образ «я» стає менш яскравим і потяг до партнера йде на спад (LoPiccolo, 1995).

Травма після сексуального нападу або зґвалтування найчастіше викликає установки та спогади, що призводять до сексуальних дисфункцій. Сексуальна відраза дуже часто зустрічається у жертв згвалтувань і може зберігатися протягом декількох років і навіть десятиліть (Jackson et al., 1990; McCarthy, 1990). Коли людина під час занять сексом раптово згадує напад на нього, це призводить до екстремального прояву дисфункцій.

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Деякі теоретики вважають, що недавнє збільшення кількості чоловіків, які лікуються від зниженого сексуального потягу, може бути зумовлено впливом фемінізму (LoPiccolo, 1995). Які чинники можуть бути причиною цього взаємозв'язку? |

**Розлади фази збудження.**

Фаза збудження у циклі сексуального реагування характеризується змінами в області тазу, загальним фізичним збудженням, посиленим серцебиттям, напругою м'язів, підвищенням артеріального тиску та прискореним диханням. У чоловіків кров приливає до тазу та викликає ерекцію пеніса; у жінок у цій фазі відбувається набухання клітора та малих статевих губ та зволоження вагіни. Дисфункції фази збудження - це розлад статевого збудження жінок (фригідність) та еректильне розлад у чоловіків (імпотенція).

***Розлади, пов'язані із сексуальним збудженням у жінок***

У жінок, схильних до розладу статевого збудження, під час занять сексом постійно перестає виділятися мастило або не набухають геніталії (див. список з довідника DSM-IV). Зрозуміло, більшість цих жінок відчувають також розлад оргазму та інші сексуальні дисфункції (Segraves & Segraves, 1991). У різних дослідженнях неоднозначно оцінюється поширеність розладу сексуального збудження, проте більшість із вчених погоджуються, що більше 10% жінок страждають від цього типу порушень (Laumann et al., 1994; Rosen et al., 1993) Оскільки нестача сексуального збудження у жінок часто пов'язується з порушенням оргазму, дослідники зазвичай вивчають та пояснюють ці дві проблеми разом. Ми також розглянемо причини обох проблем, коли звернемося до порушень оргазму у жінок.

**Крупним планом**

*Цей поцілунок обговорювала вся Америка*

У вересні 1996 року 6-річний Джонатан Приветт повернувся додому зі школи в Лексінгтоні, Північна Кароліна, і зізнався матері, що має неприємності. Що він зробив? Він не бився і не виявив неповагу до вчителя. Місіс Приветт просто не повірила, коли їй сказали, що її сина Джонатана звинуватили у сексуальному переслідуванні, бо він поцілував іншого хлопчика в щоку, і за це на день усунули від занять. У школі пізніше пояснили, що своїм поцілунком він порушив правило про те, що не можна, щоб один учень чіпав іншого без жодної причини.

Того дня фотографія маленького Джонатана з'явилася у всіх провідних газетах країни. Всюди люди цікавилися, як можна було звинуватити шестирічну дитину в такому серйозному злочині. Зі свого боку, Джонатана, мабуть, збентежило відсторонення від занять — і він сумував трохи більше, ніж звичайно, бо пропустив шкільне свято і залишився без морозива.

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Чи здатна шестирічна дитина зрозуміти, що означає без дозволу поцілувати однокласника? Коли шкільна адміністрація настільки бурхливо реагує на поведінку, яку дорослий може розцінити як сексуальну, можливо, вона в такий спосіб навчає дитину та інших юних спостерігачів, що секс — брудне заняття, небажане і навіть небезпечне? Чи справді неправильне вживання терміна «сексуальне переслідування» для вчинку маленької дитини принижує значення самої проблеми і має на увазі, що і у дорослих, і у підлітків сексуальні переслідування настільки ж невинні? |

***Порушення чоловічої ерекції***

Чоловіки з порушенням ерекції (еректильним розладом) постійно не досягають ерекції або у них зникає ерекція під час занять сексом (див. список із довідника DSM-IV). З цією проблемою стикається близько 10% чоловічого населення, зіткнувся з нею і Роберт, випадок якого ми описували на початку глави (Feldman et al., 1994). Карлос Домера — ще один чоловік із такими ж порушеннями.

*Карлос Домера — 30-річний кравець, який приїхав до США з Аргентини віком 22 роки. Він одружений з американкою Філліс, своєю ровесницею. Дітей вони не мають. Проблема містера Домера полягала в тому, що він уже рік не міг займатися сексом через відсутність ерекції. Протягом останніх п'яти місяців він уникав сексуальних контактів зі своєю дружиною, а дві спроби зайнятися коханням виявилися невдалими, ерекція так і не настала.*

*Ця пара розлучилася місяць тому за взаємною згодою, причиною розлучення стала напруженість, що оточувала їх сексуальні стосунки, та взаємний дискомфорт. Обидва вони зізналися, що люблять і турбуються одне про одного, проте серйозно сумніваються, що зможуть вирішити свої сексуальні проблеми.*

*Містер Домера слідував стереотипу "пристрасного латиноамериканського коханця-мачо", він вважав, що "має легко досягати ерекції і бути завжди в змозі займатися любов'ю". Оскільки він не міг «набути успіху», то відчував себе приниженим і неадекватним і став уникати не тільки сексу, а й будь-якого вираження прихильності до своєї дружини.*

*Як здавалося місіс Домера, він і не намагається нічого зробити; мабуть, він не любить мене, а я не можу жити без сексу, без кохання з його поганим настроєм». Вона попросила чоловіка про тимчасове розлучення і він охоче погодився.*

*Проте до останнього часу вони бачилися двічі на тиждень.*

*Під час обстеження містер Домера повідомив, що його проблеми з ерекцією розпочалися одночасно із напруженим періодом у бізнесі. Після кількох «невдач» у сексі він дійшов висновку, що «некорисний як чоловік» і тому «повний невдаха». Тривога, яку він відчував, намагаючись кохатися, була надто сильна, і він не міг з нею впоратися.*

*Містер Домера неохоче зізнався, що час від часу він наодинці мастурбував і досягав повної ерекції та оргазму. Проте йому було соромно і він відчував дитячу провину через те, що займається мастурбацією, і йому здавалося, що він «обманює» свою дружину. Він також повідомив, що прокидаючись вранці, він відчував сильну ерекцію. Цей пацієнт не приймав жодних ліків, крім антидепресантів, та не вживав алкоголю. Він не мав жодних симптомів фізичної хвороби (Spitzer et al., 1983, p. 105-106).*

На відміну від містера Домера, більшість чоловіків страждають на порушення ерекції після 50 років, в основному тому, що багато в чому ці порушення пов'язані з іншими хворобами літніх людей (Siedman & Rieder, 1995; Bankroft, 1989). Близько 5% всіх сорокарічних чоловіків страждають від цього розладу, а для сімдесятирічних це співвідношення становить понад 15% (Feldman et al., 1994). Крім того, згідно з опитуваннями, половина всіх дорослих чоловіків щонайменше раз у житті має проблеми з ерекцією під час злягання (Feldman et al., 1994). Проблеми з ерекцією змушують понад 400 000 чоловіків США щорічно звертатися до лікаря і понад 30 000 чоловіків — лягати у лікарні ( Ackerman & Carey, 1995).

Найчастіше порушення ерекції викликано поєднанням біологічних, психологічних і соціокультурних причин (Ackerman & Carey, 1995; Rosen et al., 1994). Як показало одне з досліджень, тільки в 10 із 63 випадків цей розлад зумовлений виключно психосоціальними факторами і лише 5 випадків були результатом одних фізіологічних факторів (LoPiccolo, 1991).

***Фаза збудження*** *- фаза циклу сексуального реагування, що характеризується змінами в ділянці тазу, загальним фізичним збудженням, посиленням серцебиття, напругою м'язів, підвищенням артеріального тиску та почастішанням дихання.*

***Розлад статевого збудження у жінок*** - *дисфункція, для якої характерна нездатність жінки виділяти необхідну кількість мастила або досягати та підтримувати адекватне набухання геніталій під час сексуальної активності.*

***Порушення чоловічої ерекції (еректильний розлад)*** *- дисфункція, при якій чоловікові не вдається під час занять сексом досягати стану ерекції та підтримувати його.*

***Біологічні причини***

Те саме порушення гормонального балансу, що спричиняє зниження сексуального потягу, може призвести і до порушень ерекції (Morales et al., 1991). Все ж таки для порушення ерекції найбільш характерні судинні захворювання (Althof & Seftel, 1995; Carey et al., 1993). Оскільки ерекція виникає, коли порожнини пеніса наповнюються кров'ю, цей тип порушень може викликати будь-яка ситуація, коли він знижується приплив крові до пенісу, наприклад, хвороби серця чи закупорка артерій ( LoPiccolo, 1997; Feldman et al., 1994). Причиною порушення ерекції можуть стати цукровий діабет, ураження нервової системи, пошкодження хребта, розсіяний склероз, ниркова недостатність або терапія з використанням апарату штучної нирки (Dupont, 1995; Leiblum & Segraves, 1995). Крім того, на ерекцію, так само як і на зниження сексуального потягу, може вплинути застосування певних медикаментів та різні зловживання - від пристрасті до алкоголю до куріння (Segraves, 1998; LoPiccolo, 1997; Leiblum & Segraves, 1995).

Для діагностики біологічних причин розладу ерекції розроблені спеціальні медичні процедури, у тому числі ультразвукові дослідження та аналізи крові (Ackerman & Carey, 1995) Для оцінки органічних причин розладу особливо корисно виміряти збудження пеніса під час сну (Althof & Seftel, 1995; , 1993). Чоловіки, як правило, відчувають ерекцію в так званій фазі швидкого сну (ця фаза характеризується наявністю сновидінь та швидкими рухами зіниць). Здоровий чоловік щоночі переживає від двох до п'яти періодів швидкого сну та ерекції виникають протягом двох-трьох годин (рис. 11.3). Якщо чоловік відчуває мало ерекцій або не відчуває їх зовсім, можна говорити про якусь органічну причину порушення ерекцій (Mohr & Beutler, 1990). Як прилад, що оцінює, іноді використовують стрічку «розривного манометра», яку надягають перед сном і перевіряють наступного ранку. Розірвана стрічка показує, що вночі була ерекція (Mohr & Beutler, 1990).

***Порушення пеніса вночі*** *(NPT) - ерекції під час сну.*

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** До 20 мільйонів чоловіків у США переживають ту чи іншу дисфункцію, пов'язану з ерекцією. |

***Психологічні причини***

Будь-яка психологічна причина може призвести до зниження сексуального потягу, вплинути на збудження і призвести до порушення ерекції. Майже 90% всіх чоловіків, які зазнають важкої депресії, у тій чи іншій мірі переживають дисфункцію, пов'язану з ерекцією (Leiblum & Segraves, 1995).

Когнітивна теорія, розроблена Вільямом Мастерсом та Вірджинією Джонсон (1970), дає обґрунтоване психологічне пояснення розладів ерекції. У поясненні психологів особлива увага приділяється тривозі, пов'язаної зі вчиненням статевого акту, та роллю спостерігача. Коли у чоловіка з якоїсь причини виникають проблеми з ерекцією, він починає побоюватися, що йому не вдасться досягти ерекції, і переймається кожним новим сексуальним актом. Замість розслабитися і отримувати сексуальне задоволення, він відчужено спостерігає за собою, дивиться на себе збоку і весь зосереджується на досягненні ерекції. Зі збудженого учасника він перетворюється на суддю та спостерігача. Якою б не була початкова причина дисфункції, пов'язана з ерекцією, роль спостерігача призводить до зіткнення з постійною проблемою. У цьому хибному колі початкова причина невдач, пов'язаних з ерекцією, має менше значення, ніж страх перед майбутнім.

**Малюнок 11.3. Вимірювання ерекцій під час сну.** Випробовуваний А, чоловік, який не має проблем з ерекцією, у нього виникають нормальні ерекції в той період сну, коли зіниці у людини рухаються і вона бачить сновидіння. Випробовуваний Б має проблеми з ерекцією, але викликані вони принаймні частково психогенними факторами — інакше цей чоловік не відчував би жодних ерекцій під час періоду швидкого сну. Проблеми з ерекцією у випробуваного В – органічні, ця інтерпретація підтверджується відсутністю ерекції під час сну. (Adapted from Bankroft, 1985.)

***Соціокультурні причини***

Ті самі соціокультурні чинники, які впливають знижений статевий потяг, можуть викликати і порушення ерекції. Чоловіки, які втратили роботу, і ті, хто зазнає фінансових труднощів, частіше стикаються з проблемою ерекції (Morokoff & Gillilland, 1993). Стрес у подружніх стосунках також пов'язаний із цією дисфункцією. До порушення ерекції можуть призвести дві моделі стосунків між чоловіком та дружиною (LoPiccolo, 1991). В одній з них дружина дуже мало стимулює свого старіючого чоловіка, якому, як це буває в старості, тепер для ерекції потрібна інтенсивніша і триваліша стимуляція пеніса. У другій моделі взаємин обидва партнери вважають, що дружина може випробувати оргазм лише під час злягання. Таке уявлення посилює тиск на чоловіка, змушуючи його до ерекції, і він із більшою ймовірністю може набути цього виду дисфункцій. Якщо дружина досягає оргазму під час ручної чи оральної стимуляції, то напруженість чоловіка, пов'язана із вчиненням статевого акту, послаблюється.

**Розлади фази оргазму.**

У циклі сексуального реагування у фазі оргазму сексуальне задоволення людини досягає піку і сексуальна напруга спадає в міру того, як м'язи тазу скорочуються або ритмічно зближуються. Чоловіче насіння викидається і зовнішня третина стінок вагіни жінки скорочується. Дисфункції цієї фази циклу сексуального реагування – передчасна еякуляція, чоловічі оргазмічні розлади та жіночі оргазмічні розлади.

***Тривога, пов'язана з виконанням статевого акту*** *- страх перед неадекватним виконанням дії та підвищена напруга під час занять сексом.*

***Роль спостерігача*** *- стан свідомості, яке відчувають деякі люди під час сексу, коли вони повністю зосереджуються на виконанні дії та їхнє задоволення від сексу знижується.*

***Фаза оргазму*** *- фаза циклу сексуального реагування, під час якої сексуальне задоволення людини досягає найвищої точки і сексуальна напруга спадає, у міру того, як м'язи тазу ритмічно скорочуються.*

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Деякі теоретики вважають, що тривога, пов'язана з виконанням дії та роль спостерігача, є основними факторами в деяких сексуальних дисфункціях. Чи існують інші важливі для життя області, дисфункції яких також можна пояснити тривогою перед виконанням дії та роллю спостерігача? |

**Крупним планом**

*Паттерни сексуальної поведінки*

Сексуальні дисфункції визначення відрізняються від норми або принаймні від звичайних моделей сексуального функціонування людини. Однак, що можна вважати нормальним у сексуальній сфері? Дивно, але це питання донедавна не досліджувалося. У середині 80-х лікарі виявили, що їхні зусилля запобігти поширенню СНІДу наштовхуються на нестачу даних. Вони почали проводити широкі дослідження сексуальної поведінки. В цілому, дослідження минулих десятиліть дали досить корисну інформацію, яка говорить багато нового про сексуальні патерни «нормальної» частини населення (Siedman & Rieder, 1995; Laumann et al., 1994; Janus & Janus, 1993).

***Тінейджери***

Наприкінці підліткового віку починають мастурбувати понад 90% хлопчиків і лише 50% дівчаток. Для переважної кількості дівчаток мастурбація починається у віці 14 років. Чоловіки говорять про те, що мастурбують в середньому один чи два рази на тиждень, а жінки щораз на місяць.

Близько 20% тінейджерів у віці 15 років займаються сексом і 80% займаються сексом до 19 років. Сучасні тінейджери починають займатися сексом у ранньому віці, ніж підлітки минулих поколінь. Більшість сексуально досвідчених тінейджерів займаються сексом лише з одним партнером. Тим не менш, дорослішаючи, більшість тінейджерів обзаводяться принаймні двома сексуальними партнерами, а 10% мають п'ять і більше партнерів.

Як і раніше, часто буває, що у тінейджерів складаються тривалі стосунки без занять сексом. Половина сексуально досвідчених дівчаток-підлітків займаються сексом щомісяця чи менше. Сексуально досвідчені хлопчики в середньому шість місяців на рік не займаються сексом.

В останні десятиліття тінейджери стали частіше використовувати презервативи, частково через загрозу СНІДу. Проте здебільшого лише половина опитаних підлітків говорить про те, що вони користувалися презервативом минулого разу, коли займалися сексом. Менше третини тінейджерів завжди користуються презервативом.

***Рання зрілість (вік 18-24 роки)***

Понад 80% неодружених молодих дорослих протягом року вступають у сексуальні стосунки. З сексуально активних дорослих близько третини здійснюють статеві акти двічі-тричі на місяць і ще третина займається сексом двічі-тричі на тиждень. Багато молодих дорослих мастурбують: мастурбацією займається близько 60% чоловіків, з них одна третина принаймні раз на тиждень, і 36% жінок, з них кожна десята мастурбує принаймні раз на тиждень.

***Середній вік (25-59 років)***

У віці від 25 до 59 років сексуальні взаємини тривають довше і люди починають схилятися до моногамії. Протягом року у віці займаються сексом понад 90% людей. У половини неодружених чоловіків і в чверті незаміжніх жінок бувають по два або більше партнерів.

Серед сексуально активних дорослих близько 60% чоловіків здійснюють статеві акти близько трьох разів на тиждень і близько 60% жінок займаються сексом один-два рази на тиждень. І в середньому віці дорослі займаються мастурбацією. Половина чоловіків середнього віку мастурбує щонайменше раз на місяць. Половина жінок у віці 25-50 років мастурбує раз на місяць і лише третина продовжує мастурбувати у віці від 51 до 64 років.

***Літні люди (старше 60 років)***

З віком люди поступово перестають займатися сексом — 10% сорокарічних, 15% у віці п'ятдесят років і старше, 30% тих, кому за шістдесят, та 45% тих, кому за сімдесят. Зниження чоловічої сексуальної активності зазвичай відбувається не відразу в міру того, як чоловіки старіють та їхнє здоров'я погіршується. Сексуальна активність жінок похилого віку часто припиняється раптово, як правило, через смерть або хворобу партнера. Літні жінки також, мабуть, втрачають інтерес до сексу раніше за чоловіків. Половина жінок та лише менше 10% чоловіків, яким за шістдесят, повідомляють, що підтримують до сексу обмежений інтерес.

Серед людей похилого віку, що залишаються сексуально активними, ті, кому за шістдесят, займаються сексом в середньому близько чотирьох разів на місяць, ті, кому за сімдесят, здійснюють статеві акти два або три рази на місяць. Близько 70% літніх чоловіків і 50% літніх жінок, як і раніше, віддаються сексуальним фантазіям. Близько половини чоловіків і одна чверть жінок продовжує мастурбувати у віці за 90. Очевидно, що сексуальний інтерес та поведінка залишаються важливою частиною життя для багатьох людей, навіть коли вони старіють та їхнє сексуальне реагування певною мірою змінюється.

***Передчасна еякуляція***

Переживання Едді типові для чоловіків, які страждають на передчасну еякуляцію.

*Едді, 20-річний студент, прийшов на лікування після того, як припинив зустрічатися зі своєю дівчиною, тому що еякуляція виникала в нього занадто рано і дівчина відчувала постійну сексуальну фрустрацію. Раніше Едді мав лише один сексуальний досвід — під час навчання у старших класах школи. Зі своїми друзями він вирушив у сусіднє місто і знайшов повію. Вони взяли її з собою, від'їхали в пусте місце і по черзі займалися з нею сексом, поки інші чекали поряд з машиною. І повія, і його друзі змушували Едді поквапитися, бо боялися, що їх застигне поліція. Крім того, була зима та дуже холодно. Коли Едді вступив у сексуальні відносини зі своєю подругою, то вся його сексуальна історія складалася з цього поспішного злягання, практично без еротичного стимулювання. Коли він пестив груди своєї дівчини та її геніталії, а вона торкалася до його пеніса, то його це настільки збуджувало, що Едді іноді еякулював, не встигнувши ввести пеніс у піхву або через хвилину після початку коїтусу (LoPiccolo, 1995, 495).*

**Психологічні чи органічні чинники?** Розривний нанометр надягають на пеніс уночі, це фабрична стрічка із трьома пластиковими нитками. Якщо нитки з ранку порвані, то чоловік знає, що він відчував нормальну ерекцію під час сну і, швидше за все, відсутність ерекції під час злягання пов'язана з психологічними факторами. Якщо пластикові нитки залишаються недоторканими, проблеми з ерекцією викликані органічними причинами.

***Передчасна еякуляція*** *- дисфункція, в якій чоловік досягає оргазму і еякулює до або незабаром після проникнення пеніса, або раніше, ніж цього бажає.*

***Чоловічий оргазмічний розлад*** *- чоловіча дисфункція, коли чоловік постійно виявляється не в змозі досягти оргазму або оргазм настає через тривалий проміжок часу після нормального сексуального збудження.*

Чоловік, який страждає на передчасну еякуляцію, постійно досягає оргазму і еякулює при дуже слабкій сексуальній стимуляції до або незабаром проникнення або до того, як він цього захоче (див. список DSM-IV). У 25-40% чоловіків США часом відбувається передчасна еякуляція (Laumann et al., 1994; St. Lawrence & Madakasira, 1992). Середня тривалість коїтусу в нашому суспільстві за кілька десятиліть збільшилася, і розлади чоловіків, які страждають від передчасної еякуляції, почастішали. Зазвичай, такого типу розлади схильні чоловіки до 30 років ( Bancroft, 1989).

Існує набагато більше досліджень на тему психологічних та особливо поведінкових причин передчасної еякуляції, ніж будь-яких інших. Ця дисфункція, мабуть, типова для молодих і сексуально недосвідчених чоловіків на зразок Едді, які просто не можуть діяти повільніше, контролювати своє збудження та розтягувати приємний процес любові. Насправді передчасна еякуляція трапляється досить часто, якщо молода людина вперше займається сексом. Набуваючи тривалого сексуального досвіду, більшість чоловіків починають краще контролювати свою сексуальну реакцію. Чоловіки, які займаються сексом час від часу, також схильні до передчасної еякуляції (LoPiccolo, 1985).

Лікарі припустили, що передчасна еякуляція може бути пов'язана з тривогою, яку чоловіки відчували під час швидкої мастурбації в підлітковому віці (коли боялися, що їх «застукають» батьки), або це явище виникає через погане усвідомлення власного сексуального збудження. Проте жодна з цих теорій однозначно не підтверджується практичними дослідженнями (Strassberg et al., 1990, 1987; Heineman et al., 1986).

**Сцени із сучасного життя**

*Поліпшення життя собак*

Одна фірма у Бакнері, штат Міссурі, випустила новий продукт: штучні яєчка для собак. Їх поміщають у мошонку собаки одразу після кастрації, щоб захистити тварину від психологічного розладу. Ці яєчка виготовлені з поліпропілену, матеріалу, що використовується для виготовлення хірургічних інструментів та деяких імплантантів. Лише 1996 року було розпродано понад тисячу пар. Як сказав власник одного пса: «Собака як дитина. Це одне і теж. Потрібно враховувати його почуття» (Steinberg, 1996). Проте багато ветеринарів сумніваються у цьому, що пластикові замінники можуть підвищити собачу самооцінку (Uhlig, 1996).

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Чому деякі власники собак вважають, що цей продукт необхідний та корисний? Можливо, власники свійських тварин надто поспішно проектують людський дискомфорт і страхи на тваринах? З іншого боку, чому деякі так критично ставляться до занепокоєння, доброти та прихильності багатьох людей до своїх домашніх улюбленців? |

***Розлади оргазму у чоловіків (оргазмічна дисфункція)***

Чоловік з розладом оргазму постійно не досягає оргазму або оргазм у нього настає лише через тривалий час після нормального сексуального збудження (див. довідник DSM-IV). Цей тип розладів виникає лише в 1-3% чоловічого населення (Dekker, 1993). Таке порушення дуже засмучує чоловіка, як, наприклад, у разі Джона.

*Джон, 38-річний торговельний представник, одружений уже 9 років. На вимогу своєї 32-річної дружини ця пара вирішила проконсультуватися щодо своєї сексуальної проблеми — нездатності Джона еякулювати під час статевого акту. У перші роки шлюбу його дружині було важко досягти оргазму, доки він не навчився відкладати свою еякуляцію на більш тривалий період часу. І тому він застосовував техніку психічного відволікання і курив марихуану перед тим, як кохався. Спочатку Джон відчував глибоке задоволення — він міг усе довше займатися сексом без еякуляції, і вважав свою здатність ознакою мужності.*

*Приблизно за три роки до початку консультування, після народження їхньої єдиної дитини, Джон виявив, що у нього зникає ерекція до того, як він може еякулювати. Його дружина запропонувала пробувати під час злягання різні позиції, але чим більше старань Джон докладав, тим важче йому було досягти оргазму. Через фрустрацію пара почала зовсім уникати сексу. З кожною новою невдачею тривога Джона зростала, і разом з нею зростало відчуття безпорадності та нездатності впоратися з проблемою (Rosen & Rosen, 1981, p. 317-318).*

Біологічні фактори, які можуть перешкодити еякуляції, це низький рівень тестостерону, деякі нервові захворювання та ушкодження голови та хребта (LoPiccolo, 1997, 1995, 1985). Таку дисфункцію можуть викликати і речовини, що загальмовують роботу симпатичної нервової системи, наприклад, алкоголь, ліки, що знижують артеріальний тиск, деякі антидепресанти та ліки для зняття тривоги та стресу (Segraves, 1998, 1995, 1993; LoPiccolo, 19). Наприклад, такі антидепресанти, як флуоксетії (Prozac), мабуть заважають еякуляції у 15-25% тих чоловіків, які їх приймають (Nitenson & Cole, 1993; Buffum 1992).

Найімовірніше, що головною психологічною причиною чоловічих оргазмічних розладів є тривога, пов'язана зі статевим актом, і фіксація на ролі спостерігача, однак і когнітивні фактори також впливають на цей вид порушень. Як тільки чоловік зосереджує всю свою увагу на тому, щоб досягти оргазму, він може зі збудженого учасника перетворитися на холодного, критично ставиться до себе і полохливого спостерігача (LoPiccolo, 1995). Нарешті, ще однією причиною чоловічих оргазмічних розладів може стати знижений статевий потяг (Rosen & Leiblum, 1995; LoPiccolo & Friedman, 1988). Чоловік, який займається сексом головним чином через тиск свого партнера, насправді не бажаючи цього може просто недостатньо збудитися, щоб досягти оргазму (рис. 11.4).

**Малюнок 11.4. Нормальна структура чоловічих статевих органів.** Під час кожної фази циклу сексуального реагування відбуваються зміни у чоловічих статевих органах. (Adapted from Hyde, 1990, p. 199.)

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** Оргазми можуть іноді виникати під час сну. Стародавні вавилоняни говорили, що такі нічні оргазми викликала «діва ночі», що приходила до чоловіків, коли вони спали, і «маленький нічний чоловік», що приходив до жінок. (Kahn & Fawcett, 1993.) |

***Розлад жіночого оргазму***

Стефані і Білл одружені три роки, вони звернулися до секс-терапії через те, що Стефані зовсім не відчуває оргазму.

*У Стефані ніколи не наставав оргазм, але так як Білл дуже тривожився, донедавна вона вдавала, що відчуває оргазм. Нарешті вона розповіла чоловікові правду, і вони почали терапію разом. Стефані виросла в суворій релігійній родині. Вона не пам'ятала, щоб її батьки цілувалися або відкрито виявляли фізичний потяг один до одного. Її суворо покарали, коли її мати побачила, що семирічна Стефані розглядає свої геніталії. Стефані не отримала жодної сексуальної освіти від своїх батьків, і коли в неї почалися менструації, мати сказала, що це просто означає, що з'явилася можливість завагітніти, так що вона ніколи не повинна цілувати хлопчика або дозволяти хлопчику торкатися її. Мати стежила за її зустрічами і повторювала, що «хлопчикам потрібне лише одне». Хоча батько і мати Стефані критично і вимогливо ставилися до неї (питали, чому у неї в табелі є одна оцінка Б, якщо з усіх інших предметів - А), вони були люблячими батьками і їхнє схвалення багато для неї означало (LoPiccolo, 1995, р 496).*

Жінка з розладом оргазму рідко відчуває оргазм або цей стан настає у неї лише через тривалий час (див. список у довіднику DSM-IV). Ця проблема, мабуть, зустрічається більш ніж у 20% жінок, у тому числі у третини жінок у період після менопаузи (Rosen & Leiblum, 1995; Laumann et al., 1994). Дослідження показують, що більше 10% сучасних жінок ніколи не відчували оргазм, ні займаючись мастурбацією, ні під час злягання, і, принаймні, ще 10% відчувають оргазм лише зрідка (LoPiccolo, 1995). У той самий час половина жінок переживають оргазм під час злягання більш менш регулярно (LoPiccolo & Stock, 1987). Більш сексуально наполегливі жінки (Hulbert, 1991) і ті, хто відчуває тривоги, займаючись мастурбацією (Kelly, Stressberg, & Kircher, 1990), частіше відчувають оргазм.

Більшість клініцистів одностайні в тому, що оргазм під час злягань не є показником нормального сексуального функціонування. Жінка може досягати оргазму зі своїм партнером та під час прямої стимуляції клітора (LoPiccolo, 1995). Незважаючи на те, що в ранній психоаналітичній теорії відсутність оргазму під час злягання вважалося патологічним, дані досліджень показують, що жінки, яким для досягнення оргазму потрібна стимуляція клітора, абсолютно нормальні і здорові (Stock, 1993).

Як ми вже зазначали вище, порушення оргазму у жінок, як правило, пов'язане з порушенням сексуального збудження, причини того й іншого потрібно досліджувати, пояснювати і лікувати разом (АРА, 1995). Знову ж таки, у порушеннях цього типу мають значення біологічні, психологічні та соціокультурні фактори.

***Розлад оргазму у жінок*** - *дисфункція, при якій жінка рідко відчуває оргазм або постійно відчуває оргазм тільки через тривалий час.*

***Біологічні причини***

На жіноче збудження та оргазм може вплинути низку фізіологічних умов. Діабет призводить до порушення дії нервової системи, тому у жінок з діабетом порушується збудження, мастило вагіни та оргазм. Відсутність оргазму іноді пов'язана з розсіяним склерозом та іншими захворюваннями нервової системи, вона може бути викликана застосуванням тих самих ліків та препаратів, які чоловікам заважають досягти еякуляції. Зміни в організмі жінок після менопаузи можуть призвести до цього розладу, оскільки змінюється чутливість шкіри, структура клітора і стінок вагіни (LoPiccolo, 1997; Segraves, 1995).

***Психологічні причини***

Психологічні причини, що обумовлюють знижений сексуальний потяг та сексуальну огиду, можуть призвести до порушення оргазму та сексуальної огиди. Крім цього, як стверджують теоретики психодинамічного спрямування, часом з такими розладами пов'язані безпосередньо спогади про дитячі травми. В одному великому дослідженні спогади про нещасливе дитинство або втрату одного з батьків співвідносилися з відсутністю оргазму в зрілому віці (Raboch & Raboch, 1992). В іншій науковій роботі вказується, що дитячі спогади про добрі взаємини з матір'ю, прихильність між батьками, позитивна особистість матері та вираження позитивних емоцій матері взаємопов'язані з оргазмом (Heimann et al., 1986).

***Соціокультурні причини***

Протягом кількох років клініцисти вважали, що зниження збудження та порушення оргазму найчастіше виникають у жінок як результат впливу суспільства, що вселяє, що їм слід стримуватися та заперечувати свою сексуальність. І справді, багато жінок із цими проблемами стверджують, що в них було суворе релігійне виховання, у дитинстві їх карали за мастурбацію, не готували до менархи, у юності їхні побачення з хлопчиками обмежувалися, і їм казали, що «хороші дівчата так не поводяться». »(LoPiccolo, 1997; Masters & Johnson, 1970).

Проте багато жінок з обмеженням сексуальності в юності згодом на побаченнях виявляють нормальну сексуальну реакцію (LoPiccolo, 1997; LoPiccolo & Stock, 1987). Культурні норми, що стосуються жіночої сексуальності, стали більш позитивними останніми роками (рис. 11.5), але при цьому рівень порушень жіночого збудження та розладів оргазму залишається незмінним. Чому в деяких жінок виникають порушення сексуального збудження та порушення оргазму? Дослідники припустили, що події, пов'язані з сильним стресом, травми або стресові взаємини посилюють страхи, спогади та установки, які є в цих дисфункціях. Наприклад, від 50 до 75% жінок, які в дитинстві були розбещені або зґвалтовані, у дорослому віці страждають від порушення оргазму (Browne & Finklehor, 1986).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Сексуальні настанови | Чоловіки, % | Жінки, % |
| «Зустрічі на одну ніч» принизливі» | 47 | 68 |
| «Сексуальне задоволення мого партнера набагато важливіше за мій власний» | 53 | 34 |
| "Мастурбація - природна частина життя" | 66 | 67 |
| «Сексуально я вважаю себе ліберальним(ою)» | 52 | 35 |
| «Мене турбують відомості про хвороби, що передаються статевим шляхом» | 86 | 80 |

**Малюнок 11.5. Сексуальні установки та підлога.** Відповідно до опитування, жінки частіше вважають «зустрічі на одну ніч» принизливими, тоді як, всупереч стереотипам, чоловіки частіше кажуть, що задоволення їхнього сексуального партнера важливіше для них, ніж їхнє власне. (Adapted from Janus & Janus, 1993.)

Дослідники також пов'язують оргазм із характером інтимних відносин. В одній роботі зазначається, що ймовірність досягнення оргазму безпосередньо пов'язана з тим, наскільки був захоплений кожен партнер під час першого статевого акту та скільки тривали їхні стосунки. Задоволення, яке отримала жінка під час цього досвіду, багато в чому визначає її потяг до тіла нинішнього партнера та щастя у шлюбі (Heiman et al., 1986). Цікаво, що в тому ж дослідженні виявилося, що сексуальні фантазії під час занять сексом з нинішнім партнером більш характерні для жінок, які відчувають оргазм, ніж для неоргазмічних жінок.

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Норми сексуального поведінки, поширені у суспільстві, зазвичай, описуються виходячи з даних, отриманих під час опитуваннях пересічних людей. Проте багатьом людям здається, що секс - це їхня особиста справа, і вони відмовляються брати участь у подібних опитуваннях, а ті, хто все-таки відповідає на анкети, як правило, ліберальніші, сексуально досвідченіші і схильні до більш вільної поведінки, ніж середня людина. Які проблеми можуть у зв'язку з цим виникнути у дослідників, які займаються сексуальними розладами? |

**Больові відчуття під час сексу.**

Дві сексуальні дисфункції не вписуються у конкретну фазу циклу сексуального реагування. Це розлади, пов'язані з больовими відчуттями під час сексу, — вагінізм та диспареунія. І те, й інше завдає сильного фізичного дискомфорту під час занять сексом.

***Вагінізм*** - *мимовільне скорочення м'язів навколо зовнішньої третини вагіни, що перешкоджає проникненню пеніса.*

***Вагінізм***

При вагінізмі мимовільні скорочення м'язів навколо зовнішньої третини вагіни перешкоджає проникненню пеніса (див. список у довіднику DSM-IV). У найсерйозніших випадках це розлад може взагалі перешкодити парі займатися сексом. Близько 20% жінок іноді відчувають біль під час злягання, проте на вагінізм страждають менше 1% всіх жінок (LoPiccolo, 1995).

Більшість клініцистів погоджуються з когнітивно-біхевіористською точкою зору про те, що вагінізм це, як правило, набута реакція, він викликаний очікуванням жінки, що злягання буде болючим і може завдати шкоди. Багато факторів, мабуть, готують ґрунт для виникнення такого страху, у тому числі тривога і брак знань і уявлень про злягання, перебільшені історії про те, наскільки болючим та кривавим буде перший статевий акт, цей розлад також може виникнути після травми, коли невмілий коханець спробує ввести свій пеніс у вагіну ще до того, як жінка збудилася і у неї виробилося мастило. Звичайно, вагінізм може виникнути після зґвалтування у дитинстві або у дорослому віці (LoPiccolo, 1995).

Деякі жінки відчувають хворобливі відчуття під час злягання через вагінальну інфекцію або інфекцію сечовивідних шляхів, причиною також може бути гінекологічне захворювання, наприклад простий герпес, або фізіологічні ефекти після менопаузи. Вони призводять до захворювання, що іноді називається «раціональним» вагінізмом, при якому введення пеніса завдає жінкам біль у тому випадку, коли вони не користуються спеціальними лікарськими засобами (LoPiccolo, 1995).

Більшість жінок, які страждають на вагінізм, схильні до інших сексуальних дисфункцій. Деякі, однак, при цьому все ж таки отримують велике задоволення від сексу, у них сильний сексуальний драйв і вони досягають оргазму після стимуляції клітора. Такі жінки просто бояться проникнення пеніса у вагіну.

***Диспареунія***

Людина, яка страждає на диспареунію (від латинських слів, що позначають «болюче парування»), відчуває гострий біль у геніталіях під час занять сексом (див. список у довіднику DSM-IV). Іноді диспареунія виникає і в чоловіків, але вона все ж таки більш характерна для жінок. Опитування показують, що диспареунія тією чи іншою мірою спостерігається у 10-15% жінок (Rosen & Leiblum, 1995; Laumann et al., 1994). Ті, хто страждає від неї, як правило, отримують задоволення від сексу і збуджуються, але їм здається, що їхнє сексуальне життя сильно обмежується через біль, що супроводжує подію, що в цілому вважається позитивним.

У жінок диспареунія, як правило, викликана фізичними причинами (LoPiccolo, 1995; Steege & Ling, 1993). Серед найпоширеніших факторів, що призводять до цього розладу, можна назвати різного роду ушкодження в організмі жінки під час пологів: травми вагіни, шийки матки, самої матки чи тазових суглобів. Біль також виникає і від шраму після епізіотомії (розрізу, що робиться для розширення входу у вагіну та полегшення народження дитини). Диспареунія може також з'явитися після зіткнення пеніса із залишками цноти; її причинами можуть стати вагінальні інфекції; жорстке волосся на лобку партнера, яке труться об губи піхви під час злягання; захворювання у галузі тазу; пухлини; кісти; алергічні реакції на ліки, що вводяться у вагіну, контрацептивні креми, гума у презервативах чи діафрагмах чи протеїн у спермі (LoPiccolo & Stock, 1987).

Незважаючи на те, що проблеми у взаєминах або психологічні наслідки сексуального нападу можуть зробити свій внесок у сексуальний розлад, самі по собі психосоціальні фактори рідко призводять до виникнення цього захворювання (LoPiccolo, 1995; LoPiccolo & Stock, 1987). У тих випадках, коли спрацьовують виключно психогенні фактори, причина больових відчуттів — знижене сексуальне бажання (Steege & Ling, 1993), оскільки для жінки болісно проникнення в її збуджену вагіну, в якій немає мастила.

|  |
| --- |
| ***Ритуал ініціації.*** Дівчині-підлітку в горах Самбуру в Кенії надрізають геніталії (клітор та статеві губи), щоб її допустили до суспільства зрілих жінок. Освічені африканки дедалі частіше негативно ставляться до цієї традиції, поширеної в етнічних групах 28 країн континенті ( Dagger, 1996). Вони вважають, що така операція може призвести до різних сексуальних дисфункцій, позбавляє жінок сексуального задоволення та призводить до медичних проблем під час народження дітей. |

***Диспареунія*** *– розлад, для якого характерний гострий біль у геніталіях під час занять сексом.*

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** Коїтус, термін, що означає сексуальне злягання, походить від латинського терміну coire - йти разом. |

**Резюме**

Сексуальні дисфункції заважають людині отримувати повноцінне задоволення від сексу або унеможливлюють його.

Порушення, пов'язані з розладами фази потягу в циклі сексуального реагування, - це знижений сексуальний потяг, що характеризується відсутністю інтересу до сексу, і сексуальна огида - тобто огида до занять сексом взагалі. Біологічні причини таких розладів - порушення гормонального рівня, деякі ліки та хвороби. Психологічні та соціокультурні причини дисфункцій – окремі страхи, тривожні ситуації, проблемні взаємини, травма після сексуального нападу чи зґвалтування.

Розлади, характерні для розладів фази збудження, це порушення жіночого сексуального збудження. Їх характерні відсутність мастила і набухання геніталій під час сексу, а чоловічі розлади цього — нездатність досягти і підтримати ерекцію під час сексу.

Біологічні причини чоловічих сексуальних розладів - це рівень гормонів, що відмінний від нормального, судинні проблеми, стан здоров'я і деякі ліки. Психологічні та соціокультурні причини дисфункцій — тривога, пов'язана із вчиненням статевого акту та зосередженість на ролі спостерігача, а також тиск ситуації, наприклад, втрата роботи та проблеми у взаєминах.

Розлади фази оргазму – передчасна еякуляція. При цьому оргазм та еякуляція постійно досягаються до або незабаром після введення пеніса. Ці розлади пов'язані з поведінкою, їх причиною можуть стати надто раннє знайомство з сексом або недосвідченість чоловіка. Порушення оргазму у чоловіків, що повторюється відсутність оргазму або його затримка пов'язуються з біологічними причинами, наприклад, з низьким рівнем тестостерону, нервовими захворюваннями та деякими ліками. Психологічно цей розлад може бути обумовлено тривогою, пов'язаною з виконанням дії та роллю спостерігача.

Порушення оргазму у жінок – постійна відсутність чи тривала затримка оргазму у жінок. Цей розлад, як і зниження потягу, пов'язані з біологічними причинами, тими чи іншими захворюваннями і змінами, що відбуваються після менопаузи, психологічними причинами — спогадами про дитячі травми і соціокультурними причинами, наприклад, із проблемою взаємовідносин.

Розлади, пов'язані з відчуттям болю, - це диспареунія та вагінізм, мимовільне скорочення м'язів навколо зовнішньої третини вагіни, що перешкоджає введенню пеніса. При диспареунії людина відчуває сильний біль у геніталіях під час занять сексом. Диспареунія зазвичай зустрічається у жінок, і, як правило, викликана фізіологічними причинами — наприклад, органічними ушкодженнями після народження дитини.

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** Дві третини молодих дорослих у наш час мешкають разом до шлюбу. Менш однієї третини їхніх батьків робили те саме (Michael et al, 1994). |

**Лікування сексуальних дисфункцій.**

Останні тридцять років у лікуванні сексуальних розладів відбулися значні зміни. У першій половині ХХ століття як основний метод при лікуванні застосовувалася тривала психодинамічна терапія.

Клініцисти вважали, що сексуальні дисфункції виникали через те, що чоловік чи жінка неправильно пройшли стадії психосексуального розвитку, і застосовували техніки вільної асоціації та терапевтичні інтерпретації, які мали допомогти клієнтам зрозуміти самих себе та свої проблеми. Незважаючи на те, що психологи очікували, що значні особистісні зміни мають покращити сексуальне функціонування, психодинамічна терапія, як правило, не приносила успіху (Bergler, 1951).

У 50-х та 60-х роках терапевти-біхевіористи запропонували нові засоби лікування сексуальних дисфункцій. Як правило, вони намагалися послабити страхи пацієнтів, які, як їм здавалося, були причиною сексуальних розладів, застосовуючи такі процедури як тренінг релаксації та систематичну десенситизацію. [Техніка поведінкової (біхевіоральної) психотерапії, при якій на стимул, що спочатку викликає тривогу, виробляється конкуруюча з нею реакція (реакція релаксації). - Прим. перев. (Lazarus, 1965; Wolpe, 1958).] Такий підхід певною мірою був успішний, проте він не спрацьовував, коли психологи мали справу з дезінформацією, негативними установками та неефективною сексуальною технікою (LoPiccolo, 1995).

Після опублікування 1970 року книги Вільяма Мастерса та Вірджинії Джонсон «Сексуальна неадекватність людини» у лікуванні сексуальних дисфункцій відбулася революція. Психологи запропонували комплексний метод секс-терапії, що включає техніку з урахуванням різних моделей, когнітивну терапію, терапію поведінки, терапію сім'ї чи закоханої пари (LoPiccolo, 1997).

**Секс-терапія.**

Курс сучасної секс-терапії займає невеликий проміжок часу, це навчальна терапія, яка, як правило, триває від 15 до 20 занять. Як пояснив секс-терапевт та дослідник Джозеф Лопікколо (LoPiccolo, 1997, 1995), вона концентрується на специфічних сексуальних проблемах, а не на проблемах особистості взагалі. Вже знайомий нам Карлос Домера, аргентинець із розладом ерекції, успішно реагував на численні техніки сучасної секс-терапії.

*Наприкінці зустрічі, на якій оцінювалася ситуація сімейної пари, психіатр запевнив, що містер Домер мав «оборотну психологічну» сексуальну проблему, обумовлену кількома факторами, в тому числі й депресією, але останнім часом його тривожність і сором'язливість, його високі вимоги до самого собі та деякі проблеми, пов'язані з культурою та самими взаємини, утруднили йому спілкування і не дають можливості по-справжньому розслабитися. Цій сімейній парі сказали, що короткий курс терапії, зосереджений головним чином сексуальних проблемах, швидше за все призведе до значних поліпшень за 10-15 занять. Їх запевнили, що походження цієї проблеми майже напевно не фізіологічне, а психогенне, і прогноз виявився точним.*

*Містер Домера був шокований і спершу скептично сприйняв слова терапевта, однак пара погодилася приступити до лікування та зустрічатися з терапевтами щотижня. Їм дали типове «перше завдання» для виконання будинку: вони мали спробувати пестити один одного, дотримуючись особливої інструкції, але при цьому не треба було стимулювати геніталії або займатися сексом, навіть якщо у містера Домера і з'явилася б ерекція.*

*Не дивно, що під час другої зустрічі з терапевтом містер Домера повідомив, зніяковіло посміхаючись, що вони «шахраювали» і займалися сексом «проти правил». Це було їхнє перше вдале заняття любов'ю більш ніж за рік. Терапевт оцінив їх успіх, але суворо попередив, що найчастіше настає швидке поліпшення, після якого протягом кількох тижнів тривога, пов'язана з виконанням статевого акту, посилюється, і вони знову можуть повернутися до початкової проблеми.*

*На другому та четвертому тижні містер Домера не досягнув стану ерекції під час любовної гри. На терапевтичних сеансах йому допомагали приймати себе таким, яким він є — з ерекцією чи без, і вчили просто насолоджуватися чуттєвим контактом, не займаючись сексом. Дружина намагалася переконати чоловіка, що він міг зробити їй задоволення за допомогою ручної або оральної стимуляції і що, незважаючи на те, що вона отримувала задоволення від злягання, їй подобалися й інші стимуляції, коли він перебував у розслабленому стані.*

*Містер Домера намагався подолати своє уявлення про те, що повинен робити справжній чоловік, і змушений був погодитися, що йому теж сподобалася техніка ласки без злягання. Терапевт підбадьорював його і спонукав розглядати свої нові навички у заняттях любов'ю як «успіх», містер Домера мав визнати, що багато в чому перевершив інших коханців і чоловіків, оскільки слухав свою дружину і відповідав на її прохання.*

*До п'ятого тижня пацієнт успішно займався сексом, відчуваючи спокійну впевненість, а на дев'ятій сесії він регулярно відчував ерекцію. Подружжя за взаємною згодою або займалося сексом або обирало іншу сексуальну техніку для досягнення оргазму. Через десять сеансів терапія добігла кінця... (Spitzer et al., 1983, р. 106-107).*

|  |
| --- |
| ***Мастерс та Джонсон.*** Широке дослідження, теорії та клінічні доповіді Вільяма Мастерса та Вірджинії Джонсон різко змінили розуміння та лікування сексуального функціонування та дисфункцій. |

Як видно з лікування містера Домера, сучасна секс-терапія має у своєму розпорядженні різні методи та техніки. Наступні методи та техніки застосовуються майже у всіх випадках, незалежно від дисфункції.

1. Оцінка та концептуалізація проблеми: пацієнтів оглядає лікар, у них беруть інтерв'ю та пацієнти розповідають свою «сексуальну історію» (Warren & Sampson, 1995) (рис. 11.6). Під час перших інтерв'ю терапевт намагається зрозуміти події минулого життя пацієнта і особливо чинники сьогодення, що впливають дисфункцію. Часом, щоб дійти правильного висновку, потрібна ціла команда фахівців, зокрема психолог, уролог та невропатолог.

2. Взаємна відповідальність: терапевт наголошує на принципі взаємної відповідальності. Партнери вирішують сексуальну проблему, що виникла у їхніх взаєминах, незалежно від того, хто з них насправді страждає від дисфункції, і лікування буде успішнішим, якщо терапію проходять обидва (Heiman et al., 1981).

3. Освіта та сексуальність: багато пацієнтів, які страждають від сексуальних дисфункцій, знають дуже мало про фізіологію та техніку сексу. Отже, секс-терапевти можуть запропонувати їм дискусії, освітні фільми, навчальні книги та відеозаписи.

4. Зміна установок: терапевти допомагають пацієнтам проаналізувати та змінити уявлення про сексуальність, що заважають одержанню сексуального збудження та задоволення (Rosen, Leiblum & Spector, 1994). Подія після травми, сімейні настанови або культурні ідеали можуть створити негативні уявлення, що перешкоджають природному збудженню та задоволенню.

5. Боротьба з тривогою, пов'язаною з виконанням статевого акту, та роллю спостерігача: терапевти часто вчать пари зосереджуватися на своїх почуттях і спокійно отримувати задоволення, вони дають пацієнтам серію сексуальних завдань, іноді називаючи їх завданнями «по петтингу», в яких партнери зосереджуються на отримання сексуального задоволення. Це задоволення можна отримати, досліджуючи та пестячи тіло один одного вдома, при цьому не обов'язково займатися сексом чи відчувати оргазм. Парам рекомендують спершу утримуватися від коїтусу та обмежити свою сексуальну активність поцілунками, обіймами та чуттєвим масажем різних частин тіла, за винятком грудей та геніталій. Згодом партнери навчаться краще доставляти один одному і, відповідно, отримувати сексуальне задоволення і знову відновлюють свою сексуальну активність.

6. Зміцнення навичок сексуальної комунікації: парам рекомендують вдома використовувати сеанси зосередження на своїх почуттях, спробувати пози, за яких партнер, якого пестять, може направляти руку іншого та контролювати швидкість, тиск та місце на тілі. Пари також вчать давати один одному вказівки у позитивній інформативній манері («Краще ось тут, трохи менше душі»), а не загрожувати туманно («Твої дотики мене не заводять»).

7. Зміна деструктивного життєвого стилю та взаємодії: терапевт може порадити парі змінити стиль життя або покращити ситуацію, що надає деструктивний вплив на їхні стосунки — наприклад, віддалитися від родичів дружини чи чоловіка або кинути роботу, яка потребує багато часу. Так само, якщо в парі часто виникають конфлікти, терапевт спробує допомогти впоратися з ними.

8. Облік фізичних та медичних факторів: коли сексуальні дисфункції пов'язані з медичними проблемами, наприклад хворобою, каліцтвом, небажаним ефектом лікарських препаратів або зловживанням алкоголем, терапевти намагаються вирішити цю проблему. Якщо, скажімо, антидепресанти викликають у чоловіка розлад ерекції, то клініцист може знизити дозу ліків, змінити час, коли приймають препарат, або випробувати інший лікарський засіб. (Segraves, 1988, 1995; Shrivastava et al., 1995)

***Зосередженість на чуттєвості -*** *лікування сексуальних розладів, при якому пари навчають не зосереджуватися на оргазмі або зляганні, а натомість проводити час, концентруючись на задоволенні, що отримується від таких дій, як взаємний масаж, поцілунки та обійми. Також цей метод називають розслабленим задоволенням.*

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** При використанні однієї з основних технік секс-терапії парі рекомендують досліджувати та пестити тіло один одного (зосередженість на чуттєвості), не доходячи до оргазму і не займаючись зляганням. Чому люди можуть відчувати сильніше збудження під час сексуальних ласок, якщо їм забороняють досягати оргазму чи злягатися? |

**Крупним планом**

*Деякі міфи, пов'язані із сексуальними ролями*

***Міфи про чоловічу сексуальність***

— Чоловік бере на себе відповідальність та керує сексом. Чоловіки, які так думають, не дозволяють жінкам спрямовувати їх і не роблять того, що вона хотіла б і що зробило б їй задоволення. Ця установка змушує чоловіка зосередитися на тому, що він робить з жінкою, а не вчитися отримувати задоволення від того, що вона робить з ним.

— Чоловік завжди хоче й готовий займатися сексом. Цей міф спонукає чоловіка займатися сексом у ситуації, коли він почувається некомфортно або не відчуває потягу, а такі спроби свідомо приречені на неприємні відчуття чи невдачі.

— Будь-який фізичний контакт має призводити до сексу. Ця вистава не дозволяє чоловікам просто насолоджуватися поцілунками, обіймами, ласками, оскільки такі заняття здаються їм лише прелюдією до найголовнішого.

- Хороший секс - лінійна прогресія постійно зростаючого збудження, що закінчується лише оргазмом. Ухвалення такого міфу виключає задоволення від грайливого сексу на відпочинку, що включає перерви, щоб поговорити, відпочити і повністю насолодитися один одним як люди, а не просто як статеві органи.

— Секс має бути природним та спонтанним. Цей міф заважає парам вчити одне одного тому, що їм подобається робити під час занять сексом. У типовій сучасній сімейній парі обидва партнери працюють і ділять між собою обов'язки з виховання дітей, їхнє життя наповнене стресом, тому їм часто необхідно заздалегідь планувати заняття сексом, призначати час, коли обидва партнери розслабляться, не почуваються втомленими і здатні реагувати сексуально.

(Zilbergeld, 1978).

***Міфи про жіночу сексуальність***

— Секс впливає лише на жінок віком до 30 років. Насправді пік сексуальності багатьох жінок настає після 30 років, і потім їхня сексуальність не послаблюється.

— Усі жінки можуть досягати кількох оргазмів. Дослідження показує, що лише 20% жінок мають кілька оргазмів поспіль. Немає взаємозв'язку між сексуальною пристосованістю чи задоволенням та кількістю оргазмів, що переживаються щоразу, коли жінка займається сексом.

— Вагітність та народження дитини знижують сексуальну чутливість жінок. Дискомфорт останніх місяців вагітності та періоду відразу після народження дитини на якийсь час може перешкодити сексу, проте посилений приплив крові до тазу, що виникає під час вагітності, часом, навпаки, посилює сексуальну реакцію.

— Партнер завжди може порушити сексуально чуйну жінку. Втома, гнів, тривога та багато інших емоцій пригнічують сексуальність навіть у найчутливіших жінок.

— Еротичні книги чи фільми не діють на порядних жінок. Дослідження показує, що жінки, так само як і чоловіки, порушуються від еротики.

— Ви фригідні, якщо не любите екзотичних форм сексу. Багато сексуальних жінок не цікавляться оральним або анальним сексом, сексуальними іграшками, наприклад вібраторами, або груповим сексом.

— Якщо ви не можете швидко і легко відчути оргазм, то з вами щось не в порядку. У різних жінок поріг оргазму варіюється. Так само як деякі жінки можуть бігати швидше за інших, деякі з них швидше досягають оргазму.

(Heiman & LoPiccolo, 1988).

**Терапія, орієнтована проблеми.**

Крім різноманітних засобів секс-терапії на лікування кожної дисфункції застосовується конкретна техніка.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Чоловіки, % | Жінки, % |
| Мали багатий сексуальний досвід до шлюбу | 65 | 37 |
| Жили з дружиною до шлюбу | 47 | 39 |
| Думають про секс щодня | 54 | 19 |
| Придбали еротичний матеріал минулого року | 41 | 16 |
| Перенесли хвороби, що передаються статевим шляхом | 16 | 18 |
| Дізналися про секс головним чином із сім'ї | 25 | 40 |

**Малюнок 11.6. Сексуальна поведінка та стать.** Відповідно до даних опитувань, чоловіки частіше за жінок думали про секс протягом дня і активно купували різні матеріали сексуального змісту, наприклад еротичні журнали. Жінки, як правило, отримують інформацію про секс у сім'ї. (Adapted from Michael et al, 1994; Janus & Janus, 1993.)

***Знижений статевий потяг та сексуальна огида***

Знижений статевий потяг і сексуальна огида - одні з найважчих для лікування дисфункцій, тому що вони зачіпають відразу кілька областей (LoPiccolo, 1997, 1995; Rosen & Leiblum, 1995). Терапевти, зазвичай, поєднують застосування кількох технік (LoPiccolo & Friedman, 1988). При використанні техніки, яка називається чуттєве усвідомлення, пацієнти візуально представляють сексуальні сцени, які допомагають позбутися тривожності та інших негативних емоцій, пов'язаних із сексом. За іншої техніки пацієнти проходять курс тренінгу самоінструкцій, який допомагає їм подолати негативну реакцію на секс. Наприклад, вони вчаться, займаючись сексом, вимовляти такі фрази: «Я можу дозволити собі отримувати задоволення від сексу; це не означає, що я втрачу контроль».

Щоб посилити сексуальний драйв, терапевти використовують і біхевіористський підхід. Вони пропонують клієнтам вести «щоденник потягів», в якому ті фіксують свої сексуальні думки та почуття, читати книги та дивитися фільми еротичного змісту, розвивати сексуальні фантазії. Такі спільні насолоди, як танці, прогулянки вдвох, також заохочуються (LoPiccolo, 1997, 1995).

Так як сексуальна огида може бути результатом сексуального нападу або зґвалтування у дитинстві, то часом потрібні додаткові техніки. Пацієнтів заохочують згадувати, говорити і думати про травму до тих пір, поки їх спогади більше не пробуджуватимуть страху або напруження. Іноді пацієнта просять вигадувати діалоги з ґвалтівником, щоб таким чином дати можливість висловити почуття гніву і безпорадності, що накопичилося (LoPiccolo, 1997, 1995).

Зрозуміло, що ці та пов'язані з ними методи допомагають багатьом жінкам і чоловікам зі зниженим сексуальним потягом і відразою до сексу вирішувати свої проблеми і займатися сексом більше одного разу на тиждень (Hurlbert, 1993; Schover & LoPiccolo, 1982). Слід зазначити, що з цієї теми було проведено кілька контрольованих досліджень (Beck, 1995; O' Carroll, 1991). Крім того, часто застосовувалися і біологічні втручання, такі як гормональне лікування, проте в ході досліджень їхня ефективність не отримала безумовного підтвердження (Beck, 1995).

***Порушення ерекції***

Лікування розладів ерекції включає спеціальні техніки, які допомагають чоловікові впоратися з власною тривогою, посилити стимуляцію або те й інше (LoPiccolo, 1995). Під час вправ на чуттєву зосередженість пару навчають користуватися технікою подразнивания: якщо чоловік досягає ерекції, партнер припиняє пестити його до тих пір, поки той не втратить потягу. Ця вправа вчить пару тому, що ерекції виникають спонтанно у відповідь на стимуляцію, коли партнери не зосереджуються на виконанні дії. В іншій техніці пару навчають застосовувати мануальний або оральний секс, щоб спробувати довести жінку до оргазму, при цьому тиск на чоловіка послаблюється (LoPiccolo, 1997, 1995).

Біологічні методи, які використовуються, зокрема, коли порушення ерекції було викликано органічними причинами, останнім часом знову набули популярності, особливо після появи нового засобу sildenafil (у торгівлі названого «віагра»). Ці ліки посилюють приплив крові до пенісу протягом години після ухвалення, при цьому блокується діяльність деяких ферментів. Віагра допомагає чоловікам швидше досягти ерекції під час занять сексом.

До винаходу віагри в біологічне лікування входило застосування гелевих супозиторіїв, ін'єкції ліків безпосередньо в пеніс і використання апарату вакуумної ерекції (пеніс поміщається в порожнистий циліндр, з якого потім викачують повітря, при цьому кров приливає до пенісу і деякий час викликає ерекцію) (Cookson & Nadig, 1993; Aloni et al., 1992). Інший біологічний метод це протезування - в пеніс вшивається напівжорсткий стрижень з гуми та дроту, що викликає штучну ерекцію. Такий спосіб лікування досить дорогий, проте щороку США робляться 25 000 подібних хірургічних операцій (LoPiccolo, 1997, 1991). Так як віагрою легко користуватися і вона приносить користь 40-70% пацієнтів, очікується, що в наступні роки картина лікування розладів ерекції серйозно зміниться.

|  |
| --- |
| ***Соціальний феномен*** — у 1998 році в перший місяць після того, як віагра потрапила на ринок, лікарі виписали 120 000 рецептів, так що вона стала найбільш продаваними в історії ліками (Adler, 1998). Популярність і швидке визнання віагри свідчать, що від різних порушень ерекції страждають дуже багато чоловіків. |

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** Віагра, надзвичайно популярні нові ліки для вирішення проблем, пов'язаних з ерекцією, було відкрито випадково. Медики тестували нові ліки для серця і виявили, що вони посилювали приплив крові до пеніс піддослідних набагато ефективніше, ніж до серця (Handy, 1998). |

***Порушення оргазму у чоловіків***

Так само як і лікування чоловічого порушення ерекції, однією зі складових терапії порушення оргазму у чоловіків є техніка зниження тривоги, пов'язаної зі вчиненням статевого акту, та техніка посиленої стимуляції (LoPiccolo, 1997; Rosen & Leiblum, 1995) . При одній техніці чоловіка з порушенням навчають мастурбувати і досягати оргазму в присутності партнера або мастурбувати, майже доходячи до оргазму, і вводити пеніс у піхву лише в останній момент (Marshall, 1997). Це посилює ймовірність того, що у чоловіка станеться еякуляція. Потім його навчають вводити пеніс раніше і раніше під час мастурбації.

Коли порушення оргазму у чоловіків обумовлено фізіологічними проблемами, наприклад неврологічними пошкодженнями або каліцтвом, то лікування входить і застосування ліків, що посилює збудження симпатичної нервової системи (Murphy & Lipshultz, 1988). На жаль, поки що проведено дуже мало досліджень, що перевіряють ефективність такого лікування (Rosen & Leiblum, 1995).

***Передчасна еякуляція***

Протягом багатьох років передчасну еякуляцію з успіхом виліковували за допомогою біхевіористських процедур (Masters & Johnson, 1970; Semans, 1956). При процедурі стоп-старт, або пауза, пеніс стимулюють мануально, доки чоловік не прийде у сильне збудження. Потім пара припиняє стимулювання, доки збудження не проходить; потім стимуляція відновлюється. Ця послідовність повторюється кілька разів, поки чоловік не досягає еякуляції, так що врешті-решт він отримує стільки стимуляції, скільки ніколи не відчував раніше (LoPiccolo, 1995). Потім пара переходить до введення пеніса у вагіну, при цьому чоловік може будь-якої миті вивести пеніс і припинити злягання, якщо відчує занадто сильне збудження. Відповідно до клінічних звітів, через два або три місяці багато пар починають отримувати задоволення від тривалого злягання і не відчувають потреби зупинитися (LoPiccolo, 1997, 1995).

Деякі клініцисти лікують передчасну еякуляцію за допомогою флуоксетину (Prozac) та інших антидепресантів, що збільшують вміст серотоніну. Оскільки ці ліки іноді послаблюють сексуальне збудження або оргазм, то, можливо, вони можуть бути корисні чоловікам, які зазнають передчасної еякуляції. Незважаючи на те, що деякі дослідження показали позитивні результати (Althof, 1995; Althof et al, 1994), вчені ще не з'ясували, які віддалені ефекти цих препаратів та їх вплив на еякуляцію протягом тривалого часу. Також поки що невідомо, чи можна поєднувати такі ліки з техніками психологічної терапії та терапії відносин (Rosen & Leiblum, 1995).

***Порушення збудження та оргазму у жінок***

Конкретні техніки лікування дисфункцій жіночого збудження та оргазму включають дослідження пацієнткою своїх можливостей, усвідомлення свого тіла та безпосередній тренінг з мастурбації (LoPiccolo, 1997; Heiman & LoPiccolo, 1988). Ці процедури особливо корисні для жінок, які ніколи не досягали оргазму.

Під час тренінгу контрольованої мастурбації крок за кроком жінок вчать ефективно мастурбувати і зрештою досягати оргазму під час сексуальної взаємодії (Hurlbert & Apt, 1995; Hurlbert et al., 1993). У тренінг входить показ діаграм, навчання стимуляції статевих органів, знайомство з еротичними матеріалами та фантазіями, «спускові гачки оргазму», як, наприклад, стримування дихання або підштовхування таза, зосередженість на почуттях партнера та прийняття таких сексуальних поз, які дозволяють стимулювати клітор під час злягання.

Ця тренінгова програма довела свою високу ефективність: понад 90% жінок успішно навчаються відчувати оргазм під час мастурбації, близько 80% - досягати оргазму від ласок партнерів і близько 30% - виявляються в змозі випробувати оргазм під час злягання (LoPiccolo, 1997; Heiman & LoPіc , 1988). Навпаки, біологічні втручання, такі як гормональна терапія, практично не виявилися високоефективними (Mathews et al., 1983).

Як ми вже зазначали раніше, відсутність оргазму під час статевого акту не завжди свідчить про сексуальну дисфункцію, якщо жінка отримує задоволення від злягання і може досягати оргазму, коли її пестить партнер або вона пестить себе сама. З цієї причини деякі терапевти вірять, що найкраще для жінок, які страждають тільки від того, що вони не досягають оргазму під час злягання, просто дати їм необхідну інформацію і пояснити, що вони абсолютно нормальні.

***Sildenafil*** *- ліки, що застосовуються для лікування порушення ерекції; воно посилює приплив крові до пеніса протягом години після ухвалення (торгова марка «Віагра»).*

***Апарат вакуумної ерекції*** *– апарат нехірургічного типу, що застосовується для досягнення ерекції. Він складається з порожнистого циліндра, що міститься на пенісі та з'єднаного з ручним насосом.*

***Протез пеніса*** *- хірургічний імплантант, що складається з напівжорсткого стрижня, що виготовляється з гуми та дроту, що викликає штучну ерекцію.*

***Контрольована мастурбація*** *- метод у секс-терапії, при якому жінок з порушенням збудження або оргазму вчать ефективно мастурбувати і зрештою досягати оргазму під час сексуальної взаємодії.*

***Вагінізм***

Вагінізм – мимовільне скорочення м'язів навколо вагіни – лікується двома способами. По-перше, жінка може спробувати напружувати і розслаблювати свої вагінальні м'язи, доки навчиться їх краще контролювати (LoPiccolo, 1995; Rosen *&* Leiblum, 1995). По-друге, жінка може сама спробувати подолати страх проникнення у піхву, використовуючи поведінковий тренінг. Вона може навчитися поступово зі своєю власною швидкістю вводити в піхву розширювачі і врешті-решт прийти до того, щоб запровадити член свого партнера. Більше 90% жінок, які лікувалися від вагінізму, зрештою отримували можливість злягатися безболісно (Beck, 1993; LoPiccolo, 1990). Багато жінок, однак, скаржаться, що коли вони вперше прийшли до лікаря з цією проблемою, їх лікували неефективно або застосовуючи хибні методи терапії (Ogden & Ward, 1995).

|  |
| --- |
| **"Область безумства".** У XIX столітті вважалося, що жінки повинні відчувати обмежене сексуальне збудження. Авторитетні медики говорили, що «надмірна пристрасність» для вікторіанських жінок небезпечна і може призвести до божевілля (Gamwell & Tomes, 1995). У цій ілюстрації з підручника з медицини жіночі репродуктивні органи називаються «областю божевілля». (Buchanan, 1854.) |

***Диспареунія***

Як ми побачили, найчастіше причина диспареунії – біль у геніталіях під час злягання – фізіологічний, наприклад біль від шрамів чи розривів. Коли причина відома, пара може навчитися займати такі позиції під час статевого акту, щоб уникати тиску на пошкоджені області. Можна спробувати провести медичне втручання, але його обов'язково потрібно поєднувати з іншими техніками секс-терапії, щоб подолати брак збудження і тривожність, що накопичилася за багато років (Leiblum, 1996; Meana & Binik, 1994). Оскільки в багатьох випадках диспареунія виникає через органічні проблеми, які раніше не діагностувалися, дуже важливо, щоб жінки пройшли ретельне гінекологічне обстеження (Reid & Lininger, 1993).

**Нові напрямки у секс-терапії.**

За тридцять років секс-терапевти значно розширили методи, розроблені Мастерсом і Джонсон (LoPiccolo, 1997; Rosen & Leiblum, 1995). Наприклад, сучасні секс-терапевти регулярно лікують партнерів, які живуть разом, але не одружені. Вони також лікують сексуальні дисфункції, що виникають внаслідок психічних розладів, наприклад після депресії, манії, шизофренії та деяких розладів особистості (Rowlands, 1995). Крім того, секс-терапевти більше не відмовляються працювати з клієнтами, які переживають сімейний розлад, літніми, хворими, фізично неповноцінними (Dupont, 1995; Rosen & Leiblum, 1995), а також з клієнтами з гомосексуальною орієнтацією або тими, хто не має постійного сексуального партнера (Stravinsky et al., 1997). Секс-терапевти також стали частіше звертати увагу на надмірну сексуальність, яку іноді називають залежністю від сексу (Black et al., 1997; Rosen & Leiblum, 1995).

Багато секс-терапевтів в даний час стурбовані тим, що люди все частіше використовують ліки та медичне втручання для лікування сексуальних дисфункцій, зокрема для лікування зниженого сексуального потягу та розладу чоловічої ерекції (Ackerman, 1995; Rosen & Leiblum, 1995). Викликає тривогу, що лікарі зосереджують свою увагу лише на застосуванні нових біологічних методів, а не комбінують біологічні, психологічні та соціокультурні втручання (Hartmann & Langer, 1993; Althof et al., 1991). Фактично будь-які обмежені методи не можуть повністю вирішити комплексні причини, що лежать в основі більшості сексуальних проблем (Ackerman & Carey, 1995).

**Резюме**

У 1970-х роках роботи Вільяма Мастерса та Вірджинії Джонсон призвели до розвитку секс-терапії. У сучасній секс-терапії поєднуються різноманітні форми терапії - когнітивна терапія, терапія поведінки, терапія закоханої пари та сім'ї. Секс-терапія включає ретельну оцінку, взаємну відповідальність, освіту, зміну установок, вправи на чуттєвість, що допомагають подолати тривогу, пов'язану з статевим актом. Ці вправи також допомагають людині позбутися ролі спостерігача, під час терапії розвивається комунікація з партнером. Крім цього, для лікування кожної окремої сексуальної дисфункції застосовується спеціальна техніка. Останнім часом зростає кількість біологічних методів лікування сексуальних дисфункцій.

**Парафілії.**

Парафілії - це розлади, що характеризуються постійними та інтенсивними сексуальними імпульсами, фантазіями або поведінкою, пов'язаною з неживими предметами, дітьми, дорослими, байдужими до цієї людини, або коли людина відчуває сексуальне задоволення від власних страждань або приниження інших (див. довідник D) . У цьому людина збуджується лише у присутності відповідного стимулу чи відчуває потребу у стимулі лише іноді у період стресу.

Відповідно до довідника DSM-IV, діагноз парафілії можна ставити пацієнту, тільки якщо імпульси, фантазії або поведінка тривають принаймні шість місяців. Ці фантазії або поведінка повинні також завдавати страждання або заважати соціальному життю людини або її роботі (АРА, 1994). Люди, чия парафілія пов'язана із сексуальним потягом до дітей або байдужим до них дорослим, опиняються у кабінеті терапевта, коли порушують закон.

Поки теоретики пропонують різні пояснення парафілії, практичні дослідження мало свідчать про причини більшості таких розладів (АРА, 1994). Крім цього, багато способів лікування, які до них застосовуються, ще не підтвердили свою ефективність у ході досліджень (Bradford, 1995; Stein et al., 1992). Вже давно використовується психологічне та соціокультурне лікування парафілії, але так само як і при лікуванні сексуальних дисфункцій все більше уваги в останні роки привертають до себе біологічні втручання. Деякі клініцисти, наприклад, застосовують лікарські препарати, що зменшують вироблення тестостерону, чоловічого сексуального гормону і таким чином знижують сексуальний драйв (Bradford, 1995). Такі ліки дійсно іноді змінюють у пацієнтів патерни статевих збочень, проте деякі з них також знижують сексуальність в цілому. Таким чином, ліки в даний час застосовуються, коли збоченість людини становить небезпеку для самої людини або для оточуючих. Клініцисти також виявляють сильний інтерес до можливого застосування для лікування парафілії антидепресантів другого покоління. Терапевти сподіваються, що такі препарати зможуть змінити маніакальну сексуальну поведінку, так само як допомагають позбавити людини від нав'язливості при інших дисфункціях (Bradford, 1995, 1991; Leo & Kim, 1995).

**Фетишизм.**

Основні ознаки фетишизму - це сильні сексуальні імпульси, що повторюються, сексуально збуджують фантазії або сексуальні дії з використанням неживого предмета. У цьому виключаються й інші стимули. Як правило, цей тип розладу виникає у людини ще в юнацькому віці (АРА, 1994). Фетишем може служити все, що завгодно, але найчастіше жіноча спідня білизна, туфлі та чоботи (АРА, 1994; Raphling, 1989).

Деякі люди, які страждають на фетишизм, крадуть речі і збирають їх якнайбільше. Людина чіпає, нюхає або одягає ці речі (об'єкт свого потягу) під час мастурбації або використовує їх якось інакше, наприклад, може попросити партнера одягнути цю річ під час занять сексом. Деякі з таких симптомів ми бачимо в наступному прикладі:

*32-річний самотній чоловік... зізнався, що, незважаючи на те, що його частково приваблювали жінки, набагато більше він спокушався «їх трусиками».*

*Пацієнт згадує, що почав відчувати сексуальне збудження у віці 7 років, коли йому попався на очі порнографічний журнал і хлопчик відчув, що його збуджують фотографії частково оголених жінок у трусиках. Перша еякуляція відбулася у 13 років, коли він мастурбував, уявляючи собі жінок у трусиках. Він мастурбував, кохаючись з трусиками своєї старшої сестри, які він вкрав без її відома. Згодом він крав трусики у своїх подруг та інших жінок, з якими знайомився. Під будь-яким приводом він «випадково забредав» у спальню до жінок, швидко копався в їхніх речах, поки не знаходив трусики, які могли задовольнити його. Пізніше він мастурбував з ними і «зберігав їх» у «своїй схованці». Така мастурбація з жіночою нижньою білизною доставляла йому найбільше сексуальне збудження та оргазм з юності і до цієї консультації (Spitzer et al., 1994, р. 247).*

Дослідники не з'ясували причини фетишизму (Wise, 1985). Теоретики психодинаміки припускають, що фетиші – це захисні механізми, які допомагають людині уникати тривоги, пов'язаної із звичайним сексуальним контактом. Однак психодинамічний лікування цієї проблеми не увінчалося успіхом (LoPiccolo, 1992).

Біхевіористи припустили, що звикання до фетишів відбувається у процесі класичного обумовлення. В одному біхевіористському дослідженні випробуваним чоловікам показували серію слайдів з оголеними жінками та зображеннями чобіт (Rachman, 1966). Після багатьох повторень цього показу піддослідних почали збуджувати як жінки, а й одні фотографії чобіт. Якщо перші сексуальні досліди людини проходять у присутності певних предметів, то таким чином створюються умови для розвитку фетишизму.

Біхевіористи іноді лікують фетишизм за допомогою аверзивної терапії (терапії огиди) (Kilmann et al., 1982). У одному дослідженні описано, як випробувані фетишисти отримували удари електрошоку, коли уявляли об'єкт свого потягу (Marks & Gelder, 1967). Через два тижні терапії всі випробувані показали деяке покращення. При використанні іншої техніки відрази прихованої десенситизації, людей, одержимих фетишизмом, просили уявляти об'єкт, що приносить їм задоволення, і при цьому поєднувати в уяві цей образ з уявним стимулом, що викликає огиду, поки вони не переставали бажати об'єкт свого сексуального задоволення.

Ще одне поведінкове лікування фетишизму полягає в пересищенні мастурбацією (Quinsey & Earls, 1990; Marshall & Lippens, 1977). При цьому методі пацієнт мастурбує і досягає оргазму, фантазуючи вголос про сексуально відповідний об'єкт, потім перемикається і репрезентує в деталях фетиш, при цьому знову мастурбує, і його фетишистська фантазія триває протягом години. Ця процедура призначена для того, щоб людина відчула нудьгу, і це почуття у свою чергу виявилося пов'язаним із фетишистським об'єктом.

Проте за інших перверсій використовується інший біхевіористський метод — оргазмічна переорієнтація, коли людей вчать реагувати більш відповідні джерела сексуальної стимуляції. Людям показують звичайні стимули, доки вони реагують на незвичайні об'єкти. Людину, яка відчуває, скажімо, пристрасть до жіночих туфлів, навчають досягати ерекції, користуючись фотографією туфель, а потім вона починає мастурбувати з фотографією оголеної жінки. Якщо людина втрачає ерекцію, вона повинна знову поглянути на фотографію туфель, а потім знову повертається до зображення оголеної жінки. Коли оргазм наближається, пацієнт повинен повністю зосередитися на звичайному стимулі.

***Парафілії*** - *розлади, що характеризуються постійними та інтенсивними сексуальними імпульсами, фантазіями або поведінкою, пов'язаними з неживими предметами, дітьми, дорослими, байдужими до цієї людини, або коли людина відчуває сексуальне задоволення від власних страждань чи приниження інших.*

***Фетишизм*** *- перверсія, що включає постійні та інтенсивні сексуальні імпульси, фантазії або поведінка, в якій використовуються неживі предмети, при цьому часто виключаються інші стимули.*

***Перенасичення мастурбацією*** *- біхевіористський метод лікування, при якому клієнт мастурбує дуже довгий період часу, представляючи детально об'єкт своєї перверсії. Ця процедура має викликати відчуття нудьги, яке поступово починає з'єднуватися з об'єктом.*

***Оргазмічна переорієнтація*** *- процедура лікування деяких видів перверсії, за допомогою яких клієнтів вчать реагувати на нові відповідні джерела стимуляції.*

***Фетишизм трансвеститів*** *- перверсія, яка призводить до повторюваних і інтенсивних сексуальних імпульсів, фантазій або поведінки, що включають переодягання в одяг протилежної статі. Також це явище відоме як трансвестизм.*

**Трансвеститський фетишизм**

Трансвеститський фетишизм, також відомий як трансвестизм, це нав'язлива потреба чи бажання одягатися в одяг протилежної статі, щоб випробувати сексуальне збудження. У наступному уривку 42-річний батько сімейства так описує свою поведінку.

*Мені сказали, що коли я одягаюсь у жіночу сукню, то схожий на матір Вістлер [сміється], особливо якщо я не поголюся. Зазвичай я надаю велике значення деталям і стежу, щоб коли я одягаюся як жінка, колір лаку для нігтів був у сукні. Чесно кажучи, мені важко згадати, коли я почав переодягатися в жіночий одяг ...якщо все ж таки спробувати, я б сказав, що це почалося, коли мені було років 10, я дурів і одягнув мамину сукню... Я завжди ретельно стежив за тим, щоб усі класти на своє місце. Я прожив з матір'ю 18 років, і вона ніколи і не підозрювала, що я вдягаю її одяг. Я входжу в суспільство підтримки трансвеститів... це суспільство, в якому чоловіки перевдягаються у жіночу сукню. Деякі члени нашого суспільства є гомосексуалістами, але більшість — ні. Справжні трансвестити, а я є трансвестит, наскільки я знаю — не гомосексуалісти. Ми у суспільстві не проводимо дискримінацію проти них; ну, розумієте, у нас самих достатньо проблем, ми хочемо, щоби нас вважали нормальними людьми, а не просто купкою божевільних. У цьому суспільстві хороші хлопці... справді... Майже такі самі, як я.*

*Більшість [чоловіків у групі] розповіли близьким про свою схильність до перевдягання, однак у одружених чоловіків бувають труднощі; деякі дружини знають про їхнє захоплення, а деякі — ні, і лише підозрюють. Я вірю в чесність і розповів своїй дружині про це перед тим, як ми побралися. Тепер ми розлучилися, але я не думаю, що це сталося через переодягання... Мене багато разів питали, чому я переодягаюся в жіночу сукню, і це важко пояснити, просто мені це подобається. Я добре почуваюся в жіночій сукні. Мені це приносить глибоке задоволення. Деякі мої друзі, коли я подорослішав, запропонували мені пройти курс психотерапії, але я не вважаю це за проблему. Якщо це хвилює когось ще, то це їхня проблема... Я цілком задовольняв свою дружину в сексуальному плані, хоча їй потрібен деякий час, щоб звикнути, що я одягаю жіночу білизну; так. Іноді я одягаю його, коли кохаюся, це мене просто сильніше збуджує (Janus & Janus, 1993, p. 121).*

Так само як ця людина, типовий трансвестит майже завжди гетеросексуальний чоловік, він починає займатися перевдяганням у дитинстві чи юності (Bradley, 1995; Schott, 1995). У повсякденному житті такий чоловік поводиться з характерною для своєї статі маскулінністю, а коли залишається один, переодягається у жіночу сукню. Незначний відсоток таких чоловіків перевдягаються у жіночу сукню, коли вирушають у бар чи клуб. Деякі носять окремі предмети жіночого туалету, наприклад, жіночу білизну або панчохи під чоловічим одягом. Інші наносять на обличчя макіяж та повністю одягаються як жінки. Багато одружених чоловіків-трансвестити переодягаються і перед своїми дружинами (Kolodny, Masters & Johnson, 1979). Цей патерн часто змішують із транссексуалізмом, але, як ми побачимо далі, це два різні розлади.

|  |
| --- |
| ***Груповий метод «перехрестя»***- Це група самодопомоги для чоловіків, схильних до трансвеститського фетишизму і які відчувають постійну потребу переодягатися в жіночий одяг, щоб досягти сексуального збудження. |

Звісно ж, явище трансвеститського фетишизму будується на принципах винагороди та оперантного обумовлення. Батьки та інші дорослі у дитинстві відкрито заохочували цих людей переодягатися у сукню протилежної статі. В одному випадку, жінка захопилася, коли виявила, що її юний племінник отримував задоволення, переодягаючись у дівочу сукню. Вона завжди хотіла мати племінницю, і почала купувати йому сукні та прикраси, а іноді одягала його як дівчинку і брала з собою в магазин.

**Ексгібіціонізм.**

Ексгібіціоніст - це людина, яка постійно відчуває прагнення показати свої геніталії іншій людині, майже завжди - представнику протилежної статі, або її збуджують фантазії на цю тему. Ексгібіціоніст може діяти відповідно до своїх імпульсів, але рідко намагається займатися сексом з людиною, перед якою вона оголює себе (АРА, 1994; Abel, 1989) Найчастіше ексгібіціоніст хоче викликати шок чи подив. Часом він виставляє свої геніталії напоказ у певному місці у певні години. Його імпульси посилюються, що він зайнятий роботою чи відчуває стрес ( Abel, 1989).

Як правило, цей тип розладу виникає у людини віком до 18 років і переважає у чоловіків (АРА, 1994). Люди, які захоплюються ексгібіціонізмом, не відчувають зрілих почуттів до представників протилежної статі і їм важко встановити міжособистісні стосунки. Половина з них одружені, проте їх сексуальні взаємини у шлюбі незадовільні (Blair & Lanyon, 1981; Mohr et al., 1964). Багато хто з них не впевнений у своїй мужності або боявся її, а деякі, як з'ясовується, сильно прив'язані до матері-власника.

Проводиться те саме лікування, що і при інших статевих збоченнях, у тому числі терапія огиди або пересичення мастурбацією, які можуть поєднуватися з оргазмічної переорієнтацією, тренінгом соціальних навичок та психодинамічної терапії (LoPiccolo, 1992; McNally & Lukach, 1991) . Клініцисти свідчать, що певний успіх приносить гіпнотерапія (Epstein, 1983; Polk, 1983).

**Вуайєризм.**

Людина, яка займається вуайєризмом, відчуває постійне і сильне сексуальне бажання, коли спостерігає за оголеними людьми, які нічого не підозрюють або підглядає за тим, як інші займаються сексом. Вуайерист, зазвичай, не прагне сам займатися сексом із тими людьми чи тієї парою, яких він підглядає (АРА, 1994). Відчуття небезпеки та ризику, що його виявлять, часто посилює збудження вуайєристів, це видно з наступного твердження людини, яка страждає на такий розлад.

*Просто спостерігати за голою дівчиною не доставило б мені такого задоволення, як підглядати за нею. Це не просто оголене тіло, а підглядання та спостереження за тим, чого ви бачити не повинні. Ризик того, що тебе застануть зненацька, ще більше збуджує. Я не хочу, щоб мене спіймали за цим заняттям, але кожного разу, коли я наважуюсь підглядати, я наражаю себе на небезпеку (Yalom, 1960, р. 316).*

***Ексгібіціонізм*** - *парафілія, при якій людина переживає збуджуючі імпульси або фантазує про те, що покаже свої геніталії іншій людині. Іноді людина може діяти відповідно до цих імпульсів.*

Люди, схильні до вуайєризму, мастурбують або під час спостереження, або коли згадують про це. Часто людина відчуває задоволення, коли бачить ранимість людей, за якими спостерігає, і розуміє, що вони, ймовірно, почуваються приниженими, якщо виявлять його. Вуайєризм, як правило, виникає у віці до 15 років і продовжується досить довго (АРА, 1994).

Ексгібіціонізм та вуайєризм можуть бути складовою звичайного сексу, але в такому разі партнер повинен проявити розуміння та участь до любителя таких сексуальних збочень. Клінічний вид вуайєризму супроводжується постійним вторгненням у приватне життя іншої людини. Деякі вуайєристи не здатні здійснювати нормальну сексуальну взаємодію; а інші все ж таки підтримують звичайні сексуальні відносини, незалежно від вуайєризму.

Багато когнітивних клініцистів і клініцистів-психодинаміків припускають, що вуайєристи своїми діями прагнуть отримати владу над іншими людьми, мабуть, тому що почуваються неадекватними або виявляють сексуальну чи соціальну сором'язливість. Деякі теоретики в галузі психодинаміки пояснюють вуайєризм як спробу позбавитися страху кастрації, що виник у дитини, коли він побачив геніталії дорослого. Теоретично такі вуайєристи повторюють поведінку, викликану початковим переляком, щоб переконати себе, що їм нічого боятися (Fenichel, 1945). Біхевіористи наполягають на тому, що вуайєризм це набута поведінка — наслідки випадкового спостереження за сексуальною сценою. Якщо людина спостерігає такі сцени кілька разів і мастурбує при цьому, то у неї розвивається вуайєристський патерн поведінки.

**Сцени із сучасного життя**

*За сексом - в Інтернет*

Великою популярністю у користувачів Інтернету користується популярна програма Veronica. Яка тема найчастіше цікавить користувачів? "Секс". Друга найпопулярніша тема – це «Еротика». Користувачі шукають матеріали на цю тему майже вчетверо частіше, ніж «ігри», і вп'ятеро частіше, ніж «музику» (Foster, 1995).

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Чому секс може бути такою популярною темою в Інтернеті? Чи приносить психологічну користь чи, навпаки, шкоду доступність секс-чатів та іншого сексуального матеріалу? Чи дійсно, як побоюються деякі спостерігачі, поширення сексуального матеріалу в нашому комп'ютеризованому світі може розвинути у користувачів патологічно підвищений інтерес до сексу та відхилення у поведінці? |

**Фроттеризм.**

Людина, схильна до фроттеризму, відчуває постійний і сильний потяг доторкатися і тертися про людину, яка не збирається займатися з нею сексом, і діє відповідно до своїх імпульсів. Діагноз виправданий, якщо спонукання та вчинки засмучують саму людину і заважають їй нормально жити. Фроттеризмом (від французького слова frotter — терти) люди, зазвичай, займаються у місцях скупчення народу, наприклад, у метро чи жвавому підземному переході (АРА, 1994). Майже завжди фроттеризм займаються чоловіки. Чоловік третьиться геніталіями об стегна або сідниці жінки, пестить її геніталії або груди руками. Як правило, під час такого акту він уявляє, що жертва відповідає на його почуття.

Фроттеризм, як правило, починається в підлітковому віці або раніше, найчастіше він виникає як наслідування інших людей, які здійснюють цей акт. Після того, як люди, які страждають на цей розлад, досягнуть 25 років, вони все рідше вдаються до таких вчинків (АРА, 1994).

***Вуайєризм*** - *парафілія, при якій людину долає нав'язливе бажання підглядати за людьми, які нічого не підозрюють, коли вони роздягаються або займаються сексом. Людина може діяти відповідно до цих бажань.*

***Фроттеризм*** *- парафілія, що виражається в постійних та інтенсивних сексуальних імпульсах, фантазіях і вчинках, коли людина торкається або треть геніталіями про іншу людину, яка не відчуває до нього ніякого потягу.*

**Педофілія.**

Людина, схильна до педофілії, буквально, «любові до дітей», отримує сексуальне задоволення, коли спостерігає, торкається або займається сексом з дітьми, які не досягли статевої зрілості, — 13 років і молодше. Деякі люди з таким видом порушень отримують сексуальне задоволення від дитячої порнографії або матеріалу, на перший погляд невинного змісту, наприклад реклами спідньої білизни; інших збуджує справжнє спостереження дітей, ласки чи статевої акт з дітьми (Howitt, 1995; Barnard et al., 1989). Деякі люди, які страждають на педофілію, відчувають потяг тільки до дітей, а інші - ще й до дорослих (АРА, 1994). Жертвами педофілії можуть стати як дівчатка, так і хлопчики, однак є деякі докази того, що три чверті жертв педофілів – дівчатка (Koss & Heslet, 1992).

Схильність до педофілії, зазвичай, виникає у дитинстві. Багатьох педофілів у дитинстві самих зґвалтували (Howitt, 1995; McCormack et al., 1992). Буває, педофіли-чоловіки одружуються, відчувають сексуальні труднощі або фрустрацію в сімейному житті і прагнуть знайти ту область, де вони відчували б себе господарями становища. У багатьох випадках зловживання алкоголем також сприяє виникненню розладу (Rada, 1976).

|  |
| --- |
| ***Грайливий контекст.*** Перевдягання одяг протилежної статі необов'язково свідчить про статевому збоченні. Потрібно завжди враховувати контекст ситуації та сексуальну поведінку цієї людини загалом. Чоловіки-актори, наприклад, часто одягаються як жінки, щоб розважити відвідувачів нічних клубів чи театрів. На фотографії ви бачите акторів театрального клубу Гарвардського університету «Заварний пудинг», у цьому клубі ставлять мюзикли, і чоловіки-студенти останнього курсу одягаються та виглядають як жінки. На фотографії вони оточують актрису Мішель Пфайффер та вручають їй приз «Жінка року». |

Головним чинником у педофілії може бути незрілість особистості (Groth & Birnbaum, 1978). У людини можуть бути недостатньо розвинені соціальні та сексуальні навички, так що вона відчуває сильну тривогу за однієї думки про нормальні сексуальні взаємини. У деяких людей складаються помилкові уявлення, наприклад, що «цілком нормально займатися сексом з дітьми, якщо вони згодні» (Abel et al., 1984).

Більшість злочинців-педофілів потрапляють до в'язниці або піддаються примусовому лікуванню, якщо їх ловлять за скоєння сексуального насильства щодо дітей. Педофілію лікують так само, як і інші збочення, наприклад, застосовують терапію огиди, пересичення мастурбацією та оргазмічну переорієнтацію (LoPiccolo, 1992; Enright, 1989). Існує також і когнітивно-біхевіористське лікування педофілії: тренінг із запобігання рецидивам, який складається відповідно до програм із запобігання рецидивам, що використовуються для лікування від наркотичної залежності. Коли використовується такий метод, пацієнти згадують ситуації, які провокують їх фантазії чи дії стосовно дітей (наприклад, пригнічений настрій чи збочені думки). Потім пацієнтів вчать стратегіям, як уникати таких ситуацій чи ефективно з ними справлятися (LoPiccolo, 1992; Pithers, 1990). Безсумнівно, що тренінг із попередження рецидивів допомагає у лікуванні педофілії, як і інших статевих збочень. В одному дослідженні 147 людей, які страждають на педофілію, виявилося, що серед пацієнтів, які пройшли такий курс лікування, рівень рецидивів склав всього 4% (Pithers & Cumming, 1989).

**Сексуальний мазохізм.**

Людина, схильна до сексуального мазохізму, збуджується, коли уявляє, як його принижують, б'ють, пов'язують або змушують страждати, або коли з нею насправді так поводяться. Багато хто фантазує про те, що їх змушують займатися сексом проти їхньої волі; проте діагноз мазохіста ставлять лише людям, які справді збуджуються чи завдають собі ушкодження після таких фантазій (АРА, 1994; Reik, 1989). Деякі люди з цим розладом самі спрямовують свої мазохістські імпульси: вони пов'язують себе, колють шпильками або завдають собі порізів. Іншим обмежують свободу партнери, пов'язують, зав'язують їм очі, човгають їх, б'ють палицею, завдають ударів хлистом і електрошоком, «колють їх голкою і пронизують їх» або принижують (АРА, 1994).

Індустрія товарів та послуг йде назустріч мазохістам. Ось як 34-річна жінка описує свою роботу у публічному будинку для садомазохістів.

*У мене тут люди, які прагнуть отримати біль, на який вони, як їм здається, заслуговують. Не питайте мене, чому вони хочуть зазнати болю, я не психолог; але коли вони потрапляють до нас, вони більше не йдуть. Можливо, якимось дівчатам знадобиться година або навіть дві години, щоб вилікувати цих хлопців, бо вони на те заслуговують, — мені вдається зробити це за 20 хвилин... Врахуйте, що всі вони бізнесмени, вони не тільки купують мій час, їм також треба знову повертатися до роботи, тому час для них важливий.*

*Ось що я можу швидко і добре: я встромляю шпильки їм у соски або проколюю їм [мошонку]. Декому з них, щоб завестися, треба побачити свою кров.*

*...Поки розгортається ця сцена, між нами не припиняється діалог. його гріхи. Щоразу це спрацьовує. Слухайте, я в своєму розумі і знаю, що роблю. Я поводжуся надзвичайно жорстко та грубо, але я дуже чутлива жінка. При цьому вам треба оберігати здоров'я хлопця... Ви не повинні його вбити або довести до серцевого нападу... Я знаю, що є інші місця, де хлопці вмирають. Я жодного разу не доводила клієнта до смерті, навіть якщо вони пристрасно хотіли померти під час мого лікування. Зауважте, що це постійні відвідувачі. У мене є клієнти та репутація, яку я ціную (Janus & Janus, 1993, p. 115).*

Однією із форм сексуального мазохізму є гіпоксифілія — щоб посилити своє сексуальне задоволення, люди задихаються або душать самих себе (або просять своїх партнерів задушити їх). Є досить багато тривожних даних клінічних звітів про аутоеротичну асфіксію, коли підлітки, переважно чоловічої статі та у віці близько 10 років, випадково під час мастурбації помирають від нестачі кисню та задухи. Немає єдиної думки про те, чи слід віднести таку мастурбацію до мазохізму, проте ці дії часто супроводжуються актами зв'язування (Blanchard & Hucker, 1991).

Більшість мазохістських сексуальних фантазій виникають у дитинстві. Людина, однак, зазвичай не діє відповідно до своїх стимулів до періоду ранньої зрілості. Цей розлад триває довгі роки, багато людей згодом роблять дедалі небезпечніші дії, вдаючись до актів мазохізму під час стресу (АРА, 1994).

У багатьох випадках сексуальний мазохізм виникає у процесі класичного обумовлення. Відомий випадок, що стався з хлопчиком-тинейджером. Він зламав руку і приваблива медсестра пестила і притискала його до себе, поки хірург вправляв йому перелом без анестезії (Gebhard, 1965).

***Педофілія*** *- статеве збочення, при якому людина переживає постійні та інтенсивні сексуальні імпульси або у неї виникають сексуальні фантазії, коли вона спостерігає за дітьми, що не досягли статевої зрілості, торкається до них або робить сексуальні акти і прагне реалізувати ці імпульси і фантазії.*

***Сексуальний мазохізм*** *- статеве збочення, що характеризується постійними та інтенсивними сексуальними імпульсами, фантазіями або поведінкою, пов'язаною зі приниженням, побиттям, зв'язуванням або якимись іншими діями, що спричиняють страждання.*

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** За даними одного сучасного дослідження чатів для дітей і тінейджерів в Інтернеті, дві третини відвідувачів у них насправді були дорослими, дітьми, що вдавалися, вони прагнули завести розмову про секс, придбати або продати порнографічний матеріал (Lamb, 1998). |

***Гіпоксифілія*** *- патерн поведінки, коли люди душать себе, щоб посилити сексуальне задоволення.*

***Аутоеротична асфіксія*** *- фатальна нестача кисню, що виникає мимоволі, коли людина прив'язує себе, душить або задихається під час мастурбації.*

|  |
| --- |
| «Що за дивна річ, друзі, те, що люди звуть приємним! І як дивно, на мій погляд, відноситься воно до того, що прийнято вважати його протилежністю, болісним! Вони наче зрослися в одній вершині». - Платон, "Федон", IV століття до н. е. |

**Сексуальний садизм.**

Сексуальним садизмом, як правило, одержимі чоловіки, їх збуджує думка або дія, що викликає страждання інших людей, їм подобається домінувати, обмежувати свободу іншої людини, пов'язувати, завдавати порізів, душити, каліцювати або навіть вбивати жертву. Назва цього збочення походить від імені маркіза де Сада (1740-1814), який мучив інших людей, щоб задовольнити свої сексуальні бажання. Люди з садистськими фантазіями, як правило, уявляють, що вони повністю контролюють свою сексуальну жертву, яка переживає страх перед садистським актом. Багато хто проводить садистські акти з партнером, який погоджується взяти в ньому участь, часто із сексуальним мазохістом. Деякі люди реалізують свої садистські імпульси, коли шукають випадкові жертви. Поведінка ґвалтівників – це прояв сексуального садизму. У будь-якому випадку в основі збудження садиста - страждання реальної або уявної жертви.

|  |
| --- |
| Люди із сексуальним мазохізмом і із сексуальним садизмом часто одержують задоволення один від одного. Незважаючи на те, що такі взаємини, як правило, безпечні та з гумором зображуються в романах та кіно, вони можуть перейти за межу дозволеного та призвести до сильних фізичних та психологічних травм. |

Фантазії на тему сексуального садизму, як і сексуального мазохізму, з'являються у дитинстві; Садистські акти людина, як правило, починає здійснювати в період ранньої зрілості (АРА, 1994). Паттерн такої поведінки є стійким і зберігається протягом тривалого часу. За жорстокістю садистські акти іноді залишаються на тому ж рівні, але найчастіше з роками жорстокість посилюється. Очевидно, люди з сильною формою цього виду розладу становлять велику небезпеку для оточуючих.

Теоретики пропонують різні пояснення цього патерну. Деякі біхевіористи припускають, що знову спрацьовує класичне обумовлення. Завдаючи навіть навмисне біль іншій людині чи тварині, підліток може відчути сильні емоції та сексуальне збудження. Зв'язок між заподіянням болю та сексуальним збудженням формує ґрунт для патерну сексуального садизму. Біхевіористи також вважають, що у багатьох випадках підлітки моделюють свою поведінку, коли спостерігають, як хтось отримує сексуальне задоволення, завдаючи біль іншому. Багато журналів, книжок і фільмів, поширені нашому суспільстві, представляють таку модель поведінки як цілком прийнятну ( Lebegue, 1991).

Багато теоретики психодинаміки та когнітивні теоретики вказують, що люди, схильні до сексуального садизму, ймовірно, відчувають приховане почуття сексуальної неадекватності та завдають біль іншим, щоб набути відчуття власної влади, яке у свою чергу посилює їхнє збудження. У деяких біологічних дослідженнях вчені виявили ознаки ненормального функціонування ендокринних систем у садистів (Langevin et al, 1988). Проте жодне з цих пояснень не перевірялося ретельно.

Сексуальний садизм лікують за допомогою терапії відразою. На ставлення суспільства до цієї процедури і неприязнь до неї вплинув роман Ентоні Берджеса «Заводний апельсин» (пізніше був знятий фільм за цим романом, який також викликав багато відгуків), в романі описано, як людині послідовно представляють образи садистів і при цьому вводять препарат, що викликає спазми у животі, поки такі відчуття не викличуть у людини почуття нудоти. Неясно, чи терапія допомагає огидом для лікування сексуального садизму. Проте тренінг із попередження рецидивів, що використовується в деяких кримінальних випадках, здається, становить певну цінність (Vaillant & Antonowicz, 1992; Pithers & Cumming, 1989).

***Сексуальний садизм*** - *перверсія, що характеризується постійними та інтенсивними сексуальними імпульсами, фантазіями чи поведінкою, що передбачає заподіяння болю іншим людям.*

**Крупним планом**

*Гомосексуалізм та суспільство*

У 1948 році, коли Альфред Кінсі та його помічники провели одне з перших великих досліджень чоловічої сексуальності, вони виявили, що 4% всіх чоловіків були гомосексуалістами, а 37% мали у своєму житті гомосексуальний досвід, який вів до оргазму. У пізнішому дослідженні вчені виявили, що гомосексуальність серед жінок становить половину чи третину проти чоловіками (Kinsley et al., 1953). Ці результати шокували багатьох людей.

Гомосексуальність не нова; вона існувала у багатьох культурах, як і суперечки, що її оточують. Незважаючи на те, що більшість культур не захищають гомосексуальність відкрито, в ході історії лише небагато культур так жорстоко її засуджували, як сучасна західна. Проте дослідження показує, що схвалення чи відкидання гомосексуалістів впливає оцінку поведінки.

До 1973 року в довіднику DSM гомосексуалізм вважався сексуальним розладом. Протести груп геїв-активістів та багатьох психотерапевтів зрештою призвели до того, що гомосексуалізм виключили із довідника як сексуальний розлад. Більшість клініцистів тепер розглядають гомосексуальність як варіант нормальної сексуальної поведінки, а чи не розлади.

Незважаючи на зростання гомосексуальності клініцистами, багато людей у західному суспільстві продовжують дотримуватися антигомосексуальних установок і поширюють міфи про життєвий стиль гомосексуалістів. Незважаючи на такі міфи, дослідження показало, що гомосексуалісти не страждають від змішування статей; вони більш схильні до психопатології, ніж інші; і немає чітко визначеної «гомосексуальної особистості».

Щоб впоратися зі стресом, дискримінацією і навіть небезпекою, багато гомосексуалістів вважають за краще жити в тих же районах і будинках, де мешкають інші гомосексуалісти. Деякі бари або ресторани є місцем для зборів, в них геї спілкуються та обмінюються інформацією. Крім цього є організації, які підтримують та лобіюють питання, що стосуються гомосексуалістів, вони вимагають для них рівноправності у суспільстві та перед законом (Freiberg, 1994).

Істотно вплинули на підтримку прав гомосексуалістів дебати про те, чи самі гомосексуалісти обирають свій спосіб життя, чи це природна частина їхньої фізичної конституції. Суперечки з цієї теми підігрівають і суперечливі результати наукових праць (Horgon, 1995). Деякі дослідження припускають, що часто гомосексуальність - не просто вибір життєвого стилю, вона пов'язана з фізіологічною схильністю (Pillard & Bailey, 1995; Turner, 1995; Levay & Hamer, 1994). Такі дані підтримують вимогу гомосексуальних меншин, які вважають, що гомосексуалізм є природним явищем.

У деяких сучасних наукових працях, наприклад, робиться висновок, що гомосексуальність обумовлена генетичним складом. Дані досліджень генетичного походження гомосексуальності свідчать, що у деяких випадках гомосексуальність передається з генами матері (Hu et al., 1995: Hamer et al., 1993). Так само ці два дослідження показали, що коли один із однояйцевих близнюків був гомосексуалістом, то його брат теж був гомосексуалістом у 50% випадків. Ця цифра знизилася до 20% і менше, коли брати були різнояйцевими близнюками або близнюками взагалі, і становила менше 10%, коли брати були прийомними дітьми або були біологічними родичами (Bailey et al., 1993). Незважаючи на те, що фактори навколишнього середовища теж дуже впливають на гомосексуальність — інакше б усі, у кого брат-близнючок — гомосексуаліст, були б теж гомосексуалістами, генетика відіграє велику роль у виникненні гомосексуальності.

|  |
| --- |
| ***Мало******подій 1997 року*** привернули до себе більше уваги, ніж повідомлення актриси Еллен Дежинір, що вона та її телевізійний персонаж Морган – лесбіянки. Епізод, в якому виявляється сексуальна орієнтація Моргана, значно збільшив кількість глядачів цього серіалу. |

Гомосексуалісти зустрічаються у кожній соціоекономічній групі, у кожній расі та у кожній професії. Неможливо визначити, у чому саме ці люди відрізняються від інших, крім їхньої сексуальної орієнтації. Представники блакитних та рожевих меншин вважають, що оскільки сексуальна орієнтація — єдина змінна, яка чітко відокремлює гомосексуальні пари від гетеросексуальних, то пари геїв повинні мати ті ж права, що й гетеросексуальні. У наші часи шлюбні церемонії іноді проводяться і для одностатевих пар. Більше того, гомосексуальні пари все частіше домагаються права брати участь у житлових програмах, розрахованих на сімейні пари, та отримують медичні сімейні страховки; нещодавні судові рішення ухвалюються на користь гомосексуалістів.

У 1990-х роках велика увага в суспільстві зверталася на рівноправність гомосексуалістів у США. Засоби масової інформації описували багато епізодів «побиття геїв», у яких гомосексуалісти-чоловіки та лесбіянки-жінки билися або їх навіть убивали. У пресі та на телебаченні зусиллями активістів геїв все частіше почали говорити про громадських діячів, які раніше не афішували свою сексуальну орієнтацію. Крім того, президент Клінтон переглянув ставлення армії до гомосексуалістів, ця акція схвилювала суспільство, викликала суперечки і після неї військові почали проводити політику «не питай, не кажи». Тобто збройні сили США більше не намагаються ідентифікувати гомосексуалістів, але якщо є очевидні докази, що військовий — гомосексуаліст, то його звільняють. Під час суперечок про гомосексуалістів та військових виявилася одна з найважливіших тем — чи можуть американці, не лише військові, а й цивільне населення, подолати забобони проти гомосексуалістів. Незважаючи на те, що ця тема пов'язана з сильними емоціями, дослідження показують, що освіта та досвід спілкування допомагають людям приймати інших, відмінних від них людей такими, якими вони є, і працювати з ними (Herek & Capitanio, 1993).

Гомосексуалізм залишається життєвим стилем, схвалюваним багатьма людьми, незалежно від того, якими факторами – навколишнім середовищем чи генетичними факторами – він зумовлений. Оскільки питання про клініку гомосексуалізму відійшло на другий план, залишається головна проблема: як суспільству поводитися по відношенню до значної частини населення, яка відрізняється лише своєю сексуальною орієнтацією? Досі суспільство на Заході не може стверджувати, що ефективно вирішує це питання чи справедливо його розглядає, але принаймні виявляється очевидна тенденція до розуміння та рівності у правах.

**Суспільні норми та сексуальні ярлики.**

Дефініції статевих збочень та сексуальних дисфункцій безпосередньо пов'язані з суспільними нормами (Brown, 1983). Можна заперечити, що за винятком тих випадків, коли статеві збочення завдають іншим людям біль, їх не можна вважати порушеннями. Потрібно бути дуже обережним, коли ми прикріплюємо такі ярлики до інших чи до самих себе. Врахуйте, що протягом багатьох років професіонали-клініцисти розглядали гомосексуальність як статеві збочення і на основі їх суджень створювалися закони і навіть проводилися поліцейські рейди проти гомосексуалістів. Тільки коли рух за права геїв допоміг змінити громадську думку та настанови щодо гомосексуальності, клініцисти перестали вважати таку поведінку порушенням. Тим часом клінічні дослідження ненавмисно викликали в суспільстві переслідування, тривогу та приниження мільйонів людей через їхню особисту сексуальну поведінку, що відрізняється від культурної норми.

***Порушення статевої ідентичності*** *- порушення, при якому людина постійно відчуває дискомфорт, пов'язаний з її або її статтю, і відчуває сильне бажання змінити стать. Це називається також транссексуалізмом.*

**Резюме**

Парафілії - це розлади, що характеризуються постійними та інтенсивними сексуальними імпульсами, фантазіями або поведінкою, що включають неживі предмети, дітей, які не співчують дорослих, заподіяння приниження або страждання самій людині або іншим людям. Ці розлади виявляються головним чином чоловіки. Парафілії включають фетишизм, трансвеститський фетишизм (трансвестизм), ексгібіціонізм, вуайєризм, фроттеризм, педофілію, сексуальний мазохізм та сексуальний садизм.

Хоча цих розладів пропонувалися різні пояснення, дослідження вчених не пояснюють їх причин. Для лікування таких розладів застосовуються різні методи, у тому числі терапія огиди, пересичення мастурбацією, оргазмічна переорієнтація та тренінг із попередження рецидивів. Проте проводилося недостатньо досліджень щодо ефективності такого лікування.

**Розлад статевої ідентифікації.**

Одне з найцікавіших порушень, пов'язаних із сексуальністю, — це порушення статевої ідентичності, або транссексуалізм, розлад, коли люди постійно відчувають, що сталася жахлива помилка — вони не відповідають своїй статі (див. список у довіднику DSM-IV). Люди такого типу хотіли б позбутися своїх первинних та вторинних сексуальних ознак і придбати характеристики іншої статі (АРА, 1994). Чоловіки з порушенням статевої ідентичності в середньому чисельно перевершують жінок у пропорції 2:1. Люди з такою проблемою часто впадають у депресію та можуть думати про суїцид (Bradley, 1995).

Люди з порушенням статевої ідентичності, як правило, відчувають дискомфорт, коли носять одяг своєї власної статі, і натомість одягаються в одяг протилежної статі. Цей випадок, однак, відрізняється від трансвестизму. Люди з такою парафілією переодягаються для того, щоб стати станом сексуального збудження; у людей, схильних до транссексуалізму, є набагато глибші причини для перевдягання — це порушення гендерної ідентифікації (Bradley, 1995). Крім переодягання, люди з транссексуалізм часто грають ролі і займаються діяльністю, що традиційно асоціюється з іншою статтю (Brown et al., 1996).

Іноді порушення статевої ідентифікації спостерігається і у дітей (Zucker, Bradley & Sullivan, 1996; Sugar, 1995). Так само як і дорослі, діти з такими розладами відчувають, що вони мали бути іншою статтю і прагнуть стати такими ж, як і представники протилежної статі. Цей дитячий патерн, як правило, зникає в підлітковому віці або ранній зрілості (Bradley, 1995). Отже, транссексуальні дорослі в дитинстві могли мати порушення гендерної ідентифікації (Tsoi, 1992), проте більшість дітей з порушенням гендерної ідентифікації не перетворюються на дорослих-транссексуалів. Деякі дорослі, які страждають на транссексуалізм, не виявляють жодних симптомів до настання середнього віку.

Висувалися різні психологічні теорії для пояснення цього розладу (Zucker et al., 1996; Sugar, 1995), проте проводилося мало систематичних досліджень, щоб їх перевірити. Деякі клініцисти підозрюють, що біологічні чинники грають основну роль порушеннях, а одне сучасне біологічне дослідження проголошується проривом у цій галузі (Zhou et al., 1995). Голландські вчені провели аутопсію мозку шести людей, які змінили свою стать з чоловічого на жіночу. Вони виявили, що група клітин у гіпоталамусі, так зване опорне ядро термінального тяжа (BST) (bed nucleus of stria terminalis), у цих людей за величиною була вдвічі меншою, ніж у нормальних чоловіків. Оскільки в жінки ця група клітин набагато менше, ніж у чоловіка, то фактично у людей, схильних до транссексуалізму, ця група клітин була такого ж розміру, як і в осіб протилежної статі. Науковці не знають напевно, яку саме функцію виконує ця група клітин у людей, але відомо, що вона допомагає контролювати сексуальну поведінку у щурів-самців. Хоча можна інтерпретувати ці дані й інакше, може виявитися і так, що чоловіки з транссексуалізмом мають якісь суттєві біологічні відмінності, і саме тому їхня стать завдає їм таких незручностей.

Деякі дорослі, схильні до транссексуалізму, змінюють свої сексуальні характеристики, коли проходять курс гормонального лікування (Bradley, 1995). Лікарі прописують чоловікам з такого типу розладами жіночий сексуальний гормон естроген, внаслідок чого у них збільшуються груди, зменшується вага тіла, зменшується кількість волосся на обличчі та змінюється склад жирів. Аналогічним чином для багатьох жінок із таким розладом прописують чоловічий сексуальний гормон тестостерон.

Гормонотерапія і психотерапія дозволяє багатьом людям, які страждають на транссексуалізм, вести спокійне існування і грати ту гендерну роль, яка, як їм здається, представляє їх справжню ідентичність. Для інших цього все ж таки недостатньо і їх незадоволеність призводить до того, що вони піддаються процедурі, про яку в медицині сперечаються найбільше: хірургічної операції зі зміни статі (Bradley, 1995). Цій хірургії передує один або два роки гормонотерапії. Сама собою операція для чоловіків включає ампутацію пеніса, створення штучної вагіни і пластичну хірургію зі зміни обличчя. У жінок проводиться двостороннє видалення молочної залози та видалення матки. У деяких випадках виконується процедура створення функціонуючого пеніса — фалопластика, але цей метод ще досить примітивний. Лікарі все ж таки розробили силіконовий протез, який створює видимість наявності у пацієнта чоловічих геніталій (Hage & Bouman, 1992). Щороку США проводиться приблизно 1000 операцій із зміни статі. Дослідження в Європі показують, що 1 з кожних 30 000 чоловіків і 1 з кожних 100 000 жінок хочуть зазнати хірургічної операції зі зміни статі (АРА, 1994).

Клініцисти палко сперечаються про те, чи є хірургія адекватним лікуванням порушень гендерної ідентифікації.

Дехто вважає, що це найгуманніше рішення, і воно найкраще підходить людям, які страждають від транссексуалізму (Cohen-Kettenis & van Goosen, 1997). Інші вважають, що транссексуальна хірургія не вирішує суто психологічну проблему, як і не вирішила б її і лоботомія (Restak, 1979). Ще остаточно не з'ясований тривалий психологічний ефект хірургічної операції. Здається, деякі люди після цієї процедури почуваються добре ( Bradley, 1995), а в інших виникають психологічні проблеми.

Наша підлога має настільки важливе значення для нашої ідентифікації, що більшості з нас важко навіть уявити, що ми захочемо її змінити, а тим більше уявити стрес, який відчувають люди, котрі сумніваються у своїй гендерній приналежності. Незалежно від того, чи є основна причина біологічної, психологічної чи соціокультурної, порушення гендерної ідентичності завдає людині глибоких страждань і ставить під сумнів основи її існування.

|  |
| --- |
| ***Джеймс******та Джен* .** Британський письменник Джеймс Моррісон (ліворуч) відчував себе як жінка, яка потрапила в пастку чоловічого тіла, він зазнав хірургічної операції зі зміни статі, яку описав у 1974 році у своїй автобіографії «Головоломка». Сьогодні Джен Морріс (праворуч) — письменниця, яка має успіх і, мабуть, досить комфортно почувається зі зміненою статтю. |

***Хірургічна операція зі зміни статі*** *— хірургічна процедура, яка змінює статеві органи, риси обличчя та, тим самим, сексуальну ідентичність.*

***Фалопластика*** *– хірургічна процедура, в ході якої створюється функціональний пеніс.*

**Резюме**

Люди з порушеннями гендерної ідентичності або які страждають на транссексуалізм постійно відчувають, що вони не відповідають своїй статі і хотіли б придбати фізичні характеристики іншої статі. Кількість чоловіків із такими порушеннями перевищує кількість жінок на співвідношенні 2:1. Причини цього явища остаточно не з'ясовані. У багатьох випадках такого розладу застосовувалося гормональне лікування та психотерапія. Проводяться й операції зі зміни статі, проте хірургія як форма «лікування» такого розладу викликає гарячі суперечки.

**Підбиваючи підсумки.**

Незважаючи на суспільний інтерес до сексуальних порушень, клініцисти лише недавно почали розуміти характер сексуальних дисфункцій та розробляти ефективні методи лікування. Крім того, вчені зробили лише незначний крок уперед у поясненні та лікуванні парафілій та порушень гендерної ідентифікації.

Раніше люди з сексуальними дисфункціями були приречені все життя відчувати сексуальну фрустрацію. Однак за минулі тридцять років широко досліджувалося сексуальне функціонування, і в роботах з вивчення сексуальних дисфункцій відзначалося багато психологічних, соціокультурних та біологічних причин. Як ми вже бачили на прикладі численних розладів, різні причини можуть взаємодіяти та призводити до певної дисфункції, такої як порушення ерекції у чоловіків та порушення оргазму у жінок.

У деяких сексуальних розладах домінує якась одна причина, а комплексні пояснення можуть бути неточними і не принесуть користі людині. Приміром, передчасна еякуляція, зазвичай, має психологічні причини, а причина диспареунії — фізіологічна.

За три десятиліття відбувся важливий прогрес у лікуванні сексуальних дисфункцій, і терапія тепер найчастіше допомагає людям вирішити їхні проблеми. Сьогодні секс-терапія є комплексною програмою, призначеною для вирішення певних проблем особистості або сімейної пари. Знову-таки можуть поєднуватись різні техніки, хоча в деяких випадках для вирішення тієї чи іншої проблеми потрібен якийсь один метод.

Один із найістотніших висновків, який можна зробити на основі цієї роботи, полягає в тому, що знання про сексуальні дисфункції може бути не менш важливим, ніж лікування. Сексуальні міфи досі сприймаються настільки серйозно, що часто викликають почуття сорому, ненависті до себе, ізоляції та безнадійності — відчуття, які самі по собі створюють сексуальні проблеми. Навіть незначна за обсягом інформація може допомогти людині, яка потребує лікування. Фактично більшості людей, а не лише тим, кого треба лікувати, корисно знати, як відбувається сексуальне функціонування, тому увагу вчених-клініцистів привертають книги, телебачення та радіо, шкільні програми, презентації різних громадських груп тощо. Важливо, щоб такі акції тривали та їхня кількість зростала в майбутньому.

**Ключові терміни**

Сексуальна дисфункція

Цикл сексуального реагування

Фаза потягу

Знижений статевий потяг

Сексуальна огида

Пролактін

Тестостерон

Естроген

Афродізіак

Фаза збудження

Розлад жіночого сексуального збудження

Чоловіче порушення ерекції

Набухання пеніса вночі

Тривога, пов'язана з виконанням дії

Роль спостерігача

Фаза оргазму

Передчасна еякуляція

Чоловічий оргазмічний розлад

Жіночий оргазмічний розлад

Вагінізм

Диспареунія

Секс-терапія

Взаємна відповідальність

Зосередженість на відчуттях

Чуттєве усвідомлення

Самонавчальний тренінг

Техніка поддразнивания

Віагра

Апарат вакуумної ерекції

Протез пеніса

Техніка стоп-старту

Тренінг контрольованої мастурбації

Сексуальна залежність

Парафілія

Фетишизм

Аверзивна терапія

Прихована десенситизація

Оргазмічна переорієнтація

Трансвеститський фетишизм

Трансвестизм

Ексгібіціонізм

Вуайєризм

Фроттеризм

Педофілія

Тренінг із запобігання рецидивам

Сексуальний мазохізм

Гіпоксифілія

Аутоеротична асфіксія

Сексуальний садизм

Порушення гендерної ідентичності

Транссексуалізм

Опорне ядро термінального тяжу

Гормональне лікування

Хірургія зі зміни статі

Фалопластика

**Контрольні питання**

1. Які сексуальні дисфункції пов'язані із фазою потягу циклу сексуального реагування? Наскільки вони поширені та що є їх причиною?

2. Які симптоми та поширеність розладів жіночого сексуального збудження та порушення чоловічої ерекції? З якою фазою циклу сексуального реагування вони пов'язані?

3. Які можливі причини чоловічого порушення ерекції?

4. Які сексуальні дисфункції пов'язані з тривогою за вчинення статевого акту та роллю спостерігача?

5. Які симптоми, ознаки та головні причини передчасної еякуляції, порушення оргазму у чоловіків та жінок? З якою фазою циклу сексуального реагування вони пов'язані?

6. Визначте, опишіть та поясніть розлади, пов'язані із сексуальними больовими відчуттями.

7. Які основні риси сучасної секс-терапії? Які конкретні техніки використовують для лікування конкретних сексуальних дисфункцій?

8. Перерахуйте, опишіть та поясніть основні парафілії.

9. Опишіть техніку застосування терапії огиди, пересичення мастурбацією, оргазмічну переорієнтацію та тренінг із попередження рецидивів. Для лікування яких видів парафілії використовуються ці терапії та наскільки вони успішні?

10. У чому відмінність трансвестизму від порушень статевої ідентифікації (транссексуалізму)? Які основні методи лікування порушення статевої ідентичності?

**Розділ 12. Шизофренія.**

*Що означає для мене шизофренія? Це означає втома і плутанина. Це спроби розділити всі події на те, що відбуваються в реальності і на нереальні, іноді не знаючи, де вони нахльостуються одна на одну. Це спроби ясно мислити, відшукуючи шлях у лабіринті переживань, коли думки безперервно випливають із твоєї голови і тобі важко розмовляти з людьми. Це означає часом відчувати себе всередині своєї голови і бачити, як ти гуляєш власним мозком або спостерігати, як інша жінка носить твій одяг і виконує дії, як тільки ти подумаєш про них. Це означає знати, що за тобою безперервно стежать, що тобі ніколи не досягти успіху в житті, оскільки всі закони проти тебе; знати, що остаточна загибель неминуча (Rollin, 1980, р. 162).*

Ця жінка описує, що відчуває людина, яка страждає на шизофренію. Люди, які раніше могли вести якщо не успішну, то нормальну діяльність, захворюючи на шизофренію, поринають у світ незвичайних відчуттів, дивних думок, спотворених почуттів та рухових порушень. Це психоз, основною характеристикою якого є втрата контакту із реальністю. Здатність пацієнтів взаємодіяти з навколишнім світом настільки порушується, що вони втрачають здатність вести нормальну діяльність вдома, у колі друзів, у школі чи роботі. Вони можуть відчувати галюцинації (хибне сенсорне сприйняття), марення (хибне переконання), або піти у свій внутрішній світ. Псигосп може бути викликаний прийомом ЛСД, амфетамінів або кокаїну (див. розділ 10). Причиною психозу також може бути черепно-мозкова травма (ЧМТ) чи органічні захворювання мозку. Однак, як правило, психоз проявляється у формі шизофренії.

***Шизофренія*** *- психічне захворювання, при якому особисте життя, соціальна та професійна діяльність страждають внаслідок появи дивних відчуттів, порушення мислення та рухових дисфункцій.*

***Психоз*** *- стан, у якому людина втрачає контакт із реальністю по ключових каналах отримання та переробки інформації.*

Приблизно кожна сота людина у світі в якийсь момент свого життя хворіє на шизофренію (АРА, 1994). Фінансові витрати на це захворювання надзвичайно великі, щорічно вони оцінюються у суму понад 100 млрд. доларів, включаючи бюджети стаціонарів, втрату прибутку та пенсії з інвалідності (Black & Andreasen, 1994). Для сімей хворих це ще й страшний емоційний тягар. До того ж, які страждають на шизофренію мають високий ризик самогубства або розвитку соматичної хвороби (Meltzer, 1998; Brown, 1997).

|  |  |
| --- | --- |
| Економічний статус | Захворюваність на шизофренію на рік, % |
| Низький | 1,9 |
| Нижче середнього | 1,3 |
| Середній | 0,9 |
| Вище середнього | 0,8 |
| Високий | 0,4 |

**Малюнок 12.1. Соціоекономічні класи та шизофренія.** За результатами досліджень, у Сполучених Штатах бідні люди набагато схильніші до шизофренії, ніж багаті. (Keith et al., 1991, адаптовано.)

Хоча шизофренія зустрічається у всіх соціоекономічних групах, їй найбільш схильні люди з низьким рівнем доходу (рис. 12.1), внаслідок чого деякі теоретики вважають, що травматичність злиднів сама по собі є причиною цієї хвороби. Однак можливо і те, що жертви шизофренії через хворобу опускаються на нижчий соціоекономічний рівень або залишаються бідними через неможливість ефективного функціонування (Munk & Mortensen, 1992). Ця теорія іноді називається теорією «низхідного дрейфу» («downward drift» theory).

На шизофренію однаково страждають і чоловіки, і жінки. Однак у чоловіків це захворювання часто починається раніше і протікає важче (Castle et al., 1995). Близько 3% розлучених чи живуть нарізно людей у якийсь момент хворіють на шизофренію, порівняно з 1% людей, які перебувають у шлюбі, і 2% людей, які не брали шлюб (Keith et al., 1991). Знову ж таки, невідомо, чи є сімейні проблеми причиною чи наслідком захворювання.

Приблизно 2,1% афроамериканців одержують діагноз шизофренія порівняно з 1,4% білих американців (Keith et al., 1991). Проте за даними перепису, афроамериканці частіше живуть у злиднях і зазнають труднощів у сімейному житті. Коли ці фактори враховуються, рейтинг захворюваності на шизофренію однаковий для обох расових груп.

|  |
| --- |
| «Навряд чи будь-коли історія світу... знала більше безумств, ніж у наші дні». - Джон Хоукс, "На зростання безумства", 1857 |

Шизофренія - це стан, який першим спадає на думку при слові «божевілля» (Cutting, 1985). І в минулому, і в паші дні люди дуже цікавляться цим захворюванням, натовпом стікаючись на театральні постановки та кінофільми (включаючи популярні фільми жахів), сюжет яких зав'язаний на шизофренії.

Але в той же час можна бачити, що до багатьох людей з цим захворюванням ставляться з нехтуванням, потреби практично повністю ігноруються. Вони живуть без адекватного лікування, не маючи можливості розвивати свої задатки людської істоти (Torrey, 1997).

**Клінічна картина шизофренії.**

Симптоми шизофренії надзвичайно різноманітні, так само як і причини її виникнення, перебіг та чутливість до лікування (АРА, 1994). Деякі клініцисти вважають, що насправді шизофренія є групою окремих розладів, які мають деякі загальні ознаки. Щоб побачити різноманітність форм, які може набувати шизофренія, розглянемо трьох осіб, які отримали цей діагноз. Ці клінічні випадки взяті з робіт Сільвано Арієті (Arieti, 1974), відомого фахівця з шизофренії.

*Енн, 26 років. Енн закінчила середню школу і школу прикладного мистецтва ... У віці 18 років вона стала зустрічатися з Генрі ... Незабаром після цього вони побралися і часто зустрічалися до весілля.*

*Життя в шлюбі для подружжя виявилося нудною рутиною. Вони дуже рідко розмовляли... Енн все більше розчаровувалась у Генрі. У них не було нічого спільного; вона була схильна до артистизму, тоді як Генрі мав звичайний, традиційний погляд на життя. У цей час вона почала ходити на танці і потім зустріла Чарльза. Її інтерес до нього збільшувався, але... католицька церква не сприймає розлучення. Внутрішній конфлікт зростав і кинув Енн у стан глибокого стресу.*

*...Одного вечора вона повернулася додому з танців і сказала матері, що збирається кинути свого чоловіка Генрі, вийти заміж за Чарльза, поїхати з ним до Бразилії та народити двадцять дітей. Енн говорила дуже швидко, і багато було абсолютно неможливо зрозуміти. Тоді вона сказала матері, що їй була у видіннях Діва Марія. Потім Енн попрямувала до свекрухи і сказала, щоб вона забрала свого сина Генрі, оскільки той надто незрілий. Наступного дня Енн пішла на роботу, де спробувала змусити всіх службовців в офісі стати на коліна, поки вона читатиме молитви. Через кілька днів її мати відвела Енн до священика, якого та недвозначно «отругала» і під кінець навіть плюнула в нього. Психіатр, якого вони звернулися, рекомендував госпіталізацію ( Arieti, 1974, р. 173-177).*

|  |
| --- |
| ***Шизофренія —*** популярна тема мистецтво, часто мистецтво розглядає її у дуже позитивних аспектах.У популярному альбомі Пінк Флойд «Стіна» шизофренія представляється як вибір деяких людей, які прагнуть врятувати себе від нещасть, що приносить суспільство. |

*Річард, 23 роки. У середній школі Річард навчався посередньо. Після закінчення школи був призваний до армії... Річард згадував період після демобілізації... як один із найгірших у своєму житті... Будь-яке, навіть невиразне очікування неприємності могло викликати в нього напади тривоги...*

*Приблизно через два роки після повернення до громадянського життя Річард залишив роботу, оскільки більше не міг виносити почуття невпевненості у собі, і відмовився шукати іншу. Більшу частину дня він був удома. Мати бурчала, що Річард занадто лінивий і не хоче нічого робити. Він став повільніше, лінувався одягатися і доглядати себе. Коли він виходив з дому, то відчував, що мушу «давати коментарі» всьому, що бачив. Річард не знав, що робити поза домом, куди йти, куди повертати. Якщо він бачив червоний сигнал світлофора на перехресті, то інтерпретував його як повідомлення, що йому не слід йти в цьому напрямку, а якщо помічав на дорожньому знаку стрілку, то слідував їй, розцінюючи це як посланий Богом знак, що вказує, куди йому йти. Відчуваючи, що заблукав, Річард лякався, повертався додому і залишався там, боячись виходити, оскільки вийти з дому означало приймати рішення або робити вибір, на що він не почував себе здібним. Він дійшов до того, що залишався вдома більшу частину часу. Але навіть удома симптоми мучили Річарда. Він не міг нічого робити; майже будь-який рух здавався йому непереборною перешкодою, він відчував його як створення нової реальності і не знав, чи варто йому це робити, чи ні. Річард все більше боявся зробити щось неправильне. Цей страх заважав йому одягатися, роздягатися, їсти і таке інше. Він почував себе паралізованим і лежав у ліжку без руху. Поступово стан Річарда погіршувався, він став зовсім нерухомим і мав бути госпіталізований.*

*Будучи неспроможна прийняти рішення, Річард почував себе блокованим і часто цілими днями залишався німим і нерухомим, як статуя (Arieti, 1974, р. 153-155).*

|  |
| --- |
| «Я напевно не вибрав би божевілля, якби у мене такий вибір, але якщо вже щось подібне взялося за тебе, його так просто не позбудешся». - Вінсент Ван Гог, 1889 |

*Лаура, 40 років. Лаура пристрасно бажала якнайшвидше стати незалежною і залишити батьківський дім [в Австрії]... Вона стала професійною танцівницею у двадцять років... і виступала в театрах водевілей у багатьох європейських країнах...*

*Свого чоловіка Лаура зустріла під час одного з турне Німеччиною... Вони одружилися і стали жити в невеликому провінційному містечку у Франції, де чоловік вів свою справу... Вона провела в цьому містечку рік і була дуже нещасна... [Нарешті] Лаура з чоловіком вирішили емігрувати до Сполучених Штатів...*

*Вони не мали дітей, і Лаура... цікавилася домашніми тваринами. У неї був собака, до якого Лаура була дуже прив'язана. Собака захворів, його частково паралізував, і, на думку ветеринарів, не було жодної надії на одужання... Нарешті [чоловік] розповів про це Лаурі, запитавши її: «Чи треба приспати собаку чи ні?» З того часу Лаура стала неспокійною, схвильованою та пригнобленою.*

*... Потім Лаура почала скаржитися на сусідів. Жінка, яка жила поверхом нижче за них, стукала в стіну, щоб дратувати Лауру. За словами чоловіка, сусідка справді кілька разів стукала в стіну; він сам чув галас. Однак Лаура дедалі більше турбувалася про це. Вона прокидалася посеред ночі: їй здавалося, що чула звуки з нижньої квартири. Вона засмучувалася і сердилася на сусідів... Потім Лаура стала ще тривожнішою. Їй почало здаватися, що тепер сусіди записують кожне її слово; можливо, що у них у квартирі «жучки». У Лаури почали з'являтися "кумедні" відчуття. Було багато дивного, чого вона не могла пояснити; люди на вулиці якось смішно дивилися на неї, продавець у м'ясній лавці з якоюсь метою обслужив її останньою, хоч вона знаходилася в середині черги. Протягом кількох наступних днів Лаура відчувала, що люди задумують завдати шкоди їй чи її чоловікові.*

*Увечері, коли Лаура дивилася телевізор, їй стало очевидним, що телевізійні програми ставилися до її життя. Люди в цих програмах часто говорили точно те, про що вона думала. Вони крали її думки. Лаура вирішила піти в поліцію і доповісти про це (Arieti, 1974, р. 165-168).*

**Сцени із сучасного життя**

*Уявні відносини*

На тенісному турнірі професіоналів у 1993 році Моніка Селеш була поранена 38-річним чоловіком з Німеччини. Штеффі Граф, який напав на неї був без розуму від іншої зірки тенісу, і вважав своїм обов'язком допомогти кар'єрі Граф, вивівши з ладу її суперницю. Селеш на два роки вибула із професійного тенісу.

1989 року актрису Ребекку Шеффер, яка прославилася в телесеріалі «Моя сестра Сем», була застрелена шанувальником біля свого будинку в Західному Голлівуді. Він місяцями пильно стежив за кар'єрою Шеффер і врешті-решт подався до неї додому. Не зустрівши теплого відношення, він прийняв її відмову як знак зарозумілості і, вистріливши, убив актрису.

Щороку у Сполучених Штатах принаймні 200 тисяч людей стають жертвами таких переслідувачів. Деякі з переслідувачів страждають на марення еротоманії, безпідставним переконанням у тому, що їх любить людина, яка насправді може бути випадковим знайомим або зовсім незнайомцем (Andreasen, 1993). У деяких людей з подібним маренням, як у переслідувачів Шеффер і Граф, можуть виникнути фантазії, в яких вони відчувають необхідність захищати об'єкт свого бажання, шкодити йому або навіть вбити (Menzies et al., 1995).

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Деякі фахівці вважають, що маячня еротоманії в наші дні більш поширена, ніж у минулому. Чому так може бути? Як можуть впливати на можливість виникнення інших випадків абсурду еротоманії випадки, подібні до наведених вище? |

**Симптоми шизофренії.**

Енн, Річард та Лаура перейшли від нормальної діяльності до неефективної взаємодії зі світом. Кожен із них відчував деякі з симптомів, властиві шизофренії. Симптоми можуть бути розбиті на три категорії: позитивні симптоми (надлишок думок, емоцій, дій), негативні симптоми (дефіцит думок, емоцій, дій) та психомоторні симптоми.

***Позитивні симптоми***

Позитивні симптоми є "патологічним надлишком", або дивними доповненнями до поведінки людини. Маячня, дезорганізоване мислення і мова, загострене сприйняття та галюцинації та емоційна неадекватність найчастіше зустрічаються в клінічній картині шизофренії.

***Позитивні симптоми*** *- симптоми шизофренії, що здаються надлишками, тобто химерними доповненнями до нормальних мислення, почуттів або поведінки.*

**Маячня.** У багатьох людей, які страждають на шизофренію, формується марення, ідеї, в яких вони повністю переконані, але які насправді не мають жодної підстави. У деяких людей формується лише одна лінія марення, яка впливає на їхнє життя та поведінку, тоді як у інших — кілька ліній марення. При шизофренії найчастіше зустрічається марення переслідування (АРА, 1994). Люди з маренням переслідування вважають, що проти них починається змова або до них упереджено ставляться, що за ними шпигуть, їх ганьблять, їм загрожують, на них нападають або завдають навмисної шкоди. Лаура була переконана, що її сусіди намагалися викликати в неї роздратування і що інші люди намагалися завдати шкоди їй або її чоловікові. Люди, які страждають на шизофренію, також можуть відчувати марення відносини, при якому вони знаходять особливе і особисте значення у вчинках інших або в різних об'єктах або подіях. Наприклад, Річард інтерпретував стрілки на дорожніх знаках як покажчики напряму, яким він має слідувати. Люди з маренням величі переконані, що вони є великими винахідниками, божественними рятівниками людства чи іншими особливо важливими персонами. Ті ж, хто страждає маренням контролю, вважають, що їхні почуття, думки та дії контролюються іншими людьми.

***Маячня*** — *дивне невірне переконання, яке твердо утримується всупереч доказам зворотного.*

|  |
| --- |
| ***Маячня величі.*** В 1892 художник, який був пацієнтом лікарні для душевнохворих, вимагав поклоніння своїй картині, автопортрету у вигляді Христа. Хоча лише деякі люди з шизофренією мають його художні здібності, у багатьох з них спостерігається виражене марення величі. |

|  |
| --- |
| "Ми посланці Бога". — Джейк та Елвуд Блюз у фільмі «Брати Блюз», 1980 — марення величі? |

**Дезорганізоване мислення та мова.** Люди з шизофренією можуть бути нездатними мислити логічно і часом висловлюються химерним чином. Ці формальні розлади мислення можуть викликати сильне збентеження у страждаючих ними і надзвичайно ускладнювати спілкування (Docherty, DeRosa & Andreasen, 1996). Найчастіше вони набувають форми позитивних симптомів (патологічного надлишку), як, наприклад, мовна сплутаність, неологізми, персеверації та римування.

***Формальний розлад мислення -*** *порушення в продукції та організації мислення.*

При мовної сплутаності, найпоширенішому формальному розладі мислення, люди стрімко переходять із однієї теми в іншу, вважаючи, що й нескладні висловлювання мають сенс. Одна людина, яка страждає на шизофренію, на запитання, чому він чухає руки, відповів:

*Вся справа у комах. Мій брат колекціонував комах. Його зростання зараз 5 футів 10 дюймів. Ви знаєте, 10 – моє улюблене число. Ще я люблю танцювати, малювати та дивитися телевізор.*

***Мовленна сплутаність*** *- поширене порушення мислення при шизофренії, при якому людина швидко переходить з однієї теми розмови на іншу.*

Деякі люди з шизофренією демонструють формальний розлад мислення, що виражається у використанні неологізмів (вигаданих слів). Як правило, ці слова мають якесь значення тільки для людини, яка їх використовує. Один хворий стверджував: "парніф ситуації вимагає дуже масивного рішення". В інших формальний розлад мислення може виявлятися в персевераціях, коли хворі знову і знову повторюють свої слова та висловлювання (Capleton, 1996). Нарешті, деякі для мислення та самовираження використовують римування. На питання про її самопочуття, одна жінка відповіла: "Well, hell, it's well to tell" (Добре, чорт забирай, добре говорити). Інша людина описувала погоду так: "Так жарко, вистачить лежати в ліжку). Дослідження показують, що деяка сплутаність мови чи мислення може виявлятися задовго до розгортання повної картини шизофренії (Bilder et al., 1992).

***Неологізм*** *- придумане слово, що має якесь значення тільки для людини, яка вживає його.*

***Персеверація*** - *постійне повторення слів та висловлювань.*

***Рифмування*** - *використовується деякими людьми з шизофренією як спосіб формування думок та висловлювань.*

**Загострене сприйняття та галюцинації.** Мабуть, у деяких людей із шизофренією сприйняття та увага загострені. Ці хворі можуть відчувати, що їхня свідомість переповнюють знаки та звуки навколишнього світу. У зв'язку з цим їм практично неможливо братися за щось серйозне.

*Здається, все захоплює мою увагу... Цієї хвилини я говорю з вами, але водночас я можу чути звуки за дверима і в коридорі. Мені важко відволіктися від них і тому складніше сконцентруватися на тому, що я вам кажу (McGhie and Chapman, 1961).*

Клінічні дослідження постійно виявляли труднощі зі сприйняттям і увагою при шизофренії (Bustillo et al., 1997; Finkelstein et al., 1997). За їх результатами можна також припустити, що такі проблеми можуть формуватися за роки до початку захворювання (Cornblatt & Keilp, 1994).

Іншою проблемою сприйняття при шизофренії є галюцинації, відчуття, які виникають у відсутності зовнішніх стимулів. Люди, у яких є слухові галюцинації, що найчастіше зустрічаються при шизофренії, чують звуки і голоси, що ніби ззовні (АРА, 1994; Mueser, Bellack & Brady, 1990). Голоси можуть звертатися безпосередньо до галюцинуючого, можливо, віддаючи накази або попереджаючи про небезпеку, або здаються підслуханими.

*Голоси... зазвичай звучали у мене в голові, хоча я часто чув їх у повітрі чи в різних кутках кімнати. Всі голоси відрізнялися один від одного, і кожен був прекрасний, в основному вони говорили або співали різними тонами і на різний лад, і були схожі на голоси родичів або друзів. Виявилося, що їх багато у моїй голові, можу сказати, до чотирнадцяти. Я розділив їх так, як вони самі називали себе або один одного: на голоси каяття і голоси радості та гордості (Perceval's Narrative in Bateson, 1974).*

Дослідження дозволяють припустити, що люди, які мають слухові галюцинації, насправді створюють звуки у своєму мозку і потім вірять у те, що причиною виникнення є зовнішні джерела. В одному дослідженні вимірювався потік крові в області Брока, ділянці мозку, що відповідає за мовлення (McGuire et al., 1995, 1993). Дослідники виявили збільшення струму крові в ділянці Брока в ті моменти, коли у пацієнтів виникали слухові галюцинації. У схожому дослідженні шести людям із шизофренією було дано інструкції натискати на кнопку, коли вони з'являються слухові галюцинації (Silbersweig et al., 1995). Позитронно-емісійна томографія виявила збільшення активності біля поверхні мозку, у тканинах, відповідальних за слух, коли досліджувані натискали кнопку. Таким чином, під час слухових галюцинацій, мабуть, мозок виробляє звуки, і людина чує ці звуки, хоч не усвідомлює, що вони виникають усередині нього.

***Галюцинація*** *- відчуття уявних знаків, звуків або інших сенсорних переживань, начебто вони існують насправді.*

Галюцинації можуть також задіяти інші органи чуття. Тактильні галюцинації можуть набувати форми поколювання, печіння або відчуття проходження електричного струму. При вісцеральних галюцинаціях хворі відчувають, що щось відбувається всередині тіла, наприклад, що у животі повзає змія. Зорові галюцинації можуть переживатися як незрозумілі зміни кольору, чи хмари, чи виразні образи людей чи предметів. Люди зі смаковими галюцинаціями найчастіше виявляють, що їхня їжа чи питво мають дивний смак, а люди з нюховими галюцинаціями відчувають запахи, яких не помічають інші, такі як запах гіркого мигдалю чи диму.

|  |
| --- |
| Вчора я бачив, що на небі  Була людина, яка не була.  Сьогодні він знову там не сидить,  Ах, коли він полетить! - Дитячий віршик |

**Мозок людини під час галюцинацій.** Позитронно-емісійна томографія (РЕТ-сканування) була зроблена в той момент, коли випробуваний переживав слухові та зорові галюцинації. Видно підвищена активність у областях кори мозку, пов'язаних зі слухом (Silversweig et al., 1995). Навпаки, передня частина мозку, відповідальна виявлення джерела звуків та інших сигналів, виявилася під час галюцинації неактивна. Таким чином, людина, яка зазнає галюцинації, мабуть, чує звуки, що виникають у його мозку, але мозок не може визначити, що насправді вони йдуть зсередини.

Галюцинації та марення часто супроводжують одна одну. Жінка, яка чує голоси, що віддають команди, наприклад, може мати маячні ідеї, що ці команди були поміщені в її голову кимось іншим. Подібним чином, у чоловіка з маренням переслідування можуть виникати галюцинації, що в спальні пахне ціанідом або що його кава має присмак отрути. Незалежно від того, що саме з'являється першим, галюцинації та марення у результаті підживлюють один одного.

*Я думав, що голоси, які я чув, передавались через стіни моєї квартири і через пральну та сушильну машини і що ці машини розповідали мені всякі речі. Я відчував, що агенти уряду розташували в моїй квартирі приймачі та передавачі таким чином, що я міг чути, що кажуть вони, а вони могли чути, що я говорю (Anonymous 1996, р. 183).*

**Емоційна неадекватність.** У багатьох людей, які страждають на шизофренію, спостерігається емоційна неадекватність, яка полягає в невідповідності їх емоційних реакцій ситуації. Вони можуть усміхатися, вимовляючи серйозне висловлювання або повідомляючи жахливі новини, або ж засмучуватися в ситуаціях, коли швидше мають відчувати радість. Вони також можуть бути різкі, необгрунтовані перепади настрою. Наприклад, під час ніжної розмови з дружиною чоловік із шизофренією раптово почав вигукувати образи на її адресу та скаржитися на неадекватність дружини.

***Емоційна неадекватність*** *- симптом шизофренії, при якому людина демонструє емоційні реакції, що не відповідають ситуації.*

Нарешті, у деяких випадках подібні емоції можуть бути просто відповіддю інші елементи захворювання. Уявіть жінку із шизофренією, яка посміхається, коли їй говорять про серйозну хворобу її чоловіка. Насправді вона може зовсім не рада цієї новини; можливо, вона навіть не розуміє чи не чує цього, а реагує на жарт, який почула при слуховій галюцинації.

***Негативні симптоми***

Негативні симптоми є "патологічним дефіцитом", властивостями, яких людині бракує. При шизофренії найчастіше зустрічаються алогія (бідність мови), емоційна тупість та емоційне ущільнення, абулія («дефіцит волі») та соціальна ізоляція. Цей дефіцит сильно впливає на життя і діяльність хворих на шизофренію.

***Негативні симптоми*** *- симптоми шизофренії, що здаються дефіцитом нормального мислення, почуттів чи поведінки.*

**Алогія.** Деякі люди з симптомом алогії чи бідності мови думають і кажуть дуже мало. Інші говорять трохи більше, але сенсу у словах порівняно трохи (Chen et al., 1996; Baltaxe & Simmons, 1995). Вацлав Ніжинський, який страждав на шизофренію, один з кращих балетних танцюристів XX століття, зробив наступний запис у щоденнику 27 лютого 1919 року, коли клініка його хвороби ставала все більш очевидною.

*Я не бажаю, щоб люди думали, що я великий письменник чи я великий художник, і навіть що я велика людина. Я проста людина, яка багато страждала. Я вірю, що страждав більше, ніж Христос. Я люблю життя і хочу жити, плакати, але не можу — я відчуваю такий біль у своїй душі — біль, який мене лякає. Моя душа хвора. Моя душа, не мій мозок. Лікарі не розуміють мою хворобу. Я знаю, що мені потрібно, щоб одужати. Моя хвороба занадто велика, щоб можна було її швидко позбутися. Я невиліковний. Кожен, хто читає ці рядки, страждатиме — вони зрозуміють мої почуття. Я знаю, що мені потрібно. Я сильний, а чи не слабкий. Моє тіло здорове — моя душа хвора. Я страждаю, страждаю. Кожен відчує та зрозуміє. Я людина, а не звір. Я люблю всіх, маю недоліки, я людина — не Бог. Я хочу бути Богом і тому намагаюсь удосконалюватися. Я хочу танцювати, малювати, грати на фортепіано, писати вірші, хочу любити всіх. Ось мета мого життя (Nijinsky, 1936).*

***Алогія*** *— симптом, що часто зустрічається у хворих на шизофренію, при якому у людини спостерігається збіднення мови або її змісту. Також відома як злидні мови.*

**Емоційна тупість та емоційне ущільнення.** У багатьох людей із шизофренією спостерігається емоційна тупість — вони демонструють гнів, смуток, радість та інші почуття меншою мірою, ніж інші люди. Деякі взагалі не демонструють жодних емоцій. Цей стан називається емоційним уплощенням. Особи таких людей нерухомі, очі порожні, голоси монотонні. Можливо, що з цим симптомом продовжують відчувати емоції, але з здатні висловлювати їх, як це роблять інші. В одному дослідженні людям показували дуже емоційні уривки із фільмів. Особи глядачів із шизофренією були менш виразними, ніж у інших. Проте, за словами хворих на шизофренію, вони відчували такі ж позитивні та негативні емоції, що підтвердило вимірювання їх КГР (Kring & Neale, 1996).

***Емоційна тупість*** *— симптом шизофренії, у якому людина висловлює свої почуття меншою мірою, ніж більшість людей.*

***Емоційне уплощение*** *- симптом шизофренії, у якому людина демонструє ніяких емоцій.*

**Абулія («дефіцит волі»).** Багато людей із шизофренією відчувають втрату бажань чи апатію, відчуваючи енергетичне виснаження і відсутність інтересу до нормальним цілям, і навіть нездатність розпочинати чи виконувати ряд дій (Lysaker & Bell, 1995). Ці труднощі найбільш властиві тим людям, які страждають на шизофренію багато років, вони ніби виснажені нею. Втрата бажань і нерішучість Річарда, юнака, чий випадок було описано вище, зробили прийом їжі, одягання і роздягання непосильним йому випробуванням.

***Абулія («дефіцит волі»)*** *- симптом шизофренії, при якому спостерігається апатія та нездатність починати і доводити до кінця послідовність дій.*

**Соціальна ізоляція** Хворі на шизофренію можуть віддалятися від свого мікросоціального оточення і повністю йти у свої власні ідеї та фантазії. Вони можуть дистанціюватися від інших людей та уникати розмов з ними. Оскільки їхні ідеї є нелогічними і заплутаними, ізоляція сприяє подальшому уникненню реальності. Можливо, що соціальна ізоляція також веде до порушення комунікативних навичок та емпатії, включаючи здатність правильно впізнавати бажання та почуття інших людей (Penn et al., 1997; Mueser et al., 1996).

***Психомоторні симптоми***

У людей із шизофренією іноді зустрічаються психомоторні симптоми — зокрема, у хворих сковані рухи або вони відтворюють дивні гримаси та жести (Carnahan, Elliot & Velamoor, 1996; АРА, 1994). Вони можуть постійно повторювати незвичайні рухи і іноді здається, що хворі роблять це з якоюсь таємною метою.

Психомоторні симптоми шизофренії можуть набувати крайні форми, що поєднуються під назвою кататонія. Люди в кататонічному ступорі перестають реагувати на сигнали з навколишнього середовища, залишаючись тихими та нерухомими протягом тривалого часу. Згадайте, як Річард цілими днями лежав у ліжку, не рухаючись і не говорячи ні слова.

***Психомоторні симптоми*** *- рухові порушення, які іноді виявляються при шизофренії, включаючи скутість рухів і дивні гримаси і жести.*

***Кататонія*** - *набір важких психомоторних симптомів, що зустрічається в деяких формах шизофренії, який може включати кататонічний ступор, заціпеніння або позування.*

**Кататонічна поза.** Ці пацієнти, зроблені на фотографії на початку XX століття, демонструють риси кататонії, включаючи кататонічне позування, при якому вони приймають химерні положення на тривалі періоди часу.

Деякі люди впадають у кататонічне заціпеніння, зберігаючи годинами жорстку, вертикальну позу і чинячи опір спробам змінити її. Інші демонструють кататонічне позування, на тривалі періоди часу приймаючи незручні, химерні положення. Вони можуть протягом годин тримати руки витягнутими під кутом 90 градусів до тулуба або сидіти навпочіпки. У деяких також спостерігається воскова гнучкість, коли люди необмежений час зберігають становище, надане їм кимось іншим. Наприклад, якщо доглядальниця підніме руку пацієнта або нахилить його голову, той залишатиметься в цьому положенні, доки його знову не змінять. Зрештою, люди, які перебувають у кататонічному збудженні, іншій формі кататонії, збуджено рухаються, іноді безладно розмахуючи руками та ногами.

***Течія шизофренії***

Перші прояви шизофренії зазвичай спостерігаються у людей віком від 18 до 35 років (АРА, 1994). В основному хворі проходять через три стадії - продромальну, активну та резидуальну. Під час продромальної стадії симптоми шизофренії ще очевидні, але людина вже перестає функціонувати колишньому рівні. Такі люди схильні до соціальної ізоляції, дивних висловлювань, або виявляють дефіцит емоцій. Під час активної стадії симптоми шизофренії стають очевидними. Іноді причиною переходу на цю стадію є стресова ситуація у житті. У Лаури, жінки середніх років, описаної вище, безпосередніми факторами, що зіграли роль пускового механізму, з'явилися її погане здоров'я і можлива смерть дорогою серцю собаки. Нарешті, деякі люди переходять у резидуальну фазу, в якій вони повертаються до рівня функціонування, аналогічного до продромальної стадії. Позитивні симптоми активної фази йдуть, але деякі негативні симптоми, наприклад, емоційна тупість, можуть залишатися. Хоча близько чверті пацієнтів повністю одужують від шизофренії, більшість до кінця життя зберігають принаймні деякі залишкові проблеми (Putnam et al., 1996).

Кожна з цих фаз може тривати дні чи роки. Більш повне відновлення після нападу шизофренії властиво тим людям, чия діяльність до захворювання була порівняно успішною (які мали хороше функціонування в преморбіді), у разі ініціації хвороби стресом, якщо шизофренія виникла гостро або розвинулась у дорослому віці (Lindstrum, 1999); . Рецидиви, безперечно, частіше виникають у стресових ситуаціях (Hultman et al., 1997; Hirsch et al., 1996).

**Диференційна діагностика.**

По DSM-IV діагноз шизофренії ставиться тоді, коли ознаки захворювання тривають шість місяців і більше (див. Діагностичну таблицю DSM-IV у Додатку). На додаток до цього, у людей має спостерігатися погіршення у професійній діяльності, соціальних відносинах і зниження здатності піклуватися про себе. Еміль Крепелін (Emil Kraepelin) у 1896 році описав три різні картини шизофренії: гебефренічну (яку зараз називають «дезорганізованою»), кататонічну та параноїдну шизофренію. До цих категорій DSM-IV додає ще два типи шизофренії: недиференційовану та резидуальну.

Центральними симптомами дезорганізованої шизофренії є втрата орієнтації, безладна мова, емоційна тупість або емоційна неадекватність. Часто зустрічаються труднощі з концентрацією уваги, крайня соціальна ізоляція, дивні манери та гримаси. Деяким хворим властива легковажність: вони постійно хихикають без певної причини. Ця картина шизофренії спочатку називалася «гебефреніческой», від грецького gebe — юність, вважалося, що вона більшою мірою властива пацієнтам, які переживають період статевого дозрівання.

***Дезорганізована шизофренія*** *- тип**шизофренії, при якому в основному спостерігаються втрата орієнтації, безладна мова, емоційна тупість або емоційна неадекватність.*

Центральними рисами кататонічної шизофренії є психомоторні порушення певного роду. Деякі хворі, що належать до цієї категорії, проводять довгий час у кататонічному ступорі; інші демонструють кататонічне збудження. Річард, молодий безробітний, який став німим і нерухомим, отримав би діагноз цього шизофренії.

***Кататонічна шизофренія*** *— тип шизофренії, у якому першому плані виходять важкі психомоторні порушення.*

Люди з параноїдною шизофренією мають систематизовану марення та слухові галюцинації, якими найчастіше керуються в житті. Лаура дістала б цей діагноз. Вона була переконана, що інші бажають нашкодити їй (марення переслідування) і що люди на телебаченні вкрали її ідеї (марення стосунку). До того ж вона чула «шум» з квартири поверхом нижче і відчувала «кумедні відчуття», що підтверджують її переконання.

***Параноїдна шизофренія*** - *тип шизофренії, при якому у хворого виявляється систематизована маячня і галюцинації.*

Коли люди з шизофренією не підпадають під жодну категорію, їхня хвороба належить до недиференційованого типу. Оскільки ця категорія є нечіткою, її багато років використовували визначення широкого набору незвичайних картин хвороби. Багато клініцисти вважають, що насправді цією категорією зловживають.

Коли симптоми шизофренії втрачають згодом свою силу і частоту, залишаючись при цьому залишковою формою, діагноз пацієнта зазвичай змінюється на резидуальний тип шизофренії. Як ми зауважували вище, люди з цим типом шизофренії можуть продовжувати демонструвати емоційну тупість або емоційну неадекватність, так само як і соціальну ізоляцію, ексцентричну поведінку та специфічне нелогічне мислення.

***Недиференційований тип шизофренії*** - *тип шизофренії, при якому немає домінування жодного набору психотичних симптомів (втрати орієнтації, психомоторних порушень, марення або галюцинацій).*

***Резидуальний тип шизофренії*** - *тип шизофренії, при якому гострі симптоми захворювання зменшилися в силі та частоті, але збереглися у залишковій формі.*

Багато дослідників вважають, що крім цих категорій DSM-IV, перебіг хвороби допомагає передбачити ще й різницю між так званими Типом I і Типом II шизофренії. У картині Типу I шизофренії домінують позитивні симптоми, такі як марення, галюцинації та деякі формальні розлади мислення (Crow, 1995, 1985, 1982, 1980; Andreasen et al., 1985). При Типі II шизофренії переважають негативні симптоми, такі як емоційне сплощення, бідність мови та зниження волі (табл. 12.1).

Для пацієнтів з Типом I шизофренії характерні в основному краща пристосовність до захворювання, пізніша виникнення симптомів, більш висока ймовірність настання поліпшення і вони краще реагують на антипсихотичні препарати, ніж пацієнти з Типом II шизофренії (Crow, 1995; Fenton & McGlashan, 199). До того ж, мабуть, позитивні симптоми Типу I шизофренії тісно пов'язані з біохімічними аномаліями в мозку, тоді як негативні симптоми Типу II шизофренії пов'язані зі структурними змінами мозку (Crow, 1995; Andreasen et al., 1992).

***Тип I шизофренії*** - *тип шизофренії, який характеризується в основному позитивними симптомами, такими як марення, галюцинації та деякі формальні розлади мислення.*

***Тип II шизофренії*** *- тип шизофренії, при якому у людини спостерігаються в основному негативні симптоми, такі як емоційне сплощення, бідність мови та зниження волі.*

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Філософ Ніцше сказав: «Божевілля в окремих людей зустрічається рідко — але для груп, компаній, націй та епох воно є правилом». Які дії, що здійснюються групами, можуть бути визнані психотичними, якщо їх здійснюватиме окрема людина? |

**Резюме**

Шизофренія є захворюванням, при якому особисте життя, соціальна та професійна діяльність страждають внаслідок порушення процесів мислення, появи дивних відчуттів, незвичайних емоційних станів та рухових дисфункцій. На це захворювання страждає приблизно 1% населення світу.

Симптоми шизофренії. Симптоми шизофренії поділяються на три категорії: позитивні, негативні та психомоторні. Позитивні симптоми включають марення, деякі формальні порушення мислення, галюцинації та інші порушення сприйняття, а також емоційну неадекватність. До негативних симптомів належать злидні мови, емоційна тупість, зниження волі та соціальна ізоляція. У картині хвороби можуть зустрічатися психомоторні симптоми. Шизофренія зазвичай виникає в юності або на початку зрілості, і проходить через три фази: продромальну, активну та резидуальну.

Діагностика шизофренії. За DSM-IV виділяється п'ять типів шизофренії: дезорганізований, кататонічний, параноїдний, недиференційований та резидуальний типи. Крім того, клініцисти виділяють Тип I шизофренії, якому властива в основному позитивна симптоматика, та Тип II шизофренії, при якому спостерігаються в основному негативні симптоми.

**Таблиця 12.1. Тип I та Тип II шизофренії**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Тип I | Тип II |
| Симптоми | Позитивні симптоми: | Негативні симптоми: |
| Маячня | Зниження волі |
| Галюцинації | Соціальна ізоляція |
| Емоційна неадекватність | Емоційна тупість та емоційне ущільнення |
| Позитивні формальні розлади мислення | Алогія |
| Пристосовність у преморбіді | Відносно хороша | Відносно погана |
| Чутливість до традиційних антипсихотичних засобів | Гарна | Незначна |
| Результат хвороби | Сприятливий | Несприятливий |
| Біологічні особливості | Анормальна активність медіатора | Анормальні мозкові структури |

(Crow, 1985, 1982, 1980, адаптовано.)

**Теорії виникнення шизофренії.**

Фахівці в галузі біології, психології та соціокультурології пропонували теорії виникнення багатьох розладів, у тому числі шизофренії. До цього часу біологічна теорія виникнення шизофренії отримала найбільшу наукову підтримку. Це не означає, що психологічні та соціокультурні фактори не відіграють жодної ролі у виникненні шизофренії. Навпаки, тут може працювати схильність до стресу: у людей з генетичним нахилом шизофренія виникає тільки тоді, коли є в наявності і певного роду психологічні події, особистий стрес або соціальне очікування (Moldin & Gottesman, 1997; Yank et al., 1993).

**Біологічний підхід**

Останні кілька десятиліть у вивченні шизофренії основне місце займали генетичні та біологічні дослідження. Вони виявили ключову роль спадковості та мозкової активності у розвитку цього захворювання, тим самим відкривши шлях важливим змінам методів його лікування.

***Генетичні фактори***

Наслідуючи основні положення моделі схильності до стресу, фахівці в галузі генетики вважають, що деякі люди успадковують біологічну схильність до шизофренії, і згодом у них розвивається захворювання, коли вони стикаються з сильним стресом, зазвичай у юності чи молодості. Генетична точка зору була підтверджена вивченнями (1) родичів хворих на шизофренію, (2) близнюкових пар з шизофренією, (3) усиновлених людей з шизофренією та (4) генетичних зв'язків та молекулярної біології.

**Вивчення родичів.** Генеалогічні дослідження неодноразово виявляли, що шизофренія більшою мірою поширена серед родичів людей, які страждають на цю хворобу (Kendler et al., 1994, 1993; Parnaqs et al., 1993). І що ближче спорідненість, то більша ймовірність розвитку цього захворювання у родичів хворого (рис. 12.2).

**Близнюкові дослідження.** Близнюки, що представляють один із видів найбільш тісного спорідненого зв'язку, привернули до себе особливу увагу дослідників шизофренії. Якщо обидві людини з близнюкової пари мають особливі риси, говориться, що вони є конкордатними за цими рисами. Якщо в шизофренії діють генетичні фактори, однояйцеві близнюки (що мають один набір генів), повинні мати більш високу конкордантність але цього захворювання, ніж різнояйцеві близнюки (чий геном збігається лише частково). Ці припущення неодноразово підтверджувалися дослідженнями (АРА, 1994; Gottesman, 1991). Дослідження виявили, що у разі захворювання на шизофренію одного з однояйцевих близнюків у другого шизофренія виникне у 48% випадків. Для порівняння, якщо на шизофренію захворіє один з різнояйцевих близнюків, у іншого вона розвинеться в 17% випадків.

|  |  |
| --- | --- |
| Родинні стосунки з хворим на шизофренію (Ви хворому) | Відсоток ризику, % |
| *Споріднені відносини третього ступеня* | |
| Основна популяція | 1 |
| Чоловік / дружина | 2 |
| Двоюрідний брат/сестра | 2 |
| *Споріднені відносини другого ступеня* | |
| Дядько тітка | 2 |
| Племінник племінниця | 4 |
| Онук онучка | 5 |
| Брат / сестра по матері / батькові | 6 |
| *Споріднені відносини першого ступеня* | |
| Мати батько | 6 |
| Син дочка | 9 |
| Людина, один з батьків якої хворий на шизофренію | 13 |
| Різнояйцевий близнюк | 17 |
| Людина, обидва батьки якої страждають на шизофренію | 46 |
| Однояйцеве близнюк | 48 |

**Малюнок 12.2. Родинні зв'язки.** Люди, біологічно пов'язані з хворими на шизофренію, мають підвищений ризик виникнення у них цього захворювання протягом життя. Чим ближче споріднений зв'язок (тобто чим подібніший генетичний набір), тим вищий ризик виникнення захворювання. (Gottesman, 1991, р. 96, адаптовано.)

|  |
| --- |
| «І що такого знайшли у цій реальності?» - Людина з шизофренією, 1988 |

**Вивчення прийомних дітей.** Дослідження прийомних дітей порівнюють дорослих людей, які страждають на шизофренію, які в дитинстві були усиновлені, з їх біологічними та прийомними батьками. Оскільки вони росли окремо від своїх біологічних родичів, подібні симптоми шизофренії у цих родичів мають вказувати на генетичний вплив. Навпаки, схожість із прийомними батьками має припускати вплив оточення. Знову ж таки, дослідники виявили, що у біологічних родичів усиновлених людей із шизофренією частіше зустрічаються симптоми шизофренії, ніж у їх прийомних родичів (Gottesman, 1991; Kety, 1988, 1974).

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** Дві третини опитаних вважають, що причиною шизофренії та депресії є спадкова схильність (NAMI, 1996). |

**Дослідження генетичних зв'язків та молекулярної біології.** Як у випадку біполярних розладів (див. розділ 6), дослідники проводили вивчення генетичних зв'язків та молекулярної біології з метою вказати на можливі генетичні фактори у шизофренії (Basset, 1992; Eaves et al., 1988). В одному дослідженні вчені вибирали великі сім'ї, де шизофренія була дуже поширена, брали зразки крові та ділянки ДНК у всіх членів сім'ї, а потім порівнювали сегменти генів, взятих у членів сім'ї з шизофренією і без неї.

Використовуючи цю процедуру для сімей по всьому світу, різні дослідження виділили можливі дефекти генів у хромосомах 5, 6, 8, 9, 10, 11, 18 і 19, кожен з яких може привертати людину до захворювання на шизофренію (Leutwyler, 1996; ., 1995).

Відмінності в результатах цих досліджень можуть вказувати, що деякі з передбачуваних ділянок генів є випадками помилкового пізнання і насправді не пов'язані з шизофренією. Або різні типи шизофренії пов'язані з різними генами. Можливо також, як і багато інших захворювань, шизофренія викликається набором генетичних дефектів (Moldin & Gottesman, 1997).

Як можуть генетичні чинники проводити розвиток шизофренії? Дослідження вказали на два види біологічних анормальностей, які, як вважають, успадковуються – біохімічні аномалії та анормальна структура мозку.

***Біохімічні аномалії***

Ми говорили про те, що мозок складається з нейронів (див. розділ 2). Коли імпульс (або «послання») переходить з одного нейрона на інший, він зв'язується з приймаючим нейроном і пересувається вниз тілом цього нейрона, поки не досягне нервового закінчення. Потім нервове закінчення звільняє хімічний медіатор, який перетинає синаптичний простір та досягає рецепторів іншого нейрона, таким чином передаючи послання, пробуджуючи до дії наступний нейрон.

В останні два десятиліття результати досліджень вели до допамінової гіпотези пояснення шизофренії: нейрони, які використовують медіатор допамін, дуже часто збуджуються і передають занадто багато послань, таким чином продукуючи симптоми захворювання. Ланцюг подій, що призводять до цієї гіпотези, почався з випадкового відкриття антипсихотичних препаратів-лікарських засобів, які знімають симптоми шизофренії. Перша група антипсихотичних препаратів, фенотіазини, була відкрита в 1950-х роках вченими, які шукали нові антигістамінні ліки для лікування алергії. Хоча фенотіазини зазнали невдачі як антигістамінів, стала очевидною їхня ефективність у знятті симптомів шизофренії, і клініцисти почали часто прописувати їх.

***Допамінова гіпотеза*** *- теорія, яка стверджує, що причиною шизофренії є надмірна активність медіатора допаміну.*

***Антипсихотичні препарати*** - *лікарські засоби, що коригують тяжку втрату орієнтації або спотворене мислення.*

***Фенотіазини*** *– група антигістамінових засобів, що стала першою групою ефективних антипсихотичних препаратів.*

Дослідники невдовзі виявили, що ці антипсихотичні засоби часто викликають занепокоєння пацієнтам м'язовий тремор, симптом, ідентичний такому при хворобі Паркінсона, неврологічному захворюванні, що виводить людину з ладу. Ця небажана реакція на антипсихотичні препарати дала дослідникам перші важливі відомості про біологію шизофренії. Вчені вже знали, що люди, які страждають від хвороби Паркінсона, мають аномально низький рівень вмісту медіатора допаміну в деяких областях мозку і що недолік допаміну є причиною їхнього неконтрольованого тремтіння.

Якщо антипсихотичні препарати, знімаючи психотичні симптоми, викликають паркінсонічні симптоми у людей із шизофренією, то, можливо, ці препарати знижують активність допаміну. Вчені пішли у своїх припущеннях далі, адже якщо зниження активності допаміну допомагає зняти симптоми шизофренії, можливо, шизофренія в основному пов'язана з надмірною активністю допаміну.

З 1960-х років допамінову гіпотезу було підтверджено і доопрацювало. Наприклад, дослідники виявили, що у деяких людей, які страждають на хворобу Паркінсона, виникають симптоми шизофренії, якщо вони приймають занадто багато препарату L-dopa, що піднімає рівень допаміну у пацієнтів з цією хворобою (Carey et al., 1995). Очевидно, що L-dopa піднімає у таких хворих активність допаміну настільки, що вона викликає шизофренію. Вивчення амфетамінів також дало підтвердження цій гіпотезі. Дослідники у 1970-х роках вперше помітили, що люди, які приймають великі дози амфетамінів, можуть відчувати амфетаміновий психоз, синдром, дуже схожий на шизофренію (див. розділ 10). Вони також виявили, що антипсихотичні препарати можуть знімати симптоми амфетамінового психозу так само, як вони знімають симптоми шизофренії (Janowsky & Davis, 1976; Janowsky et al., 1973). Зрештою, було встановлено, що амфетаміни підвищують активність допаміну в мозку, таким чином продукуючи симптоми шизофренії (Nestler et al., 1995; Snyder, 1976).

|  |
| --- |
| ***Побічні ефекти.*** У цього чоловіка тяжкий випадок хвороби Паркінсона, захворювання, що викликається низькою активністю допаміну, і він не може голитися самостійно через тремтіння в руках. Традиційні антипсихотичні засоби часто спричиняють схожі паркінсонічні симптоми. |

Дослідники виділили області мозку, багаті на допамінові рецептори, і виявили, що фенотіазини та інші антипсихотичні препарати зв'язуються з багатьма з цих рецепторів (Burt et al., 1977; Creese et al., 1977). Очевидно, що ці препарати є антагоністами допаміну – препаратами, що зв'язуються з допаміновими рецепторами, уникаючи, таким чином, зв'язування з рецепторами допаміну та запобігаючи збудженню нейрона (Iversen, 1975). Дослідники виділили п'ять різних видів допамінових рецепторів - звані D-l, D-2, D-3, D-4 і D-5 рецепторами - і виявили, що фенотіазини найбільш сильно зв'язуються з D-2 рецепторами (Strange, 1992).

Ці відкриття дозволяють припустити, що сигнали, що передаються від нейронів, що посилають допамін, до допамінових рецепторів інших нейронів, особливо до D-2 рецепторів, можуть передаватися занадто легко або занадто часто. Ця теорія досить приваблива, оскільки відомо, що допамінові нейрони відіграють важливу роль в управлінні увагою (Cohen et al., 1988). Можна припустити, що люди, увага яких серйозно порушена надмірною активністю допаміну, матимуть труднощі з увагою, сприйняттям та мисленням, що зустрічаються при шизофренії.

Чому допамін виявляє зайву активність у людей із шизофренією? Можливо, тому що люди з цим захворюванням мають більше, ніж зазвичай, кількість допамінових рецепторів, особливо D-2 рецепторів (Sacdvall, 1990; Seidman, 1990). Згадайте, що коли допамін переносить послання на нейрон, що приймає, він повинен зв'язатися з рецептором нейрона. Більша кількість рецепторів спричинить більшу активність допаміну та більшу кількість збуджених нейронів.

Будучи досить популярною, допамінова гіпотеза має й певні проблеми. Вона була поставлена під сумнів відкриттям нової групи антипсихотичних препаратів, так званих атипових антипсихотичних засобів, які найчастіше набагато ефективніші за традиційні. Нові препарати зв'язуються не тільки з D-2 допаміновими рецепторами, як традиційні, але також і з рецепторами інших медіаторів, наприклад серотоніну (Meltzer, 1995, 1992). Таким чином, можливо, що шизофренія пов'язана з аномальною активністю і допаміну, і серотоніну, а також, можливо, інших медіаторів, а не тільки з аномальною активністю допаміну (Busatto et al., 1997; Kapur & Remington, 1996).

***Атипові антипсихотичні препарати*** *- нова група антипсихотичних засобів, що діє іншим біологічним шляхом, ніж діють традиційні антипсихотичні препарати.*

***Анормальна структура мозку***

Протягом останнього десятиліття дослідники також пов'язали шизофренію, особливо Тип II шизофренії, з анормальністю в структурі мозку (Buchanan & Carpenter, 1997; Strange, 1992).

Використовуючи нову техніку для сканування, дослідники виявили, що у багатьох людей з шизофренією розширені шлуночки мозку - порожнини в мозку, що містять цереброспінальну рідину (Corey-Bloom et al., 1995; Cannon & Marco, 1994). Шлуночки з лівого боку їхнього мозку здавалися значно більшими, ніж шлуночки з правого боку (Losonczy et al., 1986). Крім того, у пацієнтів з розширеними шлуночками мозку спостерігалася більша кількість негативних симптомів, менша кількість позитивних симптомів, менша соціальна пристосованість до захворювання, серйозніші порушення когнітивної сфери та менша реакція на традиційні антипсихотичні препарати (Bornstein et al., 1992; Klausner et al.). , 1992).

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** На ранній стадії вагітності нейрони можуть зростати зі швидкістю 250 000 клітин на хвилину (Swerdlow, 1995). |

Можливо, що насправді розширені шлуночки мозку свідчать, що прилеглі частини мозку не сформувалися належним чином або були пошкоджені. Можливо, це є однією з причин виникнення шизофренії. Справді, результати деяких досліджень показують, що лобові частки пацієнтів із цим захворюванням мають менші розміри, ніж в інших людей (Gur & Pearlson, 1993). У корі їх головного мозку менше сірої речовини (Barta et al., 1997) і, що може бути найважливішим, знижено кровопостачання мозку (Zemishlany et al., 1996).

**Не зовсім ідентичні близнюки.** Людина ліворуч нормальна, тоді як її однояйцевий близнюк, праворуч, хворий на шизофренію. Томограма, отримана за допомогою ядерного магнітно-резонансного сканування (на задньому плані), демонструє, що мозок хворого на шизофренію в цілому менше, ніж мозок його брата, і має розширені шлуночки, показані темним простором у формі метелика.

**Крупним планом**

*"Я втратила їх, я хочу, щоб вони повернулися"*

Вчений зі штату Юта Скотт Керрір згадує свою розмову з жінкою, яка страждає на шизофренію.

*Я дістався запитання: «Чи було так, що Ви сильно про щось турбувалися?». Вона відповіла, так, дуже турбувалася, що старійшини церкви Мормонів заберуть у неї дочку. Я запитав, чому і вона відповіла: через те, що вона припинила приймати свої препарати. Вона сказала, що приймала їх з єдиної причини: вона розповіла своєму єпископу, що до неї приходив архангел Гавриїл і займалася з ним сексом. І що потім до неї приходив архангел Михайло і вона займалася сексом з ними обома одночасно, і що з тих пір вони спокушали її практично щоночі. Так що єпископ направив її до лікаря, а лікар дав їй пігулки, і вона приймала пігулки, і архангели перестали приходити. Єпископ і старійшини сказали їй, що якщо вона займатиметься сексом із якими-небудь ангелами, вони заберуть її дочку. Я знову запитав її, чому вона припинила приймати свої таблетки, і вона сказала: «Я самотня, я втратила їх, хочу, щоб вони повернулися» (Carrier, 1966).*

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Чому деякі пацієнти можуть вітати появу у своєму житті марення чи галюцинацій? Як клініцисти можуть справлятися з опором на лікування, що зустрічається у багатьох хворих на шизофренію? Чи була ця жінка абсолютно вільна від симптомів шизофренії хоча б у той час, коли приймала препарати? |

***Вірусна інфекція***

Що може бути причиною біохімічних та структурних аномалій, виявлених у багатьох випадках шизофренії? Різні дослідження пов'язували ці аномалії з генетичними факторами, поганим харчуванням, внутрішньоутробним розвитком, ускладненнями при пологах, імунними реакціями та з токсинами (Brown et al., 1996; Susser et al., 1996). Дедалі більше вчених вважають, що аномалії мозку може бути наслідком вірусного зараження у внутрішньоутробний період розвитку. Вони припускають, що віруси проникають у мозок ембріона і залишаються неактивними до настання пубертату чи початку дорослості. Потім вони активуються зміною гормонального фону або іншою вірусною інфекцією та викликають симптоми шизофренії (Torrey et al., 1993; Torrey, 1991).

Непрямим доказом вірусної теорії є надзвичайно велика кількість людей із шизофренією, що народилися взимку (Tam & Sewell, 1995). Причиною може бути зростання у цей час року числа випадків внутрішньоутробного та дитячого вірусного зараження (Sponheim et al., 1997; Torrey, 1991). Більш прямий доказ було отримано з досліджень, які показали, що матері хворих на шизофренію хворіли на грип під час вагітності частіше (особливо у другий триместр), ніж матері інших людей (Takei, Os & Murray, 1995; Torrey et al., 1994). І нарешті, дослідження виявили антитіла до пестивірусів (вірусів чумки), особливій групі вірусів, які зазвичай вражають тварин, у крові 40% людей з шизофренією (Torrey et al., 1994; Yolken et al., 1993). Наявність таких антитіл дозволяє припустити, що ці люди були заражені пестивірусами.

Відкриття у біохімії, вивченні мозкових структур та вірусна теорія проливають світло на таємницю шизофренії. Але водночас важливо зауважити, що у багатьох людей, які мають ці біологічні проблеми, шизофренія не виникає. Від чого? Можливо, як ми помітили вище, тому що біологічні фактори лише готують ґрунт для шизофренії, тоді як для виникнення захворювання важлива наявність ключових психологічних та соціокультурних факторів (Wahlberg et al., 1997).

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** Людський мозок при народженні становить приблизно одну чверть від остаточного розміру; решта тіла становить одну дванадцяту остаточного розміру (Swerdlow, 1995). |

**Психологічний підхід**

Коли дослідники шизофренії почали знаходити генетичні та біологічні фактори у 1950-х та 1960-х роках, багато клініцисти відмовилися від психологічних пояснень цього захворювання. Проте в останні десятиліття психологічні чинники знову стали вважатися важливими деталями в мозаїці шизофренії. Основні психологічні теорії прийшли з психодинамічної, біхевіористської та когнітивної моделей.

***Психодинамічна теорія виникнення шизофренії***

Фрейд (1924, 1915, 1914) вважав, що розвиток шизофренії включає два психологічні процеси: (1) регресія до стадії несформованого Его та (2) спроби відновити контроль его. Фрейд припускав, що коли життя надто суворе чи сповнене поневірянь — наприклад, коли батьки холодні чи надто дбають про виховання дитини — люди, у яких розвивається шизофренія, регресують до ранньої стадії свого розвитку, до стану первинного нарцисизму, коли вони піклуються лише про свої потреби . Майже повна регресія веде до егоцентричних симптомів, якими є неологізми, мовна сплутаність і марення величі. Регресувавши до такого інфантильного стану, як далі стверджував Фрейд, люди намагаються відновити контроль та увійти в контакт із реальністю. У зв'язку з цими спробами виникають інші симптоми шизофренії. Слухові галюцинації, наприклад, можуть бути спробою людини підмінити втрачене почуття реальності.

Через роки знаменитий клініцист, що дотримується психодинамічної теорії, Фріда Фромм-Рейчман (Fromm-Reichmann, 1948), розвинула уявлення Фрейда про те, що холодні або надмірно піклуються про виховання батьки можуть привести в рух шизофренічний процес. Вона описувала матерів людей, які страждають на шизофренію, як холодних, домінантних і незацікавлених у потребах дитини. Згідно з Фромм-Рейчманом, ці матері говорять про свою самопожертву, але насправді використовують дітей для задоволення власних потреб. Одночасно практикуючи гіперопіку та відкидаючи дитину, вони дезорієнтують її і тим самим готують ґрунт для шизофренічного функціонування. Дослідниця назвала їх шизофреногенними (що викликають шизофренію) матерями.

Теорія Фромм-Рейчман, як і теорія Фрейда, не отримала наукових доказів. Виявилося, що матері більшості людей, які страждають на шизофренію, не підходять під опис шизофреногенних. Справді, більшість сучасних прихильників психодинамічної теорії відкинули погляди Фрейда та Фромм-Рейчман. Хоча теоретики можуть зберігати деякі з ранніх уявлень (Spielrein, 1995), все більша їх кількість вважає, що біологічні аномалії роблять певних людей особливо схильними до сильної регресії та інших несвідомих дій, які можуть робити свій внесок у шизофренію (Mosak & Goldman, 1995).

***Шизофреногенна мати*** *— імовірно холодний, домінуючий та байдужий до потреб інших тип поведінки. Раніше вважалося, що така мати може спровокувати розвиток шизофренії у своєї дитини.*

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Психодинамічні пояснення шизофренії відбивають застарілу традицію клініцистів і суспільства загалом вказувати на батьків як причину виникнення психічних розладів, навіть за браку доказів. Чому люди охоче посилаються на сім'ю та батьків і чому ці пояснення є такими стійкими? |

***Біхевіористська теорія виникнення шизофренії***

Для пояснення шизофренії біхевіористи зазвичай посилаються навчання методом спроб і помилок і принцип підкріплення (Liberman, 1982; Ullmann & Krasner, 1975). Вони припускають, що більшість людей навчаються в житті з увагою ставитися до соціальних сигналів — наприклад, до усмішок інших людей, до їхньої похмурості та зауважень. Коли люди відповідають на ці сигнали у соціально прийнятній манері, вони здатні краще задовольняти свої емоційні потреби та досягати своїх цілей. Проте деякі люди не отримують підкріплення своєї уваги до соціальних сигналів, чи то через незвичайні обставини, чи то через соціальну неадекватність важливих постатей у їхньому житті. В результаті вони припиняють звертати увагу на такі сигнали і натомість концентруються на нерелевантних сигналах — на яскравості світла в кімнаті, на птаху над головою чи на звучанні слова, а не на його значенні. У міру того, як частішає звернення до нерелевантних сигналів, реакції стають дедалі дивнішими. Химерні реакції привертають увагу інших або приносять інші види підкріплення, таким чином збільшуючи ймовірність того, що людина знову і знову вдаватиметься до них.

|  |
| --- |
| **Артист балету Вацлав Ніжинський** . Знаменитий танцюрист, зображений тут у ролі з балету «Шехерезада», був хворий на важку форму шизофренії і провів останні роки свого життя в психіатричній лікарні. |

Докази позиції біхевіористів були лише непрямими. Як ми побачимо, дослідники виявили, що пацієнти з шизофренією можуть хоча б якось навчитися доречної вербальної та соціальної поведінки, якщо лікарняний персонал послідовно ігнорує їх дивні реакції та підкріплює нормальні реакції сигаретами, їжею, увагою або іншими стимулами (Belcher, 1988; Braginsky, Braginsky & Ring, 1969). Якщо дивні вербальні та соціальні реакції можна прибрати, використовуючи підкріплення, можливо, вони спочатку з'явилися шляхом неправильного навчання. Звичайно, ефективне лікування не обов'язково вказує на причину захворювання.

***Когнітивна теорія виникнення шизофренії***

Основна когнітивна теорія виникнення шизофренії погоджується з біологічною точкою зору в тому, що люди з шизофренією дійсно відчувають дивні відчуття - відчуття, що викликаються біологічними факторами. Однак, згідно з когнітивною теорією, подальші особливості цього захворювання розвиваються, коли люди намагаються зрозуміти свої незвичайні відчуття. Вперше зіткнувшись із голосами, видіннями чи іншими відчуттями, ці люди звертаються до друзів та родичів. Однак друзі, як правило, заперечують існування нових відчуттів, і врешті-решт страждаючі шизофренією приходять до висновку, що інші намагаються приховати правду. Вони відкидають будь-який зворотний зв'язок і можуть сформувати переконання (марення), що їх переслідують (Garety, 1991; Maher, 1974).

Дослідники встановили, що люди з шизофренією насправді відчувають сенсорні проблеми та труднощі зі сприйняттям. Як ми говорили вище, багато людей з цим захворюванням страждають на галюцинації, і у більшості є проблеми з концентрацією уваги (АРА, 1994; Elkins & Cromwell, 1994). Однак дослідники ще мають надати ясні та прямі докази думці когнітивістів, що неправильна інтерпретація цих сенсорних труднощів справді породжує синдром шизофренії.

**Соціокультурний підхід.**

Соціокультурологи вважають, що з психічними розладами є жертвами соціального впливу. У разі шизофренії цей вплив може виражатися у закріпленні соціального тавра та в порушеннях у сім'ї. Соціокультурне пояснення формування шизофренії мало великий вплив психологічну громадськість, але дослідження який завжди підтверджували його. Хоча соціальний вплив та вплив сім'ї вважаються важливими факторами у формуванні цього захворювання, їх особлива роль ще не визначена.

**Патологія та мистецтво**

*Лікантропія*

*Це коли мене вкусив шалений собака... Коли мені погано, я відчуваю, ніби я перетворююсь на когось іншого: мої пальці ціпеніють, наче шпильки та голки встромлені мені в долоню; я не можу більше контролювати себе... Я відчуваю, що стаю вовком. Я дивлюся на себе в дзеркало і бачу, як я змінююсь. Це більше не моє обличчя, воно зовсім змінюється. Я уважно вдивляюся, мої зіниці розширюються, і я відчуваю, як на всьому моєму тілі виростає волосся, а зуби стають довшими... Я відчуваю, ніби моя шкіра вже не належить мені (Benezech, DeWitte & Bourgeois, 1989).*

Лікантропія, марення перетворення на тварину є рідкісним психологічним синдромом. Слово "Лікантропія" походить від грецьких: "лікос" - вовк, і "антропос" - людина. По всьому світу існують описи людей, які перейняли особливості та манеру поведінки вовків чи інших тварин. Віра у ці оповідання зберігалася століттями. У Середньовіччі лікантропію вважали результатом одержимості демоном (Lehmann, 1985).

У деяких суспільствах вона виникала після застосування спеціальних притирань, можливо, галюциногенних засобів, які часто використовуються в релігійних цілях (Levi-Strauss, 1977). В інших культурах випадки її виникнення були тісно пов'язані з психічними розладами, включаючи шизофренію, розлади настрою та певні форми ураження головного мозку.

Згадки про лікантропію продовжують підтримувати образ перевертня, що встромляє зуби в переляканого сільського хлопця на туманних вересових пустках Шотландії. Легенда говорила про те, що цей перевертень був раніше укушений іншим, і так далі по нерозривному ланцюжку. Нині існують логічніші пояснення такого типу поведінки. Одне пояснення полягає в тому, що деякі люди з лікантропією насправді страждають на вроджений генералізований гіпертрихоз, надзвичайно рідкісне захворювання, для якого характерне рясне оволосіння обличчя і верхньої частини тулуба (Maugh, 1995). Інші можуть страждати від порфірії, вродженої хвороби крові, носії якої також мають рясне оволосіння на обличчі, а також дуже чутливі до сонячного світла. Ще одне сучасне пояснення пов'язує лікантропію з порушенням активності скроневих часток мозку, розташованих близько до областей мозку, які можуть відповідати за зорові галюцинації.

Всупереч таким багатообіцяючим поясненням, віра в перевертнів та їх неприродне походження, мабуть, існуватиме у всьому доступному для огляду майбутньому. Розповіді про одержимість демонами просто є більш екзотичними, ніж розповіді про вроджені захворювання та анормальності скроневих часток. Вони більше підходять для посиденьок біля вогнища, як зміст книги, що поглинається довгої темної ночі, як сюжет фільму, на який йдеш з другом. З такими добрими друзями не збираються розлучатися ні видавці, ні продюсери. Старі пояснення лікантропії можуть відкидатися наукою, але прибуток, який вони приносять, аж ніяк не є маренням.

|  |
| --- |
| ***Вовк, що плаче?*** У фільмі «Американський перевертень у Лондоні» одержима людина з жахом дивиться, як його рука перетворюється на вовчу лапу. |

***Закріплення соціального тавра***

Багато прихильників соціокультурної теорії вважають, що сам діагноз впливає на особливості шизофренії (Modrow, 1992; Szasz, 1987, 1963). Вони припускають, що суспільство прикріплює тавро «шизофренік» людям, які не можуть дотримуватись певних норм поведінки. Якщо це клеймо було приклеєне, підтверджене чи ні, воно набуває статусу самореалізованого пророцтва, що веде до розвитку багатьох симптомів шизофренії.

Ми вже розбирали очевидну небезпеку прикріплення діагностичного тавра. У відомому дослідженні Rosenhan (1973), про яке йшлося в розділі 2, вісім нормальних людей звернулися до різних лікарень для психічно хворих зі скаргами на те, що вони чули голоси, що вимовляють слова «порожній», «порожнистий», «тупий». Їм швидко поставили діагноз «шизофренія» і всі вісім людей було госпіталізовано. Хоча у псевдопацієнтів незабаром зникли всі симптоми і вони поводилися нормально, їм з великими труднощами вдалося позбутися тавра і вийти з лікарні. Вони розповіли також, що лікарняний персонал поводився з ними та іншими пацієнтами так, наче ті були невидимками. «Медсестра розстебнула свою форму, щоб поправити бюстгальтер, у присутності цілої палати чоловіків, які спостерігали. Вона навіть не подумала про те, що спокуслива. Більше того, вона нас не помітила». До того ж псевдопацієнти описали своє відчуття безсилля, нудьги, втоми та відсутності інтересу до всього. Експеримент показав, що тавро «шизофренік» може негативно впливати не лише на ставлення інших до «затаврованих» людей, а й на їхнє власне самопочуття та поведінку.

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Дослідження Розенхан за участю псевдопацієнтів є одним із найбільш дискусійних у клінічній галузі. Які етичні, юридичні та терапевтичні питання були порушені цим дослідженням? |

***Порушення у сім'ї***

Багато досліджень дозволяють припустити, що шизофренія, як і деякі інші психічні розлади, часто пов'язана зі стресом у сім'ї (Miklowitz et al., 1995; Velligan et al., 1995). Батьки людей із цим захворюванням часто (1) частіше сваряться, (2) мають великі труднощі у спілкуванні один з одним, і (3) ставляться до своєї дитини більш критично і сильніше опікуються її, ніж інші батьки.

Несприятливий сімейний клімат такого роду може сприяти виникненню шизофренії. Більше того, він може сприяти подальшому розвитку хвороби, а також зробити свій внесок у появу рецидивів у одужуючих. Фахівці з сімейних проблем давно виявили, що деяким сім'ям властивий високий рівень почуттів, що висловлюються — вони часто виявляють критику, несхвалення і ворожість і вторгаються у внутрішній світ один одного. Люди, які намагаються оговтатися від хвороби, проживаючи в такій сім'ї, вчетверо частіше відчувають рецидив, ніж якби вони проживали в сім'ї, де рівень почуттів нижчий (Linszen et al., 1997; Brown et al., 1962).

***Рівень почуттів, що висловлюються,*** *— рівень критики, несхвалення, ворожості і настирливості, що виявляється в сім'ї.*

Чи випливає з цього, що стрес у сім'ї сприяє виникненню та утриманню шизофренії? Не обов'язково. Це може бути той випадок, коли хворі на шизофренію руйнують життя у своїй сім'ї. Вчиняючи так, вони сприяють виникненню сімейних проблем, видимих клініцистам і дослідникам (Woo, Goldstein & Neuchterlein, 1997; Rosenfarb et al, 1995).

|  |
| --- |
| ***Ні, це не "Король".*** Дослідження показують, що кожен восьмий американець вважає, що Елвіс Преслі все ще живий — переконання, що призвело до численних виявлень Елвіса в дешевих універмагах по всій країні і надихнуло армію людей, які видають себе за Елвіса. Однак клініцисти незабаром припинили називати ці переконання маренням, помітивши, що прихильники Елвіса не дуже впевнено тримаються за них. Більшості можна довести, що Елвіс насправді "покинув світ". |

Хоча соціокультурні причини шизофренії, як і психологічні причини, потребують подальшого вивчення, багато нинішніх клініцисти вважають, що ці фактори відіграють важливу роль у формуванні захворювання. Як ми помітили, більшість теоретиків дотримуються для пояснення шизофренії моделі схильності до стресу, вважаючи, що генетичні та біологічні фактори дають схильність до захворювання, тоді як психологічні та соціокультурні фактори — поштовх до його розвитку. Можливо, що біологічна схильність призводить до шизофренії лише у випадках, коли людина стикається з сильним душевним потрясінням, з низкою неправильних підкріплень, зі стресом у ній чи соціальним стресом. Більше того, коли шизофренія вже виникла, вплив соціального тавра чи сімейні проблеми можуть сприяти її подальшому розвитку чи утриманню симптомів.

**Резюме**

Для пояснення виникнення шизофренії пропонувався ряд біологічних, психологічних та соціокультурних теорій.

Біологічний підхід Біологічний підхід вказує на генетичні, біохімічні, структурні та вірусні причини. Дослідники виявили велику кількість генних порушень, які можуть привертати людей до формування шизофренії. Згідно з біохімічними дослідженнями, мозок людей з Типом I шизофренії може містити незвичайно велику кількість допамінових рецепторів, зокрема рецепторів D-2, що призводить до надмірної активності допаміну. Інші дослідження знайшли порушення мозкових структур у людей з Типом II шизофренії, які полягають у розширенні шлуночків мозку та зменшенні кровопостачання певних областей мозку. Нарешті, деякі дослідники вважають, що шизофренія пов'язана з вірусом, який проникає в ембріон і виявляє свою активність лише в юності чи на початку дорослого віку.

Психологічний підхід Основні психологічні теорії виникнення шизофренії були розроблені в руслі психодинамічної, біхевіористської та когнітивної моделей. Фрейд вважав, що шизофренія спричиняє регресію до стану первинного нарцисизму, і Фромм-Рейчман припустила, що шизофреногенні матері сприяють утворенню цього захворювання. Біхевіористи вважають, що люди з шизофренією не змогли навчитися розпізнавати прийняті соціальні сигнали. Когнітивісти вважають, що намагаючись пояснити свої дивні відчуття, що мають біологічну основу, люди з шизофренією приходять до марення мислення. Жодна з цих теорій не отримала серйозної наукової підтримки.

Соціокультурний підхід. Прихильники однієї соціокультурної теорії вважають, що суспільство очікує від людей, «затаврованих» як такі, що мають шизофренію, певної поведінки і що ці очікування ведуть до подальших симптомів. Інша соціокультурна думка вказує на порушення в сім'ї як на причину шизофренії. Дослідження ще виявили специфічну роль цих чинників.

Теорія схильності до стресу. Більшість сучасних клініцистів вважають, що, ймовірно, виникнення шизофренії залежить від поєднання біологічних, психологічних та соціокультурних факторів, хоча біологічні фактори були більш точно визначені.

**Методи лікування шизофренії.**

Як можуть пацієнт і терапевт розуміти один одного, спілкуючись, по суті, різними мовами? Багато років спроби лікування шизофренії приносили лише розчарування. Лара Джефферсон, молода жінка з цим захворюванням, писала про свій досвід терапії у 1940-х роках:

*Вони звуть нас безумцями — а насправді вони так само суперечливі, як і ми, так само непостійні та мінливі. Особливо цей. Одного дня він сміється і знущається з мене безжально; на другий сумно говорить зі мною, а цього ранку його очі заволокло серпанком сліз, коли він говорив мені про долю, що чекає на нас. Нехай проклятий він і вся його премудрість!*

*Він гудів мені у вуха монотонним похоронним голосом: «Надто зосереджена на собі — надто зосереджена на собі — надто зосереджена на собі. Вчись думати по-іншому...» — І як я можу це зробити? Як – як – можу я це зробити? Чорт забирай, як я можу це зробити? Я намагалася дотримуватись його вказівок, але не навчилася думати інакше ні на йоту. Всі зусилля були витрачені дарма. І як це сталося зі мною? (Jefferson, 1948).*

Більшість історії людства вважалося, що таким пацієнтам із шизофренією, як ця жінка, допомогти неможливо. Це захворювання і зараз є надзвичайно складним для лікування, але клініцисти тепер досягають значно більших успіхів, ніж у минулому (Lindstrum, 1996). Здебільшого такий стан речей існує завдяки антипсихотичним препаратам, лікарським засобам, які допомагають багатьом людям із шизофренією ясно мислити і отримувати користь від терапії, яка раніше була практично непотрібна для них (Lieberman et al., 1996). Огляд того, як прогресували з роками методи лікування, допоможе нам зрозуміти природу, проблеми та перспективи сучасних підходів.

**Лікування в умовах стаціонару у минулому.**

Більш ніж половину XX століття людей із шизофренією поміщали в лікувальні заклади, зазвичай муніципальні. Оскільки на пацієнтів із цим захворюванням не діяла традиційна терапія, мета подібних установ полягала в обмеженні дій хворих та наданні їм їжі, притулку та одягу. Пацієнти рідко бачили лікарів і загалом були закинуті. З багатьма жорстоко поводилися. Як це не дивно, такий стан справ почався з добрих намірів.

Перші дії по приміщенню хворих до спеціальних лікувальних клінік почалися в 1793 році, коли французький лікар Філіп Пінель (Philippe Pinel) «визволив божевільних з ланцюгів» у притулку для божевільних Ла Бісетр (La Bicetre) і ввів практику «гуманного лікування» (див. 1). Вперше за сторіччя до пацієнтів з тяжкими порушеннями стали ставитися як до людських істот, про які потрібно піклуватися з добротою та співчуттям. Коли ідеї Пінеля поширилися Європою та Сполученими Штатами, вони призвели до виникнення численних психіатричних лікарень, де більше, ніж у притулках, дбали про людей з тяжкими психічними порушеннями (Goshen, 1967).

|  |
| --- |
| «Це наш обов'язок — позбавити ні в чому не повинного психічно хворого безперервного божевілля, якщо це в наших силах. Надавати його самому собі — жорстоко стосовно нього». - Редакційна стаття, "Психіатр і невропатолог", 1883 (з Geller, 1972) |

Ці нові психіатричні лікарні були призначені для захисту пацієнтів від напруги повсякденного життя та забезпечували їм благотворне психологічне середовище, в якому вони могли тісно працювати з терапевтами (Grob, 1966). Закон навіть наказував усім штатам засновувати громадські психіатричні установи, державні лікарні для пацієнтів, які не могли оплатити перебування у приватних клініках. Але зрештою у системи державних лікарень виникли серйозні проблеми. У період між 1845 та 1955 роками у Сполучених Штатах відкрилося близько 300 лікарень. Число госпіталізованих пацієнтів на кожен взятий день зросло з 2000 чоловік у 1845 до приблизно 600 000 у 1955 році. Через це палати переповнилися, вимоги для прийому продовжували підвищуватися, і державне фінансування не могло забезпечити потреби в лікарях.

**Лікарняний пристрій, що обмежує рухи.** Коли державні лікарні по всіх Сполучених Штатах переповнилися, вони почали все частіше вдаватися до механічних пристроїв для контролю за пацієнтами. Наприклад, у Байберрійській (Byberry) державній лікарні у Філадельфії буйних пацієнтів часто прив'язували до ліжок. Ця процедура використовувалася до 1950-х років.

Пріоритети державних психіатричних лікарень і якість допомоги, що надається ними, змінилися за ці 110 років. У зв'язку з переповненням лікарень та нестачею персоналу акценти змістилися з надання гуманітарної допомоги на підтримання порядку у лікарнях. Відбулася регресія на період притулків для божевільних: буйних пацієнтів обмежували в рухах і грубо з ними поводилися зникла турбота про кожного окремо. Пацієнтів переводили в задні палати чи палати для хронічно хворих, якщо у стані деякий час не спостерігалося поліпшення (Bloom, 1984). Більшість пацієнтів у цих палатах страждала від шизофренії (Hafner & an der Heiden, 1988). Задні палати, по суті, були складами людей, сповненими безнадійності. Персонал лікарень часто звертався з пацієнтами за допомогою умиротворювальних сорочок та наручників. Більше «прогресивні» форми лікування включали медичні методи, наприклад, лоботомію.

**Вдосконалене лікування в умовах стаціонару.**

У 1950-х роках клініцисти розробили два інституційні підходи, які нарешті могли допомогти пацієнтам, які жили в лікарнях роками: терапію середовищем, засновану на гуманістичних принципах, та жетонну систему, засновану на принципах біхевіоризму. Дані методики, зокрема, допомогли відродити увагу до кожного пацієнта та покращити уявлення пацієнтів про себе — проблемні галузі, погіршені помешканням до лікарні. Ці підходи незабаром були прийняті багатьма установами і є стандартними для лікування в умовах стаціонару.

***Терапія середовищем***

Принцип, що лежить в основі терапії середовищем, полягає в тому, що установи можуть допомогти пацієнтам досягти клінічного прогресу шляхом створення соціального клімату або середовища, яке допомагає людині набути самоповаги, почуття особистої відповідальності та діяльності, що має значення. У такому середовищі пацієнтам часто надається право вести своє власне життя та приймати свої власні рішення. Вони можуть взяти участь в управлінні лікарнею та працювати разом з персоналом, встановлюючи правила та приймаючи рішення про покарання. Створюється атмосфера взаємоповаги, підтримки та відкритості. Пацієнти можуть також брати участь у особливих проектах, заняттях та активному відпочинку.

|  |
| --- |
| ***Зневага у лікарнях.*** Лікування в умовах стаціонару стало більш гуманним у країнах усього світу, хоча подекуди все ще існує жах притулків та переповнених державних психіатричних лікарень. Це несамовите видовище сфотографовано в психіатричній лікарні на півдні Філіппін. |

***Терапія середовищем*** — *гуманістичний підхід до лікування в умовах стаціонару, заснований на переконанні, що установи можуть сприяти одужанню пацієнтів шляхом створення атмосфери, що дає самоповагу, почуття особистої відповідальності та діяльність, що має сенс.*

Коротше кажучи, їхній денний розпорядок був схожим на життя за межами лікарні.

Програми такого типу були запроваджені в установах усього Заходу. Вони мали деякі відмінності, але, як мінімум, персонал намагався зміцнювати взаємини (особливо відносини у групах) між пацієнтами та персоналом, підтримувати активність пацієнтів та їхню впевненість у можливості досягнення своїх цілей.

Лонгітюдні дослідження показали, що в лікарнях, де практикується терапія середовищем, у пацієнтів з шизофренією часто настає поліпшення, і з лікарень виходить більший відсоток таких людей, порівняно з пацієнтами лікарень, де переважно застосовується обмеження волі (Paul & Lentz, 1977; Cumming & Cumming, 1962). Однак багато хто з тих, що пройшли терапію середовищем, не позбавляються свого дефекту і повинні жити після виходу з лікарні в спокійній обстановці. Незважаючи на ці обмеження, терапія середовищем застосовується у багатьох установах, часто у поєднанні з іншими лікувальними підходами (Dobson et al., 1995; Ciompi et al., 1992).

***Жетонна система***

У 1950-х роках біхевіористи відкрили, що систематичне застосування в лікарняних відділеннях технік оперантного обумовлення може сприяти зміні поведінки пацієнтів із шизофренією (Aylon, 1963; Aylon & Michael, 1959). Програми, у яких використовувалися подібні техніки, було названо програмами жетонної системи.

У жетонній системі пацієнти отримують підкріплення щоразу, коли поводяться прийнятним чином, і не отримують підкріплення, коли їхня поведінка недоречна. Безпосередньою нагородою за прийнятну поведінку зазвичай є жетони, які згодом можуть бути обмінені на їжу, сигарети, лікарняні привілеї та інші приємні речі, таким чином створюючи «жетонну систему». Прийнятна поведінка, як зазвичай вказується, полягає у догляді за собою (у застиланні ліжка, в одяганні), у відвідуванні трудових програм, у нормальній промові, у дотриманні правил, встановлених у відділенні, та у демонстрації самоконтролю.

***Програма жетонної системи*** *— програма, розроблена біхевіористами, за якою бажана поведінка пацієнта систематично підкріплюється протягом дня нагородженням жетонами, які можна обміняти на речі чи привілеї.*

Дослідники виявили, що жетонна система сприяє зміні шизофренічної (або подібної до нього) поведінки (Emmelkamp, 1994; Belcher, 1988). В одній дуже успішній програмі Гордон Паул і Р. Л. Ленц (Paul & Lentz, 1977) встановили в лікарні таку жетонну систему для двадцяти восьми пацієнтів, які довго страждали на шизофренію. Більшість пацієнтів, які брали участь у цій програмі, досягли значних успіхів. Після закінчення програми, через чотири з половиною роки, 98% пацієнтів були випущені, як правило, до притулків. Для порівняння, такого покращення досягли 71% пацієнтів, які брали участь у терапії середовищем, та 45% пацієнтів, які отримували лікування в умовах позбавлення волі дій.

Незважаючи на ефективність жетонної системи, деякі клініцисти висловили сумніви у її етичній та юридичній сторонах. Для того, щоб жетонна система була ефективною, адміністратори повинні контролювати важливі нагороди в житті людини, можливо, включаючи найголовніші, такі як їжа та зручне ліжко. Але хіба в житті не існують речі, на які мають право всі людські істоти? Тепер рішенням суду встановлено, що пацієнти справді мають певні основні права, які клініцистам не можна порушувати незалежно від позитивних цілей терапевтичної програми. Вони мають право на їжу, на місце для зберігання речей і на меблі, так само як на свободу рухів (Emmelkamp, 1994).

Крім того, клініцисти ще й заперечують якість покращень, досягнутих за допомогою програм жетонної системи. Чи справді біхевіористи змінюють психотичне мислення та сприйняття пацієнтів чи вони просто покращують здатність пацієнтів імітувати нормальну поведінку?

Це питання було порушено у зв'язку з клінічним випадком чоловіка середніх років на ім'я Джон, маячні ідеї якого полягали в тому, що він вважав себе урядом Сполучених Штатів. Хоч би що він говорив, він говорив від імені уряду. "Ми раді бачити Вас... У нашій роботі потрібні такі люди, як Ви... Ми ведемо нашу діяльність у тілі Джона". Коли відділення лікарні, де був Джон, перейшло на жетонну систему, персонал вказував на його маячні заяви та вимагав, щоб він правильно називав себе, якщо бажає отримувати жетони. За кілька місяців програми жетонної системи Джон перестав представлятися урядом. Коли його запитували його ім'я, він відповідав: «Джон». Хоча персонал лікарні, як можна зрозуміти, радували його успіхи, у Джона існувала інша думка щодо цього. У приватній розмові він сказав:

*Ми втомилися від цього. Щоразу, коли ми бажаємо викурити сигарету, нам доводиться проходити через це лайно. «Як тебе звуть?.. Хто хоче цигарку?.. Де знаходиться уряд?» Сьогодні нам страшенно хотілося курити, і ми вирушили до Сімпсона, цієї проклятої медсестри, і нам довелося її слухатися. "Скажи мені своє ім'я, якщо ти хочеш сигарету Як тебе звуть?" Звичайно, ми сказали: "Джон". Нам потрібні були цигарки. Якби ми сказали правду — жодних цигарок. Але в нас немає часу на цю нісенітницю. Нам потрібно займатися справами, міжнародними справами, змінювати закони, набирати персонал. А ці люди грають у свої ігри (Comer, 1973).*

Критики біхевіористського підходу доводили, що Джон не розлучається з маренням, отже, залишається в такому ж психотичному стані, як і раніше. Проте біхевіористи стверджували, що думки Джона про зміни в його поведінці згодом покращилися.

Програми жетонної системи тепер негаразд поширені, як раніше ( Glynn, 1990), але де вони використовуються у багатьох психіатричних лікарнях, зазвичай у поєднані із медикаментами ( Emmelkamp, 1994). Жетонна система також застосовувалася при інших клінічних проблемах, включаючи затримку розумового розвитку, делінквенцію та гіперактивність, так само як і в інших областях, наприклад, в освіті та комерційній діяльності.

**Крупним планом**

*Лоботомія: як це могло статися?*

У 1949 році стаття в New York Times оголосила про появу медичної процедури, яка представлялася обіцяє надію хворим на важкі психічні розлади, людям, для яких ніяке майбутнє не здавалося можливим за межами переповнених державних психіатричних установ:

«Іпохондрики не думають більше, що скоро помруть, люди з суїцидальними нахилами знайшли життя прийнятним, переслідування, що страждають манією, забули про інтриги уявних змовників. *Префронтальна лоботомія,* як називається ця операція, стала можливою завдяки локалізації страхів, ненависті та інстинктів (у префронтальній корі мозку). З цього випливає, що Нобелівська премія у галузі медицини має бути розділена Гессом та Моніцем. Для хірургів тепер операція на мозку не складніша за видалення апендикса».

Наразі ми знаємо, що лоботомію не можна назвати чудовим засобом. Будучи далекою від «зцілення» людей, ця операція призводила до стану ізоляції, оглушеності і навіть ступору тисячі та тисячі людей. Перша лоботомія була зроблена португальським нейропсихіатром Ігесом Моніцем у 1935 році. Його специфічна операція, звана префронтальною лоботомією, полягала у просвердлюванні двох отворів по сторонах черепа та у впровадженні інструменту, що має подібність до пішні, у тканину мозку з метою перерізати або пошкодити нервові волокна.

Моніц вважав, що тяжке порушення мислення можна виправити, перерізавши нервові шляхи, якими невірні думки передаються з однієї частини мозку в іншу. У 1940-х роках Вальтер Фріман та його колега Джеймс Уоттс розробили другий спосіб операції на головному мозку для лікування психічнохворих, названий *трансорбітальною лоботомією,* при якій хірург вводив у мозок пацієнта голку через очницю і обертав нею, щоб зруйнувати тканину мозку.

Чому медичне суспільство з таким ентузіазмом сприйняло лоботомію у 1940-х та 1950-х роках? Основною причиною цього невролог Еліот Валенштейн (Valenstein, 1986) вважає надзвичайну переповненість психіатричних лікарень на той час. Через таку переповненість було складно домогтися у лікарнях відповідності належним стандартам. Важливим чинником Валенштейн також вважає особистість винахідників. Валенштейн припускає, що, будучи обдарованими і відданими своїй справі лікарями, вони були охоплені бажанням досягти високого професійного статусу. Підганяються цим бажанням, вони занадто сміливо і занадто швидко вводили свої процедури.

Престиж і дипломатичне вміння Моніца і Фрімана були такі великі, а область неврології настільки недостатньо розвинена, що процедури не отримали ніякої критики. Лікарі могли бути також введені в оману позитивними результатами перших вивчень лоботомії, які, як згодом виявилося, були проведені без твердого слідування методології (Swayze, 1995; Valenstein, 1986).

У 1950-х роках ретельніше проведені дослідження виявили, що крім летального результату, що спостерігався у 1,5-6% оперованих, лоботомія викликає такі плачевні наслідки, як напади, велике збільшення у вазі, втрату моторної координації, частковий параліч, нетримання сечі, та ін Процедуру можна використовувати контролю осіб, які вчинили насильницькі злочину. Таким чином, лоботомія стала ще питанням громадянського права. Нарешті, відкриття антипсихотичних препаратів поклало край цьому негуманному методу лікування психічних захворювань.

|  |
| --- |
| ***Показова операція на мозку.*** Нейропсихіатр Вальтер Фріман в 1949 демонструє групі зацікавлених спостерігачів лоботомію за допомогою впровадження голки через очницю пацієнта в його мозок. |

Сучасні нейрохірургічні операції стали набагато тоншими, і навряд чи їх можна порівнювати з лоботоміями п'ятдесятирічної давності. Проте будь-які операції на головному мозку для лікування душевнохворих зараз дуже рідкісні. Фактично, вони вважаються експериментальними і застосовуються лише як останній засіб у найважчих випадках обсесивно-компульсивного розладу та депресії (Goodman et al., 1992; Greist, 1992). Багато фахівців переконані, що будь-яка хірургія, що руйнує ділянку мозку, є неетичною і що подібні процедури — одні з найганебніших у клінічній області з нерозсудливих спроб лікування.

**Антипсихотичні препарати.**

Терапія середовищем та програми жетонної системи сприяли зміні похмурих перспектив, що відкривалися людям, які страждають на шизофренію, але саме відкриття антипсихотичних препаратів у 1950-х роках здійснило революцію в терапії цього захворювання. Ці препарати знімають багато його симптомів і сьогодні практично завжди є частиною лікування.

Як ми говорили раніше, відкриття антипсихотичних медикаментів насправді відбулося у 1940-х роках, коли дослідники розробили перші антигістамінні засоби для лікування алергії.

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** Згідно з недавніми дослідженнями, проведеними в Австралії, клініцисти вважають, що антипсихотичні препарати та госпіталізація є дуже корисними у випадках шизофренії. Переважна частина населення, навпаки, вважає, що вітаміни, галенові засоби (приготовлені на основі трав) та бібліотерапія приносять більше користі (Jorm et al., 1997). |

**Таблиця 12.2. Антипсихотичні засоби**

|  |  |
| --- | --- |
| Непатентована назва | Торгова назва |
| Хлорпромазин | Thorazine |
| Рисперидон | Risperdal |
| Трифлюпромазин | Vesprin |
| Тіорідазін | Mellaril |
| Месоридазин бесилат | Serentil |
| Піперацетазин | Quide |
| Трифлюперазин | Stelazine |
| Флюфеназин гідрохлорид | Prolixin, Permitil |
| Перфеназін | Trilafon |
| Ацетофеназин малеат | Tindal |
| Хлорпротіксен | Taractan |
| Тіотіксен | Navane |
| Галоперидол | Haldol |
| Локсапін | Loxitane |
| Моліндон гідрохлорид | Moban, Lidone |
| Пімозід | Orap |
| Клозапін | Clozaril |

(Hedaya, 1996, p. 249.)

Французький хірург Анрі Лаборі (Laborit) незабаром виявив, що одну з груп антигістамінних препаратів, фенотіазини, можна використовувати для розслаблення пацієнтів, яким призначено операцію. Лаборі припустив, що ці препарати можуть також заспокійливо впливати на людей з тяжкими психологічними порушеннями. У результаті один із фенотіазинів, хлорпромазин, був випробуваний на шести пацієнтах з психотичними симптомами, і виявилося, що він різко знижує їхні симптоми (Delay & Deniker, 1952). У 1954 році, після серії лабораторних та клінічних тестів, його пустили у продаж у Сполучених Штатах під торговою маркою Thorazine.

З часу відкриття фенотіазинів були розроблені інші види антипсихотичних препаратів (табл. 12.2). Всі ці засоби відомі як нейролептичні препарати, оскільки часто викликають побічні ефекти, подібні до симптомів неврологічних розладів. Як ми говорили вище, ці засоби знижують симптоми шизофренії шляхом зменшення надмірної активності медіатора допаміну, особливо в рецепторах D-2 головного мозку (Holcomb et al., 1996).

***Нейролептичні препарати*** *- термін, який використовується для традиційних антипсихотичних препаратів, оскільки вони часто спричиняють побічні ефекти, схожі на симптоми неврологічних розладів.*

***Ефективність антипсихотичних препаратів***

Результати досліджень безперервно демонструють, що антипсихотичні препарати знижують симптоми шизофренії у більшості пацієнтів (Lieberman et al., 1996; Strange, 1992). До того ж виявилося, що ці засоби є найбільш ефективними, якщо безпосередньо порівнювати їх з іншими методами лікування, такими як психодинамічна терапія, терапія середовищем та електрошокова терапія (May, Tuma & Dixon, 1981; May & Tuma, 1964). У той же час симптоми можуть повернутися, якщо пацієнти надто швидко припиняють прийом ліків (Davis et al., 1993).

Хоча антипсихотичні препарати зараз широко застосовуються, пацієнти часто відчувають неприязнь до їхньої сильної дії, і деякі відмовляються приймати такі ліки. Однак багатьом вони дуже допомагають, як допомогли Едварду Сноу (Edward Snow), письменнику, який подолав шизофренію.

*У моєму випадку необхідно було прийняти спеціальну медикаментозну програму. Я узаконений наркоман. Моя доза: 100 міліграмів торазину та 60 міліграмів стелазину щодня. Я не відчуваю їхнього наркотичного ефекту, але мені казали, що вони досить сильні для того, щоб звалити нормальну людину. Вони зберігають мене - як погоджуються лікарі - в здоровому глузді і в хорошому настрої. Без цукерки для мозку, як я це називаю, я вирушу — вж-жик — прямо назад у сміттєвий кошик. Я вже добре знайомий із життям у лікарні, щоб уявляти собі, що це таке, і щоб знати, що не хочу туди повернутися (Snow, 1976).*

***Побічні ефекти антипсихотичних препаратів***

Крім зниження симптомів шизофренії, антипсихотичні препарати іноді спричиняють порушення рухової сфери (Gerlach & Peacock, 1995) (рис. 12.3). Ці побічні дії називаються екстрапірамідними ефектами, тому що, мабуть, причиною їх є вплив препаратів на екстрапірамідні ділянки мозку, які відповідають за рухову діяльність.

***Екстрапірамідні ефекти*** *– небажані рухи, такі як сильне тремтіння, дивні посмикування обличчя та тулуба та надмірне занепокоєння, що іноді викликаються антипсихотичними препаратами.*

Найчастішими екстрапірамідними ефектами є симптоми паркінсонізму, які дуже схожі на риси такого неврологічного захворювання, як хвороба Паркінсона. У пацієнтів може виявитися сильний м'язовий тремор та брадикінезія; вони можуть трястись, дуже повільно рухатися, човгати ногами, обличчя їх можуть бути малоемоційними. У деяких також спостерігаються дивні рухи обличчя, шиї, язика та спини, багатьом властиві неспокій та неприємні відчуття в руках та ногах. У більшості випадків ці симптоми можна прибрати, якщо приймати разом з антипсихотичними препаратами засоби проти хвороби Паркінсона (Hansen, Casey & Hoffman, 1997; Silver et al., 1995).

У невеликому відсотку випадків антипсихотичні препарати викликають злоякісний нейролептичний синдром, важку, яка може призвести до смерті реакцію, при якій спостерігається заціпеніння, жар і порушення функціонування вегетативної нервової системи (Leipsic, Abraham & Halperin, 1995; Hermesh et al.). Клініцисти, стикаючись з цим синдромом, відразу скасовують антипсихотичні препарати і намагаються прибирати кожен із симптомів окремо (Velamoor et al., 1994; Levenson, 1985).

Хоча більша частина побічних ефектів проявляється протягом декількох днів або тижнів, реакція, звана тардивною дискінезією (що означає «руховий розлад, що пізно виявляється»), зазвичай розвивається лише після прийому антипсихотичних препаратів більше року. Цей синдром може полягати в мимовільних судомних або тикоподібних рухах язика, рота, обличчя або всього тулуба; мимовільних жувальних, смокчучих рухах, цмокання губами; у різких рухах рук, ніг чи тулуба.

У більшості випадків дискінезія є слабкою і проявляється одним симптомом, наприклад, клацанням язиком. Однак бувають і тяжкі випадки з такими особливостями, як нерегулярне дихання та скручування обличчя та тіла у гротеску. Вважається, що у понад 20% людей, які тривалий час приймають нейролептики, розвивається тардивна дискінезія того чи іншого ступеня, і чим довше приймаються препарати, тим більше стає ризик (Chakos et al., 1996; АРА, 1994). Очевидно, найбільшого ризику наражаються пацієнти старше 45 років (Jeste et al., 1996). Від тардивної дискінезії складно, часом не можна вилікуватися. Чим довше пацієнти вживають препарати, тим менша ймовірність зникнення дискінезії, навіть після припинення прийому ліків.

***Тардівна дискінезія*** - *стан, що характеризується екстрапірамідними ефектами (симптомами), що з'являються у деяких пацієнтів після того, як вони тривалий час приймали традиційні антипсихотичні препарати.*

Виявивши побічні ефекти антипсихотичних препаратів, клініцисти стали більш розсудливо та обережно ставитися до їхнього виписування.

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** У перші роки застосування антипсихотичних препаратів клініцисти часто збільшували дозування для госпіталізованих пацієнтів, у яких не виявлялося реакції на ці препарати, поки багато таких пацієнтів не перетворювалися на подобу «ходячих зомбі». Чому клініцисти продовжували цю медикаментозну стратегію навіть у тих випадках, коли ліки не сприяли зменшенню симптомів? Чи могли у лікарнях існувати не надто гідні причини для подібної практики прописування ліків? |

Раніше, коли при прийомі нейролептичних засобів у стані пацієнта не спостерігалося покращення, клініцисти збільшували дозування (Kane, 1992); тепер у таких випадках вони зазвичай скасовують призначені препарати ( Coryell et al., 1998). До того ж, нинішні клініцисти намагаються призначати кожному пацієнту мінімальну ефективну дозу антипсихотичних препаратів і поступово знижувати її або припиняти медикаментозне лікування через кілька тижнів або місяців після того, як пацієнт повернеться до нормального функціонування (Gilbert et al., 1995). Однак багато пацієнтів не можуть вести нормальну діяльність без медикаментів (Lerner et al., 1995) і незабаром їм доводиться знову починати приймати препарати, а деяким з них навіть у більшому дозуванні, ніж рекомендується (Remington et al., 1993).

***Нові антипсихотичні препарати***

В останні роки були розроблені деякі нові антипсихотичні препарати (Bondolfi et al., 1998; Ereshefsky, 1995). Найбільш ефективними та поширеними з цих нових препаратів є клозапін (торгова назва Clozaril) та рисперидон (торгова назва Risperdal). Як було зазначено вище, ці препарати називаються атиповими через відмінність їх біологічного впливу від впливу традиційних антипсихотичних засобів. Насправді вони виявилися більш ефективними, ніж традиційні препарати, допомагаючи 85% хворих на шизофренію, тоді як більшість традиційних засобів допомагають лише 65% (Lieberman., 1998). Особливо багатообіцяючим здається те, що атипові препарати сприяють поліпшенню стану пацієнтів, у яких спостерігаються в основному негативні симптоми (властиві Типу II шизофренії) - людей, на яких традиційні препарати не позитивно впливають (Lieberman et al., 1996).

**Малюнок 12.3. Виправданість ризику.** Реакції пацієнтів із шизофренією на традиційний антипсихотичний препарат флюфеназин (Prolixin) демонструють тісний зв'язок між дозуванням препарату, покращенням стану пацієнта та серйозними побічними ефектами застосування ліків. У разі збільшення вмісту препарату в крові стан пацієнтів покращується, але наростають небажані наслідки. При високому вмісті препарату у крові виправданість ризику стає спірною.

***Клозапін*** *- атиповий антипсихотичний препарат, що часто призначається.*

***Рисперидон*** *- інший атиповий антипсихотичний препарат, що часто призначається.*

Іншою важливою перевагою атипових антипсихотичних засобів є те, що вони лише в окремих випадках є причиною появи екстрапірамідних симптомів і, мабуть, не викликають тардивної дискінезії (Casey, 1998; Borison, 1995). Фактично, тардивна дискінезія та інші екстрапірамідні симптоми часто зменшуються, коли пацієнти з шизофренією переходять із традиційних на атипові препарати (Gerlach et al., 1996).

Але й нові препарати мають свої недоліки. Наприклад, приблизно у кожного сотого з приймаючих клозапін розвивається агранулоцитоз, небезпечне життя падіння рівня лейкоцитів у крові (Alvir, Lieberman & Safferman, 1995). Пацієнти, які вживають цей препарат, повинні часто робити аналіз крові, щоб якомога раніше розпізнати цю побічну дію та скасувати препарат (Honigfeld et al., 1998).

**Сцени із сучасного життя**

*Тільки тому, що ти параноїк...*

Атиповий антипсихотичний препарат клозапін (торгова назва Clozaril) мав величезний потенціал як ефективний засіб для лікування шизофренії, але його поява в Сполучених Штатах принесла розчарування та душевний біль сотням тисяч гаданих споживачів.

Проблема почалася з відкриття того, що у невеликого відсотка людей, які приймають цей препарат, розвивається агранулоцитоз, небезпечне для життя зменшення вмісту лейкоцитів у крові. Управління у справах продовольства та лікарських засобів Сполучених Штатів (FDA) внаслідок цього випустило клозапін у продаж з вимогою того, щоб пацієнти, які його приймають, щотижня робили аналіз крові на ознаки агранулоцитозу.

На жаль, виробник медикаментів висунув умову, що всі споживачі клозапіну в Сполучених Штатах повинні купувати цілий лікувальний пакет, що складається з препарату та щотижневого аналізу крові, що проводиться дочірніми компаніями виробника. Більшість пацієнтів у Сполучених Штатах не могли дозволити собі встановлену компанією вартість цього пакету — величезну суму 9000 доларів на рік. Більше того, їхні страхові компанії відмовилися сплачувати її. Пацієнти виявилися затиснуті між великим бізнесом та індустрією охорони здоров'я.

Наслідував шквал судових процесів, а також федеральних розслідувань і слухань. Через кілька років виробник препарату погодився продавати клозапін окремо, тим самим дозволивши пацієнтам проходити аналіз крові в інших компаніях за нижчу плату. Він також погодився повернути споживачам клозапіну суму у 10 мільйонів доларів та ще 11 мільйонів — медичним закладам та пацієнтам, які не могли самі оплачувати лікування. Проте, на жаль, багато пацієнтів вже втратили дорогоцінний час.

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Чому люди, які страждають на шизофренію, ставали жертвами поганого поводження (лоботомія, відмова в госпіталізації тощо) набагато частіше, ніж люди з іншими захворюваннями? Чи можуть компанії приватного сектора настільки контролювати вартість та поширення препарату, що є переломним досягненням, яке може покращити мільйони життів? Клозапін був доступний у Європі протягом п'ятнадцяти років до його схвалення у Сполучених Штатах. Чи можливо те, що FDA було занадто обережним у затвердженні нових препаратів? |

**Психотерапія.**

До появи антипсихотичних засобів психотерапія була практично марна для людей з шизофренією. Більшість їх просто були надто далекі від реальності, щоб отримувати від неї користь. Однак зараз психотерапія приносить поліпшення у багатьох випадках шизофренії (Hogarty et al., 1997). Зменшуючи порушення мислення і сприйняття, антипсихотичні препарати дозволяють клієнтам, які страждають на шизофренію, розібратися у своєму захворюванні, брати активну участь у терапії, створювати більш ясну я-концепцію і картину своїх взаємин з оточуючими, а також змінити свою поведінку (Atkinson et al). Найбільш корисними формами психотерапії є терапія, спрямована на отримання інсайту, і два ширші соціокультурні методи терапії - сімейна терапія та соціотерапія. Часто ці підходи використовуються у поєднанні та пристосовуються до індивідуальних потреб пацієнтів (Jeffries, 1995; Prendergast, 1995).

|  |
| --- |
| «Я почуваюся обдуреним, маючи це захворювання». - Людина з шизофренією, 1996 |

***Терапія, спрямована на отримання інсайту***

Зараз у випадках шизофренії використовуються різні варіанти терапії, спрямованої на отримання інсайту (Scott & Wright, 1997; Chadwick & Trower, 1996). Результати досліджень дозволяють припустити, що психодинамічні та інші, орієнтовані отримання інсайту, терапевти, краще обізнані про шизофренію, досягають великих успіхів, найчастіше незалежно від особливостей свого підходу (Karon & VandenBos, 1996). Згідно з одним дослідженням, терапевти, чия робота порівняно успішна, прагнуть відігравати більш активну роль, ніж ті, які досягають менших успіхів, у встановленні меж, висловленні думки, спонуканні пацієнтів до висловлювань, у керівництві та в прагненні завоювати довіру пацієнта (Whitehorn & Betz, 1975).

***Сімейна терапія***

Від 25 до 40% людей, які лікуються від шизофренії, живуть зі своїми батьками, сестрами та братами, подружжям чи дітьми (Torrey, Wolfe & Flynn, 1988). Такі ситуації створюють особливі труднощі. Зі свого боку, пацієнти, які одужують, можуть опинитися під сильним впливом поведінки та реакцій членів їхніх сімей, навіть якщо стрес у сім'ї не був причиною розгортання захворювання. Як ми говорили вище, люди, які живуть із родичами, що демонструють високий рівень висловлюваних почуттів — високий рівень критики, настирливості і ворожості, — частіше переживають рецидиви, ніж люди, які живуть із родичами, що добре належать до них (Penn9Meser; Vaughan et al., 1992).

У той же час поведінка людини, яка страждає на шизофренію, може сильно впливати на членів її сім'ї.

Одна група дослідників виявила, що душевна рівновага членів сім'ї сильно порушується соціальною ізоляцією та дивною поведінкою їх хворого родича (Greer & Wing, 1974). Один із членів сім'ї скаржився: «Ввечері йдеш у вітальню, і там темно. Ти вмикаєш світло і бачиш, що там сидить він, дивлячись у простір перед собою».

Зараз для вирішення цієї проблеми клініцисти лікування шизофренії зазвичай включають сімейну терапію. Сімейна терапія надає всім керівництво, тренінг, практичну пораду, психологічні відомості про захворювання та емоційну підтримку та емпатію (Baucom et al., 1998; Solomon et al., 1996). Вона допомагає членам сім'ї стати більш реалістичними у своїх очікуваннях, більш терпимими, позбутися комплексу провини та набути більшої готовності пробувати нові форми спілкування. Сімейні терапевти також намагаються допомогти людині, яка страждає на шизофренію, справлятися з труднощами сімейного життя, приймати підтримку від членів сім'ї та уникати важких взаємин. Дослідники виявили, що сімейна терапія допомагає послабити напругу в сім'ї, що веде до зниження кількості рецидивів, особливо коли вона поєднується з медикаментозним лікуванням (Baucom et al., 1998; Dixon & Lehman, 1995).

Члени сімей людей із шизофренією також можуть потребувати зовнішньої соціальної підтримки, щоб бути кориснішими своїм хворим родичам. Для них були створені сімейні групи підтримки та сімейні програми психологічної освіти (Buchkremer et al., 1995; Hyde & Goldman, 1992). У таких програмах члени сім'ї хворого зустрічаються з іншими, які перебувають у такому ж становищі, діляться своїми думками та почуттями, отримують підтримку та знання про шизофренію. Хоча дослідження ще визначили корисність таких груп, цей підхід стає досить поширеним.

***Соціотерапія***

Деякі клініцисти, які лікують людей із шизофренією, прагнуть працювати над усіма аспектами їхнього життя. Вони пропонують практичні поради та намагаються покращити вирішення проблем людиною, її прийняття рішень та соціальні навички (Penn & Mueser, 1996). Вони засвідчуються в тому, що їхні пацієнти правильно приймають ліки. Крім того, вони можуть допомогти пацієнтам знайти роботу, фінансову підтримку та пристойні житлові умови. Дослідження показують, що цей підхід, який називають соціотерапією, або особистою терапією, дійсно допомагає людям залишатися поза лікарнею (Hogarty et al., 1997, 1986, 1974).

**Суспільний підхід.**

Найбільш широким підходом до шизофренії є суспільний підхід. Почасти у відповідь на жахливі умови у державних психіатричних лікарнях у період 1950-х років уряд Сполучених Штатів розпорядився, щоб пацієнтів випускали з лікарень, і ті отримували лікування в суспільстві. У 1963 році Конгрес випустив законопроект, названий «Акт про психічне здоров'я в суспільстві», який передбачав, щоб пацієнтам з психологічними розладами був доступний ряд служб психічного здоров'я - амбулаторне лікування, стаціонарне лікування, швидка допомога, профілактика та відновна терапія - у своєму суспільстві, а не далеко від дому. Цей акт був націлений на безліч психологічних розладів, особливо призначався пацієнтам з шизофренією, особливо для тих, хто перебував у лікарнях роками. Інші країни по всьому світу незабаром після цього також прийняли такі програми соціокультурної терапії (Hafner & van der Heiden, 1988).

Таким чином, почалися три десятиліття деінституціоналізації, під час якої сотні тисяч пацієнтів із шизофренією та іншими тривалими психічними розладами виходили з державних установ у суспільство. 1955 року в державних лікарнях проживало близько 600 000 пацієнтів; тепер у психіатричних установах перебуває лише близько 80 000 пацієнтів ( Torrey, 1997; Witkin et al., 1996).

***Деінституалізація*** *- звільнення великої кількості пацієнтів від тривалого лікування в стаціонарах для проходження терапії в рамках громадських програм.*

Клініцисти дізналися, що пацієнти, які одужують після шизофренії, можуть отримувати велику користь від громадських програм. Однак, як ми побачимо, якість громадської допомоги цим пацієнтам була недостатньою. Результатом з'явився синдром «верти, що обертається»: багато пацієнтів раз по раз поверталися в суспільство, через кілька місяців знову потрапляли в лікарню і знову виходили лише для того, щоб знову потрапити до лікувального закладу (Geller, 1992).

|  |
| --- |
| ***Дика людина з 96-ї вулиці».*** Ларрі Хог (Larry Hogue), відомий психічно хворий на алкоголік, отримав своє прізвисько завдяки засобам масової інформації на початку 1990-х років. У циклі, що повторювався багато разів, стан Хога покращувався при госпіталізації та застосуванні медикаментів від шизофренії, після виписки він звертався до алкоголю та наркотиків, дива у його поведінці наростали, він все більше турбував своїх нью-йоркських сусідів, і знову потрапляв до лікарні. |

***Ефективна громадська допомога***

Люди, які одужують після шизофренії, потребують ліків, психотерапії, допомоги у зіткненнях із повсякденними труднощами та відповідальністю, у керівництві у прийнятті рішень, тренінгу соціальних навичок, спостереженні за місцем проживання та консультаціях з працевлаштування. Ті, кому суспільство допомагало задовольняти ці потреби, досягали більшого прогресу, ніж люди інших суспільствах ( Scott & Dixon, 1995; Hogarty, 1993). Деякі з ключових особливостей ефективної громадської допомоги є: (1) погодження служб, які надають допомогу пацієнтам, (2) короткочасна госпіталізація, (3) часткова госпіталізація, (4) проміжні будинки та (5) професійний тренінг.

**Узгоджені служби.** Коли було прийнято «Акт про психічне здоров'я у суспільстві», передбачалося, що державне піклування концентруватиметься навколо громадського центру психічного здоров'я; лікувального закладу, який забезпечуватиме медикаментами, психотерапією та стаціонарним лікуванням людей з тяжкими порушеннями, а також координуватиме послуги, які пропонують інші громадські органи. Коли громадські центри психічного здоров'я дійсно надавали всі ці послуги, у пацієнтів із шизофренією часто спостерігалося значне покращення (Scott & Dixon, 1995). Координація служб особливо важлива для так званих психічно хворих алкоголіків (наркоманів) (MICAs — mentally ill chemical abusers), пацієнтів із шизофренією та алкоголізмом (наркоманією). Встановлено, що принаймні половина людей із шизофренією на якомусь етапі свого захворювання також вживають алкоголь чи наркотики (Buckley, 1998).

***Громадський центр психічного здоров'я*** *— громадський лікувальний заклад, який забезпечує пацієнтів медикаментами, психотерапією та стаціонарним лікуванням, а також координує їхню терапію в суспільстві.*

***Психічно хворі на алкоголіки (наркомани) (MICAs)*** *— люди, які страждають одночасно на шизофренію (або на інші важкі психологічні розлади) і алкоголізм (наркоманії).*

**Короткочасна госпіталізація.** Зараз, коли у людей виникають симптоми шизофренії, клініцисти прагнуть лікувати їх амбулаторно, зазвичай використовуючи антипсихотичні засоби та психотерапію (Marder, 1996). Якщо це допомагає, можлива короткочасна госпіталізація, яка триває кілька тижнів (а чи не місяці і роки) (Davis et al., 1988). Незабаром після того, як стан пацієнтів покращується, їх виписують на відновлювальну терапію, лікування та догляд у суспільстві (Sederer, 1992).

***Відновна терапія*** *- програма допомоги та терапії після виписки зі стаціонару.*

**Часткова госпіталізація.** Для деяких людей потрібне щось середнє між повною госпіталізацією та амбулаторним лікуванням, і для них у деяких суспільствах існують денні центри або денні стаціонари, в яких пацієнти на ніч ідуть додому (Clay, 1996; Goldberg, 1995). Ці центри надають пацієнтам заняття на день, терапію та програми з покращення соціальних навичок. У денних центрах люди після шизофренії часто одужують швидше, ніж ті, хто проходить повну госпіталізацію чи традиційне амбулаторне лікування (Takano et al., 1995).

***Денний центр*** *— програма, яка пропонує лікування, подібне до такого ж у лікарні, але тільки вдень. Також називається денний стаціонар.*

**Проміжні будинки.** Проміжні будинки — це будинки для людей, які не потребують госпіталізації, але які не можуть жити ні одні, ні в сім'ї. Такі, зазвичай великі, будинки, розташовані там, де житло коштує недорого, дають притулок одній-двох чоловікам. Персонал, який там проживає, як правило, напівпрофесіонали — люди, які не мають спеціальної освіти, проходять тренінг психічного здоров'я і постійну супервізію від фахівців із психічного здоров'я із зовнішнього світу. Ці будинки зазвичай дотримуються філософії терапії середовищем, яка наголошує на взаємній підтримці, особистої відповідальності та самоврядуванні.

***Проміжний будинок*** *- будинок для людей з шизофренією або іншими тяжкими порушеннями, які ще не можуть жити одні чи сім'ї; Персоналами часто є напівпрофесіонали.*

***Напівпрофесіонал*** — *людина, яка не проходила професійне навчання, працює під супервізією фахівця з психічного здоров'я.*

Дослідження показують, що проміжні будинки допомагають багатьом людям впоратися з шизофренією, пристосуватися до життя і уникнути повторної госпіталізації (Simpson, Hyde & Faragher, 1989; Caton, 1982). Ось як одна жінка описує життя у проміжному будинку після десяти госпіталізацій за дванадцять років.

*Проміжний будинок змінив моє життя. Перш за все, я виявила, що деякі службовці персоналу були колись клієнтами цієї програми! Лише цей факт дав мені надію.*

*Вперше я побачила доказ того, що програма може комусь допомогти, що можливо знову набути влади над своїм життям і стати незалежним. У будинку панувала демократія; у всіх, хто живе в ньому, було рівне право голосу, і персонал, числом від 5 до 22 осіб, не міг встановлювати правила і навіть виводити клієнта з програми без бажання більшості.*

*Існував свій білль про права, якого все суворо дотримувався і. Ми допомагали один одному та надавали підтримку. Коли хтось із нас перебував у кризі, персонал не позбавлявся його і не збільшував дозування медикаментів, щоб утихомирити його. Він міг кричати, його заспокоювали і тримали, поки не було рішення або поки він не розумів, що немає нічого поганого в тому, що почуваєшся погано ... Вибір був справжнім, і приймалися і невдачі, і успіх (Lovejoy, 1982, р 605-609).*

**Професійний тренінг.** Постійна робота дає людям можливість допомагати собі, почуватися незалежними, поважати себе та вчитися працювати з іншими. Вона також забезпечує дружнє спілкування та вносить порядок у повсякденне життя людини. З цих причин професійний тренінг та працевлаштування є важливими послугами для людей із шизофренією (Bell, Lysaker & Milstein, 1996).

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** Дослідження показують, що 70% людей із тяжкими психологічними порушеннями відносять роботу до надзвичайно важливих для себе речей (MRI, 1988). |

У Сполучених Штатах професійний тренінг не завжди доступний людям із тяжкими психологічними порушеннями (Drake et al., 1996). Деякі дослідження знаходять, що лише 25% таких людей працевлаштовані, менше 10% працюють поза спеціальними майстернями (MRI, 1998; Mulkern & Manderscheid, 1989).

***Недостатність суспільної терапії***

Зрозуміло, що ефективні громадські програми можуть допомогти людям із шизофренією оговтатися від хвороби. Проте менше половини людей, які страждають на шизофренію, мають доступ до відповідних служб психічного здоров'я. Насправді, щорічно майже 40% людей із цим захворюванням не вдається отримати взагалі якесь лікування (Torrey, 1997; Regier et al., 1993). Основними причинами цього є два фактори: погана координація служб та нестача служб.

**Погана координація служб.** Найчастіше різні служби психічного здоров'я у суспільстві пов'язані друг з одним ( Leshner et al., 1992). Наприклад, терапевт у громадському центрі психічного здоров'я може не знати про відкриття неподалік проміжного будинку. До того ж у межах однієї установи пацієнту не завжди вдається контактувати з тими самими співробітниками. Ще одна проблема полягає в поганій комунікації між державними лікарнями та громадськими центрами психічного здоров'я (Torrey, 1997; Leshner et al., 1992). Іноді громадські служби навіть не інформуються про витяг пацієнта з лікарні.

|  |
| --- |
| ***Повернення на роботу.*** Спеціальні майстерні, як ця в нью-йоркському Фонтанному домі, надає робочий тренінг та незалежність у роботі та навчанні, дає самоповагу та соціальні навички. |

У зв'язку з цим не дивно, що дедалі більше громадських терапевтів стають кейс-менеджерами людей із шизофренией (Wolff et al., 1997). Як соціальні терапевти, описані вище, вони пропонують терапію та пораду, вчать вирішувати проблеми та виробляють соціальні навички та засвідчуються в тому, що медикаменти приймаються правильно. Крім того, вони допомагають зв'язуватися з доступними громадськими службами, служать гідами клієнтів у громадській системі і, що, можливо, найголовніше, допомагають клієнту захищати свої права. Зараз багато фахівців вважають, що ефективна робота кейс-менеджерів є ключем до успіху суспільної програми (Dozier, 1996).

***Кейс-менеджер*** *— громадський терапевт, який пропонує весь спектр послуг людям із шизофренією або іншими тяжкими захворюваннями, включаючи терапію, поради, медикаменти, керівництво та захист прав.*

**Нестача служб.** Кількість громадських програм, доступних людям з шизофренією, дуже невелика.

Приблизно 800 громадських центрів психічного здоров'я, які зараз у Сполучених Штатах, є лише однією третиною від запланованого на початку 1960-х років числа. Проміжних будинків та спеціальних майстерень теж не вистачає.

Викликає занепокоєння і те, що існуючі громадські центри психічного здоров'я часто не можуть забезпечити належні послуги людям із тяжкими захворюваннями. Вони мають тенденцію спрямовувати свої зусилля і гроші на людей, які страждають на менш важкі розлади, як, наприклад, тривожний розлад або труднощі в соціальній адаптації. Лише невелика частка пацієнтів, які отримують допомогу громадських центрів психічного здоров'я, страждають від шизофренії (Torrey, 1997, 1988; Rosenstein et al., 1990. 1989).

Чому ж настільки не вистачає служб для людей із шизофренією? По-перше, виявляється, що більшість фахівців із душевного здоров'я просто воліють працювати з людьми, чиї проблеми менш важкі і більш короткочасні (Lee et al., 1993; Harding et al., 1992). По-друге, люди часто протестують проти існування поруч із ними подібних громадських програм (Leshner et al., 1992). Але можливо, що основною причиною нестачі громадської допомоги є економічні причини. З одного боку, тепер людям із психологічними розладами приділяється більша, порівняно з минулим, частина громадських фондів (Torrey, 1997, 1988; Redick et al., 1992). З іншого боку, досить незначна частина цих нових надходжень сягає суспільних лікувальних програм для людей з тяжкими захворюваннями. Більшість їх йде на щомісячні платежі, такі як соціальне забезпечення з інвалідності, обслуговування людей із психічними розладами в інтернатах і лікарнях загального типу, соціальні послуги людей із порушеннями меншої тяжкості (Torrey, 1997, 1988; Stein, 1993). На сьогодні фінансове забезпечення громадського лікування для людей з довготривалими тяжкими захворюваннями часто лягає в основному на органи місцевого самоврядування та місцеві організації, а не на федеральний уряд чи уряд штатів, а місцевим ресурсам не під силу впоратися з цією проблемою.

**Наслідки неадекватності громадської терапії.** Що відбувається з людьми, які страждають на шизофренію, яким суспільство не надає необхідні послуги та сім'ї яких не мають можливості отримати особисту терапію? Як ми бачили, велика кількість їх не одержують ніякого лікування взагалі; багато інших проводять деякий час у державних лікарнях і виписуються звідти передчасно, часто без подальшого лікування (Torrey, 1997; Torrey et al., 1988).

|  |
| --- |
| «Деінституціалізація не працює. Ми просто змінили місця. Замість того, щоб перебувати у лікарні, люди перебувають у в'язниці. Безладдя у всій системі, і про психічно хвору людину думають в останню чергу». - Тюремний чиновник, Огайо, 1992 |

Багато людей з шизофренією повертаються у свої сім'ї, отримують медикаменти і, можливо, емоційну та фінансову підтримку, але мало чого іншого в терапевтичному відношенні. Від 5 до 15% вступають в альтернативні установи, такі як інтернати або санаторії для одужаючих, де вони отримують лише піклування в умовах обмеження волі та медикаменти (Torrey, 1997; Smyler, 1989). Близько 35% розміщується в готелях, що надають однокімнатні номери, в пансіонах або мебльованих кімнатах, зазвичай, у занедбаній старій частині міста. Вони живуть на державну допомогу з інвалідності (Barker et al., 1992), і багато хто проводить всі свої дні, блукаючи сусідніми вуличками. Ось чому іноді кажуть, що люди з шизофренією «викинуті» у суспільстві, як колись вони були складовані в установах.

Нарешті, велика кількість людей із шизофренією стали бездомними (Adams et al., 1996; Susnick & Belcher, 1995). У Сполучених Штатах від 350 000 до 1 мільйона бездомних людей, і приблизно третина з них, безсумнівно, страждають на важкі психічні захворювання, зазвичай шизофренію (Torrey, 1997; Manderscheid & Rosenstein, 1992). Багато таких людей було виписано з лікарень. Інші є молодими людьми, які взагалі не були госпіталізовані. Деяким із них пощастило, і вони знайшли ліжка у громадських притулках. Інші 150 000 людей із тяжкими психічними розладами опинилися у в'язницях, оскільки захворювання призвело їх до порушення закону (Torrey, 1997; DeAngelis, 1994). Зрозуміло, що деінституціоналізація та громадський рух за психічне здоров'я не виправдали очікувань цих людей, і багато хто з них говорив, що насправді відчували полегшення, коли у них виникала можливість повернутися до життя в лікарні (Drake & Wallach, 1992).

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** Окружна в'язниця Лос-Анджелеса, де 3300 з 21 тисячі ув'язнених щодня потребують служб психічного здоров'я, зараз фактично є найбільшим психіатричним закладом у Сполучених Штатах (Torrey, 1997; Grinfeld, 1993). |

**Сцени із сучасного життя**

*Завершуючи цикл*

За останні три десятиліття пацієнти з шизофренією перебралися з психіатричних лікарень, де отримували погане лікування, до суспільства, де багато хто взагалі не отримує жодного лікування. Е. Фуллер Торрей (Fuller Torrey), один із основних захисників таких людей у клінічній галузі, описує найвищу іронію в цьому трагічному стані справ.

*Три чверті століття... відділення Манхеттенської державної лікарні [обслуговувало] пацієнтів із тяжкими психічними захворюваннями. Потім, оскільки звільнялося все більше ліжок, у 1970-х роках будівля стала непотрібною, і вона була передана місту Нью-Йорку, яке відкрило його знову в 1981 році як громадський притулок (Притулок Плакальниці) для бездомних людей.*

*У 1990 році Притулок Плакальниці давав дах 800 бездомним. Принаймні 40% їх були психічно хворі, і багато раніше були пацієнтами Манхеттенської державної лікарні. Один чоловік, який страждає на шизофренію, жив у Притулку Плакальниці протягом семи років і стільки ж часу він був там раніше, коли притулок був лікарнею... [Різниця в тому, що] Притулок Плакальниці просто притулок, і не може надавати психіатричну допомогу, якої потребують багато його мешканців. Притулок Плакальниці не єдиний у своєму роді... Для багатьох бездомних це схоже на повернення додому (Torrey 1997, р. 23-24).*

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Як можуть пацієнти реагувати на те, що вони повернулися в те саме місце, де утримувалися роками раніше, за зовсім інших обставин? Чи міг бути Притулок Плакальниці, де працюють кваліфіковані та гумані Добровольці Америки, краще в терапевтичному відношенні, ніж стара державна лікарня? |

***Перспективи суспільної терапії***

Незважаючи на ці дуже серйозні труднощі, правильна громадська допомога показала свій потенціал для людей, які відновлюються після шизофренії, так що і клініцисти, і багато урядовців продовжують наполягати на розширенні громадських служб. Останніми роками федеральний уряд створив спеціальні комісії, завданням яких стало відшукання найефективніших способів задоволення потреб людей з тяжкими порушеннями федеральним урядом, штатами та місцевими організаціями (Leshner et al., 1992).

Іншим важливим кроком було створення груп національного впливу, спрямованих на покращення суспільної терапії (Torrey, 1997; Rosensten et al, 1989). Одна з них, Національний Альянс для душевнохворих, розпочала свою діяльність у 1979 році і складалася тоді з 300 осіб. Тепер у її лавах 160 тисяч осіб у 1100 відділеннях (NAMI, 1997). Маючи у своєму складі переважно членів сімей людей з тяжкими психічними розладами (особливо з шизофренією, біполярними розладами та великим депресивним розладом), ця група стала значною силою впливу на законодавчі органи штатів і чинила тиск на громадські центри психічного здоров'я, щоб вони надавали лікування більшому числу людей із шизофренією та іншими психотичними розладами (табл. 12.3).

На сьогоднішній день у країнах усього світу громадська терапія є основною частиною лікування людей, що відновлюються після шизофренії (Dencker & Dencker, 1995; Fog, 1995). Деякі країни, взявши до відома помилки деінституціалізації у Сполучених Штатах, створили краще організовані та успішніші громадські програми (Perris, 1988). І в Сполучених Штатах, і за кордоном різноманітна та координована громадська терапія є важливою частиною вирішення проблеми шизофренії.

**Таблиця 12.3. Список психотичних розладів**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Розлад | Ключові риси | Тривалість | Ймовірність виникнення протягом життя |
| Шизофренія | Різні психотичні симптоми, такі як марення, галюцинації, дезорганізована мова, емоційна тупість або емоційне сплощення та кататонія | 6 місяців або більше | 1% |
| Короткочасний психотичний розлад | Різні психотичні симптоми, такі як марення, галюцинації, дезорганізована мова, емоційна тупість або емоційне сплощення та кататонія | менше 1 місяця | Невідомо |
| Шизофреноформний розлад | Різні психотичні симптоми, такі як марення, галюцинації, дезорганізована мова, емоційна тупість або емоційне сплощення та кататонія | від 1 до 5 місяців | 0,2% |
| Шизоафективний розлад | Характеризується симптомами, властивими шизофренії та розладам настрою | 6 місяців або більше | Невідомо |
| Маячний розлад | Стійка маячня, яка не є химерною і не має відношення до шизофренії. Поширеною є маячня переслідування, ревнощів, величі та соматична маячня | 1 місяць чи більше | 0,1% |
| Індукований психотичний розлад | Людина переймає марення, яку дотримується інша людина, наприклад, хтось із батьків чи брат (сестра). Також відоме як folie a deux. | Немає мінімальної тривалості | Невідомо |
| Психотичний розлад через загальний фізичний стан | Галюцинації або марення, спричинені соматичною хворобою або пошкодженням мозку | Немає мінімальної тривалості | Невідомо |
| Психотичний розлад, спричинений наркотичними речовинами | Галюцинації або марення, спричинені препаратами, наприклад, при зловживанні ліками | Немає мінімальної тривалості | Невідомо |

**Резюме**

Багато років усі спроби лікування шизофренії приносили лише розчарування. Це захворювання все ще важко піддається лікуванню, але сьогодні терапевти досягають більших успіхів, ніж у минулому.

Лікування в умовах стаціонару. Більш ніж половину ХХ століття основне лікування шизофренії полягало в госпіталізації та піклуванні в умовах обмеження волі. У 1950-х роках було розроблено два нові підходи до лікування в лікарнях: терапія середовищем та програма жетонної системи. Вони часто призводили до поліпшення стану хворих, особливо допомагали пацієнтам піклуватися про себе та підвищували самооцінку.

Антипсихотичні препарати. Відкриття антипсихотичних препаратів у 1950-х роках здійснило революцію в терапії шизофренії. Сьогодні вони практично завжди є частиною лікування. Вчені вважають, що ці препарати принаймні традиційні засоби діють шляхом зниження надмірної активності допаміну в мозку. Проте традиційні антипсихотичні препарати можуть викликати драматичні побічні ефекти, зокрема, рухові порушення. Один із побічних ефектів, тардива дискінезія, може розвиватися після того, як люди тривалий час приймали препарат. Нещодавно були розроблені атипові антипсихотичні препарати, які виявилися ефективнішими, ніж традиційні засоби, і які рідше викликають побічні ефекти.

Психотерапія. Зараз психотерапія часто успішно використовується у поєднанні з антипсихотичними препаратами. Найбільш дієвими її формами є інсайт-орієнтована терапія, сімейна терапія та соціотерапія.

Суспільний підхід. p align="justify"> Громадський підхід до лікування шизофренії був розроблений, коли політика деінституціалізації призвела до масового результату сотень тисяч пацієнтів з державних установ в суспільство. Серед ключових елементів ефективних програм громадської допомоги є: координація послуг, що надаються пацієнтам громадським центром психічного здоров'я, короткочасна госпіталізація, денні центри, проміжні будинки та професійний тренінг. Проте якість і фінансування громадської допомоги людям з шизофренією є недостатніми по всіх Сполучених Штатах, часто приводячи до синдрому дверей, що «обертаються». Одним із результатів є те, що багато людей із шизофренією стали бездомними або потрапили до в'язниці.

**Підбиваючи підсумки.**

Шизофренія, одне з найдивніших і найстрашніших захворювань, інтенсивно вивчалася протягом усього XX століття. Однак лише з моменту відкриття антипсихотичних препаратів клініцисти змогли пролити світло на причини його виникнення.

Як і у більшості інших психологічних розладів, вчені тепер вважають, що шизофренія будь-якої форми, можливо, є результатом поєднання факторів. У той же час дослідники були значно успішнішими у визначенні її біологічних причин, ніж у виявленні психологічних та соціокультурних факторів.

У той час як фахівці в галузі біології виділили специфічні гени, порушення біохімії мозку та його структури і навіть вірусні інфекції, психологічні та соціокультурні дослідження змогли вказати лише на основні фактори, такі як конфлікт у сім'ї та вплив діагностичного тавра. Зрозуміло, що дослідники повинні визначити психологічні та соціокультурні фактори чіткіше, якщо ми хочемо повністю розібратися в цьому захворюванні.

Картина терапії шизофренії також покращилася останніми роками. Після багатьох років розчарування та невдач клініцисти мають тепер арсенал засобів проти цього захворювання — медикаменти, програми лікування в умовах стаціонару, психотерапія та громадські програми. Було ясно, що антипсихотичні препарати при шизофренії відкривають шлях до одужання, але в більшості випадків потрібні інші види терапії, що підтримують протягом всього процесу відновлення. Потрібно використовувати поєднання різних підходів, щоб краще задовольняти особливі потреби кожної людини окремо.

Ця галузь досліджень та практики нагадала клініцистам про важливий урок: не має значення, наскільки вивчено біологічну основу, суворо біологічний підхід до психологічних захворювань найчастіше помилковий. В основному завдяки базі біологічних перспектив сотні тисяч пацієнтів з шизофренією та іншими важкими психічними розладами були випущені в суспільство в 1960-х роках. На психологічні та соціокультурні потреби цих людей увага практично не зверталася, і багато з них і досі б'ються у лещатах своєї патології. Клініцисти мають пам'ятати цей урок, особливо в нинішній обстановці, коли уряд та органи охорони здоров'я найчастіше рекомендують використовувати медикаменти як єдиний засіб лікування психологічних проблем.

Коли Крепелін на стику століть вперше описав шизофренію, він зазначив, що якісь поліпшення у стані спостерігалися лише у 13% його пацієнтів. Сьогодні, навіть за нестачі суспільної терапії, поліпшення стану хворих на шизофренію спостерігаються набагато частіше (Eaton et al., 1992; Ram et al., 1992). Очевидно, що клінічна сфера досягла помітного прогресу з часів Крепеліна, але ще рано зупинятися. Неприйнятно те, що більшість людей із цим захворюванням відчувають незначне (або взагалі не відчувають) ефективне громадське втручання, яке було розроблене, ще гірше за те, що десятки тисяч залишилися без даху над головою. Тепер на фахівцях у клінічній сфері та на громадських чиновниках лежить обов'язок задовольняти потреби всіх людей із шизофренією.

**Ключові терміни**

Шизофренія

Псигосп

Теорія «низхідного дрейфу»

Позитивний симптом

Маячня

Формальний розлад мислення

Мовна сплутаність

Неологізм

Персеверація

Рифмування

Галюцинація

Емоційна неадекватність

Негативний симптом

Алогія

Бідність мови

Емоційна тупість

Емоційне ущільнення

Абулія

Соціальна ізоляція

Психомоторний симптом

Кататонія

Продромальна фаза

Активна фаза

Резидуальна фаза

Функціонування у преморбіді

Дезорганізована шизофренія

Кататонічна шизофренія

Параноїдна шизофренія

Недиференційований тип шизофренії

Резидуальний тип шизофренії

Тип I шизофренії

Тип II шизофренії

Схильність до стресу

Конкордатні близнюки

Генетичний зв'язок

Молекулярна біологія

Допамінова гіпотеза

Антипсихотичні препарати

Фенотіазини

Антигістамін

Хвороба Паркінсона

L-dopa

Амфетаміновий психоз

Рецептор D-2

Атиповий антипсихотичний препарат

Розширені шлуночки мозку

Пестівірус

Регресія

Первинний нарцисизм

Шизофреногенна мати

Навчання методом проб та помилок

Рівень висловлюваних емоцій

Госпіталізація

Державна лікарня

Задні палати

Терапія середовищем

Програма жетонної системи

Хлорпромазин

Нейролептичний препарат

Екстрапірамідний синдром (ефект)

Симптоми паркінсонізму

Злоякісний нейролептичний синдром

Тардівна дискінезія

Клозапін

Рисперидон

Агранулоцитоз

Психологічні відомості

Соціотерапія

Суспільний підхід

Деінституалізація

Громадський центр психічного здоров'я

Психічно хворий на алкоголік (наркоман) (MICA)

Відновлювальна терапія

Денний центр

Проміжний будинок

Напівпрофесіонал

Спеціальна майстерня

Кейс-менеджер

Групи національного впливу

**Контрольні питання**

1. Що таке шизофренія та яка її поширеність? Як вона пов'язана з соціоекономічним класом, статтю та расою?

2. Перерахуйте позитивні, негативні та психомоторні симптоми шизофренії.

3. Які види марення, галюцинацій та формальних розладів мислення найчастіше зустрічаються при шизофренії?

4. Які п'ять типів шизофренії виділяє DSM-IV? У чому полягають різницю між Типом I і Типом II шизофренії?

5. Опишіть генетичну, біохімічну, вірусну теорію формування шизофренії, а також теорію, засновану на вивченні структур мозку. Обговоріть, як вони підкріплюються дослідженнями.

6. Перерахуйте ключові риси психодинамічної, біхевіористської, когнітивної теорій формування шизофренії, а також ключові риси теорії соціального тавра та сімейної системної теорії.

7. Розкажіть про лікування людей із шизофренією в умовах стаціонару в міру розвитку психіатрії у XX столітті. Наскільки ефективними є терапія середовищем та програми жетонної системи?

8. Як впливають на мозок антипсихотичні препарати, і наскільки вони ефективні в лікуванні шизофренії? Які побічні ефекти дають ці препарати?

9. Які методи психотерапії допомагають людям із шизофренією?

10. Що таке деінституалізація? Які риси суспільної терапії видаються критичними для допомоги людям із шизофренією?

11. У чому і чому для людей із шизофренією недостатній суспільний підхід до психічного здоров'я?

**Розділ 13. Розлади пам'яті та інших когнітивних функцій.**

*У суботу Браян катався на вітрильному човні разом зі своєю дружиною Хелен. Море було неспокійним, але не вселяло особливих побоювань. Вони чудово проводили час і не помітили, як небо потемніло, вітер посилився, а човном стало важче керувати. За кілька годин плавання вони опинилися далеко від берега, захоплені сильним штормом.*

*Шторм стрімко наростав. Брайану стало важко керувати човном через різкі пориви вітру і люті хвилі. Вони з Хелен спробували вдягнути на себе рятувальні жилети, не спромогвшись зробити це раніше, але перш ніж вони впоралися з цим завданням, човен перекинувся. Браян, який плавав краще, ніж Хелен, зумів підпливти до човна, що перекинувся, і вхопитися за борт, тримаючись за нього з останніх сил; Хелен не змогла впоратися з бурхливими хвилями і дістатися човна. Брайан, з жахом, не вірячи своїм очам, спостерігав, як його дружина зникає з поля зору.*

*Через деякий час шторм почав стихати. Браян зумів повернути човен у нормальне становище і доплисти на ньому до берега. Нарешті він був у безпеці, але він ще мав пережити наслідки цього шторму. Наступні дні були сповнені страждань і нових жахів: виявлення тіла Хелен береговою охороною... бесіди з владою... сповіщення батьків Хелен про те, що сталося... розмови з друзями... самозвинувачення... скорбота... і так далі. У середу, через п'ять днів після тих фатальних подій, Браян зібрався з духом і був присутнім на похороні Хелен. Це був найдовший і найважчий день у його житті. Більшу частину часу йому здавалося, що він перебуває у трансі.*

*Наступного ранку незабаром після пробудження Брайан виявив, що з ним відбувається щось страшне і дивне. Незважаючи на всі свої старання, він не зміг пригадати події останніх кількох днів. Він пам'ятав шторм та смерть Хелен. Але все інше, включаючи похорон, виявилося забутим. Спочатку він навіть вирішив, що тепер неділя і що на нього ще чекають розмови з сім'єю, друзями та похорон. Але газети, список запрошених на похорон та телефонну розмову з братом незабаром переконали його, що останні чотири дні життя випали з його пам'яті.*

Взаємодіючи зі світом, ми зазвичай зберігаємо відчуття цілісності, усвідомлюємо себе чимось більшим, ніж набір ізольованих сенсорних сприйняттів, почуттів та вчинків. Кожному з нас властива ідентичність, відчуття того, хто я такий — ні на кого не схожа людина зі своїми уподобаннями, здібностями, характеристиками та потребами. Ті, хто оточує нас, дізнаються і чекають від нас цілком певних дій. Але важливіше те, що ми пізнаємо себе і маємо власні очікування, цінності та цілі. Ми усвідомлюємо, яке місце займаємо у своєму оточенні.

Ключем до цього відчуття цілісності та ідентичності є пам'ять. Пам'ять пов'язує між собою наше минуле, сьогодення та майбутнє. Наші спогади про минулий досвід, хоч і не завжди абсолютно точні, допомагають нам реагувати на поточні події та приймати рішення щодо майбутнього. Ми дізнаємося про своїх друзів і родичів, вчителів та роботодавців і поводимося з ними відповідним чином. Якби не було пам'яті, нам би щоразу доводилося починати все спочатку; завдяки їй життя рухається вперед.

***Пам'ять*** — *здатність пригадувати минулі події та раніше набуті знання.*

Іноді люди страждають на серйозні порушення пам'яті. Їм може виявитися не під силу пригадати інформацію, яку вони щойно дізналися, або стару інформацію, яка була відома колись. Коли, як це сталося у випадку з Браяном, подібні зміни не викликані явною фізіологічною причиною, їх, як правило, називають дисоціативними. Коли фізіологічні причини очевидні, розлад пам'яті називають органічним. Деякі порушення пам'яті включають як дисоціативні, так і органічні елементи.

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** Відповідно до історії, розказаної Сократом, єгипетського бога Таммуза винахід алфавіту жахнув. Таммуз передбачив, що алфавіт зробить людей забудькуватими, оскільки вони почнуть більше покладатися на написані слова, ніж на свою пам'ять (Noll & Turkington, 1994). |

**Дисоціативні розлади.**

Люди з дисоціативними розладами страждають від серйозних порушень пам'яті, не обумовлених якоюсь явною фізіологічною причиною. Як правило, одна частина пам'яті дисоціюється або відокремлюється від іншої. Відомо кілька різних видів дисоціативних розладів. Основним симптомом дисоціативної амнезії є нездатність пригадати важливі події чи інформацію, пов'язані з особистим життям. Людина з дисоціативною фугою не тільки забуває минуле, але може вирушити у незнайоме місце та уявити себе новою особистістю. У людей, які страждають на органічний дисоціативний розлад особистості, присутні дві або більше різних особистості, які не завжди можуть пригадати думки, почуття та вчинки один одного.

***Органічне дисоціативне розлад особистості*** *— розлад, що характеризується серйозними порушеннями пам'яті, яке обумовлено явними фізичними причинами.*

Дисоціативним розладам присвячено кілька яскравих книг та кінофільмів. Два найбільш відомих твори цього роду (книги, за якими були поставлені і фільми): «Три особи Єви» (The Three Faces of Eve) і «Сибіл» (Sybil), кожен з яких розповідає про жінку, яка страждає на розщеплення особистості. Ця тема є настільки захоплюючою, що більшість телесеріалів включає щороку щонайменше один випадок дисоціації, в результаті чого складається враження, що ці розлади широко поширені. Однак багато клініцистів вважають, що вони зустрічаються дуже рідко.

|  |
| --- |
| ***Чи не зарано?*** Кожна майбутня мати, яка бере участь у цій пренатальній програмі, розмовляє з плодом, щоб встановити з дитиною ранні стосунки. Проте дослідження пам'яті свідчать, що діти не пам'ятають цих ранніх втручань; люди не можуть свідомо відновити у пам'яті події, що відбувалися до певного моменту першого або другого року їхнього життя (Bauer, 1996; Mandler & McDonough, 1995). |

Крім того, DSM-IV відносить до дисоціативних розладів деперсоналізацію - стійке відчуття відокремленості від власних розумових процесів або власного тіла. Людям із цим розладом здається, що вони спостерігають себе збоку. Оскільки проблеми з пам'яттю не є основною особливістю цього розладу, тут ми його не обговорюватимемо.

**Дисоціативна амнезія.**

Люди з дисоциативной амнезією неспроможні пригадати важливу інформацію, зазвичай неприємного характеру, що стосується їх життя (АРА, 1994) Втрата пам'яті вони набагато більша, ніж у разі звичайної забудькуватості, і викликана органічними чинниками (див. Діагностичну таблицю DSM- IV в додаток). Дуже часто епізод амнезії слідує безпосередньо за якоюсь конкретною неприємною подією (Classen, Koopman & Spiegel, 1993).

***Дисоціативна амнезія*** *- органічний розлад, що характеризується нездатністю пригадати важливі події та інформацію, пов'язані з особистим життям.*

Дисоціативні амнезії можуть бути локалізованими, селективними, генералізованими та безперервними. Будь-який із цих видів амнезії може бути викликаний якоюсь травматичною подією подібною до того, що сталося з Браяном, але для кожного характерна власна модель забування. Браян страждав від локалізованої амнезії, найбільш поширеного типу дисоціативної амнезії. У цьому випадку людина забуває лише події, що відбулися протягом обмеженого періоду часу, який майже завжди починається з якогось дуже неприємного епізоду. Прокинувшись наступного дня після похорону, Браян не зміг пригадати жодну з подій останніх болісних днів, що почалися з трагедії на морі. Він пам'ятав усе, що сталося до цієї драми. Він міг також згадати все, що відбувалося вранці після похорону, але проміжок у кілька днів начисто випав з його пам'яті. Забутий період називають амнестичним епізодом. Під час амнестичного епізоду люди іноді поводяться невпевнено і можуть навіть почати безцільно блукати. Вони вже мають проблеми з пам'яттю, але, мабуть, погано усвідомлюють їх. Наприклад, у день похорону Хелен Брайану здавалося, що він перебуває в трансі.

***Локалізована амнезія*** *— нездатність пригадати жодну з подій, що відбулися протягом якогось обмеженого періоду часу.*

Люди з селективною амнезією, другою за поширеністю формою дисоціативної амнезії, пам'ятають деякі, але не всі події, що відбувалися протягом якогось періоду часу. Якби у Брайана була така амнезія, то він міг би згадати, наприклад, як він повідомляє трагічні новини батькам дружини та свої розмови з друзями, але при цьому забути самі похорони.

***Селективна амнезія*** *— нездатність пригадати деякі з подій, які сталися протягом якогось обмеженого часу.*

У деяких випадках забування поширюється більш ранні події, охоплюючи певний період до травматичного події. Браян міг би прокинутися після похорону і виявити, що він не тільки забув події останніх кількох днів, але й не може згадати інші події зі свого минулого життя. У цьому випадку він страждав би від генералізованої амнезії. У крайніх її проявах людина може навіть виявитися нездатною згадати, хто вона така, або дізнатися про своїх родичів і друзів.

***Генералізована амнезія*** *— втрата пам'яті на події, що відбулися протягом якогось обмеженого періоду часу, а також на окремі події, що мали місце до цього періоду.*

У випадках дисоціативної амнезії, описаних вище, період, зазначений амнезією, має свою межу. Проте за безперервної амнезії забування переноситься нині. Браян міг би почати забувати нові, поточні події, крім того, що трапилося до трагедії і під час неї. У випадках дисоціативної амнезії подібне безперервне забування зустрічається дуже рідко, але, як ми побачимо далі, воно не є такою рідкістю при органічній амнезії.

***Безперервна амнезія*** *— нездатність пригадати події, що знову відбуваються, а також окремі минулі події.*

Всі ці форми дисоціативної амнезії схожі на тому, що амнезія ускладнює людині пригадування подій, що стосуються його особистого життя. Пам'ять на інформацію абстрактного чи універсального характеру зазвичай зберігається. Люди з дисоціативною амнезією не гірші, ніж решта, пам'ятають ім'я чинного президента США і те, як потрібно писати, читати чи керувати автомобілем.

Клініцисти не знають, наскільки широко поширена дисоціативна амнезія, але їм відомо, що багато її випадків починаються, мабуть, у той момент, коли виникає серйозна загроза здоров'ю та безпеці людини, наприклад під час війни та стихійних лих (Karon & Widener, 1997) АРА, 1994; Kihlstorm et al., 1993). Учасники битв часто повідомляють про провали пам'яті тривалістю від кількох годин до кількох днів, а деякі забувають особисту інформацію, наприклад, своє ім'я або адресу (Bremner et al., 1993). Останнім часом також повідомлялося про випадки дисоціативної амнезії, пов'язані з сексуальним насильством над дитиною. Крім того, дисоціативна амнезія може мати місце і за більш звичайних обставин. До неї може призвести раптова втрата коханого, викликана розривом відносин з ним або його смертю (Spiegel, 1994; Loewenstein, 1991), а також почуття провини, пов'язане з вчинками, які людина вважає аморальними (такими як позашлюбний зв'язок).

Наслідки дисоціативної амнезії залежить від того, що саме забувається. Зрозуміло, амнестичний епізод тривалістю в два роки є більш серйозною проблемою, ніж епізод тривалістю в дві години. Аналогічним чином, амнестичний епізод, під час якого в житті людини відбуваються важливі зміни, викликає більші ускладнення, ніж епізод, не відзначений бурхливими подіями.

|  |
| --- |
| ***Бойова психічна травма.*** Солдати іноді реагують на бойові дії дисоціативною амнезією. Вони можуть забути якісь страхіття, особистісну інформацію або навіть те, хто вони такі. |

**Дисоціативна фуга.**

Люди з дисоціативною фугою не лише забувають, хто вони такі, та подробиці свого минулого, а й тікають у якесь зовсім незнайоме місце (див. Контрольний перелік DSM-IV). Вони навіть уявити себе новою особистістю (АРА, 1994). Деякі люди їдуть лише на незначну відстань від будинку, їхня нова особистість не відрізняється завершеністю, кількість їхніх соціальних контактів обмежена (АРА, 1994). Приступ триває недовго – кілька годин чи днів – і закінчується раптово.

***Дисоціативна фуга*** - *дисоціативний розлад, при якому людина вирушає в незнайоме місце і може уявити себе новою особистістю, одночасно забуваючи своє минуле.*

Однак в інших випадках люди можуть їхати далеко від дому, брати нове ім'я, зав'язувати стосунки і навіть намагатися зайнятися новою діяльністю. Вони можуть з'являтися особистісні характеристики, які раніше їм були властиві, — часто стають товариськими (АРА, 1994). Відомо, що деякі люди здійснювали подорожі до зарубіжних країн, їдучи на тисячі миль від дому. Цей вид фуги виявився у священика на ім'я Ансел Бурн.

*17 січня 1887 року священик Ансел Бурн із Гріна, штат Род-Айленд, зняв 551 долар зі свого рахунку в банку в Провіденсі, які він мав сплатити за ділянку землі в Грін, сплатив кілька рахунків і сів у кінний екіпаж, що прямував до Потакету. Це була остання подія, яку він пам'ятає. Цього дня він не повернувся додому, і про нього нічого не чули протягом двох місяців. У газетах помістили оголошення про його розшук, але поліції, яка підозрювала, що скоєно якийсь злочин, не вдалося визначити його місцезнаходження. Проте вранці 14 березня в Норрістауні, штат Пенсільванія, людина, яка називала себе А. І. Брауном, який шість тижнів раніше взяв в оренду невеликий магазин, заповнив його канцелярським приладдям, кондитерськими виробами, фруктами, дрібними товарами і вів весь цей час скромну торгівлю, не даючи привід оточуючим помітити щось незвичайне, прокинувся з переляку, покликав сусідів по дому та попросив їх сказати йому, де він перебуває. Він повідомив, що його звуть Ансел Бурн, що йому нічого невідомо про Норрістаун, що він нічого не розуміє в торгівлі і останнє, що він пам'ятає, - йому здавалося, це було тільки вчора, - це те, як він брав гроші в банку в Провіденсе... Він був дуже слабкий, мабуть, втративши у вазі понад 20 фунтів за час своєї ескапади, і прийшов у такий жах від думки про кондитерську крамницю, що відмовився там більше з'являтися (James, 1890, р. 391-393 ).*

Дисоціативна фуга відбувається приблизно у 0,2% населення. Подібно до дисоціативної амнезії, фуга зазвичай слідує за сильним стресом, наприклад, таким, як військові дії або стихійне лихо, хоча її може викликати і особистісний стрес - фінансові або юридичні труднощі або депресивний епізод (АРА, 1994; Kihlstrom et al., 1993). Можливо, деякі підлітки тікають із будинку, перебуваючи у стані фуги (Loewenstein, 1991). Подібно до випадків дисоціативної амнезії, фуги зазвичай впливають лише на спогади про власне минуле, а не на універсальні або абстрактні знання (Kihlstrom et al., 1993).

Як правило, фуги закінчуються раптово. У деяких випадках, як це було зі священиком Бурном, людина «прокидається» у невідомому місці, оточена незнайомими особами, і не може зрозуміти, як він тут опинився. В інших випадках відсутність біографічних даних може спричинити підозру оточуючих. Якийсь дорожній інцидент чи юридична проблема часом дозволяють поліції виявити, що людина видає себе за іншого, або допомогти людям знайти свого зниклого друга (Kihlstrom et al., 1993). При виявленні людей з цим розладом може виявитися необхідним поставити їм безліч питань про подробиці їхнього колишнього життя, неодноразово нагадувати їм, хто вони такі, і навіть піддати їх психотерапії після відновлення пам'яті. Коли вони згадують своє минуле, деякі забувають події, що мали місце під час фуги (АРА, 1994).

|  |
| --- |
| ***Втрата та набуття.*** У 1980 році службовець національного парку у Флориді виявив у неглибокій ямі роздягнуту та голодну жінку. Оскільки її особистість не вдалося встановити, жінку госпіталізували як «Джейн Доу». Через п'ять місяців Айрін Томічек (праворуч) впізнала її у передачі «Доброго ранку, Америка» як свою 34-річну дочку Черіл Енн, яка зникла сім років тому. Завдяки лікуванню та возз'єднанню з родиною фуга Черіл Енн почала проходити. |

Пам'ять більшості людей з дисоціативною фугою відновлюється повністю або майже повністю, і вони не мають рецидивів. Оскільки фуги зазвичай короткочасні і мають цілком оборотний характер, вони, зазвичай, не дають серйозних наслідків (Keller & Shaywitz, 1986). Однак людям, які були відсутні вдома протягом кількох місяців або років, часто буває важко пристосуватися до сімейних, соціальних або професійних змін, які відбулися за час їх поневірянь. До того ж, деякі люди, перебуваючи у стані фуги, чинять протиправні чи насильницькі дії і змушені потім за них відповідати.

**Розлад множинної особистості (дисоціативний розлад особистості).**

Дисоціативний розлад особистості (розщеплення, роздвоєння) - розлад, що вражає своєю незвичністю і призводить до тяжких наслідків, як ми можемо це бачити у випадку з Еріком.

*29-річний Ерік, який перебував у напівнесвідомому стані і страждав від наслідків побиття, був виявлений 9 лютого бродячим по одному з торгових центрів міста Дейтон-Біч... розмовляти з лікарями двома голосами: дитячим голосом «маленького Еріка», дурнувату і залякану дитину, і розміреним голосом «дорослого Еріка», який розповів історію про різні жахіття та насильство, вчинене над ним у дитинстві. Згідно з «подорослілим Еріком», після того як померли його батьки, які емігрували з Німеччини, жорстокий вітчим і його коханка відвезли Еріка з рідної Південної Кароліни в затишне місце серед боліт Флориди, де ховалися торговці наркотиками. Ерік сказав, що він був зґвалтований кількома членами зграї і бачив, як його вітчим убив двох людей.*

*Якось наприкінці березня схвильований консультант центру став свідком того, як обличчя Еріка спотворилося у страшній гримасі. Ерік видав жахливий рик і почав вигукувати одну непристойність за іншою. «Це було схоже на кадри з фільму «Вигнаний диявола» (The Exorcist), — каже Малком Грем, психолог, який курирував цей випадок. — Це був найбурхливіший прояв почуттів, який я коли-небудь спостерігав у пацієнта». Виявлення нової особистості, яка зухвало зажадала, щоб її називали Марком, стало першою ознакою того, що Грем має справу з рідкісним та серйозним емоційним розладом: дисоціативним розладом особистості.*

*У наступні тижні заявили про себе та інші маніфестації Еріка: Дуайт, тихий чоловік середнього віку; сліпий і німий істерик Джеффрі; Майкл, гордовитий жокей; кокетлива Тіан, яку Ерік вважав повією; і той, хто любить посперечатися Філіп, адвокат. «Філліп постійно питав про права Еріка, — каже Грем. — Він був трохи набридливий. Правду кажучи, Філіп став для мене справжнім покаранням».*

*На подив Грема, Ерік поступово виявив у собі 27 різних особистостей, включаючи трьох жінок... Їх вік коливався в дуже широких межах: від ембріона до огидного старого, який намагався переконати Еріка вирушити найманцем на Гаїті. Під час одного терапевтичного сеансу, повідомляє Грем, Ерік за годину встиг перейти з однієї особи на іншу 9 разів. «Мені здавалося, я втрачаю контроль за перебігом сеансу, — каже психолог, який має 11-річний досвід клінічної практики. — Деякі особи не бажали зі мною розмовляти, а інші були виключно проникливі, чудово розбираючись не лише в поведінці Еріка, а й у моїй власній» (Time, October 25, 1982, p. 70).*

У людини, яка страждає на розлад множинної особистості (розщеплення особистості), формуються дві різні особистості або більше, часто звані субособами (або альтернативними особистостями), кожна з яких має унікальний набір характеристик пам'яті, поведінки, мислення та емоцій (див. Контрольний перелік DSM-IV ). У той чи інший момент часу одна з субосіб починає грати чільну роль, спрямовуючи всі інтеракції людини. Зазвичай одна з них, яка веде особистість (primary personality), або господар (host), виявляє себе частіше, ніж інші.

***Розлад множинної особистості*** - *дисоціативний розлад, при якому у людини формуються дві різні особистості або більше. Інша назва - дисоціативний розлад особистості.*

***Субличності*** *- різні особистості, які виявляються в осіб, які страждають на дисоціативний розлад особистості. Інша назва – альтернативні особистості.*

Перехід від однієї субособистості до іншої, часто званий перемиканням (switching), зазвичай відбувається раптово (АРА, 1994; Dell & Eisenhower, 1990). Наприклад, у Еріка при зміні однієї особи іншою спотворилося обличчя, він загарчав і почав вигукувати непристойності. Перемикання зазвичай буває спровоковане якоюсь стресовою подією (АРА, 1994), хоча клініцисти можуть викликати цю зміну і за допомогою гіпнотичного навіювання (Smith, 1993; Brende & Rinsley, 1981).

Більшість клініцистів вважають, що дисоціативний розлад особистості — явище вкрай рідкісне, хоча останні дані дозволяють припустити, що воно, можливо, більш поширене, ніж колись вважалося (АРА, 1994; Kluft, 1991). Більшість випадків діагностується у пізньому підлітковому віці чи ранньої молодості, але симптоми зазвичай починають виявлятися у ранньому дитинстві після епізодів насильства, зазвичай, до 5-річного віку (Ross et al., Sachs, 1986). Дослідження показують, що 97% пацієнтів з цим розладом могли зазнавати фізичного, часто сексуального насильства в ранні роки свого життя (Ross et al., 1991, 1990, 1989; Dell & Eisenhower, 1990). Жінкам ставлять цей діагноз щонайменше втричі частіше, ніж чоловікам (АРА, 1994).

**Крупним планом**

*Пригнічені спогади дитинства чи синдром помилкової пам'яті?*

Останніми роками увагу громадськості привернули повідомлення, що стосувалися пригнічених спогадів про насильство, якого люди зазнавали у дитинстві. Дорослі з цим типом дисоціативної амнезії, мабуть, згадують поховані у пам'яті випадки сексуального чи фізичного насильства, які у їхні дитячі роки. Наприклад, жінка може заявити, що вона неодноразово зазнавала сексуальних домагань з боку свого батька, коли їй було 5-7 років. Або молодик може згадати, що друг їхньої сім'ї кілька разів приставав до нього із сексуальними намірами, коли він був зовсім маленьким. Часто пригнічені спогади виявляють себе під час терапії, спрямованої на усунення якоїсь іншої проблеми, наприклад розлади апетиту або депресії (Gudjonsson, 1997).

|  |
| --- |
| ***Ранні спогади.*** Дослідження показують, що на нашу пам'ять про події раннього дитинства можуть впливати спогади членів сім'ї, наші сновидіння, сюжети теле- та кінофільмів та наші уявлення про себе. |

З цього питання існують протилежні точки зору (Brandon et al, 1998; Schooler, 1996, 1994). Дехто вважає, що відновлені спогади є саме тим, за що їх хочуть видати, — тяжкі спогади про насильство, поховані протягом багатьох років у свідомості людини. Інші вважають, що ці спогади насправді ілюзії — хибні образи, створені спантеличеними людьми. Зараз навіть існує організація під назвою Фонд синдрому хибних спогадів (False Memory Syndrome Foundation), яка допомагає людям, які стверджують, що їх хибно звинувачують у насильстві.

Клініцисти також дотримуються протилежних думок з цього питання (Pope & Brown, 1996; Toglia, 1996). Ті, хто вірить у пригнічені спогади про насильство над дитиною, вказують, що у США щонайменше 200-300 тисяч дітей щороку стають жертвами сексуального насильства. Цей жахливий досвід може створювати передумови для дисоціативної амнезії. Деякі дослідження фактично показують, що від 18 до 59% жертв сексуального насильства мають труднощі з пригадуванням принаймні деяких деталей травматичних подій (Coons et al., 1997; Horn, 1993).

Інші клініцисти відкидають можливість пригнічених спогадів. Вони зауважують, що подробиці сексуального насильства в дитячі роки зазвичай згадуються дуже добре і не згладжуються з пам'яті повністю (Loftus, 1997, 1993; АРА, 1996). Вони також вказують, що пам'ять загалом навряд чи можна вважати надійною. Навіть пригадуючи такі трагічні події, як вибух космічного човника «Челленджер», люди давали неточні описи того, де вони були під час цієї події або хто повідомив про нього. Якщо пам'ять загалом настільки ущербна, зрозуміло, можуть виникнути питання щодо надійності відновлених спогадів.

Якщо пожвавлення спогадів дитинства не те, чим його хочуть уявити, тоді що за ним стоїть? Згідно з противниками цієї концепції, воно може бути чим іншим, як наслідком навіювання (Loftus, 1997). Ці теоретики вважають, що клінічна та громадська увага, що приділяється даному предмету, призводить до того, що деякі терапевти ставлять діагноз, не підкріплений достатньою кількістю доказів (Frankel, 1993). Подібні терапевти можуть активно шукати вказівки на раннє сексуальне насильство у повідомленнях деяких пацієнтів. Вони навіть спонукати своїх пацієнтів виявляти пригнічені спогади (Ganaway, 1989). З'ясовується, що деякі з цих терапевтів використовують спеціальні прийоми відновлення пам'яті, що включають гіпноз, регресію в ході терапії, ведення щоденника, тлумачення сновидінь і органічних симптомів (Lindsay, 1996, 1994; Lindsay & Read, 1994). Можливо, що пацієнти йдуть у них на поводі і неусвідомлено формують хибні спогади про насильство. Ці спогади можуть потім стати добре знайомими пацієнтові, в результаті неодноразових терапевтичних обговорень нібито мали місце інцидентів (Loftus, 1997; Belli et al., 1992). Коротше кажучи, відновлені спогади можуть бути ятрогенними — ненавмисно викликаними терапевтом.

Звісно, пригнічені спогади про сексуальне насильство у дитинстві виникають у клінічній обстановці. Багато людей заявляють про них із власної ініціативи. Противники концепції пригнічених спогадів пояснюють ці випадки великою кількістю популярних книг, статей і телепередач, що недвозначно підтримують можливість пожвавлення пригнічених спогадів (Loftus, 1993). Декілька книг навіть інструктують читачів щодо діагностики пригнічених спогадів про сексуальне насильство. Найчастіше вони вказують на симптоми, які досить поширеними, а зовсім не клінічними (Tavris, 1993). Читачі, які виявили у себе кілька таких симптомів, можуть почати шукати пригнічені спогади.

Важливо зрозуміти, що суперечки навколо пригнічених спогадів дитинства в жодному разі не пов'язані *з* проблемою сексуального насильства над дітьми (АРА, 1996; Pope & Brown, 1996). І захисники, і противники цієї теорії однаково стурбовані тим, що громадськість може розцінити ці суперечки як сумніви клініцистів у масштабі проблеми. Яким би не був результат суперечок навколо пригнічених спогадів, проблема сексуального насильства над дітьми є, на жаль, надто реальною та надто поширеною.

***Суспільності***

Характер відносин між субособами або їх взаємного впізнавання варіюється від одного випадку до іншого. Проте, зазвичай, розрізняють три виду відносин. При взаємно амнестичних (mutually amnestic) відносинах субособи нічого не знають один про одного (Ellenberger, 1970). Навпаки, у разі взаємної поінформованості (mutually cognizant pattern) кожна субособистість має чітке уявлення про інших. Вони можуть чути голоси один одного і навіть розмовляти між собою. Деякі перебувають у добрих відносинах, тоді як інші терпіти не можуть один одного. При односторонньо амнестичних (oneway amnestic) відносинах, найпоширенішому випадку, деякі субособи поінформовані про існування інших, але ця поінформованість не є взаємною. При односторонньо амнестичних відносинах обізнана особистість, яка називається со-усвідомлюючою (coconscious) особистістю, є «незворушним спостерігачем», який стежить за діями та думками інших субособистостей, але не вступає з ними в контакт. Іноді, незважаючи на присутність іншої субособистості, суб-освідомість, що усвідомлює, нагадує про себе за допомогою таких непрямих засобів, як слухові галюцинації (можливо, подає команди голос) або «автоматичний лист» (активна в даний момент особистість може раптом почати писати якісь слова - Процес, який вона не контролює).

Дослідники раніше вважали, що з розщепленні особистості людини зазвичай виявляють себе дві чи три субособи. Проте сучасні дослідження показують, що середня кількість субособистостей набагато вища: 15 для жінок та 8 для чоловіків (АРА, 1994; Ross et al., 1989). Понад те, відомі випадки, у яких спостерігалися 100 чи більше субособностей (АРА, 1994). Часто субособистості з'являються групами, які з 2-3 людина.

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Жінкам діагноз розщеплення особи ставлять трохи частіше, ніж чоловікам. Які можуть бути причини такої різниці між статями? |

У випадку «Єви Уайт», що стала відомою завдяки книзі «Три особи Єви» та однойменному кінофільму, в одній жінці вживалися три особи: Єва Уайт, Єва Блек і Джейн (Thigpen & Cleckley, 1957). Єва Уайт, провідна особистість, була тихою і серйозною, Єва Блек — безтурботною та пустотливою, а Джейн відрізнялася витриманістю та розумом. Згідно з книгою, ці три субособи зрештою злилися в Евелін, стійку особистість, яка дійсно об'єднувала в собі три інші.

Однак книга була неточною; на цьому розщеплення Єви не скінчилося. В автобіографії, написаній через 20 років, вона зізналася, що всього за її життя виявили себе 22 субособи, включаючи дев'ять, що з'явилися після Евелін. Зазвичай вони з'являлися групами по 3 особи, і, очевидно, тому автори книги «Три особи Єви» нічого не знали про її попередні чи наступні субособи. Тепер вона вилікувалась від своєї хвороби, у неї сформувалася одна, стійка особистість, і протягом понад 20 років вона відома як Кріс Сайзмор (Sizemore & Huber, 1988).

Подібно до того, як це мало місце у випадку Кріс Сайзмор, субособистості часто разюче відрізняються один від одного за своїми особистісними якостями. Крім того, вони можуть мати власні імена і відрізнятися за своїми життєвими характеристиками (vital statistics), здібностями, перевагами і навіть фізіологічними реакціями (Alpher, 1992; Dell & Eisenhower, 1990).

**Життєві характеристики.** Субличності можуть відрізнятися за такими базовими показниками, як вік, стать, расова приналежність і сімейне минуле, як це було відомо з Сібіл Дорсетт (Dorsett). Розщеплення особистості Сібіл було описано в художній формі (у романі «Сібіл»), але і терапевт, і пацієнтка стверджують, що в книзі все відповідає дійсності (Borch-Jacobsen, 1997; Schreiber, 1973). Сибіл виявила у собі 17 субособистостей, кожна з яких мала різні ідентифікаційні характеристики. Серед них були дорослі, підліток і мала на ім'я Руті; двоє були чоловіками, яких звали Майк та Сід. Кожна з субособистостей Сібіл мала власне уявлення про себе та інші субособистості. Наприклад, субособистість на ім'я Вікі вважала себе привабливою білявкою, тоді як інша, Пеггі Лу, описана як дурненька з плескатим носом. Мері була повною і темноволосою, а Ванесса відрізнялася високим ростом, рудим волоссям і стрункою фігурою. Оливкова шкіра та карі очі Майка контрастували зі світлою шкірою та блакитними очима Сіда.

|  |
| --- |
| ***Божевільність на екрані.*** Один із найвідоміших кінематографічних персонажів, які страждали на розщеплення особистості, Норман Бейтс (фільм «Психоз») з жахом виявляє, що його мати (фактично його субособа) зарізала в душі жінку. |

**Здібності та переваги.** Хоча при дисоциативной амнезії чи фузі пам'ять інформацію абстрактного чи універсального характеру зазвичай не страждає, при розщепленні особистості вона може <...> у собі такі особистості (Frick, 1995; Merskey, 1995, 1992).

***Ятрогенний розлад*** *- розлад, ненавмисно викликаний лікарем.*

Ці аргументи, мабуть, підтверджують той факт, що багато випадків уперше привертають до себе увагу в той момент, коли пацієнт уже проходить лікування з приводу якоїсь менш серйозної проблеми (Allison, 1978). Але не завжди: багато людей звертаються за допомогою тільки після того, як помічають, що їхнє життя відзначене провалами в часі, або після того, як родичі та друзі спостерігали за появою субособистостей (Schacter, 1989; Putnam, 1988, 1985).

Число людей, яким ставлять діагноз дисоціативний розлад особистості, зростає. Хоча цей розлад, як і раніше, є рідкістю, тільки в США та Канаді було виявлено тисячі випадків (Merskey, 1995; Ross et al., 1989). Його поширення можна пояснити принаймні двома чинниками. По-перше, дедалі більше клініцистів тепер вважають, що це розлад справді існує, у результаті вони прагнуть його діагностувати ( French, 1987). Другим чинником можливо збільшення точності діагностичних процедур. Більшу частину XX століття одним із найулюбленіших діагнозів у клінічній області була шизофренія (Rosenbaum, 1980). Він ставився (часто неправильно) у разі всіляких незвичайних та загадкових видів патології, до яких могло входити і дисоціативний розлад особистості. Тепер, за наявності жорсткіших критеріїв останніх редакцій DSM, діагности виявляють обережність під час використання терміна «шизофренія», унаслідок чого діагностується більше випадків дисоціативного розлади особистості (Spiegel, 1994; French, 1987). Крім того, останнім часом було розроблено кілька діагностичних тестів, які допомагають виявити дисоціативний розлад особистості (Steinberg & Hall, 1997; Mann, 1995).

|  |
| --- |
| ***Єва згодом.*** Кріс Сайзмор, героїня книги «Три обличчя Єви» та однойменного фільму, тепер відомий письменник, художник та лектор з питань психічного здоров'я. На її численних портретах відображені різні субособи, яких вона виявила. |

**Крупним планом**

*Винен чи не винен?*

У 1979 році Кеннет Б'янкі (Kenneth Bianchi), один з двох чоловіків, відомих як «душителі з пагорбів», був звинувачений у зґвалтуванні та вбивстві кількох жінок у районі Лос-Анджелеса. Б'янки відкидав висунуті йому звинувачення, а під час гіпнотичного сеансу виявила себе ще одна особа на ім'я Стів. Стів заявив, що це він, а не Кеннет, вчинив злочини.

Б'янки вимагав визнати його невинним на підставі неосудності, але суд не взяв до уваги твердження вбивці, що він страждає на дисоціативний розлад особистості. Друга особа, як зазначив державний обвинувач, з'явилася лише під час гіпнозу, після того як Б'янки сказали, що ця процедура може виявити ще одну частину його істоти. Б'янка було визнано винним у злочинах.

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Яким був би справедливий судовий вердикт, якби розлад Б'янки був визнаний істинним? Чи не можуть широко розголошуватися в ЗМІ розгляди, подібні до цього, впливати на інших людей, вселяючи в них віру в те, що вони страждають на розщеплення особистості? Більше чверті всіх людей, звинувачених у вбивстві, заявляють, що не пам'ятають про свої злочини (Noll & Turkington, 1994). Чому вбивця може страждати на амнезію? |

**Резюме**

Пам'ять відіграє ключову роль у нашому функціонуванні, пов'язуючи минуле, сьогодення та майбутнє.

Дисоціативні розлади. Люди з дисоціативними розладами страждають від серйозних порушень пам'яті, не спричинених явними фізичними причинами. Як правило, одна частина пам'яті дисоціюється, чи відокремлюється, від іншої. Люди з дисоціативною амнезією раптово виявляються неспроможні пригадати важливу особистісну інформацію чи якісь події, що сталися з ними у минулому. Люди з дисоціативною фугою не тільки забувають, хто вони такі, а тікають у якесь незнайоме місце і можуть уявити себе новою особистістю.

Дисоціативний розлад множини. У цьому варіанті дисоціативного розлади, «розщепленні особистості», люди виявляють у собі дві чи більше різних субособи. Субличності часто перебувають у складних відносинах один з одним і зазвичай розрізняються за своїми життєвими характеристиками, здібностями, перевагами і навіть за фізіологічними реакціями. Останніми роками зростає кількість людей, яким ставлять цей діагноз.

**Можливі причини дисоціативних розладів.**

Висунуто безліч теорій, покликаних пояснити дисоціативні розлади. Більш ранні пояснення, наприклад теорії, що спираються на психодинамічні та поведінкові моделі, не привернули великої уваги дослідників. Однак більш сучасні теорії, які поєднують у собі когнітивні, поведінкові та біологічні принципи, а також вказують на такі фактори, як навчання, залежне від стану та аутогіпноз, викликають у вчених-клініцистів все більший інтерес (Doan & Bryson, 1994).

**Психодинамічний підхід.**

Теоретики психодинамічного спрямування вважають, що причиною дисоціативних розладів є надмірне витіснення (придушення) (repression), найпоширеніший захисний механізм: люди намагаються позбутися тривоги, несвідомо перешкоджаючи тому, щоб болючі спогади, думки чи імпульси проникали до тями. Кожен з нас певною мірою використовує цей захисний механізм, але люди з дисоціативними розладами, як вважається, пригнічують свої спогади надмірною мірою (Terr, 1988).

З психодинамічної точки зору, дисоціативна амнезія та фуга – це поодинокі епізоди інтенсивного витіснення. У тому й іншому випадку людина несвідомо блокує спогади про якусь вкрай неприємну подію, щоб уникнути болісної зустрічі з нею (Noll & Turkington, 1994; Putnam, 1985). Витіснення може бути єдиним захистом людини від сильної тривоги.

Навпаки, дисоціативний розлад особистості, як вважається, відбиває надмірне витіснення, що триває протягом усього життя (Reis, 1993). Прихильники психодинамічної теорії вважають, що безперервне використання витіснення буває викликано якимись травматичними подіями дитинства, особливо насильством із боку батьків. Діти, які отримують подібні травми, можуть відчувати страх перед небезпечним світом, в якому вони живуть, і тікати з нього, щоразу одягаючи на себе маску іншої людини, яка дивиться на цей світ з безпечної відстані. Діти, що зазнають насильства, можуть також побоюватися імпульсів, які, як вони вважають, є причинами їх жорстоких покарань. Вони можуть спробувати бути постійно «хорошими» і «слухняними» і подавлятимуть імпульси, які вважають «поганими» та «небезпечними». Щоразу, коли «погані» думки чи імпульси даються взнаки, дітям здається, що вони повинні виганяти і заперечувати їх, і вони несвідомо приписують усі неприпустимі думки, імпульси та емоції іншим особам.

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** У книзі «Психопатологія повсякденного життя» Фрейд припустив, що всім людям властиво забувати те, що їм неприємно, і що в деяких людей ця здатність розвинена більшою мірою, ніж в інших. Він стверджував, що забування минулих подій ніяк не може бути випадковим чи довільним. Переживання дитинства надто яскраві та сильні, щоб просто випасти з пам'яті. |

Більшість доказів психодинамічної теорії спирається на історії хвороби, у яких повідомляється про таке варварське поводження з дітьми, як побиття, нанесення ножових ран, заподіяння опіків недопалками цигарок, замикання в комору, згвалтування і грубі словесні образи. Однак біографічні дані деяких людей з дисоціативним розладом особистості, мабуть, не містять нічого незвичайного (Bliss, 1980). Більше того, насильство над дітьми є набагато поширенішим явищем, ніж розщеплення особистості. Чому ж тоді цим розладом страждає лише мала частина дітей, які зазнавали насильства?

**Поведінковий підхід.**

Біхевіористи вважають, що дисоціація є реакцією, вироблену за допомогою оперантного обумовлення. Люди, які переживають якусь жахливу подію, можуть згодом відчувати тимчасове полегшення, коли їхні думки переносяться на інші предмети. У деяких це короткочасне забування, що веде до зняття тривоги, підвищує ймовірність майбутнього забування. Одним словом, у них цей акт забування отримує підкріплення, і вони не усвідомлюючи самого процесу навчання, навчаються тому, що подібні дії допомагають їм уникнути тривоги. Тим самим, подібно до психодинамічних теоретиків, біхевіористи розглядають дисоціацію як уникну поведінку (ескапізм). Але біхевіористи вважають, що відсутності усвідомлення людьми те, що вони використовують дисоціацію як втечі від дійсності, сприяє процес підкріплення, а чи не несвідомі механізми захисту.

Як і прихильники психодинамічного спрямування, біхевіористи при аргументації свого погляду на дисоціативні розлади здебільшого покладаються на історію хвороби. Подібні описи дійсно часто підтверджують цю точку зору, але вони однаково узгоджуються з іншими видами пояснень. Наприклад, випадок, який, на перший погляд, свідчить про підкріплення забування, можна зазвичай інтерпретувати як приклад несвідомого витіснення.

Крім того, поведінкова теорія не здатна пояснити те, яким чином тимчасова втеча від болісних спогадів переростає в комплексний розлад або чому у більшості людей не виявляються симптоми дисоціативних розладів. Дві інші теорії, які наголошують на навченні, залежному від стану, і аутогіпноз, намагаються вирішити деякі питання, що залишаються без відповіді в психодинамічних і поведінкових поясненнях.

|  |
| --- |
| «Пам'ять не можна порівнювати із читанням книги; швидше, її можна уподібнити написання книги, створюваної з фрагментарних нотаток». - Джон Ф. Кілстрем (Kihlstorm, 1994) |

**Малюнок 13.1. Навчання, залежне від стану.** У дослідженні Бауера (Bower, 1981) випробувані, які запам'ятовували групу слів, перебуваючи у радісному стані, викликаному гіпнотичним навіюванням, при наступному тестуванні нагадували слова краще, якщо вони були у радісному настрої, ніж у тому випадку, коли сумували. Навпаки, випробувані, які запам'ятовували слова, перебуваючи в сумному настрої, нагадували їх краще в тому випадку, якщо вони були сумні, ніж тоді, коли вони відчували радість.

**Навчання, залежне від стану.**

Якщо люди навчаються чогось, перебуваючи у певній ситуації чи емоційному стані, вони часто нагадують вивчене найкраще, коли знову опиняються у тих самих умовах. Якщо вони виконують якесь навчальне завдання, перебуваючи, наприклад, у стані алкогольного сп'яніння, то наступне пригадування може бути успішнішим, якщо вони знову будуть під впливом алкоголю (Overton, 1966). Аналогічно, якщо вони курять сигарети під час процесу навчання, то можуть згодом краще пригадати матеріал, якщо закурять знову.

Зв'язок між станом і нагадуванням називають навчанням, залежним від стану. Дослідники помітили, що одним із станів, які мають найбільший вплив, є настрій (рис. 13.1). Матеріал, вивчений у радісному настрої, нагадується найкраще, коли випробуваний знову відчуває радість, а вивчене у сумному настрої нагадується найкраще, коли людина сумує (Eich, 1995; Bower, 1981).

***Навчання, залежне від стану*** *— навчання, яке пов'язане з умовами, за яких воно відбувалося, внаслідок чого вивчене найкраще нагадується за тих самих умов.*

Що є причиною навчання, залежного стану? Згідно з одним із пояснень, важливою складовою пам'яті є рівень збудження. Тобто певний рівень збудження перебуває у зв'язку з деякою сукупністю подій, думок і навичок, що згадуються. Коли ситуація продукує цей цілком певний рівень збудження, людина швидше згадає пов'язану з нею інформацію.

Хоча в одних станах люди можуть запам'ятовувати певні події краще, ніж в інших, більшість здатна нагадувати події, відчуваючи найрізноманітніший ступінь збудження. Однак у людей, схильних до дисоціативних розладів, зв'язки між станом та пам'яттю можуть бути вкрай жорсткими. Їхні думки, пам'ять та навички часом виявляються пов'язані тільки з якимись конкретними станами збудження. Вони можуть виявитися здатними пригадати минулі події лише тоді, коли зазнають стану збудження, майже ідентичного тому, в якому вони запам'ятали ці події. Наприклад, коли такі люди перебувають у спокійному стані, можуть не згадати те, що відбувалося під час неприємних подій, але це, тим самим, створює передумови для дисоціативної амнезії чи фуги. Так само, у разі розщеплення особистості різні рівні збудження можуть продукувати абсолютно різні блоки спогадів, думок і здібностей, тобто давати життя різним субособам (Putnam, 1992).

**Аутогіпноз.**

Як ми вже знаємо з глави 1, люди, які піддаються гіпнозу, занурюються в стан, що нагадує сон, в якому вони стають дуже навіюваними. Перебуваючи у цьому стані, вони здатні діяти, сприймати те, що відбувається, і мислити таким чином, що у звичайних умовах здається неможливим. Наприклад, вони можуть на якийсь час засліпнути, оглухнути або стати нечутливими до болю (Fromm & Nash, 1992). Гіпноз може також допомогти людям згадати події, які відбулися і були забуті багато років тому — прийом, який використовують багато психотерапевтів. І навпаки, гіпноз може змусити людей забути якісь факти та події або навіть дані, що стосуються їхньої особистості — ефект, який називають гіпнотичною амнезією (Alien, Law & Laravuso, 1996; Spanos & Соє, 1992).

***Гіпнотична амнезія*** *- втрата пам'яті, спричинена гіпнотичним навіюванням.*

Більшість досліджень гіпнотичної амнезії використовують аналогічні процедури. Досліджуваних просять повторювати список слів або інший матеріал доти, доки вони не зможуть правильно його відтворити. Потім, коли випробувані перебувають у загіпнотизованому стані, їх змушують забути вивчений матеріал, що вони раптово згадують лише тоді, коли лунає сигнал відбою (наприклад, клацання пальцями). Ці дослідження щоразу показують, що під час гіпнотичної амнезії пам'ять виявляється ослабленою, але після того, як дається сигнал відбою, вона відновлюється (Сое, 1989).

Впадає у вічі схожість гіпнотичної амнезії і диссоциативных розладів ( Bliss, 1980). Так, в обох випадках люди забувають певний матеріал на якийсь період часу, проте пізніше нагадують його. До того ж, і в тому і в іншому випадку забування відрізняється тим, що люди не усвідомлюють, що вони щось забули. Зрештою, в обох ситуаціях особистісна та конкретна інформація забувається легше, ніж навички чи універсальні знання. Ці паралелі дозволили деяким теоретикам припустити, що дисоціативні розлади можуть бути однією з форм аутогіпнозу, при якому люди самі себе гіпнотизують, щоб забути про якісь неприємні події (Bliss, 1985, 1980; Hilgard, 1977). Наприклад, дисоціативна амнезія може зустрічатися у людей, які за допомогою аутогіпнозу змусили себе забути якісь жахливі події, які нещодавно сталися у їхньому житті. Якщо самоіндукована амнезія охоплює всі спогади людини про її минуле та її особистість, тоді ця людина може пережити дисоціативну Фугу.

***Аутогіпноз*** *- гіпнотизування самого себе, наприклад, щоб забути якісь неприємні події.*

Аутогіпноз можна пояснити і дисоціативний розлад особистості. На підставі низки досліджень деякі теоретики дійшли висновку, що дисоціативний розлад особистості часто починається у віці від 4 до 6 років, у період, коли діти, як правило, дуже навіювані і є прекрасним об'єктом для гіпнотичного впливу (Kluft, 1987; Bliss, 1985 ) , 1980). Ці теоретики припускають, що деяким дітям, які зазнають насильства або переживають інші жахливі події, вдається за допомогою аутогіпнозу врятуватися втечею з загрозливого їм світу, подумки відокремивши себе від свого тіла або реалізувавши бажання стати якоюсь іншою особистістю чи особистостями.

|  |
| --- |
| ***Сила гіпнозу.*** Ернест Хілгард за допомогою гіпнозу домагається того, що випробувані починають відчувати теплу воду дуже холодною або крижану воду – приємно теплою. Дослідження гіпнотичної амнезії переконали багатьох клініцистів, що дисоціативні розлади є одним із різновидів аутогіпнозу. |

**Крупним планом**

*Дивні особливості пам'яті*

Зазвичай, перш ніж проблеми з пам'яттю визнають розладами, вони повинні почати серйозно позначатися на нашому функціонуванні. Але особливості пам'яті відіграють помітну роль нашому повсякденному житті, і іноді можуть викликати тривогу. Дослідники пам'яті Річард Нолл і Керол Теркінгтон (Noll & Turkington, 1994) вказують на ряд особливостей, деякі з яких нам добре знайомі, деякі приносять нам користь, деякі загадкові, але жодну з яких не можна вважати аномальною.

Розсіяність. Ми часто не можемо зафіксувати інформацію, оскільки наші думки спрямовані інші предмети. При розсіяності ми зовсім не здатні зосередитися на інформації, що надходить, тому і не можемо її пригадати згодом.

«Вже бачене» ( deja vu). Майже у всіх нас часом виникає дивне відчуття, що ми знаємо місце, де опинилися вперше. Ми майже впевнені, що бували там раніше.

"Ніколи не бачене" (jamais vu). Іноді у нас виникає протилежне відчуття: ситуація чи місце, що є незмінною частиною нашого повсякденного життя, раптово починають здаватися нам незнайомими. "Я знав, що це мій автомобіль, але мені здалося, що я ніколи не бачив його раніше".

Феномен «крутиться на кінчику мови». Ми говоримо, що якесь слово чи факт крутяться на кінчику мови, коли нас пронизує «відчуття знайомства» з ними: ми не здатні їх пригадати, хоча нам відомо, що ми їх знаємо.

Ейдетичні образи. Деякі люди утримують настільки чіткий образ побачених предметів, що можуть описати якусь картину у всіх подробицях, після того як подивилися на неї лише раз. Цей образ може бути відображенням якогось зображення, події, фантазії чи сну.

Пам'ять під час наркозу. Деякі люди, які перебувають під наркозом, можуть сприймати значну частину того, що йдеться під час хірургічної операції, внаслідок чого почуте починає впливати на них після пробудження. В даному випадку у пацієнта зберігається здатність розуміти почуте під час наркозу, нехай навіть він не може згодом точно пригадати текст.

Музична пам'ять. Будучи ще дитиною, Моцарт міг запам'ятовувати та відтворювати музичну п'єсу, після того як чув її лише раз. Хоча нікому ще не вдалося зрівнятися з Моцартом, багато музикантів здатні подумки програвати цілий музичний твір, тому вони можуть «репетирувати» будь-де, навіть не маючи під рукою інструментів.

Зорова пам'ять. У більшості людей найкраще розвинена зорова пам'ять: вони можуть легко подумки представляти якісь місця, об'єкти, особи, сторінки книги. Вони майже ніколи не забувають обличчя людини, проте можуть легко забути його ім'я. В інших людей краще розвинена вербальна пам'ять: вони запам'ятовують звуки чи слова, і їм швидко приходять на згадку про каламбури або римовані рядки.

Пренатальна пам'ять (пам'ять про події до народження). Деякі американські шамани стверджують, що пам'ятають епізоди свого пренатального існування — здатність, яку, на їх погляд, втратили «звичайні» люди. Багато практикуючих буддистів заявляють, що пам'ятають свої минулі життя, а деякі — включаючи самого Будду — пам'ятають своє перше існування.

**Резюме**

Розуміння дисоціативних розладів поки що бажає кращого. Серед факторів, які називають їх можливими причинами, — надмірне витіснення, оперантне обумовлення, навчання, залежне від стану, і аутогіпноз. Останні два фактори починають викликати інтерес у вчених-клініцистів. Відповідно до теорії навчання, залежного від стану, думки, пам'ять і навички людей, які страждають на дисоціативні розлади, пов'язані тільки з тими станами збудження, які мали місце, коли вперше з'явилися ці думки або коли в пам'яті відклалася якась інформація. Згідно з теорією аутогіпнозу, люди з дисоціативними розладами самі себе гіпнотизують, щоб забути якісь жахливі події, що сталися в їхньому житті.

**Методи лікування дисоціативних розладів.**

Як ми вже бачили, випадки дисоціативної амнезії та фуги часто завершуються самі собою. Лише іноді вони затягуються та вимагають лікарського втручання (Lyon, 1985). Навпаки, випадки розщеплення особистості зазвичай вимагають лікування, якщо необхідно, щоб у людей, які страждають на цей розлад, відновилася пам'ять і щоб вони стали цілісною особистістю. Лікування дисоціативної амнезії та фуги, як правило, проходить успішніше, ніж лікування дисоціативного розладу особистості.

**Методи лікування дисоціативної амнезії та фуги.**

Основними методами лікування при дисоціативній амнезії та фузі є гіпнотерапія, психодинамічна та медикаментозна терапія. Терапевти психодинамічного спрямування пропонують пацієнтам з цими розладами вдаватися до вільних асоціацій і досліджувати своє несвідоме з метою повернення у свідомість забутих переживань (Loewenstein, 1991). Характер психодинамічної терапії, мабуть, особливо добре відповідає потребам людей із дисоціативними розладами. Адже пацієнтам необхідно відновити втрачені спогади, а психодинамічні терапевти, як правило, намагаються оживити спогади, а також інші психологічні процеси, які були витіснені. Тому багато теоретиків, включаючи, до речі, і тих, хто зазвичай не шанує психодинамічні підходи, вважають, що психодинамічна терапія може бути найбільш підходящим та ефективним методом лікування цих розладів.

Ще один поширений метод лікування дисоціативної амнезії та фуги - гіпносуггестивна терапія, або гіпнотерапія. Терапевти занурюють пацієнтів у стан трансу, а потім допомагають їм згадати забуті події (Spiegel, 1994; MacHovek, 1981). Якщо, як вважають деякі теоретики, дисоціативна амнезія та фуга пов'язані з аутогіпнозом, тоді гіпнотерапія може бути особливо ефективною при лікуванні цих розладів. Вона застосовується як ізольовано, і у поєднані із іншими підходами.

***Гіпносуггестивна терапія*** *- метод лікування, при якому людину вводять у стані гіпнозу, а потім допомагають їй згадати забуті події або виконати якісь інші терапевтичні дії. Інша назва - гіпнотерапія.*

Іноді, щоб допомогти пацієнтам з дисоціативною амнезією та фугою відновити втрачені спогади, використовуються внутрішньовенні ін'єкції барбітуратів, таких як амібарбітал (амітал) натрію (sodium amobarbital) або пентобарбітал (пентотал) натрію (sodium pentobarbital) (Ru. Ці ліки часто називають «сироваткою правди», але основою їхньої ефективної дії є здатність даних препаратів заспокоювати людей і знімати їх захисні механізми, тим самим допомагаючи їм згадати забуті події (Kluft, 1988; Perry & Jacobs, 1982). Однак і амітал натрію і пентотал натрію досить часто не роблять потрібної дії (Spiegel, 1994), а коли вони допомагають людям згадати минулі події, пацієнти можуть забувати багато з того, що вони говорили, перебуваючи під впливом ліків. З цих причин медикаментозну терапію, якщо вона все ж таки використовується, як правило, поєднують з іншими лікувальними підходами.

**Методи лікування дисоціативного розладу особистості.**

На відміну від людей з дисоціативною амнезією та фугою, ті, хто страждає на дисоціативний розлад (розщеплення) особистості, рідко одужують у відсутності лікування (Spiegel, 1994). Подібно до самого розладу, його лікування носить комплексний характер і пов'язане з труднощами. Терапевти зазвичай намагаються допомогти пацієнтам (1) повністю усвідомити свій розлад;

***Усвідомлення розладу***

Як тільки поставлено діагноз дисоціативного розладу особистості, терапевти, як правило, намагаються встановити зв'язок з провідною особистістю та з кожною субособистістю (Kluft, 1992). Загалом, такі зв'язки встановити непросто, враховуючи насильство, якому зазнавала людина у минулому, та її недовіра до оточуючих.

Пацієнти з розщепленням особистості, як правило, погано усвідомлюють тяжкість свого розладу. Думка, що в них уживається кілька особистостей, може здаватися їм настільки ж безглуздою, якою вона є оточуючим. Тому на першому етапі лікування може виявитися необхідним просвітити пацієнтів щодо їхнього розладу (Alien, 1993). Деякі терапевти навіть знайомлять субособистості один з одним під час гіпнозу (Ross & Gahan, 1988; Sakheim, Hess & Chivas, 1988).

Багато терапевтів також помітили, що освіті пацієнтів допомагає групова терапія. Знаходження серед людей, кожен з яких страждає на дисоціативний розлад особистості, допомагає людині позбутися почуття ізольованості (Buchele, 1993; Becker & Comstock, 1992). Програму лікування часто доповнюють сімейною терапією, щоб просвітити подружжя та дітей щодо розладу та зібрати корисну інформацію про пацієнтів (Porter, Kelly & Grame, 1993).

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Гіпноз часто використовується терапевтами для того, щоб допомогти оживити забуті спогади, приховані мотиви та потреби. Але гіпнотерапевти можуть застосовувати цю техніку навіювання і для того, щоб викликати у пацієнта якісь бажання чи емоції та змусити його вчинити якісь дії. Як гіпнотизери можуть визначити, коли вони розкривають якийсь завуальований стан свідомості пацієнта, а коли викликають його? |

***Відновлення пам'яті***

Щоб допомогти пацієнтам відновити втрачені фрагменти їх минулого, терапевти використовують підходи, що застосовуються при інших дисоціативних розладах, у тому числі психодинамічну терапію, гіпнотерапію та лікування амобарбіталом натрію (Smith, 1993; Kluft, 1991, 1983). У разі пацієнтів з дисоціативним розладом особистості дія цих прийомів має уповільнений характер, оскільки одні субособистості можуть заперечувати події, які нагадують інші (Lyon, 1992). Деякі пацієнти навіть стають агресивними та починають завдавати шкоди самим собі, коли їм намагаються допомогти згадати певні події (Kelly, 1993; Lamberti & Cummings, 1992).

***Об'єднання субособи***

Кінцева мета терапії - домогтися інтеграції різних субособ. Інтеграція є тривалим процесом, який протікає протягом усього курсу лікування, поки пацієнти не «визнають своїми» всі дії, емоції, відчуття та знання субособистостей. Остаточне поєднання двох або більше субособистостей називають злиттям. Багато пацієнтів не вірять у можливість здійснення цієї кінцевої мети лікування, і їх субособи можуть розглядати інтеграцію як різновид смерті (Spiegel, 1994; Kluft, 1991, 1988). Одна субособистість виразилася так: «Бути в множині дуже вигідно. Можливо, терапевти просто хочуть нас надути» (Hale, 1983). Терапевти використовують безліч підходів, щоб добитися об'єднання особистостей, включаючи психодинамічну, підтримуючу, когнітивну та медикаментозну терапії (Gildman, 1995; Fichtner et al., 1990).

***Злиття*** *- остаточне об'єднання двох або більше субособи при дисоціативному розладі особистості.*

Як тільки вдалося об'єднати субособистості, необхідна подальша терапія для фіксації цілісної особистості та прищеплення соціальних та трудових навичок, які можуть допомогти запобігти подальшим дисоціаціям (Fink, 1992). У звітах про проведене лікування деякі терапевти повідомляють про високий відсоток одужалих (Kluf, 1993, 1984; Wilbur, 1984), тоді як інші виявляють, що пацієнти продовжують чинити опір повній та остаточній інтеграції. Ряд терапевтів навіть сумнівається у необхідності повної інтеграції.

**Резюме**

Дисоціативна амнезія та фуга можуть завершитися самі собою або можуть вимагати лікарського втручання. Дисоціативний розлад (розщеплення) особистості, як правило, потребує лікування. Підходами, які зазвичай використовуються для того, щоб допомогти пацієнтам з дисоціативною амнезією та фугою відновити втрачені спогади, є: психодинамічна терапія, гіпнотерапія та лікування амобарбіталом натрію або пентобарбіталом натрію. Терапевти, які лікують людей з дисоціативним розладом особистості, використовують ті ж підходи і найчастіше намагаються допомогти пацієнтам усвідомити тяжкість та характер свого розладу, відновити прогалини у пам'яті та інтегрувати субособи в одну особистість.

**Органічні розлади пам'яті.**

Певні порушення пам'яті бувають викликані явними органічними причинами, до яких входять черепно-мозкові травми, органічні захворювання та неправильне застосування лікарських препаратів. Розрізняють два види органічних розладів пам'яті. Амнестичні розлади торкаються головним чином пам'яті, тоді як деменції впливають і на пам'ять, і на інші когнітивні функції. Перш ніж переходити до обговорення органічних розладів пам'яті, необхідно зрозуміти деякі з базових біологічних механізмів пам'яті.

**Біологія пам'яті**

Багато з того, що відомо про біологію пам'яті, отримано в ході досліджень на людях із пошкодженнями певних ділянок головного мозку. Важлива інформація була зібрана також за допомогою експериментів, у ході яких хірургічним чи хімічним шляхом ушкоджували головний мозок тварин, а потім спостерігали, як позначаться ці дії на згадці старої інформації та придбанні нових навичок. Крім того, дослідження в галузі молекулярної біології проливають світло на специфічні зміни, які можуть відбуватися у клітинах головного мозку під час формування пам'яті.

***Системи пам'яті***

Розрізняють дві системи людської пам'яті, які працюють спільно, допомагаючи нам вивчати нове та згадувати старе. Короткочасна або робоча пам'ять збирає нову інформацію. Довготривала пам'ять акумулює всю інформацію, яку ми зібрали за багато років і яка вперше проникла в нашу свідомість завдяки системі короткочасної пам'яті. Інформація, що зберігається в короткочасній пам'яті, має бути перетворена, або об'єднана, у довгострокову пам'ять, якщо ми збираємося її надалі використовувати. Це перетворення зазвичай відбувається як окремих кроків. Коли короткочасна інформація стає частиною довгострокової пам'яті, кажуть, що кодується. Пригадування інформації, що зберігається в довгостроковій пам'яті, включає відновлення (retrieval) - проникнення в свою довготривалу пам'ять, щоб знову використовувати її вміст в короткочасній, або робочій, пам'яті (NLMH, 1996).

***Короткочасна пам'ять*** *— це система пам'яті, яка збирає нову інформацію. Інша назва – робоча пам'ять.*

***Довготривала пам'ять*** *- система пам'яті, яка зберігає всю інформацію, зібрану людиною за багато років.*

Інформацію у довгостроковій пам'яті можна класифікувати або як процедурну або як декларативну. Процедурна пам'ять - це засвоєні нами прийоми, які ми виконуємо, не відчуваючи необхідності їх обмірковувати, такі як ходьба, різання ножицями або лист. Декларативна пам'ять складається з імен, дат та інших фактів, які ми засвоїли. Більшість органічних розладів пам'яті зачіпає декларативну пам'ять набагато більшою мірою, ніж процедурну.

***Процедурна пам'ять*** *- засвоєні прийоми, які людина виконує, не відчуваючи потреби їх обмірковувати.*

***Декларативна пам'ять*** *– засвоєна інформація, наприклад, імена, дати та інші факти.*

***Анатомія пам'яті***

Пам'ять важко локалізувати. Дослідники намагалися визначити місце, де зберігаються спогади, але дійшли висновку, що такого сховища немає. На даний момент вони розглядають пам'ять як процес, позбавлений локальної прив'язки, — як діяльність, яка пов'язана із змінами у клітинах всього головного мозку. У вихідній точці цього процесу пам'ять приводиться в дію та починає функціонувати. Іноді процес пригадування призводить до помилок пам'яті, але найчастіше він здійснюється дуже ефективно.

Очевидно, певні ділянки мозку грають особливо значної ролі в короткочасної і довгострокової пам'яті. Серед ділянок, найбільш важливих для функціонування короткочасної пам'яті, - передлобні частки (передні частини лобових часток), що примикають до лобової кістки (Goleman, 1995). Коли тварини чи люди засвоюють нову інформацію, активізуються нейрони у тому передлобних частках ( Haxby et al., 1996). Очевидно, ця активація дозволяє утримувати інформацію протягом якогось часу та продовжувати працювати з цією інформацією стільки, скільки потрібно.

***Передлобні частки*** *— ділянки мозку, які, серед інших функцій, грають ключову роль короткочасної пам'яті.*

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** До речовин, які можуть тимчасово погіршувати пам'ять, належать: алкоголь, заспокійливі та снодійні препарати, сполуки брому, антидепресанти, знеболювальні засоби, ліки від гіпертонії, інсулін, ліки від морської хвороби, антигістамінні та антипсихотичні препарати (Noll & Turkington, 1994). |

Серед ділянок мозку найбільш важливими для функціонування довготривалої пам'яті є скроневі частки, включаючи гіпокапмус (hippocampus) та мигдалеподібне тіло (amygdala), ключові структури, розташовані під скроневими частками, а також проміжний мозок, включаючи соскоподібні тіла (mammillary bodies), таламус (thalamy) та гіпоталамус (hypothalamus). Ці області, мабуть, сприяють перетворенню короткочасної пам'яті на довготривалу ( Searleman & Hermann, 1994). Випадки органічної втрати пам'яті часто пов'язані з пошкодженням однієї або кількох цих ділянок (Aggleton & Shaw, 1996).

|  |
| --- |
| ***Відсутні фрагменти.*** Ці автопортрети, написані німецьким художником Антоном Редершайдтом (Roderscheidt) після інсульту, що спричинив тимчасову атрофію його правої тім'яної частки, показують значущість пам'яті та уваги. На автопортреті, зробленому художником невдовзі після інсульту, відсутня половина його обличчя (зверху ліворуч). Через дев'ять місяців до Редершайдта повернулися когнітивні навички, і він зміг доповнити малюнок усіма необхідними деталями (внизу праворуч). |

***Скроневі частки*** *- ділянки головного мозку, які, серед інших функцій, відіграють ключову роль у перетворенні короткочасної пам'яті на довготривалу.*

***Проміжний мозок*** *- відділ головного мозку (що складається з соскоподібних тіл, таламуса і гіпоталамуса), що грає ключову роль у перетворенні короткочасної пам'яті на довгострокову.*

**Патологія та мистецтво**

*"Ви - музика, поки музика звучить"*

Клейтон С. Коллінз

*Олівер Сакс (Sacks) (відомий невропатолог та письменник) танцював під музику «Грейтфул Дід». Цілих три години. Йому 60. І в нього «ушкоджені обидва коліна»...*

Сила музики — здатної «повертати до життя» людей, які втратили навички руху та мови внаслідок неврологічних порушень та розладів, — ось що підтримує Сакса останнім часом. Автор багатьох відомих творів (Migranine, A Leg to Stand On, The Who Mistook His Wife for Hat, Seeing Voices та Awakenings)... працює над черговою книгою, присвяченою реальним випадкам хвороби, - книгою, в якій йдеться серед іншого і про роль музики як стимулу для людей, які відкинули жорсткі сенсорні бар'єри.

«Починаєш розуміти, наскільки благотворною є музика з погляду неврології, — каже Сакс. — Ви можете повністю втратити якусь здатність, але у вас залишається музика та ваша ідентичність»...

Багато чого з того, з чим йому довелося зіткнутися, зокрема, працюючи з пацієнтами в лікарні «Бет Абрахам» (Будинок Авраама) у нью-йоркському Бронксі... має відношення до музики.

«Я бачив пацієнтів, які були не здатні зробити жодного кроку, але могли танцювати, — каже він. — Траплялися пацієнти, які не могли говорити, але їм щастило співати. Музика діяла на цих пацієнтів миттєво... з паралітиків вони перетворювалися на людей, здатних вільно та плавно пересуватися та говорити».

Сакс згадує жінку з хворобою Паркінсона, яка сиділа абсолютно нерухомо, поки її не «наводила в дію» музика Шопена, яку вона любила і знала напам'ять. Їй не потрібно було чути звучання мелодії. Іноді було достатньо назвати їй номер твору, — каже Сакс. — Ви казали лише: «Опус 49», і в її голові починала звучати «Фантазія» фамінор. І вона могла рухатися...»

«На музику реагують люди з тяжкою деменцією, на музику реагують немовлята, напевно, на музику реагують і ембріони. На музику реагує багато тварин, — думає Сакс. — Очевидно, у нервовій системі тварин закладено щось таке... що дозволяє їм реагувати на музику», — каже Сакс, описуючи випадок пацієнта з дефектом лобових часток мозку.

«Коли він співає, у вас з'являється дивне почуття, що [музика] відновлює діяльність його лобових часток, повертає йому на якийсь час деякі функції, які були втрачені через органічне захворювання, — каже Сакс, додаючи цитату з Т. С. Еліота: «Ви музика, поки музика звучить».

Вплив музичної терапії короткочасний. Сакс робить, що може. «Змусити розслаблену людину зібратися на хвилину — вже диво. А якщо на півгодини — диво набагато більше...»

Ключ до успіху, каже Сакс, у тому, щоб хворі знову навчилися бути здоровими. Музика може допомогти їм відновити особу, яка була у них до хвороби.

|  |
| --- |
| ***Музичне пробудження.*** Протягом багатьох років Олівер Сакс лікує неврологічні розлади за допомогою нетрадиційних прийомів, починаючи з медитації та закінчуючи музикою "Грейтфул Дід". |

«У музиці — здоров'я, у музиці — життя»... Музика зцілювала багато тисяч років. «Просто зараз вона досліджується більш систематично і стосовно цього специфічного контингенту».

Грег страждав на амнезію; він мав пухлину головного мозку і він погано пам'ятав усе, що відбувалося, починаючи приблизно з 1969 року, — зате пам'ятав у деталях події попередніх років і по-справжньому любив композиції «Грейтфул Дід».

Сакс взяв Грега на концерт гурту. «У першому відділенні вони грали свою ранню музику, і Ґреґ був зачарований буквально всім, — згадує Сакс. — На той момент він не мав амнезії. Він чудово орієнтувався, був зібраний і почував себе у своїй тарілці». В антракті Сакс пройшов за лаштунки і представив Грега учаснику ансамблю Мікі Харту, який був вражений знаннями Грега про групу, але здивувався, коли Грег запитав про Пігпена. Дізнавшись, що колишній учасник ансамблю помер 20 років тому, Грег дуже засмутився, — згадує Сакс. — Але через 30 секунд запитав: «А як справи у Пігпена?».

У другому відділенні гурт грав свої нові пісні. І світ Грега почав розсипатись на частини. «Він був одночасно здивований, заворожений та наляканий. Бо музика була йому — а він справжній меломан, який розуміє сенс ідіоми «Грейтфул Дід» — і знайома, і незнайома... Він сказав: «Це схоже на музику майбутнього».

Сакс спробував допомогти Грегу зберегти спогади про щойно побачене. Але наступного дня той уже нічого не пам'ятав про концерт. Здавалося, все було безповоротно втрачено. "Але - і це дивно - коли хтось грав одну з мелодій, вперше почутих їм на концерті, він міг підспівувати і пам'ятати її".

Такий розвиток подій обнадіює... Встановлено, що діти швидко засвоюють уроки, які супроводжуються співом. Сакс, колись безпристрасний дослідник, натхненний цими можливостями. Він намагається зрозуміти, чи не може музика нести в собі певну інформацію, повернути його пацієнтам втрачені частини їхнього життя, дозволити Грегу «відчути те, що відбувалося останні 20 років — у роки, що випали з його біографії».

Ось що змушувало Сакса танцювати в проході залу для глядачів (запозичено з Profile, журналу компанії Continental Firlines, лютий 1994).

***Біохімія пам'яті***

Яким чином клітини цих ключових ділянок мозку формують та зберігають спогади? Хоча поки що ніхто не виявив енграму (engram) — виразні фізичні зміни в клітині, які відповідають за процеси пам'яті, — нам багато вже відомо про електричні та хімічні основи навчання та пам'яті. Одне з разючих відкриттів - виявлення ролі, яку може грати довготривале потенціювання (Martinez & Derrick, 1996; Bliss & Gardner, 1973). Очевидно, повторна стимуляція нервових клітин мозку збільшує ймовірність того, що вони активно прореагують на стимуляцію в майбутньому. Цей ефект досить тривалий (звідси і термін «довготривале потенціювання») і може бути ключовим механізмом у формуванні пам'яті. Уявіть собі безліч лижників, що з'їжджають низом по засніженому схилу і утворюють лижню, яку можуть легко виявити інші. Можливо, що довгострокове потенціювання утворює свого роду колію, яка допомагає формуванню спогадів, так що людина згодом з більшою легкістю відшукує необхідну інформацію, слідуючи однією і тією ж прокладеною нею «стежкою».

***Довготривале потенціювання*** *- підвищення ймовірності того, що нейрон активно прореагує на майбутню стимуляцію, після того, як у нього неодноразово було викликано роздратування.*

Дослідники пам'яті також виявили біохімічні зміни у клітинах, які сприяють формуванню пам'яті (Rosenzweig, 1996; Noll & Turkington, 1994). Найбільш важливим є наступний процес: коли засвоюється нова інформація, у ключових клітинах головного мозку утворюються білки (протеїни). За виробництво білків відповідають кілька хімічних речовин, у тому числі ацетилхолін, глутамат, РНК (рибонуклеїнова кислота) та кальцій. Якщо порушується дія будь-якої з цих речовин, виробництво білків може бути припинено, а формування пам'яті перервано (Martinez & Derrick, 1996; Rosenzweig, 1996). Наприклад, коли дослідники блокують дію глутамату, вони перешкоджають довгостроковому потенціювання, і функціонуванню короткочасної пам'яті. Аналогічно, коли вони блокують виробництво клітиною РНК або виділення кальцію, переривається формування довготривалої пам'яті.

Всі ці відкриття дозволяють припустити, що пам'ять формується в результаті змін, що відбуваються всередині нервових клітин, та у процесі їх взаємодії. Після цього огляду біології пам'яті ми можемо перейти до органічних розладів, які торкаються пам'яті та інших когнітивних функцій — до амнестичних розладів і деменцій.

**Амнестичні розлади.**

Ретроградною амнезією називають втрату пам'яті на події, що відбувалися до події, що спричинила амнезію. Антероградна амнезія - це стійка нездатність пригадувати нову інформацію, отриману після такої події. Як ми вже зазначали, люди з дисоціативною амнезією, як правило, страждають на ретроградну амнезію, а антероградна амнезія буває у них дуже рідко. Однак амнестичні розлади, органічні розлади, основним симптомом яких є втрата пам'яті, мають зовсім інший характер (див. Контрольний перелік DSM-IV у Додатку). Люди з певними видами амнестичних розладів іноді страждають на ретроградну амнезію, але у них майже завжди відзначається антероградна амнезія (табл. 13.1).

***Ретроградна амнезія*** *- втрата пам'яті на події, що відбувалися до події, що викликала амнезію.*

***Антероградна амнезія*** *— нездатність запам'ятовувати нову інформацію, що поставала після події, що викликала амнезію.*

***Амнестичні розлади*** *– органічні розлади, основним симптомом яких є втрата пам'яті.*

Очевидно, при антероградної амнезії інформація з короткочасної пам'яті неспроможна більше переноситися у довгострокову пам'ять. Не дивно, що антероградна амнезія, що спостерігається при амнестичних розладах, часто є наслідком ушкодження скроневих часток або проміжного мозку, ділянок, що несуть основну відповідальність за перетворення короткочасної пам'яті на довготривалу.

За тяжких форм антероградної амнезії нові знайомі забуваються майже миттєво, а за проблеми, вирішені сьогодні, доводиться братися вже наступного дня. Люди можуть не пам'ятати нічого з того, що відбувалося після початку їхнього органічного розладу. Наприклад, пацієнт середніх років, який отримав травму або захворів понад 20 років тому, може, як і раніше, вважати, що Джиммі Картер — президент США. При цьому хворий на антероградну амнезію може зберігати всі вербальні навички і багато практичних здібностей, і амнезія не відбивається на його IQ.

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** У більшості людей бувають ситуації, коли їх пам'ять починає викидати дивні фокуси, наприклад ми можемо забути, навіщо ми щось робимо, прибути в якесь місце і виявитися не в змозі згадати подробиці поїздки, забути про важливе побачення або подію, випробувати труднощі з нагадуванням імені якоїсь людини або того, звідки нам хтось відомий, або забути подію, яку, схоже, пам'ятають всі інші . Які види проблем пам'яті можуть мати місце у кожному з цих випадків? |

***Синдром Корсакова***

Фред, 69-річний чоловік, був доставлений до психіатричної лікарні в стані потьмарення свідомості, одного з проявів синдрому Корсакова, амнестичного розладу, які страждають на які постійно забувають щойно почерпнуту інформацію (антероградна амнезія), хоча їх загальні знання та інтелектуальні здібності:

*Фред... страждав запоями протягом тривалого часу, хоч і заперечував, що пив останні кілька років. Коли пацієнта доставили до приймального відділення, він був акуратно одягнений, але в його поведінці спостерігалася певна деградація. Хоча він тримався ввічливо і дружелюбно стосовно чергового лікаря та персоналу відділення, було видно, що його свідомість затьмарена. Він блукав відділенням, досліджував предмети і приміряв на себе одяг інших людей. Він говорив у невимушеній манері, хоча його мова й відрізнялася плутаністю, а часом ставала незрозумілою. Більшість його спонтанних розмов була присвячена його власної особистості, і він висловив кілька іпохондричних скарг. Фред був дезорієнтований щодо часу і місця подій, хоча й зумів назвати своє ім'я. Він не зміг правильно назвати свою адресу, сказав, що йому 91 рік, і не відповів на запитання, який зараз день, місяць та рік. Він не знав, де знаходиться, хоч і сказав, що його направив сюди господар будинку, в якому він жив, бо багато пив.*

*Він визнав, що був заарештований за бійку та пияцтво, але сказав, що він ніколи не мав нападів білої гарячки. У Фреда виявилися симптоми, характерні для синдрому Корсакова, - дезорієнтація, потьмарення свідомості та сильна схильність до конфабуляції. Коли його запитали, де він зараз знаходиться, Фред відповів, що на пивоварному заводі, і вказав адресу пивоварного заводу, але коли йому поставили те саме запитання за кілька хвилин, він назвав інший пивоварний завод. Він сказав, що знає чергового лікаря, назвав його чужим ім'ям, а згодом змінив це ім'я на наступне. Залишаючи прийомну, Фред назвав лікаря вже третім ім'ям, ввічливо сказавши: «До побачення містере Вулф!» (Kisker, 1977, р. 308.)*

Як ми вже говорили, синдром Корсакова розвивається приблизно у 5% людей із хронічним алкоголізмом (див. розділ 10). Надмірне вживання алкоголю разом з неадекватним харчуванням викликає нестачу вітаміну В1 (тіаміну), що призводить до пошкодження окремих ділянок проміжного мозку. Люди із цим розладом втрачають головним чином пам'ять на декларативні знання; вони, як і раніше, здатні засвоювати нові процедурні знання, наприклад, спосіб вирішення якогось завдання, а також зберігають свої мовні навички (Verfaellie et al., 1990). Цим можна пояснити, чому пацієнти із синдромом Корсакова часто конфабулюють. Подібно до Фреда, вони, використовуючи свої спільні інтелектуальні та мовні навички, вигадують заплутані історії та брешуть, щоб заповнити прогалини пам'яті, яку вони продовжують втрачати.

***Синдром Корсакова*** *- амнестичний розлад, викликаний хронічним алкоголізмом, пов'язаним з ним поганим харчуванням і, як наслідок, недоліком вітаміну В1 (тіаміну).*

Пацієнти із синдромом Корсакова страждають не лише на тяжку антероградну амнезію, а й на певну форму ретроградної амнезії. Їм буває важко відновити в пам'яті події тих років, які безпосередньо передували початку хвороби, хоча вони можуть пам'ятати події більш віддаленого минулого (Albert et al, 1979). Цей синдром може також торкнутися особистість. Агресивні та крикливі люди часто стають спокійнішими і пасивнішими в міру розвитку хвороби.

***Черепно-мозкові травми та нейрохірургічні операції***

Амнестичні розлади можуть бути викликані черепно-мозковими травмами, так і нейрохірургічними операціями на головному мозку (Noll & Turkington, 1994). У телешоу та кінофільмах удари по голові зображуються як швидкий та легкий спосіб втратити свою пам'ять. Насправді після легких черепно-мозкових травм — таких як струс мозку, який не призводить до втрати свідомості, — у людей рідко бувають великі прогалини в пам'яті, а ті прогалини, які таки з'являються, зазвичай зникають через кілька днів або найбільше , Місяців (Levin et al., 1987; McLean et al., 1983). Навпаки, майже половина всіх тяжких черепно-мозкових травм стає причиною низки хронічних проблем із навчанням та пам'яттю, як антероградних, так і ретроградних. Коли спогади нарешті повертаються, раніше, як правило, повертаються першими (Scarlemen & Herrmann, 1994).

Операції на мозку можуть викликати більш специфічні проблеми з пам'яттю. Найбільш відомий випадок втрати пам'яті в результаті операції на головному мозку стався з X. М., чоловіком, справжнє ім'я якого тримається в таємниці протягом кількох десятиліть (Ogden & Corkin, 1991; Corkin, 1984, 1968; Milner, 1971). X. М. страждав на епілепсію, розладом, яке викликало судоми в його скроневих частках. Щоб зняти ці симптоми, лікарі видалили частину його скроневих часток разом з мигдалеподібним тілом та гіпокампусом. На той час була відома та роль, яку відіграють ці ділянки мозку у формуванні пам'яті. (Сьогодні операції на скроневих частках зазвичай обмежуються операціями або на правій, або на лівій сторонах мозку.) X. М. страждає на важку антероградну амнезію починаючи з 1953 року, коли йому була зроблена операція. Він не спроможний дізнаватися нікого з тих, з ким вперше зустрівся після операції.

**Таблиця 13.1. Порівняльна характеристика розладів пам'яті**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Антероградна (безперервна) амнезія | Ретроградна (локалізована, селективна та генералізована) амнезія | Втрата декларативної пам'яті | Втрата процедурної пам'яті | Органічні причини |
| Дисоціативна амнезія | іноді | так | так | іноді | ні |
| Дисоціативна фуга | іноді | так | так | іноді | ні |
| Дисоціативний розлад особистості | так | так | так | так | ні |
| Амнестичні розлади | так | іноді | так | іноді | так |
| Деменції | так | так | так | так | так |

***Інші амнестичні розлади***

Інші біологічні фактори можуть викликати пошкодження ділянок головного мозку, що відіграють ключову роль у пам'яті. До таких відносяться: судинні захворювання, які впливають на приплив крові до головного мозку (Gorelick et al., 1988); серцеві напади, у яких припиняється приплив кисню до мозку (Volpe & Hirst, 1983); та деякі інфекційні хвороби (Hokkanen et al., 1995). Кожен із цих факторів може стати причиною різних амнестичних розладів.

**Деменція.**

Деменції, синдроми, що також характеризуються втратою пам'яті, іноді важко від амнестичних розладів. Однак при деменції серйозні порушення пам'яті поєднуються з втратою щонайменше ще однієї когнітивної функції, наприклад абстрактного мислення або мови (АРА, 1994). Крім того, у людей з певними формами деменції можуть спостерігатися зміни особистості — наприклад, вони можуть почати поводитися неадекватним чином — і їхні симптоми можуть ставати все важчими.

***Деменції*** - *органічні синдроми, що характеризуються серйозним розладом пам'яті та принаймні ще однієї когнітивної функції.*

Більшість із нас бувають моменти, коли ми починаємо побоюватися, що втрачаємо свою пам'ять чи інші розумові здібності. Можливо, ми вискакуємо за двері, забувши взяти із собою ключі. Можливо, зустрічаємо знайому людину і не можемо згадати її ім'я, або в середині тривалого тесту наша голова раптом виявляється абсолютно порожньою (Gallagher-Thompson & Thompson, 1995). У такі моменти нам може здатися, що ми починаємо деменцію. Насправді ж подібні казуси є цілком звичайним явищем і, як правило, являють собою нормальну частину процесу старіння. У людини середніх років з роками частішають проблеми з пам'яттю та слабшає увага — труднощі, які можуть стати регулярними до 60-70 років. Однак іноді у людей спостерігаються такі зміни пам'яті та інших когнітивних функцій, які мають великий та надлишковий характер. Ці люди, подібно до Харрі, страждають на деменцію (рис. 13.2).

**Малюнок 13.2. Деменція та вік.** Поширеність деменції тісно пов'язана із віком. На деменцію страждає менше 1% усіх 60-річних, порівняно з 29% тих, кому 90. Після 60 років частота деменції подвоюється кожні шість років аж до 90-річного віку; потім це зростання зменшується. (Ritchie et al., 1992.)

*Здавалося, що здоров'я 58-річного Харрі було повним порядком... Він працював на муніципальному водоочисному підприємстві в невеликому місті, і саме на роботі в нього вперше виявились явні ознаки психічної хвороби.*

*Під час усунення наслідків однієї невеликої аварії він переплутав порядок керування важелями, які контролювали потік рідини. В результаті кілька галонів неочищених стоків виявилися спущеними до річки. Харрі завжди був корисним і старанним працівником, тому після нетривалого розгляду його помилка була приписана грипу і їй не надали серйозного значення.*

*За кілька тижнів Харрі повернувся додому з готовою випічкою, яку дружина попросила його купити, — забувши, що він приносив додому таку саму випічку на два дні раніше. Далі того ж тижня два вечори поспіль він вирушав машиною забрати свою дочку з ресторану, де та працювала, очевидно забувши, що вона перейшла в іншу зміну і тепер працює в денний час. Через місяць після цього він, що було для нього зовсім нехарактерним, почав сперечатися з клерком у телефонній компанії. Харрі намагався сплатити рахунок, за який уже заплатив три дні тому...*

*Минали місяці, і дружина Харрі почала виходити з себе. На її очах стан чоловіка погіршувався. Вона не тільки не могла добитися від нього допомоги по дому, але ці спроби викликали у Харрі обурення, а іноді й підозру. Він наполягав, що з ним усе гаразд, і дружина помічала, як він стежить за кожним її кроком... Іноді він починав злитися - раптові короткочасні спалахи без видимої причини... Але найбільшою проблемою для дружини стало його багатослівність: він часто повторював історії минулих років, а іноді вимовляв кілька разів окремі фрази з свіжих розмов. Його вибір тем був позбавлений контексту і не вирізнявся послідовністю...*

*Через два роки після того, як Харрі вперше допустив витік стоків, його вже було важко впізнати. Більшість часу він виглядав чимось заклопотаним; на його обличчі зазвичай була дурна посмішка, а ті небагато слів, що він вимовляв, настільки туманними, що важко було вловити в них сенс... Поступово справа дійшла до того, що щоранку піднімати, водити в туалет і одягати його вже доводилося дружині. ...*

*Стан Харрі продовжував повільно погіршуватися. Коли в інституті його дружини розпочиналася сесія, з ним протягом кількох днів залишалася дочка, якій надавали посильну допомогу сусідам. Але час від часу йому вдавалося вислизнути з дому. У цих випадках він вітав кожного, з ким зустрічався, і старих друзів, і незнайомих людей словами: «Привіт, все так здорово». Це було все, що він міг сказати, хоча іноді він повторював «здорово, здорово, здорово» знову і знову... Коли згорів кавник, залишений Харрі на електричній плиті, дружина, яка відчайдушно потребувала сторонньої допомоги, відвела свого чоловіка на прийом до ще одному лікареві. І знову у Харрі не знайшли жодного захворювання. Проте лікар призначив комп'ютерну томографію і зрештою дійшов висновку, що у Харрі «хвороба Піка-Альцгеймера», причина якої поки невідома і яка не піддається лікуванню.*

*Оскільки Харрі був учасником війни, його помістили до окружного шпиталю для ветеранів, що знаходився за 400 миль від його будинку... Промучившись п'ять років, що минули з того інциденту на роботі, його дружина прийняла цю госпіталізацію з полегшенням...*

*У шпиталі медперсонал щодня сідав Харрі на стілець і за допомогою добровольців стежив, щоб він їв вдосталь. Незважаючи на це, він втратив у вазі та ослаб. Коли дружина приходила його відвідувати, Харрі плакав, але не розмовляв, і більше нічого не вказувало на те, що він її впізнав. Через рік припинився цей плач. У дружини більше не було сил його відвідувати. Харрі продовжував жити в госпіталі, але незабаром після того, як йому виповнилося 65 років, він подавився шматком хліба, захворів внаслідок цього на пневмонію і через деякий час помер (Heston, 1992, р. 87-90).*

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** На початку XX століття багато вчених вірили в закон невживання, згідно з яким якщо пам'яттю не користуватися, вона природним чином погіршується з часом. Однак наступні дослідження показали, що причиною забудькуватості є не час і не відсутність практики власними силами, а біологічні зміни в головному мозку або якісь зовнішні втручання, які відбуваються протягом певного періоду часу (Noll & Turkington, 1994). |

Деменцією страждає близько 3% всього дорослого населення (Muir, 1997; АРА, 1994). Серед людей 65-річного віку її поширеність становить 1-2%, зростаючи до більш ніж 15% серед тих, кому за 80 (De Leon et al., 1996; Gallagher-Thompson & Thompson, 1995). Загалом від тієї чи іншої форми деменції страждає 4 млн. жителів США (Alzheimer's Association, 1997; Jenike, 1995). Виявлено понад 70 видів деменції (Noll & Turkington, 1994). Деякі є наслідком метаболічних, дієтологічних чи інших проблем, які можна усунути. Проте більшість деменції буває викликана неврологічними порушеннями, як-от хвороба Альцгеймера і інсульт, куди нині важко чи неможливо вплинути.

***Хвороба Альцгеймера***

Хвороба Альцгеймера, названа так на честь Алоїса Альцгеймера, німецького лікаря, який в 1907 першим її ідентифікував, є найбільш поширеною формою деменції, викликаючи щонайменше половину всіх її випадків (Muir, 1997). Ця хвороба може вперше заявити про себе в середньому віці, але найчастіше на неї хворіють після 65 років, і її поширеність різко зростає серед людей, вік яких перевищив 80 (див. Діагностичну таблицю DSM-IV в Додатку).

***Хвороба Альцгеймера*** *- найбільш поширена форма деменції, що зазвичай вражає людей старше 65 років.*

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** Майже 10% тих, у кого підозрюють деменцію, можуть насправді страждати від депресії (Noll & Turkington, 1994). |

Хвороба Альцгеймера може тривати протягом 20 років і більше. Зазвичай вона починається з незначних порушень пам'яті, послаблення уваги, і навіть з мовних і комунікативних проблем (Small, Kemper & Lyons, 1997). У міру посилення симптомів людина починає відчувати труднощі з виконанням складних завдань або забувати про важливі зустрічі (Searleman & Herrmann, 1994). Наприклад, Харрі стало важко виконувати свої професійні обов'язки, і він кілька разів забував, коли йому потрібно зустріти свою дочку. Зрештою у хворих виникають труднощі і з виконанням простих завдань, вони забувають про події, віддаленіші в часі, і у них часто стають дуже помітними зміни особистості. Наприклад, чоловік може стати надзвичайно агресивним або велелюбним.

Люди з хворобою Альцгеймера можуть спочатку заперечувати, що вони мають якісь труднощі ( Sharkstein et al., 1997), але незабаром стають тривожними і пригніченими у зв'язку зі своїм психічним станом (Devanand et al., 1997). З розвитком деменції вони дедалі менше усвідомлюють свої недоліки. Як ми бачили у випадку з Харрі, на пізніх стадіях хвороби вони можуть відмовлятися від спілкування з оточуючими, погано орієнтуватися в часі та просторі, часто безцільно тинятися і втрачати розсудливість (Gallagher-Thompson & Thompson, 1995). Вони можуть втратити майже всі свої минулі знання та здатність пізнавати особи навіть близьких родичів. Вони все гірше і гірше сплять ночами і часто сплять протягом дня. Остання фаза розладу може тривати від двох до п'яти років, причому хворі потребують постійного догляду (Mace & Rabins, 1991).

Подібно до Харрі, жертви хвороби Альцгеймера зазвичай залишаються в досить хорошому фізичному стані до пізніх стадій хвороби. Однак у міру ослаблення їх психічних функцій вони стають менш активними і проводять значну частину часу в положенні сидячи або лежачи в ліжку. В результаті у них виникає схильність до різних захворювань, наприклад, до пневмонії, які можуть закінчитися смертю (Gallagher-Thompson & Thompson, 1995). У США від хвороби Альцгеймера, яка займає четверте місце серед причин смерті у людей похилого віку, щорічно помирає 120 тисяч осіб (Alzheimer's Association, 1997; Jenike, 1995).

|  |
| --- |
| ***Втрата розумових здібностей.*** У зв'язку з порушеннями короткочасної пам'яті, люди на пізніх стадіях хвороби Альцгеймера часто не здатні виконати прості завдання, наприклад, зробити малюнок. До того ж, дефекти їхньої довготривалої пам'яті можуть не дозволяти їм впізнавати навіть близьких родичів чи друзів. |

У більшості випадків хворобу Альцгеймера можна впевнено діагностувати лише після смерті, коли вдається побачити структурні зміни в головному мозку, такі як численні нейрофібрилярні вузли та сенільні бляшки (Iqbal & Grundke-Iqbal, 1996). Нейрофібрилярні вузли, скручені білкові волокна, що виявляються всередині клітин гіпокампуса і деяких інших ділянок головного мозку, з'являються у всіх людей, що старіють, але у пацієнтів з хворобою Альцгеймера вони утворюються в дуже великій кількості (Selkoe, 1992). Сенільні бляшки є сферичними скупченнями дрібних молекул бета-амілоїдного білка (beta-amyloid protein), які утворюються в просторі між клітинами гіпокампуса і деяких інших відділів головного мозку, а також у деяких прилеглих кровоносних судинах. Утворення бляшок є нормальною частиною процесу старіння, але у людей із хворобою Альцгеймера їх знову-таки спостерігається винятково багато (Lorenzo & Yankner, 1996; Selkoe, 1992). Бляшки можуть перешкоджати взаємодії клітин і цим викликати їх ушкодження чи загибель. Вчені поки що до кінця не розуміють, чому в деяких людей виникають ці проблеми та хвороба. Однак дослідження дозволяють припустити кілька можливих причин, включаючи генетичні фактори та біохімічні аномалії.

***Нейрофібрилярні вузли*** *- скручені білкові волокна, які утворюються всередині деяких клітин головного мозку у людей, що старіють.*

***Сенільні бляшки*** *- сферичні скупчення бета-амілоїдного білка, які утворюються в просторі між деякими клітинами та в кровоносних судинах головного мозку у людей, що старіють.*

**Генетичні фактори.** Хоча в сім'ях багатьох людей з хворобою Альцгеймера ніхто не страждав на цей розлад, іноді воно передається з покоління в покоління і, мабуть, буває зумовлено генетичними факторами (Bergem et al., 1997; Rossor, Kennedy & Frackowiak, 1996). Дослідники встановили, що за утворення бляшок відповідає певний ген хромосоми 21, а це дозволяє припустити, що утворенню бляшок може сприяти мутація, або аномальна форма цього гена (Selkoe et al., 1996; Murrell et al., 1991). У сім'ях, у яких подібні мутації гена передаються з покоління до покоління, може відзначатися більша поширеність хвороби Альцгеймера. Інші генетичні дослідження встановили зв'язок між певними видами цієї хвороби та дефектами хромосом 1, 14 та 19 (Higgins et al., 1997; Roses et al., 1996).

**Біохімічні аномалії.** Дослідники встановили, що в головному мозку жертв хвороби Альцгеймера бракує ацетилхоліну (acetylcholine) і глутамату (glutamate), двох нейротрансмітерів, які відіграють ключову роль у процесах пам'яті (Bissette et al., 1996; Lee et al., 1996). Тим самим деякі теоретики припускають, що хвороби сприяє аномальна активність цих нейротрансмітерів. Інші вчені вважають, що однією з причин хвороби Альцгеймера може бути інфекція, що повільно поширюється (Prusiner, 1991), в той час як треті вказують на погане функціонування імунної системи (Нell et al., 1996; McGeer & McGeer, 1996). У головному мозку деяких пацієнтів із цією хворобою виявлено високий рівень вмісту цинку та алюмінію, що також привернуло увагу дослідників.

|  |
| --- |
| ***Біологічні злочинці.*** У тканині головного мозку 69-річного чоловіка з хворобою Альцгеймера видно надмірну кількість бляшок (велика сфера), скупчень бета-амілоїдного білка, який утворюється поза клітинами, і нейрофібрилярних вузлів, скручених волокон усередині клітин, через які клітини виглядають почорнілими. цятки). |

**Сцени із сучасного життя**

*Хвороба шалених людей?*

У 1980-х роках британські фермери вперше спостерігали коров'ю губчасту енцефалопатію (bovine spongiform encephalopathy), або «коров'ячий сказ». Корови з цією хворобою втрачають орієнтацію у просторі, їх рухи втрачають координацію, вони стають дратівливими і зрештою вмирають. При розтинах у головному мозку було виявлено білкові порожнечі і сплетення. Дослідники побачили причину хвороби у певній практиці годівлі, яка була швидко заборонена владою. Але симптоми цієї хвороби з'являються не раніше, ніж через кілька років після початку інфекції, тому хвороба набула епізоотичного характеру. На даний момент від неї померло близько 160 тисяч корів (Sternberg, 1996).

Який стосунок має все це до нас, людей? Відома форма деменції, яка має деякі подібності, клінічні та біологічні, з коров'ячим сказом: хвороба Крейтцфельдта-Якоба (CJD). Цю рідкісну прогресуючу деменцію — невиліковну і приводить до смерті, — очевидно, викликає інфекційний агент, білок, який знаходиться в організмі десятки років, перш ніж з'являться симптоми хвороби (Prusiner, 1995). Зазвичай хворобою Крейтцфельдта-Якоба щорічно хворіє одна людина з мільйона (Pain, 1996). Однак у 1996 році десять в іншому здорових молодих британців померли від хвороби, що є, мабуть, новим різновидом CJD. Чи не могли ці люди заразитися хворобою, вживаючи м'ясо інфікованих корів?

Через короткий час Англія та решта світу були охоплені панікою. Більшість країн запровадила заборону на імпорт британської яловичини. Оскільки здорових корів неможливо відрізнити від інфікованих, Великобританія погодилася знищити 465 млн тварин — майже половину свого поголів'я великої рогатої худоби. Фотографії корів, що забиваються на бойні, жахнули багатьох людей, але мало хто запропонував якісь альтернативні рішення.

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Деякі вчені вважають, що коров'яче сказ не може передаватися між різними видами ссавців, тоді як інші доводять, що це можливо (Aldhous, 1996). Якщо вчені не можуть дійти єдиної думки, як у цьому випадку поводитись населенню? Якби вчені почали підозрювати, не будучи до кінця впевненими, що значна кількість людей є носіями якогось смертельно небезпечного заразного захворювання, як би прореагували на це офіційні особи? |

***Інші форми деменції***

Деменцію може викликати й інших розладів. Судинна деменція, відома також як мультиінфарктна деменція, може бути наслідком гострого порушення мозкового кровообігу або інсульту, при якому припиняється приплив крові до окремих ділянок головного мозку, що призводить до пошкодження цих ділянок. При такій формі деменції симптоми з'являються швидше, ніж поступово, а когнітивне функціонування ділянок головного мозку, які не були порушені ударом, може залишатися нормальним (Gallagher-Thompson & Thompson, 1995).

Хвороба Піка, рідкісний розлад, що зачіпає лобові та скроневі частки, у клінічному відношенні нагадує хворобу Альцгеймера, але ці два види деменції можна розрізнити при розтині. Хвороба Крейтцфельдта-Якоба, ще одну форму деменції, викликає вірус, що повільно розповсюджується, який може жити в організмі довгі роки, перш ніж хвороба себе виявить. Хвороба Гентінгтона - це спадкове захворювання, при якому у людей з'являється з часом все більше і більше проблем з пам'яттю, частішають розлади настрою та особистості, а також виникають рухові порушення, такі як різкі посмикування (Scourfield et al., 1997). Імовірність того, що діти людей із хворобою Гентінгтона захворіють на неї, дорівнює 50%. А хвороба Паркінсона, що повільно прогресує неврологічне розлад, що характеризується тремором, заціпенілістю і невпевненими рухами, призводить до деменції в 20-60% випадків, особливо серед людей похилого віку або тих, у кого хвороба знаходиться в пізній стадії (АРА, 1994).

***Судинна деменція*** *- деменція, спричинена гострим порушенням мозкового кровообігу, або інсультом, який обмежує приплив крові до окремих ділянок головного мозку. Інша назва – мультиінфарктна деменція.*

***Хвороба Піка*** *- неврологічне захворювання, яке зачіпає лобові та скроневі частки, викликаючи деменцію.*

***Хвороба Крейтцфельдта-Якоба*** *- форма деменції, що викликається вірусом, що повільно розповсюджується, який може жити в організмі багато років, перш ніж хвороба себе виявить.*

***Хвороба Гентінгтона*** *- спадкове захворювання, при якому у людей частішають проблеми когнітивного, емоційного та рухового характеру, що призводять до деменції.*

***Хвороба Паркінсона*** *- повільно прогресуюче неврологічне захворювання, що характеризується тремором і заціпенілістю, яке також може спричинити деменцію.*

Нарешті, деякі випадки деменції можуть бути спричинені вірусними та бактеріальними інфекціями, такими як СНІД, менінгіт або запущений сифіліс. Причиною інших є епілепсія. Низка випадків буває викликана неправильним вживанням ліків або токсинами, такими як ртуть, свинець або окис вуглецю.

**Методи лікування органічних розладів пам'яті.**

Лікування амнестичних розладів та деменції – виключно важке завдання. Немає прийомів або методик, які були б ефективні у всіх ситуаціях, і лікування може принести в кращому разі невелике опромінення. Однак останні дослідження дають надію, що незабаром ці проблеми можна буде лікувати ефективніше і навіть запобігати. В даний час першим кроком у лікуванні є по можливості точна ідентифікація типу та природи хвороби. Як правило, клініцисти ретельно вивчають історію хвороби пацієнта та проводять екстенсивні психоневрологічні обстеження, а також сканування головного мозку, що дозволяє виявити біологічні причини дисфункції пацієнта (Gonzalez, 1996; Jagust, 1996) (див. рис. 13.3).

**Малюнок 13.3. Старіючий мозок.** У головному мозку людей похилого віку відбуваються зміни, які зачіпають певною мірою пам'ять, навчання і здатність судження. У людей з хворобою Альцгеймера ті самі зміни мають гіпертрофований характер. (Selkoe, 1993, р. 136.)

|  |
| --- |
| ***Жертва хвороби Паркінсона.*** Світ аплодував, коли Мухаммед Алі, якого вважають найвидатнішим спортсменом свого часу, запалив у 1996 році олімпійський вогонь. У той же час уповільнена хода Алі, його мова, що запинається, і тремтячі руки продемонстрували, до яких порушень може призводити хвороба Паркінсона. |

Для лікування органічних розладів пам'яті, особливо деменції, дослідники створили ряд ліків, які впливають на нейротрансмітери, які відіграють важливу роль у процесах пам'яті (Furey et al., 1997; Hedaya, 1996). Одні з таких ліків, такрин, запобігають розпаду ацетилхоліну — нейротрансмітера, якого бракує у людей з хворобою Альцгеймера. У деяких пацієнтів із цією хворобою, які приймають великі дози такрину, дещо покращуються короткочасна пам'ять та здатність судження, а також мова і практичні навички (Lyketsos et al., 1996; Hedaya, 1996). Хоча такрин допомагає в обмеженій мірі, а небезпека небажаних побічних ефектів, таких як проблеми з печінкою, іноді велика, у 1993 році ці ліки були схвалені в США Управлінням у справах продовольства та медикаментів, отримавши торгове найменування когнекс.

***Такрін*** *- ліки, що використовуються при лікуванні хвороби Альцгеймера, які запобігають розпаду ацетилхоліну.*

Такрин та споріднені препарати призначають після того, як у людини виявлена хвороба Альцгеймера. Ряд недавніх досліджень дозволяє припустити, що певні хімічні речовини можуть запобігати хворобі або відкладати її початок. Наприклад, одна група дослідників виявила, що якщо протягом декількох років до менопаузи приймати естроген, жіночий статевий гормон, це може знизити вдвічі ймовірність того, що жінка стане жертвою хвороби Альцгеймера (Kawas et al., 1997). Очевидно, багато разів скорочує ризик цього захворювання і тривале вживання нестероїдних протизапальних ліків, таких як ібупрофен і напрозин (компоненти, присутні в адвілі, мотрині, нуприні та інших болезаспокійливих засобах).

|  |
| --- |
| "Істинне мистецтво запам'ятовування - це мистецтво уваги". - Семюел Джонсон |

Випадки амнестичного розладу та деменції з незначним успіхом намагалися лікувати за допомогою поведінкової та когнітивної терапії. Деяких людей з амнестичні розлади, зокрема тих, у кого амнезія викликана черепно-мозковою травмою, успішно навчають спеціальним методам запам'ятовування нової інформації; у деяких випадках у ролі наставника виступають комп'ютери (Schacter et al., 1990). Поведінкові прийоми також застосовувалися до пацієнтів з деменцією. Як правило, біхевіористи виявляють повсякденні моделі поведінки пацієнта, які стають джерелом стресу для його сім'ї, наприклад, блукання ночами або невитриманість (Fisher & Carstensen, 1990). Потім вони пояснюють членам сім'ї, як і коли використовувати підкріплення, щоб сформувати більш позитивні моделі поведінки, поєднуючи рольово-ігрові прийоми, наслідувальні приклади і практику (Pinkston & Linsk, 1984).

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** Вважається, що китайська рослина гінкго дволопатева (ginkgo biloba) покращує пам'ять. Минулого року виторг від продажу препаратів гінкго перевищив 100 млн. доларів. |

Догляд за людиною з амнестичним розладом або деменцією може бути важким тягарем на його близьких родичів (Fritz et al., 1997; Kiecolt-Glaser et al., 1996). По суті, однією з найпоширеніших причин приміщення стаціонару пацієнтів із хворобою Альцгеймера є нездатність їх перевантажених обов'язками рідних впоратися з вимогами ситуації (Colerick & George, 1986). Багато людей, які доглядають пацієнтів з цією хворобою, повідомляють про охоплюють їх гнів і депресію, і їх власне фізичне і психічне здоров'я часто погіршується (Fritz et al., 1997; Haley et al., 1995). Клініцисти тепер визнають, що одним із найважливіших аспектів лікування хвороби Альцгеймера та інших форм деменції є акцентування уваги на емоційних потребах осіб, які здійснюють догляд. Клініцисти часто підкреслюють, що близьким людям хворого необхідно регулярно відпочивати (Berman et al., 1987), пропонують освітні програми, присвячені хвороби свого пацієнта, та проводять психотерапевтичні сеанси зі змученими членами сім'ї. Деякі клініцисти, крім того, організують групи підтримки для осіб, які здійснюють догляд (Murray, 1997; Gallagher-Thompson et al., 1991).

Не збентежені нинішніми недоліками методів лікування амнестичних розладів та деменції, дослідники сподіваються просунутися вперед у розумінні, лікуванні та попередженні цих хвороб. Ділянки головного мозку та біохімічні зміни, які лежать в основі пізнавальної здатності, можуть бути складними та широкими, але, враховуючи значний обсяг досліджень і той прогрес, який в даний час намічається в цій клінічній області, можна очікувати значних успіхів у найближчі роки.

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** Згідно з дослідженнями, догляд за коханою людиною із хворобою Альцгеймера забирає в середньому від 69 до 100 годин на тиждень. Джерелами найбільшого занепокоєння для його рідних є: плата за лікування (54%), стресова обстановка в сім'ї (49%) та нестача часу на здійснення власних потреб (49%) (Alzheimer's Association 1997). |

**Сцени із сучасного життя**

*Знати чи не знати*

Протягом багатьох років єдиним способом упевненої діагностики хвороби Альцгеймера було розтин. Проте сьогодні вчені, мабуть, близькі до створення надійних засобів раннього виявлення цього розладу. Більше того, можливо, що діагности врешті-решт зможуть ідентифікувати потенційні жертви хвороби за роки або навіть за десятиліття до якогось явного погіршення їхньої пам'яті або інших когнітивних функцій (Nash, 1995; Small et al., 1995).

|  |
| --- |
| ***Який страждає на хворобу Альцгеймера***колишній президент США Рональд Рейган відзначає 6 лютого 1995 свій 84-й день народження. |

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Чи не краще, якщо люди не знатимуть, що в них зрештою виявить себе хвороба, яка зараз невиліковна? Як могли б закінчитися президентські вибори 1980 року, чи знай американці про те, що у Рональда Рейгана у результаті виявиться деменція? |

**Резюме**

Амнестичні розлади та деменції – це органічні розлади, що спричиняють серйозні порушення короткочасної пам'яті, довготривалої пам'яті або обох цих систем пам'яті. Розлади часто пов'язані з аномаліями ключових ділянок головного мозку, таких як префронтальні звивини (включаючи гіпокампус та мигдалеподібне тіло, що знаходяться під ними) та проміжний мозок. Амнестичні розлади, розлади, які торкаються насамперед пам'яті, можуть бути наслідком синдрому Корсакова, черепно-мозкової травми, нейрохірургічної операції або деяких інших проблем. Деменції, які зачіпають і пам'ять, та інші когнітивні функції, включають хворобу Альцгеймера і судинну деменцію.

Можливі причини. Хворобу Альцгеймера пов'язують із надзвичайно великою кількістю нейрофібрилярних вузлів та сенільних бляшок. Багато випадків цієї хвороби бувають, мабуть, викликані генетичними факторами. Теоретики також вказують на такі фактори, як аномальна активність нейротрансмітерів, інфекції, що повільно поширюються, зниження імунітету і високий рівень вмісту в головному мозку цинку і алюмінію.

Методи лікування. Для лікування органічних розладів пам'яті застосовується з обмеженим успіхом, як медикаментозна, так і поведінкова терапія. Однак очікується, що найближчими роками у цій клінічній області відбудуться помітні зрушення.

**Підбиваючи підсумки.**

Іноді вчені обходять мовчанням феномени, які викликають великий інтерес у громадськості. Протягом багатьох років одним із таких феноменів були дисоціативні розлади. Інтерес суспільства до дисоціативної амнезії та фуги був величезним, наукових досліджень у цій галузі проводилося дуже мало. Чи не привертало особливої уваги дослідників і такий розлад, як розщеплення особистості.

Протягом останніх десятиліть таке байдуже ставлення вчених почало зникати. Зростання числа повідомлень про випадки дисоціативних розладів, зокрема розлади множини, переконали багатьох дослідників, що ця проблема дійсно існує і може бути причиною серйозних дисфункцій. В результаті в цій клінічній області було відзначено різке зростання кількості досліджень, що ставили перед собою завдання ідентифікувати та зрозуміти ці розлади, а також знайти спосіб їх лікування. Дослідники почали припускати, що ці розлади можуть йти своїм корінням в такі добре відомі процеси, як навчання, залежне від стану, і аутогіпноз.

Але в нас, як і раніше, немає закінчених теорій щодо причин дисоціативних розладів. Не вироблено остаточно і системні лікувальні програми. А деякі клініцисти переймаються тим, що нинішній інтерес до дисоціативних розладів може зростати занадто швидко. Вони говорять, що багато діагнозів, що ставляться в даний час, можуть бути пов'язані зі зростаючою популярністю цих розладів, ніж з ретельною оцінкою симптомів. Зрозуміло, ця можливість лише підкреслює важливість продовження досліджень.

Менш суперечливі, але однаково цікаві розлади пам'яті, викликані органічними причинами. Складне влаштування головного мозку вкрай ускладнює розуміння, діагностування та лікування широкого спектру амнестичних розладів та деменцій. Проте дані досліджень, що інтригують, з'являються майже щодня і привертають увагу як клініцистів, так і громадськості. У силу органічної природи таких розладів дослідження проводяться головним чином галузі біології. Однак ці розлади настільки сильно позначаються на пацієнтах та їхніх сім'ях, що психологічні та соціокультурні дослідження навряд чи змусять на себе довго чекати.

|  |
| --- |
| ***Останній переїзд.*** Цього 63-річного чоловіка з хворобою Альцгеймера відправляють до стаціонару, після того, як його стан безперервно погіршувався протягом 6 років. Дружина втішає його, а дочка перед відправкою пише на його туфлях його ім'я — болісне нагадування про психологічний біль та відчуття втрати, які зазнають члени сім'ї. |

Спільним для численних досліджень дисоціативних розладів та органічних розладів пам'яті є значення, яке ми надаємо пам'яті. Пам'ять займає величезне місце в нашому житті і нашому уявленні про себе, тому дослідження в цій галузі украй важливі для благополуччя кожної людини. Очікується, що кількість досліджень природи пам'яті та розладів пам'яті в найближчі роки тільки збільшиться.

**Ключові терміни**

Ідентичність

Пам'ять

Дисоціативні розлади

Дисоціативна амнезія

Амнестичний епізод

Селективна амнезія

Генералізована амнезія

Безперервна амнезія

Дисоціативна фуга

Організаційний дисоціативний розлад

Суспільність

Провідна особистість

Перемикання

Co-усвідомлююча субособистість

Викликаний потенціал

Ятрогенний розлад

Витіснення

Навчання, залежне від стану

Гіпнотична амнезія

Автогіпноз

Амобарбітал (амітал) натрію

Пентобарбітал (пентотал) натрію

Злиття

Короткочасна пам'ять

Довготривала пам'ять

Кодування

Відновлення

Процедурна пам'ять

Декларативна пам'ять

Префронтальні частки

Скроневі частки

Гіпокампус

Мигдалеподібне тіло

Проміжний мозок

Соскоподібні тіла

Таламус

Гіпоталамус

Енграма

Довготривале потенціювання

Білки

Ретроградна амнезія

Антероградна амнезія

Амнестичні розлади

Синдром Корсакова

Вітамін В1 (тіамін)

Конфабуляція

Черепно-мозкові травми

Нейрохірургія

Деменції

Хвороба Альцгеймера

Нейрофібрилярні вузли

Сенільні бляшки

Бета-амілоїдний білок

Мутація гена

Ацетилхолін

Глутамат

Судинна деменція

Інсульт

Хвороба Піка

Хвороба Крейтцфельдта-Якоба

Хвороба Гентінгтона

Хвороба Паркінсона

Такрін

Естроген

**Контрольні питання**

1. Перерахуйте та опишіть різні дисоціативні розлади.

2. Назвіть чотири види дисоціативної амнезії.

3. Які види відносин можуть бути між субособами при розщепленні особистості?

4. Опишіть психодинамічні та поведінкові теорії походження дисоціативних розладів, а також теорії, що виходять з обумовленого станом навчання та аутогіпнозу. Наскільки добре, кожна з них підтверджується дослідженнями?

5. Вкажіть спільні зв'язки між гіпнотичною амнезією та дисоціативними розладами.

6. Які підходи застосовуються для лікування дисоціативних розладів? Якими є ключові особливості лікування дисоціативних розладів особистості?

7. Які ділянки мозку пов'язують із виникненням органічних розладів пам'яті? Дайте визначення короткочасної та довготривалої, процедурної та декларативної пам'яті, а також довготривалого потенціювання.

8. Що є амнестичні розлади? Наведіть два приклади таких розладів.

9. Що таке деменція? Які симптоми та можливі причини хвороби Альцгеймера?

10. Як сучасні клініцисти лікують різні органічні розлади пам'яті?

**Розділ 14. Розлади особистості.**

*Під час співбесіди під час прийому на посаду редактора Фредерік сказав: «Можливо, це звучить дещо самовпевнено, але я винятково обдарована людина. Я впевнений, що згорну гори на цій роботі, що я та газета незабаром станемо еталоном журналістики у нашому місті». Ці слова справили враження на членів комісії. У Фредеріка були хороші рекомендації, але найбільше комісію приємно вразили його впевненість у собі та наполегливість.*

*Через рік багато хто з цих людей описував Фредеріка зовсім інакше: зарозумілий, корисливий, холодний, самозакоханий, настирливий. Він успішно виконував свої обов'язки редактора (хоч і не так чудово, як йому, мабуть, здавалося), але робота не компенсувала величезних недоліків його особистості. Нижче й вищі колеги втомилися від його маніпуляцій, емоційних спалахів, небажання визнавати свої помилки, нескінченного хизування і грандіозних планів. Фредерік вкотре не виправдав наданої йому довіри.*

*Так, Фредерік мав велику чарівність і вмів потішити оточуючим, коли це служило його цілям. Тому в нього завжди було коло друзів та шанувальників. Але фактично такі взаємини тривали недовго — доти, поки Фредерік не втомлювався від цих людей або не розчаровувався в них, оскільки вони не виявляли достатнього ентузіазму щодо його егоїстичних оцінок того, що відбувається, або грандіозних планів. Або доти, доки вони виявлялися вже просто не в змозі виносити Фредеріка.*

*Незважаючи на всі його здібності та успіхи, Фредеріку завжди здавалося, що він має право на більше, ніж отримує, — на вищі оцінки під час навчання, вищі оклади на роботі, більшу увагу з боку приятельок. Якщо його хоча б трохи критикували, він відповідав на це люттю, будучи впевненим, що опонент заздрить його розуму, талантам чи зовнішності. На перший погляд здавалося, що у соціальному плані у Фредеріка все гаразд. Як правило, у нього зав'язувалися з кимось глибокі, змістовні, романтичні стосунки, в яких він міг бути ніжний зі своєю знайомою, уважний до неї і, як могло здатися, відданий їй. Але через кілька тижнів або місяців Фредерік зазвичай втомлювався від коханої, стаючи холодним або навіть озлобленим. Нерідко він зав'язував інтрижки з іншими жінками, продовжуючи при цьому підтримувати стосунки зі своєю нинішньою партнеркою. Розрив — зазвичай неприємний, а іноді й просто потворний — рідко викликав у нього почуття смутку чи докору совісті, і він майже ніколи більше не згадував про свою колишню знайому. Йому завжди було достатньо власної особи.*

Кожен з нас є особистістю з унікальним та довготривалим поєднанням внутрішнього досвіду та дій, спрямованих на навколишній світ. Як правило, ми реагуємо на те, що відбувається у властивій лише передбачуваній і послідовній манері. Ця послідовність, часто звана рисами особистості (personality traits), може бути результатом успадкованих характеристик, засвоєних реакцій або комбінації і тих та інших (Watson, Clark & Harkness, 1994). Однак наша особистість відрізняється гнучкістю. Ми навчаємось на власному досвіді. Взаємодіючи зі своїм оточенням, ми опробуємо різні відповіді і дивимося, які їх виявляються ефективнішими. Саме цією гнучкістю часто не володіють люди, які страждають на розлад особистості.

***Особистість*** *- унікальне і довготривале поєднання внутрішнього досвіду і дій, спрямованих на навколишній світ, що обумовлює послідовність реакцій у різних ситуаціях.*

Розлад особистості - це дуже жорстка картина (патерн) внутрішнього досвіду та дій, спрямованих на навколишній світ. Цей патерн поширюється на більшу частину взаємодій людини, зберігається протягом багатьох років і відрізняється від досвіду та поведінки, які зазвичай очікуються від людей (див. Контрольний перелік DSM-IV у Додатку). У Фредеріка, мабуть, був такий розлад. Починаючи з періоду навчання, нарцисизм, манія величі, спалахи гніву та байдужість накладали відбиток на всі сфери його життя. Жорсткі риси характеру людей із розладом особистості часто стають причиною неприємних переживань, які можуть викликати психологічний біль та соціальні чи професійні труднощі. Як правило, розлади особистості стають помітними у підлітковий період або в ранні роки дорослого життя, хоча деякі починаються ще в дитинстві (АРА, 1994).

***Розлад особистості*** *— дуже жорсткий патерн внутрішнього досвіду та спрямованих на навколишній світ дій, який відрізняється від очікувань суспільства та призводить до дисфункції.*

Розлади особистості можуть вносити розлад у багато аспектів життя людини і завдавати страждань навколишнім людям. (Згадайте про подив і муки, які зазнавали колеги Фредеріка та його колишні подруги.) Розлади особистості ставляться до найбільш важковиліковних психологічних розладів. Багато хто з тих, хто ними страждає, навіть не підозрюють про свої особистісні проблеми і не здатні зрозуміти, що причинами труднощів є їх жорсткий стиль мислення та поведінки. Згідно з оцінками, розладом особи може страждати від 4 до 15% всіх дорослих людей (Links, 1997; АРА, 1994).

|  |
| --- |
| «У більшості з нас до тридцяти років характер твердне, як алебастр, і ніколи більше не розм'якшується». - Вільям Джеймс, "Принципи психології", 1890 |

DSM-IV відрізняє розлади Осі II (Axis II) - довготривалі розлади, які зазвичай починаються в ранньому віці і зберігаються протягом дорослого життя, - від розладів Осі I (Axis I), гостріших розладів, які можуть починатися і закінчуватися на певних відрізках життєвого циклу (див. Розділ 3). Розлади особистості – це розлади Осі II. На відміну від більшості клінічних проблем, які ми обговорювали раніше, ці розлади, як правило, не відзначені якимись загостреннями або періодами явного поліпшення стану.

Нерідко людина з розладом особистості страждає також і на гострий розлад (Вісь I) — випадок, званий коморбідністю (буквально, «співчуття». — Прим. перекл.) (Flick et al., 1993). Можливо, що розлади особистості визначають виникнення у людини розладів Осі I (Johnson & Wonderlich, 1992). Наприклад, люди з уникаючим розладом особистості, які боязко ухиляються від усіх контактів, можуть бути схильні до соціальної фобії. І знову ж, можливо, деякі розлади Осі I створюють передумови для того чи іншого розлади особистості. Якою б не була причина цього зв'язку, дослідження показують, що супутній розлад особистості ускладнює лікування розладу Осі I та знижує шанси людини на успішне одужання (Costello, 1996).

***Коморбідність*** *- наявність двох або більше розладів в однієї людини.*

DSM-IV ідентифікує 10 розладів особистості та розбиває їх на 3 групи (АРА, 1994). Одну групу, що характеризується дивною поведінкою, становлять параноїдний, шизоїдний та шизотипічний розлад особистості. Особливістю другої групи розладів є драматизація поведінки; до неї відносяться антисоціальні, прикордонні, гістрійні та нарцисичне розлади особистості. Остання група відрізняється високим рівнем тривожності і включає уникаючий, залежний і обсесивно-компульсивний розлад особистості.

Різні розлади особистості накладаються один на одного настільки значною мірою, що може виявитися важким відрізнити одне від одного (Zimmerman, 1994) (див. рис. 14.1). Фактично, клініцисти іноді приходять до висновку, що окремі люди страждають на більш ніж один розлад особистості (Grove & Tellegen, 1991). Крім того, клініцисти часто розходяться на думці щодо того, який діагноз поставити пацієнту з розладом особи. Відсутність згоди породжує серйозні сумніви щодо валідності та послідовності нинішньої класифікації DSM – питання, до якого ми ще повернемося (O' Connor & Dyce, 1998; Costello, 1996).

**Таблиця. Розлади особистості**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Парано-ідне | Шизо-ідне | Шизоти-пічне | Антисоціальне | Пограничне | Гістр-онне | Нарцис-сичне | Уникаюче | Залежимо | Обсесивно-компульсивне |
| Проблеми у спілкуванні | \* | + | + | \* | + | \* | \* | + | + | \* |
| Підозрілість / недовірливість | + |  | \* | \* | \* |  | \* | \* | \* | \* |
| Ворожість | \* |  |  | \* | \* | \* | \* |  |  | \* |
| Звинувачення інших | \* |  |  | \* | \* |  | \* |  |  | \* |
| Брехливість |  |  |  | + | \* | \* | \* |  |  |  |
| Контролювання/маніпуляція оточуючими | \* |  |  | + | \* | \* | \* |  | \* |  |
| Ревнощі | \* |  |  |  | \* | \* | \* |  |  |  |
| Вразливість | \* |  | \* |  | \* | \* | \* | + | \* |  |
| Відчуження / ізоляція | \* | + | \* | \* |  |  | \* | \* |  |  |
| Відхід у себе | \* | \* | \* | \* | \* | \* | + | \* |  | \* |
| Зайва самокритика |  |  |  |  | \* | \* |  | \* | + | \* |
| Імпульсивність/ризик |  |  |  | \* | \* | \* |  |  |  |  |
| Манія величі / егоцентризм | \* |  | \* | \* | \* | + | + |  |  |  |
| Емоційна нестійкість | \* |  |  | \* | + | \* | \* |  |  |  |
| Підвищена емоційність |  |  |  |  | \* | + | \* |  |  |  |
| Пригніченість / безпорадність | \* |  | \* | \* | \* | \* | \* | \* | \* | \* |
| Тривожність/напруженість | \* |  | \* |  | \* | \* |  | \* | + | \* |
| Когнітивний / перцептивний егоцентризм | \* |  | + |  |  | \* | \* | \* |  | \* |
| Нездатність зосередитись / дефіцит уваги |  |  | \* | \* | \* |  | \* |  |  |  |
| Психотичні епізоди | \* | \* | \* |  | \* |  |  |  |  |  |

(+ - Головні особливості; \* - Помітні особливості)

**Малюнок 14.1. Помітні та основні особливості 10 розладів особистості, що виділяються DSM-IV.** Симптоми різних розладів нерідко значною мірою накладаються один на одного, часто стаючи причиною неправильної постановки діагнозу або виявлення у даного пацієнта декількох розладів особистості.

Крім того, прийнята DSM-класифікація розладів особистості така, що непідготовлена людина, яка зіткнулася з нею, швидше за все, застосує її неправильно. Наші власні риси або риси наших знайомих ми знайдемо в описі практично будь-якого з цих розладів, і в нас може виникнути думка, що і ми самі і всі, хто страждає на будь-які розлади особистості (Maher & Maher, 1994; Widiger & Costa, 1994) . Переважна більшість випадків подібні інтерпретації неправильні. Усім нам притаманні певні риси особистості. Але зрідка вони бувають настільки ригідними, деструктивними і довгостроковими, що можна віднести до розладів.

**«Дивні» розлади особистості.**

Група «дивних» розладів особистості («odd» personality disorders) включає параноїдний, шизоїдний і шизотипові розлади особистості. Люди з цими розладами, як правило, демонструють дивні чи ексцентричні моделі поведінки, що спостерігаються під час шизофренії, у тому числі крайню підозрілість, соціальну ізоляцію та незвичайну манеру мислення та сприйняття навколишнього світу. Часто така поведінка практично ізолює людину від суспільства. Деякі клініцисти вважають, що ці розлади особистості відносяться до шизофренії, і називають їх розладами шизофренічного спектру (schizophrenia-spectrum disorders) (Battaglia et al., 1997; Siever, 1992). На підтвердження цієї ідеї наводиться той факт, що людям з такими розладами часто ставлять додатковий діагноз шизофренії або у них є близькі родичі, які страждають на цю хворобу (АРА, 1994; Battaglia et al., 1991).

Клініцисти багато дізналися про симптоми «дивних» розладів особистості, але розуміння причин цих розладів та визначення методів їх лікування виявилися не такими успішними. Крім того, люди з такими розладами рідко звертаються за допомогою (Fabrega et al., 1991).

**Параноїдний розлад особистості.**

Люди з параноїдним розладом особистості не довіряють оточуючим і ставляться з підозрою до мотивів їх дій (АРА, 1994). Оскільки вони вважають, що всі мають намір завдати їм шкоди, уникають близьких відносин. Віра ж у власні ідеї та здібності може бути надмірною, як ми бачимо це у випадку з Чарлзом.

*У шкільні роки Чарлза, єдину дитину малоосвічених батьків, вважали «вундеркіндом». У 24 роки йому було присвоєно ступінь доктора філософії, і згодом він обіймав низку відповідальних посад як фізика-дослідника в одній промисловій фірмі.*

*Його крайня зарозумілість і нарцисизм часто закінчувалися конфліктами з керівниками; ті вважали, що він витрачає надто багато часу на розробку власних «безрозсудних» планів та приділяє недостатню увагу проектам компанії. Чарлзу стало здаватися, що його начальники і підлеглі «сміються з нього» і приймають його всерйоз. Чарлз почав розробляти план, який мав «виконати революцію в галузі» — вироби, засновані на новому принципі термодинаміки, були б виключно ефективними та економічно вигідними. Через кілька місяців він представив президентові компанії свій проект — дуже оригінальний, але містить кілька кричучих логічних помилок.*

*Дізнавшись про те, що його план відкинутий, Чарлз став проводити багато часу вдома, одержимий «новими ідеями», які він почав пропонувати у вигляді хитромудрих схем і формул урядовцям і промисловцям. Все це закінчувалося новими відмовими, які призводили до подальших спроб самозвеличення (Millon, 1969, р. 329-330).*

Перебуваючи весь час напоготові і бачачи всюди загрози, люди, подібні до Чарлза, постійно очікують, що стануть об'єктом якихось підступів (рис. 14.2). Вони виявляють у всьому чиїсь «приховані» задуми, які зазвичай зменшують їхню гідність або загрожують їм. В одному дослідженні, в якому людей просили взяти участь у рольовій грі, випробувані з параної частіше, ніж випробувані з контрольної групи, бачили ворожі наміри в діях інших людей. До того вони частіше вибирали як найбільш підходящої ігрової реакції гнів (Turkat et al., 1990).

|  |  |
| --- | --- |
| Об'єкти довіри | Відсоток тих, хто їм вірить, % |
| Люди загалом | 41 |
| Члени сім'ї | 84 |
| Прихожани вашої церкви | 59 |
| Начальник | 51 |
| Колеги по роботі | 45 |
| Сусіди | 42 |
| Працівники магазинів | 28 |
| Пожежна охорона | 77 |
| Поліція | 48 |
| Місцева програма теленовин | 27 |
| Щоденні газети | 19 |
| Уряд | 14 |

**Малюнок 14.2. Кому ви довіряєте?** Хочанедовірливість і підозрілість є основною ознакою параноїдного розладу особистості, з'ясовується, що вражаюче недовірливі навіть люди, які не страждають на цей розлад. Згідно з нещодавнім широкомасштабним опитуванням, лише 41% респондентів повідомили, що вони загалом довіряють людям. Більшість довіряють членам своєї сім'ї та місцевій пожежній охороні; проте мало хто вірить працівникам магазинів, щоденним газетам чи уряду. (Джерело: Pew Research Center for the People and the Press, 1997.)

***Параноїдний розлад особистості -*** *розлад особистості, що характеризується недовірою та підозрілим ставленням до інших людей.*

Завжди готові поставити під сумнів лояльність чи щирість тих, хто їх оточує, люди з параноїдним розладом особистості залишаються холодними та відстороненими. Наприклад, жінка може не бажати ні з ким ділитися своїми почуттями через побоювання, що їй завдадуть образу; або чоловік може без будь-яких підстав продовжувати сумніватися у вірності своєї дружини. Зазвичай їх підозри не є маревними; їхні ідеї не такі химерні і не такі невід'ємні, щоб вважати їх цілком нереальними (Fenigstein, 1996).

|  |
| --- |
| «Що робить людину самотньою більшою мірою, ніж її недовіра до людей?» - Джордж Еліот, "Міддлмарч" |

Люди з цим розладом особистості засуджують слабкості та недоліки інших, особливо на роботі. Однак вони не здатні побачити власні помилки та вкрай чутливі до критики. Вони часто звинувачують інших у тих неприємностях, які трапляються в їхньому власному житті, і постійно приховують образу (Fenigstein, 1996; Vaillant, 1994). Вважається, що параноїдним розладом страждає від 0,5 до 2,5% дорослих, причому чоловіки, очевидно, схильні до нього більшою мірою, ніж жінки (АРА, 1994).

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** В 1997 урядом США було таємно прослухано 2,5 млн. телефонних розмов (Administrative Office of the US Courts, 1998). |

***Можливі причини параноїдного розладу особистості***

Причин параноїдного розладу особистості, як і більшості інших розладів особистості, присвячувалося мало систематичних досліджень. Психодинамічні теорії, першими почали пояснювати цей розлад, вбачають його причини в ранніх взаєминах з вимогливими батьками, особливо з відстороненим, жорстким батьком і надмірно опікує, але відкидає дитину матір'ю (Manschreck, 1996). (Ми побачимо, що психодинамічні пояснення майже всіх розладів особистості дуже подібні: їхня суть у систематичному поганому відношенні в період дитинства та відсутності кохання.) Відповідно до однієї з психодинамічних теорій, деякі люди починають дивитися на своє оточення як на недружнє в результаті виховання, що відрізняється підвищеною вимогливістю. Вони повинні бути напоготові, оскільки не можуть довіряти оточуючим (Cameron, 1974). Крім того, у дітей часто накопичується почуття сильного гніву. Оскільки вони проектують це почуття на оточуючих, хворим починає здаватися, що вони наражаються на все більші загрози (Garfield & Havens, 1991).

Деякі біологи-теоретики припускають, що параноїдний розлад особистості викликаний генетичними причинами (Fenigstein, 1996). Дослідження, в якому вивчалися повідомлення про власну підозрілість, зроблені 3810 парами близнюків-австралійців, показало, що якщо надмірно підозрілим виявлявся один близнюк, була велика ймовірність того, що інший також відрізнявся підозрілістю (Kendler et al., 1987). Однак на підставі тільки цих даних знову-таки не можна сказати, чи були обидва близнюки вкрай підозрілими через генетичні фактори або завдяки досвіду спілкування з одним і тим же середовищем.

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** Згідно з опитуваннями, найбільш недовірливі американці — це зазвичай ті, кого батьки неодноразово попереджали не довіряти незнайомцям; люди до 30-річного віку; соціально ізольовані люди; жителі великих міст; люди, які живуть у бідних чи криміналізованих районах; ті, хто не належить до якоїсь релігійної конфесії (Pew Research Center, 1997). |

***Методи лікування параноїдних розладів особистості***

Люди з цим розладом, як правило, не вважають, що потребують допомоги, тому мало хто добровільно звертається до лікаря. Більше того, більшість з них вважають роль пацієнта принизливою, не довіряють терапевту та опираються лікуванню (Fenigstein, 1996; Sparr et al., 1986). Тому не дивно, що у разі цього розладу, як і за більшості інших розладів особистості, терапія допомагає лише обмеженою мірою і лікування просувається вперед дуже повільно (Quality Assurance Project, 1990).

Теоретики, що займаються психодинамікою об'єктних відносин, намагаються зрозуміти, що стоїть за гнівом людини, і працюють з тим, що вони вважають прихованим бажанням людини мати задовільні відносини (Auchincloss & Weiss, 1992). У свою чергу терапевти, які дотримуються поведінкового та когнітивного спрямування, намагаються допомогти таким людям контролювати тривогу та вдосконалювати навички вирішення міжособистісних проблем. Пацієнтам допомагають більш реалістично інтерпретувати вчинки та наміри інших людей та краще розуміти точку зору оточуючих (Beck & Freeman, 1990). Медикаментозна терапія зазвичай виявляється неефективною (Block & Pristach, 1992).

**Шизоїдний розлад особистості.**

Люди з шизоїдним розладом особистості зазвичай уникають соціальних контактів і демонструють низький рівень емоційної експресії (АРА, 1994). Подібно до тих, хто страждає на параноїдний розлад особистості, ці люди не мають близьких відносин з оточуючими. Однак причина, через яку вони уникають соціальних контактів, полягає в тому, що вони щиро вважають за краще одні. Інші люди часто вважають їх, як це видно на прикладі з Роєм, «самітниками».

*Рой був щасливим інженером-сантехніком, зайнятим проектуванням та експлуатацією об'єктів водопостачання великого міста; його робота вимагала значної проникливості та незалежності суджень, але не передбачала великої відповідальності як керівника. Його вважали непомітним, але компетентним та надійним працівником. Він виконував порівняно трохи завдань, що вимагають спілкування з діловими партнерами та товаришами по службі, і більшість колег дивилися на нього як на мовчазну і сором'язливу, а деякі — як на холодну і відчужену людину.*

*Причиною найбільших труднощів були його стосунки із дружиною. На її прохання вони звернулися до сімейної консультації, оскільки, як вона висловилася, «він не хотів брати участь у сімейному житті, не виявляв інтересу до дітей, не висловлював ніжних почуттів і був байдужим до сексу».*

*Паттерн соціальної індиферентності, притупленості почуттів та самоізоляції, який значною мірою характеризував поведінку Роя, майже не мав значення для тих, з ким йому не потрібно встановлювати глибших та інтимніших відносин; проте ці риси характеру чимало докучали його сім'ї (Millon, 1969, р. 224).*

Люди, подібні до Роя, не зацікавлені у встановленні чи підтримці дружніх зв'язків, виявляють слабкий інтерес до сексуальних стосунків і часом здаються байдужими до своєї родини. Вони підбирають роботу, яка потребує невеликої кількості контактів коїться з іншими або взагалі позбавлена таких. Коли необхідно, вони можуть встановлювати тривалі, нехай і відсторонені, робочі відносини, але вважають за краще залишатися наодинці з собою, часто працюючи поодинці протягом усього дня. Крім того, багато хто з них живе сам і уникає соціальних контактів. В результаті їх соціальні навички не набувають розвитку (Birtchnell, 1996). Якщо вони одружуються, то відсутність інтересу до близькості може стати причиною подружніх чи сімейних проблем, як це мало місце у випадку з Роєм.

***Шизоїдний розлад особистості -*** *розлад особистості, при якому людина вперто уникає соціальних контактів і демонструє обмежений вираз почуттів.*

Люди з шизоїдним розладом особистості зосереджені головним чином на собі і найчастіше байдужі до похвал або критики. Вони рідко виявляють свої почуття, не висловлюючи радості, гніву. Здається, що вони не потребують уваги або визнання з боку оточуючих; їх зазвичай вважають холодними, позбавленими гумору чи нудними; і їм, як правило, вдається домогтися того, щоб їх дали спокій.

|  |
| --- |
| ***Один, так чи інакше.*** Різні розлади особистості часто породжують одні й самі моделі поведінки. Люди і з шизоїдним і з розладом особистості, що уникають, проводять багато часу на самоті. Однак перші щиро хочуть бути одні, тоді як другі бажають соціальних контактів, але побоюються їх. |

Поширеність шизоїдного розладу особистості невідома, хоча припускають, що на них страждає менше 1% населення (АРА, 1994; Weissman, 1993). Вважається, що до цього розладу трохи більше схильні чоловіки і що вони більш обмежені їм у самореалізації (АРА, 1994).

***Можливі причини шизоїдного розладу особистості***

Багато теоретиків психодинамічного спрямування, зокрема прихильники теорії об'єктних відносин, стверджують, що в основі шизоїдного розладу особистості лежить незадоволена потреба в контактах з людьми (Carstairs, 1992; Horner, 1991, 1975). Батьки людей з цим розладом, подібно до батьків тих, хто страждає на параноїдний розлад особистості, як вважається, відчували неприязнь до своїх дітей або навіть жорстоко поводилися з ними. Люди з параноїдними симптомами відповідають таке виховання недовірою, тоді як індивідууми з шизоїдним розладом особистості виявляються нездатними проявити чи прийняти любов і тому починають уникати всіх відносин. Селф-психологи, ще одна група теоретиків психодинаміки, говорять про розлад «я» при шизоїдному розладі особистості, вказуючи на відсутність самоповаги і нездатність створити навколо себе комфортну обстановку (Cirese, 1993; Gabbard, 1990). Невпевнені в тому, що вони є, ці люди не можуть встановити відносини з оточуючими.

Теоретики когнітивного напряму, зі свого боку, вважають, що шизоїдні особи страждають на недоліки мислення. Їхні думки, як правило, нечіткі і безплідні, їм важко оточити навколишнє оточення і правильно сприйняти те, що відбувається (Beck & Freeman, 1990). Нездатні вловити емоційні реакції інших людей, вони можуть відгукнутися на емоції оточуючих. Відповідно до цієї теорії, у дітей з шизоїдним розладом особистості повільно розвиваються мовні та моторні навички, незалежно від того, який їхній інтелектуальний рівень (Wolff, 1991).

***Методи лікування шизоїдного розладу особистості***

Вже соціально ізольовані люди з цим розладом особистості, як правило, починають лікування тільки через якийсь інший розлад, наприклад через алкоголізм. Вони часто зберігають дистанцію між собою і терапевтом, мабуть, не переймаються перебігом лікування і в їх стані відбуваються, у кращому випадку, невеликі поліпшення (Quality Assurance Project, 1990; Siever, 1981).

Когнітивним терапевтам іноді вдається допомогти цим людям випробувати більш позитивні емоції (Beck & Freeman, 1990). Їх прийоми включають ознайомлення пацієнта зі списком емоцій, над яким той повинен поміркувати, або прохання згадати і описати якісь приємні ситуації. Терапевти-біхевіористи іноді успішно прищеплюють своїм клієнтам соціальні навички, використовуючи як засоби рольові ігри, контрольований вплив неприємних пацієнтові стимулів (exposure techniques) та домашні завдання (Beck & Freeman, 1990). Групова терапія, очевидно, корисна, коли вона створює обстановку, безпечну для соціального контакту (Vaillant & Perry, 1985), хоча люди з розладом шизоїду можуть відчувати дискомфорт від будь-яких спроб змусити їх взяти участь в якійсь діяльності (Gabbard, 1990). Як і у випадку параноїдного розладу особистості, медикаментозна терапія виявляється малоефективною (Liebowitz et al., 1986).

**Шизотипове розлад особистості.**

Люди з шизотипічним розладом особистості стикаються з безліччю міжособистісних проблем, що характеризуються крайнім дискомфортом у близьких відносинах, дуже дивними формами мислення та сприйняття та ексцентричною поведінкою (АРА, 1994). Зазнаючи тривоги серед інших, вони прагнуть усамітнитися і мати лише кілька близьких друзів. Багато хто почувається дуже самотнім. Цей розлад особистості носить більш важкий характер, ніж параноїдний і шизоїдний, як ми бачимо це у випадку з Харолдом.

*Харолд був четвертим із семи дітей... «Каченя», як звали Харолда, завжди було замкненим, наляканим і «дурним» підлітком. Прізвисько «Каченя» відбивало його незвичайну ходу перевальцем; в устах оточуючих воно мало зневажливий і глузливий відтінок. Харолд рідко грав зі своїми братами та сестрами чи сусідськими дітьми; його безжально дражнили за ходу і за те, що він боявся пустотливих хлопців. Харолд був першим цапом-відбувайлом у дворі; його лякав навіть найневинніший погляд у його бік...*

*Сім'я Харолда була здивована, коли він показав гарну успішність у перші кілька років навчання у школі. Однак після переходу до середньої школи у хлопчика почали виникати труднощі у навчанні. Приблизно у віці 14 років його успішність стала вкрай поганою, він відмовлявся ходити заняття і скаржився на різні фізичні болі невизначеного характеру. До 15 років Харолд зовсім перестав відвідувати школу, залишаючись вдома в напівпідвальній кімнаті, яку він ділив із двома молодшими братами. Усі в сім'ї почали говорити про нього як про «зачеплене». Він міркував про «незрозумілі релігійні речі, позбавлені всякого сенсу», почав також малювати «дивні картинки» і розмовляти сам із собою. Коли йому виповнилося 16, він одного разу вибіг з дому з криком: «Я помчав, я помчав, я помчав...», заявляючи, що його «тіло помчало на небеса» і що він повинен бігати вулицею, щоб його повернути. Цікаво, що цей випадок трапився незабаром після того, як батько підлітка був поміщений за рішенням суду до психіатричної лікарні. До 17 років Харолд тільки й робив, що весь день над чимось міркував, часто розмовляючи вголос безглуздою для навколишніх мовою; він відмовлявся сідати за обідній стіл разом із сім'єю (Millon, 1969, р. 437-348).*

Як це мало місце у випадку з Харолдом, думки та поведінка людей з шизотипічним розладом особистості можуть приходити в повний безлад (Birtchnell, 1996; АРА, 1994). У цих людей іноді виникають ідеї відношення: їм починає здаватися, що сторонні події мають до них безпосереднє відношення. У них можуть бути соматосенсорні ілюзії (bodily illusions), наприклад, переживання деперсоналізації та дереалізації. Деякі вважають, що мають особливі екстрасенсорні здібності, а інші вважають, що можуть магічним чином контролювати дії оточуючих. Іноді вони поводяться вкрай ексцентрично, наприклад, люблять щоразу вибудовувати пивні пляшки таким чином, щоб етикетки розташовувалися в певному порядку, наводять особливий порядок у коморі або одягаються в дивні вбрання. Їхні емоції можуть бути неадекватними, одноманітними або позбавленими гумору.

***Шизотипічний розлад особистості*** *- розлад особистості, при якому людина стикається з безліччю міжособистісних проблем, що характеризуються крайнім дискомфортом у близьких відносинах, дивними формами мислення та сприйняття та ексцентричною поведінкою.*

***Ідеї відносини*** *- уявлення, що сторонні події мають до людини безпосереднє відношення.*

|  |
| --- |
| ***"Таксист".*** Деякі з найбільш запам'ятовуються персонажів цього фільму страждали на явні розлади особистості. У Тревіса Бікла, героя фільму «Таксист», мабуть, виявлялися симптоми шизотипового розладу особистості, наприклад, він відчував соціальний дискомфорт і в нього була явно знижена здатністю до встановлення міжособистісних відносин. Крім того, він проектував різні події на самого себе, вирізнявся дуже підозрілим характером, манією величі, низьким рівнем емпатії, періодично в нього були психотичні епізоди. |

Людям із шизотипічним розладом особистості часто буває дуже важко на чомусь зосередитися (Lenzenweger et al., 1991). Ця проблема може пояснити одну з їх ключових особливостей – розпливчасту мову (digressive speech). Такі люди, як правило, говорять у розпливчастій манері, вимовляючи фрази, що відрізняються надмірною складністю. Їхні вільні асоціації стають причиною того, що оточуючим буває важко стежити за ходом думки (Caplan et al., 1990). Однак, на відміну від шизофренії, ці проблеми, що стосуються уваги та мислення, не призводять до повного розриву з реальністю.

У силу цих проблем більшість людей з цим розладом особистості безцільно витрачають час і ведуть пусте, непродуктивне життя (Millon, 1990). Вони часто вибирають некваліфіковану роботу, на якій можуть працювати нижче своїх можливостей і яка не потребує взаємодії з іншими людьми. Згідно з оцінками, шизотипічним розладом особистості можуть страждати приблизно 3% всіх людей, причому чоловіки схильні до нього в дещо більшій мірі, ніж жінки (АРА, 1994).

***Можливі причини шизотипового розладу особистості***

Оскільки симптоми шизофренії та шизотипічного розладу особистості часто бувають дуже схожі, дослідники намагаються продемонструвати, що фактори, які пояснюють одну хворобу, можуть допомогти пояснити і другу (Raine et al., 1997). Вони встановили, що шизотипові симптоми, подібні до шизофренічних патернів, часто пов'язані зі ущербними комунікативними відносинами в сім'ї та з психічними розладами у батьків (Asarnow et al., 1991; Nagy & Szatmari, 1986). Виявлено також, що шизотиповому розладу можуть сприяти дефекти уваги, як це, очевидно, відбувається у разі шизофренії (Roitman et al., 1997; Weston & Siever, 1993). Нарешті, дослідники починають пов'язувати шизотипічний розлад з деякими біологічними факторами, що виявляються при шизофренії, такими як висока активність нейротрансмітера допаміну та збільшені шлуночки мозку (Trestman et al., 1996; Weston & Siever, 1993). Ряд даних вказує також, що ці біологічні чинники можуть мати генетичну основу (Carey & DiLalla, 1994; Kendler et al, 1991).

***Методи лікування шизотипового розладу особистості***

Терапія осіб із шизотипічним розладом особистості настільки ж проблематична, як терапія тих, хто страждає на параноїдний або шизоїдний розлад особистості ( Stone, 1989; McGlashan, 1986). Більшість терапевтів згодні, що пацієнтам необхідно допомогти «відновити зв'язки» зі світом і що вони мають визнати обмеженість свого мислення та своїх можливостей. Тому терапевти можуть встановлювати для пацієнтів чіткі межі та вимагати від них пунктуальності, а також намагатися допомогти їм побачити, де закінчуються їхні уявлення та де починаються уявлення терапевта (Stone, 1989). Крім того, терапевти намагаються запобігти подальшій соціальній ізоляції, зробити життя цих людей не настільки самотнім, позбавити їх від надмірної самостимуляції і допомогти краще зрозуміти власні почуття (Quality Assurance Project, 1990; Walsh, 1990).

Когнітивні терапевти також намагаються навчити своїх клієнтів об'єктивно оцінювати власні незвичайні думки чи сприйняття та ігнорувати неадекватні думки (Beck & Freeman, .1990). Терапевт може, наприклад, відслідковувати дивні чи магічні передбачення клієнта, а потім вказувати на їхню неточність. Або ж терапевт може попросити людину, що пускається у хитромудрі і абстрактні міркування, коротко і чітко пояснити, що він намагається сказати. Крім того, навчання соціальним навичкам та вказівки щодо належного одягу та манер іноді допомагають пацієнтам стати більш схожими на оточуючих та почуватися комфортніше серед інших людей (Liebowitz et al, 1986).

Нарешті, людям із шизотипічним розладом особистості часто призначають антипсихотичні ліки, частково через схожість цього розладу із шизофренією. Малі дози таких препаратів, очевидно, допомагають деяким людям, знімаючи частину їхніх проблем із мисленням (Coccaro, 1998; Weston & Siever, 1993).

**Резюме**

Розлад особистості – це дуже жорсткий патерн внутрішнього досвіду та зовнішніх дій. Клінічна картина характеризується широкістю та довготривалістю, відрізняється від того, чого зазвичай чекають від людей, і супроводжується соціальною дезадаптацією. Пояснення більшості розладів особи знаходять лише обмежене підтвердження у дослідженнях. DSM-IV ідентифікує 10 розладів особистості та розбиває їх на три групи.

«Дивні» розлади особистості. Три розлади особистості характеризуються тими чи іншими видами дивної чи ексцентричної поведінки, які часто присутні в такому розладі Осі I, як шизофренія. Люди з параноїдним розладом особистості відрізняються підвищеною недовірливістю та підозрілістю. Люди, які страждають на шизоїдний розлад, як правило, уникають соціальних контактів і демонструють низький рівень емоційної експресії. Люди з шизотипічним розладом особистості виявляють безліч міжособистісних проблем, що характеризуються крайнім дискомфортом у близьких відносинах, дуже дивними формами мислення та поведінки та зовнішньою ексцентричністю. Хворі з цими трьома видами розладів зазвичай уникають лікування, результати якого виявляються у разі скромними.

**"Драматичні" розлади особистості.**

До «драматичних» (афектованих) розладів особистості («dramatic» personality disorders) відносять антисоціальні, прикордонні, гістрійні та нарцисичні розлади. Поведінка людей з цими розладами особистості настільки театральна, емоційна чи безладна, що їм майже неможливо встановити з кимось по-справжньому теплі та задовільні стосунки.

Ці розлади особистості діагностують частіше, ніж решта (Fabrega et al., 1991). Однак протягом довгих років пильна увага дослідників привертала лише антисоціальний розлад особистості, частково тому, що вона породжує для суспільства дуже багато проблем. Причини цих розладів сьогодні залишаються недостатньо зрозумілими, які лікування виявляється у разі обмежено ефективним.

**Антисоціальний розлад особистості.**

Іноді описані як «психопати» чи «соціопати», люди з антисоціальним розладом особистості систематично ігнорують чи порушують права інших (АРА, 1994). Крім розладів, викликаних вживанням наркотичних препаратів, це розлад особистості найтіснішим чином пов'язані з кримінальним поведінкою дорослих людей.

|  |
| --- |
| ***Антисоціальність та людиногубство.*** Поведінка Чарлза Менсона, який у 1969 році наказав своїм послідовникам убити дев'ять осіб, задовольняє багатьом критеріям антисоціального розладу особистості, включаючи ігнорування та зневажання прав інших людей, імпульсивність дій, зневагу до істини та відсутність докорів совісті. В одному з недавніх інтерв'ю Менсон похваляється: «Я був божевільним, коли божевілля щось означало». |

***Антисоціальний розлад особистості (antisocial personality disorder)*** *- розлад особистості, що характеризується систематичним ігноруванням та порушенням прав інших людей.*

Ті, хто страждає на антисоціальні розлади, ще до 15-річного віку демонструють моделі негативної поведінки, наприклад, прогулюють навчальні заняття, тікають з дому, роблять жорстокості по відношенню до тварин або людей, псують майно і влаштовують підпали. Роберт Хейр (Hare, 1993), один із провідних світових фахівців у галузі антисоціального розладу особистості, згадує про те, як він зустрівся на початку своєї професійної діяльності з Реєм, ув'язненим, страждаючим цим розладом.

*На початку 1960-х років я почав працювати психологом у системі виправних установ штату Британська Колумбія. Я не пробув у своєму кабінеті ще години, коли з'явився мій перший «клієнт». То був високий, стрункий, темно-волосий чоловік тридцяти років. Здавалося, що все навколо нього вібрувало, а погляд, яким він на мене дивився, був таким прямим і напруженим, що я засумнівався, чи дивився я колись комусь у вічі по-справжньому. Цей погляд був неослабним; відвідувач ні на секунду не дозволяв собі відводити очі убік – прийом, який більшість людей використовують для пом'якшення сили свого погляду.*

*Не чекаючи на вступні слова з мого боку, ув'язнений — я назву його Реєм — почав розмову: «Привіт, док; як справи? Чи бачите, у мене є одна проблема. Мені потрібна ваша допомога. Я хотів би поговорити з вами про це».*

*Радіючи можливості розпочати справжню психотерапевтичну роботу, я попросив його розповісти мені про суть справи. У відповідь він витяг ножа і помахав їм перед моїм носом, постійно посміхаючись і продовжуючи утримувати контакт очей.*

*Переконавшись, що я не збираюся натискати на кнопку тривоги, він пояснив, що не маю наміру мені загрожувати, ніж йому потрібен, щоб розправитися з іншим ув'язненим, який пристає до його «протежу» (тюремний термін для пасивного учасника гомосексуальних відносин). Я не відразу зрозумів, навіщо він мені все це розповідає, але незабаром почав підозрювати, що Рей мене перевіряє, намагаючись визначити, до якого типу тюремних службовців я належу.*

*Починаючи з цієї першої зустрічі, Рей зробив мою восьмимісячну роботу у в'язниці просто нестерпною. Його відвідування та спроби змусити мене виконати те чи інше прохання були нескінченними. Якось він переконав мене в тому, що може стати класним кухарем, і я поклопотав, щоб Рея перевели з механічної майстерні (де він, очевидно, і виготовив ніж). Я не врахував того, що на кухні можна було розжитися цукром, картоплею, фруктами та іншими продуктами, які служать для виробництва самогону. Через кілька місяців після того, як я схвалив це переміщення, під настилом підлоги, там, де знаходився стіл наглядача, стався потужний вибух. Коли хвилювання вщухло, ми виявили під підлогою складну систему для дистиляції спирту. Щось не спрацювало, і одна з ємностей вибухнула. У присутності перегінного куба у в'язниці суворого режиму не було нічого незвичайного, але те, що у в'язнів вистачило нахабства розташувати його просто під місцем наглядача, потрясло багатьох. Коли з'ясувалося, що натхненником самогоноваріння був Рей, йому довелося провести якийсь час у одиночній камері.*

*Відразу ж після виходу з карцера Рей з'явився в моєму кабінеті, ніби нічого не сталося, і попросив про переведення його з кухні до автомайстерні — він відчув, що має дар до цього заняття; він вважав за необхідне підготуватися до життя на волі; якщо він матиме час попрактикуватися, він зможе відкрити власну ремонтну майстерню після звільнення. Я все ще переживав свою участь у першому перекладі, але врешті-решт Рей мене вмовив.*

*Незабаром після цього я вирішив залишити в'язницю, щоб домагатися здобуття докторського ступеня з психології, і приблизно за місяць до того, як я відбув, Рей майже переконав мене попросити мого батька, будівельного підрядника, дати йому роботу, яка мала скласти одну з умов дострокового. звільнення.*

*Рей мав неймовірну здатність обводити навколо пальця не тільки мене, а й усіх інших. Він міг говорити і брехати так гладко і безпосередньо, що іноді йому вдавалося обеззброїти навіть найдосвідченіших і найцинічніших тюремних службовців. Коли я з ним зустрівся, за його спиною був довгий перелік злочинів (і, як виявилося, у майбутньому цей перелік зріс ще більше); майже половину свого життя він провів у в'язниці, причому багато його злочинів були пов'язані з насильством. Він брехав постійно, з лінню, про все, і його анітрохи не турбувало, якщо я вказував на якийсь факт у його досьє, який суперечив його словам. Він просто змінював тему розмови і починав поширюватися про щось зовсім інше. Зрештою, переконавшись, що він навряд чи є відмінним кандидатом для роботи у фірмі мого батька, я відхилив прохання Рея — і був вражений його злісною реакцією на відмову.*

*Перш ніж залишити в'язницю і перейти до університету, я вирішив скористатися пільгою, яку надають тюремним службовцям, які могли відремонтувати свою машину в тюремній автомайстерні — де Рей, як і раніше, працював завдяки мені (чого він ніколи не визнав би). Машину пофарбували в новий колір, а двигун і трансмісія були відрегульовані.*

*Поклавши свою поклажу на верхній багажник автомобіля і посадивши нашу маленьку дитину в дерев'яне ліжечко на задньому сидінні, ми з дружиною виїхали до Онтаріо. Перші проблеми почалися невдовзі після нашого виїзду з Ванкувера, коли двигун почав працювати з перебоями. Потім, коли нам довелося їхати у гору, википів радіатор. Автомеханік виявив шарикопідшипники в камері поплавця карбюратора; він також вказав на явне пошкодження одного із патрубків радіатора. Ці неполадки були усунені досить швидко, але наступна, яка виникла, коли ми їхали вниз з пагорба, виявилася серйознішою. Педаль гальма перестала слухатися, а потім просто втопилася в підлозі — ми залишилися без гальм, а спуск був дуже довгим. На щастя, ми дісталися станції техобслуговування, де з'ясувалося, що гальмівний трубопровід був надпиляний таким чином, щоб відбувався повільний витік рідини. Можливо, це було збігом, що Рей працював у майстерні, коли автомобіль упорядковували, але я не сумніваюся, що тюремний «телеграф» повідомив йому, хто є власником машини (Hare, 1993).*

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** У ХІХ столітті антисоціальний розлад особистості називали «моральним безумством». |

Подібно Рею, люди з антисоціальним розладом особистості постійно брешуть (Seto et al., 1997). Багато хто не може систематично працювати; вони найчастіше відсутні робочому місці й часто зовсім кидають роботу (Bland et al., 1988). Зазвичай ці люди недбало поводяться з грошима, часто забуваючи віддавати борги. Вони імпульсивні і починають діяти, не замислюючись про наслідки (Lykken, 1995). Вони можуть бути дратівливими та агресивними і часто вплутуються в бійки (Vaillant, 1994). Багато хто постійно переїжджає з місця на місце.

Безрозсудні та егоцентричні люди з антисоціальним розладом особистості мало турбуються про безпеку, як своєї власної, так і оточуючих, навіть своїх дітей. Багатьом також важко зберігати близькі стосунки (Birtchnell, 1996; Whitely, 1994). Зазвичай вони вміло вимагають власної вигоди за рахунок інших людей. Страждання або шкоду, яку вони завдають, рідко їх турбує, тому клініцисти зазвичай кажуть, що ці люди не мають совісті (Lykken, 1995). Вони вважають свої жертви слабкими і заслуговують на те, щоб їх обманювали або обкрадали.

Дослідження показують, що на антисоціальний розлад особистості страждає до 3,5% дорослого населення США (АРА, 1994; Kessler et al., 1994). Серед чоловіків цей розлад трапляється втричі частіше, ніж серед жінок (АРА, 1994). Білим американцям такий діагноз ставлять дещо частіше, ніж афроамериканцям (Robins et al., 1991).

Оскільки люди з цим розладом особистості часто опиняються, багато дослідників вивчають антисоціальні моделі поведінки на тюремному контингенті (Lish et al., 1996; Parker, 1991). У чоловіків у міських в'язницях антисоціальний патерн особистості перебуває у зв'язку з минулими арештами за насильницькі злочини (Abram & Teplin, 1990). У багатьох людей із цим розладом кримінальна поведінка йде на спад після 40 років; деякі, проте, продовжують займатися злочинною діяльністю все своє життя (Arboleda-Florez & Holley, 1991).

Дослідження та клінічні спостереження також свідчать про те, що серед антисоціальних особистостей алкоголізм та інші розлади, пов'язані з вживанням наркотичних препаратів, поширені більшою мірою, ніж серед решти населення (Myers, Stewart & Brown, 1998; Sher & Trull, 1994). Можливо, рання інтоксикація та вживання наркотиків розгальмовують їхню поведінку, сприяючи тим самим виникненню антисоціального розладу особистості (Kaminer, 1991). Або навпаки, антисоціальний розлад особистості робить людину більш схильною до вживання наркотичних речовин (Bukstein et al, 1989). І знову ж таки, як антисоціальний розлад особистості, так і вживання наркотиків можуть бути викликані однією і тією ж причиною, наприклад, прихованою потребою робити ризиковані вчинки (Sher & Trull, 1994). Цікаво, що наркомани з цим розладом особистості часто вказують на приємні аспекти вживання наркотиків як причину виникнення та збереження наркотичної залежності (Mirin & Weiss, 1991).

|  |
| --- |
| ***Соціопатія на кіноекрані.*** Одним з найбільш лякаючих і незабутніх персонажів у художніх творах та кінематографії є Алекс, чиї дикі сексуальні думки та вчинки у фільмі «Заводний апельсин» становили частину великого антисоціального патерну. |

|  |  |
| --- | --- |
| Країни | Відсоток підлітків, які вибрали насильницькі реакції, % |
| Нова Зеландія | 38,7 |
| Австралія | 37,8 |
| Північна Ірландія | 32,6 |
| США | 30,2 |
| Японія | 29,0 |
| Англія | 28,7 |
| Канада | 27,2 |
| Франція | 24,2 |
| Мексика | 19,9 |
| Швеція | 19,3 |
| Корея | 18,6 |

**Малюнок 14.3. Чи не є деякі суспільні формації антисоціальнішими, ніж інші?** У ході одного міжнародного дослідження підлітків просили написати розповідь про те, як уявні персонажі поведуться у різних конфліктних ситуаціях. Близько третини новозеландців, австралійців, північноірландців та американців обрали насильницькі реакції порівняно з однією п'ятою піддослідних з Кореї, Швеції та Мексики. (Archer & McDaniel, 1995.)

***Можливі причини антисоціального розладу особистості***

В основі пояснень антисоціального розладу особистості лежать психодинамічна, поведінкова, когнітивна та біологічна теорії. Теоретики психодинамічного спрямування припускають, що це розлад, подібно до багатьох інших розладів особистості, починається з відсутності батьківського кохання в період дитинства, і це призводить до відсутності загальної довіри до людей (Gabbard, 1990). Діти, які мають антисоціальний розлад особистості, реагують на подібний ранній досвід емоційної відчуженістю і намагаються встановлювати контакти з оточуючими тільки силовим і деструктивним шляхом.

На підтвердження психодинамічної теорії дослідники виявляють, що люди з цим розладом частіше, ніж інші, стикалися у свої дитячі роки зі стресом, зокрема в таких його формах, як бідність сім'ї, насильство в сім'ї та батьківські сварки чи розлучення (Luntz & Widom, 1994) ;Farrington, 1991). Багато з них також виховувалися батьками, які самі страждали на антисоціальний розлад особистості (Lahey et al., 1988). Безперечно, що маючи такого батька, людина могла втратити віру в інших людей.

Багато теоретики-біхевіористи припускають, що антисоціальні симптоми могли бути придбані за допомогою наслідування або імітації. Як доказ вони також вказують на велику поширеність антисоціальних розладів особистості серед батьків людей із цим розладом. Інші біхевіористи вважають, що деякі батьки ненавмисно прищеплюють своїм дітям антисоціальну поведінку, регулярно підкріплюючи агресивну поведінку дитини (Capaldi & Patterson, 1994; Patterson, 1986, 1982). Наприклад, коли дитина погано поводиться чи відповідає насильством на батьківські прохання чи вимоги, батьки можуть поступатися їй, щоб відновити мирні стосунки. Ненавмисно вони можуть прищеплювати дитині впертість, а можливо навіть жорстокість.

|  |
| --- |
| «Суспільство готує злочин; злочинець його чинить». - Бокль |

Теоретики когнітивного напрями вважають, що з антисоціальним розладом особистості дотримуються установок, які беруть до уваги важливість потреб оточуючих (Levenson, 1992). Така життєва філософія, на думку теоретиків, може бути поширена у суспільстві набагато ширше, ніж комусь здається (рис. 14.3). Крім того, людям з цим розладом дійсно важко взяти до уваги точку зору, яка відрізняється від їхньої власної.

Нарешті, низка досліджень дозволяє припустити, що у антисоціальному розладі особистості можуть грати значної ролі біологічні чинники. Дослідження показують, що з цим розладом часто менш тривожні, ніж інші ( Zuckerman, 1996; Lykken, 1995). У свою чергу, їм може бракувати елемента, що є ключовим у процесі навчання. Це може пояснити, чому їм так важко вчитися на своїх помилках або вловити емоційні реакції оточуючих.

У кількох дослідженнях було встановлено, що випробувані з антисоціальним розладом особи менш здатні, ніж випробувані з контрольної групи, вирішувати лабораторні завдання, такі як перебування виходу з лабіринту, коли ключовими підкріпленнями є покарання, наприклад, якийсь шоковий вплив або грошовий штраф (Newman et al., 1992, 1987; Lykken, 1995, 1957). Коли експериментатори роблять покарання більш явними чи змушують досліджуваних звертати ними увагу, навчання поліпшується. Однак надані самим собі, випробувані із цим розладом не надто реагують на покарання. Можливо, негативні події просто не викликають цих індивідів такої тривоги, як в інших людей.

Чому ж люди з антисоціальним розладом особистості відчувають меншу тривогу, ніж інші? Дослідники-біологи виявили, що випробувані з цим розладом часто реагують на попередження або очікування стресу низьким збудженням головного мозку та органіки, наприклад, повільним збудженням автономної нервової системи та низькочастотними хвилями ЕЕГ (Patrick et al., 1993, 1998; 1998); ). У силу низького збудження цим людям може бути важко вловлювати загрозливі або емоційні ситуації, і такі ситуації можуть на них незначний вплив.

Можливо також, що мале фізіологічне збудження змушує людей із цим розладом особистості йти на ризик та шукати пригод. Антисоціальна діяльність може їх притягувати саме тому, що вона задовольняє потребу більшого збудження. На користь цієї ідеї говорить те, що антисоціальний розлад особистості, як ми спостерігали це раніше, часто супроводжується поведінкою, що характеризується пошуком гострих відчуттів (Hesselbrock & Hesselbrock, 1992; Zuckerman, 1989, 1978).

**Патологія та мистецтво**

*Коли життя наслідує мистецтво*

У фільмі Олівера Стоуна «Природжені вбивці» (Natural Born Killers) (1994) розповідається про дві соціопати, які шукають пригод, Мікі і Меллорі, які стають всесвітньо відомими, роз'їжджаючи по країні і по-звірячому вбиваючи людей. Стоун хотів зробити цей фільм сатирою на наше спраглие насильства суспільство, по фільм дав поштовх більшій кількості наслідувальних вбивств, ніж будь-яка інша кінокартина (Shnayerson, 1996). Безліч молодих людей робили схожі серії вбивств, називаючи фільм тим джерелом, яке підштовхнуло їх до цього.

Феномен такого наслідування не новий. Коли 1971 року на екрани вийшов фільм Стенлі Кубрика «Заводний апельсин», критики розхвалювали його важливу соціальну спрямованість. Але після того, як група англійських юнаків скопіювала дії лідера зграї з цієї кінокартини та зґвалтувала жінку під мелодію «Пісні під дощем» (Singin' in the Rain), фільм Кубрика був заборонений для показу у Великій Британії ( Shnayerson, 1996). Ця заборона зберігається й донині.

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Чи повинні індивіди вже бути антисоціально налаштованими, перш ніж подібні фільми вплинуть на них, або ж фільми вносять плутанину у свідомість, прославляючи злочинну і жорстоку поведінку? Чи мають режисери та сценаристи враховувати можливу психологічну дію своєї роботи на певних особистостей до того, як беруться за подібні проекти? |

***Методи лікування антисоціального розладу особистості***

Лікування піддається приблизно одна третина всіх людей з цим розладом (Regier et al., 1993), проте жоден з методів лікування не є, мабуть, ефективним. Серйозною проблемою є відсутність совісті у цих людей та їх небажання змінюватись (Widiger, Corbitt & Millon, 1992). Більшість змушують лікуватися їх роботодавці, навчальні заклади чи правоохоронні органи, або вони потрапляють у нулі зору терапевтів у зв'язку з якимось іншим розладом ( Fulwiler & Pope, 1987). Не дивно, що в одному дослідженні було виявлено, що 70% цих пацієнтів припиняють лікування раніше (Gabbard & Coyne, 1987).

Деякі терапевти когнітивно-поведінкового напряму намагаються змусити клієнтів з антисоціальним розладом особистості задуматися про моральні питання та потреби інших людей (Beck & Freeman, 1990). Крім того, у ряді лікарень і в'язниць намагаються створити терапевтичну спільноту для людей з цим розладом, структуроване середовище, яке вчило б їх нести перед іншими людьми (Reid & Burke, 1989; Salama, 1988). Ще один популярний підхід використовують програми «боротьби з здичанням» (challenging wilderness programs), націлені на те, щоб надати людині впевненості в собі, підняти її самооцінку і зробити більш відданим інтересам групи (Reid & Burke, 1989). Деякі особи, мабуть, користуються такими програмами. Однак, як правило, більша частина сьогоднішніх лікувальних підходів незначно впливає на людей з антисоціальним розладом особистості або взагалі на них не діє.

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Антисоціальний розлад особистості - одна з найбільш суперечливих категорій у клінічній галузі. Деякі люди доводять, що це лише псевдоклінічна назва для шахраїв та інших злочинних елементів. Інші вважають, що це серйозний психічний розлад, який клініцисти повинні краще зрозуміти і лікувати більш ефективно. Які аргументи може використовувати кожна сторона на захист своєї позиції? |

**Прикордонний розлад особи.**

Люди з прикордонним розладом особистості відрізняються значною нестійкістю, зокрема, їм властиві сильні зміни настрою, нестійка самооцінка та імпульсивність. Ці характеристики доповнюють одна одну, що робить відносини таких людей з оточуючими також дуже нестабільними (Barratt & Stanford, 1996; АРА, 1994). Деякі труднощі Еллен Фарбер є цілком типовими для цього розладу.

*Еллен Фарбер, 35-річна самотня співробітниця страхової компанії, прийшла до кабінету невідкладної психіатричної допомоги університетської клініки зі скаргами на депресію та думки про те, що її автомобіль може зірватися з урвища. Міс Фарбер була у явно пригніченому стані. Вона повідомила про 6-місячний період дедалі зростаючої туги, відсутності енергії та нездатності радіти. Почуваючись «зробленою зі свинцю», останнім часом вона проводила в ліжку по 15-20 годин на добу. Вона також повідомила про щоденні епізоди ненажерливості, коли вона поїдала «все, що могла знайти», включаючи цілі шоколадні торти або коробки печива. Вона сказала, що проблеми з періодичною обжерливістю почалися в неї ще в підлітковий період, але що останнім часом почастішали.*

*Міс Фарбер приписала ці симптоми, що загострилися, фінансовим труднощам. Вона була звільнена зі своєї роботи за два тижні до того, як прийшла на прийом, і стверджувала, що причиною звільнення було те, що вона «позичила невелику суму грошей». Коли її попросили висловитися точніше, клієнтка повідомила, що винна 150 тисяч доларів своєму колишньому роботодавцю та ще 100 тисяч різним місцевим банкам. З 30 до 33 років вона використовувала кредитні картки свого патрона на те, щоб здійснювати щотижневі «божевільні покупки», в результаті чого виявилася винна 150 тисяч. Щоб позбавитися пригніченого стану, вона імпульсивно купувала дорогі ювелірні вироби, годинник або безліч пар однакових туфель.*

*На додаток до почуття спустошеності, що мучило її все життя, міс Фарбер поскаржилася на хронічну невпевненість щодо того, що вона хоче робити в житті і з ким хоче дружити. У неї було безліч коротких, напружених стосунків, як з чоловіками, так і з жінками, але її запальна вдача призводила до частих сварок і навіть фізичних зіткнень. Хоча міс Фарбер завжди вважала своє дитинство щасливим і безхмарним, але коли впадала в депресію, то починала згадувати про те, як мати карала її словесно та фізично (Spitzer et al., 1994, p. 395-397).*

Подібно до Еллен Фарбер, люди з прикордонним розладом особистості періодично демонструють дратівливість, впадають у вкрай депресивні, тривожні стани, які тривають від кількох годин до кількох днів або більше (табл. 14.1). Очевидно, навколишній світ та його емоції перебувають у постійному конфлікті ( Perry & Cooper, 1986). Вони схильні до нападів гніву (Gardner et al., 1991), що іноді закінчуються фізичною агресією і насильством (Lish et al., 1996). Однак так часто вони спрямовують свій гнів на себе і можуть заподіяти собі тілесні ушкодження. В епіцентрі проблем багатьох їх лежить тривога з приводу глибокого почуття внутрішньої порожнечі.

***Прикордонний розлад особистості* —** *розлад особистості, при якому людина демонструє постійну нестійкість у міжособистісних відносинах, уявлення про себе та настрої, а також крайню імпульсивність поведінки.*

Пацієнтами в кабінетах невідкладної психіатричної допомоги часто виявляються люди з прикордонним розладом особистості, які завдали собі якоїсь шкоди (Bongar et al., 1990; Margo & Newman, 1989). Їх імпульсивна, саморуйнівна поведінка може починатися зі зловживання алкоголем і наркотиками і закінчуватися скоєнням правопорушень, ризикованим сексом, їздою на автомобілі і нанесенням собі ран (Morgenstern et al., 1997; Garfinkel & Gallop, 1992). Нерідкі і суїцидальні думки та дії (Moskovitz, 1996; АРА, 1994). Багато, подібно до Еллен Фарбер, намагаються завдати собі якоїсь шкоди, намагаючись таким чином позбутися безперервного почуття спустошеності, нудьги і нездатності зрозуміти, що вони являють собою.

|  |
| --- |
| «Люди з прикордонним розладом особистості є психологічним еквівалентом пацієнта з опіками по всьому тілу. Їм спричиняє біль буквально все». - Маршія Лайнхен (Marcia Linehan), психолог, 1998 |

Люди з прикордонним розладом особистості найчастіше зав'язують напружені, конфліктні відносини, у яких їхні почуття необов'язково поділяються іншою людиною (Modestin & Villinger, 1989). У цих відносинах вони часто переходять межі загальноприйнятої моральності (Gunderson, 1996; Melges & Swartz, 1989). Розмірковуючи в дихотомічному (чорно-білому) ключі, такі люди швидко виходять із себе, коли їхні очікування не виправдовуються; однак вони зберігають вірність відносинам, паралізовані страхом залишитися на самоті. Вони можуть наносити собі рани або завдавати іншої шкоди, щоб не дозволити іншій людині перервати стосунки.

Вважається, що на прикордонний розлад особистості страждає близько 2% всього населення. До 75% пацієнтів, яким ставлять цей діагноз, – жінки (Grilo et al., 1996; АРА, 1994). Характер перебігу прикордонного розладу варіюється від людини до людини. Найчастіше нестійкість і ризик самогубства досягають свого піку в період молодості, а потім поступово йдуть на спад (АРА, 1994).

***Можливі причини прикордонного розладу особистості***

Оскільки страх бути відкинутим мучить багатьох людей з прикордонним розладом особистості, теоретики психодинамічного напрями, намагаючись пояснити це розлад, знову розглядають ранні взаємини дитини з батьками (Gunderson, 1996). Наприклад, прихильники теорії об'єктних відносин припускають, що відсутність уваги з боку батьків у дитинстві може призводити до втрати самоповаги, підвищеної залежності та нездатності пережити розрив відносин (Cardasis, Hochman & Silk, 1997; Richman & Sokolov, 1992).

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** При дослідженні осіб, які зізналися в тому, що вони неодноразово завдавали собі ран, опіків або інших пошкоджень, були отримані такі дані. Ці люди повідомили, що метою їх дій було переконатися, що вони живі чи реально існують; зменшити негативні почуття, такі як гнів, страх чи почуття провини; придушити болючі спогади; отримати привід покликати оточуючих допомогу ( Bower, 1995). |

**Таблиця 14.1. Порівняльна характеристика розладів особистості**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Група у DSM-IV  Подібні розлади на Осі I | Реакція на лікування |
| Параноїдне | Дивна шизофренія; маячний розлад | Обмежена |
| Шизоїдний | Дивна шизофренія; маячний розлад | Обмежена |
| Шизотипове | Дивна шизофренія; маячний розлад | Обмежена |
| Антисоціальне | Драматична Розлади поведінки | Слабка |
| Прикордонне | Драматична Розлади настрою | Обмежена |
| Гістрійне | Драматичні соматоформні розлади; розлади настрою | Обмежена |
| Нарцисичне | Драматичний Циклотимічне розлад (легкий біполярний розлад) | Слабка |
| Уникальне | Тривожна Соціальна фобія | Помірна |
| Залежне | Тривожний розлад розлучення; дистимічний розлад (легкий депресивний розлад) | Помірна |
| Обсесивно-компульсивне | Тривожний обсесивно-компульсивний тривожний розлад | Помірна |

Дослідження показують, що раннє дитинство багатьох з прикордонним розладом особистості добре узгоджується з цією точкою зору. Батьки цих індивідуумів часто не звертали на них уваги, відкидали їх або поводилися якимось іншим неадекватним чином (Ludolph et al., 1990; Paris et al., 1988). З іншого боку, дитинство людей із цим розладом нерідко відзначено частою зміною, розлученням чи смертю батьків (Plakun, 1991; Wilson et al., 1986). У багатьох дослідженнях були також виявлені випадки колись отриманих людьми з прикордонними симптомами серйозних травм, включаючи фізичне та сексуальне насильство, а іноді навіть інцест (Spoont, 1996; Atlas, 1995). Деякі теоретики вважають, що це розлад може бути продовженням посттравматичного стресу, спровокованого страхами раннього дитинства (Gunderson & Sabo, 1993).

Деякі особливості прикордонного розладу особистості пов'язують із біологічними аномаліями. У людей, які страждають ним, які відрізняються особливою імпульсивністю, що виражається в суїцидальних спробах або агресії проти інших осіб, очевидно, знижена активність серотоніну в головному мозку (Spoont, 1996; Weston & Siever, 1993). У людей із цим розладом також відзначаються аномалії сну, схожі на ті, які бувають у депресивних особистостей ( Siever & Davis, 1991). Біологічні спостереження підтверджує те, що близькі родичі людей з прикордонним розладом страждають на них у п'ять разів частіше, ніж населення загалом (Kendler et al., 1991; Torgersen, 1984).

Нарешті, деякі теоретики соціокультурного спрямування вважають, що випадки прикордонного розладу частіше трапляються у суспільствах, які змінюються швидкими темпами. Коли суспільство стає нестійким, доводять вони, у багатьох його членів неминуче виникають проблеми з ідентичністю, почуття спустошеності, підвищена тривожність і страхи бути відкинутими (Paris, 1991). Сімейні осередки можуть розпадатися, і люди починають менше турбуватися про соціальні питання. Зміни такого роду в суспільстві можуть пояснити зростаючу кількість випадків цього розладу.

**Крупним планом**

*Азартні ігри та інші проблеми імпульсивного характеру*

Імпульсивність є симптомом багатьох психічних розладів, включаючи антисоціальні та прикордонні розлади особистості. DSM-IV також перераховує кілька розладів, відмінністю яких є швидше імпульсивність, ніж особистість. Люди з цими розладами потягів (impulse-control disorders) що неспроможні встояти перед імпульсом, потягом чи спокусою зробити дії, які завдають шкоди їм самим чи оточуючим (АРА, 1994). Зазвичай вони відчувають зростаючу напругу перед скоєнням такої дії і полегшення, коли поступаються імпульсу. Деякі, але не всі, згодом відчувають жаль чи почуття провини. Розлади звичок і потягів включають піроманію, клептоманію, періодичну експлозивність, трихотілломанію і патологічну схильність до азартних ігор.

Піроманія (pyromania) - це свідоме та неодноразове пристрій підпалів з метою отримання задоволення або зняття напруги. Вона відрізняється від паління, що здійснюється на помсту або заради отримання фінансових вигод.

Клептоманія - це стійка нездатність встояти перед імпульсом щось вкрасти. Люди з таким розладом особистості часто бувають більш ніж достатньо грошей, щоб заплатити за вкрадені ними речі.

Особи, що страждають періодичною експлозивністю (вибуховістю) (intermittent explosive disorder), схильні до повторюваних спалахів агресії, при яких вони можуть нападати на людей і псувати майно. Їхні вибухи виходять далеко за ті межі, які можна було б пояснити провокацією з чийогось боку.

Люди з трихотілломанією (trichotillomania) щоразу висмикують волосся з різних частин свого тіла, насамперед із голови та брів, а також вії (Keuthen et al, 1998; Christenson & McKenzie, 1995).

Найбільш поширене з розладів звичок і потягів - патологічна схильність до азартних ігор (патологічний гемблінг) (pathological gambling), постійна участь в азартних іграх, що вносить розлад у сімейне та професійне життя людини (АРА, 1994).

Згідно з оцінками, патологічній схильності до азартних ігор схильні від 1 до 3% дорослих, а також багато підлітків (Buckley, 1995; АРА, 1994). Проте клініцисти намагаються відокремлювати патологічну схильність до азартних ігор від захоплення грою. Патологічна схильність до гри визначається скоріше не кількістю часу та грошей, витрачених на гру, а залежним характером поведінки. Люди з цим розладом не можуть відмовитися від укладання парі і виявляють занепокоєння та роздратування, якщо їм не дають можливості грати. Повторні програші грошей змушують їх грати знову і знову у спробі повернути гроші, і гра продовжується, незважаючи на фінансові, соціальні проблеми та ослаблення здоров'я. Багато людей проходять через чотири послідовні фази: виграш, програш, нерозсудливість та безнадійність (Rosenthal, 1992).

Останнім часом рятуванню від патологічної схильності до азартних ігор приділяється велика увага. Найбільш ефективними є, як правило, методи лікування, які поєднують у собі когнітивні, поведінкові та інші підходи, допомагаючи людям опанувати навички контролю за своїми діями (Echeburra, Banz & Fernandez-Montalvo, 1996; Bujold et al., 1994). Люди, які вступають до груп самодопомоги та підтримки, такі як Анонімні гравці — мережа організацій, створена за прикладом Анонімних алкоголіків, — мабуть, частіше повертаються до нормального життя, можливо, частково завдяки тому, що вони допускають наявність у себе проблеми та намагаються її подолати.

Останнім часом багато хто ставить таке питання: чи не відбувається так, що клінічна точка зору на пристрасть до азартних ігор певною мірою вибачає цю модель поведінки, яка відрізняється безвідповідальність і часто є протизаконною (Vatz & Weinberg, 1993). Однак ряд недавніх досліджень дозволяє припустити, що за патологічною схильністю до азартних ігор та деякими іншими розладами контролю потягу лежать біохімічні фактори (Stein et al., 1993; McElroy et al., 1992).

***Методи лікування прикордонного розладу особистості***

Звісно ж, що довгострокова психотерапія зможе зрештою досягти певного прогресу у лікуванні людей із цим розладом (Sleek, 1997; Moskovitz, 1996). Тим не менш, терапевти зустрічаються з багатьма труднощами у своїй роботі. Наприклад, їм необхідно знайти баланс між співпереживанням гнівним почуттям таких клієнтів та коригуванням їх поглядів (Beck, 1997; Horton, 1992). Крім того, якщо в лікуванні людини все-таки відбувається прогрес, остаточне одужання може бути утруднене через проблеми цього індивіда з взаєминами і його побоювання залишитися одному (Sansone et al., 1991).

Психодинамічна терапія досягає деяких успіхів, коли зосереджує увагу на занепокоєнні пацієнта з приводу його основних відносин, слабкого его (нерозвиненому відчутті «я») і крайнього ступеня самотності та спустошеності (Gunderson, 1996; Michels, 1992). Цей метод іноді поєднується з когнітивним і поведінковим підходами, у яких терапевти намагаються допомогти людям зрозуміти точку зору оточуючих (Linehan et al., 1991). Наприклад, терапевт може запропонувати альтернативні інтерпретації подій і змоделювати реакцію ті чи інші ситуації ( Western, 1991).

Групова терапія також допомагає деяким людям із прикордонним розладом особистості (Moskovitz, 1996; Leszcz, 1992). Вона пропонує їм можливість встановити тісні стосунки з кількома людьми, замість виплескувати всі свої емоції на одного-двох «обраних» і покладати всі свої надії тільки на них.

|  |
| --- |
| ***Безрозсудний акт.*** У 1994 році люди в багатьох країнах світу пережили гнів і обурення, коли дізналися про те, що Сьюзен Сміт убила двох своїх синів, замкнувши їх у сімейному автомобілі і зіштовхнувши його в річку. Протягом кількох днів ця жінка з півдня Каліфорнії, обливаючись сльозами, розповідала історію про викрадення хлопчиків і благала про їхнє благополучне повернення додому, обманюючи всіх, включаючи свого колишнього чоловіка. Деякі клініцисти вважають, що імпульсивний і жорстокий вчинок Сміт, її поверхневі спонукання, настрій, що постійно змінюється, і нестійка самооцінка, а також її здатність вміло обманювати оточуючих відображають симптоми або прикордонного, або антисоціального розладу особистості. |

Нарешті, антидепресанти, антипсихотики та ліки, що застосовуються при біполярному розладі та тривожних станах, допомагають деяким людям зменшити свої емоційні та агресивні спалахи (Bendetti et al., 1998; Weston & Siever, 1993; Siever & Davis, . Однак призначення ліків при амбулаторному лікуванні пацієнтів з прикордонним розладом особистості викликає сумніви з огляду на підвищений ризик того, що людина може вчинити суїцид. В окремих випадках допомагає поєднання медикаментозної терапії та психотерапії (Koenigsberg, 1992).

**Гістрійний розлад особистості.**

Люди з гістріонним розладом особистості (від лат. histrio актор. - Прим. перекл.). колись називався істеричним розладом особистості, вкрай емоційні і постійно домагаються себе уваги (АРА, 1994). Як правило, їх описують як "емоційно заряджених". Непомірний, швидко змінюється настрій може дуже ускладнювати їм життя, як бачимо це у випадку зі Сьюзен.

*Сьюзен, приваблива і жива жінка, звернулася за допомогою до терапевта, сподіваючись, що їй вдасться запобігти розпаду її третього шлюбу. Проблема, з якою вона зіткнулася, мала рецидивуючий характер і полягала в тому, що їй «надокучив» її чоловік і вона стала виявляти все більший інтерес до інших чоловіків. Сьюзен була на межі "чергової інтрижки" і вирішила, що перед тим як "знов поступитися своїм імпульсам", їй "коштує зупинитися і гарненько подивитися" на себе.*

*Сьюзен мала у чоловіків великий успіх ще коли була підлітком. Замість продовжити навчання в коледжі, вона вступила до художнього училища, де зустріла однокурсника, за якого і вийшла заміж — «гарного, заможного нероби». До кінця першого року свого подружжя вони з чоловіком почали «спати з ким попало», і вона «не була певна», що батьком її дочки був чоловік. За кілька місяців після народження дитини вони розлучилися.*

*Незабаром після цього вона вийшла заміж за 40-річного чоловіка, який привів Сьюзен з її дочкою в «затишний будинок» і обдарував їх «увагою та великою любов'ю». Це було «славне життя» — ті чотири роки, що тривало їхнє подружжя. На третій рік їхнього шлюбу вона захопилася молодою людиною, з якою вони разом навчалися танцям. Їхній зв'язок продовжувався недовго, але за нею була низка інших коротких романів. Чоловік дізнався про її пригоди, але прийняв її каяття та запевнення, що подібного більше не буде. Подібне повторилося і шлюб був розірваний після скандального судового процесу.*

*Сьюзен «перебивалася» одна протягом наступних двох років, доки не зустріла свого нинішнього чоловіка, талановитого письменника, який «знав усе» про її минуле. Протягом ще трьох років у неї не виникало бажання розважитись на боці. Вона отримувала задоволення від «загравання» з іншими чоловіками, але залишалася вірною своєму чоловікові, навіть незважаючи на те, що він, працюючи журналістом, їхав у відрядження на місяць-другий. Однак під час його останньої поїздки у неї прокинувся «старий потяг» до любовних пригод. Саме в цей момент вона звернулася до терапевта (Millon, 1969, р. 251).*

Люди з гістрійним розладом особистості весь час «на сцені», навіть описуючи повсякденні події, вони вдаються до театральних жестів і химерної мови. Вони постійно змінюються, намагаючись привернути увагу оточуючих і справити на них враження. При цьому такі люди змінюють від однієї ситуації до іншої не лише зовнішні риси, а й свою думку та переконання; здається, що в них відсутнє відчуття того, що вони собою насправді представляють. Їх мова швидше бідна на суттєві деталі, і вони часто йдуть останньому крику моди, намагаючись викликати в інших захоплення.

***Гістрійний розлад особистості -*** *розлад особистості, при якому людина відрізняється надмірною емоційністю та прагненням привернути до себе увагу. Раніше називалося істеричним розладом особистості.*

Схвалення та похвала становлять сенс життя цих індивідуумів; вони повинні зробити оточуючих свідками своєї емоційної піднесеності та проявів свого настрою. Вони не здатні відкладати на довгий термін отримання задоволення. Марнославні, егоцентричні та наполегливі, вони надмірно бурхливо реагують на будь-яку незначну подію, яка постає на шляху їхнього пошуку уваги. Деякі роблять спроби самогубства, головним чином у тому, щоб маніпулювати оточуючими (Guillard & Guillard, 1987).

Люди з цим розладом особистості можуть привертати себе увагу, перебільшуючи свої фізичні нездужання чи відчуття власної слабкості ( Morrison, 1989). Вони можуть поводитися в дуже провокаційній манері і намагатися сексуально спокусити інших людей. Більшість стурбовані тим, як вони виглядають і як інші їх сприймають, часто носячи яскраве вбрання, що впадає в очі. Крім того, вони схильні перебільшувати свої відносини — наприклад, можуть вважати себе близькими друзями людей, які насправді розглядають їх лише як випадкових знайомих. Вони, як правило, зав'язують любовні стосунки з людьми, які можуть порушувати інтерес, але не поводяться з ними належним чином.

Донедавна вважалося, що це розлад частіше зустрічається у жінок, ніж у чоловіків (Reich, 1987). Клініцисти довгий час описували «істеричних дружин» (Char, 1985). Однак кілька досліджень виявили гендерну тенденційність у тому, як раніше ставилися такі діагнози. Читаючи історії хвороби людей, які мали як гістрійними, і антисоціальними рисами, клініцисти у низці досліджень частіше ставили діагноз гістрійного розладу жінкам, ніж чоловікам (Ford & Widiger, 1989; Hamilton et al., 1986). Недавні дослідження дозволяють припустити, що це розлад особистості зустрічається у 2-3% дорослих людей, причому чоловіки і жінки схильні до нього в рівній мірі (АРА, 1994; Nestadt et al., 1990).

**Сцени із сучасного життя**

*«Що за заплутаний клубок...»*

Одним з найпопулярніших фільмів 1997 року стала картина «брехун, брехун» (Liar, Liar) з Джимом Керрі (Carrey) в головній ролі. Сюжет фільму - запеклий брехун втрачає свою здатність обманювати - викликав відгук у більшості глядачів.

Іноді брешуть майже всі, але багатьом з нас відомі люди, які, подібно до персонажа Керрі, брешуть постійно, ніби їх щось змушує це робити. Причому ця брехня далеко не завжди викликана цілями безпеки і часто викликає неприємності (Ford et al., 1988). Цікаво, що нав'язлива брехня не вважається розладом, хоча іноді є характеристикою людей з антисоціальним, гістрійним чи нарцисичним розладом особистості. Не стала брехня і об'єктом пильної уваги з боку клініцистів-теоретиків та дослідників.

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** У чому може полягати відмінність між «нормальною» та «патологічною» брехнею? Якщо брехня іноді носить відтінок патології, чому тоді її не вивчають уважніше? Яким є ставлення до брехні різних інститутів нашого суспільства — бізнесу, уряду, освіти, науки, релігії — і як їхні погляди можуть впливати на поширення та характер індивідуальної брехні? Чому люди часто захоплюються людиною, яка вміє обманювати, — підлабузником, виробником підроблених творів мистецтва, викрадачом коштовностей? |

***Можливі причини гістрійного розладу особистості***

Враховуючи, що психодинамічні теорії сягають корінням у ранні дослідження істеричних розладів (див. розділ 8), не дивно, що їхні послідовники продовжують виявляти підвищений інтерес до гістрійного розладу особистості. Більшість теоретиків психодинамічного спрямування вважають, що, будучи дітьми, люди з цим розладом стикалися з нездоровими взаєминами, при яких холодні та владні батьки змушували їх почуватися нелюбими та викликали страх бути відкинутими (Gunderson, 1988). Щоб захиститися від прихованого страху втрати, ці індивіди починали драматизувати ситуацію, вигадуючи кризи, які спонукали б оточуючих піклуватися про них (Kuriansky, 1988).

Когнітивні пояснення, у свою чергу, приділяють особливу увагу відсутності змістовності та крайньої навіюваності, що виявляється серед людей із гістрійним розладом. Згідно з теоретиками когнітивного напряму, коли люди стають дедалі більше егоцентричними та емоційними, у них залишається мало можливостей для набуття знань про події, що відбуваються у світі. Оскільки в них відсутні детальні спогади про те, чого вони ніколи не вивчали, їм доводиться покладатися на інтуїцію чи інших людей (Hollander, 1988). Деякі когнітивні теоретики також вважають, що особи з цим розладом дотримуються в цілому установки, що вони не здатні потурбуватися про себе, і тому постійно прагнуть знайти інших людей, які задовольнять їх запити (Beck & Freeman, 1990).

|  |
| --- |
| «Розлади особистості... — це єдині випадки, що залишилися в психіатрії, коли люди вважають вас поганими». - Гері М. Флаксенберг (Gary М. Flaxenberg), психіатр, 1998 |

Нарешті, соціокультурні теоретики висувають гіпотезу, що гістріонний розлад особистості може коренитися в нормах та очікуваннях суспільства. Донедавна наше суспільство спонукало дівчат залишатися дітьми та бути залежними у період свого розвитку (Hollander, 1988). Марнославна, театральна та егоїстична гістрійна особистість може насправді бути проявом надмірної фемінінності, як наше суспільство колись визначило цю тенденцію (Beck & Freeman, 1990).

|  |
| --- |
| ***У пошуках уваги.*** Сучасне суспільство часто спонукає людей привертати себе увагу, надавати риси театральності своєї зовнішності і домагатися захоплення з боку оточуючих. Соціокультурні теоретики доводять, що такі цінності можуть стати передумовою виникнення гістрійного і нарцисичного розладів. |

***Методи лікування гістрійного розладу особистості***

Люди з цим розладом, на відміну осіб з більшістю інших розладів особистості, досить часто звертаються по допомогу (Nestadt et al., 1990). Однак робота з ними може бути дуже важкою, оскільки такі клієнти можуть привносити в процес лікування свої вимоги, капризи та прийоми спокушання (Phillips & Gunderson, 1994; Gabbard, 1990). Інша проблема полягає в наступному: особи з гістріонним розладом особи можуть заявляти, що вони зробили для себе важливі відкриття або що з ними відбулися зміни в період лікування, лише для того, щоб зробити приємне терапевту (Chodoff, 1989). Не допускаючи виникнення таких проблем, терапевти повинні залишатися об'єктивними і виходити за суворі професійні рамки (Gabbard, 1990).

Когнітивні терапевти намагаються допомогти людям з цим розладом змінити погляд на свою безпорадність і виробити у них більш досконалі, раціональніші прийоми мислення та вирішення проблем. Використовується також психодинамічна та групова терапія (Phillips & Gunderson, 1994; Beck & Freeman, 1990). У всіх цих підходах терапевти розраховують на те, що люди усвідомлюють свою надмірну залежність, знайдуть спосіб отримувати внутрішнє задоволення і стануть самостійнішими (Chodoff, 1989). Клінічні звіти показують, що кожен із цих підходів виявляється корисним у певних ситуаціях. Медикаментозна терапія допомагає меншою мірою, за винятком випадків депресивних симптомів, що спостерігаються у деяких пацієнтів (Liebowitz et al., 1986).

**Нарцисичне розлад особистості.**

Люди з нарцисичним розладом особистості, зазвичай, дуже високої думки себе, домагаються захоплення оточуючих і виявляють емпатії (АРА, 1994). Одержимі фантазіями про грандіозний успіх, могутність чи красу, вони вимагають постійної уваги та захоплення з боку інших людей.

|  |
| --- |
| "Кохання до себе - це початок роману, який триває все життя". - Оскар Уайлд, "Ідеальний чоловік", 1895 |

Фредерік, чоловік, з яким ми зустрічалися на початку цього розділу, був саме такою людиною. Цей розлад також проглядається у випадку з 30-річним Стівеном, художником, який має дружину та єдину дитину.

*Стівен потрапив у поле зору терапевта, коли його дружина наполягла на тому, щоб вони звернулися до сімейної консультації. За її словами, він був «егоїстичним, чуйним і надто зайнятим своєю роботою». Все в будинку мало «крутитися навколо нього, його зручностей, настрою та бажань, на шкоду всім іншим». Вона стверджувала, що Стівен не робить жодного внеску в їхнє сімейне життя, за винятком свого досить мізерного заробітку. Він ухилявся від виконання всіх «покладених» обов'язків і постійно «спихував на неї всю брудну роботу», а їй «набридло бути куховаркою і мийницею посуду, вона втомилася бути його матір'ю і прислугою, яка живе в будинку».*

*Що стосується його позитивних якостей, то дружина Стівена зазначила, що він загалом «м'який і добродушний хлопець, який має талант і розум». Але цього було замало. Їй потрібен був чоловік, людина, з якою вона могла б ділитися таємною. Йому ж, за її словами, потрібна була мати, а не дружина; він не хотів «ставати дорослим, не вмів виявити любов, лише приймав її, коли був у настрої, тільки й усього».*

*Стівен виглядав люб'язним, задоволеним собою і дещо гордовитим хлопцем. Він працював художником у комерційній фірмі, але з нетерпінням чекав настання вечора та вихідних днів, коли міг присвячувати себе серйозному живопису. Він стверджував, що йому необхідно віддавати весь свій вільний час та енергію «реалізації свого таланту», досягненню експресії у своїй творчій роботі.*

*Його стосунки з нинішніми колегами та знайомими були цілком привітними та задовільними, але Стівен таки визнав, що більшість людей вважають його «злегка егоцентричним, холодним і зарозумілим». Він також зізнався, що не вміє ділитися своїми думками та почуттями з іншими, що його набагато більше цікавить власна персона, ніж оточуючі, і що, можливо, він завжди «вважав за краще задоволення» бути наодинці з самим собою спілкування з іншими людьми (Millon, 1969) , Р. 261-261).*

Люди з нарцисичним розладом особистості перебільшують свої досягнення та таланти, очікуючи, що інші визнають їхню перевагу, і часто здаються зарозумілими. Вони дуже вибагливі у виборі друзів і партнерів, вважаючи, що їхні проблеми є унікальними і можуть бути оцінені лише іншими «обраними» людьми. Через свою чарівність вони часто справляють сприятливе перше враження. Проте вони рідко зберігають відносини протягом багато часу.

***Нарцисичне розлад особистості*** *- розлад особистості, що характеризується перебільшеною думкою про себе, прагненням викликати захоплення і відсутністю емпатії.*

Подібно до Стівена, люди з нарцисичним розладом рідко цікавляться почуттями оточуючих. Вони використовують інших для досягнення власних цілей, можливо, частково з почуття заздрості, але водночас зазвичай вважають, що оточуючі їм заздрять (Wink, 1996). Хоча й упевнені у своїй величі, деякі з цих осіб реагують на критику нападами люті або почуваються ображеними (Gramzow & Tangney, 1992). Хтось із них може реагувати на критику холодною байдужістю (Messer, 1985). Однак дехто стає вкрай песимістичний і впадає в депресію. Цикл енергійної діяльності може змінюватися з розчаруванням (Wink, 1996; Svrakic, 1990; 1987).

Ймовірно, нарцисичним розладом особи піддаються менше 1% дорослих, причому 75% з них - чоловіки (Grilo et al., 1996; АРА, 1994). Поведінка та думки нарцисичного типу широко поширені та є нормальними серед підлітків; вони зазвичай не призводять до дорослого нарцисизму (АРА, 1994).

***Можливі причини нарцисичного розладу особистості***

Прибічники психодинамічного напрями більш ніж інші теоретизують щодо нарцисичного розладу особистості, знову ж таки постулюючи, що це розлад починається з холодних батьків, які відкидають дитину. На їхню думку, деякі люди з подібною передісторією проводять своє життя, постійно захищаючись від почуттів незадоволеності, неприйняття оточуючими, неспроможності та страху перед світом (Wink, 1996), щоразу переконуючи себе, що вони дійсно досконалі та бажані, і прагнуть викликати захоплення у оточуючих (Vaillant, 1994). Послідовники теорії об'єктних відносин, крім того, вважають, що ці індивіди формують власний величний образ з метою переконати себе в тому, що вони повністю самодостатні і не потребують теплих відносин зі своїми батьками або з ким би там не було ще (Kernberg, 1989); Siomopoulos, 1988). На підтвердження психодинамічних теорій дослідники виявили, що діти, з якими погано поводяться, та діти, батьки яких перебувають у розлученні, частіше стають жертвами нарцисичного розладу особистості. Те саме стосується дітей, яких виховували прийомні батьки чи чиї мати чи батько померли (Kernberg, 1989).

Деякі теоретики поведінкового та когнітивного напрямів припускають, що нарцисичне розлад особистості може виникати у людей внаслідок того, що в дитинстві з ними поводилися надто добре, а не надто погано. Вони стверджують, що деякі індивідууми починають вірити у свою зверхність і велич, коли їх «захоплені і засліплені любов'ю батьки» потурають їм і щоразу привчають дітей «переоцінювати власні переваги» (Millon, 1987). Ці ідеї підтверджує наступний факт: первістки та єдині діти, яких їхні батьки дійсно часто вважають виключно талановитими чи розумними, у тестах, що оцінюють нарцисичні якості, набирають більше балів, ніж їхні однолітки (Curtis & Cowell, 1993).

Нарешті, багато соціокультурних теоретиків пов'язують нарцисичне розлад особистості з «періодами нарцисизму» у суспільстві (Cooper & Ronningstam, 1992). Вони вважають, що суспільство проходить через періоди, в яких відбувається ламання цінностей та соціальних ідеалів, внаслідок чого з'являються покоління молодих людей, що відрізняються егоцентризмом, що мають вузький кругозір та матеріалістичні погляди. Вважається, що ймовірність таких хвиль нарцисизму особливо велика у західному суспільстві, що сприяє самовираженню особистості, індивідуалізму та конкуренції.

***Методи лікування нарцисичного розладу особистості***

Нарцисичне розлад особистості - одне з найбільш важковиліковних (Lawrence, 1987). Ті, хто звертається за допомогою, зазвичай роблять це у зв'язку з якимось супутнім розладом, найчастіше у зв'язку з депресією (Beck & Freeman, 1990). Почавши лікування, люди можуть намагатися маніпулювати терапевтом, домагаючись від нього підтвердження їхнього почуття власної величі. Деякі, мабуть, також проектують свою велич на терапевтів і починають виявляти по відношенню до них змішані почуття любові та ненависті (Uchoa, 1985).

Терапевти психодинамічного спрямування намагаються допомогти людям з нарцисичним розладом особистості усвідомити свою початкову невпевненість та механізми захисту, яких вони вдаються (Masterson, 1990; Kernberg, 1989). Когнітивні терапевти зосереджують увагу на егоцентричному мисленні цих людей. Вони намагаються спрямувати погляд своїх клієнтів на уявлення оточуючих, удосконалити їхню манеру інтерпретації критики, підвищити їхню здатність співпереживати іншим людям і змінити їхнє мислення за принципом «все або нічого» (Beck & Freeman, 1990). Проте ці підходи, очевидно, приносять незначний успіх.

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Деякі люди вважають, що останні 15 років у західному світі спостерігається зростання нарцисічної поведінки та мислення. Які особливості західного суспільства, що виявилися в цей період (наприклад, нові філософські системи виховання дітей, рекламні кампанії, тенденції у спорті, книжкова тематика та телепрограми) можуть сприяти зростанню нарцисизму? |

**Резюме**

"Драматичні" (афектовані) розлади особистості. Чотири розлади особистості характеризуються симптомами драматизації, емоційності та нестійкості. Люди з антисоціальним розладом особистості ігнорують та порушують права інших людей. Жоден з відомих методів лікування не дає ефективних результатів. Людям з прикордонним розладом особистості властива нестійкість міжособистісних відносин, уявлень про себе і настрої, поруч із крайньої імпульсивністю. Лікування, мабуть, може бути ефективним, призводячи до певного покращення стану цих індивідуумів. Люди з гістріонним розладом особистості (якийсь колись називався істеричним розладом) відрізняються крайньою емоційністю і прагненням привернути до себе увагу. Клінічні звіти дозволяють припустити, що в окремих випадках лікування виявляється успішним. Зрештою, для людей з нарцисичним розладом особистості характерна висока думка про себе, потреба у захопленні та відсутність емпатії. Цей розлад є одним із найбільш важковиліковних.

**«Тривожні» розлади особистості.**

«Тривожні» розлади особистості («anxious» personality disorders) включають уникне, залежне і обсесивно-компульсивне розлади особистості. Люди з цими розладами, як правило, відрізняються тривожною та боязкою поведінкою. Багато симптомів таких розладів особистості нагадують симптоми тривожного та депресивних розладів, але дослідники не знаходять прямих зв'язків з патологіями, що належать до Осі I (Weston & Siever, 1993). Як і у більшості інших розладів особистості, дослідницькі підтвердження різних пояснень «тривожних» розладів досить недостатні. У той же час методи лікування цих розладів, мабуть, допомагають у ступені від обмеженої до помірної, даючи набагато кращі результати, ніж у разі інших розладів особистості.

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Людям властиво ставити помилково діагноз психічних розладів собі, своїм родичам чи знайомим; особливо це стосується розладів особистості. Чому, на вашу думку, саме такі розлади є улюбленим об'єктом уваги з боку подібних психологів-дилетантів? |

**Уникаючий розлад особистості.**

Люди з уникаючим розладом особистості (avoidant personality disorder) відчувають постійний дискомфорт і скутість у соціальних ситуаціях, схильні до почуття власної неповноцінності і вкрай чутливі до негативних оцінок (АРА, 1994). Вони настільки бояться бути відкинутими, що не дають нікому можливості відкинути чи, навпаки, схвалити їх.

*Джеймс працював бухгалтером дев'ять років. За його словами, з раннього дитинства він був сором'язливим, боязким і тихим хлопчиком.*

*Начальник Джеймса характеризував його як нелюдимого, трохи дивного хлопця, який виконував свою роботу непомітно та ефективно. У кафетерії компанії він завжди обідав один, ніколи не пив каву зі своїми колегами під час коротких робочих перерв і не брав участі в «галасливій метушні» в офісі.*

*Щодо його соціального життя, то Джеймс за п'ять років жодного разу не ходив на побачення і не відвідав жодної вечірки. Він присвячував більшу частину вільного часу читання, перегляду телепередач, мрій та облаштування свого будинку.*

*Джеймс зазнав сильного стресу, коли в його відділі з'явилися нові працівники. В офісі регулярно працювало близько 40 осіб, і перестановки на роботі щороку призводили до заміни чотирьох-п'яти осіб. Останніми місяцями в офісі підібралася нова тісна компанія. Хоча Джеймс дуже хотів стати членом цієї "внутрішньої групи", він не наважувався до них приєднатися, оскільки "не міг їм нічого запропонувати" і вважав, що його відкинули. Через короткий час він і ще дві-три людини стали об'єктом жартів і глузувань з боку заводив компанії. Після кількох тижнів «підсміювання» він почав прогулювати роботу, виявився нездатним завершити вчасно свої звіти, втратив впевненість у трудових навичках і став допускати невиправдано велику кількість помилок (Millon, 1969, р. 231-232).*

Люди, подібні до Джеймса, активно уникають соціальних контактів. В основі цього відсторонення від оточуючих лежать не так слабкі соціальні навички, як страх перед критикою, несхваленням чи неприйняттям. Такі люди боязкі і нерішучі в соціальних ситуаціях, бояться сказати якусь дурість або поставити себе в незручне становище, почервонівши або показавши свою нервозність. Навіть в інтимних відносинах вони висловлюють свої почуття дуже обережно, боячись бути засоромленими чи висміяними.

***Уникаючий розлад особистості -*** *розлад особистості, при якому людина відчуває постійний дискомфорт і скутість в соціальних ситуаціях, схильний до почуття власної неповноцінності і вкрай чутливий до критики.*

Індивідууми з уникаючим розладом особистості вважають, що інші їх перевершують. Вони перебільшують потенційні труднощі нових ситуацій і тому рідко йдуть на ризик чи беруться до нових видів діяльності. У них зазвичай небагато чи взагалі немає близьких друзів, хоча вони насправді прагнуть тісних стосунків і часто відчувають депресію чи почуття самотності. Щоб якось заповнити вакуум, деякі занурюються у світ фантазії та уяви (Millon, 1990).

|  |
| --- |
| ***Лише фаза розвитку.*** Багато дітей і підлітків дуже сором'язливі, легко соромляться і відчувають дискомфорт серед людей, які не є їхніми батьками, братами та сестрами або близькими друзями. Подібні реакції становлять нормальну і звичайну частину розвитку і самі по собі не вказують на уникне або залежне розлад особистості. |

Уникаючий розлад особистості нагадує соціальні фобії (social phobias) (див. розділ 4). Типові симптоми включають страх приниження і невпевненість у собі, а багато людей з одним з цих розладів особистості страждають також і іншим (Fahlen, 1995). Однак люди із соціальною фобією бояться головним чином певних соціальних ситуацій, тоді як особи з розладом особистості, як правило, побоюються близьких соціальних відносин (Turner et al., 1986).

Уникаючий розлад особистості схильні від 0,5 до 1% дорослих, причому поширеність його серед чоловіків і жінок однакова. Багато дітей та підлітків також можуть бути вкрай сором'язливими та уникати інших людей, але зазвичай такі прояви становлять нормальну частину їх розвитку.

***Можливі причини уникнення розладу особистості***

Теоретики часто висувають припущення, що розлад особистості, що уникає, може бути викликано тими ж причинами, що і тривожні розлади (anxiety disorders), наприклад, зовні зумовленими страхами, невиправданими уявленнями або біохімічними аномаліями. Однак дослідники ще не виявили прямий зв'язок даного розладу особи з розладами, що належать до Осі I (Weston & Siever, 1993). Поки що найбільша увага клініцистів адресується психодинамічній та когнітивній теоріям.

Теоретики психодинамічного напрями наголошують головним чином інтенсивному почутті сорому, що відчувається людьми з уникаючим розладом особистості. Деякі пов'язують цей сором із переживаннями дитинства, такими як ранні неприємності з кишечником та сечовим міхуром (Gabbard, 1990). Якщо батьки щораз карають дитину після таких подій або висміюють її, у людини може сформуватися негативне уявлення про власну особистість. Такий індивідуум протягом усього свого життя відчуватиме себе негідним любові і не довіряти проявам любові з боку оточуючих (Liebowitz et al., 1986). Когнітивні теоретики вважають, що різка критика та неприйняття в ранньому дитинстві можуть призводити до того, що люди із замкнутим розладом особистості починають думати, що оточуючі здебільшого налаштовані критично. В результаті ці особи очікують на неприйняття з боку інших, неправильно інтерпретують їх реакції, ігнорують позитивний зворотний зв'язок і, як правило, побоюються соціальних ситуацій (Beck, 1997). В одному дослідженні випробувані з уникаючим розладом особистості згадували епізоди дитинства, які підтверджують як психодинамічну, так і когнітивну теорії, наприклад, несприятливий клімат у сім'ї та надто рідкісні прояви батьківського кохання чи гордості (Arbel & Stravynski, 1991).

***Методи лікування розладу особистості, що уникає***

Люди з цим розладом особистості звертаються до терапевта в надії домогтися схвалення та кохання з його боку. Однак продовження курсу лікування може виявитися скрутним, бо багато хто незабаром починає уникати зустрічей з лікарем (Beck & Freeman, 1990). Часто вони не вірять у щирість терапевта та починають побоюватися неприйняття з його боку. Тим самим, як і у випадку інших розладів особистості, найпершим завданням терапії стає завоювання довіри пацієнта (Beck, 1997; Gabbard, 1990).

В іншому ж терапевти, як правило, підходять до людей з уникаючим розладом особистості багато в чому так само, як вони лікують пацієнтів із соціальними фобіями та іншими тривожними розладами. Такі підходи приносять як мінімум обмежений успіх. Терапевти, що дотримуються психодинамічного спрямування, намагаються допомогти цим людям побачити несвідомі конфлікти, які можуть бути, і подолати їх (Hurt et al., 1991). Когнітивні терапевти допомагають їм змінити свої хворобливі погляди і думки, стати більш терпимими до емоційного дискомфорту і сформувати правильне уявлення про себе (Beck & Freeman, 1990; Alden, 1989). Біхевіористи використовують техніку навчання соціальним навичкам та метод контрольованого негативного впливу, що вимагають від людей поступового розширення своїх соціальних контактів (Quality Assurance Project, 1991; Stravynski et al., 1987). Антидепресанти та ліки, що знімають тривогу, іноді допомагають зменшити соціальну тривожність пацієнта, хоча після припинення їх прийому симптоми можуть з'явитися знову (Liebowitz et al., 1991, 1990; Mattick & Newman, 1991). Групова терапія також допомагає багатьом людям з розладом особистості, що уникає, даючи їм можливість попрактикуватися в соціальних ситуаціях (Azima, 1993; Renenberg et al., 1990).

**Залежне розлад особистості.**

Люди із залежним розладом особистості відчувають стійку, надмірну потребу у тому, щоб їх піклувалися (АРА, 1994). Як результат, вони прив'язливі та покірні та бояться розлуки зі своїм батьком, чоловіком чи іншою близькою людиною. Вони покладаються на інших настільки, що не здатні самостійно прийняти жодних рішень. Містер Дж. є подібним прикладом.

*Підприємство, на якому містер Дж. пропрацював останні 15 років, нещодавно закрилося, і він був без роботи протягом кількох тижнів. Здавалося, втрата роботи пригнічує його менше, ніж невдоволення дружини, що росте, його рішенням «залишатися вдома, поки що-небудь не підвернеться». Вона вважала, що він «мабуть, хворий», і наполягала на тому, щоб він здався лікареві.*

*Містер Дж. народився в Європі, будучи старшою дитиною та єдиним сином у сім'ї з шістьма дітьми. Мати уважно стежила за ним, не дозволяючи йому надмірно напружувати свої сили та обмежуючи його обов'язки; в результаті вона домоглася того, що він не зумів опанувати багато звичайних фізичних навичок, які більшість юнаків освоюють у період зростання.*

*Одруження містера Дж. влаштували його батьки. Його дружина була фізично міцною жінкою, яка працювала швачкою, дбала про будинок і виносила чотирьох дітей. Містер Дж. виконував різні дрібні роботи в кравецькому ательє свого батька. При цьому його мати стежила за тим, щоб він не брав на себе «важку чи брудну роботу», а лише допомагав і «доглядав» інших працівників. Як наслідок, містер Дж. не опанував жодної з навичок кравецької справи.*

*Незадовго до початку Другої світової війни містер Дж. приїхав відвідати двох своїх сестер, які раніше емігрували до США. Коли в Європі почалися переслідування, він не зміг повернутись додому. Усі члени його сім'ї, крім маленького сина, загинули у роки війни.*

*Надалі він отримав роботу на швейній фабриці, якою володіли його зяті. І знову ж таки він виконував роль помічника, а не кваліфікованого працівника. Хоча протягом усіх цих років колеги не переставали добродушно сміятися з містера Дж., він зберігав до них дружнє і доброзичливе ставлення, приносячи їм сендвічі, каву і цигарки на першу їхню вимогу.*

*Він знову одружився з працьовитою жінкою материнського типу, яка приносила до будинку більшу частину сімейного доходу. Незабаром після цього до них до Америки емігрував син від першого шлюбу. Хоча синові було на той час лише 19, незабаром вже не батько дбав про нього, а юнак сам став керувати справами батька (Millon, 1969, 242).*

Залежно від інших немає нічого ненормального і нездорового, але люди із залежним розладом особистості, як правило, потребують постійної підтримки у повсякденних справах та підтвердження свого почуття крайньої некомпетентності та безпорадності. Побоюючись, що не зможуть подбати про себе, вони відчайдушно чіпляються за друзів і родичів.

***Залежне розлад особистості —*** *розлад особистості, характеризується прив'язливістю і покірністю, страхом розлуки і стійкою, надмірною потребою людини у цьому, щоб дбали.*

Ми зазначили раніше, що люди з розладом особистості, що уникають, зазнають труднощів із зав'язуванням відносин. При залежному розладі особистості причиною проблеми є розлука. Ці індивіди почуваються абсолютно безпорадними і покинутими, коли припиняються їхні близькі стосунки з кимось, і вони намагаються зав'язати нові відносини, щоб заповнити порожнечу. Багато хто продовжує підтримувати відносини з партнерами, які зазнають їх фізичних чи психологічних страждань.

Невпевнені у своїх здібностях і судженнях люди з цим розладом особистості дозволяють, щоб хтось приймав за них усі важливі рішення, і рідко не погоджуються з думкою іншої людини. Вони можуть бути залежними від батька або чоловіка, приймаючи рішення, де їм жити, яку роботу вибрати і з якими сусідами дружити (Overholster, 1996; АРА, 1994). Оскільки ці люди бояться бути відкинутими, вони дуже чутливі до критики. Вони постійно намагаються задовольнити бажання і очікування оточуючих, навіть якщо це означає виконання неприємних обов'язків.

Багато людей із залежним розладом особистості відчувають страждання, почуття самотності та смуток, а деякі з них – і огида до себе (Overholster, 1996, 1992). Тим самим вони ризикують стати жертвами депресивного чи тривожного розладу (Reich, 1996; Bornstein, 1995). Їх страх розлуки може спричинити суїцидальні думки, особливо коли вони очікують швидкого припинення відносин (Kiev, 1989).

Наскільки широко поширений залежний розлад особистості, точно не відомо, хоча деякі дослідження вказують на те, що йому можуть бути піддані близько 2% населення (Zimmerman & Coryell, 1989). Протягом багатьох років клініцисти вважали, що на цей розлад страждають в основному жінки (Overholster, 1992), але останні дослідження дозволяють припустити, що воно так само поширене і серед чоловіків (АРА, 1994; Reich, 1990).

**Сцени із сучасного життя**

*Залежність від Інтернету: ще одна проблема*

Останнім часом з'явилася нова психологічна проблема: неконтрольована потреба перебувати у режимі online («на лінії»). Деякі клініцисти вважають, що вона схожа на наркотичну залежність. Інші вважають, що їй притаманні якості, притаманні розладу потягів (нездатність контролювати свої імпульси). А багато хто відзначає, що ця тенденція нагадує залежний розлад особистості, хіба що в даному випадку індивідуум вкрай залежить від комп'ютерного простору та численних колег-користувачів, постійно добиваючись їхнього суспільства, керівництва, схвалення та побоюючись розлуки з ними. Жертви цієї залежності витрачають до 60 годин на тиждень на подорожі через мережу, особливо на групові бесіди, знайомства через електронну пошту або на хитромудрі комп'ютерні ігри (Murray, 1996). Для деяких Інтернет — конгломерат комп'ютерних мереж, що охоплює весь світ, став своєрідною чорною діркою. Вони описують свою потребу бути «на лінії» як місія, якій ненавмисно принесли в жертву свою роботу, освіту, друзів, навіть подружжя. Особливо гостро постає ця проблема, мабуть, у студентів вищих навчальних закладів.

*Я вперше познайомився з комп'ютером у 1991 році під час навчання в університеті. Якось я випадково виявив, що можу надсилати короткі послання студентам інших університетів і навіть людям в Америці та інших екзотичних країнах, таких як Мексика та Фінляндія! Це стало для мене переломним моментом, і я почав проводити надзвичайно довгі періоди часу на лінії. Це сталося на початку мого останнього року навчання, Я став рідше і рідше з'являтися на заняттях і, як можна легко припустити, повністю провалився на іспитах. Але мене це не особливо хвилювало, оскільки в мене була Мережа, завдяки якій я завів безліч друзів як «на лінії», так і поза нею, включаючи свою тодішню подругу, тому життя було не таким поганим. З того часу я навчився відстежувати деякі речі і не вдаватися до нескінченних комп'ютерних розмов. Моє життя, як і раніше, в деяких відносинах порочне, але я все ж таки відчуваю в собі трохи більшу здатність його контролювати. Я більше не прилипаю покірно до екрану о 4-й годині ранку, ведучи розмови про щось, що мені зовсім нецікаво, але все-таки змушую себе лягти спати (анонімний автор, 1996).*

Подібно до цієї людини, все більше користувачів стають бранцями соціального світу Інтернету. "Переговорні кімнати" (chat rooms) дозволяють користувачам комп'ютерів "розмовляти" з іншими користувачами по всьому світу 24 години на добу 365 днів на рік. Групи любителів новин (news groups) дозволяють користувачам надсилати послання та отримувати на них відповіді у безперервному комунікаційному режимі. Ці послуги дають людям можливість збудувати власний соціальний світ — заповнений знайомими, близькими друзями та романтичними стосунками.

Дослідниця Кімберлі С. Янг (Young, 1996) вивчила 496 людей, які активно користуються послугами on-line. Вона відносила їх до залежних від Інтернету, якщо вони протягом 12-місячного періоду задовольняли чотирьом або більше критеріям нижченаведених.

1. Почувалися надто поглиненими Інтернетом.

2. Потребули, щоб проводити все більше часу в Інтернеті для отримання задоволення.

3. Були неспроможні контролювати своє користування Інтернетом.

4. Зазнавали занепокоєння чи роздратування, коли намагалися відірватися від Інтернету.

5. Використовували Інтернет як засіб втечі від проблем чи покращення свого настрою.

6. Брехали членам сім'ї або друзям, приховуючи те, скільки часу вони зайняті Інтернетом.

7. Ризикували через Інтернет втратою значних відносин, роботи, навчальних чи професійних можливостей.

8. Продовжували повертатися до Інтернету навіть після витрачання надмірних сум грошей на оплату інтернетівських послуг.

9. Стали замкнутими, коли не мали змоги користуватися Інтернетом.

10. Залишалися на лінії довше, ніж вони спочатку планували.

Янг виявила, що майже 80% піддослідних були залежними від Інтернету. Враховуючи розмах цієї проблеми, зараз організується дедалі більше консультативних програм та семінарів, особливо у студентських містечках. Але одним із найпопулярніших терапевтичних підходів є групи підтримки, аналогічні Анонімним алкоголікам, — деякі з них, хоч як це парадоксально, функціонують в Інтернеті. Наприклад, Група підтримки при Інтернет-залежності (Internet Addiction Support Group) залучила багато передплатників, які визнають свою проблему, підтримують один одного та обмінюються методами її подолання (Murray, 1996). Деякі клініцисти порівнюють цю методику із «проведенням зустрічі суспільства Анонімних алкоголіків у барі» (Orzack, 1996). Однак інші вказують, що багато Інтернет-залежних користувачів не здатні надовго відірватися від своїх комп'ютерів, щоб відвідати якийсь традиційний лікувальний центр (Belluck, 1996).

***Можливі причини залежного розладу особистості***

Психодинамічні пояснення залежного розладу особистості дуже схожі пояснення депресії. Наприклад, послідовники Фрейда вважають, що невирішені конфлікти на оральній стадії психосексуального розвитку створюють передумови для потреби в опіці, що зберігається все життя, і для залежного розладу особистості (Greenberg & Bornstein, 1988). Теоретики об'єктних відносин подібним чином вважають, що рання втрата батьків або неприйняття з їхнього боку можуть перешкодити нормальному досвіду прихильності та розлуки, поселяючи в деяких дітях страх бути відкинутими, що зберігається протягом усього їхнього життя. Інші теоретики психодинамічного спрямування припускають, що батьки деяких людей з цим розладом особистості настільки сильно опікувалися своїми дітьми, що породили в них надмірні почуття залежності, незахищеності та тривоги, пов'язані з розлукою (Bornstein, 1996, 1992).

Біхевіористи висловлюють припущення, що батьки людей із залежним розладом особистості ненавмисно заохочують їхню несамостійну та лояльну поведінку. Одночасно вони карають дитину за незалежні дії, можливо, шляхом позбавлення своєї любові. Крім того, деякі батьки можуть подати дитині приклад своєю власною залежною поведінкою.

Нарешті, когнітивні теоретики переконані, що особи з цим розладом дотримуються двох установок, які викликають і підтримують його: (1) вони не пристосовані і безпорадні в житті і (2) вони потребують людину, яка б захистила їх і допомогла вижити (Beck, 1997; Beck & Freeman, 1990). Для цих індивідуумів також характерне дихотомічне (чорно-біле) мислення: «Якщо людина хоче бути залежною, вона повинна залишатися абсолютно безпорадною» або «Якщо людина хоче бути незалежною, вона повинна залишатися одна». Подібні думки не дозволяють їм робити будь-які спроби здобути незалежність.

***Методи лікування залежного розладу особистості***

Люди з цим розладом зазвичай перекладають всі відповідальність за своє лікування та благополуччя на терапевта (Beck, 1997; Perry, 1989). Тим самим ключове питання в терапії — те, як змусити їх взяти відповідальність на себе. Інша проблема полягає в тому, що поведінка чоловіка або батька може підживлювати симптоми пацієнта. Тому деякі клініцисти використовують сімейну терапію або незалежну індивідуальну терапію для партнера (Liebowitz et al, 1986).

Лікування залежного розладу особистості може бути як мінімум обмежено успішним. Психодинамічна терапія, що застосовується до людей з цим розладом, ставить в основу багато з тих же аспектів, що і терапія депресивних особистостей. Зокрема, однією з головних проблем лікування стає, як правило, перенесення потреби залежно від терапевта (Perry, 1989). Терапевти-біхевіористи часто пропонують вправи з набуття впевненості, які допомагають клієнтам краще висловлювати свої бажання у стосунках. А когнітивні терапевти намагаються допомогти людям змінити свої уявлення про некомпетентність та безпорадність (Beck & Freeman, 1990).

|  |
| --- |
| ***Дисфункції у мультиплікації.*** У міру ускладнення технології мультиплікації стають складнішими та особистісні проблеми персонажів мультфільмів. Нагорі: неспокійні персонажі минулих років зазвичай характеризувалися якоюсь однією негативною рисою особистості, як це демонструє приятель Білосніжки Ворчун, другий ліворуч. Внизу: сучасним персонажам властивий цілий набір деструктивних характеристик. Наприклад, Бівіс і Баттхед відрізняються слабкою здатністю контролювати свої імпульси, неповагою до прав інших людей, неповноцінними відносинами, емоційною та когнітивною обмеженістю і, у випадку Бівіса, підлеглою і залежною поведінкою. |

Нарешті, як і у разі замкнутого розладу особистості, може бути корисною групова терапія. Вона забезпечує підтримку з боку кількох людей, які опинилися в такому ж положенні, натомість підтримки з боку одного-єдиного домінуючого людини (Azima, 1993; Perry, 1989). До того ж, члени групи можуть навчатися шляхом наслідування того, як краще висловлювати почуття та вирішувати проблеми, а також практикувати ці нові моделі поведінки на групових заняттях (Beck & Freeman, 1990).

**Обсесивно-компульсивний розлад особистості.**

Люди з обсесивно-компульсивним розладом особистості (неврозом нав'язливих станів) надають настільки великого значення порядку, досягненню досконалості та контролю, що втрачають гнучкість, безпосередність та працездатність. Прагнення зробити все «правильно» знижує продуктивність їхньої діяльності, як це сталося у випадку з Вейном.

*Вейну порадили звернутися до терапевта після того, як він протягом кількох місяців погано спав ночами і ставав на роботі все більш загальмованим та нерішучим. На першому прийомі він повідомив про почуття провини та крайню невпевненість у собі, а також про тривалий період напруги та всеохоплюючої тривоги. Терапевт встановив, що Уейн постійно виявляв ці симптоми. Просто останнім часом вони стали гострішими, ніж раніше.*

*Поштовхом до раптового посилення дискомфорту стала зміна його академічної посади. До керівництва коледжу прийшли нові адміністративні працівники, і Вейна попросили піти з посади декана та повернутися до звичайної викладацької діяльності на факультеті. На перших прийомах Уейн говорив переважно про свій страх знову постати перед студентами в аудиторії, відчував невпевненість щодо того, чи зможе він добре підготуватися до занять, і сумнівався, чи зможе підтримати дисципліну серед студентів і зацікавити їх своїми лекціями. Саме занепокоєння цими проблемами і не дозволяло йому на його думку, зосередитись на нинішніх обов'язках та впоратися з ними.*

*Уейн жодного разу не висловив обурення на адресу нової адміністрації коледжу за те, що його збираються понизити на посаді. Він неодноразово висловлював свою «повну впевненість» у «розумності їхнього вирішення». Однак коли він опинявся з ними віч-на-віч, то помічав, що починає запинатися і стає вкрай нервозним.*

*Уейн був у сім'ї молодшим із двох синів. Його батько був щасливим інженером, а мати викладала у школі. Обидва батьки відрізнялися «працездатністю, акуратністю та вимогливістю». Життя в будинку було «ретельно розплановане», «вивішувалися графіки щоденних та щотижневих обов'язків», а «проведення відпусток обмірковувалося за рік чи два до їх початку». Нічого не залишалося на випадок. Уейн засвоїв образ «хорошого хлопчика». Не в змозі зрівнятися зі своїм братом ні у фізичному, ні в інтелектуальному, ні в соціальному відношенні він став «зразком чесноти». Будучи пунктуальним, скрупульозним, методичним та дисциплінованим, він міг уникати зіткнень зі своїми педантичними батьками і часом домагався від них бажаного відношення. Він слухався їхніх порад, приймав їхнє керівництво як заповіді і не наважувався приймати жодних рішень, доки не отримував їх схвалення. Хоча він і пригадав «сутички» зі своїм братом до шести-або семирічного віку, «надалі Уейн стримував своє обурення і ніколи більше не засмучував своїх батьків» (Millon, 1969, р. 278-279).*

Стурбований правилами, порядком та належним виконанням обов'язків, Уейн відчував труднощі з більш масштабним розумінням того, що відбувається. Коли він та інші люди з обсесивно-компульсивним розладом особистості стикаються з якимось завданням, їх настільки поглинають організаційні моменти та деталі, що вони виявляються нездатними схопити сенс самої діяльності. В результаті, їхня робота часто збивається з графіка або так і залишається незавершеною, а вони при цьому можуть забувати про відпочинок та підтримку дружніх відносин.

***Обсесивно-компульсивний розлад особистості*** *— розлад особистості, у якому людина надає настільки велике значення порядку, досягненню досконалості та контролю, що втрачає гнучкість, безпосередність і працездатність.*

Люди з обсесивно-компульсивним розладом особистості встановлюють невиправдано високі стандарти як собі, так оточуючих. Вони можуть залишатися постійно незадоволеними результатами своєї діяльності, але відмовляються звертатися за допомогою або співпрацювати з кимось, переконані, що інші надто безтурботні чи некомпетентні, щоб виконувати роботу належним чином. Оскільки вони так бояться припуститися помилок, то можуть ухилятися від прийняття рішень.

Як правило, ці індивідууми також відрізняються жорсткістю та впертістю, особливо щодо своїх принципів, етичних норм та цінностей. Вони живуть у суворій відповідності зі своїми особистими законами і використовують їх як критерій оцінки інших людей. Вони можуть відчувати труднощі з вираженням своїх теплих почуттів, і їхні стосунки часто бувають стриманими та поверховими. До того ж вони рідко щедро діляться своїм часом або грошима. Деякі не можуть розлучитися навіть із речами, які зносилися чи стали непотрібними (АРА, 1994; Warten & Ostrom, 1988).

|  |
| --- |
| "Уперта людина не тримається якихось поглядів - вони тримають її". - Олександр Поуп |

На обсесивно-компульсивний розлад особистості страждають приблизно 1-2% населення, причому цей діагноз ставиться найчастіше білим, освіченим, одруженим, працюючим чоловікам (АРА, 1994; Weismann, 1993). Чоловіки схильні до цього розладу вдвічі частіше, ніж жінки.

Багато клініцисти вважають, що обсесивно-компульсивний розлад особистості та обсесивно-компульсивний розлад (тривожний розлад) тісно пов'язані між собою. Обидва розлади мають низку загальних особливостей (Pollack, 1987). Крім того, цей розлад особистості виявляється у багатьох людей (можливо, у 20%), які страждають на тривожний розлад (АРА, 1994; Jenike, 1001). Однак інші розлади особистості (уникне, гістрійне, шизотипічне та залежне) можуть зустрічатися в осіб із тривожним розладом ще частіше (Steketee, 1990). Фактично, дослідники поки що не виявили прямий зв'язок між обсесивно-компульсивним розладом особистості та тривожним розладом (Mavissakalian et al., 1990).

***Можливі причини обсесивно-компульсивного розладу особистості***

Більшість пояснень обсесивно-компульсивного розладу особистості спираються значною мірою пояснення обсесивно-компульсивного тривожного розладу, попри сумнівність зв'язків з-поміж них. Як і у випадку багатьох інших розладів особистості, домінують психодинамічні пояснення і знову дослідницькі підтвердження дуже мізерні.

Фрейдисти припускають, що люди з обсесивно-компульсивним розладом особистості страждають на анальну регресію. Тобто через те, що на анальній стадії розвитку батьки були надто суворі з дітьми, привчаючи їх до горщика, ті накопичили в собі гнівні почуття і залишаються фіксованими на цій стадії. Вони намагаються стримувати свій гнів, щоразу пригнічуючи як його, так і свої інстинктивні потреби в дефекації — дії, які змушують їх бути вкрай акуратними та стриманими та викликають у них пристрасть до колекціонування різних предметів. Інші теоретики психодинамічного спрямування вважають, що будь-яка рання боротьба з батьками за владу та незалежність може приводити в рух агресивні імпульси (Kuriansky, 1988; Mollinger, 1980).

Когнітивні теоретики дещо можуть сказати про причини виникнення обсесивно-компульсивного розладу особистості, але вважають, що позбавлені логіки процеси мислення сприяють його підтримці. Наприклад, вони вказують на дихотомічне мислення, яке може сприяти жорсткості та прагненню до досконалості. Вони також зауважують, що індивіди з цим розладом, як правило, перебільшують можливі наслідки помилок та промахів.

***Методи лікування обсесивно-компульсивного розладу особистості***

Люди з цим розладом особистості зазвичай не вважають, що в них щось гаразд. Тому вони звертаються за допомогою тільки в тому випадку, коли починають відчувати потребу в усуненні якогось іншого розладу, найчастіше тривоги чи депресії, або якщо один із їхніх близьких наполягає на тому, щоб вони здалися лікареві (Beck & Freeman, 1990) . Незважаючи на те, що медикаментозна та поведінкова терапія виявляються високоефективними при лікуванні людей з обсесивно-компульсивним тривожним розладом, особи з розладом особистості часто краще реагують на психодинамічну та когнітивну терапії (Primac, 1993; Jenike, 1991, 19). Психодинамічні терапевти, як правило, намагаються допомогти пацієнтам усвідомити, пережити на досвіді і прийняти свої почуття і невпевненість; вони можуть також допомогти пацієнтам навчитися ризикувати та прийняти як належне свої особисті недоліки (Salzman, 1989). Когнітивні терапевти прагнуть допомогти клієнтам позбутися дихотомічного мислення, зайвої вимогливості, нерішучості, повільності та хронічного занепокоєння.

**Розлади особистості: дилеми та сумніви.**

Сучасні клініцисти вважають, що розлади особистості є важливими проблемами, які завдають чималого занепокоєння. Однак діагностувати ці розлади особливо важко, а поставити хибний діагноз дуже легко. Як ми вже зазначали, ця проблема вказує на серйозні питання щодо валідності та послідовності класифікації DSM (O'Connor & Dyce, 1998; Costello, 1996).

Однією з проблем є те, що деякі критерії, що використовуються при діагностиці розладів особистості, не можна спостерігати безпосередньо. Наприклад, щоб відрізнити параноїдний розлад особистості від шизоїдного, клініцисти повинні ставити питання, що стосуються як поведінки людей, а й того, чому вони уникають близьких відносин. Інакше кажучи, діагноз часто спирається значною мірою особисті враження клініциста. Споріднена проблема полягає в тому, що клініцисти багато в чому розходяться в судженнях щодо того, коли нормальний особистісний стиль перетинає якусь межу і заслуговує на розряд розладів (Widiger & Costa, 1994). Деякі навіть вважають, що взагалі помилково зараховувати до психічних розладів особистісні стилі, хоч би якими проблемними вони були.

Схожість розладів особистості, що належать до однієї групи або навіть належать до різних груп, ставить ще одну проблему. Наприклад, усередині «тривожної» групи симптоми розладу особистості, що уникає, значною мірою накладаються на симптоми залежного розладу особистості (Bornstein, 1998). Чи слід клініцистам, які мають справу зі схожими почуттями неповноцінності, страхом несхвалення і т. д., проводити межу між цими розладами (Livesley et al., 1994)? Крім того, багато особливостей прикордонного розладу («драматизуюча» група), які виявляються у деяких людей із залежним розладом особистості («тривожна» група), можуть свідчити про те, що ці два розлади — лише різні варіанти одного базового патерна ( Dolan, Evans & Norton, 1995; Flick et al., 1993).

Ще однією проблемою є те, що людям з різними рисами особистості часто ставиться діагноз одного і того ж розладу особистості (Costello, 1996; Widiger, 1993, 1992). Щоб людям було поставлено той чи інший діагноз, вони повинні задовольняти деякий набір критеріїв з DSM-IV, але жоден з діагнозів не передбачає наявності якоїсь характерної лише для нього особистісної особливості. Таким чином, у людей з абсолютно різними рисами особистості може бути виявлено один і той же розлад.

Частково через ці проблеми діагностики продовжують змінювати критерії, використовувані з метою оцінки кожного з розладів особистості. Фактично, неодноразово змінювалися навіть найзагальніші категорії, і немає сумнівів, що до них будуть внесені нові зміни. Наприклад, з DSM-IV виключена одна з категорій, що використовувалися раніше, пасивно-агресивний розлад особистості — патерн, що характеризується негативними установками і небажанням виконувати вимоги оточуючих, — оскільки дослідники не змогли довести, що воно є чимось більшим, ніж одну з особистісних рис . В даний час цей патерн вивчається ретельніше і, можливо, буде знову включений в майбутні редакції DSM.

***Пасивно-агресивний розлад особистості*** *— розлад особистості, що включався до попередніх версій DSM і характеризується негативними установками та небажанням виконувати вимоги оточуючих.*

Враховуючи ці проблеми, деякі теоретики вважають, що розлади особистості насправді більше різняться за ступенем, ніж за типом дисфункції, і пропонують групувати розлади відповідно до гостроти тих чи інших ключових характеристик, а не за принципом наявності чи відсутності конкретних характеристик (Costello, 1996; Widiger, 1993). Поки незрозуміло, до чого приведуть подібні думки, але принаймні загострення суперечок вкотре вказує на те, що більшість клініцистів визнають, що розлади особистості є категоріями, украй важливими для розуміння та корекції людської поведінки.

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Спробуйте розробити нову систему та перелік розладів особистості, які б покращили існуючу класифікацію. Як нинішні категорії DSM вписалися б у вашу нову систему та класифікацію? |

**Резюме**

«Тривожні» розлади особистості. Три розлади особистості характеризуються симптомами, що виявляються при тривожних і депресивних розладах, що відносяться до Осі I. Люди з уникаючим розладом особистості відчувають постійний дискомфорт і скутість у соціальних ситуаціях, схильні до почуття власної неповноцінності і вкрай чутливі до негативних оцінок. Люди із залежним розладом особистості відчувають систематичну потребу в тому, щоб про них дбали, вони прив'язливі, покірні та бояться розлуки. Індивідууми з обсесивно-компульсивним розладом особистості настільки стурбовані порядком, досягненням досконалості та контролем, що втрачають гнучкість, безпосередність та працездатність. Для лікування людей з цими трьома розладами використовуються різні терапевтичні методи, які виявляються, мабуть, успішними від обмеженої до помірної.

Дилеми та сумніви. Звісно ж, що розлади особистості часто діагностуються неправильно, що свідчить про низку серйозних проблем із валідністю і послідовністю діагностичних категорій.

**Підбиваючи підсумки.**

Протягом першої половини XX століття клініцисти вірили, що існує певний довготривалий набір характеристик, який ми називаємо особистістю, і намагалися ідентифікувати основні риси особистості. Потім вони помітили, наскільки легко люди можуть змінюватися в залежності від ситуацій, в яких виявляються, і була зворотна реакція. Концепція особистості втратила свою непорушність, і протягом деякого часу згадувати про неї в деяких колах було майже непристойно. З категорією розладів особистості сталася подібна історія. Коли у клінічній сфері домінували психодинамічні та гуманістичні теорії, розлади особистості вважалися важливим клінічним поняттям. Але їхня популярність зійшла нанівець, у міру того як набули ваги інші теорії.

За останнє десятиліття концепції особистості та розладів особистості набули другого дихання. Щоразу клініцисти приходять до висновку, що жорсткі особистісні риси, мабуть, є джерелом особливих проблем для окремих індивідуумів. Через війну розлади особистості знову приковують себе увагу теоретиків. Нові об'єктивні тести та опитувальники допомагають тепер клініцистам в оцінці цих розладів та сприяють цілій хвилі систематичних досліджень (Loranger et al., 1994; Zimmerman, 1994).

На даний момент глибоким дослідженням піддавалися лише антисоціальні та, меншою мірою, прикордонні розлади особистості. Однак оскільки інші розлади особистості є об'єктом дослідницької уваги, клініцисти повинні знайти більш точні відповіді на деякі нагальні питання. Наскільки поширені різні розлади особистості? Наскільки корисні їхні нинішні класифікації? Як розлади пов'язані між собою? Які методи лікування найефективніші?

Одним із найважливіших питань є наступне: чому у людей формуються ці патерни особистості? Як ми зазначали, на даний момент більшість відповідей запропоновано теоретиками-психологами, але ці пояснення не надто точні і не отримують вагомого дослідницького підтвердження. Враховуючи нинішнє захоплення біологічними поясненнями, очевидно, у наступні роки більша кількість досліджень присвячуватиметься генетичним та біологічним факторам, що допоможе визначити їх взаємозв'язок із психологічними причинами. Не слід скидати з рахунку та соціокультурні чинники. Як бачили, соціокультурні теоретики лише зрідка намагаються дати пояснення розладам особистості. Однак соціокультурні фактори можуть відігравати важливу роль у цих розладах і повинні вивчатися уважніше, особливо тому, що, за визначенням, патерни, які виявляються при розладах особистості, помітно відрізняються від очікувань суспільства, в якому живе індивід.

Ймовірно, майбутнє принесе низку серйозних змін у галузі пояснень та методів лікування розладів особистості, і, відповідно, нині існуюча класифікація розладів особистості, швидше за все, також зазнає змін. Однак цього разу подібні зміни, ймовірно, базуватимуться на результатах досліджень, а не на інтуїції та враженнях клініцистів, як це найчастіше було в минулому. Ці зміни мають зробити якісно інше життя багатьох людей, обплутаних мережею жорстких та неадекватних рис особистості.

**Ключові терміни**

Особистість

Риси особистості

Розлад особистості

Коморбідність

«Дивні» розлади особистості

Розлади шизофренічного спектру

Параноїдний розлад особистості

Шизоїдний розлад особистості

Шизотипічний розлад особистості

Ідеї відносини

Соматосенсорні ілюзії

Розпливчасте мовлення

«Драматичні» (афектовані) розлади особистості

Антисоціальний розлад особистості

Психопатія

Соціопатія

Прикордонний розлад особистості

Гістрійний розлад особистості

Істеричний розлад особистості

Нарцисичний розлад особистості

«Тривожні» розлади особистості

Уникаючий розлад особистості

Соціальні фобії

Залежне розлад особистості

Дихотомічне мислення

Обсесивно-компульсивний розлад особистості

Регресія на анальну стадію (фазу) розвитку

Пасивно-агресивний розлад особистості

**Контрольні питання**

1. Що таке розлад особистості і чому розлади особистості розташовані в DSM-IV на Осі II?

2. Які основні особливості «дивних» розладів особистості? Який розлад Осі I нагадує ці розлади особистості?

3. Опишіть симптоми параноїдного, шизоїдного та шизотипічного розладів особистості. Які пояснення даються цим розладам і які методи лікування використовуються для їх усунення?

4. Що таке «драматичні» (афектовані) розлади особистості та які симптоми кожного з них?

5. Як теоретики пояснюють антисоціальний розлад особистості? Наскільки ефективно клініцисти лікують цей розлад?

6. Які основні пояснення та методи лікування прикордонного, гістрійного та нарцисичного розладів особистості? Наскільки ці пояснення та методи лікування підтверджуються дослідженнями?

7. З якими видами розладів, що відносяться до Осі I, схожі уникне, залежне та обсесивно-компульсивне розлади особистості? Чи вдалося дослідникам виявити тісні зв'язки між цими розладами особистості та розладами Осі I, які вони нагадують?

8. Які основні пояснення замкнутого, залежного та обсесивно-компульсивного розладів особистості та якою мірою вони підтверджуються дослідженнями? Як лікують ці розлади та наскільки ефективні методи лікування?

9. Опишіть проблеми соціальних відносин, що породжуються кожним із розладів особистості.

10. З якими проблемами стикаються клініцисти при діагностиці розладів особистості? Які причини цих проблем та які рішення пропонуються?

**Розділ 15. Розлади дитячого та похилого віку.**

*Семирічного хлопчика Біллі привела до психотерапевта його мати, тому що «він здається дуже нещасним і весь час скаржиться, що він хворий чи погано почувається»... Мати описала Біллі як дитину, яка ніколи не виглядає абсолютно щасливою і ніколи не хоче грати з іншими дітьми. Відколи пішов у дитячий садок, він постійно скаржиться на біль у шлунку, головний біль та інші фізичні нездужання.*

*У першому класі Біллі вчився добре, але зараз, коли він у другому класі, хлопчикові стало важко впоратися з навчанням. Домашні завдання забирають у нього дуже багато часу, і часто він відчуває, що повинен переробити їх, щоб вони були такими, як треба. Через постійні скарги Біллі на фізичні нездужання вранці його буває важко відправити до школи. Якщо дитині дозволяють залишитися вдома, то вона турбується, що відстане від своїх однокласників у навчанні. Коли ж він таки йде до школи, то часто не може впоратися з роботою в класі, і це наповнює його відчуттям безнадійності свого становища.*

*Занепокоєння Біллі простягається далеко за межі школи, і часто він виявляє зайву прихильність і вимогливість до батьків. Якщо батьки повертаються додому пізно або кудись йдуть без нього, то він боїться, що з ними може щось статися.*

*Хоча мати Біллі визнає, що він ніколи не був по-справжньому щасливий, їй здається, що останні шість місяців депресія у сина значно посилилася. Він весь час лежить десь удома, стверджуючи, що надто втомився, щоб щось робити. Хлопчик не має інтересу до ігор і не отримує від них задоволення. Його апетит став гіршим. Біллі важко засинає вечорами і часто прокидається посеред ночі або рано-вранці. Три тижні тому він вперше заговорив про те, що хоче померти... (Spitzer et al., 1994, р. 333-334).*

*Роуз Ешбі, жінка сімдесяти п'яти років, сказала лікареві, що відчуває самотність і пригніченість. Терапевт відповів, що вона має струснутись. Вона має все, заради чого варто жити. Що він знає? — думала Роуз. — Хіба йому довелося за рік втратити такого чоловіка, як Чет, і перенести видалення лівих грудей через рак? Хіба він страждав на все життя на артрит?.. Хіба його дім став для нього в'язницею?.. Що він знає? Хіба він розуміє, що це означає — відчувати, що кожен твій день може стати тобі останнім?..»*

*Коли вона поскаржилася лікареві що не може спати, він виписав їй рецепт, але сказав, що всі люди похилого віку зазнають труднощів зі сном. І знову Роуз повторювала собі: Що він знає? Хіба в нього є доросла дочка, яка тільки й думає, що про своє останнє розлучення, чи онуки, які згадують про нього, тільки коли одержують на день народження грошовий чек? Хіба всі його друзі померли і покинули його, пішовши в інший світ? Хіба гроші, отримані ним за страховкою після смерті чоловіка, вже добігають кінця? Що він знає? Хто міг би спати у цій в'язниці?»*

*Повернувшись у свій будинок, Роуз вмилася і поклала волосся... Подивіться на це волосся. Тонкі, рідкісні, негарні... Потім вона зробила макіяж і надушилася... О, які парфуми купував їй Чет! Він завжди хотів, щоб у неї було все найкраще... Де зараз ці духи? Пішли у небуття.*

*Разом із Четом. Роуз видавила з себе криву посмішку у відповідь на цю гру слів... Вона подивилася в дзеркало на дверцятах шафи. «Добре, що ти не можеш бачити тепер це обличчя, Чет. Яке воно старе і потворне...»*

*Чому ніхто не попередив її, що старість буває такою? Це так несправедливо. Але їм начхати. Людям начхати на всіх, крім самих себе ... (Gernsbacheer, 1985, р. 227-228).*

І Біллі, і Роуз страждають від клінічної депресії. Хоча обидва вони відчувають смуток, втрату інтересу до оточуючих і труднощі при засинанні, їх форми депресії різняться за декількома істотними параметрами. Біллі відчуває біль у шлунку та головний біль; Роуз відчуває самотність і гнів. Біллі постійно переймається своїми батьками, Роуз — про стан свого здоров'я та фінансів. Своїми вимогами школа підхльостує емоційний спад у Біллі, а головну роль у депресії Роуз грають втрата чоловіка, стан здоров'я і молодість, що пішла. Ці відмінності можуть бути обумовлені багатьма факторами, і один із найважливіших — вік людини і те, в якому періоді життя вона знаходиться.

Психічні аномалії можуть виникнути у будь-якому віці. Проте деякі види аномалій найчастіше виявляються у певні періоди людського життя, зокрема, у дитинстві чи старості. Іноді порушення можуть бути спричинені специфічними для цих періодів життя стресовими факторами. В інших випадках головною причиною стають якісь виняткові переживання чи біологічні аномалії. Деякі форми пов'язаних із віком психологічних розладів проходять досить швидко або піддаються лікуванню, інші можуть тривати роками і навіть протягом усього життя. Треті, особливо деякі форми дитячих розладів, переходять в іншу форму або утворюють ґрунт для нових розладів.

Вчені часто описують життя як серію послідовних стадій від народження до смерті. Більшість людей проходять ці стадії в тому самому порядку, хоча кожен робить це у своєму власному темпі і своїм власним способом.

Фрейд стверджував, що кожна дитина проходить у своєму розвитку одні й ті самі п'ять стадій: оральну, анальну, фалічну, латентну та генітальну. Ерік Еріксон, один із провідних психологів XX століття, до переліку найважливіших стадій людського життя додав старість (Erikson, 1963). Хоча деякі теоретики можуть не погоджуватися з деталями класифікації Фрейда або Еріксона, більшість з них згодні з тим, що в кожному періоді нашого життя ми зазнаємо тиску певних, характерних для цього періоду обставин, і що ми ростемо і розвиваємося або занепадаємо, залежно від того, як ми реагуємо на цей тиск. У кожному періоді є багато можливостей у розвиток психологічних розладів.

На початку XX століття клінічні психологи розглядали дітей як маленьких дорослих і часто підходили до їх проблем так, начебто це були психологічні розлади дорослих (Peterson & Roberts, 1991). І, що ще гірше, на людей похилого віку дивилися як на зрілих людей, які доживають свій вік, і їх специфічні розлади взагалі пробували лікувати дуже рідко. Тепер, однак, клініцисти визнають, що кожна з цих груп має власні характерні риси та проблеми і що всі люди варті уваги лікарів та лікування.

**Розлади дитячого та підліткового віку.**

Дорослі люди часто вважають дитинство безтурботним і щасливим часом, а тим часом цього періоду життя теж властиві страхи та прикрості.

Насправді більшість дітей, зустрічаючись з новими людьми та ситуаціями, виявляють принаймні деякі емоційні та поведінкові порушення. Наприклад, вони зазвичай відчувають занепокоєння. Статистичні дослідження показують, що майже половина всіх дітей страждає від численних страхів (Silverman, La Greca & Wasserstein, 1995). Школа, здоров'я та особиста безпека – це найбільш хвилюючі теми. Нічне нетримання сечі, кошмари, раптові спалахи роздратування та неспокійна поведінка характерні для багатьох дітей (King, 1993).

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** Сьогоднішні діти та молоді люди від 9 до 17 років турбуються про те, чи буде у них достатньо грошей (49%), чи не заразяться вони СНІДом (42%), чи не потраплять в автомобільну аварію (32%), чи не зазнають побиття або нападу (28%), чи не станеться так, що їхні батьки втратить роботу (23%) (Yankelovich Youth Monitor, 1994). |

Отроцтво також може бути досить важким періодом. Фізіологічні зміни та сексуальний розвиток, тиск соціальних та академічних вимог, сумніви та спокуси приводять багатьох підлітків у замішання, роблять їх тривожними та пригніченими (Peterson et al., 1993; Takanishi, 1993). Сьогоднішні підлітки і молоді люди, хоча вони в основному задоволені життям, очевидно, менше впевнені в собі і менше довіряють оточуючим, чутливіші і не настільки прив'язані до своїх родин, ніж їхні однолітки кілька десятиліть тому (Offer et al., 1981).

|  |
| --- |
| ***Дитяча тривога*** може бути викликана попередженнями з боку суспільства про можливі катастрофи. На цій фотографії японські школярі ховаються під партами під час уроку, присвяченого тому, як поводитися під час землетрусу. |

Крім цих загальнопоширених психологічних труднощів, близько однієї п'ятої всіх дітей і підлітків у Сполучених Штатах відчувають психологічні порушення, що діагностуються (Kazdin, 1994; Zill & Schoenborn, 1990). Хлопчики страждають від таких розладів частіше, ніж дівчатка, хоча серед дорослих на психологічні розлади частіше страждають жінки.

**Дитячі тривожні розлади.**

Тривожні розлади, що зустрічаються у дітей і підлітків, як і у дорослих, включають специфічні фобії, соціальні фобії, генералізований тривожний розлад і обсесивно-компульсивний розлад (Murray, 1996; Douglass et al., 1995). Однак одна з форм тривожного розладу у дітей, тривожний розлад у зв'язку з розлукою (separation anxiety disorder), відрізняється від дорослих розладів і виділена в довіднику DSM-IV в особливу категорію. Діти, які страждають на цей розлад, відчувають сильну тривогу, часто навіть паніку, коли їм доводиться розлучатися з батьками або йти з дому (див. Діагностичну таблицю DSM-IV в Додатку).

***Тривожний розлад у зв'язку з розлукою*** *— дитячий розлад, коли діти відчувають сильну тривогу, часто навіть паніку, коли їм доводиться розлучатися з батьками або йти з дому.*

Дев'ятирічна дівчинка Кері була направлена в районний центр психічного здоров'я її шкільним консультантом, коли, перебуваючи в школі, стала без жодної видимої причини виявляти сильну тривогу.

*Спочатку вона поскаржилася на біль у шлунку, потім почала турбуватися, що почне задихатися. Кері казала, що занадто нервує і не може залишатися в школі, треба, щоб мати прийшла за нею і забрала її додому... За спостереженнями консультанта, такий самий інцидент стався і наступного дня, і знову закінчився тим, що Кері вирушила додому. З того часу до школи вона не повернулася...*

*Під час першого прийому мати дівчинки вказала, що, за її враженнями, Кері — просто занадто нервова дитина для того, щоб ходити до школи. так, ніби почувається погано, тому мати не стала наполягати... Коли її запитали, чи ходить Кері кудись одна, мати відповіла, що Кері це не подобається, і вони з дочкою завжди все роблять разом. Потім мати зазначила, що, на її думку, Кері хоче завжди бачити її поруч із собою і засмучується, коли їм доводиться розлучатися (Schwartz & Johnson, 1985, p. 188).*

Таким дітям, як Кері, складно розлучитися зі своєю сім'єю, і вони часто відмовляються йти в гості до друзів або йти з дому за дорученням, їхати в дитячий літній табір або ходити до школи. Багато хто не може навіть залишатися в кімнаті на самоті і «ходить хвостом» за своїми батьками по всьому будинку. Деякі, крім того, виявляють раптові напади роздратування, так плачуть або благають батьків не залишати їх. Діти можуть боятися, що вони загубляться, якщо залишаться одні, або що з їхніми батьками станеться нещастя (АРА, 1994). За оцінками фахівців, близько 4% дітей і підлітків молодшого віку страждають на тривожний розлад, пов'язаний з розлукою, дівчаток серед них трохи більше, ніж хлопчиків (АРА, 1994). У багатьох випадках розлад починається після якоїсь стресової події, наприклад, смерті одного з батьків або улюбленої домашньої тварини, переїзду чи переходу до іншої школи.

|  |
| --- |
| ***Як ти могла?*** Дитячі тривоги можуть бути результатом прикрощів, пов'язаних із змінами в житті сім'ї, наприклад, з такою поширеною ситуацією, коли дитині доводиться ділити увагу та прихильність батька з іншою людиною. Вираз обличчя цього хлопчика, мати якого вирішила знову вийти заміж, говорить саме за себе. |

Іноді, як у випадку з Кері, тривожний розлад, пов'язаний з розлукою, набуває форми фобії школи (school phobia) або відмови ходити до школи, коли дитина боїться йти до школи і часто залишається вдома протягом тривалого часу. Це досить поширена проблема, однак у багатьох випадках фобії школи діють також інші фактори, такі як соціальні страхи або страх перед навчанням, депресія чи страх конкретних об'єктів та осіб, з якими дитина зустрічається в школі.

***Фобія школи*** *- схема психологічних порушень у дітей, коли дитина боїться йти до школи і часто залишається вдома на тривалий час. Також відома під назвою відмова від відвідування школи.*

Дитячі розлади тривожні пояснюються в основному так само, як тривожні розлади дорослих (розглянуті в розділах 4 і 5). Однак специфічні характеристики дитинства теж можуть відігравати важливу роль. Наприклад, оскільки діти мають менше досвіду, ніж дорослі, світ часто постає в їхніх очах незнайомим та страшним. Вони можуть лякатися звичайних речей, таких як початок шкільних занять або особливих подій, що порушують ритм їхнього життя, таких як переїзд у новий будинок (Tweed, Schoenbach & George, 1989). Деякі особливості культури також можуть вселяти дітям страх і закладати ґрунт для тривожного розладу. Наприклад, сьогодні дітей постійно попереджають, як удома, так і в школі, про небезпеки, пов'язані з викраденням дітей та наркотиками. Телевізійні шоу, фільми та програми новин бомбардують їхніми картинами насильства та жорстокості. Навіть чарівні казки та дитячі віршики містять у собі лякаючі образи, які засмучують багатьох дітей.

При лікуванні тривожних розладів використовуються психодинамічний підхід, поведінкова, когнітивна та сімейна терапія або комбінація цих методів, що часто призводить до успіху (Kazdin & Weisz, 1998; Barrett, Dadds & Rapee, 1996). У деяких випадках лікарі також прописують ліки (Kearney & Silverman 1998; Klein et al., 1992), але цей підхід поки що не привернув достатньої уваги дослідників.

Оскільки дітям зазвичай важко розпізнати та зрозуміти свої почуття та мотивації, багато психотерапевтів, особливо ті, хто належить до психодинамічного спрямування, у ході лікування використовують ігрову терапію. Вони спостерігають за тим, як діти опосередковано висловлюють свої почуття та конфлікти, граючи з іграшками, малюючи картинки чи пишучи історії. Потім терапевт інтерпретує цю діяльність і, знову використовуючи гру та фантазію, допомагає дитині подолати конфлікт та змінити свої відносини, емоції та поведінку. Крім того, оскільки діти зазвичай добре піддаються гіпнозу, деякі терапевти намагаються використовувати гіпнотерапію, щоб допомогти маленьким пацієнтам впоратися з сильними страхами (Murray, 1996).

|  |
| --- |
| ***Конструктивна гра.*** Терапевти можуть використовувати ігрові методи для того, щоб розібратися в процесах, що протікають у психіці дитини, допомогти дітям висловити свої почуття та думки та навчити їх краще розуміти самих себе та інших. |

***Ігрова терапія*** *- підхід до лікування дитячих розладів, при якому дітям надається можливість висловити свої почуття та конфлікти опосередковано, граючи з іграшками, малюючи картинки та пишучи історії.*

**Крупним планом**

*Жорстоке поводження з дітьми*

*Що я найкраще пам'ятаю про свою матір, то це те, що вона весь час била мене. Вона била мене своїми туфлями на високих підборах, ременем мого батька, товкачем для картоплі. Коли мені було вісім років, вона одного разу так знівечила мої ноги, що я сказала їй, що піду в поліцію. «Іди, — сказала вона, — вони посадять тебе в найтемнішу в'язницю». Тож я залишилася. Коли у мене почала рости груди, мені тоді було 13 років, вона била мене по грудній клітці доти, доки я не втрачала свідомість. Потім вона обіймала мене і вибачалася... Багатьом дітям сняться кошмарні сни про те, що їх розлучили з батьками. А я часто, сидячи на ганку нашого будинку, тихенько співала про себе, як я поїду далеко-далеко, щоб знайти собі іншу маму (Time, September 5, 1983, p. 20).*

Жорстоке поводження з дитиною - це невипадкове застосування дорослим фізичного чи психологічного насильства по відношенню до дитини, часто *з* наміром заподіяти дитині біль чи каліцтво. Щороку відбувається близько 3 мільйонів випадків фізичної жорстокості стосовно дітей (Gallup, 1995; McCurdy & Daro, 1993). Статистичні дані свідчать, що кожна десята дитина стає жертвою жорстоких насильницьких дій, таких як стусани, укуси, побиття (часто з використанням предметів), погрози або напад із застосуванням холодної чи вогнепальної зброї (Gelles & Straus, 1987). Фактично багато спостерігачів вважають, що фізичне насильство і зневага є головними причинами смертності маленьких дітей. І дівчатка, і хлопчики приблизно однаково страждають від жорстокого поводження. Хоча жорстоке поводження з дітьми зустрічається у всіх соціоекономічних групах, воно, очевидно, найбільш поширене серед бідних верств населення (Gallup, 1995; Gelles, 1992).

Зазвичай жорстокість до дитини виявляють батьки. Згідно з клінічними даними, такі батьки часто мають погану здатність контролювати свої імпульсивні дії та низьку самоповагу. Багато хто сам, будучи дітьми, піддавалися жорстокому поводженню і засвоїли порочні рольові моделі. У деяких випадках вони відчувають стрес, спричинений, наприклад, поганими стосунками подружжя або відсутністю роботи (Whipple, Webster & Stratton, 1991).

Дослідження, присвячені цій темі, показують, що діти — жертви жорстокого поводження можуть страждати як від безпосередніх, так і від довготривалих психологічних наслідків таких дій. Наприклад, встановлено, що діти, які піддаються вдома жорстокому поводженню, гірше встигають і гірше поводяться у школі. Також були відзначені такі довготривалі ефекти, як знижений рівень соціального визнання, більша кількість психологічних розладів, часті випадки зловживання алкоголем чи іншими речовинами, більше влучень у поліцію у підлітковому віці, підвищений ризик скоєння злочинів, пов'язаних із насильством, порівняно високий рівень безробіття та самогубств Emery & Laumann-Billings, 1998; Stein et al., 1996; Knutson, 1995; Egeland, 1991; Widom, 1991, 1989). І, нарешті, більше третини дітей, які страждають від жорстокого поводження, виростаючи, самі стають жорстокими, неуважними або невідповідними своєї ролі батьками (Oliver, 1993).

В останні роки особливу увагу привертають два види жорстокого поводження з дітьми: психологічна жорстокість та сексуальні зловживання. Психологічна жорстокість включає такі явища, як груба неувага до дитини, надмірно сувора дисципліна, зміщення на дитині своїх негативних емоцій і знущальні глузування, ізоляція дитини або відмова у наданні необхідної допомоги дитині з психологічними проблемами (Hart & Brassard, 19). Ймовірно, прояви психологічної жорстокості супроводжують фізичне жорстоке поводження і зневагу будь-якого виду, і щороку США відзначається ще по крайнього заходу 200 тисяч епізодів, коли ці явища пов'язані (McCurdy & Daro, 1993; AAPS, 1992).

Випадки сексуального зловживання дітьми, тобто використання дітей для задоволення сексуальних бажань дорослих, можуть відбуватися як у будинку, де живе дитина, так і поза нею (Davidson et al., 1996). У 25% випадків жертвами стають діти до семи років (Wurtele & Schmitt, 1992). 20% опитаних дорослих жінок повідомляли, що в дитинстві їх примушували до сексуального контакту з дорослим чоловіком, у багатьох випадках це був батько чи вітчим (Eisen, 1993; Lloyd, 1992). Хоча відомі дані говорять про те, що дівчата частіше стають жертвами сексуального зловживання, хлопчики також зазнають сексуального насильства, і кількість таких випадків може бути більшою, ніж реєструється під час статистичних опитувань (Lloyd, 1992).

Терапевтичні методи, що застосовуються у випадках жорстокого поводження з дітьми, різноманітні, іноді батькам допомагають зрозуміти причини своєї поведінки, навчають їх альтернативним способам взаємодії з дітьми та батьківським навичкам у групах, наприклад, таких, що діють під егідою національної організації «Анонімні батьки» (Azar & Siegal, 1990; Wolfe et al., 1988). Може також використовуватися когнітивна терапія, що допомагає батькам змінити свої нереалістичні очікування щодо поведінки дітей (Azar & Siegal, 1990; Azar et al., 1984). Деякі підходи зосереджені на тому, щоб допомогти батькам більш ефективно справлятися з викликаючими стрес обставинами свого життя, які часто провокують жорстоке поводження з дітьми, такими як безробіття, подружні конфлікти та відчуття депресії (Campbell et al., 1983). Ефекти цих та інших подібних підходів ще чекають на ретельне дослідження (Emery & Laumann-Billings, 1998; Azar & Wolfe, 1989).

Наукові дослідження цієї проблеми підтверджують, що психологічні потреби маленьких жертв також повинні братися до уваги якомога більш ранній стадії (Roesler & McKenzie, 1994). Лікарі та фахівці з освіти навіть запустили спеціальну програму раннього розпізнавання, призначену для того, щоб (1) пояснити дітям, що таке жорстоке поводження з дитиною; (2) навчити їх рятуватися від жорстокого поводження та уникати ситуацій, у яких можливе жорстоке поводження; (3) спонукати дітей говорити іншим дорослим про те, що з ними жорстоко поводяться; (4) вселити у дітей впевненість у тому, що жорстоке поводження з ними ніколи не є їх власною провиною (Finkelhor et al., 1995). Ця програма, мабуть, підвищує ймовірність того, що діти повідомлятимуть про жорстоке поводження з ними, зменшує їхню схильність звинувачувати у всьому себе і збільшує їхнє почуття самоефективності (Finkelhor et al., 1995).

**Депресія в дітей віком.**

Як і дорослі, діти можуть відчувати депресію (Kovacs, 1997). Хлопчик Біллі, про який ми розповідали на початку цього розділу, страждав саме від нього. Те саме можна сказати і про Боббі.

*При спостереженні за Боббі в ігровій кімнаті було очевидно, що його активність набагато нижча, ніж можна було б очікувати дитину 10 років. Він не виявляв інтересу до іграшок, які знаходилися навколо нього, і його неможливо було захопити будь-якою грою більш ніж на кілька хвилин. Коли хлопчика попросили розповісти про будинок і школу, Біллі заявив, що не любить школу, тому що у нього немає там друзів і він не вміє грати у футбол і баскетбол так само добре, як інші діти, помітивши при цьому: «Взагалі я нічого не вмію робити добре...» Коли його запитали, що він побажав, якби з'явився чарівник і пообіцяв виконати три його бажання, Біллі відповів: «Я хотів би стати таким хлопчиком, яким мене хочуть бачити мої мама і тато, я хотів би, щоб у мене були друзі та щоб мені не було так сумно».*

*Під час бесіди з батьками мати Боббі повідомила, що в останній рік стан сина почав викликати у них із чоловіком сильне занепокоєння. Вона сказала, що Боббі завжди виглядає сумним і часто плаче без видимої причини, що він не виявляє інтересу до більшості речей, які раніше приносили йому задоволення. Мати підтвердила заяву Біллі про те, що він не має друзів, зазначивши, що протягом останніх 6 або 9 місяців він став значно самотнішим. На її думку, навчання в школі також страждає, оскільки Біллі не може зосередитися на навчальних заняттях і, здається, просто втратив до них інтерес. Мати зазначила, однак, що найбільше занепокоєння викликає у неї те, що син останнім часом став усе частіше говорити про те, щоб «вбити себе», стверджуючи, що його батькам буде краще, якщо його не буде поряд (Schwartz & Johnson, 1985). , p. 214).*

Приблизно 2% дітей та підлітків до 17 років відчувають виражені розлади настрою (Kazdin, 1994), причому серед підлітків старше 10 років ця частка дорівнює 7% (Peterson et al, 1993, 1991). Юні жертви депресії особливо часто демонструють такі симптоми, як погане фізичне самопочуття (наприклад, біль у шлунку або головний біль), дратівливість та спроби уникнути соціальних взаємодій (АРА, 1994). У віці до 11 років хлопчики і дівчатка однаково часто відчувають депресію, але до 18 років дівчат, які страждають на депресію, стає вдвічі більше, ніж юнаків (Hankin et al., 1998; Angold & Rutter, 1992).

Дитячу депресію пояснюють переважно так само, як і депресію дорослих. Клініцисти вказують, наприклад, такі чинники, як втрата, вивчена безпорадність, негативні когнітивні установки і мала активність серотоніну чи норепинефрина (Todd et al., 1996; Peterson et al., 1993). Також, подібно до депресії у дорослих, багато випадків дитячої депресії здаються викликаними якоюсь негативною життєвою подією, серйозними змінами в житті, почуттям знедоленості або тривалим жорстоким поводженням з дитиною.

Як і депресія дорослих, дитяча депресія часто піддається лікуванню методами когнітивної терапії чи з допомогою інтерперсональних підходів, як-от навчання соціальних навичок (Kazdin & Weisz, 1998). Крім того, часто буває ефективною сімейна терапія (Beardslee et al., 1996). Застосування антидепресантів, за спостереженнями клініцистів, не дає стійких поліпшень у випадках дитячої депресії (Ambrosini et al., 1993; Geller et al., 1993). Однак вони, мабуть, здатні допомогти підліткам, що страждають від депресії (Sallee et al., 1997).

**Розлади, що виражаються у руйнівній поведінці.**

Діти часто поводяться не надто приблизно (рис. 15.1). Однак якщо дитина послідовно демонструє виняткову ворожість і поведінку, що викликає, йому може бути поставлений діагноз «опозиційно-викликаючий розлад», або «розлад поведінки». Діти з опозиційно-викликаючим розладом (oppositional defiant disorder) постійно сперечаються з дорослими, влаштовують скандали та відчувають сильне почуття гніву та образи (див. список DSM-IV у Додатку). Вони часто ігнорують норми та вимоги дорослого світу, намагаються викликати роздратування у оточуючих та звинувачують інших у власних помилках та труднощах. До початку статевого дозрівання цей розлад трапляється у хлопчиків частіше, ніж у дівчаток, але після початку пубертатного періоду однаково часто спостерігається і у юнаків, і у дівчат. Від 2 до 16% дітей та підлітків демонструють описаний розлад (АРА, 1994).

***Опозиційно-викликаючий розлад*** - *дитячий розлад, що характеризується тим, що дитина постійно сперечається з дорослими, влаштовує скандали і відчуває сильне почуття гніву та образи.*

Діти, які страждають на розлад поведінки (conduct disorder), виявляють більш серйозні порушення; вони не просто поводяться зухвало, а й постійно роблять дії, спрямовані проти основних прав інших людей (див. список DSM-IV у Додатку). Вони часто бувають агресивними і можуть виявляти фізичну жорстокість по відношенню до людей або тварин, навмисно псувати чуже майно, брехати, прогулювати уроки або тікати з дому. Багато хто з них краде, загрожує або вчиняє такі злочини, як дрібна крадіжка в магазинах, підробка, злом будівель або автомобілів, хуліганство або озброєне пограбування. Коли вони стають старшими, до списку їх насильницьких дій додається згвалтування або, рідше, вбивство (АРА, 1994).

***Розлад поведінки*** *- дитячий розлад, при якому дитина постійно порушує основні права інших людей, виявляє агресивність, іноді псує чуже майно, бреше чи тікає з дому.*

Розлад, що виражається в руйнівній поведінці (disruptive behavior disorders), зазвичай, хоч і не завжди, починається у віці до 10 років. Від 6 до 16% хлопчиків та від 2 до 9% дівчаток виявляють ознаки цього розладу. Легкий розлад поведінки з часом може пройти, але більш серйозні форми продовжуються і в дорослому житті і можуть вилитися в антисоціальний розлад особистості або інші психологічні проблеми (Meyers et al., 1998; Kratzer & Hodgins, 1997).

Виникнення розладу поведінки у деяких випадках пов'язують із біологічними факторами, зловживанням наркотиками та бідністю (Slutske et al., 1997; Needleman, et al., 1996). Однак найчастіше його причини вбачають у важких взаєминах між батьками та дітьми, сімейних конфліктах та ворожих відносинах у сім'ї (Klein et al., 1997; Hoge, Andrews, Leschied, 1996). Діти, батьки яких відмовляються приділяти їм увагу, кидають їх чи не здатні організувати необхідну дисципліну та контролювати поведінку дитини, набагато частіше демонструють розлад поведінки (Rosenstein & Horowitz, 1996; Staub, 1996). Так само помічено, що діти, батьки яких самі поводяться антисоціально, зловживають алкоголем та іншими психоактивними речовинами, страждають на розлади настрою або шизофренію, мабуть, більш схильні до розладів поведінки (АРА, 1994).

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** Статистичні дослідження показують, що кожен двадцятий учень старших класів середніх шкіл у Сполучених Штатах носить із собою до школи вогнепальну зброю (Options, 1994). |

**Малюнок 15.1. Погана поведінка у дітей.** Оцінки поведінки більш ніж 700 дошкільнят, зроблені вихователями, показують, що рівень агресивності та непоступливості у маленьких дітей знижується, коли діти стають старшими (Crowther, Bond & Rolf, 1981).

Терапевтичні підходи, що застосовуються до розладів поведінки, найбільш ефективні, коли дитині менше 13 років, тому що руйнівна схема поведінки з віком стає більш стійкою (Burnette & Murray, 1996; Tate et al., 1995). Враховуючи значення сімейних факторів у розвитку даного розладу, терапевти часто працюють із усією родиною. Найбільший успіх приносять такі підходи: (1) батьків навчають більш ефективно взаємодіяти зі своїми дітьми (наприклад, послідовно винагороджувати їх за відповідну суспільним нормам поведінку) та (2) поведінково-орієнтована сімейна терапія, коли психотерапевт працює одночасно з батьками та дітьми (Kazdin & Weisz, 1998; Kazdin, 1997).

Соціокультурні підходи, такі як терапія в реабілітаційних центрах за місцем проживання, спеціальні програми у школах та групова терапія, також у деяких випадках приносять користь (Braswell et al., 1997; Tate et al., 1995). Іноді ефективними бувають індивідуальні підходи, особливо ті, що навчають дітей давати собі раду з почуттям гніву (Tate et al., 1995). Крім того, нещодавно були спроби використовувати лікарські препарати для того, щоб зробити більш контрольованими спалахи агресивності у дітей (Donovan et al., 1997). Приміщення дітей та підлітків у спеціальні установи, звані центри для неповнолітніх правопорушників, не приносить особливого успіху ( Tate et al., 1995). Насправді такі установи часто сприяють посиленню відхилень у поведінці замість того, щоб служити поверненню юних правопорушників у суспільство (Erickson, 1992) (рис. 15.2).

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** До закінчення початкової школи середня американська дитина встигає побачити по телевізору 8000 сцен убивства та 100 000 сцен насильства (Adler, 1994). |

Можливо, найбільш заспокійливим засобом у разі розладів поведінки є превентивні (психопрофілактичні) програми, які працюють з дітьми, починаючи з раннього віку. Ці програми спрямовані на те, щоб змінити несприятливі соціальні умови ще до того, як вони виллються у розлад поведінки. Превентивні програми включають організацію можливостей для розвитку та розваги дітей, заходи щодо охорони їх здоров'я, полегшення життя дітей з бідних сімей та навчання батьків. Всі подібні підходи є більш дієвими, коли терапія та навчання охоплюють усю сім'ю (Burnette & Murray, 1996; Zigler et al., 1992).

**Сцени із сучасного життя**

*Силові ігри серед дітей*

Кожні кілька років діти обирають собі нового фантастичного героя чи героїню. Часто їхнє захоплення цим персонажем збуджує заклопотаність та інтерес. Рейнджери Сили Майті Морфін, персонажі як чоловічої, так і жіночої статі, є предметом суперечок з того моменту, коли кілька років тому стало популярним телевізійне шоу під аналогічною назвою (Hellmich, 1995). Багато практичних психологів і батьків висловлюють своє занепокоєння тим, що Рейнджери Сили занадто часто вдаються до насильства, і їх образ може навіяти дітям уявлення, що за допомогою насильства можна вирішити проблеми, створюючи невідповідність між фантазією та реальністю.

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Чи можуть вигадані герої, які вдаються до насильницьких дій, сприяти розвитку дітей опозиційно-викликаючого розлади і розлади поведінки? Деякі експерти стверджують, що гра в супергероя — це насправді один із аспектів нормального розвитку здорової людини. Чому це може бути таке? Чи не може виявитися, що занепокоєння, викликане поведінкою телевізійних героїв, занадто роздуте? |

**Розлад, пов'язаний з дефіцитом уваги та гіперактивністю.**

Діти, які страждають на розлад, пов'язаний з дефіцитом уваги та гіперактивністю ( attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD)) (за класифікацією МКХ-10 — гіперкінетичне), практично не здатні зосередитися на завданні, або поводяться надто активно і імпульсивно, або демонструють обидва ці ознаки (див. Діагностичну таблицю DSM-IV у Додатку). Розлад зазвичай починає проявлятися в дошкільному віці, як у випадку зі Стівеном, хлопчиком, який демонстрував брак уваги, гіперактивність та імпульсивність.

*Мати Стівена не може згадати такого часу, коли її син не поспішав би кудись або не потрапляв би в якусь халепу. У дитячому віці він був неймовірно активний і так розгойдував своє дитяче ліжечко, що воно мало не розвалювалося на частини. Болти та гайки, що скріплювали частини ліжечка, розбовтувалися, тож їх потрібно було періодично підтягувати. Стівен постійно опинявся в заборонених місцях, його раз у раз ловили на кухні під раковиною або біля шафки з ліками. Якось він випив миючий засіб і його довелося терміново везти до лікарні. Фактично, зі Стівеном набагато частіше, ніж з його старшим братом і молодшою сестрою, траплялися нещасні випадки, і він був набагато незграбніший за них... Здавалося, він весь час кудись біжить з великою швидкістю. Мати згадує, що Стівен перейшов від повзання до бігу дуже швидко, майже без проміжної стадії ходьби.*

*Справжні труднощі почалися у Стівена, коли він пішов у дитячий садок. У школі його життя перетворилося на жах, так само як і життя його вчителя. Стівен здавався зовсім нездатним зосередитися на завданні і дотримуватися вчительських вказівок. Він вважав за краще розмовляти з сусідом по парті чи блукати класом без дозволу вчителя. Коли ж він сидів і вчитель не зводив з нього очей, щоб бути впевненим, що Стівен займається своєю класною роботою, його тіло все одно перебувало в русі. Він або постукував своїм олівцем, або неспокійно крутився, або відвертався до вікна і поринав у мрії. Дитячий садок Стівен ненавидів і рідко дружив з кимось довго, шкільні ж вимоги виявилися для нього непосильним навантаженням. Ця несумісність сьогодні очевидно позначається на шкільних успіхах Стівена та його ставлення до школи. Він відстає у навчанні і важко засвоює новий матеріал; він більше не слухається вчителя і знову почав базікати під час уроків (Gelfand, Jenson & Drew, 1982, p. 256).*

|  |  |
| --- | --- |
|  | Відносна кількість підлітків, % |
| Все населення | 14 |
| Особи, які вчинили злочини, пов'язані з насильством | 30 |
| Вбивці | 34 |
| Жертви злочинів, пов'язаних із насильством | 33 |

**Малюнок 15.2. Підліткова злочинність.** Частка злочинів, скоєних у Сполучених Штатах тінейджерами, порівняно із загальним відносним числом підлітків та молоді цього віку непропорційно велика. Хоча їхня частка серед всього населення становить лише 14%, вони скоюють близько 30% усіх злочинів, пов'язаних із насильством, та 34% усіх вбивств. Жертвами 33% злочинів, пов'язаних із насильством, також є тінейджери. (Benson, 1996; FBI Uniform Crime Reports, 1996; National Crime Victimization Survey, 1996, 1993.)

Симптоми розладу часто посилюють один одного. Дитина, якій важко сфокусувати свою увагу, може хапатися за кілька справ одночасно. З іншого боку, для дитини, яка постійно перебуває в русі, може бути складно приділяти багато уваги одному завданню або виявляти розважливість. Часто буває, що одна із сторін розладу виражена сильніше, ніж інша (Gaub & Carlson, 1997). Близько половини дітей, які страждають на цей розлад, мають проблеми у навчанні та у спілкуванні, частина відчуває труднощі у відносинах з іншими дітьми, і близько 80% відрізняються поганою поведінкою, часом здійснюючи досить серйозні провини (Mariani & Barkley, 1997; Greene et al., 1996).

***Розлад, пов'язаний з дефіцитом уваги та гіперактивністю*** *— розлад, при якому людина не може сконцентрувати свою увагу, або поводиться надто активно та імпульсивно, або виявляє обидві ці ознаки.*

Ознаки розладу, пов'язаного з гіперактивністю та дефіцитом уваги, виявляються у 5% школярів, і 80% їх хлопчики. Розлад, як правило, триває протягом усього дитинства (АРА, 1994; Ross & Ross, 1982). У багатьох дітей на той час, коли вони досягають віку старших класів школи, симптоми слабшають, але в деяких випадках проблеми залишаються і потім (Wilson & Marcotte, 1996; АРА, 1994). Третина дітей, які страждають на цей розлад, продовжують демонструвати його симптоми і після того, як стають дорослими, і приблизно в одній десятій він переходить в антисоціальний розлад особистості або в розлад, пов'язаний зі зловживанням психоактивними речовинами (Mannuza et al., 1998; Weiss et al. ., 1995).

Сьогоднішні клініцисти переважно розглядають цей розлад як має кілька спільно діючих причин, включаючи біологічні чинники. Насправді у свій час цей розлад вважали викликаним мінімальними ушкодженнями головного мозку (мінімальною мозковою дисфункцією — ММД), чому сприяв високий стрес і стосунки в сім'ї (Sherman, McGue, & Iacono, 1997; Needleman et al., 1996). Однак не існує чітких і послідовних доказів того, що кожна з цих передбачуваних причин, взята окремо, може спричинити розлад (Anastopoulos & Barkley, 1992).

Соціокультурні теоретики також вказують на те, що розлад, пов'язаний з гіперактивністю та дефіцитом уваги, може створювати у дітей додаткові проблеми у спілкуванні та призводити до появи додаткових симптомів. Мається на увазі, що гіперактивні діти розцінюються негативніше, ніж інші, як їх однолітками, так і батьками і самими дітьми (King & Young, 1981; Arnold, 1973).

Щодо найефективніших методів лікування даного розладу згоди немає. Найпоширенішим підходом досі було застосування стимуляторів, таких як метилфенідат (Риталін) (рис. 15.3). Ці ліки іноді надають заспокійливий вплив на гіперактивних дітей і підвищують їхню здатність вирішувати проблеми, вчитися та контролювати свої агресивні імпульси (Hinshaw, 1991; Douglas et al., 1988). Однак деякі клініцисти побоюються, що ці ліки можуть мати небажані довготривалі ефекти (Greenhill, 1992).

***Метилфенідат*** – *стимулюючий лікарський препарат, більш відомий під своєю ринковою назвою «Риталін», що широко використовується для лікування гіперкінетичного розладу.*

Біхевіористи навчають педагогів та батьків способам, якими можна підкріпити зусилля дитини, спрямовані на концентрацію уваги або хорошу поведінку вдома та у школі. Така техніка оперантного обумовлення може приносити користь, особливо у поєднанні з лікарськими засобами (Du Paul & Barkley, 1993).

**Сцени із сучасного життя**

*Риталін: хімічна умиротворювальна сорочка чи чудові ліки?*

*Коли Том тільки з'явився на світ, він, за словами його матері Анни, поводився як «божевільна дитина». "На найменший дотик він реагував дуже бурхливо і майже ніколи не спав". Незабаром після того, як Тому виповнилося два роки, адміністрація дитячого садка, куди він ходив, звернулася до Анни з проханням забрати сина. Вони вважали, що його поведінка «надто сильно відхиляється від норми», — згадує вона. Лікарі, яким вона показувала Тома, багато разів перевіряли його на наявність органічних ушкоджень мозку, але не змогли виявити жодних фізіологічних пояснень явно вираженій у нього відсутності самоконтролю. Коефіцієнт інтелекту він завжди був високим, хоча у школі він встигав погано. Зрештою Тому було поставлено діагноз «розлад, пов'язаний з дефіцитом уваги та гіперактивністю (ADHD)»... Щодо серйозності його симптомів психотерапевт сказав Ганні, що Том може набрати 15 балів за десятибальною шкалою. Як лікування лікар прописав метилфенідат (methylphenidate), більше відомий під його ринковою назвою «Риталін» (Lewtwyler, 1996; р. 13).*

Подібно до того, мільйони дітей і дорослих, які страждають на гіперкінетичний розлад, приймають метилфенідат, або «Риталін», стимулятор, який поряд з іншими подібними ліками використовується вже кілька десятиліть. Хоча сьогодні метилфенідат виробляють багато різних фірм, препарат, як і раніше, відомий під ім'ям «Риталін», що представляє найзнаменитішу торгову марку. З того часу, як вчені з'ясували, що «Риталін» надає заспокійливий вплив на дітей і дорослих, які страждають на гіперкінетичні розлади, і здатний допомогти їм фокусувати увагу і вирішувати складні завдання, вживання цього препарату дуже зросло, — за деякими оцінками, тільки з 1990 року воно зросло на 250% (Hancock, 1996). Від 10 до 12% американських хлопчиків, ймовірно, сприймають «Риталін» як ліки від гіперкінетичного розладу; збільшується також і кількість дівчаток, які приймають цей препарат. Щороку виробляється близько 8,5 тонн «Риталіну», і 90% його споживається у Сполучених Штатах (Leutwyler, 1996; UNINCB, 1996).

Однак багато лікарів та батьків задають питання про ступінь необхідності застосування цих ліків та його безпеки (Breggin, 1998). Наприкінці 80-х років було пред'явлено кілька судових позовів лікарям, школам і навіть Американської психіатричної асоціації зі звинуваченням у неправильному застосуванні «Ріталіна» (Safer, 1994). Більшість позовів було відхилено, але бурхливе обговорення теми у засобах масової інформації серйозно вплинуло на ставлення людей до цих ліків (Safer & Krager, 1992). До того ж, останніми роками «Риталін» став популярним серед американських підлітків. Деякі підлітки приймають його як наркотик, і вже є випадки виникнення наркотичної залежності (UNINCB, 1996), що ще більше збільшує стурбованість суспільства щодо цього препарату.

У 1996 році, після проведення обширного та ретельного дослідження, Міжнародна рада з контролю над наркотиками Організації Об'єднаних Націй зробила висновок, що діагноз «розлад, пов'язаний з дефіцитом уваги та гіперактивністю», у Сполучених Штатах, швидше за все, ставиться частіше, ніж потрібно, та діагноз багатьох дітей, які приймають «Риталін», може бути помилковим. Даний розлад можна надійно діагностувати лише після серії спостережень, бесід, психологічних тестів та медичних обстежень. При цьому одне із статистичних досліджень виявляє, що лише 50% дітей, яким педіатрами було поставлено такий діагноз, проходили якесь психологічне або педагогічне тестування для підтвердження висновку лікаря (Leutwyler, 1996).

З іншого боку, «Риталін» має і безперечні переваги і, очевидно, дуже допомагає дітям і дорослим, які дійсно страждають від гіперкінетичного розладу. Навчання батьків та поведінкові програми також приносять користь у деяких випадках, але не у всіх. Більше того, біхевіористські методи часто виявляються більш ефективними у поєднанні із застосуванням «Риталіну» ( Vinson, 1994; Du Paul & Barkley, 1993). Коли діти з гіперкінетичним розладом перестають приймати ліки, часто через негативні відгуки про них у засобах масової інформації, багато з них демонструють явні погіршення свого стану (Safer & Krager, 1992).

Відомо також, що «Риталін» відносно безпечний для людей, які страждають на гіперкінетичні розлади (Leutwyler, 1996; Safer & Krager, 1993). У більшості випадків небажані наслідки його застосування не є більш серйозним, ніж безсоння, легкий головний біль або біль у шлунку або втрата апетиту. Однак у деяких випадках препарат може викликати лицьовий тик. Крім того, він може впливати на функцію зростання у деяких дітей, так що для запобігання цьому ефекту їм потрібно організовувати «лікарські канікули» влітку. Нині немає доказів, що вживання «Риталіна» може мати довготривалі наслідки (Vinson, 1994), але додаткові дослідження у цій галузі, очевидно, необхідні.

Таким чином, питання полягає в тому, як бути з ліками, які допомагають багатьом людям, але які часто використовують не за призначенням і в деяких випадках навіть на шкоду. Відповідь, до якої поступово приходять клініцисти, — це покращення контролю за його застосуванням. Вчені повинні продовжувати дослідження цього препарату. Педіатри та інші люди, які працюють з дітьми, повинні отримувати кращу підготовку щодо діагностування гіперкінетичного розладу. Також потрібно вимагати, щоб вони проводили повніше обстеження, перш ніж поставити такий діагноз. І вони повинні мати уявлення про інші ефективні терапевтичні методи, крім застосування «Риталіну». Тільки тоді «Риталін» стане тим, чим він може бути, справді корисними ліками у разі серйозних розладів.

|  |
| --- |
| **Заголовок на журнальній сторінці *Newsweek*** : «Риталін». Чи не надто ми напихаємо ліками наших дітей? |

**Розлади функцій виділення.**

Діти з розладами функцій виділення (elimination disorders) постійно мочаються або виділяють кал у свій одяг, в ліжко або на підлогу. При цьому вони вже в такому віці, що повинні вміти контролювати такі функції свого тіла, і ці симптоми не викликані фізичним захворюванням.

***Енурез***

Енурез - це постійне ненавмисне (а в деяких випадках і навмисне) виділення сечі в ліжко або одяг. Таке зазвичай відбувається вночі, під час сну, але може траплятися і вдень. Для того, щоб дитині можна було поставити діагноз енурез, їй має бути не менше 5 років (див. Діагностичну таблицю DSM-IV у Додатку). Ця проблема часто виникає у зв'язку з якоюсь подією, що викликає стрес, таким як госпіталізація або вступ до школи. Випадки енурезу зустрічаються тим рідше, ніж діти. Цей розлад діагностується у 7% хлопчиків та 3% дівчаток у віці 5 років, а у віці 10 років воно спостерігається лише у 3% хлопчиків та 2% дівчаток. У віці 18 років цим розладом страждають трохи більше 1% молоді (АРА, 1994).

**Малюнок 15.3. Зростання популярності "Ріталіна".** Вживання «Риталіну» стало зростати з початку 80-х років, коли вчені виявили, що він може допомагати людям, які страждають на гіперкінетичні розлади. Тільки за 90-ті роки продаж цього препарату збільшився майже втричі. (Drug Enforcement Administration, 1996.)

***Енурез*** *- дитячий розлад, при якому дитина постійно мочиться в ліжко або одяг.*

Жодне з існуючих пояснень енурезу не набуло очевидних підтверджень. Теоретики психодинамічного напрями розглядають цей розлад як симптом великої тривоги та наявності прихованих конфліктів (Olmos de Paz, 1990). Теоретики сімейної терапії вказують на порушені взаємини у ній. Біхевіористи вважають цей розлад результатом неправильного привчання до користування туалетом. А теоретики біологічного напряму висловлюють припущення, що з таких проблем повільно розвивається сечівник (Erickson, 1992).

Найчастіше енурез згодом проходить без жодного лікування. Однак терапевтичне втручання, особливо поведінкова терапія, може допомогти прискорити цей процес (Friman & Warzak, 1990; Whelan & Houts, 1990). Широко використовується підхід класичного обумовлення, при якому під сплячу дитину підкладається подушечка, що містить дві пластинки з металевої фольги, до яких приєднуються дзвінок та батарейка (Howe & Walker, 1992; Mowrer & Mowrer, 1938). Єдина крапля сечі, що потрапляє на платівку, включає дзвінок, і дитина прокидається відразу ж, як починає мочитися. Таким чином, дзвінок (безумовний стимул), прив'язаний до відчуття повного сечового міхура (обумовлений стимул) викликає реакцію пробудження. Зрештою відчуття повного сечового міхура саме собою починає викликати пробудження.

|  |
| --- |
| "Уявлення про юність як про щасливий час - це помилка, властиве тим, хто вже розлучився з нею". - У. Сомерсет Моем, «Про підневільність людини», 1915 |

***Енкопрез***

Енкопрез (encopresis), розлад, що характеризується повторюваним виділенням калу в одяг, зустрічається рідше, ніж енурез, і менш вивчений (див. Діагностичну таблицю DSM-IV у Додатку). Неприємні епізоди зрідка трапляються вночі, під час сну (Levine, 1975). Зазвичай це трапляється мимоволі, починаючи з 4-х років, і близько 1% п'ятирічних дітей страждають на цей розлад (табл. 15.1). До підліткового віку їхня кількість зменшується майже до нуля. Цей розлад частіше спостерігається у хлопчиків, ніж у дівчаток (АРА, 1994).

***Енкопрез*** *— дитячий розлад, що характеризується виділенням калу, що повторюється, в непридатні для цього місця, наприклад, в одяг.*

Енкопрез, як правило, викликає значні соціальні труднощі, сором і збентеження. Діти, які страждають на цей розлад, часто намагаються приховати свої проблеми і намагаються уникати ситуацій, в яких вони можуть потрапити в незручне становище, таких як перебування в літньому таборі або школі (АРА, 1994; Ross, 1981). Розлад може виникати внаслідок стресу, запору чи неправильного навчання туалету. Найбільш поширені та ефективні методи лікування - поведінковий та біологічний підходи або їх поєднання (Rosen, 1993; Thaper et al., 1992). Сімейна терапія також приносить користь (Wells & Hinkle, 1990).

**Резюме**

Проблеми, пов'язані з емоційним станом та поведінкою, - звичайне явище в дитячому та підлітковому віці. Одна п'ята всіх дітей та підлітків у Сполучених Штатах страждають на психологічні розлади.

**Таблиця 15.1. Порівняльна характеристика дитячих розладів**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Розлад | Вік, у якому зазвичай вперше проявляється | Ступінь поширення у дітей | Підлога, більш схильна до цього розладу | Чи пов'язано з сімейними обставинами | Чи проходить до підліткового віку |
| Тривожний розлад у зв'язку з розлукою | до 12 років | 4% | жіночий | так | часто |
| Розлад поведінки | до 12 років | 8% | чоловічий | так | часто |
| Гіперкінетичний розлад (ADHD) | до 12 років | 5% | чоловічий | так | часто |
| Енурез | 5-8 років | 5% | чоловічий | так | як правило |
| Енкопрез | після 4 років | 1% | чоловічий | не ясно | завжди |
| Розлади шкільних навичок | 6-9 років | 5% | чоловічий | так | часто |
| Аутизм | 0-3 років | 0,05% | чоловічий | так | іноді |
| Розумова відсталість | до 10 років | 1% | чоловічий | не ясно | іноді |

Тривожні розлади та депресія. Дитячі тривожні розлади включають розлади, подібні до аналогічних проблем дорослих, такі як специфічні фобії, соціальна фобія і генералізований тривожний розлад, а також унікальну дитячу схему порушень — розлад у зв'язку з розлукою, що характеризується винятковою тривогою, часто навіть панікою розлучається з батьками. Депресію зазнають 2% всіх дітей та молодих людей до 17 років та 7% тінейджерів (старше 10 років).

Розлади, що виражаються у руйнівній поведінці. Діти, які страждають на розлади, що виражаються в руйнівній поведінці, набагато серйозніше, ніж це зазвичай буває у дітей, порушують загальноприйняті норми і поводяться дуже агресивно. Опозиційно-викликаючий розлад виявляється у тому, що дитина постійно сперечається з дорослими, влаштовує скандали та відчуває сильне почуття образи та гніву. Діти з розладом поведінки демонструють серйознішу руйнівну схему, порушуючи основні права інших людей. Вони часто роблять насильницькі та жорстокі вчинки, можуть брехати, красти та тікати з дому. Розлад поведінки часто пов'язують із несприятливими умовами в сім'ї, тому при лікуванні широко застосовуються підходи, що мають справу з усією родиною. Крім того, використовуються превентивні програми, які починають працювати з дітьми в ранньому дитинстві.

Розлад, пов'язаний з дефіцитом уваги та гіперактивністю (ADHD, гіперкінетичний розлад). На цей розлад страждають 5% школярів, здебільшого хлопчики. Вони важко концентрувати увагу на завданні або проявляють гіперактивність, або демонструють обидві ці ознаки. Нині цей розлад сприймається як викликане кількома спільно діючими причинами. Стимулюючі препарати, такі як «Риталін», та поведінкові методи часто приносять успіх при лікуванні.

Розлади функцій виділення. Діти, які страждають на розлади функцій виділення: енурезом і енкопрезом, — неодноразово мочаться або виділяють кал у невідповідні місця. Схильність до цих розладів значно зменшується, коли діти стають старшими. У виникнення розладів можуть робити внесок різноманітні чинники, від стресу до біологічних причин. Поведінкова техніка, при якій використовується пристрій із дзвінком, є ефективним методом лікування енурезу. Енкопрез іноді піддається лікуванню за допомогою поведінкового, біологічного та сімейного підходів.

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Хоча в дитячому віці хлопчики частіше страждають на психологічні розлади, ніж дівчатка, серед дорослих такими розладами частіше страждають жінки, ніж чоловіки. Деякі вчені вважають, що це усунення схильностей залежно від віку відображає особливі види напруги, які відчувають жінки в західному суспільстві. Які чинники можуть грати тут роль? Чи можуть бути інші пояснення такого зсуву? |

**Тривалі розлади, що починаються у дитинстві.**

Більшість дитячих розладів, коли людина виростає або змінюють свою форму, або зникають. Але є два розлади, які виникають у дитинстві і, як правило, у незмінному вигляді продовжуються все життя: аутизм і розумова відсталість. Ці розлади стали предметом багатьох наукових досліджень про. Крім того, клініцисти розробили широкий спектр терапевтичних методів, здатних значно змінити життя людей із такими проблемами.

**Аутизм.**

Маленький хлопчик під назвою Марк демонструє типову картину аутизму.

*Звертаючись до минулого, Сьюзан, мати Марка, нагадує деякі речі, які вже тоді здавались їй дивними. Наприклад, вона згадує, що... коли вона підходила до нього, Марк, здавалося, ніколи не передчував, що його візьмуть на руки. Крім того, незважаючи на його прихильність до соски (немовля виражало невдоволення, якщо її клали не на місце), він виявляв мало інтересу до іграшок. Він рідко вказував на щось і, здавалося, не звертав уваги на звуки... Більшу частину часу Марк проводив, ритмічно постукуючи по планках ліжечка, і здавався глибоко зануреним у свій власний світ.*

*Коли Марку виповнилося два роки, його поведінка почала серйозно турбувати батьків... Марк, розповідають вони, зазвичай завжди «дивився крізь» людину або за її спину, але дуже рідко просто на людину. Він міг вимовляти кілька слів, але не було схоже, щоб він розумів людську мову. Фактично він не реагував навіть на власне ім'я. Весь свій час Марк витрачав на дослідження знайомих предметів, які він крутив і крутив у руках, тримаючи їх прямо перед очима. Особливе занепокоєння батькам вселяли дивні рухи Марка: він міг раптово стрибнути, почати розмахувати руками або тулити і крутити руками свої пальці, корчив найдивніші гримаси, особливо коли був схвильований, а також те, що Роберт (батько хлопчика) описував як ригідність Марка. Марк любив укладати предмети рівними рядами та голосно кричав, коли цей порядок порушували. Він наполегливо вимагав, щоб усі речі залишалися на своїх місцях, і дуже засмучувався щоразу, коли Сьюзан робила спробу переставити по-новому меблі у вітальні.*

*Після п'яти років стан Марка почав повільно покращуватись... (Wing, 1976).*

Поведінка Марка відповідає ознакам аутистичного розладу (autistic disorder), також званого аутизм чи синдром Каннера, яке вперше було описано американським психіатром Лео Каннером (Leo Kanner) 1943 року. Діти, які страждають на цей розлад, дуже слабо реагують на інших людей, погано засвоюють навички, необхідні для спілкування, здійснюють ритмічні повторювані рухи і поводяться дуже ригідно (див. список DSM-IV в Додатку). Симптоми розладу виявляються в дуже ранньому віці до 3 років. Деякі інші розлади схожі на аутизм, однак кожен із них відрізняється або набором симптомів, або часом виникнення. Якщо дотримуватися точних визначень, всі ці розлади слід віднести до категорії первазивних (широких) розладів розвитку (pervasive development disorders), але більшість клініцистів позначають їх як «аутизм», і ми будемо робити так само.

***Аутистичне розлад*** *— тривалий розлад, який характеризується вкрай обмеженою здатністю реагувати на інших людей, слабкими навичками спілкування, а також повторюваною і ригідною поведінкою. Також відоме під назвою аутизм.*

На аутизм хворіють лише 4 або 5 з кожних 10 000 дітей (Harris, 1995; АРА, 1994). Приблизно 80% із них — хлопчики. Двоє з трьох дітей, які страждають на аутизм, залишаються дуже обмеженими у своїх діях і тоді, коли стають дорослими, і не здатні вести самостійне життя (АРА, 1994).

***Клінічна картина аутизму***

Ключовою ознакою аутизму є відсутність реакції, включаючи крайню відчуженість та відсутність інтересу до інших людей (Volkmar et al., 1993). У дитячому віці такі діти, як і Марк, не тягнуться до батьків, коли ті підходять, і багато хто виявляє невдоволення, коли їх беруть на руки. Часто вони не здатні впізнавати інших людей або спілкуватися з ними.

|  |
| --- |
| «97Х. Бам. Майбутнє рок-н-ролу... 97Х. Бам. Майбутнє рок-н-ролу... 97Х. Бам. Майбутнє рок-н-ролу... 97Х. Бам. Майбутнє рок-н-ролу...» — Раймонд Беббіт, «Людина дощу», 1988 (ехолалічне повторення почутої по радіо рекламної фрази) |

Проблеми, пов'язані з мовою та спілкуванням, при аутизмі можуть набувати різних форм. Приблизно половина дітей, які страждають на цей розлад, не може навчитися говорити або розвинути нормальні мовні навички (Dawson & Castelloe, 1992; Rutter, 1966). Ті ж, хто навчається говорити, можуть виявляти певні дива у своїй промові. Одна з найпоширеніших мовних проблем у таких людей — ехолалія, або точне багаторазове повторення, подібно до луни, фраз, сказаних іншими. Людина повторює почуті слова з тим самим виразом, але без жодного розуміння їхнього сенсу. Дехто повторює якусь пропозицію навіть за кілька днів після того, як вони її чули. Люди, які страждають на аутизм, також можуть демонструвати інші дива промови, такі як інверсія займенників або неправильне вживання займенників — використання «ти» замість «я». Коли Марк був голодний, він зазвичай казав: Ти хочеш обідати?. Крім того, такі люди можуть зазнавати труднощів із назвами предметів, з використанням абстрактних понять, їм може бути складно взяти правильний тон, говорити спонтанно або розуміти мову інших.

Для аутизму також характерні обмеженість уяви, дії, що повторюються, і ригідна поведінка. Діти, які страждають на аутизм, не здатні спонтанно вносити зміни в свою гру або грати разом з іншими. Зазвичай найменша зміна в навколишніх предметах, людях, їх повсякденному житті або їх діях, що повторюються, змушують їх сильно нервувати. Марк, наприклад, мав предмети рівними рядами і голосно кричав, коли їх зрушували з місця. Так само діти, хворі на аутизм, можуть реагувати спалахами невдоволення на те, що один із батьків одягнув нові окуляри, або на те, що стілець у кімнаті переставили в інше місце, або на слово, що змінилося в пісні. Каннер (Kanner, 1943) визначив таку реакцію як наполегливу вимогу однаковості (perseveration of sameness). Інший схожий симптом виявляється у тому, що багато хворих сильно прив'язуються до певних предметів: пластмасових кришок, гумок або гудзиків. Вони можуть колекціонувати ці предмети, носити їх із собою або постійно грати з ними. Деякі зачаровані рухом і можуть годинами дивитися на предмети, що обертаються, такі як вентилятор.

Моторні реакції у людей із цим розладом також можуть бути незвичайними. Марк міг несподівано стрибнути, плескав руками, крутив свої пальці і корчив гримаси, - ці дії називаються самостимулюючою поведінкою (self-stimulatory behaviors). Для деяких характерні також самоушкоджуючі дії (self-injurious behaviors), вони, наприклад, ритмічно б'ють головою об стіну, смикають себе за волосся або кусають частини свого тіла.

Такі види поведінки є доказом того, що структура реакцій на сприймані стимули у людини надзвичайно порушена та суперечлива (Wing, 1976; Wing & Wing, 1971). У деяких випадках створюється враження, що оточуючі картини і звуки надають на людину надто стимулюючу дію, і вона намагається заблокувати їх, у той час як в інших випадках вона відчуває брак стимуляції і тому робить самостимулюючі дії. Хворі можуть, наприклад, зовсім не реагувати на гучні звуки, але відразу обертатися на шипіння газованої води. Так само вони можуть не помічати, що знаходяться в надзвичайно небезпечному положенні на краю піднесеного майданчика, але негайно визначити, що якийсь маленький предмет у їхній кімнаті перенесений на інше місце.

***Пояснення аутизму***

Для пояснення аутизму пропонувалися різніше за гіпотезу. Він є одним із тих розладів, для яких соціокультурному поясненню колись, можливо, надавали занадто великого значення, що повело дослідників неправильним шляхом. Останні роботи в галузі психології та біології змусили клініцистів як основні причини аутизму виділити когнітивні обмеження та аномалії головного мозку.

**Соціокультурна думка.** Спочатку вчені думали, що головними причинами аутизму є несприятливі умови в сім'ї та соціальний стрес. Наприклад, коли Лео Каннер (1946, 1954) вперше ідентифікував цей розлад, він доводив, що певні властивості особистості батьків створюють несприятливий клімат у розвиток дитини та сприяють виникненню хвороби. Такі батьки, за його описом, — дуже інтелектуальні, але холодні люди, «батьки-холодильники». Ці твердження мали надзвичайно великий вплив на громадську думку і на думку самих батьків про себе, проте пізніші дослідження не дали жодних підтверджень того, що батьки таких дітей обов'язково є жорсткими, холодними, такими, що нехтують своїми обов'язками або страждають на порушення психіки (Roazen, 1992).

Аналогічно, деякі інші клініцисти припускали, що високий рівень соціального та пов'язаного з оточуючими умовами стресу може бути однією з причин аутизму. Однак дослідження не підтверджують і цієї гіпотези. Вчені, які порівнювали дітей, хворих на аутизм, з дітьми, які не страждають на цей розлад, не виявили жодних відмінностей у частоті таких подій, як смерть батьків, або їх розлучення, або фінансові проблеми в сім'ї, а також у рівні стимуляції з боку навколишнього середовища (Сох та ін., 1975).

**Психологічна думка.** На думку деяких учених, у людей, які страждають на аутизм, є вроджені перцептивні або когнітивні порушення, що унеможливлює нормальне спілкування і взаємодію з іншими. Одне з широко відомих пояснень у тому, що з цим розладом що неспроможні виробити собі теорію розуму ( theory of mind), тобто розуміння те, що інші люди будують свою поведінку з урахуванням своїх власних переконань, намірів чи інших психічних процесів, а чи не на інформації, що вони можуть знати (Нарре, 1997; Leslie, 1997).

***Теорія розуму*** *— розуміння людиною того, що інші люди будують свою поведінку на основі своїх власних переконань, намірів чи інших психічних процесів, а не інформації, яку вони не можуть знати.*

До трьох або п'яти років більшість дітей здатні брати до уваги думку іншої людини і розуміють, що, враховуючи цю думку, можна передбачити, що людина робитиме. У певному сенсі вони вчаться читати думки інших людей. Нехай, наприклад, ми бачили, як Джессіка поклала м'ячик у ящик для іграшок, а потім ми спостерігаємо, як Френк забирає його в сусідню кімнату, поки Джесіка спить. Ми знаємо, що Джессіка, коли прокинеться, шукатиме свій м'ячик у ящику для іграшок, бо вона не знає, що Френк забрав його. Ми знаємо це, оскільки беремо до уваги думку Джессіки. Нормальна дитина так само зможе передбачити поведінку Джесіки. Проте людина, хвора на аутизм, цього зробити не зможе. Така людина чекатиме, що Джессіка піде за своїм м'ячиком до сусідньої кімнати, бо зараз м'ячик перебуває там. Те, що відбувається в голові Джессіки, для такої людини не має значення.

|  |
| --- |
| ***Спілкування з тваринами* .** Діти, які страждають на аутизм, часто не реагують на інших людей. Проте багато хто з них здатний тепло і по-дружньому взаємодіяти з тваринами. Регулярне спілкування з цим дельфіном, що включає дотики та погладжування, допомагає хворому підлітку подолати аутистичний страх перед дотиками та поводитися спонтанніше. |

Багаторазові дослідження показують, що хворі на аутизм дійсно страждають такого роду «розумовою сліпотою». Тому їм дуже складно брати участь у рольових іграх, ефективно взаємодіяти з іншими людьми, використовувати засоби мови, що мають на увазі облік погляду інших людей, та будувати взаємини з ними. Чому хворі на аутизм відчувають такі когнітивні обмеження? Деякі вчені вважають, що це відбувається через порушення біологічного характеру в ранньому дитинстві, які роблять людину не здатною виробити теорію розуму (Leslie, 1997; Frith, Morton & Leslie, 1991).

**Біологічна думка.** Багато років дослідники намагаються визначити, які біологічні аномалії можуть бути причиною нездатності виробити теорію розуму чи всієї сукупності симптомів аутизму. Чіткого біологічного пояснення поки що не знайдено, але є кілька перспективних гіпотез. По-перше, обстеження родичів людей, хворих на аутизм, дозволяють припускати деяку роль генетичного фактора у розвитку цього розладу. Наприклад, у братів і сестер тих, хто страждає на аутизм, хвороба розвивається у 6-8 випадках зі 100 (Piven et al., 1997), у 200 разів частіше, ніж у середньому у всіх людей. Більше того, з'ясувалося, що однояйцеві близнюки хворих на аутизм піддаються найбільшому ризику. Крім цього, у 10-12% людей, які страждають на цей розлад, виявляються хромосомні аномалії (Sudhalter et al., 1990).

Деякі роботи пов'язують аутизм також з ускладненнями під час вагітності або народження дитини (Rimland, 1992; Goodman, 1990). Імовірність розвитку аутизму у дитини підвищується, якщо мати під час вагітності хворіла на краснуху, до або під час вагітності мала справу з токсичними хімічними речовинами або зазнавала ускладнень при пологах.

І, нарешті, вчені виділили низку специфічних біологічних аномалій, які можуть робити свій внесок у розвиток аутизму. У деяких роботах, наприклад, особлива увага звернена на мозок (Courchesne, 1997; Courchesne & Courchesne, 1997). Результати сканування мозку та розтин показують, що у людей, хворих на аутизм, ще в ранньому дитинстві виникають аномалії в цій частині головного мозку. Вченим давно відомо, що мозок відповідає за координацію рухів тіла, тепер вони припускають, що він також допомагає людині швидко звертати увагу на який-небудь об'єкт. Можливо, що людям, у яких мозок розвивається аномально, з цієї причини дуже складно спрямовано фокусувати свою увагу, розуміти словесні натяки чи міміку інших людей та сприймати соціальну інформацію, що є ключовими ознаками аутизму.

***Мозок*** — *частина головного мозку, що відповідає за координацію рухів тіла і, можливо, допомагає людині швидко звертати увагу на різні об'єкти.*

Багато дослідників вважають, що аутизм може мати кілька біологічних причин (Gillberg, 1992). Можливо, що дія всіх суттєвих у даному випадку біологічних факторів (генетичних факторів, ускладнень під час вагітності, пологів та після народження) зрештою зливається в одне русло – призводить до певних загальних порушень у роботі головного мозку, таких як неправильне функціонування нейротрансмітерів, результатом чого є когнітивні проблеми та інші ознаки цього розладу (Martineau et al, 1992; Yuwiler et al, 1992).

**Крупним планом**

*Особливий вид таланту*

Більшість людей знайомі з синдромом савану (savant syndrome) завдяки образу молодої людини, хворої на аутизм, створеному Дастіном Хоффманом у фільмі «Людина дощу» (праворуч внизу — кадр з цього фільму). Виняткові здібності героя Хоффмана - підрахунок 246 зубочисток в той самий момент, як вони розсипалися по підлозі, запам'ятовування сторінок телефонної книги, миттєве виконання в розумі арифметичних дій - відповідають існуючим насправді вражаючим талантам реальних людей, які в інших областях обмежені через аутизм або розумової відсталості.

Саван (по-французьки — «знаючий») — це людина, яка страждає на серйозні психічні розлади або порушення інтелекту, але має при цьому якусь ефектну здатність, що демонструє блискучий розум у якійсь окремій області. Часто ця здатність стає помітною лише на тлі обмеженості даної людини у решті всіх областей, але іноді такі здібності бувають дійсно винятковими (Treffert, 1989).

Поширене вміння саванів — календарний підрахунок, здатність швидко обчислити, який день тижня доведеться певна дата, наприклад, перше січня 2050 року ( Spitz, 1994). Часто такі люди можуть без жодної помилки зіграти по пам'яті фрагмент класичного музичного твору, який вони чули лише один раз. Інші можуть точно повторити фрази, почуті ними багато років тому.

Деякі вчені вважають, що вміння саван справді є особливими видами розумової роботи. Інші припускають, що це вміння є зворотної, позитивної стороною певної обмеженості мислення. Наприклад, виняткові здібності у сфері запам'ятовування можуть бути тому, що сфера уваги людини дуже вузька і будь-яке просте заняття надто поглинає його, що часто спостерігається при аутизмі.

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Чому люди так заворожені синдромом савана, і чи не може бути так, що їхня захопленість змушує їх ідеалізувати це явище? Які приховані нагадування про рівність всіх людей або які обнадійливі послання можна отримати зі спостережень за діяльністю саванів? |

***Терапія при аутизмі***

Терапія може допомогти людям, хворим на аутизм, краще адаптуватися до їх навколишнього середовища, хоча жоден з відомих сьогодні терапевтичних методів не призводить до повного лікування. Певну користь приносять поведінкова терапія, тренінг навичок комунікації (communication training), навчання батьків та інтеграція у суспільство. Крім того, психотропні ліки та деякі вітаміни у поєднанні з іншими методами впливу теж іноді сприяють поліпшенню стану хворих (Cook et al., 1992; Rimland, 1992, 1988).

**Поведінкова терапія.** Поведінкові (біхевіоральні) техніки застосовуються для соціалізації хворих на аутизм вже понад 30 років. Використовуючи ці методи, хворих навчають новим, сприяючим їх адаптації видам поведінки, включаючи мовлення, соціальні навички, навички вчення і самообслуговування, і водночас знижують схильність до негативним, дисфункціональним видам поведінки. Найчастіше при терапії використовуються прийоми моделювання поведінки та оперантного обумовлення. При моделюванні терапевт демонструє зразок бажаної поведінки та допомагає хворому навчитися повторювати ці дії. При оперантному зумовленні терапевт використовує винагороди закріплення цих зразків поведінки. Бажана поведінка можна побудувати за шаблоном - розбити на частини і вивчати крок за кроком, - і підкріплення завжди має бути дуже чітким і послідовним (Lovaas, 1987; Harris & Milch, 1981). За умови ретельного планування та виконання такі процедури часто призводять до формування нового виду поведінки.

У ході одного з тривалих експериментів вчені порівнювали прогрес у двох групах хворих на аутизм дітей (McEachin et al., 1993; Lovaas, 1987). Дев'ятнадцять дітей піддавалися посиленому лікуванню методами поведінкової терапії, ще дев'ятнадцять складали контрольну групу. Курс лікування розпочинався у віці 3 років та тривав до 7 років. До 7 років діти з групи поведінкової терапії краще справлялися з навчанням у школі та при тестуванні демонстрували вищий рівень інтелекту, ніж діти з контрольної групи. Багато хто з них вступив до звичайної школи. І пізніше, у підлітковому віці, діти, які пройшли курс поведінкової терапії, демонстрували вищий рівень розвитку. З урахуванням цих відкриттів багато клініцистів сьогодні розглядають ранні біхевіоральні програми як найкращий спосіб лікування при аутизмі (Sneinkopf & Siegel, 1998; Harris, 1995).

Терапевтичні методи, призначені для адаптації хворих на аутизм, особливо поведінкові техніки, найкраще застосовувати в школі, поки людина ще не виросла. Діти відвідують спеціальні класи, часто у спеціальній школі, де освіта поєднується з терапією. Спеціально підготовлені вчителі допомагають дітям розвинути необхідні навички, види поведінки та способи взаємодії зі світом. Деякі клініцисти вважають, що найбільш здібні з-поміж страждаючих цим розладом дітей повинні хоча б частину часу проводити в звичайних класах, розвиваючи свої соціальні та академічні навички в нормальному середовищі, разом з нормальними дітьми (Simpson & Sasso, 1992; Tomcheck et al., 1992 ).

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Щоб зменшити схильність хворих на аутизм дітей до самоушкоджуючих дій, лікарі іноді застосовують покарання. Дитині можуть бризкати в обличчя водою, її можуть щипати або, у виняткових випадках, ударяти, якщо вона починає діяти так, що може зашкодити собі. Чи має самоушкоджуюча поведінка досягти певного рівня серйозності, перш ніж застосування покарань стає можливим? Хто, на вашу думку, може робити висновки щодо доцільності застосування покарання у цьому конкретному випадку? |

**Тренування комунікативних навичок.** Незважаючи на інтенсивну біхевіоральну терапію, приблизно половина хворих на аутизм не можуть навчитися говорити. Тому лікарі навчають своїх пацієнтів також іншим способам спілкування, включаючи мову знаків і синхронне спілкування ( simultaneous communication), що поєднує у собі знакову і словесну мову. Використовуються також огментативні (розширювальні) комунікативні системи (augmentative communication systems), спеціальні дошки з картинками чи комп'ютери, які представляють предмети чи потреби з допомогою картинок, символів чи написаних слів. Дитина, наприклад, може показати на картинку з вилкою, повідомляючи цим: «Я хочу їсти», або показати на радіоприймач, щоб повідомити: «Я хочу послухати музику».

|  |
| --- |
| ***Навчання мови* .** Біхевіористи досягають значного успіху в навчанні мови багатьох дітей, які страждають на аутизм. Терапевт систематично демонструє зразок положення рота та правильної вимови певних звуків і потім винагороджує дитину за точне повторення. |

***Огментативна комунікативна система*** *- метод навчання навичкам комунікації людей, які страждають на аутизм, розумову відсталість або церебральний параліч, при якому їх вчать показувати на картинки, символи, літери або слова на комунікаційній дошці або на екрані комп'ютера.*

Навчання батьків. Сучасні терапевтичні програми включають різноманітні форми роботи з батьками. Наприклад, біхевіоральні програми часто передбачають навчання батьків методам поведінкової терапії, щоб вони могли застосовувати ці техніки вдома (Ozonoff & Catchart, 1998; Steinkopf & Siegel, 1998). Все більш доступними для батьків аутистичних дітей стають індивідуальна терапія та групи підтримки, які допомагають батькам краще впоратися зі своїми почуттями та обставинами свого життя. Крім того, нині існують асоціації та політичні організації батьків, які надають емоційну підтримку та практичну допомогу.

Інтеграція у суспільство. Безліч сучасних програм, що працюють у школі та вдома, спрямовані на навчання дітей у якомога більш ранньому віці навичкам самообслуговування та самоорганізації, соціальним, практичним та робочим навичкам, щоб люди, хворі на аутизм, стали більш здатними жити і функціонувати в суспільстві ( Koegel et al., 1992; Stahmer & Schreibman, 1992). Крім того, все більшого поширення набувають групові будинки та лікувально-трудові майстерні для підлітків і молодих людей, які страждають на аутизм (Van Bourgondien & Shopler, 1990). Ці та інші подібні програми допомагають хворим людям інтегруватися у суспільство і водночас зменшують тривогу старіючих батьків, чиї діти продовжують потребувати опіки (Pfeiffer & Nelson, 1992).

**Розумна я відсталість.**

Ед Мерфі, 26 років, може розповісти нам про те, що означає жити з діагнозом «розумова відсталість».

*Що таке розумова відсталість? Важко сказати. Мені здається, це коли людині важко думати. Деякі люди думають, що можна сказати про людину, що вона розумово відстала, просто подивившись на неї. Якщо ви так думаєте, ви не сумніваєтеся і не даєте людям шансу. Ви судите про людину з того, як вона виглядає, або з того, як вона говорить, або з того, що показують тести, але ніколи не зможете по-справжньому зрозуміти, що в людини всередині (Bogdan & Taylor, 1976, 51 ).*

Більшість свого життя Ед прожив з тавром розумово відсталого, навчався і виховувався у спеціальних установах. Коли він став дорослим, лікарі виявили, що інтелект Еда насправді вищий, ніж передбачалося раніше. Проте все дитинство і юність Ед носив на собі печатку розумово відсталої людини, і її заява розкриває типові труднощі, з якими зазвичай зустрічаються люди, які страждають на цей розлад.

|  |
| --- |
| ***Напрямна рука?*** Під час "полегшує комунікації" (facilitated communications) - це одна з новітніх огментативних (розширювальних) комунікативних систем - помічник акуратно підтримує руку хворої на аутизм людини, в той час як той вказує на літери на алфавітній дошці або натискає на клавіші комп'ютера. Проте нещодавно проведені дослідження свідчать, що у багатьох випадках помічник навмисно впливає вибір літер людиною, що ставить під питання комунікаційну цінність цього методу. |

Термін розумова відсталість традиційно відносять до дуже широкого кола людей, включаючи дітей у спеціальних установах, які весь свій час проводять, сидячи на ліжку та розгойдуючись з боку в бік, молодих людей, які працюють у лікувально-трудових майстернях, а також чоловіків та жінок, здатних самостійно утримувати свою сім'ю, займаючись простою роботою, яка потребує особливих навичок (АРА, 1994). Близько трьох п'ятих із них — чоловіки, і в переважній більшості розумова відсталість кваліфікується як легка. Згідно з довідником DSM-IV, діагноз розумова відсталість ставиться людині, якщо вона демонструє загальні інтелектуальні здібності набагато нижчі за середній рівень у поєднанні з погано розвиненими адаптаційними навичками (див. список DSM-IV у Додатку). Це означає, що крім низького коефіцієнта інтелекту (рівного 70 одиницям або нижче) людина з розумовою відсталістю повинна мати явні труднощі у таких сферах, як спілкування з іншими людьми, сімейні відносини, самоврядування, робота та турбота про власну безпеку (АРА, 1994). Також потрібно, щоб ці симптоми почали проявлятись до 18 років. Хоча ці перелічені в DSM-IV критерії здаються ясними та виразними, насправді застосувати їх часто буває досить складно.

***Розумова відсталість*** — *розлад, при якому людина виявляє загальні інтелектуальні здібності та здатність до адаптації набагато нижча за середній рівень.*

***Інтелект***

Фахівці у галузі медицини та освіти для вимірювання інтелектуальних здібностей застосовують тести на інтелект (див. розділ 3). Ці тести складаються з серій питань або завдань, що стосуються різних аспектів функціонування інтелекту, таких як знання, здатність до аргументації та винесення суджень. Кількість очок, набраних людиною з цих тестів, чи коефіцієнт інтелекту ( intelligence quotient, IQ), теоретично відбивають загальні інтелектуальні здібності цієї людини.

***Коефіцієнт інтелекту (IQ)*** *— кількість очок, набрана при тестуванні до рівня інтелекту, теоретично відбиває загальний рівень інтелектуальних здібностей людини.*

Багато вчених сумніваються, чи дійсно тести на коефіцієнт інтелекту є надійними. Чи вони вимірюють насправді те, що мають вимірювати? Кореляція між коефіцієнтом інтелекту та шкільною успішністю дорівнює приблизно 0,5. Така досить висока кореляція показує, що багато дітей з низьким коефіцієнтом інтелекту, як і можна було очікувати, гірше встигають у школі, тоді як ті, хто має коефіцієнт інтелекту вище, встигають краще (Brody, 1997; Neisser et al., 1996). У той самий час такий ступінь кореляції передбачає, що це взаємозв'язок далеко ще не ідеальна. Тобто шкільні успіхи конкретної дитини часто виявляються або вищими, або нижчими, ніж можна передбачити на основі тестів, що вимірюють інтелект. Кореляція між коефіцієнтом інтелекту та досягненнями у виробничій діяльності або соціальною ефективністю, де також можуть бути потрібні інтелектуальні здібності, ще нижче (Neisser et al., 1996; Anastasi, 1982).

Крім того, тести на інтелект можуть виявитися неупередженими з соціокультурної точки зору, про що ми вже говорили в розділі 3 (Suzuki & Valencia, 1997; Helms, 1992). Діти, які виросли в сім'ях, що належать до середнього та вищого соціально-економічних класів, у тестовій ситуації зазвичай мають перевагу, оскільки вони регулярно зустрічаються у своєму житті зі словниковими поняттями, завданнями та проблемами, на яких побудовані тести. Тести на інтелект рідко враховують «здоровий глузд вулиці», необхідний людям, які живуть у бідних районах із високою злочинністю, — щось на зразок «ноу-хау», для засвоєння якого, безперечно, потрібні інтелектуальні здібності. Так само люди з культурних меншин або ті, для кого англійська є другою мовою, опиняються у невигідному становищі при проходженні цих тестів.

|  |
| --- |
| «Тест на коефіцієнт інтелекту був розроблений для того, щоб передбачити академічну успішність, і не більше. Якщо ми хочемо, щоб у нас було щось, що дозволяє передбачити життєвий успіх, ми маємо розробити зовсім інший тест». - Роберт Зайонц (Robert Zajonc), психолог, 1984 |

Якщо тести на інтелект який завжди здатні виміряти рівень інтелекту точно і об'єктивно, те й діагноз «розумова відсталість» також може іноді ставитися упереджено ( Wilson, 1992; Heflinger, Cook & Thackrey, 1997). Це означає, що деякі люди можуть отримати такий діагноз частково через культурні відмінності, дискомфорт у незвичній для них ситуації або забобони особи, яка виконує тестування.

***Адаптивні функції***

При діагностиці розумової відсталості лікарі не мають права робити такий висновок лише на підставі коефіцієнта інтелекту, що не перевищує 70. Деякі люди з низьким коефіцієнтом інтелекту цілком здатні керувати своїм життям та функціонувати незалежно, тоді як інші цього не можуть. Випадки Браяна та Джеффрі демонструють нам можливий спектр адаптивних здібностей.

|  |
| --- |
| ***Взяти гарний старт.*** Проведені експерименти доводять, що показання тестів на інтелект та шкільна успішність у дітей з бідних сімей може бути покращена, якщо з раннього дитинства соціальні програми, такі як програма «Гарний старт», допомагають збагатити їхнє довкілля та розширити їх кругозір, тим самим зменшуючи згубне вплив соціального оточення на коефіцієнт інтелекту та інтелектуальні досягнення. |

*Браян походить із сім'ї з низьким доходом. Вдома і у своїй громадській групі він завжди поводиться адекватно. Він самостійно одягається і їсть і навіть сам піклується про себе щодня, коли його мати йде на роботу. Він грає зі своїми друзями як нормальна дитина. Однак у школі Брайан відмовляється брати участь у роботі класу та не робить домашніх завдань. У класі він справляє враження невмілого і нездатного, іноді сидить із зовсім відсутнім виглядом. Вчитель направив його до шкільного психолога, і під час тестування на коефіцієнт інтелекту Брайан набрав 60 балів.*

*Джеффрі походить із сім'ї, що належить до верхівки середнього класу. Він завжди розвивався повільно, пізно почав сидіти, стояти та говорити. У дитячому віці та ранньому дитинстві з ним займалися за спеціальною стимулюючою програмою, і вдома він завжди користувався винятковою увагою та підтримкою.*

*Тим не менш Джеффрі досі не може добре одягатися самостійно, його не можна залишити одного у дворі, тому що він може поранити себе або піти тинятися на вулицю і загубитися. Навчання в школі дається йому з великими труднощами. Вчителю доводиться говорити повільно та окремо пояснювати йому завдання. При тестуванні на коефіцієнт інтелекту віком 6 років Джеффрі набрав 60 балів.*

Браян здається добре адаптованим до свого соціального середовища поза школою. Але обмеженість Джеффрі простягається далі. Крім того, що він має низький коефіцієнт інтелекту, Джеффрі зазнає труднощів при виконанні звичайних завдань як вдома, так і в інших місцях. Таким чином, діагноз «розумова відсталість» буде доречнішим у випадку Джеффрі, ніж у випадку Брайана.

Для оцінки адаптивної поведінки було розроблено кілька шкал (Leland, 1991; Britton & Eaves, 1986). Але й тут деякі люди у своєму повсякденному житті функціонують краще, ніж можна припустити на основі тестування, тоді як інші не виявляють очікуваних здібностей. Тому лікарі зобов'язані ретельно спостерігати кожну людину в її повсякденному житті, беручи до уваги як її походження, так і стандарти її соціального оточення. Проте їх судження можуть бути суб'єктивними, і лікарі не завжди добре знайомі зі стандартами конкретного культурного чи соціального середовища.

***Характеристики розумової відсталості***

Найбільш стійким ознакою розумової відсталості і те, що людина дуже повільно навчається (Kail, 1992; Hale & Borkowski, 1991). Інші сфери, які можуть бути порушені цим розладом, - увага, короткочасна пам'ять та мовні здібності (Chamberlain, 1985; Yabe et al., 1985). Ті, кого поміщають у спеціальні установи для розумово відсталих, особливо чітко виявляють ці обмеження. Можливо, що середовище, що пригнічує когнітивну активність, і зведене до мінімуму спілкування хворих з персоналом відіграє тут свою роль.

У довіднику DSM-IV виділено чотири рівні розумової відсталості: легка (mild) (коефіцієнт інтелекту від 50 до 70), середня (moderate) (коефіцієнт інтелекту від 35 до 49), важка (severe) (коефіцієнт інтелекту від 20) глибока (profound) (коефіцієнт інтелекту нижче 20); розумова відсталість. Американська асоціація розумової відсталості вважає за краще використовувати для своїх потреб іншу класифікацію видів розумової відсталості, побудовану на основі того, якою мірою людина здатна вести незалежне життя, і виділяє наступні категорії: переміжну (intermittent), обмежену (limited), широку (extensive) і проникаючу (Pervasive) розумову відсталість.

***Легка розумова відсталість***

Приблизно 85% всіх розумово відсталих людей ставляться до категорії людей, які страждають на легку розумову відсталість (коефіцієнт інтелекту від 50 до 70) (АРА, 1994). Їх іноді називають «розумно відсталими, здатними до навчання» (educably retarded), оскільки їм доступний певний рівень освіти, і дорослими вони здатні самостійно вести життя (АРА, 1994). Тим часом у періоди стресу вони, як правило, потребують допомоги. Вони зайняті на роботах, які потребують порівняно невеликих чи середніх професійних навичок. Слабка розумова відсталість зазвичай залишається непомітною до того часу, поки дитина починає ходити до школи та її здібності не піддаються оцінці із боку шкільних педагогів. Цікаво, що інтелектуальна продуктивність осіб, що належать до цієї категорії, часто, мабуть, збільшується з віком; деякі навіть начебто перестають бути розумово відсталими після закінчення школи, і багато з таких людей продовжують вести нормальне життя у своєму соціальному середовищі.

***Легка розумова відсталість*** *— ступінь розумової відсталості (коефіцієнт інтелекту від 50 до 70), коли людина обмежено здатний до навчання і коли стає дорослим, може вести самостійне життя.*

Вчені пов'язують легку розумову відсталість в основному з соціокультурними та психологічними факторами, особливо виділяючи бідне та малостимулююче навколишнє середовище, що не відповідають вимогам розвитку взаємовідносин між батьками та дітьми та недостатню освітню підготовку в ранньому дитинстві. Цей взаємозв'язок виявляється при дослідженнях, які порівнюють дітей, які виховуються в бідному та збагаченому середовищі (рис. 15.4). Іноді соціальні працівники відвідують будинки дітей з низьким коефіцієнтом інтелекту, допомагаючи збагатити їхнє домашнє середовище, і таке втручання часто позитивно позначається на здібностях дітей. Якщо такі програми продовжують діяти, вони можуть покращити подальші успіхи дитини в школі (Guralnick, 1998; McLoyd, 1998; Ramey & Ramey, 1998, 1992).

Хоча перелічені соціальні чинники, мабуть, є головними причинами легкої розумової відсталості, деякі біологічні чинники у разі також можуть діяти. Наприклад, дослідження підтверджують, що помірне вживання матір'ю під час вагітності спиртного або наркотиків, а також недостатнє харчування матері під час вагітності може знизити інтелектуальний потенціал дитини (Neisser et al., 1996; Stein et al., 1992). Погане харчування дитини також негативно впливає на її інтелектуальний розвиток (Brown & Pollit, 1996; Davison & Dobbing, 1996), хоча цей ефект, хоча б частково, може бути усунений своєчасним поліпшенням харчування (Neisser et al., 1996; Winick, Meyer, & Harris, 1975).

***Середня, важка та глибока розумова відсталість***

Приблизно 10% осіб, які страждають на розумову відсталість, перебувають на рівні середньої розумової відсталості (коефіцієнт інтелекту від 35 до 49). Вони можуть навчитися піклуватися про себе і набути деяких мовних навичок, багато з них можуть бути зайняті на роботах, які потребують невеликих або середніх професійних навичок, зазвичай під наглядом. Більшість людей із середнім ступенем розумової відсталості також можуть успішно функціонувати у своєму соціальному середовищі за умови нагляду та керівництва (АРА, 1994).

***Середня розумова відсталість*** *- ступінь розумової відсталості (коефіцієнт інтелекту від 35 до 49), при якій людина обмежено здатна навчитися піклуватися про себе та опанувати мову.*

Приблизно 4% розумово відсталих людей ставляться до категорії тих, хто страждає на тяжку розумову відсталість (коефіцієнт інтелекту від 20 до 34). Їм зазвичай потрібен ретельний нагляд, при інтенсивних заняттях вони здатні засвоїти деякі мовні навички та можуть виконувати лише найпростіші завдання у добре структурованих умовах та під обов'язковим наглядом. Їх тямущість у сфері спілкування зазвичай перевершує їх мовні здібності. Більшість із них цілком можуть підтримувати стосунки з іншими людьми, якщо вони живуть у групових будинках, спеціалізованих установах або разом зі своїми сім'ями (АРА, 1994). Тяжка та глибока розумова відсталість часто є частиною більш загального захворювання та поєднується з серйозними фізичними вадами. У багатьох випадках ці фізичні проблеми обмежують людину навіть більше ніж низький рівень її інтелекту.

***Тяжка розумова відсталість*** *- ступінь розумової відсталості (коефіцієнт інтелекту від 20 до 34), при якій людина потребує ретельного контролю та керівництва і може виконувати лише прості роботи в добре структурованій обстановці та під наглядом.*

Близько 1% розумово відсталих людей страждають на глибоку розумову відсталість (коефіцієнт інтелекту нижче 20). За умови спеціального тренування вони можуть вивчити та розвинути лише базові навички, такі як ходіння, дуже обмежена мова та самостійне харчування. Щоб досягти можливого для них рівня розвитку, таким людям потрібне дуже добре структуроване середовище, що забезпечує постійний нагляд, допомогу та керівництво, а також індивідуальні взаємини з тим, хто піклується про хворого (АРА, 1994).

***Глибока розумова відсталість —*** *ступінь розумової відсталості (коефіцієнт інтелекту нижче 20), коли людині потрібно дуже добре структуроване довкілля, постійний контроль, допомогу і керівництво.*

**Малюнок 15.4.** Розумова відсталість та соціально-економічне становище. Легка форма розумової відсталості набагато частіше зустрічається у нижчих соціоекономічних класах. Однак більш серйозні види розумової відсталості, що призводять до більшого погіршення функціонування, рівномірно розподіляються. (Popper, 1988; Birch et al., 1970.)

В основному причини середньої, важкої та глибокої розумової відсталості ставляться до галузі біології, хоча люди з таким рівнем розумових здібностей також дуже схильні до впливу свого сімейного та соціального оточення (Bruce et al., 1996). Іноді у появу біологічно обумовлених розладів роблять внесок генетичні чинники, які спричиняють хромосомні або метаболічні порушення. В даний час вчені знайшли 1000 можливих генетичних причин розумової відсталості, хоча поки що дуже мало хто з цих причин піддавалися ретельному дослідженню (Azar, 1995). Інші біологічні причини цих видів розумової відсталості це несприятливі умови під час внутрішньоутробного періоду, при народженні або в ранньому дитинстві.

**Хромосомні аномалії.** Найбільш поширене хромосомне порушення, що призводить до розумової відсталості, - це синдром Дауна, названий так на ім'я британського лікаря Ленгдона Дауна, який вперше описав цю хворобу. Менше 1 з 1000 дітей народжується із синдромом Дауна, але якщо матері більше 35 років, то ймовірність такого результату значно збільшується. Сьогодні майбутніх матерів старшого віку часто просять пройти амніоцентез (дослідження амніотичної рідини, що оточує плід) на четвертому місяці вагітності, щоб можна було розпізнати синдром Дауна, що розвивається, або інші хромосомні аномалії.

***Синдром Дауна*** - *форма розумової відсталості, що виникає через аномалій у двадцять першій хромосомі.*

У людей з синдромом Дауна зазвичай маленька голова, плоске обличчя, очі, косі, високі вилиці, іноді язик може висовуватися з рота. Крім того, вони насилу вимовляють слова, і їх важко зрозуміти (Mahoney et al., 1981). Вони часто дуже прив'язані до членів своєї сім'ї, але загалом демонструють той самий діапазон особистісних характеристик, як і звичайні люди (Carr, 1994).

Причиною розвитку синдрому Дауна може бути кілька типів хромосомних аномалій, але найпоширеніший тип — це потрійна 21 хромосома (трисома 21 хромосоми), коли людина має три двадцять перших хромосоми замість двох (Pueschel & Thunline, 1991). У більшості людей, які страждають на синдром Дауна, коефіцієнт інтелекту коливається від 35 до 55. У хворих на цю хворобу вікові процеси протікають швидше, і у багатьох ознаки деменції виявляються але досягненні 40 років (Zigman et al., 1995; Carr, 1994). Вчені вважають, що синдром Дауна може поєднуватися з ранньою деменцією, тому що гени, відповідальні за обидва ці явища, розташовані близько один до одного в 21 хромосомі (Tanzi et al., 1989).

Синдром крихкої Х-хромосоми (fragile X syndrome) - друге поширене хромосомне порушення, що є причиною розумової відсталості (Zigler & Hodapp, 1991). Для дітей, які народжуються з ослабленою Х-хромосомою (тобто з генетичними аномаліями в Х-хромосомі), зазвичай характерні розумова відсталість середнього або тяжкого ступеня, порушення мови та в деяких випадках поведінкові розлади (McEvoy, 1992).

|  |
| --- |
| ***Піднятися вище.*** До 70-х років XX століття лікарі з песимізмом належали до можливостей розвитку, доступним дітям із синдромом Дауна. Але сьогодні в цих дітях теж бачать особистості, здатні багато чому навчитися і досягти багато в своєму житті. |

**Метаболічні фактори.** При метаболічних розладах порушуються процеси виробництва та розкладання хімічних речовин в організмі. Метаболічні розлади, що впливають на інтелект та розвиток, зазвичай виникають через поєднання двох дефектних рецесивних генів, по одному від кожного з батьків. Хоча один такий ген у поєднанні з нормальним геном не чинить руйнівного впливу, якщо він з'єднується з іншим дефектним геном, це призводить до появи суттєвих порушень у фізіології дитини.

Фенілкетонурія (phenylketonuria, PKU) - метаболічний розлад, який частіше за інших призводить до розумової відсталості, вона вражає одного з 17 000 дітей. Діти, які народжуються з такою аномалією, при народженні здаються нормальними, але їхній організм не здатний розкладати амінокислоту фенілаланін (phenilalanine). Кількість цієї хімічної речовини поступово наростає, і потім вона перетворюється на інші речовини, що отруюють організм, що викликає важку розумову відсталість та деякі інші симптоми. Сьогодні існують способи перевірки новонароджених на наявність розладу, і якщо до тримісячного віку таких дітей перевести на спеціальну дієту, вони можуть зрости інтелектуально повноцінними людьми.

***Фенілкетонурія*** *- метаболічний розлад, викликаний нездатністю організму розкладати амінокислоту фенілаланін (phenilalanine), внаслідок чого розвивається розумова відсталість та інші симптоми.*

Хвороба Тай-Сакса (Тау-Sachs disease) - інший метаболічний розлад, що виникає через поєднання двох рецесивних генів. У дітей, які страждають на цю хворобу, протягом періоду, що триває від двох до чотирьох років, спостерігається прогресуюче погіршення розумових здібностей, зору та моторних функцій, і врешті-решт вони помирають. Кожен тридцятий представник єврейської громади Східної Європи несе в собі рецесивний ген, який відповідає за цей розлад, так що одна з кожних 900 єврейських пар схильна до ризику народження дитини з хворобою Тай-Сакса.

***Хвороба Тай-Сакса*** *- метаболічний розлад, що призводить до прогресуючого погіршення інтелектуальних здібностей, зору, моторних функцій і врешті-решт до смерті.*

**Несприятливі умови під час вагітності та пологів.** Шкідливі фізичні впливи, яким піддається жінка під час виношування плода, також можуть негативно позначитися на здатності її майбутньої дитини вести нормальне життя (Neisser et al., 1996; Menke et al., 1991). Наприклад, коли в дієті вагітної жінки дуже мало йоду, у дитини може розвинутися кретинізм, захворювання, яке характеризується аномаліями щитовидної залози, повільним розвитком, розумовою відсталістю та зовнішнім виглядом, що нагадує карлика. Цей розлад сьогодні зустрічається рідко, оскільки більшість видів солі, які вживаються нині, містять йод. Крім того, якщо у новонародженого виявляється цей розлад, йому можна швидко ввести витяжку щитовидної залози і цим відновити нормальний розвиток.

***Кретинізм*** *- розлад, що включає розумову відсталість та фізичні аномалії, що з'являється внаслідок низького вмісту йоду в дієті матері під час вагітності.*

Інші фізіологічно шкідливі дії під час вагітності також можуть викликати розумову відсталість у майбутньої дитини. Діти, матері яких під час вагітності вживають багато алкоголю, можуть з'явитися на світ з ознаками фетального (ембріонального) алкогольного синдрому (fetal alcohol syndrome), групою серйозних розладів, що включає знижені інтелектуальні здібності (див. розділ 10) (Phelps & Crabowski, 1993). Насправді загалом безпечний рівень споживання алкоголю під час вагітності нині не встановлено. Крім цієї причини, деякі інфекційні захворювання матері під час вагітності, наприклад краснуха або сифіліс, можуть спричинити порушення розвитку дитини, у тому числі розумову відсталість.

***Фетальний алкогольний синдром*** *- група серйозних фізіологічних розладів у дитини, що включають низькі інтелектуальні здібності, невелика вага при народженні та відхилення в будові рук та обличчя, які виникають через надмірне вживання алкоголю матір'ю під час вагітності.*

Несприятливі умови під час пологів можуть призвести до розумової відсталості. Наприклад, тривала відсутність надходження кисню - аноксія (anoxia) під час або відразу після народження може викликати пошкодження головного мозку і, як наслідок, розумову відсталість дитини (Erickson, 1992). Також небезпека існує у разі народження недоношеної дитини. Хоча передчасна поява дитини на світ не обов'язково завжди призводить до тривалих розладів здоров'я, вчені виявили, що якщо вага дитини при народженні менша за 1,8 кг, то іноді це може стати причиною її розумової відсталості (Neisser et al., 1996).

**Причини пов'язані з умовами раннього дитинства.** Також і після народження, особливо у віці до 6 років, певні травми та нещасні випадки можуть негативно впливати на інтелектуальні здібності та в деяких випадках ставати причиною розумової відсталості. Особливу небезпеку становлять отруєння, серйозні травми голови, спричинені нещасним випадком чи жорстоким поводженням, надмірне опромінення рентгенівськими променями та надмірне вживання певних препаратів. Наприклад, сильне отруєння свинцем, коли дитина з'їдає фарбу на свинцевій основі або вдихає занадто велику кількість автомобільних вихлопів, може спричинити розумову відсталість (Berney, 1993). Надмірні дози радіації, отруєння ртуттю, нітритами чи пестицидами можуть призвести до такого самого результату. Крім того, певні інфекційні захворювання, такі як менінгіт та енцефаліт, якщо їх вчасно не ідентифікувати та не провести необхідне лікування, іноді дають ускладнення у вигляді розумової відсталості (Scola, 1991).

***Реабілітація людей із розумовою відсталістю***

Якість життя, доступна людям з розумовою відсталістю, залежить від того, де вони живуть, з ким вони живуть, наскільки вони освічені і які можливості зростання існують для них вдома та в їхньому соціальному середовищі. Тому реабілітаційні програми для таких людей приділяють особливу увагу соціокультурним моментам: створенню комфортабельного та стимулюючого середовища, забезпеченню соціальних та економічних можливостей та організації відповідних навчальних закладів. Коли ці вимоги задовольняються, психологічна чи біологічна терапія також у деяких випадках може принести користь.

**Де краще жити розумово відсталим людям?** Аж до останніх десятиліть батьки розумово відсталих дітей намагалися якнайшвидше відправити їх до спеціалізованих громадських установ — державних шкіл-інтернатів. Ці переповнені установи надавали лише найнеобхідніший і примітивний догляд, хворі жили в ізоляції від суспільства, обслуговуючий персонал ставився до них байдуже, котрий іноді жорстоко. У 60-ті-70-ті роки XX століття суспільство почало проявляти більшу увагу до умов утримання таких хворих, і в ході ширшого руху деінституціоналізації (див. розділ 12) багато розумово відсталих людей було випущено з інтернатів (Beyer, 1991). Багато людей постали перед необхідністю змінювати своє життя і вчитися жити в суспільстві без найменшого адекватного керівництва. Як і деінституціоналізованих хворих на шизофренію, їх буквально викинули в суспільство, багато з них не змогли пристосуватися і їх довелося знову поміщати в спеціалізовані установи.

***Державні школи-інтернати -*** *спеціальні установи для утримання розумово відсталих людей, які фінансуються державою.*

Реформи останніх десятиліть привели до США до створення невеликих інтернатів, де людей вчать самостійності, персонал присвячує більше часу турботі про пацієнтів, хворим надають необхідні медичні послуги та дають освіту. Багато з таких інтернатів, а також інші громадські установи для розумово відсталих людей дотримуються принципу нормалізації, вперше проголошеного в Данії та Швеції. Вони створюють людям, що у них проживають, умови, подібні до тих, що існують у суспільстві за стінами установи, включаючи гнучкий розпорядок дня, нормальне розвиваюче середовище, самовизначення, сексуальні та соціальні можливості та економічну свободу (Baldwin, 1985). Зростає кількість групових будинків, дрібних філій великих інтернатів і незалежних невеликих установ, кожна з яких застосовує принцип нормалізації, навчаючи людей, які страждають на розумову відсталість, жити в суспільстві.

***Нормалізація*** *— принцип, який полягає в тому, що інтернати та громадські установи для розумово відсталих людей повинні надавати їм життєві умови та можливості, подібні до тих, що існують для нормальних людей у суспільстві.*

Сьогодні переважна більшість розумово відсталих людей живе вдома, а не в спеціалізованих установах (Erickson, 1992). Однак коли вони стають дорослими, а їхні батьки старіють, сім'я вже не може забезпечити в домашніх умовах необхідний нагляд за такими хворими (Krauss et al., 1992), і державні установи стають більш сприятливим місцем проживання для деяких з них. Більшість дорослих людей, які страждають на розумову відсталість, включаючи тих, чия відсталість класифікується як легка, сьогодні живуть або зі своїми сім'ями, або в громадських будинках, де їх життя організоване подібно до життя нормальних людей у своєму будинку (Blacher & Baker, 1994, 1992; Jacobson). & Schwartz, 1991).

**Освітні програми.** Так як раннє втручання з метою реабілітації виглядає дуже перспективним підходом, освітні програми для людей з розумовою відсталістю можуть починати роботу з ними в ранньому дитинстві. Характер освіти залежить від рівня розумової відсталості людини (Cipani, 1991). Фахівці у галузі освіти ведуть гарячі суперечки у тому, який спосіб навчання розумово відсталих дітей у школі найефективніший: спеціалізовані класи чи навчання у загальному потоці. Спеціалізована освіта полягає в тому, що діти з розумовою відсталістю групуються разом і навчаються за окремою спеціально для них розробленою програмою. Під час навчання у загальному потоці (mainstreaming) вони ходять до звичайної школи разом із нормальними дітьми. Жоден з цих підходів не є найкращим у всіх ситуаціях (Gottlieb et al., 1991; Gottlieb, 1981). Для деяких дітей та при вивченні деяких предметів більш підходящим є навчання у загальному потоці, в інших випадках спеціальна програма буде найкращим варіантом.

***Спеціалізована освіта*** - *підхід до навчання дітей з розумовою відсталістю, при якому такі діти групуються разом і навчаються за окремою, спеціально для них розробленою програмою.*

***Навчання у загальному потоці*** *— підхід до навчання дітей із розумовою відсталістю, у якому такі діти відвідують звичайну школу разом із нормальними дітьми.*

При навчанні осіб, які страждають на розумову відсталість, навички самообслуговування, спілкування, соціальні та академічні навички викладачі часто використовують принципи оперантного обумовлення (Erickson, 1992). Вони розбивають завдання кілька простих кроків і організують позитивне підкріплення у міру виконання учням кожного з цих маленьких кроків. Крім того, у багатьох інтернатах, школах та сім'ях, де живуть розумово відсталі люди, запускаються програми жетонної економіки (token economy programs), спеціальні програми оперантного обумовлення, які застосовуються також в установах для людей, хворих на шизофренію.

|  |
| --- |
| ***Нормальні потреби.*** Люди з розумовою відсталістю мають нормальну потребу в особистих і сексуальних взаєминах, і багато, як ця заручена пара, виявляють цілком нормальну здатність до людської близькості. |

**Терапія** Як і всі інші люди, ті, хто страждає на розумову відсталість, можуть відчувати емоційні та поведінкові труднощі (Pearson et al., 1996). Можливо, близько 10% з них мають ще якийсь психічний розлад (Grizenko et al., 1991). Крім того, деякі страждають від низької самоповаги, труднощів у відносинах з іншими людьми та невміння пристосуватися до життя в суспільстві (Lubetsky, 1986; Reiss, 1985). Ці проблеми можна частково вирішити за допомогою групової та індивідуальної терапії (Hurley & Hurley, 1986; Ginsberg, 1984). На додаток до цього велика кількість людей, які страждають на розумову відсталість, отримують психотропні препарати (Aman & Singh, 1991). Багато клініцисти, однак, висловлюють припущення, що ці препарати часто використовуються тільки для того, щоб хворими було легше керувати (Erickson, 1992).

**Можливості у сфері особистого, соціального та професійного зростання.** Щоб йти вперед, людині потрібно відчувати себе компетентною і здатною щось робити, і люди з розумовою відсталістю часто також можуть досягти такого самовідчуття, якщо суспільство дає їм можливість рости та робити власний вибір (Wehmeyer, 1992). Данія та Швеція, зачиначі руху нормалізації, проклали шлях також і в цьому напрямку, організувавши у себе мережу молодіжних клубів, які спонукають людей з розумовою відсталістю не боятися ризику та намагатися діяти незалежно (Perske, 1972).

Соціальні взаємодії, сексуальні відносини і шлюб часто являють собою серйозні проблеми для людей, які страждають на розумову відсталість, та їх сімей. "Національна асоціація розумово відсталих громадян" пропонує їм свою допомогу в цих питаннях, а деякі клініцисти розробляють програми, які навчають побаченням (dating skills programs) (Valenti-Hein et al., 1994). За умови правильного навчання та практичного тренування такі люди зазвичай цілком здатні навчитися користуватися засобами контрацепції, планувати сім'ю та у багатьох випадках навіть нормально ростити дітей (Bakken et al., 1993; Dowdney & Skuse, 1993).

Деякі штати обмежують право одруження для розумово відсталих людей (Levesque, 1996). Однак на практиці ці закони рідко застосовуються, і від чверті до половини осіб, які страждають на розумову відсталість, зрештою одружуються (Grinspoon et al., 1986). Всупереч поширеній помилці ці шлюби можуть бути дуже успішними. Крім цього, хоча деякі з тих, хто страждає на розумову відсталість, можуть виявитися нездатними виховувати дітей, інші цілком здатні до цього, самостійно або за допомогою фахівців та громадських установ (Levesque, 1996; Bakken et al., 1993).

І, нарешті, дорослим людям, які страждають на розумову відсталість будь-якого ступеня, необхідні психологічні та матеріальні винагороди, які приносить робота (AAMR, 1992). Багато хто з них працює в лікувально-трудових майстернях, на контрольованих виробничих майданчиках, де людина може у відповідному йому темпі засвоювати професійні навички того рівня, який йому доступний. Після навчання в таких майстернях багато хто з тих людей, чия розумова відсталість відноситься до категорії легкої або середньої, переходять на звичайну роботу.

***Лікувально-трудові майстерні*** *— контрольовані виробничі майданчики, де людина може у відповідному йому темпі засвоювати професійні навички того рівня, який йому доступний.*

Безсумнівно, якість навчальних програм для людей, які страждають на розумову відсталість, за останні тридцять років істотно підвищилася. Проте більшість із цих людей не отримують достатньої міри відповідної їх здібностям освіти та професійної підготовки.

Необхідні додаткові програми, щоб ті, хто народився з розумовою відсталістю, могли повністю реалізувати свій потенціал як працівники, і як людські істоти.

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Ті, хто стоїть за спеціалізованими школами для дітей з розумовою відсталістю, вважають, що окреме навчання дає можливість таким дітям відчути себе вмілими та здібними та користуватися необхідною ним додатковою увагою з боку викладачів, тоді як ті, хто віддає перевагу навчанню у загальному потоці, доводять , що така схема наближає їх освіту до нормального рівня та полегшує контакти між дітьми з розумовою відсталістю та нормальними дітьми. Які переваги та недоліки кожної позиції? |

**Крупним планом**

*Читання, лист та арифметика*

Більше 20% дітей, і серед них хлопчиків більше, ніж дівчаток, розвиваються повільніше, ніж звичайно, і зазнають труднощів у таких галузях, як навчання, спілкування та координація рухів (АРА, 1994). Ці проблеми можуть негативно впливати на їх шкільні успіхи, повсякденне життя і в деяких випадках на їх соціальні взаємодії (Geisthardt & Munsch, 1996). Подібні труднощі нерідко спостерігаються також у найближчих родичів біологічних таких дітей. Ці діти не розумово відсталі і, по суті, часто інтелектуально дуже розвинені. Проте, згідно з класифікацією DSM-IV, вони можуть страждати на психологічні розлади певного типу.

Одна з груп таких проблем розвитку позначена в DSM-IV як розлади навичок навчання (МКБ-10 - розлади шкільних навичок) (АРА, 1994). У цьому випадку навички рахунку, правопису чи читання у дітей виявляються набагато гіршими, ніж передбачає їхній загальний інтелектуальний рівень, що призводить до академічних та особистих невдач. У дітей, які страждають на розлад математичних навичок, сильно знижені математичні здібності. Розлад листа проявляється у грубих і повторюваних помилках у поділі слів на склади (спелінгуванні), граматиці, пунктуації та поділі тексту на абзаци. Дітям з розладом читання, також відомим як дислексія, дуже важко при читанні дізнаватися слова і розуміти те, що вони читають. Вони можуть під час читання пропускати чи спотворювати слова чи заміняти їх іншими і, зазвичай, читають повільно і з запинками.

Інша група проблем, пов'язаних із розвитком, - це розлади комунікативних навичок (АРА, 1994). Діти з фонологічним розладом (phonological disorder) не можуть навчитися правильно вимовляти звуки в тому віці, коли іншим дітям це зазвичай вдається, і їхня мова часто схожа на лепет немовляти. Ті, хто страждає на експресивний розлад мови, відчувають труднощі при висловленні своїх думок і почуттів засобами мови. Вони важко запам'ятовують нові слова, регулярно вкорочують речення або дуже повільно розвивають мовні навички. Діти зі змішаним рецептивно-експресивним розладом мови (mixed receptive / expressive language disorder) відчувають труднощі як із розумінні промови інших, і під час використання промови висловлювання власних думок і почуттів. Ті, хто страждає від заїкуватості, виявляють порушення нормальної плавності та синхронності мови. Вони можуть повторювати, затягувати звуки, вставляти зайві звуки, робити паузи всередині слів або вимовляють слова з великою фізичною напругою.

І, нарешті, в дітей із розладами координації рухів (developmental coordination disorder) координація моторної діяльності набагато нижче, ніж в інших дітей цього віку (АРА, 1994). Юні жертви цього розладу виглядають незграбними і дуже повільно засвоюють такі навички, як зав'язування шнурків, застібання ґудзиків на сорочках або блискавок на штанах. Діти старшого віку, які страждають на цей розлад, можуть відчувати великі труднощі при збиранні головоломок, побудові моделей, грі в м'яч, листі або друкуванні на клавіатурі.

Роботи, присвячені цій темі, пов'язують перелічені тут різноманітні розлади з генетичними дефектами, родовими травмами, отруєнням свинцем, неправильним харчуванням, сенсорними чи перцептивними порушеннями та поганим навчанням (Erickson, 1997; Gelfand et al., 1982). Однак, кожна з цих гіпотез недостатньо підтримана спеціальними дослідженнями, і точні причини таких розладів розвитку поки невідомі. Деякі з цих розладів піддаються лікуванню спеціальними методами (Merzenich et al., 1996). Наприклад, спеціальні методи навчання читання (reading therapy) добре допомагають при легкій формі розладу читання, а заняття з логопедом здатні майже повністю усунути дефекти мови в більшості випадків фонологічних розладів (Merzenich et al., 1996). Більше того, деякі розлади іноді зникають до досягнення зрілого віку без жодного терапевтичного втручання.

Зарахування проблем із навчанням, комунікацією та координацією до психологічних розладів дуже спірне. Багато клініцисти розглядають їх як суто освітні та соціальні проблеми, які потрібно адресувати школі та сім'ї. Проте укладачі довідника DSM-IV наводять доказ, що порушення нормальних функцій, викликане цими розладами, та його частий зв'язок коїться з іншими психологічними проблемами виправдовують включення в спеціальну клінічну класифікацію ( Mishna, 1996). Особливої уваги заслуговують роботи, які виявляють існування підвищеного ризику депресії і навіть самогубств серед підлітків, які зазнають певних проблем цього типу, особливо серед навичок навчання, що страждають розладами (Huntington & Bender, 1993).

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** У минулому про дитину з одним з описаних розладів могли просто сказати, що вона погано вміє читати, чи незграбний, чи ще щось подібне. Які переваги класифікації таких проблем, як клінічних розладів? Чи можуть бути також недоліки в такому погляді? Чи повинні ці порушення включатися до довідника DSM-IV як психічні розлади? |

**Резюме**

Аутизм і розумова відсталість - це розлади, які починають проявлятися в ранньому дитинстві і продовжуються, як правило, все життя.

Аутизм. Люди, які страждають на аутизм, дуже слабо реагують на інших людей, погано засвоюють навички, необхідні для спілкування, схильні до надзвичайно ригідної поведінки і дій, що повторюються. Вони можуть демонструвати, наприклад, наполегливі вимоги однаковості (perseveration of sameness), виняткову прихильність до будь-яких предметів, самостимулюючу поведінку та самоушкоджуючі дії. Провідні підходи до пояснення цього розладу вказують на когнітивні порушення, такі як нездатність виробити теорію розуму, та біологічні аномалії, такі як аномальний розвиток мозочка. Терапія у випадках аутизму спрямована на те, щоб допомогти таким людям адаптуватися до навколишнього середовища. Хоча ніякий терапевтичний підхід не здатний повністю змінити аутистичну схему, деякі з них, а саме біхевіоральна терапія, тренування навичок комунікації, навчання батьків та інтеграція у суспільство показали себе дуже дієвими методами реабілітації.

Розумова відсталість. Люди, які страждають на розумову відсталість, за своїми інтелектуальними і адаптивними здібностями знаходяться набагато нижче середнього рівня. Легку розумову відсталість, найбільш поширений тип розумової відсталості, пов'язують в основному з психологічними та соціокультурними факторами, такими як малостимулюючі, що не відповідають вимогам розвитку відносин між дітьми та батьками і недолік навчання в ранньому дитинстві. Причинами середньої, важкої і глибокої розумової відсталості є, в першу чергу, біологічні фактори, хоча люди з таким рівнем розумових здібностей також дуже схильні до впливу свого сімейного та соціального оточення. Основні біологічні причини розумової відсталості - хромосомні аномалії, метаболічні розлади, певні проблеми під час внутрішньоутробного життя, несприятливі умови при пологах, а також певні хвороби та травми в ранньому дитинстві.

Сьогодні реабілітаційні програми для людей з розумовою відсталістю намагаються забезпечити комфортабельне та стимулююче середовище для проживання таких людей або у них вдома, у колі їхньої власної родини, або у невеликих спеціалізованих інтернатах та групових будинках, які дотримуються принципів нормалізації. Важливими аспектами реабілітації є також освіта, відповідна рівню їх здібностей, допомога у вирішенні психологічних проблем та програми, що організовують підготовку в таких галузях людського життя, як соціальні взаємодії, сексуальні відносини, шлюб, виховання дітей та професійні заняття.

**Розлади похилого віку.**

Літній вік, так само як і дитинство, несе із собою свої унікальні вимоги, прикрощі та біологічні зміни. Таким чином, разом з старістю, що настає або наближається, з'являються і деякі властиві їй психологічні розлади. Літнім у нашому суспільстві, за визначенням, вважається вік після 65 років. У Сполучених Штатах понад 33 мільйони людей старше 65 років, їхня частка сьогодні досягає 13% від усього населення, і їх кількість, порівняно з 1900 роком, збільшилася в І раз (Hobbs, 1997) (рис. 15.5). Кількість жінок похилого віку відноситься до кількості літніх чоловіків, як три до двох.

Старіючи, люди зустрічаються з безліччю фізіологічних, психологічних та соціокультурних змін. Вони стають більш схильними до хвороб і травм і часто відчувають стрес внаслідок втрати — втрати чоловіка, друзів, дорослих дітей, необхідності відмовитися від колишніх видів діяльності та колишніх ролей. Багато хто також втрачає відчуття мети в житті після того, як їм доводиться піти на пенсію. Навіть із улюбленими домашніми тваринами та речами їм іноді доводиться розлучатися (Gallagher-Thompson & Thompson, 1995).

Стреси, які відчувають люди похилого віку, не обов'язково призводять до психологічних проблем (Schultz & Heckhausen, 1996). Насправді деякі люди похилого віку використовують такі ситуації для того, щоб більше дізнаватися про самих себе і рости. Однак у інших стреси, властиві похилому віці, виливаються у психологічні розлади (Banerjee & Macdonald, 1996). Дослідження показують, що 50% людей похилого віку потребують психологічної допомоги (MacDonald & Schnur, 1987), і при цьому менше 20% сьогодні дійсно отримують таку допомогу. В даний час менше 4% всіх клінічних лікарів працюють переважно з літніми пацієнтами (Sleek, 1996).

**Малюнок 15.5. На підйомі.** Кількість людей віком понад 65 років у Сполучених Штатах протягом XX століття збільшилася в 11 разів. Частка людей похилого віку серед населення збільшилася з 4% 1900 року до 12,5% 1994 року, а 2030 року, згідно з прогнозами, досягне 20% (Hobbs, 1997; AARP, 1990).

Психологічні проблеми людей похилого віку можна розділити на дві групи. Одна група включає розлади, які можуть спостерігатися в будь-якому віці, але часто тісно пов'язані з процесами старіння в тому випадку, коли з'являються у людей похилого віку. Сюди входять розлади настрою, тривожні розлади та розлади, пов'язані зі зловживанням психоактивними речовинами. До іншої групи належать розлади, які особливо поширені саме серед людей похилого віку, такі як делірій і деменція.

**Розлади настрою, тривожні розлади та розлади, пов'язані зі зловживанням психоактивними речовинами.**

Депресія – найпоширеніша психологічна проблема людей старшого віку. Як і у випадку з Роуз Ешбі, жінкою, розповідь про яку відкрив цей розділ, депресія особливо часто вражає людей похилого віку, які недавно пережили якусь травму, наприклад втрату чоловіка або серйозну фізичну хворобу. Загальна кількість страждаючих від депресії літніх людей досягає 20% (Koenig & Blazer, 1992; Blazer, 1990). Найвища ця частка серед літніх жінок (Fernandez et al., 1995).

У деяких спеціальних дослідженнях висловлюється припущення, що депресія у людей похилого віку підвищує їх шанси отримати серйозні проблеми в галузі фізичного здоров'я. Наприклад, у страждаючих від депресії людей похилого віку з підвищеним кров'яним тиском інсульт трапляється приблизно втричі частіше, ніж у людей похилого віку з тією ж фізіологічною проблемою, але не страждають від депресії (Simonsick et al., 1995). Згідно з іншими даними, люди похилого віку, які зазнають депресії, повільніше оправляються після інфаркту, у них гірше зростаються кістки після перелому стегна, вони довше одужують від пневмонії та інших захворювань (Goleman, 1995).

|  |
| --- |
| ***Сповнена мрія.*** Залишатися активним, прагнути до власних цілей і шукати стимуляції — ось відповідь на питання про те, як давати собі раду з життям і отримувати від неї задоволення, особливо в літньому віці. 1997 року колишній президент США Джордж Буш здійснив свою мрію, здійснивши затяжний стрибок з парашутом з літака з висоти 3750 метрів над пустелею. Він мріяв зробити це з часів Другої світової війни, коли він змушений був стрибнути з парашутом із торпедного бомбардувальника, на якому тоді служив. Після стрибка схвильований Джордж Буш сказав, що це було те, «що він буде пам'ятати все життя». |

Як і молодшим дорослим, літнім людям, які страждають від депресії, може допомогти когнітивна терапія або антидепресанти, або комбінація цих двох підходів (Zisook & Downs, 1998; Reynolds et al., 1997). Від 50 до 65% страждаючих депресією літніх пацієнтів після такої терапії зазнають поліпшення. З іншого боку, успішно застосовується метод груповий терапії ( Finkel, 1991).

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Теоретики-клініцисти вважають, що старіння не обов'язково завжди має бути пов'язане з депресією, тривожними розладами чи деякими іншими психологічними проблемами. Яке ставлення до життя, яка підготовка та які види діяльності можуть допомогти людині зустріти старість із спокоєм на душі і навіть із задоволенням? |

Тривожні розлади також часто зустрічаються у людей похилого віку. Огляди показують, що особливо поширений у цій групі населення генералізований тривожний розлад (generalized anxiety disorder), від якого страждають близько 7% людей похилого віку суспільства (Flint, 1994). Однак насправді кількість людей похилого віку, які страждають на тривожні розлади, може бути більшою, ніж вказує статистика (Schneider, 1996; Sleek, 1996). Як сама людина, так і її лікар можуть приймати фізіологічні симптоми тривоги, такі як сильне серцебиття та пітливість за ознаки фізичного захворювання.

|  |
| --- |
| «Скільки добродушності та гумору потрібно для виконання цієї огидної роботи – старіння». - Зигмунд Фрейд, 1935 |

Для лікування тривожних розладів у людей похилого віку часто використовуються деякі форми психотерапії (McCarthy et al, 1991). Багато хто також приймає медикаменти, що знижують відчуття тривоги, особливо бензодіазепіни (benzodiazepines), хоча тим, хто страждає на обсесивно-компульсивні розлади, все частіше, як і молодшим пацієнтам, прописують антидепресанти, що підвищують рівень серотоніну, такі як флуоксетин (fluoxetine). Jenike, 1991).

Зловживання алкоголем, а також інші форми зловживання психоактивними речовинами - ще одна проблема багатьох людей похилого віку, хоча в даний час цей розлад у людей старше 60 років спостерігається рідше (Graham et al., 1996). Проте в кожному взятому році від 3 до 5% людей похилого віку, переважно чоловіків, страждають від розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю (Helzer et al., 1991; Maddox, 1988). Вчені часто відокремлюють затятих любителів випити похилого віку, які мали значні проблеми, пов'язані з алкоголем, протягом багатьох років, можливо, з віку тридцяти чи сорока років, від тих, хто почав багато пити лише після п'ятдесяти чи шістдесяти років. Останні, як правило, починають зловживати алкоголем як реакцію на негативні події та обставини, що супроводжують старіння, такі як смерть чоловіка або відхід на пенсію. Літніх людей, які зловживають алкоголем і залежні від алкоголю, лікують в основному так само, як і молодших дорослих людей (див. розділ 10), використовуючи такі методи, як детоксикація (detoxication), антабус (antabuse), допомога організації Анонімних Алкоголіків (АА) ) та когнітивно-поведінкова терапія.

Найпоширеніша серед людей похилого віку проблема, пов'язана з хімічними речовинами, — це неправильне застосування прописаних лікарем ліків (Graham et al., 1996). Найчастіше це відбувається ненавмисно. Літнім людям виписують у два рази більше рецептів, ніж молодшим дорослим, а четверта частина людей похилого віку приймають по три або більше видів ліків щодня (Lipton, 1988). Таким чином, для них існує більший ризик помилитися або переплутати ліки (Salzman et al., 1995). Сьогодні лікарі та фармацевти намагаються спростити лікарську схему для літніх пацієнтів і ретельніше роз'яснювати людям похилого віку, як правильно приймати ліки, даючи чіткі вказівки та розповідаючи, як слідкувати за можливою появою небажаних ефектів (Gallagher-Thompson & Thompson, 1995).

**Крупним планом**

*Довгожителі*

Клініцисти вважають, що старіння який завжди неминуче має супроводжуватися психологічними проблемами. Також не очевидно, що воно завжди має супроводжуватись фізичними хворобами. Коли вчені нещодавно досліджували людей старше 95 років — тих, кого часто називають «довгожителі», — вони були дуже здивовані, виявивши, що ці люди, в середньому, більш здорові, рухливіші і мають більш ясне мислення, ніж люди віком від вісімдесяти. до 90 років (Perls, 1995). Багато з таких людей похилого віку досі працюють, сексуально активні і здатні отримувати задоволення від розваг у компанії та від мистецтва.

Деякі вчені вважають, що люди, які живуть так довго, несуть у собі особливі гени «довгого життя», які роблять їх стійкими по відношенню до смертельних хвороб, що калічать людину (Perls, 1995). Самі люди похилого віку часто вказують на позитивне умонастрій і звички, що сприяють довгому життю, — здорове харчування, регулярні фізичні вправи, відмова від куріння.

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Люди такого похилого віку часто справляють враження дуже врівноважених людей. Чи є їхнє позитивне умонастрій причиною їхньої життєвої стійкості чи, навпаки, виняткове здоров'я робить їх щасливішими? Чому самі «найстарші зі старих» часто приписують свою довгу активність психологічним чинникам, тоді як учені, мабуть, віддають перевагу біологічним поясненням? |

|  |
| --- |
| ***Джон Періш*** , 104-річний знахар, який живе в Долині Статуй, у штаті Арізона. |

**Делірій та деменція.**

Делірій (delirium) - це грубе порушення (затьмарення) свідомості. Коли усвідомлення людиною навколишнього світу стає менш зрозумілим, людині стає складніше концентруватися, фокусувати свою увагу і утримувати чіткий напрямок думок (АРА, 1994). Людина може думати, що зараз ранок, коли насправді надворі глибока ніч, або вважати, що він вдома, перебуваючи в лікарняній палаті. Делірій, як правило, розвивається протягом короткого періоду часу, зазвичай кількох годин чи днів. В результаті можуть виникнути неправильні інтерпретації навколишніх явищ, ілюзії та інколи галюцинації.

***Делірій*** *— стан порушення, що швидко розвивається (затьмарення) свідомості, при якому людині стає дуже важко концентруватися, фокусувати увагу і утримувати чіткий напрямок думок.*

Такий стан сплутаності свідомості може спіткати людину в будь-якому віці, в тому числі і в дитинстві, але найчастіше вона буває у людей похилого віку. Воно спостерігається приблизно в 10% літніх пацієнтів, які у лікарні зі скаргами загальномедичного характеру (АРА, 1994). Ще у 10-15% делірій розвивається під час перебування у лікарні.

Причинами делірію можуть стати лихоманка, погане харчування, травми голови, певні захворювання головного мозку або стрес (у тому числі пов'язаний із хірургічною операцією). Також це може бути інтоксикація, спричинена вживанням певних хімічних речовин, таких як ліки, що видаються за рецептами. Почасти тому, що люди старшого віку мають дуже багато подібних проблем, вони демонструють більшу схильність до делірій, ніж молодші люди. Якщо делірій вчасно та правильно розпізнається медиками, стан пацієнта можна скоригувати досить швидко. Потім лікарі можуть зайнятися лікуванням інфекційного захворювання, що лежить в основі такого стану, або призначити хворому інші ліки. Однак, точний діагноз ставиться далеко не завжди. У ході дослідження, яке проводилося у відділенні однієї з лікарень, з'ясувалося, що лікарі розпізнавали лише один із п'ятнадцяти наступних один за одним випадків делірію (Cameron et al., 1987). Неправильний діагноз у таких ситуаціях може сприяти високій смертності серед людей похилого віку, які зазнають делірій (Rabins & Folstein, 1982).

Як ми вже говорили, деменція (dementia) є синдромом, що характеризується серйозними порушеннями пам'яті і ще, принаймні, однією когнітивною функцією, наприклад, абстрактного мислення або мови (див. розділ 13). У всіх людей, у міру того, як вони старіють, когнітивні здібності дещо знижуються, але лише в небагатьох розвивається деменція. Люди з таким синдромом можуть також демонструвати суттєві зміни особистості та поведінки, та їх симптоми можуть дуже швидко прогресувати. Деякі з них, крім того, реагують на прояви такого розладу тривогою, неспокійним збудженням та депресією (Krishnan et al., 1996; Mintzer & Brawman-Mintzer, 1996). Схильність до деменції посилюється із віком. Серед людей 65 років такий розлад зазнають приблизно 1 або 2%, порівняно з 15% серед тих, кому більше вісімдесяти (DeLeon et al., 1996; Gallagher-Thompson & Thompson, 1995). Деменцію іноді плутають з делірієм, і насправді обидва розлади можуть виявлятися одночасно.

***Деменція*** *- синдром, що характеризується серйозними порушеннями пам'яті та принаймні ще однієї когнітивної функції.*

Як і у випадку делірію, деменція іноді виникає з причин, що допускають відновлення нормального функціонування. Наприклад, деякі хворі відчувають цей синдром через неправильне харчування, яке можна скоригувати. Також поліпшення зору чи слуху може іноді сприяти поліпшенню когнітивних функцій людини (Gallagher-Thompson & Thompson, 1995). Однак, як ми вже бачили, у більшості випадків деменція пов'язана з неврологічними порушеннями, такими як хвороба Альцгеймера або інсульт, наслідки яких, за сучасного розвитку медицини, виправити важко або взагалі неможливо.

**Ключові фактори, що впливають на психічне здоров'я людей похилого віку.**

Зі збільшенням уваги дослідників та практиків до людей похилого віку три питання починають викликати все більшу занепокоєність клінічних фахівців: дискримінація в галузі охорони психічного здоров'я серед цієї групи населення, недоліки в організації довготривалого догляду за літніми людьми та необхідність заходів щодо підтримки здоров'я наступного покоління, якому старіння ще тільки належить (Gallagher-Thompson & Thompson, 1995).

Як ми вже бачили, дискримінація з етнічної приналежності довгий час була проблемою для Сполучених Штатів (див. розділ 2), і в результаті такої дискримінації страждали багато людей, особливо людей похилого віку (Cavanaugh, 1990). Бути одночасно старим і членом меншини означало відчувати щось на кшталт «подвійного покарання», як це розцінювали багато спостерігачів. Труднощі, що випадають на долю літніх жінок, що належать до меншин, іноді визначали як «потрійне покарання», оскільки літні жінки набагато частіше, ніж чоловіки, живуть самотньо, переносять смерть чоловіка і страждають від бідності (Gallagher-Thompson & Thompson, 1995). Лікарі, які займаються діагностуванням та лікуванням психологічних проблем людей похилого віку, обов'язково повинні брати до уваги етнічну приналежність своїх людей похилого віку (Bazargan, 1996) (рис. 15.6).

Деякі люди похилого віку з етнічних меншин зазнають мовних труднощів, які стають бар'єром, що заважає їм скористатися необхідною медичною та психологічною допомогою. Інші можуть дотримуватись специфічних культурних переконань, які не дозволяють їм шукати такої допомоги. Наприклад, оскільки багато членів меншин не довіряють істеблішменту, що складається з представників більшості, вони можуть покладатися виключно на поради своїх родичів та друзів. Крім того, вони можуть просто не знати про існування таких медичних та психологічних служб, які враховували б їхню культуру та їхні конкретні потреби (Ralston, 1991; Jackson, 1988).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Частка, % | |
| 1996 | 2050 |
| Білі американці | 86 | 67 |
| Афроамериканці | 8 | 10 |
| Американці іспанського походження | 4 | 16 |
| Американці азіатського походження та корінні американці (індіанці) | 2 | 7 |

**Малюнок 15.6. Етнічна приналежність людей похилого віку.** Літнє населення Сполучених Штатів поступово стає етнічно і расово різноманітнішим. Сьогодні 86% людей віком понад 65 років у Сполучених Штатах — білі американці. До 2050 року, ймовірно, лише 67% людей похилого віку належать до цієї групи. (Hobbs, 1997; NIA, 1996.)

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** Найшвидше сфера зайнятості в Сполучених Штатах сьогодні — це медична допомога та послуги з догляду за хворими на дому. |

Багатьом людям похилого віку потрібний довготривалий догляд. Цей термін може стосуватися як послуг, що надаються людям похилого віку вдома або в спеціальному житловому комплексі для старих, що потребують часткового догляду, так і до спеціальних інтернатів, де кваліфікований медичний та обслуговуючий персонал здійснює практично цілодобову турботу про тяжко хворих людей. Якість догляду, що пропонується в таких закладах, варіюється в дуже широкому діапазоні.

***Довготривалий догляд*** *— тривала медична та особиста допомога, що надається людям похилого віку, а також іншим особам, чия здатність піклуватися про себе з будь-яких причин обмежена. Інтенсивність догляду може коливатися від часткової допомоги вдома до цілодобового обслуговування у спеціальних інтернатах.*

У Сполучених Штатах лише 5% людей похилого віку проживають у спеціальних інтернатах, але більшість людей похилого віку живуть у страху, що їх «заберуть до лікарні» ( Hobbs, 1997; NIA, 1996). Їх лякає необхідність рухатися з місця, втрата незалежності та життя у лікарняному середовищі. Багато людей похилого віку знають когось, хто помер невдовзі після того, як був поміщений до спеціальної установи, яка здійснює довготривалий догляд, і це ще більше підвищує їх побоювання щодо життя в таких місцях (Gallagher-Thompson & Thompson, 1995).

Багато хто також турбується через вартість довготривалого догляду. Сьогодні люди намагаються тримати літніх членів своїх сімей вдома якомога довше, і тому більшість людей похилого віку надходить в інтернати лише на останній стадії хвороби і коли вони вже майже зовсім не здатні піклуватися про себе. Цілодобовий догляд досить дорогий, і ціна місць в інтернатах, що надають такий догляд, продовжує підвищуватись. Доступні сьогодні види медичної страховки не можуть навіть частково покрити витрати на тривале або постійне утримання в інтернаті з цілодобовим доглядом (Gallagher-Thompson & Thompson, 1995).

|  |
| --- |
| ***Безрадісне місце* .** Більшість людей, що старіють, бояться, що через погане здоров'я вони можуть врешті-решт виявитися змушені переїхати в інтернат для людей похилого віку, розлучитися зі своєю родиною, з друзями і зі своїм будинком. Додаткове занепокоєння викликає те, що в багатьох із сьогоднішніх будинків для людей похилого віку нудна і малостимулююча обстановка, в якій пацієнти часто піддаються зневажливому або неправильному поводженню і отримують дуже багато ліків. |

Подібні проблеми здатні завдати значної шкоди психічному здоров'ю людей похилого віку і цілком можуть вилитися в депресію, тривогу і сімейні конфлікти (Banerjee & Macdonald, 1996).

І, нарешті, клініцисти стверджують, що сьогоднішнє покоління молодих людей має сповідувати принцип підтримки здоров'я (health maintenance) чи правильного способу життя (wellness), передбачаючи свою майбутню старість. Іншими словами, молоді люди повинні поводитися так, щоб сприяти збереженню свого фізичного та психічного здоров'я: утримуватися від куріння, збалансовано харчуватися та вживати корисні для здоров'я продукти, регулярно займатися фізичними вправами, користуватися послугами програм психологічної освіти, допомоги у стресових ситуаціях та інших програм , орієнтованих підтримки психічного здоров'я. Все більше прихильників знаходить думку, що люди похилого віку зможуть легше адаптуватися до змін і негативних подій, що супроводжують старіння, якщо вони володітимуть досить міцним фізичним і психічним здоров'ям (Gallagher-Thompson & Thompson, 1995).

***Підтримка здоров'я*** *є принципом, що молоді люди повинні поводитися так, щоб сприяти збереженню свого фізичного та психічного здоров'я, намагаючись краще підготуватися до своєї майбутньої старості. Також називається принципом здорового способу життя.*

**Резюме**

Проблеми людей похилого віку часто бувають пов'язані з втратою, а також з іншими стресами і змінами, що супроводжують старіння. Психологічна допомога тією чи іншою мірою потребує 50% людей похилого віку, і при цьому менше 20% дійсно її отримують.

Депресія - найпоширеніша проблема людей похилого віку. Для лікування людей похилого віку, які страждають на цей розлад, часто використовується когнітивна терапія, антидепресанти або поєднання обох цих підходів. Люди похилого віку також можуть відчувати генералізований тривожний розлад (generalized anxiety disorder) або інші тривожні розлади. Якщо ці розлади правильно діагностуються, їх зазвичай лікують методами психотерапії чи лікарських препаратів. Крім того, у кожному взятому році від 3 до 5% літніх людей мають проблеми, пов'язані з алкоголем, і ще багато хто страждає через неправильне застосування виписаних лікарями ліків.

Старі люди більше, ніж люди з інших вікових груп, схильні впадати в стан делірію — порушення свідомості, коли людині стає важко концентруватися, фокусувати увагу і утримувати чіткий напрямок думок. Деменція, синдром, при якому відзначаються розлади пам'яті та інші когнітивні порушення, також спостерігається у людей похилого віку частіше, ніж в інших вікових групах.

|  |
| --- |
| ***Стимулюючі дії.*** Коли установи, які здійснюють довготривалий догляд, пропонують своїм пацієнтам стимулюючі програми, такі як ці фізкультурні заняття для хворих на хворобу Альцгеймера, дають їм можливість контролювати своє життя і залучають до своєї роботи членів сімей та друзів пацієнтів, люди похилого віку, які проживають там, як правило, відчувають себе більш щасливими та демонструють відносно кращі когнітивні здібності. |

Зі збільшенням уваги дослідників і практиків до проблем літніх людей клінічні фахівці виявляють занепокоєння стосовно трьох питань: дискримінації через етнічну приналежність, недоліки в організації довготривалого догляду та необхідність підтримки здоров'я для молодих людей.

**Підбиваючи підсумки.**

На початку XX століття фахівці, які займаються психічним здоров'ям, практично ігнорували дітей та людей похилого віку. Сьогодні проблеми цих груп населення нарешті привернули увагу вчених та лікарів. Хоча пояснення їхніх проблем широко залучаються основні психологічні моделі, соціокультурна думка — особливо сімейна терапія — також починає відігравати важливу роль.

|  |
| --- |
| «Я готовий до зустрічі з моїм Творцем. Чи підготувався мій Творець так само добре на велику честь зустріти мене — це справа інша». — Вінстон Черчілль, у свій 75-й день народження |

Оскільки як діти, так і люди похилого віку, обмежено здатні здійснювати контроль над власним життям, вони дуже сильно схильні до впливу відносин і реакцій членів своїх сімей. У свою чергу клінічні фахівці, намагаючись вирішити проблеми юних та людей похилого віку, повинні працювати з цими відносинами та реакціями. Тому терапія при розладах поведінки, розладі, пов'язаному з дефіцитом уваги та гіперактивністю (гіперкінетичному розладі), розумовій відсталості та інших дитячих розладах, як правило, не має належного впливу, якщо клініцисти не займаються одночасно освітою та вирішенням психологічних проблем усієї сім'ї. Так само лікарі, які лікують літніх пацієнтів, які страждають на деменцію, домагаються найбільшого успіху тоді, коли беруть до уваги турботи і потреби членів сім'ї, які доглядають хворого.

У той же час клініцистам, які працюють з дітьми, підлітками та людьми похилого віку, доводиться знову згадати про те, що вузьке фокусування уваги на одній моделі часто призводить до помилок і труднощів. Багато років аутизм пояснювали виключно сімейними факторами, що підштовхувало на невірний шлях як теоретиків, так і лікарів-практиків і збільшувало біль батьків, і так вже змучених аномальністю своєї дитини. У минулому переважання соціокультурної моделі часто призводило до того, що лікарі ігнорували тривожні та депресивні розлади людей похилого віку. Клініцисти помилково вважали, що такі явища на старості неминучі, враховуючи велику кількість втрат, які доводиться переживати людям похилого віку.

Збільшення уваги лікарів до специфічних проблем юних і літніх членів суспільства сприяє також підвищенню уваги до людських та юридичних прав цих людей. Все частіше клініцисти звертаються до урядових інстанцій із закликом захистити права цих груп, які часто не мають можливості відстоювати свої права самостійно. Вони сподіваються, що за допомогою таких дій їм вдасться розпалити боротьбу з жорстоким та зневажливим ставленням до дітей та сексуальним зловживанням дітьми, зменшити кількість випадків вживання алкоголю та поганого харчування жінок під час вагітності та зробити легшим вирішення проблем, пов'язаних зі здоров'ям та матеріальним станом літніх людей. людей.

У міру того як неправильне поводження з дітьми починає привертати більшу увагу і зростає кількість людей похилого віку потреби тих, хто належить до цих груп, стають більш помітними. Тому теоретичне дослідження та розвиток методів лікування їхніх психологічних проблем, швидше за все, продовжуватиметься дуже швидкими темпами. Сьогодні, коли клініцисти та державні діячі «відкрили» існування цих груп населення, вони, ймовірно, більше не будуть недооцінювати їхню важливість та їхні специфічні потреби.

**Ключові терміни**

Тривожний розлад у зв'язку з розлукою

Фобія школи

Ігрова терапія

Опозиційно-викликальний розлад

Розлад поведінки

Розлад, пов'язаний з дефіцитом уваги та гіперактивністю

Метилфенідат («Риталін»)

Енурез

Енкопрез

Аутистичне розлад

Первозивні (широкі) розлади розвитку

Ехолалія

Інверсія займенників

Самостимулююча поведінка

Самоушкоджувальні дії

Теорія розуму

Мозжечок

Мова знаків

Синхронне спілкування

Огментативні (розширювальні) комунікативні системи

Розумова відсталість

Коефіцієнт інтелекту

Легка розумова відсталість

Середня розумова відсталість

Тяжка розумова відсталість

Глибока розумова відсталість

Синдром Дауна

Амніоцентез

Трисомія 21-ї хромосоми

Синдром крихкої Х-хромосоми

Рецесивні гени

Фенілкетонурія

Фенілаланін

Хвороба Тай-Сакса

Кретінізм

Фетальний

Краснуха

Сифіліс

Аноксія

Отруєння свинцем

Менінгіт

Енцефаліт

Державна школа-інтернат

Деінституціоналізація

Нормалізація

Спеціалізована освіта

Навчання у загальному потоці

Жетонна програма

Програма, яка навчає побаченням

Лікувально-трудова майстерня

Делірій

Деменція

Дискримінація

Довготривалий догляд

Підтримка здоров'я

**Контрольні питання**

1. У чому схожість та відмінність тривожних розладів та депресії у дитячому віці та подібних розладів у дорослих? Що таке тривожний розлад у зв'язку з розлукою та фобією школи?

2. Який ступінь поширеності, загалом і залежно від статі, різних розладів дитячого віку?

3. Опишіть ознаки опозиційно-викликаючого розладу та розладу поведінки. Які чинники сприяють виникненню цих розладів та які терапевтичні методи використовуються для їх корекції?

4. Які симптоми розладу, пов'язаного з дефіцитом уваги та гіперактивністю (гіперкінетичного розладу)? Які методи лікування цього розладу нині застосовують і яка їх ефективність?

5. Що таке енурез та енкопрез? Як лікуються ці розлади?

6. Які симптоми та можливі причини аутизму?

7. Які головні цілі терапії у випадках аутизму та якого виду втручання найкраще допомагає людям із цим розладом?

8. Опишіть різні типи розумової відсталості та обговоріть причини, що їх викликають.

9. Які умови проживання, освітні програми, терапевтичні підходи та громадські реабілітаційні програми приносять найбільшу користь людям, які страждають на розумову відсталість?

10. Які види психологічних проблем характерні для людей похилого віку і які терапевтичні методи використовуються для вирішення цих проблем?

**Розділ 16. Закон, суспільство та професія психіатра.**

*«Дорога Джоді!*

*Напевно, мене вб'ють, коли я спробую дістатися Рейгана. Саме тому зараз я пишу тобі листа. Як ти добре знаєш, я тебе дуже люблю. За минулі кілька місяців я написав тобі десятки віршів і послань, в мені тліла слабка надія, що ти не залишишся до мене байдужа... Джоді, я вмить відмовився б від цієї ідеї прибрати Рейгана, якби я тільки міг завоювати твоє серце і прожити з тобою решту життя, нехай навіть і в повній невідомості. Зізнаюся, що я йду на це зараз просто тому, що мені не терпиться справити на тебе враження. Я маю зробити щось, щоб ти точно зрозуміла, що я все роблю заради тебе. Приносячи в жертву мою свободу і, можливо, моє життя, я сподіваюся, що ти зміниш своє уявлення про мене. Я пишу цей лист, а за годину вирушу до готелю Хілтон. Джоді, я прошу тебе, будь ласка, прислухайся до свого серця і принаймні дай мені шанс, зробивши такий історичний вчинок, завоювати твоє прихильність і любов. Любитиму тебе вічно».*

Цей лист написав Джон У. Хінклі-молодший актрисі Джоді Фостер у березні 1981, відправив його і став чекати біля готелю "Вашингтон Хілтон". Коли президент Рональд Рейган вийшов із готелю, почувся постріл. Люди з Секретної служби вштовхнули Рейгана в лімузин, один із поліцейських та прес-секретар залишилися лежати на бруківці. Президент був поранений, і до вечора цього трагічного дня більшість американців побачили обличчя і впізнали ім'я несамовитого хлопця з Колорадо.

Як ми вже бачили у цій книзі, психологічна дисфункція окремої людини не виникає в ізоляції. Найчастіше вона – результат впливу суспільства; і навпаки, дисфункція однієї людини може вплинути на життя її родичів, друзів та знайомих. Випадок із Джоном Хінклі з усією очевидністю показує, що дисфункція окремої людини може в деяких випадках порушити права та благополуччя зовсім сторонніх людей, яких хворий навіть не знає.

Клініцисти як теоретики, так і практики не проводять свою роботу в ізоляції. У міру того, як вони накопичують знання та лікують людей з психологічними проблемами, вони самі впливають і піддаються впливу різних громадських інститутів. Ми бачили, наприклад, як уряд регулював застосування клініцистами електрошокової терапії, як клініцисти допомагали проводити урядову політику скорочення лікувальних закладів (деінституціоналізації) та як клініцисти звернули увагу суспільства на психологічні проблеми ветеранів в'єтнамської війни.

Так само, як і їхні клієнти, професійні клініцисти діють усередині соціальної системи. Ця система накладає відповідальність на професіоналів і позначається на тому, як психіатри та психотерапевти виконують свої обов'язки. Щоб оцінити характер патологічної поведінки, ми повинні зрозуміти соціальну систему, в якій вона виникає, але так само ми повинні розуміти систему вивчення та лікування патологічної поведінки людини.

Два інститути, ймовірно, мають найсильніший вплив на стан психічного здоров'я — це законодавча та судова системи. Ці інститути давно відповідали за зростання та охорону суспільного блага та прав окремих людей. Часом між областю законодавства та психіатрією встановлюються дружні взаємини (Bersoff et al., 1977). Фахівці цих двох сфер, наприклад, працювали разом, захищаючи права та йдучи назустріч потребам як окремих людей із психологічними проблемами, так і цілого суспільства. В інші часи одна область диктувала свої норми іншою, і взаємини між ними були натягнутими.

Ці взаємини мають два окремі аспекти. З одного боку, професіонали в галузі психіатрії найчастіше відіграють важливу роль у системі кримінального судочинства. Наприклад, клініцистів можуть попросити оцінити психічну стабільність людей, звинувачених у злочинах. Далі ми побачимо, як вони відповідали на цей заклик у справі Хінклі та у тисячах інших кримінальних справ. З іншого боку, законодавча та судова система може регулювати деякі аспекти піклування про психічне здоров'я. Закон може, наприклад, змусити деяких людей пройти психіатричне лікування без їхньої волі. Крім того, закон допомагає захистити права пацієнтів.

|  |
| --- |
| «Ми вважаємо, що можемо позбутися плутанини в законодавстві, якщо вдамося до характерного для двадцятого століття принципу вирішення важких проблем: ми доручимо її вирішення експертам». - Уінслейд і Рос, 1983 |

**Вплив клініцистів систему кримінального права.**

Наші суди призначають злочинцеві покарання, яке вважають придатним. Щоб це зробити, вони повинні бути впевнені, що підсудні несуть відповідальність за свої злочини та можуть захистити себе на суді. В іншому випадку буде неправильно звинувачувати людину або карати її як іншого злочинця. Суди вирішили, що в деяких випадках люди, які страждають на гостру психічну нестабільність, ймовірно, не несуть відповідальності за свої дії або можуть бути не в змозі захищати себе в суді, тому їх не можна карати звичайним чином. Незважаючи на те, що остаточний висновок про психічну нестабільність людини робить суд, його рішення значною мірою зумовлене думками професіоналів у галузі психіатрії.

Коли людину, обвинуваченого у злочині, визнають психічно нестабільною особистістю, то її, як правило, посилають лікуватися до психіатричної установи. Цей процес називається примусовим поміщенням у психіатричну лікарню (criminal commitment). Насправді є кілька форм примусового психіатричного лікування. За однієї з них людина вважається психічно нестабільною під час скоєння злочину і тому невинною. Його можуть визнати невинним унаслідок психічного розладу (not guilty by reason of insanity) та навести підтвердження психіатрів. Якщо людину визнають невинною, враховуючи наявні докази, то її відправляють до клініки, і вона перебуває там доти, доки її здоров'я не покращає, потім її випускають.

Другий варіант примусового лікування – людина вважається психічно нестабільною під час перебування під слідством, і тому вважається, що людина не може розуміти судові процедури та захищати себе у суді. Знову показання свідків професійних психіатрів допомагають визначити психологічне функціонування підсудного.

Ці висновки про психічну нестабільність викликають численні суперечки. Декому здається, що це просто лазівки у системі закону, які дозволяють злочинцям уникнути покарання за свої злочини. Інші, навпаки, вважають, що законодавство просто не може бути справедливим, якщо в ньому немає пом'якшуючих обставин, таких, як психічна нестабільність.

Практика примусового приміщення психіатричну лікарню відрізняється у різних країнах, залежно від чинного законодавства та системи судочинства. У цьому розділі ми вивчимо, як ця практика здійснюється у США. Незважаючи на те, що специфічні принципи та процедури в кожній країні можуть відрізнятися, у більшості країн виникають ті самі проблеми та приймаються рішення, схожі на ті, про які ми розповімо.

***Примусове поміщення до психіатричної лікарні*** — *процес насильницького відправлення до психіатричної установи людини, яка звинувачується у злочині, після визнання її психічно нестабільною особистістю.*

***Невинність унаслідок психічного розладу*** *— визнання людини невинною у разі її психічної нестабільності під час скоєння злочину, підтвердженого психіатрами.*

***Тест М'Негтена*** *- широко використовується тест визначення осудності людини під час скоєння злочину. Щоб людину визнали психічно неосудною, вона повинна бути не в змозі відрізнити справедливе від несправедливої.*

***Тест на непереборний імпульс*** *- тест для визначення здатності чи нездатності людини контролювати свої дії. Відповідно до нього людина, яка вчинила злочин у «пориві пристрасті», вважалася неосудною і невинною, якщо так показувала тест.*

**Примусове лікування злочинців та визнання неосудним під час скоєння злочину**

Повернемося знову до справи Джона Хінклі. Чи перебував він у стані божевілля, коли стріляв у президента? Якщо він був неосудним, то чи відповідає він за свої дії? 21 червня 1982 року суд визнав Хінклі невинним через його неосудність. Хінклі, таким чином, став в один ряд з Річардом Лоуренсом, маляром, який застрелив Ендрю Джексона в 1835 році, і Джоном Шренком, власником бару, який стріляв у президента Рузвельта в 1912 році, затриманим за звинуваченням у замаху на вбивство і визнаним невинним. .

Важливо, що «осудність» — це юридичний термін. Тобто дефініцію «осудності», що використовується в кримінальних розслідуваннях, встановлено законодавцями, а не психіатрами. Підсудні можуть страждати на психічні розлади, але цей розлад необов'язково буде відповідати юридичному визначенню божевілля. Сучасні західні визначення божевілля ґрунтуються на справі про звинувачення у вбивстві Деніела М'Негтена. 1843 року М'Негтен убив Едварда Драммонда, секретаря британського прем'єр-міністра Роберта Піла, коли намагався застрелити самого Піла. Так як М'Негтен страждав явною манією переслідування, присяжні визнали його невинним на підставі неосудності. Громадськість обурило це рішення суду, і бурхлива реакція публіки змусила британських лордів дати більш чітке визначення захисту підсудного на підставі божевілля. Ця дефініція, відома як тест М'Негтена, стверджувала, що психічний розлад у момент скоєння злочину не означає, що ця людина психічно неосудна; щоб людину визнали психічно неосудною, вона повинна бути не в змозі відрізнити справедливе від несправедливої. Федеральний суд і суди в окремих штатах США вирішили також застосувати цей тест.

Наприкінці XIX століття суди в деяких штатах та федеральні суд у США, не задоволені тестом М'Негтена, скористалися ще одним тестом – тестом на непереборний імпульс. Цей тест вперше використовувався в Огайо в 1834, він обгрунтовував нездатність людини контролювати свої дії. Відповідно до нього людина, яка вчинила злочин у «пориві пристрасті», вважалася неосудною і невинною, якщо так показувала тест.

Протягом багатьох років суди штатів і федеральні суди щодо нормальності психіки обвинуваченого обирали між тестом М'Негтена і тестом на непереборний імпульс. У якийсь період став дуже популярним третій тест під назвою тест Дерема. Цей тест, що ґрунтувався на рішенні, прийнятому Верховним судом у 1954 році, просто стверджував, що людина не несе кримінальної відповідальності, якщо її «незаконний вчинок був наслідком психічного захворювання чи пороку психіки». Цей тест мав забезпечити суду можливість більш гнучко виносити рішення, проте ця гнучкість виявилася на шкоду правосуддю. Захист посилався на неосудність, коли вказував на алкоголізм або наркотичну залежність підсудного, навіть на головні болі або виразку шлунка, які вважалися в довіднику DSM-I психофізіологічними розладами.

У 1955 році Американський інститут права розробив тест, який поєднував у собі окремі риси тесту М'Негтена, тесту на непереборний імпульс та тесту Дерема. Відповідно до нового тесту вважалося, що людина не несе кримінальної відповідальності, якщо вона в момент скоєння злочину страждала на психічний розлад або порок, що заважало їй визначити, що правильно, а що — ні, або вона була не в змозі контролювати себе і діяти в рамках закону. На якийсь час цей тест Американського інституту права став найпоширенішим правовим тестом на психічний розлад. Однак після вердикту у справі Хінклі піднялася буря суспільного обурення проти надто ліберальних принципів цього тесту, і громадськість вимагала встановити жорсткіші стандарти.

Частково відповідаючи на це обурення, Американська психіатрична асоціація рекомендувала в 1983 році, що людину слід визнавати невинною на підставі психічного розладу тільки в тих випадках, коли вона не може відрізнити правильне від неправильного в момент скоєння злочину. Нездатність контролювати себе і надходити відповідно до закону більше не були достатньою підставою для висновку про психічний розлад обвинуваченого. Загалом асоціація закликала до повернення тесту М'Негтена. Цей тест тепер використовується у всіх федеральних судах і половині судів штатів (Steadman et al., 1993). Найбільш ліберальні норми американського інституту права досі застосовують у інших штатах, крім Айдахо, Монтани і Юти, у яких вина підсудного не скасовується виходячи з психічного розладу. Все ж, як показало дослідження, суворіша дефініція М'Негтена насправді не знижує ймовірності винесення вердикту «невинний» на підставі визнання обвинуваченого психічно неосудним (Ogloff et al., 1992; Finkel, 1991, 1990, 1989).

Сильні психічні розлади, що характеризуються сплутаністю свідомості, ускладнюють для людини можливість відрізнити справедливе від несправедливого, і людина з психічним розладом погано контролює свою поведінку (Elliott, 1996). Тому не дивно, що приблизно дві третини обвинувачених, виправданих у злочині на підставі визнання їх психічно ненормальними, одержують діагноз шизофренія (Steadman et al., 1993). Переважна більшість уже в минулому зазнавала арештів, госпіталізації до психіатричних лікарень або й того й іншого. Близько половини обвинувачених, яких визнають психічно ненормальними, — білі, і 86% обвинувачених, виправданих на підставі божевілля, — чоловіки. Їхній середній вік — 32 роки. Люди визнаються невинними на підставі божевілля, коли звинувачуються в різних злочинах. Проте приблизно 65% злочинів відносяться до категорії найжорстокіших (Steadman et al, 1993). Близько 15% виправданих становлять обвинувачені у вбивстві (див. рис. 16.1).

|  |  |
| --- | --- |
|  | % |
| Фізичний напад | 38 |
| Злочини, пов'язані з власністю | 18 |
| Вбивство | 15 |
| Інші жорстокі злочини | 12 |
| Інші менш серйозні злочини | 10 |
| Пограбування | 7 |

**Малюнок 16.1. Злочини, у яких обвинувачених виправдовують виходячи з визнання їх неосудними.** Огляд виправдувальних вердиктів у восьми штатах виявив, що більшість підсудних, виправданих на цій підставі, звинувачувалися у жорстоких злочинах. (Засновано на роботах: Steadman et al., 1993; Callahan et al., 1991)

***Тест Дерема*** *- офіційний тест на психічний розлад, який підтверджує, що людина знаходилася в стані божевілля в момент скоєння злочину, якщо його вчинок зумовлений психічним розладом або пороком.*

***Тест американського інституту права —*** *офіційний тест, який підтверджує, що людина була неосудною під час скоєння злочину, якщо через психічний розлад людина не могла відрізнити хорошу від поганого або не могла чинити опір неконтрольованому імпульсу, що закликає його до дії.*

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** У деяких штатах захист має підтвердити, що підсудний невинний унаслідок неосудності, а в інших сторона звинувачення має довести, що підозрюваний не є психічно хворим. Який тягар доведення можна вважати розумнішим? При використанні якогось тягаря доведення підсудного з більшою ймовірністю виправдають на підставі того, що він психічно хворий? |

**Крупним планом**

*Психічні захворювання та велика політика*

Під час президентських кампаній 1992 і 1996 років незалежного кандидата Росса Перо було названо «емоційно неврівноваженим» деякими зі своїх супротивників. Перо відреагував на це зауваження з гумором і навіть використав у своїй рекламній кампанії пісню Віллі Нельсона «Божевільний». Стратегія з'ясування психологічної стабільності політичних опонентів не є новою. У колишньому Радянському Союзі, наприклад, багатьох політичних противників поміщали до психіатричних лікарень, щоб просто позбутися їх.

Політично мотивовані ярлики часто використовувалися у середині ХІХ століття, як у США розгорілися суперечки рабство. Так, ті, хто схвалював рабство, часто нападали в пресі на Авраама Лінкольна і називали його «шаленим» за його позицію противника рабства. Крім того, багато людей, навіть ті, хто самі були проти рабства, боялися радикальних аболіціоністів і називали їх психічно незбалансованими, звинувачуючи за безладдя в країні.

Суд над аболіціоністом Джоном Брауном зробив цю тему особливо актуальною. Браун, білий противник рабства, сформував невеликий загін з негрів та білих американців і напав на федеральний арсенал зі зброєю у Харперс-Феррі у Віргінії. Його схопили за два дні та звинуватили у вбивстві та зраді. Багато прихильників Брауна, в тому числі його власні адвокати, закликали його просити про визнання невинності на підставі психічного розладу і таким чином уникнути смертного вироку. Деяких його прихильників-аболіціоністів образило припущення, що вчинки Брауна продиктовані безумством, і сам Браун гордо підтвердив, що він психічно нормалей. Браун був засуджений і страчений.

|  |
| --- |
| ***«Останні миті життя Джона Брауна».*** На картині Томаса Говендена, 1884, зображено, як ведуть страту знаменитого аболіціоніста. |

Як зазначають історики Лінн Гемвелл та Ненсі Томс (Gamwell & Tomes, 1995), обидві сторони були зацікавлені в тому, щоб оголосити Брауна божевільним. Багато людей, які протистоять рабству, вважали, що вердикт про неосудність Брауна міг би дистанціювати радикальну поведінку Брауна від своїх власних спроб на суспільну свідомість, і в країні влягли б страхи перед жорстокістю аболіціоністів. З іншого боку, ті, хто захищав рабство, вірили, що визнання несамовитості могло зіпсувати репутацію Брауна і перешкодити йому прославитися як мученик за справу аболіціоністів — ким він фактично і став. Очевидно, що винесений вердикт не задовольнив обидві сторони.

Ярлик «неосудного» використовувався в політичних цілях у різні епохи. Ми не завжди маємо змогу зупинити цю практику. Але ми принаймні повинні усвідомлювати, що таке явище зустрічається. У будь-якому випадку слід ретельно зважити наявні докази та відрізняти психічно хворих людей від тих, на кого цей ярлик був навішений у політичних цілях.

***Критика захисту на підставі психічного розладу***

Незважаючи на зміни в тестах на психічний розлад, як і раніше, лунають критичні зауваження на адресу захисту на підставі неосудності (Slovenko, 1995). Однією з основних причин для занепокоєння є фундаментальна відмінність між законом і наукою про поведінку людини. Закон передбачає, що в людей є свобода волі і вони, як правило, відповідають за свої дії. Деякі моделі людської поведінки, навпаки, мають на увазі, що поведінка людини визначає ситуація та біологічні фактори. Отже, неминуче, що юридичне визначення психічного розладу та відповідальності відрізнятиметься від тих самих визначень, отриманих у результаті клінічних досліджень.

Другий аспект критики – це наукові уявлення про патологію. Під час звичайного судового процесу, коли робиться заява про наявність психічного розладу, думки клініцистів, які підтримують захист та звинувачення, зазвичай розходяться, і присяжним доводиться мати справу з «експертами», які не згодні у своїх оцінках. Деяким здається, що це відсутність професійної узгодженості доводить, що у деяких галузях клінічні дослідження не інформативні і можуть вплинути прийняття важливих законодавчих рішень ( Slovenko, 1995; Szasz, 1963) . Інші вважають, що польові дослідження зробили великий крок уперед. Фактично, були розроблені кілька психологічних шкал, які допомагають клініцистам більш послідовно відокремлювати нормальних людей від психічно ненормальних відповідно до тесту М'Негтена (Rogers & Ewing, 1992; Rogers, 1987).

Навіть слідуючи звичайній шкалі, нелегко приймати правове рішення щодо психічної ненормальності підозрюваного. Клініцисти повинні оточити, у якому стані свідомості перебував обвинувачений протягом тижнів, місяців і навіть років до скоєння злочину. Оскільки стан психіки може змінюватися і змінюється згодом й у різних ситуаціях, клініцисти неможливо знайти цілком упевнені, що його оцінки психічної нестабільності в останній момент після злочину відповідають істині.

Мабуть, найчастіше цей вид захисту обвинувачених критикують за те, що дозволяє уникнути покарання небезпечним злочинцям. При цьому деякі злочинці, визнані невинними на підставі визнання їх психічно ненормальними, через кілька місяців виходять із психіатричних клінік і отримують свободу. Щоправда, кількість таких випадків незначна. За даними опитувань громадської думки, люди сильно переоцінюють відсоток підсудних, визнаних неосудними, припускаючи, що він становить 30-40%, насправді ж такі підсудні становлять лише 1% (Steadman et al., 1993). Понад те, лише мала частина підозрюваних симулює чи перебільшує свої симптоми (Fauteck, 1995) і лише одна чверть підсудних, яких визнають психічно ненормальними, отримує вердикт «невинний» (Callahan et al., 1991). У результаті менше 1 з кожних 400 обвинувачених у США визнаються невинними на підставі неосудності.

В історії США примусове лікування в психіатричній лікарні після визнання невинним, як правило, тривало більш тривалий час, ніж звичайний термін ув'язнення (Ogloff et al., 1992; Finkel, 1988). Така госпіталізація зазвичай не призводила до покращення, і клініцисти рідко беруть на себе сміливість стверджувати, що злочинці, вийшовши з лікарні, не візьмуться за старе. В останні роки, однак, примусове лікування стало коротшим. Ця тенденція — результат ефективності лікарської терапії, що збільшилася, зростаюча неприязнь до розширення прав державних установ і посилення уваги до прав пацієнтів (Blackburn, 1993). У 1992 році у справі Фуче проти штату Луїзіана Верховний суд зробив пояснення, що єдиною підставою для звільнення злочинців із психіатричної лікарні може стати їхній психічний стан; злочинців, безумовно, не можна утримувати в психіатричній лікарні тільки на тій підставі, що вони небезпечні.

***Винен, але психічно хворий*** *— вердикт, який постановляє, що підсудний винний у скоєнні злочину, але при цьому страждає від психічного захворювання, яке потрібно лікувати під час перебування підсудного у в'язниці.*

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Після того, як пацієнт припиняє примусове лікування, чому клініцист не поспішатиме погодитися з тим, що ця людина психічно стабільна і навряд чи вчинить знову той самий злочин, навіть якщо самопочуття пацієнта значно покращується? |

***Альтернативні вердикти***

В останні роки в 13 штатах з'явилася можливість виносити ще один вердикт - винний, але психічно хворий (guilty but mentally ill) (Slovenko, 1995). Обвинувачені, які отримали цей вердикт, визнаються психічно хворими на час скоєння злочинів, проте хвороба не може повністю пояснити чи виправдати їхній злочин. Вибір вердикту «визнаний винним, але психічно хворий» дозволяє присяжним засудити людину, яку вони вважають небезпечною, і при цьому передбачається, що засуджений також отримує необхідне лікування. Обвинувачених, визнаних винними, але психічно хворими, також засуджують до терміну ув'язнення, але при цьому супроводжують вирок рекомендацією провести необхідне лікування.

***Тимчасова відпустка.*** Оскільки у в'язницях, як правило, не виявляють значної турботи про психічне здоров'я пацієнтів, то ув'язнені шукають інші способи виплеснути почуття напруги, гніву або вирішити інші психологічні проблеми. Тут ув'язнений (праворуч) медитує разом з індуїстським жерцем, щоб «перейти з тюремної камери в спокійне місце у своїй свідомості» (Swerdlow, 1995, р. 32).

У Джорджії присяжні, коли з'явилася можливість визнавати людину винною, але психічно хворою, рідше стали звільняти злочинців від відповідальності на підставі психічного розладу (Callahan et al., 1992). Коли проводили експеримент із людьми, що грають роль присяжних, виявилося, що 86% піддослідних воліли використовувати цей третій варіант і розглядали його як «моральний, справедливий і адекватний засіб надання лікування злочинцям, які його потребують» ( Roberts, Golding & Fincham, 1987) . Проте ті, хто критикує цей новий вибір, зазначають, що незалежно від вердикту, всі ув'язнені мають отримувати належне медичне обслуговування. Критично налаштовані люди вважають, що цей новий варіант відрізняється від вердикту «винний» лише назвою (Slovenko, 1995; Tanay, 1992).

У деяких штатах є ще один вид захисту обвинувачених – визнання винним із обмеженими здібностями (guilty with diminished capacity). При цьому психічний розлад розглядається як пом'якшувальна обставина, яку слід враховувати, коли точно визначається склад злочину (Slovenko, 1992). Адвокат говорить про те, що через розлад обвинувачений не міг навмисно вчинити той чи інший злочин. У цьому випадку ступінь провини людини зменшується — його, наприклад, звинувачують у ненавмисному вбивстві, а не у вбивстві першого ступеня (навмисному запланованому вбивстві). Справа Дена Уайта, який у 1978 році застрелив мера Сан-Франциско Джорджа Москоуна і вбив міського інспектора Харві Мілка, наочно ілюструє дію цього вердикту: Адвокат Дуглас Шмідт вважав, що така патріотична людина, яка має високе почуття громадянського обов'язку, як Ден Уай війни у В'єтнамі, колишній пожежник, поліцейський та міський інспектор, не міг вчинити такий жахливий злочин, перебуваючи в здоровому глузді. Коли він так цинічно вистрілив у голову кожного з убитих ним чоловіків, це тільки підтвердило, що Уайт збожеволів. Уайт не ніс повну відповідальність за свої дії, бо страждав від «обмеженої здібності». Хоча Уайт убив мера Джорджа Москоуна та міського інспектора Харві Мілка, він своїх дій не планував. У день пострілів Уайт був психічно неспроможний планувати вбивство і навіть не міг хотіти цього.

Добре відомий у колах судової психіатрії Мартін Блайндер, професор права та психіатрії у школі права Хастінгса в Каліфорнійському університеті, надав захисту Уайта академічного блиску. Уайт, як пояснив Блайндер присяжним, «жадібно поглинав їжу швидкого приготування, «Твінкіз» [ *Фірмова назва солодкого печива з кремовою начинкою. - Прим. перев.* ], пив кока-колу... Чим більше він їв, тим гірше він почував себе і реагував на свою депресію, що зростала тим, що все більше і більше їв». Адвокат Шмідт пізніше запитав Блайндера, чи не міг він детальніше розвинути свою думку. «Мабуть, якби не поглинання такої кількості їжі. - відповів Блайндер, - я підозрюю, що цих вбивств могло б не статися». З цього моменту Блайндер став відомий як автор «захисту Твінки» [ *Так став називатися в Америці судовий захист, побудований на дивних аргументах, що не мають відношення до справи. - Прим. перев.* ]...

Ден Уайт був звинувачений лише у скоєнні ненавмисного вбивства, і його засудили до семи років та восьми місяців в'язниці (звільнено достроково 6 січня 1984 року). Психіатрична експертиза переконала присяжних, що Уайт не хотів убити Джорджа Москоуна чи Харві Мілка (Coleman, 1984, р. 65-70).

Через можливі порушення справедливості багато експертів у галузі законодавства виступали проти захисту на підставі обмеження здібностей (Slovenko, 1992; Coleman, 1984), а в ряді штатів цей вид захисту взагалі не приймається. Деякі дослідження показують усе-таки, що присяжні можуть належним чином використовувати таке формулювання ( Finkel & Duff, 1989; Finkel et al., 1985).

***Положення закону про сексуальні злочини***

З 1937 року, коли у Мічигані було прийнято закон «про сексуальні психопати», деякі штати помістили сексуальних злочинців у особливу категорію (Monahan & Davis, 1983). У цих штатах вважається, що люди, які постійно вчиняють певні сексуальні злочини, страждають на психічні розлади, і їх називають сексуальними злочинцями з психічними порушеннями (mentally disordered sex offenders).

Люди, класифіковані таким чином, звинувачувалися у скоєнні кримінального злочину, і вважалося, що вони відповідають за свої дії. Тим не менш, як і ті, хто вважається невинним на підставі психічного розладу, сексуальні злочинці з психічними порушеннями вирушають на лікування до спеціальних психіатричних клінік (Small, 1992). Частково такий стан справ відображає уявлення деяких законодавців про те, що сексуальні злочинці психічно неосудні. З практичного боку, ці закони захищають сексуальних злочинців від згвалтувань, що часто відбуваються у в'язницях.

В останні роки дедалі більше штатів змінили закони про сексуальних злочинців або взагалі скасували їх. Є кілька причин для такого роду тенденції. По-перше, деякі штати визнали, що ці закони важко застосовувати. Так, частина їх вимагає, наприклад, щоб злочинця визнали «безумовно сексуально небезпечним» — такий висновок клінічна польова експертиза зробити неспроможна ( Szasz, 1991). Більше того, є докази того, що расові забобони часто впливають на те, як класифікуватиметься сексуальний злочинець (Sturgeon & Taylor, 1980). Білі американці вдвічі частіше потрапляють у клас сексуальних злочинців із психічним розладом, ніж афроамериканці чи латиноамериканці, засуджені за злочини схожого типу.

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** У в'язницях США протягом будь-якого цього року перебуває приблизно один мільйон людей. (Bureau of Justice Statistics, 1994). |

***Психічна некомпетентність*** *— стан психічної нестабільності, який дозволяє обвинувачуваному зрозуміти звинувачення, що пред'являються йому, і брати участь у судовому процесі. У цьому стані підсудний неспроможна підготувати зі своїми адвокатами адекватний захист.*

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** Щороку США оцінюється психічна компетентність приблизно 25 000 обвинувачуваних. |

**Примусове лікування злочинців та некомпетентність на суді.**

Незалежно від стану розуму під час скоєння злочину, обвинувачені можуть бути визнані психічно некомпетентними (mental incompetence) для відповіді на суді. Компетентність передбачає, що підсудні розуміють, які звинувачення їм пред'являються, може зустрічатися зі своїми адвокатами, підготувати і відстоювати адекватне виправдання (Cruise & Rogers, 1998). Цей мінімальний стандарт компетентності було визначено Верховним судом у справі Даски проти США (1960).

Питання про некомпетентність, як правило, ставить адвокат підсудного, незважаючи на те, що обвинувачі та співробітники правоохоронних органів можуть також торкнутися цієї проблеми (Meyer, 1992). Усі (зокрема і суддя), зазвичай, передбачливо рекомендують провести психологічну експертизу обвинувачуваного, виявляє ознаки психічного розладу. Суддя та присяжні воліють обережність, тому що деякі звинувачення в суді відхиляються, коли від початку не зрозуміла компетентність підсудного. Якщо суд вирішить, що обвинувачуваний не в змозі відстоювати свій захист, то ця людина вирушає до психіатричної лікарні і перебуває там доти, доки не зможе постати перед судом (Bennett & Kish, 1990).

Набагато частіше злочинців відправляють на примусове лікування, коли виносяться рішення про їхню психічну некомпетентність, ніж визнають невинними на підставі психічного розладу (Blackburn, 1993). Проте переважна більшість злочинців, які нині перебувають у психіатричних лікарнях, не належать жодній із цих груп. Найчастіше - це засуджені злочинці, чиї психологічні проблеми змусили адміністрацію в'язниці зробити висновок про те, що вони потребують лікування, що їх потрібно відправити або в психіатричні відділення всередині в'язниці, або в психіатричну лікарню (Monahan & Steadman, 1983; Steadman et al. , 1982).

Виявилося можливим, що безневинна людина, яку визнали не здатною відповідати на суді, могла провести довгі роки в психіатричній лікарні і не мати можливості спростувати звинувачення у кримінальному злочині. Деякі обвинувачені фактично відбували більш тривалий термін у психіатричних лікарнях і чекали визнання своєї компетенції, ніж якби вони були засуджені і відбували термін у в'язниці (Meyer, 1992). Імовірність таких випадків знизилася, коли Верховний суд ухвалив у справі Джексон проти штату Індіана (1972), що некомпетентного обвинуваченого не можна відправити на примусове лікування. Після досить довгого періоду часу його або її слід або вважати компетентним і судити і звільнити, або направити до психіатричної лікарні, але вже в цивільному порядку.

До початку 1970-х років у більшості штатів людини, визнаної «неосудним злочинцем», поміщали в лікувальні заклади з підвищеною охороною (Winick, 1983). Сучасне законодавство надає суду можливість ухвалювати більш гнучкі рішення. У деяких випадках, зокрема, коли обвинувачення незначне, обвинуваченого можуть лікувати амбулаторно.

***Примусове лікування в цивільному порядку*** *- правова процедура, відповідно до якої людину, не звинувачену в головному злочині, можуть змусити пройти психіатричне лікування.*

|  |
| --- |
| «Про що ти говориш — про 68 днів? Це у в'язниці. Болван... Ти з нами, і ти будеш з нами, доки ми тебе не випустимо». — Медбрат у фільмі «Політ над гніздом зозулі». (1975) (він повідомив пацієнту Р. П. Макмерфі, що лікування може бути набагато довшим за тюремне ув'язнення). |

**Резюме**

Професіонали-психіатри співпрацюють із законодавчими та юридичними установами у двох основних напрямках. По-перше, клініцистів можуть попросити оцінити психічну стабільність людей, які звинувачуються у злочинах. По-друге, законодавчі та судові установи допомагають встановлювати норми лікування психічно хворих людей.

Примусове лікування як кримінальне покарання передбачає, що людина несла відповідальність за злочин і може захистити себе в суді. Експертиза клініцистів часто призводить до того, що обвинуваченого відправляють на примусове лікування, а не карають.

Визнання невинності на підставі психічного розладу: якщо обвинувачені визнаються психічно нестабільними в момент скоєння злочину, то вони можуть бути визнані невинними на підставі неосудності та їх, як правило, поміщають до психіатричної лікарні, а не до в'язниці. «Неосудність» — це правовий термін, який визначається законодавцями, а не клініцистами. У федеральних судах і половині судів штатів неосудність оцінюється з допомогою тесту М'Негтена. Цей тест передбачає, що обвинувачені перебували в стані божевілля в момент скоєння злочину і не розуміли, що роблять, або не могли в момент скоєння злочину відокремити те, що було правильним, від поганого та неправильного. В інших штатах використовується загальніший тест американського інституту права.

Захист на підставі неосудності часто критикували, а в деяких штатах тепер дозволено виносити вердикт «винний, але психічно хворий». Обвинувачені, які отримують цей вердикт, засуджуються до в'язниці, очікуючи, що вони також пройдуть необхідне лікування. Є ще один варіант вердикту – визнання людини винною з обмеженою здатністю. У деяких штатах вважається, що людина, яка вчинила сексуальний злочин, психічно неосудна, і її відправляють на лікування до психіатричної лікарні.

У разі визнання психічної некомпетентності, незалежно від стану свідомості в момент злочину, обвинуваченого можуть визнати психічно некомпетентним для того, щоб постати перед судом, і не здатним повністю розуміти звинувачення та брати участь у судовому процесі. У цьому випадку людину, як правило, відправляють до психіатричної лікарні і вона там перебуває доти, доки не зможе постати перед судом. Щоправда, не можна відправити людину на примусове лікування лише на підставі некомпетентності.

**Вплив законодавства на систему психіатричних клінік.**

Система законодавства дуже впливає на клінічну практику. По-перше, суди та законодавчі органи розробили процес примусового лікування у цивільному порядку (civil commitment), який дозволяє відправляти людей до психіатричних лікарень проти їхньої волі. Незважаючи на те, що багато людей, які виявляють ознаки психічного розладу, добровільно хочуть вилікуватися, переважна кількість не усвідомлює своїх проблем або просто не хоче йти до лікаря. Як роблять клініцисти з такими людьми? Чи мають вони застосовувати силу стосовно них? Чи люди мають право почуватися жалюгідними та погано взаємодіяти з іншими? У законодавстві є відповіді ці питання: існують певні норми, відповідно до якими людини можна змусити лікування.

По-друге, система законодавства, діючи на користь держави, бере він відповідальність захисту прав пацієнтів під час лікування. Вона захищає не лише пацієнтів, яких примусово лікують, а й тих, хто сам прагне вилікуватись, і навіть тих, хто проходить амбулаторне лікування.

**Примусове лікування у цивільному порядку.**

Щороку в США велика кількість людей із психічним розладом проти їхньої волі поміщають у психіатричні клініки. Про це примусове лікування давно й палко сперечаються. Як побачимо, іноді закон краще захищає злочинців, ніж людей із ознаками психозу (Burton, 1990).

|  |
| --- |
| ***Невдале передбачення, 80-ті роки.***Недоліки в процедурах лікування та нездатність системи кримінальної справедливості передбачити небезпеку особливо яскраво проявилися у справі Джеффрі Демера. В 1988 Демер був ув'язнений за сексуальне розбещення 13-річного хлопчика. У 1990 році, незважаючи на тривожні заяви батька Демера, його випустили, встановивши лише обмежене, як зізнавався сам Джеффрі, недостатнє спостереження. Він став вживати наркотики, задушив та розчленував ще 15 нових жертв. |

**Крупним планом**

*Відомі випадки захисту обвинувачених на підставі божевілля*

- 1977: у Мічигані Френсін Хьюджес налила бензин навколо ліжка, на якому спав у п'яному забутті її чоловік Мікі. Потім вона взяла сірник і підпалила його. На суді Френсін пояснила, що протягом 14 років чоловік постійно бив її і погрожував, що вб'є, якщо вона піде від нього. Присяжні вирішили, що вона не винна на підставі тимчасового божевілля, і Френсін стала символом принижених своїми чоловіками американських жінок. Деякі люди визнали це рішення суду підтвердженням права жінки на самозахист у власному будинку.

- 1978: Девід Берковіц, «син Сема», серійний вбивця з Нью-Йорка, пояснював, що накази вбивати посилав йому гавкаючий собака. Незважаючи на те, що два психіатри підтвердили, що Девід психотик, його визнали винним у всіх злочинах. Через довгий час після суду він сказав, що насправді вигадав свої манії.

- 1979: Кеннет Бьянкі, один з парочки, відомої як душителі з Хіллсайда, спочатку підходив під визнання невинності на підставі божевілля. Але Кеннета та його двоюрідного брата визнали винними та засудили за те, що вони ґвалтували та вбивали жінок у Лос-Анджелесі наприкінці 1977 — на початку 1978 років. Злочинець стверджував, що страждає на розлад множинної особистості.

- 1980: у грудні Марк Девід Чепмен убив Джона Леннона. Чепмен пізніше пояснив, що вбив легенду рок-музики, оскільки вважав, що Леннон є зрадником. Він також описав, що чув голос бога, вважав себе представником покоління «над прірвою в житі» (як у романі Дж. Д. Селінджера) і порівнював себе з Мойсеєм. Незважаючи на те, що клінічне дослідження підтвердило невинність Чепмена на підставі психічного розладу, зрештою йому винесли обвинувальний вирок.

- 1981: намагаючись довести свою любов до актриси Джоді Фостер, Джон Хінклі-молодший намагався вбити президента Рональда Рейгана. Хінклі визнали невинним на підставі психічного розладу та відправили до лікарні Святої Єлизавети для психічно хворих злочинців у Вашингтоні, де він і перебуває досі.

- 1992: Джеффрі Дамер, 31-річний серійний вбивця з Мілуокі, був засуджений за вбивство 15 молодих людей. Дамер, очевидно, мучив деяких своїх жертв, а деяким робив лоботомію (розтин одного або кількох нервових трактів мозку), намагаючись створити для себе компаньйонів-зомбі. Тіла своїх жертв він розчленовував і зберігав, щоб потім з'їсти. Незважаючи на заяву адвоката про те, що Дамер не винен через своє безумство, присяжні визнали його винним. В 1995 Дамер помер від побоїв, завданих йому сусідом по тюремній камері.

- 1994: 23 червня 1993 24-річна Лорена Боббітт 12-дюймовим кухонним ножем відрізала пеніс своєму сплячому чоловікові. На суді адвокати заявили, що після багаторічних образ Джона Боббітта його дружина пережила короткий психотичний напад і її охопило непереборне бажання відрізати пеніс чоловікові після того, як він прийшов додому п'яним і зґвалтував її. 1994 року присяжні звинуватили її у злісному заподіянні каліцтва на підставі тимчасового божевілля. Її відправили до лікарні для подальшої психіатричної експертизи та звільнили через кілька місяців.

- 1997: Джон І. Дюпон, 57-річний спадкоємець сімейного стану, застрелив олімпійського чемпіона з боротьби Дейва Шульца у січні 1995 року. Вбивство сталося у 800-акровому маєтку Дюпонів, де він збудував спортивний центр для спортсменів-аматорів. Шульц, його близький друг, тренував спортсменів у цьому центрі. У 1997 році Дюпона визнали винним у вбивстві 3-го ступеня та психічно хворим і засудили до ув'язнення на термін від 13 до 30 років. В даний час він лікується у відділенні психіатрії Інституту корекції.

|  |
| --- |
| ***Винен, але психічно хворий.*** Джон Дюпон (ліворуч) жартівливо бореться зі своїм другом та працівником Дейвом Шульцем, золотим олімпійським медалістом. Дюпон убив Шульца 1995 року, а двома роками пізніше його визнали «винним, але психічно хворим». |

***Навіщо лікувати?***

Наша законодавча система дозволяє відправляти людину на примусове лікування, коли вважається, що людина потребує лікування і становить небезпеку для себе чи інших. Людина може становити небезпеку для самого себе, якщо вона схильна до суїциду або поводиться безрозсудно (наприклад, п'є засіб «Драно», щоб очистити, щоб довести, що на нього не діє ця отрута). Людина може становити небезпеку для оточуючих, якщо прагне заподіяти їм шкоду або ненавмисно наражає життя інших на небезпеку. Державні закони про примусове лікування окремої людини ґрунтуються на обов'язках держави захищати інтереси людини і суспільства: принципи «батька батьківщини» та політику сили (Wettstein, 1988). діючи на користь пацієнта та захищаючи від заподіяння шкоди самому собі. Навпаки, політика сили дозволяє державі захищати суспільство від жорстокого чи безрозсудного людини.

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Як сучасні люди реагують на тих, хто перебуває на лікуванні? Чи може тавро госпіталізації послужити аргументом проти примусового лікування? |

***Сучасні процедури***

Закони про примусове лікування у цивільному порядку варіюються у різних штатах. Деякі базові процедури, однак, є спільними у всіх штатах. Часто члени сім'ї, де живе людина, є ініціаторами примусового лікування. Наприклад, батьки, спостерігаючи психотичну поведінку свого сина, можуть спробувати переконати його звернутися до психіатричної клініки. Якщо син відмовляється, батьки можуть звернутися до суду та вимагати рішення про примусове лікування. Якщо син неповнолітній, то цей процес розвивається безпосередньо. Верховний суд ухвалив, що слухання таких справ необов'язкове, якщо професійні психіатри визнають, що лікування необхідне. Якщо син дорослий, то процес ускладнюється. Суд, як правило, у таких випадках вимагає психічного огляду та дозволяє оскаржити направлення на лікування, найчастіше з представництвом адвоката (Holstein, 1993).

Незважаючи на те, що Верховний суд пропонує мало вказівок для конкретних процедур примусового лікування, важливе рішення у справі Аддінгтон проти Техасу (1979) визначило мінімальний стандарт доказу, необхідного для примусового лікування. У цій справі суд ухвалив, що перш ніж людину відправлять на примусове лікування, потрібно знайти «чіткий і переконливий доказ того, що він чи вона психічно хворий і відповідає критеріям для примусового лікування». Ця постанова не дає однак визначення того, які саме критерії потрібно використовувати. Їх визначає кожен штат, але незалежно від критеріїв штату клініцисти повинні запропонувати чіткий та переконливий доказ, що людина відповідає цим критеріям. Коли доказ можна вважати досить чітким та переконливим відповідно до суду? Коли є впевненість на 75% у тому, що критерії для лікування очевидні, то це набагато менше абсолютної впевненості («коли немає підстав для сумнівів»), необхідної для звинувачення людей за кримінальний злочин.

|  |
| --- |
| «У всякому разі, нам набридає робити бомби. Нецікаво витрачати всі ночі та уїк-енди на те, щоб приготувати небезпечну суміш». — Лист від «Бомбардувальника» (пізніше ідентифікованого як Тед Кашинський) у New York Times, квітень, 1995 |

**Крупним планом**

*Жорстокість мишей, чоловіків та жінок*

Чи передається тенденція до жорстокості у спадок? Нові відкриття на цю тему було зроблено в лабораторії університету Джона Хопкінса. Досліджуючи вплив окису азоту на діяльність мозку, дослідники створили мишу, у якої був відсутній ген, необхідний вироблення цього нейротрансмиттера (Nelson et al., 1995). Результат виявився несподіваним: миші-самці з нестачею окису азоту перетворювалися на жорстоких ґвалтівників та вбивць. Миші-монстри, як їх називали, нападали, кусали, билися і полювали на інших мишей. На мишей-самок нестача окису азоту не впливала. Дослідники прийшли до висновку, що окис азоту, ймовірно, відіграє ключову роль у регуляції чоловічої агресивної поведінки.

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Якщо виявляється, що патологічні гени роблять деяких людей схильнішими до насильства, то чи повинні ці люди відповідати за злочини так само, як і інші? Якби було доведено, що з агресією людини пов'язані патологічні гени, то чи можна змусити примусово лікуватися тих людей, у кого ці гени виявили, якщо дотримуватись сучасних стандартів примусового лікування? |

***Примусове лікування у надзвичайній ситуації***

Трапляються такі ситуації, коли потрібно діяти швидко; ніхто не чекатиме, якщо життя людини, яку слід відправити до психіатричної клініки, перебуває в небезпеці. Уявіть, наприклад, пацієнта, схильного до суїциду або голосу, що чує, які спонукають його до ворожих дій проти інших людей. Йому або їй може знадобитися термінове лікування та цілодобове спостереження. Якщо лікування в такій ситуації не можна провести без згоди пацієнта, наслідки можуть бути трагічні.

Тому в багатьох штатах клініцистам дають право підтверджувати, що деяким пацієнтам потрібне тимчасове лікування та догляд. У минулі роки в цих штатах, як правило, потрібно підтвердження двох лікарів (необов'язково психіатрів). Сьогодні штати можуть надати право встановлювати стан психічного здоров'я та іншим фахівцям. Клініцисти повинні оголосити, що стан свідомості пацієнта становить небезпеку для нього самого або інших людей. За традицією ці огляди часто називають підтвердженням двох лікарів (two-physicians certificates, або 2 PCs). Тривалість такого огляду в різних штатах варіюється, проте найчастіше вистачає трьох днів (Holstein, 1993). Якщо клініцисти приходять до висновку, що для огляду потрібний більш тривалий час, то процес по формальному огляду можна розпочати в період лікування в надзвичайній ситуації.

***Хто становить небезпеку?***

У минулому жорстокі чи небезпечні дії порівняно рідко відбувалися людьми, із психічними порушеннями. Низький рівень насильства був, мабуть, пов'язаний з тим, що багато хто з них мешкав у спеціальних установах. Внаслідок скорочення лікувальних закладів сотні тисяч людей із сильними психічними розладами живуть поруч із нормальними людьми і рідко, якщо взагалі, лікуються. Деякі з цих людей дійсно небезпечні для себе чи інших людей.

Незважаючи на те, що приблизно 90% людей з психічним розладом не є ні жорстокими, ні небезпечними (Swanson et al., 1990), недавні дослідження припускають, що принаймні є деякі взаємини між гострими психічними розладами та жорстокою поведінкою (Taylor et al ., 1998; Hodgins et al., 1996). Після огляду численних досліджень Джон Монахен (1993, 1992), професор правничий та психології, зробив висновок у тому, що рівень жорстокого поведінки серед людей із сильними психічними розладами, особливо в психотиків, трохи вище, ніж в людей без таких розладів.

— Приблизно 15% пацієнтів у психіатричних лікарнях нападали на іншу людину до потрапляння до лікарні.

— Близько 25% пацієнтів у психіатричних лікарнях нападають на іншу людину під час їхньої госпіталізації.

— Близько 12% усіх людей із шизофренією, депресією чи біполярним розладом нападали на інших людей, на відміну від 2% людей, які не страждають на психічні розлади.

Монахен попереджає, що це дані не доводять, що з психічними розладами загалом небезпечні. Але вони дійсно говорять про те, що сильний психічний розлад може провокувати насильство набагато більшою мірою, ніж це раніше припускали експерти з психічного здоров'я.

Найчастіше для примусового психіатричного лікування потрібне підтвердження небезпеки цієї людини. Але чи можуть професіонали з психічного здоров'я точно передбачити, хто здійснюватиме акти насильства? Практичні дослідження дозволяють зробити висновок, що психіатри та психологи частіше помиляються, коли роблять довгострокові прогнози щодо насильства (Buchanan, 1997; Limandri & Sheridan, 1995). Зазвичай вони переоцінюють ймовірність того, що, зрештою, людина зробить жорстокий вчинок. Проте дослідження припускають, що короткострокові передбачення — тобто передбачення можливого акта насильства — виявляються точнішими (McNiel & Binder, 1991). Більше того, дослідники тепер досить успішно розробляють метод оцінок із застосуванням статистичних підходів і більш об'єктивно передбачають потенційну небезпеку, ніж суб'єктивне судження клініцистів (Duggan, 1997; Borum, 1996; Campbell, 1995).

***Критика примусового лікування громадян, які не є злочинцями***

Примусове лікування у цивільному порядку критикували з кількох точок зору. По-перше, лунали зауваження щодо небезпеки, яку представляє та чи інша людина. Якщо висновки фахівців про небезпеку найчастіше неточні, то хіба можна їх використати, щоб позбавити людину свободи (Ennis & Emory, 1978)? По-друге, терапевтична цінність такого лікування є сумнівною. Дослідження показують, що багато людей, які перебувають на примусовому лікуванні, погано реагують на терапію (Wanck, 1984). Ймовірно, людям часто потрібне відчуття можливості вибору чи контролю ситуації — тоді лікування принесе успіх (Langer, 1983).

На підставі цих та інших аргументів деякі клініцисти вважають, що слід скасувати примусове лікування (Szasz, 1977, 1963). Крім того, багато громадянських лібералів стурбовані тим, що примусове лікування може бути використане для контролю над людьми (Morse, 1982; Ennis & Emory, 1978). Так, відомо, що у колишньому Радянському Союзі та інших країнах психіатричні лікарні, як правило, використовувалися, щоб поміщати туди людей із непопулярними політичними поглядами.

***Тенденції у примусовому лікуванні громадян, які не є злочинцями***

Ухвалення гнучких законів про примусове лікування досягло свого піку в 1962 році. У справі Робінсон проти штату Каліфорнія Верховний суд ухвалив, що взяття під варту людей з наркотичною залежністю порушує конституційну заборону на жорстоке і незвичайне покарання, і як розумніший захід рекомендував для таких людей примусове лікування. Ця ухвала заохочувала примусове лікування багатьох «антисоціальних особистостей». У наступні роки процедура примусового лікування давала «обвинуваченим» набагато менше прав, ніж суд (Holstein, 1993). Крім того, пацієнтам, яких лікували примусово, дуже важко залишити психіатричну клініку.

Наприкінці 60-х і на початку 70-х років багато людей, у тому числі репортери, романісти та борці за громадянську свободу, говорили про невиправдане примусове лікування великої кількості пацієнтів. Коли громадськість стала уважнішою до цих питань, то державні органи почали встановлювати жорсткіші стандарти для примусового лікування (Holstein, 1993). Деякі штати, наприклад, ухвалили, що існують певні типи поведінки, за якими потрібно спостерігати, перш ніж можна буде зробити висновок про її небезпеку. Після цього кількість людей, що відправляються на лікування проти їхньої волі, знизилася, а кількість людей, які залишають психіатричні лікарні, навпаки, зросла (Wanck, 1984).

Сьогодні набагато менше людей, ніж раніше, вирушають до лікувальних закладів примусово. Однак таке зменшення кількості людей, що відправляються на примусове лікування, не збільшило кількість злочинців, кількість арештів людей, які за інших умов вже перебували б у лікарнях, також після цього не зросла (Telpin, Abram & McClelland, 1994) . Проте в деяких штатах серед громадськості зростає занепокоєння, що існуючі критерії для примусового лікування надто суворі і вони знову стають більш розпливчастими (Beck & Parry, 1992; Belcher & Blank, 1990). Досі незрозуміло, чи приведе це розширення критеріїв до тих самих «непрозорих» процедур відправлення людини на примусове лікування, як це було раніше.

|  |
| --- |
| ***Неможливість передбачити, 1990-ті.*** У 90-ті роки XX століття виявилося зростання нової важкопрогнозованої форми небезпеки — діти, які стріляють у членів своїх сімей, однокласників та вчителів. П'ятнадцятирічний Кіпланд Кінкел з Орегона був відданий під суд у 1998 році після того, як убив батьків та двох товаришів по навчанню і поранив у своїй школі ще 18 осіб. Він впав у буяння, коли виявив у своїй шкільній шафці крадений заряджений пістолет. Юнаку звинуватили і віддали на поруки родичам. |

|  |
| --- |
| «От як ми живемо [в Росії]: без жодного попередження чи медичного огляду чотири міліціонери і два лікарі входять до будинку здорової людини. Лікарі оголошують, що він божевільний, міліцейський чин кричить: «Ми орган правопорядку! Встати!». Вони викручують йому руки і відвозять до божевільні». - Олександр Солженіцин, 1971 |

**Захист прав пацієнтів.**

За два десятиліття положення закону значно розширили права пацієнтів із психічним розладом. Судові постанови, законодавства штатів і федеральні закони допомагають забезпечити ці легальні права, особливо декларація про лікування право відмовитися від нього.

***Право на лікування***

Коли людину відправляють у психіатричну клініку і не лікують її, то ця установа перетворюється на справжню в'язницю. Для багатьох пацієнтів наприкінці 60-х та у 70-х роках великі психіатричні лікарні у різних штатах грали саме таку роль. Тому деякі пацієнти та їхні адвокати стали вимагати, щоб штати дотримувалися права пацієнтів на лікування. Рішення на користь пацієнтів, винесене в Алабамі в 1972 році, призвело до історичного прориву в битві за права пацієнтів. У справі Уайатт проти Стікні федеральний суд ухвалив, що штат відповідно до конституції був зобов'язаний запропонувати «адекватне лікування» всім людям, які перебували на примусовому лікуванні. Оскільки умови утримання в лікарнях штату були жахливими, суддя встановив положення, які державні чиновники мали виконувати, — надати більше терапевтів, кращі умови утримання, більше усамітнення, більше соціальних взаємодій та фізичних вправ та ретельніший контроль за фізичними обмеженнями та лікуванням. В інших штатах пізніше було прийнято багато цих стандартів.

Ще одне важливе рішення було оголошено у 1975 році у Верховному суді у справі О'Коннор проти Дональдсона. Після того як понад 14 років Кеннет Дональдсон перебував у психіатричній лікарні у Флориді, він подав прохання про вихід із лікарні. Дональдсон неодноразово робив спробу звільнитись, але психіатри цієї клініки відкидали всі його прохання. Він наполягав на тому, що з ним та іншими пацієнтами погано поводилися, їх здебільшого ігнорували і майже не надавали особистої свободи. Верховний суд виніс рішення на користь позивача, оштрафував керуючого лікарнею та заявив, що такі установи зобов'язані періодично переглядати справи пацієнтів. Судді також ухвалили, що штат не може утримувати в психіатричній лікарні людину проти її волі, якщо вона не становить небезпеки, здатна вижити сама або за допомогою членів сім'ї або друзів. У наступній справі, яка мала велике значення, Янгберг проти Ромео (1982), Верховний суд ухвалив, що люди, які перебувають на примусовому лікуванні, мають право на «умови розумного і необмежувального змісту», а також право на «розумну турботу та безпеку».

Щоб допомогти захистити права пацієнтів, Конгрес у 1986 році випустив Акт про Захист та охорону психічно хворих людей (Woodside & Legg, 1990). Цей закон заснував систему захисту та охорони у всіх штатах на території США та надав громадським адвокатам, які працювали для пацієнтів, можливість розслідувати образи та випадки зневаги з боку персоналу та вирішувати ці проблеми легально.

В останні роки громадські адвокати наполягають, що право на лікування потрібно також запропонувати десяткам тисяч людей із сильними психічними розладами, яких звільняють із лікарні через короткий період часу. Найчастіше таким людям нема куди йти, вони не можуть самі про себе подбати і виявляються бездомними або потрапляють до в'язниці, а у в'язницях лише дуже незначний відсоток ув'язнених отримує лікування (Torrey, 1997; Samhsa, 1993). Багато адвокатів, які подають до суду на федеральні служби або служби штатів, стверджують, що виконують обіцянку, яку вони дали активістам громадського руху за психічне здоров'я (див. розділ 12).

***Право на лікування*** *- законне право пацієнтів, особливо тих, хто перебуває на примусовому лікуванні, отримувати відповідну терапію.*

***Право відмовитися від лікування*** – *законне право пацієнтів відмовитися від деяких форм терапії.*

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** Більшість бездомних людей з гострими психічними розладами, які потрапили до в'язниці, звинувачуються в недозволеній поведінці, порушеннях закону, у погрозах, жебрацтві, неробстві або «розпусній і хтивій поведінці» (наприклад, мочаться на кутах вулиць) (Mullhern, 1990; & Hartl, 1986). |

|  |
| --- |
| «Багато божевільних людей ... взагалі відмовляються від лікування. Ми можемо подолати їх опір, залишивши їх у невіданні, але давши прийняти деякі речовини ...які викликають болі [у животі] і навіть рухи [нутрощів]. Ці симптоми викликають у пацієнта почуття незручності, змушують звернути увагу на своє здоров'я і він стає слухняним». - Джин Ескіроль, французький реформатор у галузі психіатрії, 1845 |

**Сцени із сучасного життя**

*Серійні вбивці: божевілля чи злість?*

*Сором'язливий, розумний хлопчик вступив до Гарвардського університету у віці 16 років, склавши екстерном шкільні іспити за два старші класи. Вивчав математику і у 1967 році в університеті Мічигану захистив дисертацію на ступінь доктора філософії. Зайняв дуже престижне становище в університеті Берклі, штат Каліфорнія. Здавалося, на нього чекає слава та успіх. Однак після двох років роботи в Берклі він вирішив піти з товариства - і замість блискучої кар'єри вибрав самотнє існування у горах Монтани.*

*Саме тут, у халупі 10 на 12 футів, цей самітник та ексцентрик створив свої найвідоміші твори: 16 бомб, три смерті, двадцять три покалічених людини, кілька їдких листів у New York Times та маніфест проти технологій обсягом у 35 тисяч слів. У документах ФБР він значився під кодовим ім'ям «Бомбардувальник», і за 18 років терору це слово опинилося на устах у всій Америці. Лише 3 квітня 1996 року федеральні агенти захопили Теодора Кашински в його будинку в штаті Монтана, і створене маніяком царство терору з бомбами поштою, що приковували до себе увагу всієї нації, припинилося (Duffy, 1996; Thomas, 1996).*

Теодор Кашинскі приєднався до зростаючого списку серійних убивць, які наводили жах на всю Америку протягом довгих років: Тед Банді, Девід Берковіц «син Сема», Альберт Десальво, Джон Вейн Гейсі, Джеффрі Демер. Серійні вбивці, здається, вбивають заради насолоди самим моментом убивства. Теоретики-клиницисты ще не розгадали цей тип особистості, але разом із служителями закону зібрали про них величезну інформацію і тепер починають створювати теорії про психологію, яка ховається за такою жорстокою поведінкою.

Незважаючи на те, що кожен з них слідує своєму власному патерну, серійні вбивці, мабуть, мають деякі загальні характеристики. Більшість із них — це білі чоловіки віком 25-34 років, вони відрізняються високою або середньою інтелігентністю, як правило, приємні у спілкуванні, вміють добре говорити, привабливі та вмілі маніпулятори. Вони зазвичай старанно обирають свої жертви. Здебільшого ці люди не мають постійних зв'язків із суспільством, переїжджають із місця на місце та вбивають. Багато хто з них цікавиться роботою поліції та популярними мас-медіа, уважно стежать за повідомленнями про розслідування своїх злочинів (Ressler & Schactman, 1992; Holmes & DeBurger, 1985).

Багато хто з цих людей страждає на психічні розлади, які не вписуються в офіційні критерії психічної ненормальності. Парк Діц, психіатр і високоповажний експерт з цієї теми пропонує таке пояснення:

*Жодного серійного вбивцю, якого в мене була можливість оглянути, не можна було назвати неосудним офіційно, але й нормальними їх теж назвати не можна було. Це всі були люди, які страждають на психічні розлади. Однак, незважаючи на ненормальність їх характеру та сексуальних інтересів, це були люди, які знали, що вони робили, знали, що те, що вони робили, — погано, але, як і раніше, робили це (Douglas, 1996, р. 344-345). ).*

В результаті, як правило, серійних убивць не визнають невинними на підставі психічного розладу. Крім того, у суспільстві відразу виникають побоювання, що якщо підсудного визнають невинним, то його можуть надто швидко випустити на волю (Gresham, 1993).

Річард Чейс, серійний вбивця, який думав, що йому треба пити людську кров, щоб його власна не перетворилася на порошок, один із небагатьох серійних убивць — явний психотик (Ressler & Schactman, 1992). Набагато частіше серійні вбивці виявляють ознаки сильного розладу особистості (Scarf, 1996). Недолік совісті та повна неповага до людей та суспільних норм — основні риси розладу антисоціальної особистості. Їх характерне нарцисичне мислення. Відчуття своєї унікальності може сформувати у вбивці нереалістичне уявлення у тому, що його схоплять ( Scarf, 1996). Найчастіше саме відчуття непереможності призводить до затримання злочинця.

Сексуальні дисфункції та фантазії також, здається, досить поширені серед серійних убивць (Ressler & Schactman, 1992). Дослідження виявили, що у формуванні поведінки цих людей найчастіше беруть участь фантазії сексуального та садистського характеру (Lachmann & Lachmann, 1995; Ressler & Schactman, 1992). Деякі клініцисти також вважають, що вбивці, контролюючи, завдаючи біль або знищуючи тих, хто здається їм слабкішим, можуть робити це, намагаючись подолати своє відчуття безпорадності (Levin & Fox, 1985). Дослідження показують, що багато серійних вбивць у дитинстві зазнали фізичного, сексуального або емоційного насильства (Ressler & Schactman 1992).

|  |
| --- |
| ***Цей вигаданий***газетним ілюстратором портрет «Бомбардувальника» став у 1994 році символом серійного вбивці та жаху, який той наводив. |

Незважаючи на такі підозри та вивчення особистісних характеристик злочинців, вчені ще не розуміють, чому серійні вбивці поводяться саме таким чином. Отже більшість погоджується із твердженням Діца: «Важко уявити якусь ситуацію, коли він знову можна випустити волю» ( Douglas, 1996, р. 349).

***Право відмовитися від лікування***

За два десятиліття судами було прийнято постанови про те, що пацієнти, особливо пацієнти психіатричних лікарень, мають право відмовитися від лікування. Суди не поспішають встановлювати загальне правило, тому що є багато різних видів лікування. Так як правило, що стосується якогось одного виду лікування може негативно впливати на інші види лікування, то постанови судів, як правило, обмовляють один конкретний вид лікування.

Більшість ухвал, що стосуються прав пацієнтів відмовитися від лікування, відносяться до біологічних видів терапії. Пацієнтів набагато легше примусити до такого виду лікування без їхньої згоди, ніж до психотерапії, і він видається набагато небезпечнішим. Наприклад, законодавчі постанови в різних штатах послідовно дають пацієнтам право відмовлятися від психохірургії — форми фізичного лікування, яка є незворотною, і тому становить серйозну небезпеку. Деякі штати також підтримують право пацієнтів відмовитись від електрошокової терапії, яка застосовується у багатьох випадках сильної депресії (див. розділ 6). Проте питання про відмову від електрошокової терапії складніше, ніж відмова від психохірургії. Електрошокова терапія дуже ефективна багатьом людям, які переживають гостру депресію; однак вона може призвести до сильнішого розладу і часом її застосовують неправильно. Ось, наприклад, яким незавидним виявилося становище пацієнтки на ім'я Нен.

*Коли психіатр запропонував їй пройти в психіатричній клініці курс шокової терапії, Нен неохоче погодилася, але, потрапивши до клініки, змінила своє рішення. Незважаючи на її протести, пацієнтку зазнали шокової терапії і вона зазнала звичайних переживань сплутаності свідомості та втрати пам'яті. Після серії процедур бажання Нен припинити терапію настільки посилилося, що вона сказала медсестрі: «Мені просто треба вибратися звідси. Я піду, щоб ви не говорили».*

*Нен втекла з лікарні, і коли це виявив психіатр, що послав її туди, він подзвонив їй додому і сказав, що викличе поліцію, якщо вона не повернеться. Під таким тиском Нен повернулася і сказала медсестрам: «Насправді я не хочу залишатися тут; мене змушують лікуватися електрошоком. Лікар сказав, що якщо я не повернуся, він пошле за мною поліцію» (Coleman, 1984, р. 166-167).*

В даний час багато штатів дають можливість пацієнтам, особливо тим, хто лікується добровільно, право відмовитися від електрошоку. Як правило, ці пацієнти мають бути повністю поінформовані про лікування та зобов'язані письмово підтвердити свою згоду пройти такий курс. У ряді штатів проте дозволяють проводити примусову терапію електрошоком, тоді як в інших потрібна згода найближчого родича або третьої сторони.

У минулому пацієнти мали права відмовлятися від психотропних препаратів. Як ми, однак, бачили, багато психотропних препаратів мають сильну дію і викликають небажані та небезпечні ефекти. Оскільки ці шкідливі ефекти стали очевиднішими, деякі штати надали пацієнтам право відмовитися від такого медикаментозного лікування. Як правило, ці штати вимагають, щоб лікарі пояснили пацієнтам мету терапії, отримали від них письмову згоду. Якщо відмову вважатимуть некомпетентною, вона здасться ірраціональною або небезпечною для самого пацієнта, то незалежний психіатр, медична комісія або місцевий суд можуть її спростувати (Prehn, 1990; Wettstein, 1988). Проте юрист чи адвокат пацієнта підтримає його у цьому процесі.

|  |
| --- |
| ***Зміни у навколишньому середовищі.*** За два десятиліття рішення суду встановили деякі мінімальні стандарти для психіатрії та умов лікування пацієнтів. Частина застарілих приміщень була переобладнана відповідно до цих стандартів або закрита. Незабаром після того, як була зроблена дана фотографія, зображений на ній флігель психіатричної лікарні був закритий. |

***Інші права пацієнтів***

За останні кілька десятиліть рішення суду почали захищати інші права пацієнтів. Пацієнти, які виконують якісь роботи у психіатричних установах, особливо у приватних клініках, тепер принаймні отримують гарантовану оплату. Один із місцевих судів ухвалив у 1974 році, що пацієнти, які звільняються з державних психіатричних клінік, мають право на подальше спостереження лікаря та право жити серед звичайних громадян. А у 1975 році у справі Діксон проти Вайнбергер інший місцевий суд ухвалив, що люди з психологічними розладами мають отримувати лікування у клініках із найменшими обмеженнями для пацієнтів. Якщо місцевому муніципальному центрі психічного здоров'я існує програма, що може вирішити проблеми даного пацієнта, його треба визначити саме туди, а чи не відправляти у психіатричну лікарню.

***Суперечка про «права»***

Звичайно, люди з психологічними розладами мають громадянські права, які слід завжди захищати. Проте багато клініцисти висловлюють занепокоєння, що закони та постанови про права пацієнтів можуть ненавмисно позбавити пацієнтів можливості одужати. Візьмемо, наприклад, право відмовитися від лікування ( Appelbaum & Grisso, 1995; Grisso & Appelbaum, 1995). Якщо ліки можуть допомогти хворому на шизофренію, то хіба пацієнт не має права на одужання? Якщо сплутана свідомість змушує пацієнта відмовитися від ліків, то чи можуть клініцисти в здоровому глузді відкладати застосування терапії, хай навіть закон дозволяє це зробити? Психолог Мерилін Уайтсайд висловлює такі побоювання, описуючи пацієнта із затримкою розумового розвитку.

*Йому було 25 років і він сильно відставав у розвитку, а після того, як його улюблений санітар звільнився, почав займатися самознищенням. Він бив себе кулаками по голові, поки медичний персонал не вдягнув на нього футбольний шолом, щоб хоч якось захистити від травм. Тоді він вчепився собі в обличчя й видавив одне око.*

*Інститутські психологи провели з ним біхевіористську терапевтичну програму для створення легкої реакції огиди: вони бризкали теплою водою йому в обличчя щоразу, коли пацієнт займався самоприниженням. Коли це не допомагало, психологи попросили дозволу використати удари електроструму. Комітет з прав людини наклав вето на цю «зайву і нелюдську форму корекції», тому що, хоча молода людина і страждала на затримку розумового розвитку, але не була злочинцем.*

*Оскільки не можна було застосувати жодних ефективних заходів, які не обмежували б прав і не позбавляли переваги цього пацієнта, що відстав у розвитку, то йому лише зробили догану за його поведінку — і дали можливість видавити собі ще одне око. Тепер він сліпий, звісно, але він має права і його гідність не зворушено (Whiteside, 1983, р. 13).*

|  |
| --- |
| ***Право життя серед звичайних людей.*** Незважаючи на «гарантоване» право жити в суспільстві серед звичайних людей, багато людей, які страждають на хронічні та гострі психічні розлади, не отримують лікування та догляду, тиняються вулицями або живуть у притулках, таких як цей притулок у Вашингтоні. |

З іншого боку, клініцисти який завжди ефективно захищають права пацієнтів. Протягом багатьох років пацієнтам давали ліки та проводили інші види біологічної терапії, завдаючи їм шкоди (Crane, 1973). Так само деякі лікувальні заклади зловживають працею пацієнтів. Ми повинні також поставити запитання, чи виправдовують сучасні знання у психіатрії порушення прав пацієнтів. Чи можуть клініцисти впевнено стверджувати, що ці види лікування допоможуть пацієнтам? Чи можуть вони передбачити шкідливі наслідки деяких видів терапії? Так як клініцисти самі часто не погоджуються один з одним, то здається доречним, що пацієнти, їхні адвокати та сторонні спостерігачі мають відігравати визначальну роль у прийнятті рішень.

|  |
| --- |
| «Коли людина стверджує, що він Ісус або Наполеон ...його можна назвати психотиком і замкнути в божевільні. Свобода мови існує лише для нормальних людей». *-* Томас С. Сез, "Другий гріх" |

***Судове переслідування за злочинну недбалість*** *- переслідування у суді терапевта, який використовував невідповідні методи лікування.*

**Крупним планом**

*Напади на терапевтів*

Багато терапевтів зазначають, що з їхніми правами, зокрема право на безпечну практику, часто посягають. На 12-14% приватнопрактикуючих терапевтів принаймні один раз нападали пацієнти, а в психіатричних лікарнях цей відсоток ще більший (Tryon, 1987; Bernstein, 1981). Дослідження виявило, що на 40% психіатрів нападали щонайменше один раз за їхню кар'єру (Menninger, 1993). Для своїх нападів пацієнти використовують найрізноманітнішу зброю, у тому числі такі звичайні речі, як туфлі, лампи, вогнегасники та палиці. Деякі застосовують пістолети чи ножі і сильно ранять чи навіть вбивають терапевтів.

Багато терапевтів, на яких нападали, відчувають тривогу і небезпеку на роботі ще через довгий час. Деякі намагаються більш вибірково приймати клієнтів та шукають ознаки, що сигналізують про можливе насильство. Один терапевт навіть півтора року витратив вивчення карате (Tryon, 1987).

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Як може тривалий занепокоєння впливати на поведінку та ефективність клініцистів, на яких напали? Що говорять ці атаки про здібності терапевтів передбачати небезпеку? Такі атаки, мабуть, посилюються останнім часом. Чому? |

**Інші види взаємодії між клініцистами та законодавчими органами.**

Професійні психіатри та юристи впливають один на одного та в інших сферах діяльності. За минулі два десятиліття їхні шляхи перетнулися у трьох нових областях: у переслідуванні злочинної недбалості, у виборі присяжних та професійних обмеженнях.

Число судових переслідувань за злочинну недбалість (malpractice lawsuit) за останні роки настільки зросло, що клініцисти створили терміни для страху перед судом — страх судового переслідування (litigaphobia) або стрес судового переслідування (litigastress). Клініцистам висунули звинувачення за доведення до замаху на самогубство, секс з пацієнтом, за непідтвердження згоди на лікування, за недбалість у застосуванні ліків, за незастосування ліків, які могли б прискорити покращення стану хворого, за неправильний вибір терміну закінчення лікування та неправильне лікування (Smith, 1991; Wettstein, 1989). Як би там не було, судові переслідування або страх перед ними можуть значно впливати на рішення терапевтів.

Ще одна область, де перетинаються інтереси клініцистів і служителів закону, — це вибір присяжних. За минулі 15 років все більше юристів звертаються до клініцистів за порадою під час судових процесів (Gottschalk, 1981). З'явилися нові фахівці, відомі як «фахівці з присяжних». Вони радять адвокатам, які члени журі присяжних, швидше за все, стануть на їхній бік і яку стратегію потрібно проводити, щоб завоювати підтримку присяжних. Фахівці з присяжних роблять висновки на основі оглядів, інтерв'ю та аналізу даних про присяжні та в лабораторних умовах відтворюють майбутній процес. Проте не зрозуміло, що буде корисніше — поради психологів чи інстинкт адвоката.

За кілька років законодавча і юридична система також допомогла змінити межі, які відокремлюють різні професії. Так, психологи набули більшої компетентності і стерлися кордони, що колись відокремлювали психіатрію від психології (Cullen, 1993). 1991 року, зі схвалення Конгресу, міністерство оборони почало переглядати найміцніший кордон між психіатрами та психологами — право виписувати ліки та подальшу роль у лікуванні, яких раніше психологи були позбавлені. Міністерство оборони запустило до армії пробну навчальну програму для психологів, у ній вони під наглядом лікарів прописували ліки на вирішення психологічних проблем ( DeLeon, 1992). Враховуючи явний успіх цієї пробної програми, Американська психологічна асоціація рекомендувала у 1996 році, щоб усі психологи пройшли відповідну освітню програму та на її підставі отримали сертифікат, що дає їм право виписувати ліки. Такі рекомендації викликали жваві суперечки, причому серед психологів ( Deleon & Wiggins, 1996; Denelsky, 1996).

Як передбачає рекомендація Американської психологічної асоціації, законодавчі та юридичні системи не просто втручаються в галузь психології та психіатрії. Фактично, психологи, психіатри та працівники соціальної сфери у кожному штаті лобіюють закони та рішення, які можуть посилити авторитет та компетентність їхньої професії. У кожному разі психологи та психіатри прагнуть співпрацювати з іншими установами, знову демонструючи, що система психіатричних клінік та турботи про психічне здоров'я перетинається з іншими сферами інтересів нашого суспільства.

**Резюме**

Система права часто впливає та допомагає регулювати різні напрями діяльності клініцистів.

Примусове лікування громадян — приміщення громадян на примусове лікування часто вдаються до положень законодавства. Суспільство дозволяє відправляти на примусове лікування людей, яким, як вважається, потрібне лікування і вони становлять небезпеку для себе або для інших. Процедури відправки на примусове лікування у різних штатах варіюються, проте Верховним судом визначено стандарт мінімального доказу — чіткий та переконливий доказ необхідності лікування.

Захищаючи права пацієнтів, суди та законодавчі органи також впливають на професіоналів у галузі психічного здоров'я, вони визначають та забезпечують легальні права, які мають пацієнти. Найбільшу увагу суспільства привернули право на лікування та право на відмову від лікування.

Інші взаємодії клініцистів та юристів охоплюють три області. По-перше, останніми роками збільшилася кількість судових переслідувань терапевтів. По-друге, адвокати можуть вдатися до порад професійних психологів, коли обирають присяжних та стратегію своєї поведінки на суді. По-третє, судова та правова системи допомагають встановлювати межі професійної клінічної практики.

***Етичний кодекс*** *— низка принципів та правил етичної поведінки, які мають визначати дії та рішення професіоналів.*

|  |
| --- |
| **Питання для роздумів.** Більшість психіатрів не бажають, щоб психологи отримали право виписувати психотропні препарати. Дивно, але багато психологів також опираються цій ідеї. Чому вони можуть посідати цю позицію? |

**Саморегуляція: етика та система охорони психічного здоров'я.**

Дискусії про законодавчу систему та систему психології та психіатрії можуть іноді створити враження, що клініцисти — це безтурботні професіонали, які зважають на права і потреби пацієнтів, тільки коли їх змушують. Справа, звісно, не лише в цьому. Більшість клініцистів піклуються про клієнтів і намагаються допомогти їм і водночас поважають їхні права та гідність.

Насправді клініцисти, намагаючись забезпечити належну та ефективну клінічну практику, не спираються виключно на судову та законодавчу систему. Вони регулюють себе і самі, оскільки постійно розвивають та переглядають етичні принципи фахівців у цій галузі (Bersoff, 1995). Багато законодавчих рішень просто юридично підкріплюють вже існуючі професійні принципи.

|  |
| --- |
| ***Етичні норми порад професіоналів.*** Подібно до Джона Грея, автора бестселера «Чоловіки з Марса, жінки з Венери», багато сучасних клініцисти пропонують поради мільйонам людей у книгах, на заняттях груповою психотерапією, у теле- та радіопрограмах та на аудіокасетах. Їх думки часто сильно впливають на людей і тому вони теж повинні слідувати етичним принципам, діяти відповідально і професійно, ґрунтуючись на відповідній психологічній літературі. |

У кожній професії у сфері психічного здоров'я є свій кодекс етики. У цьому вся сенсі кодекс Американської психологічної асоціації типовий (АРА, 1992). Професіонали в галузі психічного здоров'я та працівники суспільної сфери з глибокою повагою ставляться до цього кодексу, він включає низку конкретних принципів, як, наприклад:

1. Психологи можуть пропонувати поради у книгах серії «Допоможи собі сам», у телевізійних та радіопрограмах, у статтях у газетах та журналах, поштою та в інших місцях, за умови, що вони діють відповідально та професійно та їх поради ґрунтуються на відповідній літературі та практиці.

2. Психологи не повинні фальсифікувати дослідження, займатися плагіатом чи публікувати хибні дані. За два десятиліття випадки наукових підробок і неякісного проведення досліджень виявилися у всіх науках, зокрема й у психології. Ці вчинки призвели до неправильного розуміння найважливіших питань, при цьому наукові дослідження проводились у хибному напрямку та підірвали довіру публіки. На жаль, фальсифіковані дані можуть протягом багатьох років впливати на уявлення як простої публіки, так і вчених (Pfeifer & Snodgrass, 1990).

3. Психологи, які роблять оцінки та дають свідчення на суді, повинні підтверджувати свою думку достатньою інформацією та обґрунтовувати дані. Якщо не можна провести адекватне дослідження людини, нормальність якої слід визначити, психологи мають розуміти обмежений характер своїх свідчень.

4. Психологи не повинні використовувати своїх клієнтів чи студентів сексуально чи якимось іншим чином. Цей принцип пов'язані з великою соціальної проблемою сексуального домагання, як і і проблемою терапевтів, котрі займаються сексом зі своїми клієнтами. Кодекс, зокрема, забороняє заводити сексуальні стосунки з нинішнім чи колишнім клієнтом, це обмеження сягає майже двох років після закінчення терапії; і навіть тоді такі відносини дозволяються лише в «найзвичайніших обставинах». Більше того, психологи не повинні сприймати як клієнтів тих людей, з якими вони мали сексуальні стосунки.

Сексуальні взаємини з терапевтом можуть принести велику емоційну шкоду клієнту (Lazarus, 1995; Sherman, 1993). Дедалі більше терапевтів тепер лікують клієнтів, чия головна проблема у тому, що колись раніше вони виявилися жертвами сексуальних домагань інших лікарів (Wincze et al., 1996; Pope & Vetter, 1991) . Багато таких клієнтів виявляють самі симптоми, як і з посттравматичним стресом (Hankins et al., 1994).

Скільки терапевтів насправді встановлюють сексуальні стосунки із клієнтом? Дослідження 1977 виявило, що 12,1% чоловіків і 2,6% жінок-психологів зізналися, що вступали в сексуальний контакт з пацієнтами (Holroyd & Brodsky, 1977). Опитування 1989 показало, що серед психотерапевтів 0,9% чоловіків і 0,2% жінок вступали в сексуальний контакт з пацієнтами (Borys & Pope, 1989). Зниження відсотка, продемонстроване у цих дослідженнях, свідчить, що дедалі менше терапевтів вступають у сексуальні стосунки з пацієнтами (Pope & Bouhoutsos, 1986; Walker & Young, 1986). Але може, справа просто в тому, що сучасні терапевти рідше зізнаються, навіть анонімно, у своїй провині, яка все більшою кількістю штатів вважається кримінальним злочином? Так, за даними деяких опитувань, дослідники роблять висновок, що точнішою буде наступна оцінка випадків сексу з пацієнтами — 10% для чоловіків-терапевтів та 3% для жінок-терапевтів (Hankins et al., 1994).

Незважаючи на те, що переважна більшість терапевтів у поведінці не виявляють сексуальності, що перевищує професійні норми, проблема полягає в їхньому вмінні контролювати свої особисті почуття. За даними одного з опитувань, 72% терапевтів вдавалися до сексуальних фантазій про своїх клієнтів, хоча більшість стверджували, що це з ними траплялося вкрай рідко (Pope & Brown, 1996; Pope et al., 1987). За даними інших опитувань, близько 90% стверджували, що відчували сексуальний потяг до клієнта принаймні один раз (Pope & Brown, 1996; Pope & Tabachnick, 1993; Pope et al., 1986).

5. Психологи повинні дотримуватися принципу конфіденційності. Для того, щоб терапія була ефективною, а також для власного спокою клієнти повинні бути впевнені, що їх особисті розмови з терапевтом не будуть розголошені (Smith-Bell & Winslade, 1994). Проте бувають такі ситуації, коли принципу повної конфіденційності потрібно порушити. Терапевт, скажімо, під час тренінгу повинен регулярно обговорювати свої випадки з методистом. Клієнти, у свою чергу, мають бути проінформовані про такі бесіди.

Другий виняток із принципу конфіденційності виникає для амбулаторних пацієнтів, які становлять соціальну небезпеку або здатні на вбивство. Справа 1976 року Тарасофф проти адміністрації Каліфорнійського університету — один із найважливіших прецедентів, які вплинули на взаємини клієнта та терапевта. Ця справа стосувалася амбулаторного пацієнта університетської лікарні, який зізнався терапевту, що хоче заподіяти біль своїй колишній подрузі Тані Тарасофф. Через кілька днів після закінчення терапії колишній пацієнт дотримався своєї обіцянки. Він забив Таню Тарасофф до смерті.

Чи слід у цьому випадку порушити конфіденційність? Терапевту справді здавалося, що він мав це зробити. Він повідомив поліцію кампуса, проте пацієнта відпустили після допиту. У своєму позові батьки жертви заявили, що терапевт повинен був попередити їх та їхню доньку, що пацієнт мав намір заподіяти біль міс Тарасофф. Верховний суд Каліфорнії погодився: "Привілей захисту припиняється там, де починається небезпека для суспільства".

Сучасний кодекс етики для психологів таким чином проголошує, що терапевти зобов'язані захищати людей, тобто вони повинні оприлюднити конфіденційну інформацію навіть без згоди клієнтів, коли необхідно «захищати клієнтів чи інших від можливої небезпеки». Після рішення у справі Тарасофф суди Каліфорнії ухвалили, що терапевти повинні також захищати людей, які перебувають у близьких відносинах із передбачуваною жертвою клієнта і перебувають у небезпеці. Дитина, наприклад, опиняється в небезпеці, якщо клієнт планує напасти на її матір. Судові рішення також кажуть, що обов'язок захищати можна лише тоді, коли передбачуваний об'єкт насильства — людина, а не власність. Багато, але не всі штати погодилися з ухвалою каліфорнійського суду або аналогічними ухвалами (Bloom, 1990; Pietrofesa et al., 1990), а в ряді штатів видані спеціальні документи про обов'язок захищати, в яких прояснюються правила конфіденційності для терапевтів і які захищають їх. деяких видів цивільних позовів (Monahan, 1993).

|  |
| --- |
| ***Судові експерти.*** Кожен сегмент сфери психіатрії має своїх «судових» фахівців, які представляють їх у судах та законодавчих органах. Судові психологи, психіатри та працівники соціальної сфери, як правило, проходять спеціальний тренінг та вчаться оцінювати нормальність підсудних, давати рекомендації з прав пацієнтів та оцінювати психологічну травму, що переживається жертвою злочинів (Ladds, 1977). |

***Конфіденційність*** *є принципом, що професіонали не повинні розголошувати інформацію, яку вони отримують від клієнта.*

***Обов'язок захищати*** *- принцип, який полягає в тому, що терапевти повинні порушити конфіденційність, щоб захистити людину, яка може стати передбачуваною жертвою клієнта.*

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** За даними Бюро судової статистики, 6% всіх згвалтувань, 8% пограбувань та 16% нападів відбуваються на роботі (Bureau of Justice Statistics, 1994). |

**Психічне здоров'я, бізнес та економіка.**

Законодавча та судові системи — не єдині соціальні інститути, з якими взаємодіють фахівці у галузі психічного здоров'я. Бізнес та економіка впливають на клінічну практику і самі перебувають під її впливом.

**Бізнес і психічне здоров'я .**

Психологічні розлади включені до десяти основних типів розладів та видів збитків у США (Millar, 1984). Фактично, майже 12% усіх службовців мають досить серйозні проблеми, які можуть вплинути на їхню роботу. Психологічні проблеми спричиняють 60% усіх неявок на роботу, майже 90% усіх нещасних випадків і 65% всіх звільнень або відходів з роботи (Кетр, 1994). Зловживання алкоголем та інші розлади, пов'язані з різними речовинами, особливо згубні для людини, вони збільшують неявку на роботу майже в 6 разів, нещасні випадки збільшуються вчетверо, а плинність кадрів через такі зловживання зростає в 5 разів (Martin, Kraft & Roman, 1994; Wright, 1984). Світ бізнесу часто звертається до клініцистів, щоб допомогти запобігти та виправити такі проблеми (Hantula & Reilly, 1996; Millar, 1990, 1984). Дві найефективніші програми — це програма допомоги службовцям та семінари зі зниження стресу та вирішення проблем.

Програми допомоги службовцям здійснюють або професійні психологи, які безпосередньо працюють у фірмі, або запрошені агенції, які займаються психічним здоров'ям (Canty, 1996). У фірмах рекламуються такі програми, працівникам розповідають про психологічні дисфункції та навчають методистів, як визначити службовців із психологічними проблемами. Бізнесмени вірять, що програми допомоги службовцям допоможуть їм зберегти гроші, оскільки запобігають ситуації, коли психологічні проблеми можуть перешкодити виконанню роботи (Sham, 1994), незважаючи на те, що це твердження ще вимагає перевірки під час досліджень (Kemp, 1994).

Семінари зі зниження стресу та вирішення проблем - це семінари або групові сесії, в яких професійні психологи вчать службовців, як справлятися з проблемами, вирішувати їх і знімати стрес (Kagan et al., 1995). Програми такого роду проводяться як керівників високого рівня, так робочих на конвеєрі. Найчастіше від службовців вимагають відвідин семінарів, які можуть тривати кілька днів і забирають у них робочий час. Знову-таки бізнесмени припускають, що такі програми економлять гроші та допомагають робітникам прийти у здоровіший стан свідомості, знизити дисфункції при виконанні роботи та краще виконувати свої обов'язки.

***Програма допомоги службовцям*** - *програми психічного здоров'я, які деякі фірми пропонують своїм працівникам.*

***Семінари зі зняття стресу*** *— семінари чи групові збори, запропоновані деяких фірмах, коли професійні психологи вчать службовців, як справлятися з проблемами, вирішувати їх і знімати стрес. Також відомі як семінари з вирішення проблем.*

***Програма організації лікування*** - *страхова програма, в якій страхова компанія визначає витрати, фахівців та тривалість лікування.*

***Система точної перевірки*** — *система, за якої клініцисти, яким платить страхова компанія, можуть періодично перевірятися. Страхова компанія перевіряє стан пацієнта та дає рекомендації щодо пролонгування або припинення страхових платежів.*

|  |
| --- |
| **Психологічні нотатки.** Понад три чверті службовців США включено до плану програми з менеджменту лікування з своїх потреб поправити психічне здоров'я ( Open Minds, 1997, 1996). |

**Економіка та психічне здоров'я.**

Ми вже бачили, як економічні рішення уряду можуть вплинути на галузь психіатрії та психології, зокрема, на методи лікування людей із гострими психічними розладами. Наприклад, бажання штатів та федерального уряду знизити витрати відіграло важливу роль у русі скорочення лікувальних закладів та збільшення амбулаторних хворих, що призвело до того, що багато пацієнтів були передчасно випущені з лікарень. Економічні рішення уряду можуть вплинути на методи лікування інших типів пацієнтів та програми лікування.

З одного боку, за останні три десятиліття уряд збільшив кошти на лікування людей із психологічними розладами з 3 мільярдів доларів у 1969 році до 61 мільярда сьогодні (Torrey, 1997; Redick et al., 1992). З іншого боку, здебільшого ці гроші витрачаються на підтримку мінімального доходу, субсидування житла тощо, а не безпосередньо на службу психічного здоров'я. Уряд зменшує асигнування на медичні служби з психічного здоров'я, урядові кошти покривають менше половини всіх витрат і здебільшого витрати лягають на плечі окремих пацієнтів та їх страхові компанії (Taube, 1990).

Зростаюча економічна роль приватних страхових компаній значно впливає на способи роботи клініцистів. Щоб знизити витрати та простежити за платежами, які вони роблять, багато компаній розробляють програми з організації лікування, в якій страхова компанія визначає, яких терапевтів можуть вибрати клієнти, вартість відвідувань, кількість відвідувань, за які клієнт може отримати відшкодування.

Багато страхових компаній, зокрема ті, що розробляють програми з менеджменту лікування, тепер використовують системи ретельної перевірки, в яких клініцисти, які працюють для страхової компанії, періодично переглядають програму лікування клієнтів та рекомендують, щоб страхові виплати були пролонговані або припинені. Як правило, страховики вимагають від терапевтів детальних звітів або нотаток про сесії, а найчастіше і особисту інформацію про пацієнта (Stoline & Sharfstein, 1996; Appelbaum, 1993).

Багато терапевтів та клієнтів негативно ставляться до таких програм з менеджменту лікування та перевірок. Вони вважають, що ці звіти порушують конфіденційність, навіть коли намагаються захистити анонімність, і що цінність терапії в даному випадку часом важко описати в короткому звіті. Вони також вважають, що пріоритети програм з менеджменту лікування неминуче призводять до скорочення терапії, навіть якщо в окремих випадках корисніше було б довгострокове лікування. Такі пріоритети можуть також заохочувати методи лікування, розраховані на швидкі результати (наприклад, медикаментозну терапію), а не більш перспективну довгострокову терапію. Стали відомі деякі справді жахливі історії про пацієнтів, які передчасно припинили лікування в психіатричних клініках та установах, дотримуючись таких програм з менеджменту лікування. Інших клініцистів непокоїть, що систему терапії починають регулювати страхові компанії, а не лікарі.

**Людина та професія.**

Робота клініцистів, як дослідників, і практиків, як впливає діяльність інших установ і зумовлена цими установами, а й тісно пов'язані з особистими потребами і цілями цих специалистов. Ми бачили, що людські гідності, недосконалості, мудрість чи нетактовність професіоналів-клініцистів може впливати на їхню реакцію на скарги клієнтів, їхню теоретичну орієнтацію та вибір клієнтів, з якими вони вважають за краще працювати. Ми також бачили, як особисті характеристики іноді можуть викликати порушення професійних норм, і в крайніх випадках вчені клініцисти підробляють результати досліджень, а практики вступають у сексуальний зв'язок з клієнтами.

Національне дослідження психічного здоров'я терапевтів показало, що 84% терапевтів самі принаймні одного разу проходили терапію (Pope & Brown, 1996; Pope & Tabachnick, 1994). Причини проходження терапії були самі, як і в інших клієнтів: емоційні проблеми, депресія, тривога. Як показує статистика, 61% психотерапевтів переживають депресію, 29% відчували суїцидні бажання і 4% визнавали, що намагалися накласти на себе руки (Pope & Tabachnick, 1994). Не зрозуміло, чому така кількість терапевтів має психологічні проблеми. Їх труднощі може бути результатом роботи, що з стресом; можливо також, що терапевти просто краще усвідомлюють власні негативні почуття або частіше прагнуть пройти лікування; Існує ймовірність, що люди з особистісними складнощами більше схильні обирати роботу клініциста. Незалежно від причини, клініцисти привносять у роботу власні психологічні проблеми та емоції, які впливають на те, як вони слухають та реагують на клієнтів.

Наука про психопатологію та професія психіатра припускають прагнення зрозуміти, передбачити та змінити патологічне функціонування. Однак ми не повинні втрачати з уваги навколишнє середовище, в якому проводяться дослідження та лікування. Психіатри та психотерапевти – люди, і вони працюють заради інших людей. Як ми бачимо з нашої книги, ми неминуче виявляємо у них поєднання відкриттів, неправильно вибраних напрямів, обіцянок та фрустрації. Але якщо вдуматися, чи може вивчення людської поведінки та терапія проходити якось інакше?

**Резюме**

Саморегуляція: у кожному напрямі психотерапії існує певний кодекс етики. Кодекс етики забороняє психологам займатися шахрайськими дослідженнями та використовувати клієнтів чи студентів у сексуальному плані чи якось інакше. Кодекс етики також встановлює принципи поваги до конфіденційності пацієнтів. У справі Тарасофф проти адміністрації Каліфорнійського університету було визначено деякі ситуації, за яких терапевт має порушити конфіденційність, щоб захистити суспільство.

Області психології та психіатрії, бізнесу та економіки: клініцисти у своїй роботі взаємодіють з економічними та діловими установами. Наприклад, клініцистів часто запрошують, щоб запобігти чи вирішити психологічні проблеми, що виникають на робочому місці. Крім того, приватні страхові компанії складають програми з менеджменту лікування, ці програми впливають на характер та тривалість терапії.

Людина та її професія: особисті потреби та цілі людей, які проводять дослідження чи лікують інших, впливають на їхню діяльність. Особистісні фактори неминуче зумовлюють вибір і навіть якість їхньої роботи.

|  |
| --- |
| «Я провів... дві години, говорячи з Ейнштейном... Він веселий, впевнений у собі і приємний і розуміє в психології стільки ж, скільки я у фізиці, тому ми дуже добре з ним порозумілися». - Зигмунд Фрейд, 1927 |

**Підбиваючи підсумки.**

Колись клініцисти та психотерапевти працювали в ізоляції. Сьогодні їхня діяльність тісно взаємопов'язана з іншими установами, судовими, законодавчими та економічними сферами. Одна з причин цієї зростаючої взаємозалежності полягає в тому, що психіатрія у суспільстві отримала велике визнання. Клініцисти допомагають мільйонам людей; вони роблять свій внесок у різних галузях — від освіти до екології, і до них звертаються за експертизою. Коли та чи інша область отримує таке визнання, вона неминуче впливає і інші громадські інститути. Ця сфера починає привертати увагу інших інститутів, що придивляються до діяльності її фахівців.

Коли сьогодні люди, які страждають від психологічних проблем, прагнуть отримати допомогу терапевта, вони потрапляють у систему із взаємозалежними частинами. Так само як їх проблеми пов'язані із соціальною структурою, так і на лікування вплинуть усі частини великої системи — цінності та потреби терапевта, закон та економіка, громадські установки та інші сили. Ці сили впливають і клінічні дослідження.

Така система може позитивно і негативно впливати на індивідуальні психологічні потреби, схожі на ті впливи, які надає на людину сім'я. Коли система захищає права клієнтів, наприклад, забезпечує конфіденційність, вона допомагає клієнту. Однак у тому випадку, коли економічні, судові чи інші громадські сили обмежують вибір терапії, передчасно переривають лікування чи навішують на людину ярлик, така система лише посилює проблеми пацієнта.

Стрімкий розвиток впливу професії психіатра та психотерапевта призвело до того, що стає дуже важливо точно розуміти сили та слабкості професії. Як ми вже бачили, у цій галузі накопичено багато знань, особливо за кілька десятиліть. Все ж таки те, що професійні психіатри не знають і не можуть, переважує те, що вони знають і можуть робити. Кожен, хто звернеться до клінічної області — прямо чи опосередковано, повинен зрозуміти, що ця область ще молода і недосконала. Суспільство не можна звинувачувати за цікавість до поведінки людини та пошуку інформації про психіатричну допомогу, оскільки всі в суспільстві чудово розуміють, що ця область перебуває на роздоріжжі.

|  |
| --- |
| ***Суд* *громадської думки.*** Інші громадські сили, що впливають на психіатрію та психологію, — мас-медіа та мистецтво. Роман Кена Кізі 1950 року (а пізніше п'єса і фільм) «Пролітаючи над гніздом зозулі» відкрив найважливіші проблеми в процедурах примусового лікування та як медичне обслуговування в багатьох психіатричних лікарнях. Цей роман та інші твори пробудили тривогу у публіки та сприяли змінам у 1960-х та 1970-х роках. |

**Ключові терміни**

Примусове лікування злочинців

Визнання невинності на підставі неосудності

Тест М'Негтена

Тест на непереборний імпульс

Тест Дерема

Тест американського інституту права

Винен, але психічно хворий

Винен з обмеженою компетентністю

Насильники (сексуальні), які страждають на психічні розлади

Примусове лікування законослухняних громадян

Батько батьківщини

Влада поліції

Мінімальні норми для доказів

Висновок двох лікарів

Право на лікування

Система захисту

Право на відмову від лікування

Психохірургія

Електрошокова терапія

Переслідування за злочинну недбалість

Вибір присяжних - jury selection

Професійні обмеження

Етичний кодекс

Конфіденційність

Обов'язок захищати

Програми допомоги службовцям

Семінари зі зняття стресу

Програма з організації лікування

Система детальної перевірки

**Контрольні питання**

1. Коротко поясніть, що таке тести М'Негтена, тест на непереборний імпульс, тест Дерема та тест Американського інституту права на психічну неосудність.

2. Які тести використовують у наш час визначення того, що підозрювані не винні виходячи з психічної ненормальності?

3. Поясніть, що таке вердикти: «винний, але психічно хворий», «винний, але з обмеженою компетентністю», «ґвалтівник з психічним розладом».

4. Які підстави та процес визначення того, що підозрюваний є психічно некомпетентним і не може постати перед судом?

5. Які підстави для примусового лікування громадян, які не є злочинцями? Яка критика лунала на адресу примусового лікування законослухняних громадян?

6. Які права гарантують судові та законодавчі постанови для пацієнтів із психічними розладами?

7. Як системи суду та законодавства обумовлюють обмеження практики клініцистів?

8. Які ключові теми стосується кодексу етики психологів? За яких умов терапевт має порушити принцип конфіденційності?

9. Які програми для запобігання та лікування психологічних проблем були створені у сфері бізнесу?

10. Які тенденції виявляються останнім часом в асигнуванні коштів та страхуванні служб психіатрії?

**Додаток. Діагностична таблиця DSM-IV.**

***Критерії, необхідні для встановлення діагнозу***

[ *Для більшості захворювань при постановці діагнозу слід бути впевненим, що симптоми, що спостерігаються, не є наслідком лікування (інших захворювань) або симптомами іншого психічного розладу.* Діти *критерії діагностики можуть відрізнятися.* ]

**Генералізований тривожний розлад**

1. Надмірне або постійне почуття тривоги та хвилювання з приводу безлічі найрізноманітніших життєвих ситуацій, що відчувається протягом 6 місяців (і більше).

2. Складності подолання з хвилюванням.

3. Наявність принаймні трьох з наступних симптомів: занепокоєння, швидка стомлюваність, дратівливість, м'язова напруга, порушення сну.

4. Виражений дистрес чи погіршення.

**Специфічна (ізольована) фобія**

1. Виражене і постійне, надмірне чи необґрунтоване почуття страху перед будь-яким певним об'єктом або певною ситуацією, що спостерігається протягом 6 місяців і більше.

2. Занепокоєння, що негайно виникає під час зустрічі з цим об'єктом.

3. Визнання факту неадекватності чи необґрунтованості побоювань.

4. Уникнення лякаючої ситуації.

5. Виражений дистрес чи погіршення.

**Соціальна фобія**

1. Виражене та постійне надмірне чи необґрунтоване почуття страху перед певною ситуацією, яка може виникнути на роботі чи в соціальному оточенні, включаючи зустріч із незнайомими людьми та можливість критики з боку інших. Занепокоєння власним самоприниженням чи збентеженням.

2. Занепокоєння, яке викликається виникненням подібних ситуацій.

3. Визнання факту неадекватності чи необґрунтованості побоювань.

4. Уникнення лякаючої ситуації.

5. Виражений дистрес чи погіршення.

**Агорафобія**

1. Тривога або страх опинитися в ситуації, відхід з якої буде пов'язаний із зовнішніми труднощами чи внутрішнім занепокоєнням або в якій не буде допомоги, коли настане паніка.

2. Ситуації уникаються, важко переносяться чи можуть переноситися нормально лише у присутності компаньйона (іншу людину).

**Панічна атака**

1. Дискретний період сильного страху, при якому раптово розвиваються і протягом 10 хвилин досягають піку як мінімум чотири з наступних симптомів:

- Посилення або почастішання серцебиття;

- Активне потовиділення;

- дрібне або велике тремтіння;

- Відчуття нестачі повітря або задуха;

- Відчуття шокованості;

- Дискомфорт або біль у грудях;

- Нудота або неприємні відчуття в животі;

- запаморочення, відчуття ненормальної легкості чи тяжкості;

- Дереалізація або деперсоналізація;

- страх втратити контроль або збожеволіти;

- страх смерті;

- Почуття заціпеніння або поколювання;

- Припливи спека або холоду.

**Панічний розлад**

1. Несподівані панічні атаки, що періодично повторюються.

2. Протягом мінімум місяця після однієї з атак відзначається хоча б один з нижченаведених симптомів:

- Заклопотаність можливістю нових атак;

- Занепокоєння з приводу атак або їх наслідків;

- Значні зміни в поведінці, зумовлені атаками.

**Обсесивно-компульсивний розлад**

1. Нав'язливі думки (обсесії), що повторюються, або нав'язливі дії (компульсії).

2. Розуміння у минулому чи теперішньому, що обсесії і компульсії неадекватні чи безглузді.

3. Симптоми спостерігаються по годині на день або більше або мають місце виражений дистрес або значне погіршення.

**Посттравматичний стресовий розлад**

1. В анамнезі — переживання чи зустріч із подіями, які спричинили чиюсь смерть, тяжку травму чи значну загрозу життю та здоров'ю хворого чи його близьких. У відповідь на ці події переживання сильного страху, жаху, почуття безпорадності.

2. Подія знову і знову переживається хворим (можливі такі варіанти):

— болючі спогади, що періодично повторюються;

— болючі сни, ілюзії, «кадри з минулого», що періодично повторюються, або відчуття повторного переживання цих подій;

- дистрес, викликаний цими спогадами;

- Соматичні розлади, викликані спогадами.

3. Постійне уникнення чогось, що могло б нагадувати про ті події, суб'єктивне почуття «оніміння», відчуженості чи відсутності емоційної реакції.

4. Принаймні два з нижченаведених симптомів збудження:

- проблеми зі сном;

- Дратівливість;

- погана концентрація;

- Підвищена полохливість.

5. Значний дистрес або погіршення із симптомами, що тривають щонайменше один місяць.

**Депресивний епізод**

1. Протягом двотижневого періоду наявність принаймні п'яти з наступних симптомів, що відзначаються практично щодня:

- знижений протягом більшої частини дня настрій;

- явне зниження інтересу до джерел задоволення протягом більшої частини дня;

- Виражена втрата ваги або збільшення у вазі, зниження або підвищення апетиту;

- Безсоння або підвищена сонливість;

- психомоторне збудження або загальмованість;

- Почуття втоми;

- Відчуття марності або підвищене почуття провини;

- Зниження уваги, розумових здібностей, нерішучість;

— думки, що періодично повторюються, про смерть або про суїцид, спроба або планування самогубства.

2. Виражений дистрес чи погіршення.

**Депресивний розлад**

1. Наявність депресивного епізоду.

2. Відсутність в анамнезі маніакальних чи гіпоманіакальних епізодів.

**Дистимічний розлад (дистимія)**

1. Зниження настрою протягом більшої частини дня (з переважанням таких днів) протягом двох років і більше.

2. Під час зниженого настрою присутні принаймні дві з нижченаведених ознак:

- Зниження апетиту або переїдання;

- Безсоння або підвищена сонливість;

- Почуття втоми;

- низька самооцінка;

- Зниження концентрації, труднощі з прийняттям рішення;

- Почуття безпорадності.

3. Протягом двох років симптоми не зникають на термін більший ніж два місяці.

4. Відсутність в анамнезі маніакальних чи гіпоманіакальних епізодів.

5. Виражений дистрес чи погіршення.

**Маніакальний епізод**

1. Період ненормально та постійно підвищеного, експансивного чи дратівливого настрою, що триває не менше тижня.

2. Постійна присутність як мінімум трьох симптомів з наступних:

- Завищена самооцінка або почуття грандіозності;

- Зниження потреби у сні;

- Підвищена балакучість, нав'язливість у розмові;

- стрибки думок, відчуття польоту думки.

3. Виражений дистрес чи погіршення.

**Біполярний розлад І типу**

1. Наявність маніакального, гіпоманіакального епізоду чи депресивного епізоду.

2. Якщо зараз має місце гіпоманіакальний або депресивний епізод, в анамнезі був присутній маніакальний епізод.

3. Виражений дистрес чи погіршення.

**Біполярний розлад ІІ типу**

1. Наявність гіпоманіакального чи депресивного епізоду.

2. Якщо зараз спостерігається гіпоманіакальний епізод — наявність в анамнезі депресивного епізоду; якщо має місце депресивний епізод – наявність в анамнезі гіпоманіакального епізоду. Маніакальних епізодів у минулому не наголошувалося.

3. Виражений дистрес чи погіршення.

**Симулятивний розлад**

1. Навмисне викликання чи імітація фізичних симптомів.

2. Ці дії викликані бажанням виконувати роль хворого/хворий.

3. Відсутність економічних чи інших причин для такої поведінки.

**Конверсійний розлад**

1. Наявність одного або більше симптомів ураження органів чуття або довільної моторики, обумовлених неврологічними або загальносоматичними причинами.

2. Вважається, що психологічні чинники пов'язані з цими симптомами чи розладами.

3. Немає навмисного викликання чи імітації цих симптомів чи розладів.

4. Симптом або розлад не можуть бути повністю пояснені загальносоматичним станом.

5. Виражений дистрес чи погіршення.

**Соматизований розлад**

1. В анамнезі - велика кількість соматичних скарг, що виникли до 30-річного віку. Ці скарги зазначаються протягом кількох років; лікування, що проводилося, не купіювало їх або призвело до погіршення.

2. Скарги, що відзначаються протягом цього періоду, включають всі наступні:

- чотири різновиди больових симптомів;

- два симптоми ураження шлунково-кишкового тракту;

- Один симптом порушень у сексуальній сфері;

- Один симптом на кшталт неврологічного розладу.

3. Дані скарги не можуть бути повністю пояснені загальносоматичним станом або прийомом ліків або тривалість скарг значно вища за звичайні терміни при подібних же станах.

4. Немає навмисного викликання чи імітації симптомів.

**Больовий розлад, пов'язаний із психологічними факторами**

1. Первинною проблемою є біль.

2. У виникненні, інтенсивності, загостренні чи тривалості больового синдрому провідна роль відводиться психологічним чинникам.

3. Немає навмисного викликання чи імітації симптому.

4. Виражений дистрес чи погіршення.

**Іпохондрія**

1. Протягом 6 місяців і більше – надзаклопотаність побоюваннями чи переконаністю у серйозному захворюванні, що ґрунтуються на неправильній інтерпретації симптомів.

2. Збереження цієї стурбованості незважаючи на адекватне медичне обстеження та зневіру.

3. Відсутність галюцинацій.

4. Виражений дистрес чи погіршення.

**Дизморфофобія**

1. Переконаність у явному чи перебільшеному недоліку власної зовнішності.

2. Виражений дистрес чи погіршення.

**Психологічні фактори, що впливають на соматичне захворювання**

1. Присутність загальносоматичного захворювання.

2. Психологічні чинники несприятливо впливають цього захворювання по одному з нижченаведених механізмів:

- Прямий вплив на перебіг захворювання;

- Взаємодія з процесом лікування соматичного захворювання;

- Поява додаткової небезпеки для здоров'я;

- Фізіологічна реакція на стрес прискорює розвиток захворювання або ускладнює його перебіг.

**Нервова анорексія**

1. Відмова від підтримки ваги тіла на рівні вище мінімального для даного зростання та віку.

2. Сильний страх збільшення у вазі, навіть при недостатній вазі.

3. Порушене сприйняття тіла, неадекватний вплив ваги та фігури на психіку чи заперечення серйозності проблеми малої ваги.

4. Аменорея у статевозрілих жінок.

**Нервова булімія**

1. Епізоди обжерливості, що періодично повторюються.

2. Неадекватна компенсаторна поведінка, що періодично повторюється, спрямована на запобігання надбавці ваги.

3. Симптоми продовжуються в середньому не менше двох разів на тиждень протягом трьох місяців.

4. Неадекватний вплив ваги та фігури на психіку.

**Зловживання психоактивними речовинами**

1. Дезадаптивний патерн вживання психоактивних речовин, що призводить до вираженого дистресу чи погіршення.

2. Протягом року справедливо хоча б одне з таких положень:

— прийом психоактивних речовин, що періодично повторюється, що призводить до невиконання основних обов'язків на роботі, в школі або вдома;

— прийом цих речовин, що періодично повторюється, у ситуаціях, небезпечних для здоров'я;

— неодноразові проблеми із законом на ґрунті зловживання психоактивними речовинами;

- Вживання психоактивних речовин, що триває незважаючи на проблеми, що виникають або зростають у зв'язку з цим в особистому і соціальному житті.

**Залежність від психоактивних речовин**

1. Дезадаптивний патерн вживання психоактивних речовин, що призводить до вираженого дистресу чи погіршення.

2. Три і більше з наступних симптомів:

- Толерантність;

- синдром відміни;

- психоактивні речовини використовуються частіше і у більших дозах, ніж хотілося б;

- Постійне бажання або безуспішні спроби контролювати вживання психоактивних речовин;

- значна частина часу витрачається на отримання, вживання психоактивних речовин та відновлення після їх прийому;

- Вживання психоактивних речовин за важливою справою;

- Вживання психоактивних речовин, що триває незважаючи на проблеми, що виникають або зростають у зв'язку з цим в особистому і соціальному житті.

**Гіпоактивний розлад статевого потягу**

1. Постійний чи періодично повторюваний знижений рівень сексуального бажання, зменшення сексуальних фантазій.

2. Виражений дистрес чи погіршення міжособистісних відносин.

**Аверсивний сексуальний розлад**

1. Постійні або періодично повторювані огиди та уникнення генітального контакту із сексуальним партнером.

2. Виражений дистрес чи погіршення міжособистісних відносин.

**Недостатність генітальної реакції у жінок**

1. Постійна або періодично повторювана неможливість досягти адекватного вироблення мастила або реакції потових залоз у відповідь на статеве збудження або неможливість підтримати роботу цих процесів до закінчення статевої активності.

2. Виражений дистрес чи погіршення міжособистісних відносин.

**Порушення ерекції у чоловіків**

1. Постійна або періодично повторювана неможливість досягти адекватної ерекції або зберегти її до закінчення сексуальних дій.

2. Виражений дистрес чи погіршення міжособистісних відносин.

**Оргазмічна дисфункція у жінок**

1. Постійна чи періодично повторювана затримка чи відсутність оргазму після нормальної завершальної фази коїтусу.

2. Виражений дистрес чи погіршення міжособистісних відносин.

**Оргазмічна дисфункція у чоловіків**

1. Постійна чи періодично повторювана затримка чи відсутність оргазму після нормальної завершальної фази коїтусу.

2. Виражений дистрес чи погіршення міжособистісних відносин

**Передчасна еякуляція**

1. Постійний або періодично повторюваний настання еякуляції після мінімальної еротичної стимуляції до проникнення в піхву, під час або невдовзі після проникнення і раніше бажаного терміну.

2. Виражений дистрес чи погіршення міжособистісних відносин.

**Вагінізм**

1. Постійний або періодично повторюваний мимовільний спазм м'язів, що оточують вхід у піхву, що перешкоджає статевому акту.

2. Виражений дистрес чи погіршення міжособистісних відносин.

**Диспареунія**

1. Постійний або періодично повторюваний біль у геніталіях, що виникає під час коїтусу у чоловіків чи жінок.

2. Виражений дистрес чи погіршення міжособистісних відносин.

**Парафілії**

1. Періодично повторювані, виражені сексуальні фантазії, сексуальні дії або сексуальна поведінка, що включають певні неадекватні стимули або ситуації (самовичення та/або самоприниження або аналогічні дії щодо партнера; потяг до дітей або інших невідповідних осіб; потяг до інших, ніж осіб, об'єктів) ).

2. Виражений дистрес чи погіршення.

**Порушення статевої ідентифікації**

1. Стійка транссексуальна ідентифікація (наприклад, стабільне бажання змінити стать; поведінка, властива іншій статі; бажання жити і бути прийнятою/прийнятою оточуючими як особа протилежної статі або переконаність у тому, що свої почуття та реакції типові для протилежної статі).

2. Постійний дискомфорт, пов'язаний зі своєю статтю, або почуття невідповідності гендерної ролі своєї статі (наприклад, надцінна ідея позбавитися первинних чи вторинних статевих ознак або переконаність у «помилковості» свого народження з цією статтю).

3. Виражений дистрес чи погіршення.

**Шизофренія**

1. Як мінімум, два симптоми з нижченаведених, кожен з яких присутня значну частину часу протягом місяця:

- Ілюзії;

- Галюцинації;

- Дезорганізація мови;

- Значна дезорганізація поведінки або кататонічні стани;

- Негативна симптоматика.

2. Рівень функціонування значно нижчий від розвитку захворювання.

3. Тривалі патологічні симптоми, що відзначаються протягом шести місяців і більше, причому як мінімум в один із них симптоматика повна та виражена (на противагу прихованій течії).

**Дисоціативна амнезія**

1. Один або більше епізодів неможливості згадати значну інформацію (зазвичай посттравматичної або стресової природи), надто виражені, щоб розцінювати їх як звичайну забудькуватість.

2. Виражений дистрес чи погіршення.

**Дисоціативна фуга**

1. Раптовий, несподіваний від'їзд з дому або з місця постійної роботи, що супроводжується неможливістю згадати своє минуле.

2. Сумніви у своїй особистості чи сприйняття себе як нової (іншої) особистості.

3. Виражений дистрес чи погіршення.

**Дисоціативний розлад особистості (розщеплення особистості)**

1. Самоідентифікація як дві та більше незалежні особистості.

2. Поведінка обумовлена як мінімум двома з цих «особистостей».

3. Неможливість згадати значну інформацію, надто виражена, щоб розцінювати її як звичайну забудькуватість.

**Амнезія як наслідок соматичного захворювання**

1. Розлад пам'яті.

2. Значна соціальна чи професійна дезадаптація, неможливість функціонувати колишньому рівні.

3. Порушення є прямим фізіологічним наслідком загального соматичного стану чи фізичної травми.

**Деменція на кшталт хвороби Альцгеймера**

1. Розвиток множинних когнітивних порушень, що виявляються як розладом пам'яті, так і принаймні одним із нижченаведених симптомів ураження когнітивної сфери:

- Афазія;

- Апраксія

- Складності зовнішнього контролю хворого.

2. Значна соціальна чи професійна дезадаптація.

3. Розпад особистості, що поступово виникає і розвивається.

**Розлад особистості**

1. Стійкий патерн внутрішніх відчуттів та поведінки, що значно відхиляються від очікуваних у середовищі, із залученням як мінімум двох сфер з нижчеперелічених:

- Свідомість;

- Ефективність;

- міжособистісні взаємодії;

- Контроль імпульсивності.

2. Паттерни ригідні та охоплюють широкий спектр ситуацій з особистого та соціального життя.

3. Паттерни стабільні та тривалі, вони можуть бути анамнестично відстежені до підліткового чи юнацького віку.

4. Виражений дистрес чи погіршення.

**Тривожний розлад, спричинений розлукою**

1. Виражені побоювання щодо можливості розлуки з будинком або близькими, що включають як мінімум три з нижченаведених симптомів:

- надмірний дистрес, що періодично спостерігається, що відзначається під час розлуки з будинком або значущими людьми;

— постійне та надмірне занепокоєння про можливу втрату значущих людей або про можливість нещасного випадку з ними;

— постійне і необгрунтоване занепокоєння у тому, що несподівана подія відбудеться відразу після розлуки з близьким;

— небажання йти до школи або кудись ще внаслідок страху втрати;

— постійний, необґрунтований страх чи небажання залишатися одному/одному чи значущих людей;

— небажання спати, якщо поряд немає значущої людини або небажання спати далеко від дому;

- повторювані нічні кошмари зі сценами розлуки;

- Соматичні скарги, що повторюються, що виникають при розлуці зі значними людьми.

2. Тривалість перебігу – 4 тижні і більше.

3. Початок захворювання – до 18 років.

4. Виражений дистрес чи погіршення.

**Девіантний розлад**

1. Паттерни негативізму, ворожої та зухвалої поведінки, що спостерігаються як мінімум 6 місяців, протягом яких часто відзначаються не менше чотирьох з нижченаведених явищ:

- Зниження настрою;

- Схильність до суперечок з дорослими;

— активний протест чи відмова дотримуватися запитів та правил дорослих;

- навмисне роздратування людей;

— звинувачення інших у своїх помилках та неправильній поведінці;

- Уразливість або тенденція до високої дратівливості оточуючими людьми;

- Гнівливість та обурення;

- Злість чи мстивість.

2. Виражене погіршення.

**Розлади поведінки**

1. Повторювані, стійкі патерни поведінки, у яких порушуються відповідні віку правничий та норми, з наявністю трьох і більше із нижченаведених протягом останніх 12 місяців (і ще одного — протягом останніх 6 місяців);

— часто — грубість та погрози на адресу інших;

- Часто - провокація до бійок;

- Використання небезпечної зброї;

- фізична жорстокість до людей;

- фізична жорстокість до тварин;

- Відкрите злодійство;

- Примушення до сексуальних дій;

- Паління;

- навмисне псування чужого майна;

- злом квартир, машин та громадських будівель;

- Часто - "командування" іншими;

- Таємне викрадення цінних предметів;

- Часті пізні прогулянки, що почалися до 13 років;

- пагони з дому на ніч, принаймні двічі;

- часті прогули школи, що розпочалися до 13 років.

2. Виражене погіршення.

**Синдром дефіциту уваги з гіпердинамічний синдром**

1. Присутність двох груп симптомів:

(а) Щонайменше шість симптомів неуважності, що відзначаються протягом шести місяців і більше, на дезадаптивному рівні, що не погоджується з розвитком:

- Часто - неможливість загострити увагу на деталях або помилки по неуважності;

- Часто - проблеми утримувати увагу;

- Часто - невміння слухати безпосередньо адресовану мову;

— нерідко — невдачі у спробах дотримуватись інструкцій, неможливість завершити справу;

- Неорганізованість;

- уникнення, недолюблювання та небажання виконувати завдання, що вимагають тривалої розумової напруги;

- Часті випадки втрати потрібних речей;

- Відволікання на сторонні стимули;

- Забудькуватість у щоденних справах.

(б) Щонайменше шість симптомів гіперактивності-імпульсивності, що відзначаються протягом шести місяців і більше, на дезадаптивному і неузгодженому з розвитком рівні:

- метушливі рухи кистей і стоп або ерзання;

- Часте бродіння за класом або у схожих ситуаціях;

- часті біг та лазіння у неадекватних ситуаціях;

- Часто - складності грати спокійно або тихо проводити дозвілля;

- Часто - різноманітні дії "на ходу" або поведінка "як заведеного";

- Часто - надмірна балакучість;

- Нерідко - початок відповіді передує завершенню питання;

- Нетерплячість;

- Часте перебивання інших або втручання не в свою справу.

2. Наявність деяких із цих симптомів до 7 років.

3. Принаймні у двох колективах проблеми, обумовлені симптомами.

4. Виражене погіршення.

**Енурез**

1. сечовипускання, що повторюється, в ліжко або в одяг.

2. Подібні явища відзначаються принаймні 2 рази на тиждень протягом трьох місяців поспіль або має місце виражений дистрес чи погіршення.

3. Біологічний вік (або еквівалентний рівень розвитку) – не менше 5 років.

**Енкопрез**

1. Дефекація, що повторюється в невідповідних місцях (в одяг, на підлогу і т. д.).

2. Подібні явища спостерігаються принаймні 1 раз на місяць протягом трьох місяців поспіль.

3. Біологічний вік (або еквівалентний рівень розвитку) – не менше 4 років.

**Аутистичне розлад**

1. Постійна наявність щонайменше шести ознак із наступних груп симптомів.

(а) Труднощі у соціальних взаєминах, що виявляються як мінімум двома симптомами з перерахованих далі:

— очевидні проблеми у невербальному спілкуванні (порушено контакт очей, міміка, поза та жести);

- Неможливість адекватно спілкуватися на рівних;

— недостатнє прагнення шукати спільні з іншими інтереси, цілі та задоволення;

- Недостатній рівень соціальної або емоційної взаємодії.

(б) Труднощі *у* спілкуванні, що включають хоча б одне з наступного:

- Затримка (або повна недостатність) розвитку розмовної мови;

- у людей з адекватним розвитком мови - явна скрута в ініціації або підтримці розмов з іншими;

— стереотипні фрази, що повторюються, або ідіосинкразічне мовлення;

- Нездатність прикидатися і імітувати.

(в) Обмежені повторювані та стереотипні патерни поведінки та інтересів, принаймні один з них:

- ненормальна відданість одному або більше стереотипному та обмеженому патерну бажань;

- Суворе дотримання особливих, марних дій і ритуалів;

- стереотипні повторювані рухи (наприклад, поплескування або обертальні рухи пальців рук або кистей);

- Постійна переоцінка деталей предметів.

2. У віці до трьох років - затримка або порушення соціалізації, розвитку мови або символічні ігри.

**Затримка психічного розвитку**

1. Рівень інтелекту — явно нижчий за середній: при виконанні тесту на коефіцієнт інтелекту показник IQ менший або дорівнює 70.

2. Супутні порушення або недостатність адаптації у двох і більше областях, наведених нижче:

- Самообслуговування;

- домашнє життя;

- соціальні/комунікативні навички;

- Використання загальнодоступних благ цивілізації;

- здатність керувати своїми діями;

- функціональні академічні вміння;

- робота;

- Дозвілля;

- Здоров'я;

- Самозбереження.

3. Початок симптоматики – до 18 років.

**Глосарій.**

**\_А\_**

**Автоматичні думки (automatic thoughts) —** неприємні думки, що виникають у людини, сприяючи виникненню чи збереженню депресії, тривоги чи інших видів психологічної дисфункції.

**Агорафобія (agoraphobia)** - велика фобія, при якій люди, які страждають нею, бояться залишати свій будинок і відвідувати громадські місця або потрапляти в ситуації, де, як вони вважають, можна випробувати симптоми, що турбують, і виявитися не в змозі впоратися з ними або отримати допомогу.

**Аксіальна комп'ютерна томографія (computerized axial tomography)** - пошаровий знімок мозку, який отримується в результаті накладання рентгенівських знімків з різних кутів.

**Аксон (axon)** - Довге волокно, що виступає з тіла нейрона.

**Алкалоїд ріжків (ergot alkaloid)** - природно виникає сполука, з якої отримують ЛСД.

**Алкоголізм (alcoholism)** - Патерн поведінки, коли людина постійно зловживає алкоголем або у неї виникає залежність від алкоголю.

**Алкоголь (alcohol)** - будь-який напій, що містить етиловий спирт, у тому числі пиво, вино та горілка.

**Алкоголь дегідрогеназу (alcohol dehydrogenaza) -** фермент, що руйнує алкоголь у шлунку, перш ніж він потрапить у кров.

**Алкогольна депресія (delirium tremens) -** сильна реакція помірності, яка переживається деякими людьми, залежними від алкоголю; проявляється в психічній сплутаності, затьмаренні свідомості та жахливими візуальними галюцинаціями. Також називається *делірієм алкогольного відвикання.*

**Алкогольний (фетальний) синдром плода (fetal alcohol syndrome)** – група проблем у дитини, включаючи знижене інтелектуальне функціонування, низьку вагу при народженні та неправильні риси обличчя та форму рук, зумовлених надмірним споживанням алкоголю матір'ю під час вагітності.

**Алогія (alogia)** - симптом шизофренії, коли у людини погіршуються мовні здібності та зміст мови стає неясним. Цей симптом називають також *злидні мови.*

**Алпразолам (alprazolam)** - транквілізатор із групи бензодіазепінів, ефективний при лікуванні тривожних станів. На ринку випускається під назвою *Ксанакс.*

**Альтруїстичне самогубство (altruistic suicide) —** самогубство, яке чиниться людьми, які навмисно приносять своє життя в жертву суспільному благу.

**Амбулаторне лікування (outpatient)** — обстановка на лікування, у якій людина регулярно відвідує терапевта, але з залишається у лікарні.

**Аменорея (amenorrea)** - відсутність менструальних циклів.

**Амнезія (amnesia)** - Втрата пам'яті.

**Амнестичні розлади (amnestic disorders)** – органічні розлади, основний симптом яких – втрата пам'яті.

**Аміназин (chlorpromasine)** - ліки, що містять фенотіазин, як правило, використовувалися для лікування шизофренії. На ринку продається під маркою *Торазін.*

**Амніоцентез (amniocentesis)** — пренатальна процедура, яка використовується, щоб протестувати амніотичну рідину, що оточує плід, з метою виявити можливі вроджені дефекти ембріона.

**Амфетамін (amphetamine)** - психостимулятор.

**Анаклітична депресія (anaclitic depression) -** депресивна модель поведінки, що виявляється у дуже маленьких дітей і викликана їх розлукою з матір'ю.

**Аналоговий експеримент (analogue experiment) -** метод дослідження, при якому експериментатор відтворює у випробуваних у лабораторії поведінку, що нагадує патологію, а потім проводить з ними експерименти.

**Анальна стадія (anal stage)** - у психоаналітичній теорії - це другі 18 місяців життя немовляти, коли центр задоволення у дитини зміщується до ануса.

**Анестезія (anesthesia)** - ослаблення чи втрата відчуття дотику чи болю.

**Анксіолітики (anxiolytics)** - ліки, що знижують тривогу.

**Анулювання** — захисний механізм Его, що у тому, що людина несвідомо нейтралізує неприйнятне бажання чи дію, виконуючи іншу дію.

**Анонімні алкоголіки (Alcoholics Anonymous (АА))** - організація самодопомоги, що надає підтримку та керівництво для людей, залежних від алкоголю та зловживаючих ним.

**Антабус (дисульфірам) (antabuse (disulfiram)) -** ліки, що викликають нудоту, блювання, посилене серцебиття та запаморочення при одночасному вживанні з алкоголем. Його часто призначають людям, які намагаються утриматися від вживання алкоголю.

**Антероградна амнезія (anterograde amnesia) -** нездатність згадати нову інформацію, засвоєну людиною після події, що спровокувала амнезію.

**Антиген (antigen)** - сторонній агент, що вторгається в тіло, наприклад, бактерія або вірус.

**Антидепресанти (antidepressant drugs) -** психотропні ліки, що покращують настрій людей, які страждають на депресію.

**Антидепресанти другого покоління (second-generational antidepressants)** - нові ліки антидепресанти, що структурно відрізняються від трициклічних антидепресантів та інгібіторів моноаміноксидази.

**Антипсихотичні ліки (antipsychotic drugs) -** психотропні ліки, які допомагають зняти затьмарення свідомості, галюцинації та марення, що спостерігаються при психотичних розладах.

**Антисоціальний розлад особистості (antisocial personality disorder)** - розлад особистості, що характеризується загальним патерном неповаги та порушення прав інших людей.

**Антитіла (antibodies)** - речовини, що виробляються в організмі, які знаходять і знищують сторонні шкідливі агенти, наприклад, бактерії або віруси.

**Апарат вакуумної ерекції (vacuum erection device)** — нехірургічний пристрій, який можна використовуватиме отримання ерекції. Воно складається з порожнистого циліндра, що міститься на пеніс і пов'язаного з ручним насосом.

**Астма (asthma)** - захворювання, що характеризується звуженням трахеї та бронхів, що призводить до нестачі дихання, кашлю, задишці та відчуття нестачі повітря.

**Атрибуція (attribution)** - пояснення певними причинами того, що довкола нас відбувається.

**Аура (aura)** - відчуття, що передує мігрені і попереджає про її появу.

**Аутистичне розлад (autistic disorder) -** тривалий розлад, для якого характерні крайня нечуйність до інших людей, погані комунікаційні навички і ригідна поведінка, що повторюється. Також відомо як *аутизм.*

**Аутоеротична асфіксія (autoerotic asphyxia) —** фатальна нестача кисню, що виникає, коли людина підвішує себе, душить чи стискає горло під час мастурбації.

**Афект (affect)** - переживання емоції чи настрою.

**Афект притуплення (сплощення) (blunted affect)** - симптом шизофренії, коли людина виявляє менше емоцій, ніж більшість людей.

**Ацетилхолін** (acetylcholine) - нейротрансмітер.

**\_Б\_**

**Базові дані (baseline data)** — початковий рівень реакції у тесті чи оціночної шкалою.

**Базові ірраціональні припущення (basic irrational assumptions)** - згідно з Альбертом Елліс, помилкові та недоцільні переконання, властиві людям з різними психологічними проблемами.

**Барбітурати (barbiturate)** - група седативно-снодійних ліків, що викликають звикання, які використовуються для ослаблення занепокоєння або для того, щоб людина заснула.

**Барорецептори (baroreceptors)** - чутливі нерви в кровоносних судинах, які відповідають за подачу в мозок сигналів про те, що тиск крові стає занадто високим.

**Батарея тестів (battery)** - серія тестів, кожен із яких визначає область специфічних навичок.

**Безнадійність (hopelesness)** — песимістичне уявлення про те, що обставини, проблеми та настрій, що існують на даний момент, не зміняться.

**Безумовне позитивне ставлення (unconditional positive regard)** - повне, серцеве прийняття людини, незалежно від того, що вона чи вона говорить, думає чи відчуває; головний компонент у клієнт-центрованої терапії.

**Безумовне реагування (unconditioned responce)** - природне автоматичне реагування, спричинене безумовним стимулом.

**Безумовний стимул (unconditioned stimulus) -** Стимул, що призводить до автоматичної, природної реакції.

**Бензодіазепіни (Benzodiazepines) -** найпоширеніша група заспокійливих засобів, до них, зокрема, відносяться Валіум (Valium) та Ксанакс (Xanax).

**Несвідоме (unconscious)** - глибоко прихована маса спогадів, переживань та імпульсів, які вважаються за теорією Фрейда джерелом патологічної поведінки.

**Безсоння (insomnia)** — розлад сну, що найчастіше зустрічається, коли людині буває важко заснути і підтримувати стан сну.

**Бета-амілоїдний протеїн (beta-amyloid protein) -** маленька молекула, що утворює кулясті відкладення, що називаються сенільними бляшками, які беруть участь у процесі старіння і пов'язані з хворобою Альцгеймера.

**Біологічна модель (Biological model) -** теоретичне уявлення про ключову роль біологічних процесів у поведінці людини.

**Біологічний зворотний зв'язок (biofeedback) —** лікувальна методика, за якої пацієнт отримує точну інформацію про те, як відбуваються основні фізіологічні реакції, та його навчають, як їх можна контролювати довільно.

**Біологічна терапія (biological therapy) -** використання фізичних та хімічних процедур, щоб допомогти людям подолати їхні психологічні проблеми.

**Біологічні тести (biological tests) –** процедура, яку використовують, щоб викликати у людей паніку – шляхом інтенсивних фізичних вправ або виконання інших вимог у присутності дослідника чи терапевта.

**Біполярний (афективний) розлад (bipolar disorder)** - розлад, що характеризується чергуються або змішаними періодами манії та депресії.

**Біполярний розлад I типу (bipolar I disorder)** - вид біполярного розладу, при якому у людини відзначаються яскраво виражені маніакальні та важкі депресивні епізоди.

**Біполярний розлад ІІ типу (bipolar disorder II)** - вид біполярного розладу, при якому у людини відзначаються легкі маніакальні (гіпоманіакальні) та важкі депресивні епізоди.

**Біхевіористська модель (behavioral model) -** теоретичне уявлення, що приділяє головну увагу поведінці і тому, як вона засвоюється.

**Біхевіористська терапія (behavioral therapy) -** терапевтичний підхід, що ідентифікує поведінку, що вирішує проблеми та змінює його. Також це лікування називається *модифікацією поведінки.*

**Б-клітина (В-cell)** - лімфоцит, що виробляє антитіла.

**Блукаюча тривога (free-floating anxiety) -** хронічне і постійне почуття тривоги, не пов'язане з жодною конкретною загрозою.

**Хвороба Альцгеймера (Alzheimer's disease) -** найпоширеніша форма старечого недоумства, зазвичай розвивається після 65 років.

**Хвороба Крейтцфельда-Жакоба (Creutzfeldt-Jacob disease)** - форма деменції, обумовлена вірусом з низькою активністю, який може існувати в організмі людини протягом декількох років, перш ніж хвороба проявиться.

**Хвороба Паркінсона (Parkinson's disease) -** повільно прогресуюча неврологічна хвороба, що характеризується тремором і ригідністю, можливим розвитком недоумства.

**Хвороба Піка (Pick's disease)** - неврологічна хвороба, що вражає лобові та скроневі частки головного мозку, що призводить до недоумства.

**Хвороба Тай-Сакса (Tay-Sachs disease) -** спадкове захворювання, що викликає прогресивну втрату інтелекту, зору, моторних функцій і призводить до смерті.

**Хвороба Хантінгтона (Huntington's disease) -** спадкове захворювання, що призводить до божевілля, при якому у людини виникають емоційні проблеми, серйозні порушення когнітивних і моторних функцій.

**Маячня (delusion)** - хибне уявлення, якого людина дотримується, незважаючи на явні докази протилежного.

**Маячня величі (delusion of grandeur) -** уявлення про те, що людина - великий винахідник, історична особистість або інший значущий персонаж.

**Маячня контролю (delusion of control)** - віра в те, що імпульси, почуття, думки і дії людини контролюються іншими людьми.

**Маячня стосунків (delusion про reference) —** уявлення, яке надає особливого та особистого значення діям інших людей або різним предметам та подіям.

**Маячня переслідування (delusion of persecution) -** віра в те, що проти людини задумують інтриги, піддають його дискримінації, стежать за ним, обмовляють на нього, загрожують, нападають або навмисне роблять жертвою.

**Маячний розлад (delusional disorder)** - розлад, що супроводжується звичайною маренням, що не є частиною шизофренічного розладу.

**Швидкий сон (rapid eye movement (REM) sleep) -** період циклу сну, коли очі швидко рухаються туди-сюди, вказуючи на те, що людина спить.

**\_В\_**

**Вагінізм (vaginismus)** - стан, що характеризується мимовільним скороченням м'язів навколо зовнішньої третини вагіни під час занять сексом, що перешкоджає проникненню пеніса.

**Валідність (validity)** - точність результатів тесту чи дослідницької роботи; тобто та межа, до якої тест чи дослідження насправді вимірює чи показує те, що треба виміряти та показати.

**Валіум ( valium )** - Торгова назва протитривожного засобу діазепаму.

**Вегетативна нервова система (ВНС) (autonomic nervous system)** — мережу нервових волокон, що з'єднують центральну нервову систему з іншими органами.

**Вентромедіальний гіпоталамус (ventromedial hypothalamus)** - область гіпоталамуса, будучи активізованою, пригнічує почуття голоду.

**Візуально-моторний гештальт-тест Бендера (Bender Visual-Motor Gestalt test)** - нейропсихологічний тест, при проведенні якого випробуваного просять скопіювати дев'ять простих геометричних фігур і потім відтворити ці фігури по пам'яті.

**Візуальні галюцинації (visual hallucinations) -** галюцинації, при яких людина відчуває невиразні зорові сприйняття, бачить хмари або кольору, у нього виникають бачення людей, предметів або сцен, що не існують.

**Віндіго (windigo)** - інтенсивний страх того, що кровожерлива чудовисько перетворить людину на канібала. Це розлад виявився серед індіанців племені алгонкінів.

**Винен, але психічно хворий (guilty but mentally ill)** - вердикт, який ухвалює, що злочинці винні у скоєнні злочину і страждають від психічної хвороби, яку потрібно буде лікувати під час їх ув'язнення.

**Скроневі частки (temporal lobes) -** області мозку, крім інших функцій, що грають ключову роль при трансформації короткострокової пам'яті в довгострокову.

**Зворотне планування (reversal design) -** це планування експерименту з одним випробуваним, коли визначається поведінка і встановлюються базові дані (А), а потім знову визначається поведінка після проведення лікування (Б), потім знову після відтворення базової ситуації (А), а потім знову - після того, як лікування було відтворено (Б). Також називається *плануванням експерименту у стилі АБАБ.*

**Винагорода (reward) -** стимул, що викликає приємні відчуття та заохочує конкретну поведінку.

**Хвилі мозку (brain wave)** - коливання електричної напруги, викликані нейронами мозку.

**Воскова гнучкість (waxy flexibility) —** тип кататонії, коли людина зберігає позу, у якому його помістив хтось інший.

**Відновна терапія (aftercare) -** програма догляду та турботи у суспільстві.

**Тимчасовий центр (halfway house) -** житло для людей із сильними психологічними проблемами, які можуть жити в них одні або зі своїми сім'ями; Часто ці центри укомплектовуються напівпрофесіоналами.

**Вторинна вигода (secondary gain)** — згідно з психодинамічною теорією, вигода, яка полягає в тому, що істеричні симптоми дають людині можливість відчувати добре ставлення з боку інших або уникнути неприємної діяльності.

**Вторинні сигналізатори (second messengers) -** хімічні зміни всередині нейрона, що відбуваються відразу після того, як нейрон отримує сигнал через нейротрансмітер, і до того, як він на цей сигнал прореагує.

**Вуайєризм (voyeurism)** - парафілія, при якій людина відчуває сильні і постійні сексуальні бажання або імпульси і потай спостерігає за людьми, які нічого не підозрюють, як вони роздягаються або займаються сексом. Людина може діяти відповідно до цих бажань.

**Вибірка ( sample )** -- група піддослідних , які мають найбільший прошарок населення , про який дослідник має намір зробити висновок .

**Викликані потенціали (evoked potentials) -** патерни реакції мозку, записані на електроенцефалограф, поки людина виконує завдання, наприклад дивиться на світло, що спалахує.

**Вигадка (confabulation) —** вигаданий опис досвіду людини, щоб заповнити прогалини в пам'яті.

**Витривалість (hardiness)** - ряд позитивних установок та реакцій на стрес.

**Виражена емоція (expressed emotion) -** рівень критицизму, несхвалення, ворожості та вторгнення, що виявляється у сім'ї.

**Витіснення (undoing)** - захисний механізм, за допомогою якого Его не дозволяє неприйнятним імпульсам проникати у свідомість.

**Вивчена безпорадність (learned helplessness)** — засноване на минулому досвіді уявлення, що людина не контролює своїх підкріплень.

**\_Г\_**

**Галюцинація (hallucination)** — уявлення уявних бачень, звуків та інших сенсорних відчуттів, наче вони були реальними.

**Галюциногени (hallucinogens)** - речовини, які зумовлюють переважно потужні зміни в сенсорному сприйнятті, у тому числі посилюють сприйняття людини і призводять до ілюзій і галюцинацій. Також називаються *психоделічними наркотиками.*

**Галюциноз (hallucinosis)** — форма інтоксикації, обумовлена галюциногенами, що полягає у спотворенні сприйняття та галюцинаціях.

**Гальванічна реакція шкіри (galvanic skin response)** – зміни електричного опору шкіри.

**Гамма-аміномасляна кислота (ГАМК) (gamma aminobiotic acid (GABA))** - нейротрансмітер, з низькою активністю якого пов'язують генералізований тривожний розлад.

**Генеалогічне дослідження (family pedigree study)** - метод дослідження, що дозволяє визначити, як багато родичів і які родичі людини з розладом мають той самий розлад.

**Генералізація стимулів (stimulus generalization)** - феномен, у якому реакцію, сформовану на одні стимули, викликають схожі стимули.

**Генералізована амнезія (generalized amnesia) -** Втрата спогадів про події, що відбулися за короткий період часу, і про події, що відбулися до цього періоду.

**Генералізований тривожний розлад (generalized anxiety disorder)** - захворювання, що характеризується стійким і надмірним почуттям тривоги, а також занепокоєнням про безліч подій та дій.

**Генітальна стадія (genital stage) -** за теорією Фрейда ця стадія починається, коли дитині виповнюється приблизно 12 років і вона починає шукати сексуальні задоволення в гетеросексуальних відносинах.

**Гени (genes)** - молекули, що знаходяться в хромосомах, що контролюють характеристики та риси, які ми успадковуємо.

**Героїн (heroin)** - сильна наркотична речовина, що виготовляється з морфіну.

**Гештальт-терапія (gestalt therapy)** - розроблений Фріцем Перлсом метод гуманістичної терапії, в якому клініцисти активно спонукають людей визнати та прийняти себе, використовуючи такі прийоми, як рольова гра та штучна фрустрація.

**Гіпертонія (hypertension)** - хронічно підвищений артеріальний тиск.

**Гіпноз (hypnosis)** - стан, схожий на сон, що характеризується високою навіюваністю; у цьому стані загіпнотизований може за вказівкою гіпнотизера робити незвичайні речі, відчувати незвичайні відчуття, згадувати, здавалося б, забуті події та забувати те, що він пам'ятає.

**Гіпнотизм (hypnotism)** - процедура, коли людину поміщають у психічний стан, що нагадує транс, при цьому він стає вкрай навіюваним.

**Гіпнотична амнезія (hypnotic amnesia) -** Втрата пам'яті, викликана гіпнотичним навіюванням.

**Гіпнотична терапія (hypnotic therapy) -** лікування, коли людина піддається гіпнозу і потім просять згадати про забуті події або виконати інші терапевтичні дії. Також називається *гіпнотерапією.*

**Гіпоксифілія (hypoxyphilia)** - патерн, у якому люди душать себе чи просять партнерів душити їх, щоб посилити своє сексуальне задоволення.

**Гіпоксія (anoxia)** - ускладнення при пологах, коли дитині не вистачає кисню.

**Гіпоманіакальний епізод** – незначне погіршення стану, коли симптоми манії мають порівняно легкий характер.

**Гіпоталамус (hypothalamus)** - частина мозку, яка допомагає підтримувати різні фізичні функції, від нього, зокрема, залежить, чи відчуває людина голод.

**Гіпотеза (hypothesis)** - припущення про те, що деякі змінні певним чином пов'язані між собою.

**Гіппокамп (hyppocampus)** - область мозку, розташована під корою великого мозку, що бере участь у формуванні пам'яті.

**Гістрійний розлад особистості (histrionic personality disorder)** - розлад особистості, при якому людина виявляє патерн надмірної емоційності та пошуку уваги. Насамперед називалося *істеричним розладом.*

**Глія (glia)** - клітини мозку, що підтримують нейрони.

**Глибока розумова відсталість (profound retardation)** - рівень психічної відсталості (коефіцієнт розумового розвитку IQ нижче 20), коли людині потрібне спеціальне оточення з постійною допомогою та спостереженням.

**Глибокі розлади розвитку (pervasive developmental disorders)** — широка категорія розладів, що починаються з раннього дитинства, що характеризуються сильною патологією в соціальній взаємодії, комунікації або присутності відсталої та повторюваної поведінки, інтересів та діяльності.

**Глютамат (glutamate)** - Звичайний трансмітер, діяльність якого пов'язана з пам'яттю.

**Головний біль, викликаний м'язовим скороченням (muscle contraction headache)** — головний біль, причиною яких є скорочення м'язів, що оточують череп і те, що відбувається в результаті звуження кровоносних судин. Також називаються *головними болями, спричиненими напругою.*

**Головний біль, спричинений напругою (tension headache)** (дивися головний біль, спричинений скороченням м'язів (muscle contraction headache)).

**Блакитна пляма (Locus ceruleus)** - невелика ділянка головного мозку, що активно впливає на регуляцію емоцій. Багато його нейронів використовують норепинефрин.

**Гомосексуальність (homosexuality) -** сексуальна перевага людей своєї статі.

**Гормони (hormones)** - хімічні речовини, що виділяються ендокринними залозами в кров.

**Готовність** - схильність до формування певних страхів.

**Група підтримки (rap group)** - група, яка зустрічається, щоб допомогти своїм членам поговорити та вивчити проблеми один одного в атмосфері взаємної підтримки.

**Група самодопомоги (self-help group)** - група, що складається з людей зі схожими проблемами, які допомагають та підтримують один одного без безпосереднього керівництва клініциста. Також називається *група взаємодопомоги.*

**Групова терапія (gorup therapy)** - терапевтичний метод, у якому група людей зі схожими проблемами разом зустрічається з терапевтом, щоб вирішити свої проблеми.

**Груповий будинок (group home)** — спеціальні будинки, де люди з розладами та патологією живуть та їх навчають самодопомоги, навичкам спільного життя та роботи.

**Гуманістична модель (humanistic model) -** теоретичне уявлення про те, що люди народжуються з природною схильністю бути доброзичливими, співпрацюючими та конструктивними і прагнуть самореалізації.

**Гуманістична терапія (humanistic therapy) -** система терапії, яка допомагає клієнтам оцінити і схвалити себе, щоб вони могли здійснити свій вроджений потенціал.

**Гуманістично-екзистенційна модель (humanistic-existenzial model)** - теоретичне уявлення, що підкреслює роль цінностей та вибору у визначенні людської індивідуальності та реалізації людських можливостей.

**Гумори ( humors)** — відповідно до поглядами античних і середньовічних лікарів, це деякі речовини у людському тілі (елементарні рідини), що впливають психічне і фізичне функціонування.

**\_Д\_**

**Рух зближення (rapprochement movement)** — спроба зібрати загальні методики, які проходять по роботах усіх лікарів, що ефективно працюють.

**Подвійна депресія (double depression) —** послідовність, коли дистимічний розлад призводить до важкого депресивному розладу.

**Подвійне планування наосліп (double-blind design)** - експериментальна процедура, при якій ні випробуваний, ні експериментатор не знає, чи випробуваний експериментальний ліки або плацебо.

**Двостороння шокова терапія (bilateral electroconvulsive therapy)** - форма електрошокової терапії, коли один електрод прикріплюється до кожної із сторін чола і через мозок пропускається електричний струм.

**Дежа вю (deja vu)** — нав'язливе відчуття того, що людина вже стикалася з новою ситуацією чи епізодом.

**Деінституціоналізація (deinstitutionalization) —** витяг з лікарень великої кількості пацієнтів, які проходять тривале лікування, щоб вони могли брати участь у громадських програмах лікування.

**Декларативна пам'ять (declarative memory) -** пам'ять про засвоєну інформацію, наприклад про імена, дати та інші факти.

**Делегований синдром Мюнхаузена (Munchausen syndrome by proxy)** - штучне (симулятивне) захворювання, при якому батьки імітують або свідомо викликають фізичні хвороби у своїх дітей.

**Делірій (delirium)** — похмурий стан свідомості, що швидко розвивається, коли людина відчуває великі проблеми з концентрацією, зосередженням уваги і слідуванням суцільному потоку мислення.

**Деменція (dementia)** - синдром, що характеризується серйозною втратою пам'яті та принаймні ще однієї когнітивної функції.

**Демонологія (demonology)** - уявлення про те, що патологічна поведінка викликана надприродними причинами, наприклад, злими духами.

**Дендрит (dendrite)** - виріст, розташований на одному кінці нейрона, який приймає імпульс від інших нейронів.

**Деперсоналізаційний розлад (Depersonalization disorder)** - розлад, що характеризується постійним і повторюваним відчуттям відчуження від власних психічних процесів або тіла; людина почувається нереальним чи своє тіло чужим.

**Депресант (depressant)** - речовина, яка уповільнює активність центральної нервової системи та в достатніх дозах викликає послаблення напруги та гальмування.

**Депресія (depression)** - пригнічений стан, що характеризується тугою, занепадом сил, вкрай низькою самооцінкою, почуттям провини або спорідненими симптомами.

**Десенситизація (desensitization)** (дивись *систематична десенситизація).*

**Десенситизація у живому організмі (in vivo desensitization)** — десенситизація, що використовує дійсні об'єкти чи ситуації на відміну уявних.

**Детоксифікація (detoxification)** - систематичне відвикання від ліків під наглядом лікаря.

**Діагноз (diagnosis)** - визначення того, що проблеми індивіда відображають певний розлад.

**Діагностичне і статистичне керівництво психічних розладів ( *Diagnostic and Statistical Mental Disorders (DSM))*** *-* система класифікації психічних розладів, розроблена Американською психіатричною асоціацією.

**Діазепам (diazepam)** - транквілізатор, що випускається під маркою Валіум.

**Дезорганізований тип шизофренії (disorganized type of schizophrenia)** - тип шизофренії, що характеризується головним чином сплутаністю, непослідовністю і млявою або невідповідною емоційною реакцією.

**Дизульфірам** (див. *Антабус).*

**Дискусійна група** — група, яка збирається для того, щоб допомогти учасникам говорити про свої проблеми та вирішувати їх у атмосфері взаємної підтримки.

**Дислексія (dislexia)** - розлад, коли людина виявляє ослаблену здатність впізнавати слова і розуміти, що вони означають. Також називається *розладом читання.*

**Дисморфофобія (body dysmorphic disorder) -** соматоформний розлад, що характеризується винятковим занепокоєнням з приводу передбачуваних недоліків зовнішності або неприємних для навколишніх особливостей.

**Диспареунія (dyspareunia)** - розлад, при якому людина відчуває гострий біль у геніталіях під час занять сексом.

**Дисрегуляційна модель (disregulation model) -** теорія, що розглядає психофізіологічні розлади як результат несправностей у механізмі негативного зворотного зв'язку, що встановлюється між тілом та головним мозком, що призводить до порушень процесів саморегуляції організму.

**Диссомнія (dyssomnias)** - розлади сну, при яких порушується тривалість, якість або періодичність сну.

**Дисоціативна амнезія (dissociative amnesia) -** дисоціативний розлад, що характеризується нездатністю згадати важливі події або інформацію з особистого життя.

**Дисоціативна фуга (dissociative fugue) -** дисоціативний розлад, при якому людина вирушає в нове місце і може сформувати нову особистість, одночасно забувши про своє минуле.

**Дисоціативний розлад особистості (dissociative identity disorder)** - розлад, при якому у людини виникають дві або більше окремих осіб. Також цей розлад називається *розладом множини.*

**Дисоціативні розлади (dissociative disorders)** — розлади, що характеризуються сильними змінами пам'яті, не викликані чіткими фізичними причинами.

**Дистимія (dysthimic disorder)** - розлад настрою, що відрізняється від рекурентного депресивного розладу не якісною структурою, а недостатньою тяжкістю та стійкістю симптоматики.

**Дихотомічне мислення (dichotomous thinking)** - розгляд проблем та рішень у ригідній формі або/або.

**Діетіламід лізергінової кислоти (ЛСД) (lysergic acid diethylamide)** - галюцинногенні ліки, що отримуються з алкалоїду ріжків.

**Тривала пам'ять (long-term memory) -** система пам'яті, що містить інформацію, що зберігається людиною протягом багатьох років.

**Тривалий догляд (long-term care)** – різноманітна особиста та медична підтримка, що надається літнім та іншим ослабленим людям. Це може бути частковий догляд та спостереження вдома або інтенсивне лікування у спеціальному центрі.

**Довготривала потенціація (long-term potentiation)** - велика ймовірність реагування нейрона на повторну стимуляцію.

**Допамін (dopamine)** - нейротрансмітер, висока активність якого взаємопов'язана з виникненням шизофренії.

**Допамінова гіпотеза (dopamine hypothesis) —** теорія про те, що шизофренія виникає внаслідок надмірної активності нейротрансмітера допаміну.

**Драпетоманія (drapetomania)** - відповідно до діагностичної категорії XIX століття, це обсесивне бажання свободи, яке змушувало деяких рабів тікати з неволі.

**ДСМ-IV (DSM IV)** - четверте, що діє зараз видання Діагностичного та статистичного керівництва психічних розладів.

**Дуалізм душі та тіла (mind-body dualism)** — концепція Рене Декарта, яка стверджує, що душа відокремлена від тіла.

**\_Е\_**

**Одиниці життєвих змін (life change units)** – система визначення стресу, пов'язаного з різними подіями у житті.

**Природне (включене) спостереження (naturalistic observation)** - методика спостереження за поведінкою, коли лікарі-клініцисти і дослідники спостерігають людей їх повсякденній обстановці.

**Природний експеримент (natural experiment) —** метод дослідження, у якому експериментатор відтворює патологічне поведінка в лабораторії і потім проводить експерименти з випробуваними.

**\_Ж\_**

**Жамэвю (jamais vu)** - відчуття того, що сцена чи ситуація, вже пережита людиною, зовсім незнайома.

**Жіночий оргазмічний розлад (female orgasmic disorder)** - дисфункція, при якій жінка рідко відчуває оргазм або переживає оргазм через довгий час після фази нормального сексуального збудження.

**Жорстоке поводження з дітьми (child abuse) -** постійне застосування дорослими фізичного та психологічного насильства по відношенню до дитини.

**\_З\_**

**Захворюваність (incidence)** - кількість нових випадків розладу, що виникають у цьому прошарку населення у певний період часу.

**Залежна змінна (dependent variable) -** змінна в експерименті, яка, як передбачається, змінюється при маніпуляції із незалежною змінною.

**Залежне розлад особистості (dependent personality disorder)** — розлад особистості, що характеризується патерном утримування та послуху, страхом відділення та постійною сильною потребою у турботі оточуючих.

**Залежність (addiction)** - фізична залежність від певної речовини, для якої характерні симптоми звикання або відвикання під час помірності або те й інше.

**Залежність від лікарських препаратів (substance dependence)** — патерн поведінки, у якому люди зловживають ліками, все життя залежить від ліків і вони звикають до них і відчувають симптоми відвикання, коли перестають приймати ліків. Також відома як *адикція.*

**Заїкуватість (stutter)** - порушення нормальної швидкості і тривалості мови.

**Захист на підставі божевілля (insanity defense)** — судовий захист, під час якого людину, яка обвинувачується у злочині, визнають невинною на підставі безумства в момент скоєння злочину.

**Захисні механізми Его (ego defense mechanisms)** - згідно з психоаналітичною теорією, прийоми, що виробляються Его для того, щоб контролювати неприйнятні імпульси Ід і уникнути тривоги, яку вони породжують, або зменшити її.

**Зільденафіл (sildenafil)** - ліки, що використовуються для лікування розладів ерекції, які допомагають посилити приплив крові до пенісу під час занять сексом. Випускається за назвою *Віагра.*

**Зловживання ліками (substance abuse) -** патерн поведінки, коли люди постійно і занадто багато приймають ліки і таким чином руйнують своє життя.

**Знаток (savant)** - людина з психічним розладом або значними інтелектуальними недоліками, що володіє екстраординарними здібностями, незважаючи на розлад та недоліки.

**\_І\_**

**Ігрова терапія (play therapy) -** метод лікування дитячих розладів, що допомагає дітям висловити свої конфлікти та почуття побічно, у процесі малювання, ігри з іграшками та вигадуванням історій.

**Гравець зі смертю (death darer)** — людина, яка зазнає двоїстих почуттів стосовно можливості власної смерті, навіть у момент скоєння спроби самогубства.

**Ід (id)** - згідно з Фрейдом, психологічна сила, що обумовлює інстинктивні потреби, потяги та імпульси.

**Ідеї співвіднесення (ideas of reference) -** уявлення про те, що непов'язані між собою події взаємопов'язані між собою.

**Ідентифікація (identification)** — несвідоме поглинання цінностей і почуттів батьків і інших і приєднання їх до своєї ідентичності. Також це захисний механізм Его, коли люди переймають цінності та почуття людини, що викликає у них відчуття тривоги.

**Ідіографічне розуміння (idiographic understanding)** - розуміння поведінки окремої людини.

**Ієрархія страху (fear hierarchy)** - перелік предметів або ситуацій, перед якими людина відчуває страх, що починається з тих предметів або ситуацій, страх перед якими невеликий, і закінчується тими, які вселяють жах.

**Уникаючий розлад особистості (avoidant personality disorder)** — розлад особистості, коли людина послідовно почувається незатишно й обмежено в соціальних ситуаціях, її долають відчуття неадекватності і вона стає вкрай чутливою до негативної оцінки.

**Виборча амнезія (selective amnesia) -** нездатність згадати деякі події, що сталися за обмежений час.

**Зміна погляду спостерігача (observer drift)** — тенденція спостерігача, оцінюючого піддослідних експерименті, поступово і мимоволі змінювати критерії, в такий спосіб роблячи дані ненадійними.

**Згвалтування (rape)** - насильницьке статеві зносини або інший сексуальний акт, що виробляється без згоди людини, або статеві зносини з неповнолітніми.

**Ізоляція (isolation)** - захисний механізм Его, що полягає в тому, що люди відкидають свої незручні і небажані думки і зрікаються них, переживаючи їх як вторгнення ззовні.

**Вивчення генетичного зв'язку (genetic linkage study)** - метод дослідження, при якому спостерігаються великі сім'ї з високими показниками розладу протягом кількох поколінь і робиться висновок про те, чи розлад пов'язаний з патернами інших сімейних характеристик.

**Імунна система (immune system) -** сукупність видів діяльності та клітин організму, призначених для того, щоб виявляти та знищувати антигени та клітини злоякісних пухлин.

**Інгібітори моноаміноксидази (МАО) (monoamine oxidase inhibitors)** - антидепресанти, що пригнічують дію ферменту моноаміноксидази і таким чином збільшують рівень норепінефрінової активності в мозку.

**Індивідуальна терапія (individual therapy) -** терапевтичний метод, при якому терапевт зустрічається з клієнтом наодинці протягом багатьох сесій, що тривають від 15 хвилин до двох годин.

**Індукований психотичний розлад (shared psychotic disorder)** — розлад, у якому людина розділяє марення іншу людину. Також називається *манією на двох* (folie a deux).

**Ініціатор смерті (death initiator) -** людина, яка робить спробу самогубства, тому що вважає, що процес вмирання вже почався і що він просто прискорює свою смерть.

**Інтерперсональна (міжособистісна) терапія (interpersonal therapy)** - лікування монополярної депресії, засноване на уявленні про те, що прояснення та зміна міжособистісних проблем призведе до одужання.

**Інтоксикація (intoxication)** - тимчасовий стан під дією наркотиків, в якому люди виявляють такі симптоми, як ослаблена здатність судження, зміни настрою, дратівливість, недбалість у мові та втрата координації.

**Інцест (incest)** - сексуальні взаємини між близькими родичами.

**Іпохондрія (hypochondriasis)** - соматоформний розлад, при якому людина помилково підозрює, що незначні зміни у функціонуванні її організму можуть бути ознаками серйозного захворювання.

**Іпохондричні соматоформні розлади (preoccupation somatoform disorders)** — соматоформні розлади, при яких люди неправильно інтерпретують незначні і навіть нормальні симптоми, пов'язані з функціонуванням організму, або свої зовнішні особливості та надто реагують на них.

**Шукач смерті (death seeker) —** людина, яка має твердий намір накласти на себе руки в момент скоєння спроби самогубства.

**Випробуваний (subject)** - людина, обраний для участі у дослідженні. Також називається *учасником експерименту.*

**Дослідження психічного стану (статусу) (mental status exam)** - набір питань для інтерв'ю та алгоритм проведення спостережень, спрямовані на виявлення ступеня та природи патологічної поведінки індивіда.

**Істеричні соматоформні розлади (hysterical somatoform disorders)** - соматоформні розлади, при яких відбуваються реальні зміни у функціонуванні організму.

**Істеричний розлад (hysterical disorder)** — порушення, у якому рухова, чутлива та інші функції змінюються чи втрачаються без явної фізичної причини.

**Істерія (hysteria)** - термін, який використовувався раніше для опису того, що тепер відомо як конверсійний, соматизований та хронічний соматоформний больовий розлад.

**Дослідження окремих випадків (case study) —** детальний звіт про життя людини та її психологічні проблеми.

**\_К\_**

**Кайф (rush)** - відчуття тепла та екстазу, що виникає, коли людині вводяться деякі наркотики, такі як героїн.

**Катарсис (catharsis)** - повторне переживання минулих витіснених почуттів, щоб вирішити внутрішні конфлікти та усунути проблеми.

**Кататонічний ступор (catatonic stupor) -** симптом, супутній шизофренії, коли людина стає абсолютно нечутливою до навколишнього середовища, залишається без руху і мовчить протягом тривалого часу.

**Кататонічний тип шизофренії (Catatonic type of schizophrenia)** - тип шизофренії, що переважає при деяких гострих психомоторних порушеннях.

**Кататонічне збудження (Catatonic excitement)** - форма кататонії, коли людина збуджено рухається, іноді широко розмахуючи руками та ногами.

**Кататонія (catatonia)** - патерн психомоторних симптомів, що виявляються при деяких формах шизофренії, у тому числі Кататонічний ступор, ригідність і прийняття химерних поз.

**Квазіексперимент (quasi-experiment) —** експеримент, у якому дослідники не набирають випробуваних випадковим чином контрольні та експериментальні групи, а використовують групи, що вже існують у житті. Цей тип експерименту також називається *експеримент зі змішаним плануванням.*

**Клептоманія (kleptomania)** - розлад контролю над імпульсами, що характеризується постійною нездатністю чинити опір імпульсам красти речі, необов'язкові для особистого використання і не з метою збагачення.

**Класичне обумовлення (classic conditioning)** — процес навчання, у якому дві події, що неодноразово виникають одночасно, зв'язуються в умі людини один з одним, у результаті викликають однакову реакцію.

**Клієнт-центрована терапія (client-centered therapy)** — гуманістична терапія, розроблена Карлом Роджерсом, у якій терапевти намагаються допомогти людям шляхом їхнього прийняття, високої емпатії та щирості.

**Клінічна психологія (clinical psychology) -** вивчення, оцінка, лікування та запобігання патологічної поведінки.

**Клінічне інтерв'ю (clinical interview) –** зустрічі (зазвичай без присутності сторонніх), на яких лікарі ставлять пацієнтам питання, оцінюють їхні відповіді та дізнаються про пацієнтів та про їхні психологічні проблеми.

**Клітор (clitoris)** - жіночий сексуальний орган, розміщений перед сечовим міхуром та входом у вагіну. Збільшується під час сексуального збудження.

**Клозапін (clozapine)** - поширені атипові антипсихотичні ліки.

**Когнітивна модель (cognitive model)** - теоретична точка зору, що вказує на процес і зміст мислення як на причини психологічних проблем.

**Когнітивна терапія (cognitive therapy) -** терапія, розроблена Аароном Беком, що допомагає людям визначити та змінити неадекватні посилки та способи мислення, які сприяють розвитку психологічних труднощів.

**Когнітивна тріада (cognitive triad) —** три напрями негативного мислення, які, згідно з Аароном Беком, приводять людей у стан депресії. Ця тріада включає негативну оцінку свого досвіду, самого себе і свого майбутнього.

**Когнітивно-біхевіористська модель (cognitive-behavioral model)** - теоретична точка зору, що розглядає пізнання як набуту поведінку.

**Когнітивна поведінка (cognitive behavior) -** думки і уявлення, багато з яких притаманні лише даному індивіду.

**Коїтус (coitus)** - сексуальна взаємодія.

**Кокаїн (cocaine)** - видобувається з листя коки стимулюючий засіб, що викликає звикання; найсильніший відомий стимулюючий засіб.

**Коморбідність** (див. *супутній патологічний процес).*

**Комплекс недоумства при СНІДі (AIDS dementia complex, ADC)** - хвороба, що призводить до занепаду енергії, появі маніакально-депресивних симптомів та психозу.

**Комплекс Електри (Electra complex)** - на думку Фрейда, це патерн бажань, які відчувають всі дівчата під час фалічної стадії, коли у них виникає сексуальний потяг до свого батька.

**Компульсивні ритуали (compulsive ritual) —** деталізована, найчастіше ретельно продумана послідовність дій, яку, як відчуває людина, вона змушена здійснювати, завжди так само.

**Конверсійний розлад (conversion disorder)** — соматоформний розлад, коли психосоціальна необхідність чи конфлікт переходять у драматичні фізичні симптоми, які впливають довільну моторну та сенсорну функцію.

**Конвульсія (convulsion)** - судома, викликана недостатнім функціонуванням мозку.

**Консультуюча психологія (counseling psychology)** — спеціальність у сфері психічного здоров'я, схожа на клінічну психологію, до роботи у якій потрібно пройти спеціальну програму навчання.

**Контрольна група (control group)** - в експерименті це група піддослідних, які не впливають на незалежну змінну.

**Контрперенос (countertransference) -** явище в психотерапії, коли власні почуття, біографія та цінності терапевтів прихованим чином впливають на їхню інтерпретацію проблем пацієнта.

**Конфіденційність (confidentiality) -** принцип, який полягає в тому, що деякі професіонали не розголошують інформацію, отриману від клієнта.

**Концепція «схильність-стрес» (diathesis-stress view)** — точка зору, згідно з якою для того, щоб у людини проявився якийсь розлад, він повинен спочатку мати схильність до цього розладу, а потім піддатися безпосередньому впливу психологічного стресу.

**Кора нижньої поверхні лобових часток (orbital frontal cortex)** - зона головного мозку, в якій зазвичай виникають імпульси, що викликають екскретивну, сексуальну, агресивну та інші примітивні активності.

**Коробка-човник (shuttle box)** - коробка, що відокремлюється посередині перегородкою, яку тварина може перестрибнути, щоб ухилитися від шоку.

**Коронарна хвороба серця (coronary heart disease)** – хвороба серця, спричинена закупоркою коронарних артерій.

**Коронарні артерії (coronary arteries) -** кровоносні судини, що оточують серце та відповідають за доставку кисню до серцевого м'яза.

**Короткий психотичний розлад (brief psychotic disorder)** - психотичні симптоми, що з'являються відразу після дуже сильної стресової події або періоду емоційного напруження і триває від кількох годин до місяця.

**Кореляційний метод (correlational method) —** дослідницька процедура, що використовується визначення того, наскільки події чи характеристики залежить друг від друга.

**Кореляція (correlation)** - ступінь залежності одна від одної подій чи характеристик.

**Кортизол (cortisol)** - гормон, що виділяється залозами надниркових залоз, коли людина відчуває стрес.

**Кортикостероїди (corticosteroids)** – група гормонів, що виділяються залозами надниркових залоз під час стресу.

**Кофеїн (caffeine)** - стимулюючий лікарський засіб, як правило, його приймають у формі кави, чаю, коли та шоколаду.

**Жахи у сні (nightmare)** - найпоширеніший тип парасомнії. Більшість людей іноді бачать кошмарні сни, але в деяких випадках кошмари стають особливо частими і завдають людині таких страждань, що потрібне спеціальне лікування.

**Коефіцієнт інтелекту (intelligent quotient) -** загальний показник, який розраховується за результатами тесту, який теоретично представляє загальну інтелектуальну здатність людини.

**Коефіцієнт кореляції (correlation coefficient (r))** - статистичний термін, що показує напрямок і величину кореляції, що варіюється від -1.00 до +1.00.

**Короткострокова пам'ять (short-term memory) -** Система пам'яті, що збирає нову інформацію. Також називається *робочою пам'яттю.*

**Кретинізм (cretinism)** - розлад, що характеризується затримкою розумового розвитку та фізичними відхиленнями; обумовлено низьким вмістом йоду у харчуванні матері під час вагітності.

**Кризове втручання (crisis intervention) —** метод лікування, при якому робиться спроба допомогти людям у стані психологічної кризи точніше поглянути на свою ситуацію, прийняти ефективніше рішення та діяти для подолання кризи більш конструктивно.

**Катастрофа (derailment)** - порушення звичайного мислення при шизофренії, що включає швидкий перехід від однієї теми розмови до іншої. Також називається *вільною асоціацією.*

**Крек (crack)** – сильний наркотик на основі кокаїну.

**\_Л\_**

**Латентний зміст (latent content) -** Символічний зміст змісту сновидіння.

**Латентна стадія (latency stage)** - у психоаналітичній теорії це стадія, в яку діти вступають у 6-річному віці, при якій їх сексуальні бажання, мабуть, заспокоюються.

**Латеральний гіпоталамус (lateral hypothalamus) -** область гіпоталамуса, активація якої викликає почуття голоду.

**Ліки антагоністи (antagonist drugs) -** ліки, що блокують або змінюють ефекти ліків, що викликають звикання.

**Лікарська терапія (drug therapy)** - Використання психотропних ліків, що послаблюють симптоми психологічних розладів.

**Лікування зовнішнім впливом (exposure treatments)** - терапія поведінки, коли люди зі страхами піддаються впливу об'єктів, що лякають, або ситуацій. також *занурення, повінь, тренінг адаптивності.*

**Лібідо (libido)** - сексуальна енергія, що живить Ід.

**Лікантропія (lycanthropy)** - психічне порушення, при якому люди вірять, що вони одержимі вовками або іншими звірами.

**Лімфоцити (lymphocytes)** - білі кров'яні тільця, що циркулюють по лімфатичній та кровоносній системах і допомагають організму виявляти та знищувати антигени та ракові клітини.

**Літій (lithium)** - метал, мінеральні солі якого широко поширені на нашій планеті. Є найбільш ефективним засобом при лікуванні біполярних розладів у вигляді літію карбонату та літію оксибутирату.

**Особистісний опитувальник (personality inventory) -** тест, призначений для вимірювання різноманітних особистісних характеристик, які полягають у твердженнях про поведінку, переконання та почуття. Тестовані оцінюють ці твердження з погляду того, властиві вони особисто їм чи ні.

**Особистісний стиль типу A (Type A personality style** )особистісний стиль, що характеризується ворожістю, цинізмом, нестриманістю, нетерплячістю, прагненням протиборства і амбітністю.

**Особистісний стиль типу В (Турі В personality stile)** - особистісний стиль, властивий людям спокійнішим, менш агресивним і менш стурбованим питанням часу.

**Особистість (personality)** - унікальний і тривалий патерн внутрішніх переживань і зовнішньої поведінки, що призводить до постійних реакцій у різних ситуаціях.

**Лоботомія (lobotomy)** - психохірургічна операція, при якій хірург прорізає канали між лобовими частками головного мозку та його нижчими центрами.

**Лонгітюдное дослідження (longitudinal study) —** дослідження, у якому одні й самі випробувані спостерігаються протягом тривалого часу.

**\_М\_**

**Маніфестний зміст (manifest content) -** свідомо пригадується зміст сновидіння.

**Манія (mania)** - тривалий або короткочасний стан ейфорії або нестримної активності, при якому люди можуть перебільшувати свої можливості, вважаючи, що світ знаходиться в їхньому повному розпорядженні.

**Мантра (mantra)** - звук, поєднання звуків, що вимовляються подумки або вголос, використовується для привернення уваги та відмови від звичайних думок і тривог під час медитації.

**Марихуана (marijuana)** - один з наркотиків на основі коноплі, що витягується з листя і квіток рослини.

**Мастурбація (masturbation)** - Самостійна стимуляція геніталій для досягнення сексуального збудження.

**Медитація (meditation)** - техніка, спрямована на концентрацію уваги на своїх внутрішніх процесах та досягнення злегка зміненого стану свідомості.

**Міжнародна класифікація хвороб (МКЛ) (International Classification of Diseases (ICD)) -** система класифікації фізичних і психічних розладів, які застосовуються Всесвітньою організацією охорони здоров'я.

**Міжособистісна психотерапія (interpersonal psychotherapy, IPT)** - метод лікування монополярної депресії, заснований на припущенні, що одужання сприяє прояснення та усунення міжособистісних проблем пацієнта.

**Меланхолія (melancholia)** - стан повної печалі, що описується древніми греками та римськими філософами та лікарями. У наші дні називається *депресією.*

**Мелатонін (melatonin)** - гормон, що виділяється шишковидною залозою, коли людина знаходиться в темряві.

**Месмеризм (mesmerism)** - метод, який використовував австрійський лікар Ф.А. Месмер для лікування істеричних розладів; попередник гіпнозу.

**Локалізована амнезія (localized amnesia)** - нездатність згадати будь-яку з подій, що відбулися в обмежений час.

**Метаболізм (metabolism)** - хімічне та фізичне розщеплення їжі в організмі та перетворення її в енергію. Крім того, біохімічна трансформація різних субстанцій в організмі, наприклад, коли печінка перетворює алкоголь на ацетилальдегід.

**Метадон (methadone)** - синтетичний наркотичний аналгетик.

**Металевий звук (clang)** — ритмічне постукування, яке використовується деякими людьми з шизофренією, що допомагає їм сформулювати думки та утвердження.

**Метилфенідат (methylphenidate) —** стимулюючі ліки, більш відомі під торговою маркою Риталін, що зазвичай застосовуються для лікування розладу гіперактивності дефіциту уваги.

**Мігрень (migraine headache)** - гострий головний біль, що виникає на одній стороні голови, найчастіше їй передує застережливе відчуття (аура) і часом вона супроводжується запамороченням, нудотою і блюванням.

**Мигдалеподібне тіло (amygdala) -** структура в мозку, що грає ключову роль у формуванні емоцій та пам'яті.

**Міннесотський багатофакторний особистісний опитувальник (Minnesota Multiphasic Personality Inventory)** — опитувальник, що широко застосовується, для дослідження структури особистості, що складається з великої кількості тверджень, які випробувані вибирають за типом «так» або «ні».

**Багатоосьова система (multiaxial system) -** система класифікації, в якій діагност використовує різні "осі" або напрямки інформації. DSM-IV - це багатоосьова система.

**Багатосторонній розгляд перспектив ризику (multidimensional risk perspective)** - теорія, що визначає різні фактори ризику, які спільно служать причиною появи розладу. Чим більший таких факторів, тим більший ризик розвитку порушення.

**Моделювання (modeling)** - процес навчання, в якому людина спостерігає за іншими і потім наслідує їх; крім того, терапевтичний підхід, заснований на цьому ж принципі.

**Моделювання за участю (participant modeling)** — біхевіористська техніка, в якій люди, які страждають на страхи, спостерігають взаємодію терапевта (моделі) з лякаючим об'єктом, а потім самі взаємодіють із цим об'єктом. Також називається *керована участь.*

**Модель (model)** - сукупність посилок і понять, які допомагають вченим пояснювати та інтерпретувати свої спостереження. Інша назва – *парадигма.*

**Мозок (cerebellum)** - область в мозку, що координує рухи тіла і допомагає людині керувати швидким перемиканням уваги.

**Моноаміноксидаза (monoamine oxidase (МАО))** - речовина в людському організмі, що руйнує нейротрансмітер норепінефрін.

**Монополярна депресія (unipolar depression) –** депресія без маніакальних станів.

**Моральне лікування (moral treatment) -** прийнятий у XIX столітті підхід до лікування людей з психічною дисфункцією, який наголошував на моральному впливі і людяне, поважне лікування.

**Морфін (morphine)** - речовина, що призводить до сильної наркотичної залежності, що витягується з опію, особливо ефективне для полегшення болю.

**Чоловічий розлад ерекції (male erectile disorder)** - чоловіча дисфункція, що характеризується постійною нездатністю досягти ерекції та підтримувати її під час коїтусу.

**\_Н\_**

**Повінь (flooding)** - техніка терапії фобій, в якій людина інтенсивно і неодноразово піддається впливу об'єкта, що вселяє страх, і переконується в тому, що насправді він нешкідливий. Див. *тренінг адаптивності.*

**Нав'язливі перевірочні дії (checking compulsion)** — нав'язливі дії, які здійснюють люди, які відчувають потребу перевіряти ті самі речі знову і знову.

**Нав'язливі дії, що очищають (cleaning compulsion)** — нав'язливі дії, що здійснюються людьми, які відчувають потребу постійно очищати себе, свій одяг, свій будинок.

**Нав'язливі дії (компульсії) (compulsion)** — повторювані та стійкі поведінкові чи розумові акти, які люди змушені робити, щоб запобігти або знизити тривогу.

**Нав'язливі ідеї (обсесії) (obsession) -** стійкі думки, ідеї, імпульси або образи, які є повторюваними і настирливими і викликають тривогу.

**Надійність (reliability)** - Вимірювання послідовності тестів або результатів дослідження.

**Спрямована мастурбація (directed masturbation)** — метод сексуальної терапії, який навчає жінок із розладом збудження чи оргазмическими розладами ефективно мастурбувати і згодом досягати оргазму під час сексуальної взаємодії.

**Нарколепсія (narcolepsy)** — розлад групи диссомній, характеризується тим, що протягом більш ніж трьох місяців людина відчуває непереборні напади парадоксального сну під час неспання.

**Наркотик (narcotic)** - будь-які природні або синтетичні ліки опіатного типу.

**Наркотик-антагоніст (narcotic antagonist) -** речовина, яка при вступі на опіатні рецептори в головному мозку блокує ефекти опіатів.

**Порушення сну, пов'язане зі страхом (sleep terror disorder)** - порушення сну, коли під час першої третини свого вечірнього сну хворі раптово прокидаються з криком, у сильному хвилюванні та жаху. Вони перебувають у стані паніки, часто щось безладно кажуть, їхнє серцебиття дуже частішає. Зазвичай наступного ранку людина не пам'ятає про цей епізод.

**Порушення добового ритму (circadian rhythm sleep disorders)** — розлад, при якому хворі відчувають сильну сонливість або безсоння в результаті повторюваних розривів сну, що відбуваються через розбіжність їх власного біологічного режиму сну і неспання з розкладом годинників сну і неспання. .

**Нарцисичне розлад особистості (narcissistic personality disorder)** — розлад особистості, що характеризується великим патерном грандіозності, потреби у захопленні та недоліком емпатії.

**Натрій амобарбітал (Amital) (sodium amobarbital (Amytal))** - ліки, що використовуються для того, щоб привести людину в стан, близький до сну, під час якого людина може краще згадати забуті події.

**Натрій пентобарбітал (Pentotal) (sodium pentobarbital (Penthotal))** (дивися натрій амобарбітал).

**Науковий метод (scientific method)** - процес систематичного збору та оцінки інформації в ході спостережень, призначених для того, щоб зрозуміти дане явище.

**Неврологічний тест (neurological test) -** тест, що безпосередньо вимірює структуру або активність мозку.

**Невроз (neurosis)** - термін Фрейда для розладів, що характеризуються інтенсивною тривогою, пов'язаною з нездатністю захисних механізмів його людини впоратися з несвідомими конфліктами.

**Негативна кореляція (negative correlation) -** статистична взаємозв'язок, коли він величина однієї змінної зростає, а інший - знижується.

**Негативні симптоми (negative symptoms) -** симптоми шизофренії, що виражаються у відсутності нормального мислення, емоцій та поведінки.

**Недиференційований тип шизофренії (undifferentiated type of schizophrenia) —** тип шизофренії, коли жоден із низки психотичних симптомів (непослідовність, психомоторні порушення, марення чи галюцинації) не домінує.

**Недолік змісту (poverty of content) -** відсутність сенсу, незважаючи на високу емоційність, що виявляється у мові людей із шизофренією.

**Нейролептичні ліки (neuroleptic drugs)** термін використовувався для традиційних антипсихотичних ліків, тому що вони часто викликають небажані ефекти, схожі з симптомами неврологічних розладів.

**Нейролептичний злоякісний симптом (neuroleptic malignant syndrome)** - гостра, потенційно смертельна реакція на антипсихотичні ліки, що характеризується м'язовою ригідністю, лихоманкою, зміною свідомості та дисфункцією вегетативної нервової системи.

**Нейрологічний (neurological)** - що відноситься до структури або активності мозку.

**Нейрон (neuron)** - нервова клітина. Мозок містить мільярди нейронів.

**Нейропсихологічний тест (neuropsychological test)** — тест, з якого виявляються мозкові порушення виміром когнітивних і моторних характеристик, і навіть можливості сприйняття.

**Нейротрансмітер (neurotransmitter) —** хімічна речовина, що виділяється нейроном, перетинає синаптичний простір та приймається рецепторами, що знаходяться на дендритах сусідніх нейронів.

**Нейрофібрилярні вузли (neurofibrillary tangles)** - переплетені протеїнові волокна, що формуються всередині деяких клітин мозку, коли люди старіють.

**Нейтралізація (neutralizing)** — усунути небажані думки за допомогою інших думок та поведінки, які «виправляють», компенсують неприйнятні думки.

**Незалежна змінна (independent variable) -** змінна в експерименті, з якою проводяться маніпуляції, щоб визначити, чи вплине вона на іншу змінну.

**Нелогічне мислення (illogical thinking) —** відповідно до когнітивних теорій, нелогічні способи мислення можуть призвести до саморуйнівних висновків та психологічних проблем.

**Неологізм (neologism)** - вигадане слово, що має сенс тільки для людини, яка використовує його.

**Невідкладне лікування (emergency commitment) —** тимчасове проведення у психіатричну лікарню людини, яка дивно чи жорстоко поводиться.

**Ненавмисна смерть (subintentional death) -** смерть, в якій сама жертва бере участь лише частково, непомітно і несвідомо.

**Безперервна амнезія (continuous amnesia) —** нездатність згадати події, що сталися нещодавно, а також деякі події у минулому.

**Нервова анорексія (anorexia nervosa) -** психічний розлад, відзначений прагненням до максимальної худоби та втрати ваги.

**Нервова анорексія стримувального типу (restricting type anorexia nervosa)** — тип анорексії, коли люди знижують свою вагу, суворо обмежуючи споживання їжі.

**Нервова булімія (bulimia nervosa)** - розлад, відзначений частим обжерливістю, за яким слідує штучно викликане блювання або інші екстремальні компенсуючі дії. Також відомо як синдром обжерливості з подальшим очищенням шлунка.

**Нервове закінчення (nerve ending)** - область на кінці нейрона, з якої імпульс надсилається сусідньому нейрону.

**Нервово-психічна анорексія (anorexia nervosa)** - розлад, для якого характерне прагнення до крайньої худоби, що супроводжується сильною втратою ваги.

**Неформалізоване (неструктуроване) інтерв'ю (unstructured interview)** — форма інтерв'ю, у якому клініцист спонтанно ставить питання, засновані на темах, які у процесі розмови.

**Недоцільне почуття (inappropriate affect) -** симптом шизофренії, коли людина виявляє емоції, які не підходять для ситуації.

**Нікотиновий пластир (nicotine patch) -** пластир, що прикріплюється до шкіри, як і звичайний, його нікотинове вміст вбирається через шкіру, воно робить легшою реакцію відвикання, викликану відмовою від куріння сигарет.

**Нореєпінефрин (norepinephrine) -** медіатор, аномальна активність якого пов'язана з панічним розладом та депресією.

**Нормалізація (normalization) —** принцип, полягає у тому, що установи та житлові організації повинні надавати людям із психічною відсталістю житлові умови та можливості такі самі, як та інших членам суспільства.

**Нормотиміки (antibipolar drugs)** - психотропні ліки, які стабілізують настрій людей, які страждають біполярним розладом настрою.

**Нічний набухання пеніса (nocturnal penile tumescence)** - виникнення ерекцій під час сну.

**\_О\_**

**Обжорство ( binge-eating disorder)** — розлад режиму харчування, у якому людина регулярно об'їдається, не супроводжуючи це компенсаторним поведінкою.

**Полегшена комунікація (facilitated communication)** — спірний метод, який навчає людей, які страждають на аутизм, спілкуватися. Терапевт або людина, що полегшує хворому на спілкування, допомагає хворому фізично, коли той друкує або показує літери на дисплеї або дошці.

**Зворотний спалах (flashback)** - повторні сенсорні та емоційні зміни, викликані ЛСД невдовзі після того, як наркотичні речовини виведені з тіла, або при посттравматичному стресовому розладі повторне переживання травматичних подій у минулому.

**Обсесивно-компульсивний розлад (obsessive-compulsive disorder)** - у людини, яка страждає цим розладом, виникають небажані думки, що повторюються, і/або він змушений робити повторювані і стійкі дії або розумові акти.

**Обсесивно-компульсивний розлад особистості (obsessive-compulsive personality disorder) —** розлад особистості, при якому людина настільки зосереджена на правильності, перфекціонізмі та контролі, що він або вона втрачає свою гнучкість, відкритість та ефективність.

**Обумовлення (conditioning)** - проста форма навчання, коли цей стимул викликає цю реакцію.

**Навчання залежно від стану (state-dependent learning)** - навчання, яке починає асоціюватися з умовами, в яких воно проводилося, і тому матеріал найкраще згадується в тих самих умовах.

**Навчання особистої ефективності (personal effectiveness training)** — програма групової терапії, коли учасники групи працюють один з одним з метою вдосконалення «експресивних» дій, таких як контакт очей, вираз обличчя, інтонація голосу та поза.

**Навчання методу самоінструкцій (self-instruction training)** — когнітивний терапевтичний підхід, розроблений Дональдом Мейхенбаумом, у якому пацієнта навчають під час періодів стресу чи фізичного дискомфорту використовувати конструктивні уявні установки, що допомагають упоратися з неприємними відчуттями. Інша назва - *щеплення від стресу.*

**Навчання відсталих дітей разом із нормальними (mainstreaming)** — метод, у якому психічно відсталі діти містяться у звичайні класи разом із нормальними дітьми.

**p align="justify"> Громадський підхід до лікування психічного здоров'я (community mental health approach) -** філософія лікування, заснована на турботі суспільства про людей з психологічними труднощами.

**Обов'язок захищати (duty to protect) -** принцип, який полягає в тому, що терапевти повинні порушити конфіденційність, щоб захистити людину, яка може стати жертвою їхнього клієнта.

**Одностороння електрошокова терапія (unilateral electroconvulsive therapy)** - форма електрошокової терапії, коли електроди прикріплюються до голови так, що електричний струм проходить лише через один бік мозку.

**Оперантне обумовлення (operant conditioning)** — процес навчання, у якому поведінка, що приносить задовільні наслідки чи винагороди, буде, швидше за все, повторено.

**Опіат (opioid)** - опіум або будь-який з наркотиків, одержуваних з опіуму, у тому числі морфін, героїн та кодеїн.

**Опіум (opium)** - сильний наркотик, що виготовляється із соку опійного маку.

**Опозиційний розлад непокори (oppositional defiant disorder)** — дитячий психічний розлад, коли діти постійно сваряться з дорослими, виходять із себе і відчувають сильний гнів та обурення.

**Опитувальник відповідей** — тест, призначений з метою оцінки відповідей індивіда на теми однієї зі специфічних сфер функціонування, як-от афект, соціальні навички чи пізнавальні процеси.

**Оральна стадія (oral stage)** - рання стадія розвитку в концепції психосексуального розвитку Фрейда, під час якої дитина отримує задоволення від годівлі і від частин тіла, що беруть участь у ньому.

**Оргазм (orgasm)** - пік сексуального задоволення, що складається з ритмічних м'язових скорочень в області тазу, під час яких відбувається еякуляція чоловічого насіння та скорочення зовнішньої третини жіночої вагіни.

**Оргазмічна переорієнтація (orgasmic reorientation)** — процедура лікування деяких парафілій, коли клієнтів вчать реагувати на нові, відповідні джерела сексуальної стимуляції.

**Ускладнення при пологах (birth complications) -** складні біологічні умови при пологах, що впливають на нормальний фізичний та психологічний стан дитини.

**Основна особистість (primary personality) -** слабо виражена особистість, що з'являється найчастіше у людей, які страждають від розладу множинної особистості.

**Залишковий тип шизофренії (residual type of schizophrenia)** — тип шизофренії, при якій кількість та яскравий прояв гострих симптомів шизофренії зменшилася, проте вони збереглися у залишковій формі.

**Гострий стресовий розлад (acute stress disorder)** — розлад, у якому страх і супутні симптоми виникають невдовзі після травматичної події та тривають менше місяця.

**Відділ головного мозку (brain region) -** окрема галузь мозку, що формується великою групою нейронів.

**Відхилення (deviance)** - відхилення від звичайних патернів поведінки.

**Заперечення (denial)** — захисний механізм Его, з якого людина відмовляється визнавати неприйнятні думки, почуття чи дії.

**Заперечувач смерті (death ignorer)** - людина, яка робить спробу самогубства і не визнає смерть як кінець свого існування.

**Відсутність волі (avolition)** - симптом шизофренії, що характеризується апатією та нездатністю розпочати або закінчити серію дій.

**Оцінка (asesment)** - процес збору та інтерпретації релевантної інформації про клієнта або предмет.

**\_П\_**

**Пам'ять (memory)** - здатність згадувати про події в минулому та минулому навчанні.

**Панічне розлад (panic disorder) -** тривожний розлад, що характеризується повторюваними і непередбачуваними нападами паніки.

**Панічне розлад та агорафобія (panic disorder with agoraphobia)** — панічне розлад, при якому напади паніки призводять до уникнення перебування в людних місцях.

**Параноїдний розлад особистості (paranoid personality disorder)** - розлад особистості, що характеризується симптомами крайньої недовіри та підозрілості до інших людей.

**Параноїдний тип шизофренії (paranoid type of schizophrenia)** - тип шизофренії, при якій у людини формується цілісна система марення та галюцинацій.

**Парасимпатична нервова система (Parasympathetic nervous system)** – група нервових волокон вегетативної нервової системи, що допомагає підтримати нормальне функціонування органу. Вона уповільнює функціонування органу після стимуляції та перетворює інші тілесні процеси на нормальні.

**Парасомнії (parasomnia)** - розлади, що характеризуються аномальними явищами під час сну.

**Парасуїцид (parasuicide)** - спроба самогубства, яка не закінчується смертю.

**Парафілії (paraphilias)** — розлади, що характеризуються постійними та інтенсивними сексуальними імпульсами, фантазіями чи поведінкою, пов'язаною з неживими предметами, дітьми, дорослими, власними стражданнями чи приниженнями інших.

**Пасивно-агресивний розлад особистості (passive-agressive personality disorder)** — категорія особистісного розладу (зазначена в попередніх версіях ДСМ), що характеризується патерном негативних установок та опором вимогам інших людей.

**Патологічна пристрасть до гри (гемблінг) (pathological gambling)** - розлад контролю імпульсів, що характеризується потягом, що повторюється, до різних ігор, яке руйнує особистість, сім'ю або згубно позначається на кар'єрі.

**Патологічна психологія (abnormal psychology)** - наукове дослідження патологічної поведінки з метою описати, передбачити, пояснити та змінити патологічну поведінку.

**Паттерн гіпоманії (hypomanic pattern) -** патерн, при якому людина виявляє симптоми манії, але ці симптоми менш гострі та менше калічать людину, ніж манія.

**Педофілія (pedophilia)** - парафілія, при якій людина володіє повторюваними та інтенсивними сексуальними імпульсами або фантазіями про те, як він спостерігає, торкається або займається сексом з дітьми, які не досягли статевої зрілості, і часом людина здійснює свої фантазії.

**Первинне безсоння (primary insomnia) -** труднощі при засинанні або нездатність довго спати не прокидаючись протягом принаймні одного місяця, що викликають суттєві порушення у функціонуванні організму.

**Первинна гіперсомнія (primary hypersomnia) -** виняткова сонливість, що володіє людиною протягом не менше одного місяця. Людина може відчувати потребу спати більше, ніж зазвичай, часу або спати також і вдень.

**Первинна вигода (primary gain) -** у психодинамічній теорії ця мета досягається, коли істеричні симптоми не дозволяють усвідомити внутрішні конфлікти.

**Переїдання (нервово-психічна анорексія очисного типу)** - тип анорексії, коли люди переїдають і при цьому скидають зайву вагу, змушуючи себе зригувати з'їдену їжу або зловживаючи проносними або діуретиками.

**Змінна (variable)** — будь-яка характеристика або подія, яка може змінюватися в залежності від часу, коли вони виникають, місця та в яких людей.

**Перенесення (transference)** — згідно з теоретиками психодинаміки, процес, у якому пацієнти під час психотерапії поводяться з терапевтами оскільки вони поводилися чи поводяться з людьми, які займають важливе місце у житті.

**Перелік реакцій (response inventory) —** тест, призначений визначення реакцій людини у одній специфічної області функціонування, наприклад, афекту, соціального досвіду чи когнітивних процесів.

**Періодичний вибуховий розлад (intermittent explosive disorder)** — розлад контролю імпульсів, коли людям періодично не вдається чинити опір агресивним імпульсам, це призводить до серйозних нападів інших людей і руйнації власності.

**Персеверація (perseveration)** - постійне повторення слів та тверджень.

**Печаль (grief)** - реакція, що переживає людина, коли вона втрачає кохану людину.

**Піроманія (pyromania)** - розлад контролю імпульсів, коли людина влаштовує пожежі для задоволення, задоволення або полегшення від напруги.

**Планування наосліп (blind design) —** експеримент, у якому випробувані не знають, перебувають вони в експериментальній чи контрольній групі.

**Планування експерименту у стилі АБАБ (АВАВ design)** (див. зворотне планування).

**Плацебо (placebo)** - підроблене лікування, яке пацієнт вважає справжнім.

**Плетизмограф (pletysmograph)** - апарат, що використовується для вимірювання сексуального збудження.

**Поведінка (behaviors)** - реакція організму на довкілля.

**Поведінкова (біхевіористська) медицина -** терапевтичний підхід, що поєднує в собі психологічне та фізіологічне втручання з метою лікування або запобігання хворобі.

**Прикордонний розлад особистості (borderline personality disorder)** - розлад особистості, при якому людина виявляє постійну нестабільність у міжособистісних взаєминах, у неї вкрай нестабільна самооцінка, різко змінюється настрій та поведінка відрізняється крайньою імпульсивністю.

**Занурення (експозиція) і запобігання дій у відповідь (exposure and respouse prevention)** — біхевіористський метод терапії обсесивно-компульсивного розладу, в якому люди стикаються з викликаючими тривогу думками або ситуаціями і потім утримуються від здійснення своїх нав'язливих дій.

**Пригнічення (repression)** - захисний механізм, в якому его заважає неприйнятним імпульсам досягти свідомості.

**Підтримуючий догляд (supporting nursing care)** – лікування, яке застосовується для анорексії, коли навчені сестри проводять щоденну лікарняну програму.

**Підкріплення (reinforcement)** - бажані та небажані стимули, що є результатом поведінки організму.

**Позитивна кореляція (positive correlation) -** статистичні взаємини, у яких величини двох змінних одночасно або зростають чи знижуються.

**Позитивні симптоми (positive symptoms) -** симптоми шизофренії, що здаються ексцесами, тобто дивними доповненнями до нормальних думок, емоцій та поведінки.

**Позитронна емісійна томографія (РЕТ-сканування) (positron emission tomography) -** виконана на комп'ютері динамічна картина, що показує інтенсивність обміну речовин у мозку.

**Пізнання (cognition)** - здатність думати, згадувати та передбачати.

**Поліграф (polygraph)** - апарат, за допомогою якого визначається ступінь правдивості людини, що відповідає на тест, вимірюється фізіологічна реакція та серцебиття. Також називається *детектором брехні.*

**Перешкоди (confounds)** - в експерименті це змінні, що відрізняються від незалежної змінної, які також можуть вплинути на залежну змінну.

**Розуміння закономірностей (номотетичне розуміння) (nomothetic understanding) —** цілісне розуміння природи, причин та лікування патологій у формі законів та принципів.

**Післяпологова депресія (postpartum depression)** - епізод депресії, що починається для деяких нових матерів протягом чотирьох тижнів після народження дитини.

**Постійний терапевтичний центр (residential treatment center)** — місце, де люди, які раніше залежні від наркотиків, живуть, працюють і спілкуються в обстановці, позбавленій наркотиків. Також цей центр називається *терапевтичною групою.*

**Посттравматичний стресовий розлад (posttraumatic stress disorder)** — тривожний розлад, при якому страх та супутні симптоми зберігаються тривалий час після травматичної події.

**Право на лікування (right to treatment) —** офіційне право пацієнтів, які особливо потрапили до лікарні проти своєї волі, отримати адекватне лікування.

**Право на відмову від лікування (right to refuse treatment)** - законне право пацієнтів відмовитися від деяких форм лікування.

**Схильність (predisposition) –** вроджена чи набута схильність до розвитку деяких симптомів чи розладів.

**Передчасна еякуляція (premature ejaculation)** - дисфункція, при якій чоловік досягає оргазму і еякулює до або незабаром після проникнення пеніса у вагіну або раніше, ніж цього бажає.

**Преморбідний період (premorbid) -** період, що передує розладу.

**Переслідування по суду лікарської помилки (malpractice lawsuit)** - офіційне переслідування терапевта в суді та звинувачення його у неправильному проведенні лікування.

**Перенасичення мастурбацією (masturbation satiation)** - терапія, при якій клієнт мастурбує протягом дуже тривалого періоду часу, представляючи докладно об'єкт своєї парафілії. Як очікується, ця процедура повинна викликати почуття нудьги, яке асоціюється з предметом.

**Передлобні частки (prefrontal lobes)** — області мозку, які відіграють ключову роль короткостроковій пам'яті серед інших функцій.

**Визнання невинності на підставі божевілля (not guilty by reason of insanity) —** вердикт, який ухвалює, що обвинувачені не винні у скоєнні злочину, тому що вони перебували в цей момент у стані безумства.

**Примусове лікування у цивільному порядку (civil commitment)** – легальний процес, коли деяких людей змушують проходити психіатричне лікування.

**Примусове лікування у кримінальному порядку (criminal commitment)** — легальний процес, коли злочинці, які обвинувачуються у скоєнні злочину, визнаються психічно нестабільними та відправляються до психіатричної лікарні на лікування.

**Принцип реальності (reality principle) -** усвідомлення того, що ми не можемо завжди висловлювати чи задовольняти імпульси нашого Ід.

**Принцип задоволення (pleasure principle) -** прагнення отримання насолоди, яке характеризує функціонування Ід.

**Піднесений настрій (high)** — приємне відчуття релаксації та ейфорії, яке наступає після прийому деяких наркотиків.

**Приступ паніки (panic attack)** — нетривалий спалах паніки, що раптово настає і періодично повторюється.

**Притулок (asylum)** - установа, яка в XVI столітті призначалася для надання допомоги людям з психічними порушеннями. Більшість подібних закладів практично перетворилася на справжні в'язниці.

**Пробанд (proband)** - людина, з якої починається генетичне дослідження.

**Програма жетонної (символічної) економіки (token economy program)** — програма поведінки, в якій бажана поведінка людини систематично підкріплюється протягом дня символічними призами, які можна обміняти на товари чи привілеї.

**Програма підтримки метадону (methadone maintenance program)** — програма лікування в залежності від героїну, коли людям офіційно прописують дози метадону — опіату, зробленого в умовах лабораторії, як заміну героїну.

**Програма допомоги службовцям (employee assistance program)** - програма зі зміцнення психічного здоров'я, яку деякі фірми пропонують своїм службовцям.

**Програма із запобігання суїциду (suicide prevention program)** — програма, в якій робиться спроба виявити людей, які можуть спробувати накласти на себе руки, і цим людям пропонують кризове втручання.

**Програма з управління лікуванням (managed-care program)** — програма страхування, в якій страхова компанія визначає групу терапевтів, витрати та тривалість лікування.

**Програма управління стресом (stress management program)** — підхід до лікування генералізованого та інших тривожних розладів, який навчає людей технікам зниження і контролю стресу.

**Прогресивний параліч (general paresis) -** незворотний розлад, до симптомів якого входять і психічні симптоми, наприклад, марення величі. Причиною прогресивного паралічу є сифіліс.

**Продромальна фаза (prodromal phase) -** період, під час якого симптоми шизофренії ще непомітні, проте людина гірше функціонує, ніж раніше.

**Проективний тест (projective test)** — тест, у якому випробуваний повинен інтерпретувати нечіткі стимульні матеріали чи реагувати ними.

**Проекція (projection)** - захисний механізм Его, коли свої небажані імпульси чи характеристики людина приписує іншим.

**Довільний висновок (arbitrary inference) -** помилка в логіці, при якій людина робить негативний висновок на основі недостатньої або навіть протилежної інформації.

**Проміжний мозок (diencephalon) —** частина переднього мозку, що складається з епіталамуса, заднього таламуса, метаталамуса та гіпоталамуса, яка серед інших функцій відіграє ключову роль у трансформації пам'яті з короткострокової до довготривалої.

**Проробка (working through)** - психодинамічний процес, що полягає в багаторазовому переживанні конфліктів, різному тлумаченні почуттів та усуненні проблем пацієнта.

**Протитривожні ліки (antianxiety drugs)** - психотропні ліки, які допомагають зняти напругу та тривогу. Інші назви: малі транквілізатори (minor tranquilizers) та анксіолітики (anxiolytics).

**Профілактика (prevention)** - ключова особливість програм психічного здоров'я спільноти, що полягає у запобіганні психічним розладам або зниженні їх числа.

**Процедурна пам'ять (procedural memory) —** пам'ять про набуті навички, коли людина виконує операції автоматично.

**Психічна некомпетентність (mental incompetence)** — стан психічної нестабільності, який дозволяє обвинуваченим зрозуміти звинувачення та процедури, і нездатність адекватно підготувати захист зі своїми адвокатами.

**Психічна відсталість (mental retardation) —** розлад, у якому загальне інтелектуальне функціонування і адаптивне поведінка людей нижче середнього.

**Психічно хворі люди, які зловживають наркотиками (mentally ill chemical abusers)** — люди, які страждають від шизофренії (або іншого сильного психологічного розладу) та розладу, зумовленого наркотиками.

**Психоаналіз (psychoanalysis)** - теорія або лікування психічних патологій, згідно з якими причинами цих порушень є підсвідомі психічні процеси.

**Психогенна думка (psychogenic perspective)** — теорія, за якою основні причини патологічного поведінки носять психологічний характер.

**Психоделічні наркотики (psychedelic drugs) -** речовини, такі як ЛСД, що викликають сильні зміни у сприйнятті. Також називають *галюцинногенними наркотиками.*

**Психодинамічна модель (psychodynamic model)** - теоретичне уявлення про те, що все людське функціонування формують динамічні (інтерактивні) психологічні сили; психотерапевти цього напряму аналізують несвідомі конфлікти людей, щоб пояснити їх поведінка.

**Психодинамічна терапія (psychodynamic therapy)** - система терапії, мета якої допомогти клієнтам згадати травматичні події в минулому і про внутрішні конфлікти, що виникли з них, вирішити ці конфлікти та відновити особистий розвиток.

**Психологічна аутопсія (psychological autopsy)** - процедура, що використовується для аналізу інформації про померлу людину, наприклад, щоб визначити, чи смерть людини була самогубством.

**Психоз (psychosis)** - стан, коли людина втрачає контакт із реальністю в основних сферах.

**Психомоторні симптоми (psychomotor symptoms)** - порушення руху, що виявляються при деяких розладах, таких як шизофренія.

**Психонейроімунологія (psychoneuroimmunology)** - наука, яка займається дослідженням зв'язків між психосоціальним стресом, імунною системою та здоров'ям.

**Психопатія** (див. Антисоціальний розлад особистості).

**Психопатологія (psychopatology)** - патологічний патерн функціонування, який можна описати як патерн відхилення, дистресу, дисфункції або небезпеки.

**Психосексуальні стадії (psychosexual stages) -** стадії розвитку, що визначаються Фрейдом, при яких Ід, Его і Суперего взаємодіють.

**Психосоматичні хвороби (psychosomatic illnesses)** - хвороби, що виникають в результаті взаємодії як фізичних, так і психологічних причин. ДСМ-IV характеризує ці хвороби як фізичні чинники, що впливають медичний стан. Їх ще називають психофізіологічними хворобами.

**Психотерапія (psychotherapy)** - система лікування, при якій клієнт (пацієнт) і терапевт використовують слова та дії для того, щоб клієнт міг подолати психологічні проблеми.

**Психотропні препарати (psychotropic medications)** -ліки, які впливають насамперед на головний мозок і знімають багато симптомів психічної дисфункції.

**Психофармаколог (psychopharmacologist) -** психіатр, що в основному займається виписуванням ліків. Також його називають фармакотерапевтом.

**Психофізіологічні розлади (psychophysiological disorders)** - хвороби, що є результатом взаємодії як психосоціальних, так і фізичних факторів. Також називаються психосоматичними розладами (psychosomatic disorders).

**Психофізіологічний тест (psychophysiological test)** - тест, за допомогою якого вимірюють фізіологічні реакції (такі як серцебиття та напруга м'язів) як можливі показники психологічних проблем.

**Психохірургія (psychosurgery)** – хірургічні операції на головному мозку при психічних розладах.

**\_Р\_**

**Поширеність (prevalence)** - загальна кількість випадків розладів, що виникають у цьому прошарку населення за певний період часу.

**Розлади контролю імпульсів (impulse-control disorders)** — розлади, при яких люди постійно не можуть чинити опір імпульсам, драйвам чи спокусі виконати дію, що завдає шкоди їм самим або іншим людям.

**Розлад гендерної ідентичності (gender identity disorder)** — розлад, при якому людина постійно відчуває дискомфорт, пов'язаний з її статтю і відчуває сильне бажання змінити стать. Це називається також транссексуалізмом.

**Розлад гіперактивності та дефіциту уваги (attention-deficit hyperactivity disorder ADHD))** — розлад, при якому люди нездатні зосередити свою увагу або поводяться надактивно та імпульсивно, або й те й інше.

**Розлад жіночого сексуального збудження (female sexual arousal disorder)** - жіноча дисфункція, що характеризується постійною нездатністю досягти та підтримати адекватне змащення або набухання геніталій під час сексуальної активності.

**Розлад особистості (personality disorder) -** дуже ригідний зразок внутрішніх переживань і зовнішньої поведінки, що відрізняється від очікувань у культурі та призводить до дисфункцій.

**Розлад множини (multiple personality disorder)** (див. диссоціативний розлад особистості).

**Розлад настрою (mood disorder) —** розлад, що впливає емоційний стан людини, зокрема монополярний депресивний розлад і біполярні расстройства.

**Розлад навчання (learning disorder) —** розлад розвитку, що характеризується ослабленням когнітивних навичок, наприклад читання, математики або мовних навичок.

**Розлад поведінки (conduct disorder) -** психічний розлад дитячого віку, коли дитина навмисно порушує базові права інших людей, виявляє агресію і часом руйнує власність інших, бреше чи тікає з дому.

**Розлад зниженого сексуального бажання (hypoactive sexual disorder)** – розлад, що характеризується відсутністю інтересу до сексу.

**Розлад режиму сну-неспання (circadian rhythm sleep disorder)** (див. порушення добового ритму).

**Розлад, пов'язаний з болючими відчуттями під час занять сексом (sexual pain disorder) -** дисфункція, коли людина відчуває біль під час збудження або злягання. Дивись також диспареунія та вагінізм.

**Розлад, пов'язаний з ліками (substance-related disorder)** - патерн непристосованої поведінки, побудований на використанні, зловживанні або залежності від певних ліків.

**Розлад, пов'язаний з нічними кошмарами (nightmare disorder)** - порушення сну, при якому людина хронічно бачить сновидіння, що лякають і викликають стрес.

**Розлад, пов'язаний із застосуванням кількох ліків (polysubstance-related disorder)** - тривалий патерн поганої пристосованості, пов'язаний зі зловживанням або залежністю від поєднання кількох ліків.

**Розлад, пов'язаний із сексуальною огидою (sexual aversion disorder)** — розлад, що характеризується огидою та ухиленням від сексуальної взаємодії.

**Розлад, пов'язаний із тривогою розлуки (separation anxiety disorder)** — дитячий психічний розлад, що характеризується надзвичайною тривожністю, навіть панікою, коли дитина відокремлюється від будинку чи батьків.

**Розлад сну, пов'язаний з порушенням дихання (breathing-related sleep disorder)** - розлад сну, коли сон часто переривається через те, що людина задихається, в результаті людина спить дуже довго або страждає від безсоння через те, що час від часу припиняється доступ кисню до мозку.

**Розлад формального мислення (formal thought disorder)** - порушення у формуванні та організації мислення, частий симптом при шизофренії.

**Раціоналізація (rationalization)** - захисний механізм Его, коли людина вигадує прийнятні пояснення для небажаної поведінки.

**Раціонально-емотивна терапія (rational-emotive therapy)** — розроблена Альбертом Еллісом когнітивна терапія, що допомагає людям визначити та змінити ірраціональні переконання та перебіг думок, які сприяють розвитку психологічних труднощів.

**Реактивна депресія (reactive depression) –** депресія, явно спровокована подіями у житті. Також її ще називають екзогенною депресією.

**Реактивна освіта** — захисний механізм Его, який полягає в тому, що людина протистоїть своїм неприйнятним бажанням, обираючи такий життєвий стиль, який прямо протилежний його небажаним імпульсам.

**Реактивність (reactivity)** - ступінь, в якому сама присутність спостерігача впливає на поведінку людини.

**Регресія (regression)** - захисний механізм Его, при якому людина повертається до більш примітивного способу взаємодії зі світом.

**Релаксаційні тренування (relaxation training) -** терапія, що навчає людей розслаблятися за власним бажанням.

**Ретикулярна формація (reticular formation) -** Центр збудження в мозку, що допомагає людям перебувати у свідомості, відчувати тривогу і бути уважними.

**Ретроградна амнезія (retrograde amnesia) -** Недолік пам'яті про події, що відбулися до події, що спровокував амнезію.

**Ретроспективний аналіз (retrospective analysis) -** психологічна аутопсія, при якій клініцисти та дослідники збирають повну інформацію про особистість самогубці на підставі фактів його життя.

**Рецептор (Receptor)** - ділянка нейрона, що приймає нейротрансмітер.

**Рисперидон (risperidone)** - атипові антипсихотичні ліки, що часто прописуються.

**Риталін (Ritalin)** — торгова марка метилфенідату, що стимулює ліки, що допомагає у багатьох випадках розлади дефіциту уваги та гіперактивності.

**Рольова гра (role play)** — техніка терапії, коли клієнтів навчають грати ролі, призначені їм терапевтом.

**Роль спостерігача (spectator role)** — стан свідомості, яке відчувають деякими людьми під час сексу, коли вони зосереджуються на своїй сексуальній поведінці настільки, що займаються сексом без задоволення і не відчувають оргазму.

**\_С\_**

**Самоактуалізація (self-actualization) -** гуманістичний процес, у якому люди реалізують свій потенціал добра та зростання.

**Самогіпноз (self-hypnosis)** - процес введення в транс самого себе - наприклад, з метою забування про неприємні події.

**Самомоніторинг (self-monitoring)** - техніка спостережливої поведінки, коли клієнти спостерігають за собою.

**Самоефективність (self-efficacy) —** ідея, що людина може опанувати необхідні поведінкові реакції і демонструвати їх щоразу, коли це потрібно.

**Світлотерапія (light therapy) -** лікування сезонного (афективного) розлади настрою, коли пацієнтів протягом декількох годин піддають впливу додаткового світла. Цей метод називається також фототерапією.

**Вільні асоціації (free association) —** психодинамічна техніка, коли людина описує будь-яку думку, почуття чи образ, що прийшла йому на думку, навіть коли вона здається їй незначною.

**Седативно-снодійні засоби (sedative-hypnotic drugs)** – препарати, які у невеликих дозах діють заспокійливо, а у великих дозах допомагають людям заснути.

**Сезонний (афективний) розлад настрою (seasonal affective disorder (SAD))** — розлад настрою, при якому підвищена секреція мелатоніну взимку сприяє тому, що рухи людини сповільнюються, він стає менш енергійним, потребує більш тривалого відпочинку, і ця сповільненість дій приймає форму депресії.

**Сексуальна дисфункція (sexual disfunction) —** розлад, у якому людина неспроможна функціонувати нормально деяких областях циклу сексуального реагування людини.

**Сексуальний мазохізм (sexual masochism) —** парафілія, що характеризується повторюваними та інтенсивними сексуальними імпульсами, фантазіями чи поведінкою, коли людину принижують, б'ють, пов'язують чи інакше змушують страждати.

**Сексуальний садизм (sexual sadism)** - парафілія, що характеризується повторюваними та інтенсивними сексуальними імпульсами, фантазіями або поведінкою, що включає заподіяння страждання іншим.

**Селективні інгібітори пресинаптичного (зворотного) захоплення серотоніну (selective serotonin reuptake inhibitors, SSRIs)** – група антидепресантів другого покоління, які підвищують активність серотоніну, не впливаючи на інші нейротрансмітери.

**Селф-психологія (self-theory)** - психодинамічна теорія, яка наголошує на ролі "я" - сукупної особистості людини.

**Сімейна терапія (family therapy) -** терапевтичний метод, у якому терапевт зустрічається з усіма членами сім'ї та допомагає їм змінитися за допомогою терапевтичних прийомів.

**Семінари зі зниження стресу (stress-reduction seminars)** - семінари або групові сесії, що пропонуються в деяких фірмах, коли професіонали з психічного здоров'я навчають своїх працівників справлятися зі стресом, вирішувати проблеми та знімати стрес. Також відомі як семінари з вирішення проблем.

**Сім'я з тісними зв'язками (enmeshed family pattern)** — сім'я, члени якої надто залучені до справ один одного і надто піклуються про їх благополуччя.

**Сенільні бляшки (senile plaques)** - відкладення бета-амілоїдного протеїну округлої форми в проміжку між деякими клітинами мозку та в деяких кровоносних судинах у міру того, як люди старіють.

**Серотонін (serotonin)** - медіатор, аномальна активність якого пов'язана з депресією, обсесивно-компульсивним розладом та розладами апетиту.

**Мережа невідкладної допомоги в катастрофах (Disaster Response Network)** — мережа з тисяч добровольців у галузі психічного здоров'я, які мобілізуються для надання термінової безкоштовної психологічної допомоги у місцях катастроф у Північній Америці.

**Сильна розумова відсталість (severe retardation)** - рівень психічної відсталості (коефіцієнт розумового розвитку IQ між 20 і 34), коли людям потрібне ретельне спостереження і вони можуть виконувати базову роботу у структурованій та захищеній обстановці.

**Символічна втрата (symbolic loss) -** згідно з теорією Фрейда, втрата високо цінується об'єкта (наприклад, втрата роботи), яка несвідомо інтерпретується як втрата коханої людини. Інша назва - уявна втрата (imagined loss).

**Симпатична нервова система (sympathetic nervous system)** - нервові волокна вегетативної нервової системи, що прискорюють серцебиття і викликають інші зміни, що переживаються як страх або тривога.

**Симптом (symptom)** - фізична чи психологічна ознака розладу.

**Симптоми Паркінсона (Parkinsonian symptoms) -** симптоми, схожі на ті, які були виявлені при хворобі Паркінсона. Пацієнти з шизофренією, які приймають традиційні антипсихотичні засоби, можуть виявляти один або більше цих симптомів.

**Симулятивний (штучний) розлад (factitious disorder)** — захворювання, яке має жодної видимої фізіологічної причини, у якому вважається, що пацієнт навмисно викликає чи симулює свої симптоми, бажаючи грати роль хворого.

**Симуляція (malingering) -** навмисна симуляція для досягнення зовнішніх цілей, таких як фінансова компенсація або відстрочка від армії.

**Синапс (synapse)** - мікроскопічний простір між нервовим закінченням одного нейрона і дендрит іншого.

**Синдром (syndrome)** - поєднання симптомів, які зазвичай проявляються разом.

**Синдром апное уві сні (sleep apnea)** - розлад, при якому під час сну людина часто перестає дихати на 30 секунд і більше.

**Синдром Бріке (Briquet's syndrome)** (див. соматизований розлад).

**Синдром Дауна (Down syndrome)** - форма психічної відсталості, пов'язана з патологією в двадцять першій хромосомі.

**Синдром Корсакова (Korsakoff's syndrome) -** амнестичний розлад, що характеризується крайньою сплутаністю, ослабленням пам'яті та іншими неврологічними симптомами, спричиненими тривалим алкоголізмом, що супроводжує поганою дієтою та дефіцитом вітаміну В1 (тіаміну).

**Синдром Мюнгхаузена (Munchausen syndrome) -** крайня та тривала форма симулятивного (штучного) захворювання, при якій людина викликає у себе симптоми, домагається госпіталізації та піддається лікуванню.

**Синдром нестачі винагороди (syndrome reward-deficiency)** — стан, який виникає у деяких людей, коли після звичайних подій у житті центр мозку повільно активується.

**Синдром відміни (withdrawal)** - стан, що характеризується неприємними і часом небезпечними реакціями - він виникає, коли люди, які використовують ліки регулярно, перестають застосовувати або знижують дозування.

**Синергічний ефект (synergistic effect) -** у фармакології це посилення ефектів, що виникають, коли на тіло одночасно діє більше одного ліки.

**Синестезія (synesthesia)** - зміна сенсорного сприйняття, викликане ЛСД та іншими галюцинногенними наркотиками. Наприклад, людині може здатися, що вона бачить гучний звук або чує якийсь колір.

**Система захисту (protection and advocacy system)** – система, коли адвокати, які працюють для пацієнтів, можуть досліджувати та захищати права пацієнтів під час лікування.

**Система класифікації (classification system) -** список розладів разом з описами симптомів та вказівок для правильної постановки діагнозів.

**Система спостереження за клієнтами (peer review system)** — система, коли клініцисти, які отримують зарплату через страхову компанію, можуть періодично відзначати прогрес своїх пацієнтів і рекомендувати продовження чи закінчення дії страховки.

**Система збільшення комунікації (augmentative communication system)** - метод навчання комунікаційним навичкам людей з аутизмом, психічним уповільненням або церебральним паралічем, коли їм показують картинки, символи, літери або слова на дошці для комунікацій або комп'ютера.

**Систематична десенситизація (systematic desensitization)** — біхевіористська техніка, що використовує тренінг релаксації та складання ієрархії страхів для того, щоб допомогти людям з фобіями спокійно реагувати на предмети, що їх лякають, або ситуації.

**Ситуаційна тривожність (situation anxiety) —** різні рівні тривоги, які у людини у різних ситуаціях. Також називається середова тривожність.

**Прихована десенситизація (covert desensitization) —** десенсибілізація, коли людина у стані релаксації зосереджується на уявних зіткненнях із лякаючими предметами чи ситуаціями.

**Прихована сенситизація (covert sensitization) —** терапія поведінки, спрямовану виключення небажаної поведінки, коли ця поведінка порівнюється з неприємними психічними образами.

**Слабка психічна відсталість (mild retardation)** - рівень психічної відсталості (коефіцієнт розумового розвитку IQ від 50 до 70), коли люди можуть отримувати користь від освіти та забезпечувати себе у зрілому віці.

**Слабо виражені особистості (subpersonalities) -** різні особистості, які виявляються у людей, які страждають від розладів множини. Також відомі як альтернативні особи.

**Злиття (fusion)** - остаточне злиття двох або більше подробиць при розладі множини.

**Слухові галюцинації (auditory hallucination) -** галюцинація, коли людина чує уявні звуки та голоси.

**Випадкова вибірка (random assignment) —** процедура вибору, яка гарантує, що випробувані випадково поміщаються або в контрольну або в експериментальну групу.

**Змішане планування (mixed design) -** планування дослідження, при якому кореляційний метод поєднується з експериментальним. Також називається квазіекспериментом.

**Зміщення (displacement)** - захисний механізм Его, що спрямовує неприйнятні імпульси Ід до іншої безпечнішої заміни.

**Сновидіння (dream)** - серія думок і образів, які виникають під час сну та інтерпретуються теоретиками психодинамічного спрямування як підказки, що дають ключ до несвідомого.

**Снігування (лунатизм) (sleepwalking disorder) —** парасомнія, при якій люди періодично залишають постіль і блукають, не усвідомлюючи своїх дій, про які вони вранці нічого не пам'ятають. Найчастіше зустрічається у дітей.

**Соматизований розлад (somatization disorder)** — соматоформний розлад, який характеризується безліччю фізичних нездужань, що повторюються, не мають органічної основи. Також називається синдромом або розладом Бріке.

**Соматогенна думка (somatogenic perspective)** — погляди, за якими патологія психічної функції має фізичні причини.

**Соматоформний розлад (somatoform disorder)** - фізична хвороба або нездужання, які пояснюються, переважно, психологічними причинами і при яких пацієнт свідомо не бажає хворіти і не організовує свої симптоми.

**Спільник (confederate)** - помічник експериментатора, який допомагає створити особливе враження в ході експерименту, розігруючи з себе іншу людину.

**Відповідність (concordance)** - статистичні дані про частоту, з якою члени сім'ї (часто обидва близнюки в парі) мають однакові характеристики.

**Опір (resistance)** - захисний механізм, який блокує вільні асоціації людини або змушує її змінити тему, щоб уникнути неприємного обговорення.

**Супутній патологічний процес (comorbidity)** - виникнення двох або більше розладів в однієї людини.

**Зосередженість на чуттєвості (sensate focus)** - лікування сексуальних розладів, коли пари навчають відволікатися від оргазму чи злягання і замість цього концентруватися на задоволенні, що досягається при таких діях, як поцілунки, обійми та взаємний масаж. Також ця техніка називається невимогливим задоволенням.

**Судинна недоумкість (vascular dementia) —** недоумство, обумовлене цереброваскулярним нещасним випадком або ударом, що обмежує приплив крові до деяких областей мозку. Також називається мультиінфарктним недоумством.

**Соціальна терапія (Social therapy) -** метод у терапії, коли при лікуванні шизофренії основну увагу терапевт приділяє практичним порадам та пристосованості у житті. Терапія також приділяє основну увагу вирішенню проблем, ухваленню рішень, розвитку соціальних навичок та менеджменту лікарських засобів. Також відома як особистісна терапія.

**Соціокультурна модель (sociocultural model) -** теоретична точка зору, що підкреслює вплив суспільства, культури, соціальних та сімейних груп на поведінку окремої людини.

**Соціологія (sociology)** - дослідження людських взаємин та соціальних груп.

**Соціопатія (sociopathy)** (див. Антисоціальний розлад особистості).

**Соціофобія (social phobia)** - сильний і стійкий страх перед соціальними ситуаціями або виступами, в яких може настати замішання.

**Специфічна фобія (specific phobia) -** сильний і стійкий страх перед конкретним предметом або ситуацією (за винятком агорафобії та соціофобії).

**Стандартизація (standardization)** — процес, у якому тестується велика група покупців, безліч виконання завдання згодом служить загальним стандартом чи нормою, з якою порівнюються результати окремої людини.

**Статистична значущість (statistical significance)** - визначення ймовірності того, що дані дослідження отримані випадково, а не внаслідок експериментальних маніпуляцій.

**Статистичний аналіз (statistical analysis) -** застосування принципів можливості до даних досліджень для того, щоб дізнатися, наскільки ймовірно, що дані отримані випадково.

**Стимулюючі ліки (stimulant drug) -** речовина, що посилює активність центральної нервової системи.

**Страх (fear)** - фізіологічна та емоційна відповідь центральної нервової системи на серйозну загрозу благополуччю людини.

**Стресова відповідь (stress reaction)** - індивідуальні реакції людини на стрес.

**Стрессор (stressor)** - подія, яка викликає відчуття загрози, зіштовхуючи людину з необхідністю чи ймовірністю будь-яких змін.

**Структуроване спостереження** — метод спостереження за поведінкою, коли за людьми спостерігають у штучній обстановці, наприклад, в офісах клініцистів або в лабораторіях.

**Сублімація (sublimation)** - в психоаналітичній теорії це зміна напряму імпульсів Ід в соціально прийнятну діяльність, що приносить людині задоволення. Сублімація також є захисним механізмом его.

**Судова медицина (forensic science)** — дослідження законодавчих тем, які стосуються медицини чи психології.

**Суїцид (suicide)** - смерть, викликана самою людиною, коли людина діє навмисно, свідомо та прямо.

**Суїцид на ґрунті аномії (anomic suicide) —** самогубство, яке вчиняють люди, соціальне оточення якого не надає їм стабільності і не формує в них почуття приналежності.

**Суперего (superego)** - відповідно до Фрейда, це психологічна сила, що включає свідомість, цінності та ідеали людини.

**Подружня терапія (couple therapy) —** терапевтичний підхід, у якому терапевт працює із двома людьми, які у близьких відносинах.

**Добові ритми (circadian rhytms) —** внутрішній «годинник», що включає біологічні зміни, що повторюються.

**\_Т\_**

**Такрин (tacrine)** - ліки, що використовуються для лікування хвороби Альцгеймера, що допомагають запобігти розщепленню ацетилхоліну.

**Танатос (thanatos)** - відповідно до теорії Фрейда це основний інстинкт смерті, що відрізняється від інстинкту життя.

**Тарантизм (tarantism)** - психічне порушення, поширене в Європі між 900 і 1800 pp. н. е., коли люди раптово починали стрибати, танцювати колами і битися в конвульсіях. Це психічне порушення відоме також як танець св. Вітта.

**Тардівна дискінезія (tardive dyskenesia) —** стан, що характеризується екстрапірамідними ефектами, що з'являються у деяких пацієнтів після того, як вони приймали традиційні антипсихотичні ліки протягом тривалого часу.

**Теорія об'єктних відносин (object relations theory)** - психодинамічна теорія, яка стверджує, що прагнення до взаємин є головною мотивуючою силою в людській поведінці.

**Теорія сімейних систем (family systems theory) -** теорія, яка розглядає сім'ю як систему взаємодіючих частин і вважає, що члени сім'ї взаємодіють у стійкій манері та керуються негласними правилами.

**Теорія свідомості (theory of mind)** - уявлення про те, що поведінка людей ґрунтується на їх власних уявленнях, намірах та психічному стані, а не на інформації.

**Терапія (therapy)** - систематичні дії, спрямовані на те, щоб допомогти людям подолати їхні психологічні проблеми. Учасниками цього процесу є пацієнт та досвідчений терапевт, при цьому необхідно, щоб вони мали не один сеанс лікування, а серію зустрічей.

**Терапія довкілля (milieu therapy) —** гуманістичний підхід до лікування в лікарні, заснований на уявленні про те, що установи можуть допомогти пацієнтам одужати, створивши клімат, що сприяє самоповазі, індивідуальній відповідальності та осмисленій діяльності.

**Терапія відразою (aversion therapy) —** лікування, засноване на принципах класичного обумовлення, в якому людям постійно завдають ударів струмом або повідомляють інші неприємні стимули в той момент, коли вони виявляють небажану поведінку — наприклад, вживають наркотики.

**Тест (test)** - спосіб збору інформації про деякі аспекти психічного стану людини, за якими можна зробити більш докладні висновки про цю людину.

**Тест американського інституту права (American Law Institute test)** - офіційний тест на божевілля, що підтверджує, що людина при скоєнні злочину знаходилася в стані безумства, якщо через психічний розлад вона не могла відрізнити хороше від поганого або не могла чинити опір неконтрольованому імпульсу до дії.

**Тест Дерема (Durham test)** - офіційний тест на божевілля, який підтверджує, що людина знаходилася в стані божевілля під час скоєння злочину, якщо дія була результатом психічного розладу або дефекту.

**Тест М'Негтена (M'Naghten test)** — офіційний тест, що широко застосовується, на божевілля, який підтверджує, що люди перебували в стані безумства при скоєнні злочину через психічний розлад, вони не знали характеру дії або не могли відрізнити правильного від невірного.

**Тест на інтелект (intelligence test)** - тест, призначений визначення інтелектуальних здібностей людини.

**Тест на непереборний імпульс (irresistible impulse test)** - офіційний тест на божевілля, який підтверджує, що людина втратила розум при скоєнні злочину під впливом нападу пристрасті.

**Тест на тематичну апперцепцію (Thematic apperception test)** - проективний тест, у якому використовуються картини, що показують людей у дещо неясній ситуації.

**Тест на чесність (integrity test) -** тест, що оцінює чесність випробуваного, який проходив тестування.

**Тест Роршарха (test Rorshach)** — проективний тест, у якому людина реагує на плями фарби, з допомогою яких визначаються його психологічні якості.

**Тестостерон (testosterone)** - основний чоловічий сексуальний гормон.

**Тетрагідроканнабінол (tetrahydrocannabinol) -** головний активний інгредієнт, що отримується з конопель.

**Техніка прихованого запобігання відповіді (covert respouse prevention)** - біхевіористська методика, за якої терапевт вчить клієнтів утримуватися або відволікатися від виконання нав'язливих дій, які можуть виникати під час *тренінгу адаптивності.*

**Тирамін (tyramine)** - речовина, що накопичується в крові, сильно підвищує тиск. Воно виявляється у багатьох видах їжі та розщеплюється за допомогою моноаміноксидази.

**Т-клітина-вбивця (killer T-cell)** - лімфоцит, який шукає та руйнує клітини тіла, заражені вірусами.

**Т-клітина-помічник (helper T-cell)** - лімфоцит, що ідентифікує сторонні агенти, що збільшує кількість імунних клітин та сприяє виробництву інших імунних клітин.

**Толерантність (tolerance)** - при регулярному використанні наркотику це потреба мозку і тіла в дедалі сильніших дозах, щоб отримати колишній ефект наркотику.

**Транквілізатор (trannquilizer)** - ліки, що послаблюють тривогу.

**Трансвестистський фетишизм (transvestic fetishism)** - парафілія, що включає повторювані і сильні сексуальні імпульси, фантазії або поведінка, наприклад, переодягання в одяг протилежної статі. Також це явище відоме як трансвестизм чи перевдягання.

**Вимоги визнання заслуг (conditions of worth)** - на думку клієнт-центрованих терапевтів, це внутрішні стандарти, відповідно до яких людина оцінює схвалення та любов інших людей, які визначаються стандартами, яких людина дотримувалася в дитинстві.

**Тривога (anxiety)** - фізіологічна та емоційна відповідь центральної нервової системи на ситуацію невизначеної загрози або небезпеки.

**Тривога, пов'язана з виконанням дії (performance anxiety)** - страх неадекватного виконання дії та пов'язаної з ним напруги, що переживається під час занять сексом.

**Тривожна чутливість (anxiety sensitivity)** — тенденція деяких людей концентруватися на своїх тілесних відчуттях, переоцінювати їхню значущість та інтерпретувати як небезпечні.

**Тривожний розлад (anxiety disorder) –** захворювання, у якому тривога є провідним симптомом.

**Тренінг адаптивності (повінь) (habituation training)** - терапевтична техніка, в якій терапевт намагається знову і знову викликати у клієнта нав'язливі думки, припускаючи, що в результаті такі думки втратить своє загрозливе значення і це призведе до зниження тривоги.

**Тренінг навичок самоконтролю (behavioral self-control training)** - когнітивно-біхевіористський підхід до лікування зловживання алкоголем і залежностей від психоактивних речовин, що полягає в навчанні людей навичкам контролю за своєю поведінкою і стратегіям, що допомагають їм впоратися з ситуацією і уникнути.

**Тренінг запобігання рецидивам (relapse-prevention training)** — метод лікування зловживання алкоголем, схожий на тренінг навичок самоконтролю, у якому люди планують заздалегідь ризиковані ситуації та реакцію них.

**Тренінг звикання (habituation training) -** терапевтична техніка, при якій терапевт намагається викликати обсесивні думки клієнта знову і знову і чекає, що ці думки врешті-решт втратить свій сенс і будуть завдавати менше тривоги.

**Тренінг соціальних навичок (social skills training)** - метод терапії, що допомагає людям навчитися новим соціальним навичкам або вдосконалити вже наявні навички та наполегливість у процесі рольової гри та відтворення бажаної поведінки.

**Тренінг впевненої поведінки (assertiveness training)** - когнітивно-біхевіористський підхід для посилення соціально бажаної асертивності (впевненості) у поведінці людини.

**Трепанація ( trephination )** - Стародавня операція, при якій використовувався кам'яний інструмент для того, щоб зробити в черепі круглий отвір - можливо, з метою вилікувати патологію поведінки.

**Трисомія (trisomy)** - хромосомна патологія, в якій людина має три хромосоми одного виду замість звичайних двох.

**Трихотілломанія (trichotyllomania)** - розлад контролю імпульсів (або компульсія), коли люди постійно тягнуть або навіть висмикують своє волосся, вії або брови.

**Трициклічний антидепресант (tricyclic drug) —** препарат, що регулює настрій, що має три кільця у своїй молекулярній структурі, наприклад, іміпрамін.

**Тяжка втрата (bereavement)** - процес подолання смутку, що відчувається людиною, коли в нього вмирає кохана людина.

**Тяжкий депресивний розлад (major depressive disorder)** — гостра форма депресії, що призводить до тяжких наслідків та обумовлена іншими факторами, ніж вживання ліків або загальний соматичний розлад.

**Тяжкий депресивний епізод (major depressive episode)** - період, що характеризується принаймні п'ятьма симптомами депресії і триває два тижні або більше. У крайніх випадках епізод може включати психотичні симптоми.

**\_У\_**

**Помірна психічна відсталість (moderate retardation)** - рівень психічної відсталості (IQ від 35 до 49), у якому люди можуть навчитися дбати про себе та придбати професійну підготовку.

**Управління (guided participation)** (див. моделювання за участю).

**Сплощення емоцій (flat affect)** - симптом шизофренії, коли людина майже не виявляє емоцій.

**Рівень тривожності (trait anxiety)** - основний рівень тривоги, який привносить людиною в різні події його життя.

**Прискорення мислення (loose associations) -** поширене порушення мислення при шизофренії, що включає швидке перемикання з однієї теми розмови в іншу.

**Умовне реагування (conditioned response) —** реагування, яке раніше асоціювалося з безумовним стимулом, спочатку викликане зумовленим стимулом.

**Умовний стимул (conditioned stimulus (CS)) —** спочатку це нейтральний стимул, спочатку асоціюється з ненейтральним стимулом, згодом може призводити до реакцій, подібним до реакціями, викликаними ненейтральним стимулом.

**Установка реакції (response set) -** певний спосіб відповідати на запитання або затвердження тесту, наприклад, завжди вибираючи "правдиві", незалежно від цих питань.

**Встановлення біологічного зворотного зв'язку (biofeedback training)** - терапевтичний метод, при якому людина отримує інформацію про свої спонтанні психологічні реакції у міру того, як вони відбуваються, і вчиться свідомо контролювати ці реакції.

**Встановлена вага (weight set point)** - задане значення ваги, яку людина передбачає підтримувати; частково контролюється гіпоталамусом.

**Твердження про себе (self-statements)** — згідно з деякими когнітивними теоретиками, це твердження про себе, іноді зовсім непродуктивні, які спадають на думку під час стресових ситуацій.

**\_Ф\_**

**Фаза збудження (excitement phase)** - фаза циклу сексуального реагування, що характеризується змінами в області тазу, загальним фізичним збудженням, посиленням серцебиття, м'язовим напруженням, підвищенням кров'яного тиску та швидкістю дихання.

**Фаза бажання (desire phase)** - фаза циклу сексуальної реакції, що включає спонукання до заняття сексом, сексуальні фантазії та сексуальний потяг до інших людей.

**Фаза оргазму (orgasm phase)** - фаза циклу сексуального реагування, під час якої сексуальне задоволення людини досягає піку, а сексуальна напруга вивільняється в міру того, як м'язи в районі тазу ритмічно скорочуються.

**Фаза задоволення (resolution phase)** - четверта фаза в циклі сексуального реагування, що характеризується релаксацією та ослабленням збудження після оргазму.

**Фантазія (fantasy)** - захисний механізм Его, коли людина використовує уявні події, щоб задовольнити неприйнятні імпульси.

**Фалічна стадія (phallic stage)** - у психоаналітичній теорії це період між третім та четвертими роками, коли фокус сексуального задоволення зміщується до геніталій.

**Фалопластика (phalloplasty)** - хірургічна процедура, у процесі якої створюється функціональний пеніс.

**Фенілкетонурія (phenylketonuria)** - метаболічний розлад, обумовлений нездатністю тіла розщеплювати аміноаксідфенілаланін, що призводить до психічної відсталості та інших симптомів.

**Фенотіазини (phenothiazines)** - група антигістамінових ліків, що стали першою групою ефективних антипсихотичних ліків.

**Фетишизм (fetishism)** - парафілія, що складається з сильних інтенсивних сексуальних імпульсів, фантазій або поведінки, що повторюються, включає використання неживого предмета, при цьому часто всі інші стимули виключаються.

**Фіксація (fixation)** - згідно з Фрейдом, ситуація, при якій Ід, Его і Суперего не отримують належного розвитку і яка призводить до того, що людина затримується на одній з ранніх стадій розвитку.

**Фобія (phobia)** - стійкий та необґрунтований страх перед окремими предметами, діями чи ситуаціями.

**Фобія школи (school phobia)** - дитячий патерн, при якому діти бояться ходити до школи і часто залишаються вдома на тривалий час. Також називається відмова від навчання у школі.

**Формалізоване спостереження (structured observation)** — методика спостереження за поведінкою, коли людей спостерігають у незвичній обстановці, за умов медичних кабінетів чи лабораторій.

**Формалізоване (структуроване) інтерв'ю (structured interview)** — форма інтерв'ю, у якому клініцист ставить підготовлені питання.

**Формування умовних рефлексів шляхом послідовного наближення до кінцевої мети (shaping)** - навчальна процедура, коли винагороджується послідовне наближення до бажаної поведінки, поки людина нарешті не освоїть її повністю і точно.

**Фроттеризм (frotteurism)** - парафілія, що складається з повторюваних і сильних сексуальних імпульсів, фантазій або поведінки, що включає дотик і тертя про людину, яка не відчуває тих самих імпульсів.

**\_X\_**

**Хвостаті ядра (caudate nuclei)** - структури в базальних гангліях мозку, що допомагають переводити сенсорну інформацію в думки та дії.

**Хірургічна операція зі зміни статі (sex-change surgery)** - хірургічна процедура, що змінює статеві органи людини, її риси та сексуальну ідентичність.

**Хромосоми (chromosomes)** - парні структури, що знаходяться в клітині і містять гени.

**Хронічний головний біль (chronic headaches) -** часті сильні болі в голові та шиї, не обумовлені жодним іншим медичним розладом.

**Хронічне соматоформний больовий розлад (pain disorder associated with psychological factors)** - соматоформний розлад, що характеризується болем, центральну роль у виникненні, силі чи тривалості якої відіграють психологічні фактори.

**\_Ц\_**

**Центр задоволення (reward center)** - багатий допамін тракт у мозку, що формує при його активації почуття задоволення.

**Центральна нервова система (ЦНС) (central nervous system)** - головний та спинний мозок.

**Цикл сексуального реагування (sexual response cycle)** - загальна послідовність поведінки та почуттів, що виникає під час сексуальної активності, що складається з бажання, збудження, оргазму та дозволу.

**Циклотимія (cyclothymic disorder) -** розлад, що характеризується хронічною нестабільністю настрою з численними періодами легкої депресії та легкої піднесеності.

**Цикли негативного зворотного зв'язку (negative feedback loops)** - фізіологічний процес, при якому мозок отримує інформацію про зовнішні події від навколишнього середовища, переробляє цю інформацію і потім наводить органи тіла в дію. Механізми в органах надають негативний зворотний зв'язок, повідомляючи мозку, що його стимуляції достатньо і тепер слід припинити.

**Цироз ( cirrosis )** - Необоротний стан, що часто обумовлюється надмірним споживанням спиртного, коли печінка покривається рубцями і її анатомія і функціонування змінюються.

**\_Ш\_**

**Шизоафективний розлад (schizoaffective disorder)** — розлад, у якому проявляються як симптоми шизофренії, і симптоми розлади настрою.

**Шизоїдний розлад особистості (schizoid personality disorder)** - розлад особистості, при якому людина постійно уникає соціальних взаємин і виявляє мало емоційної експресії.

**Шизотипічний розлад особистості (schizotypal personality disorder)** - розлад особистості, при якому людина виявляє патерн міжособистісних проблем, що характеризується крайнім дискомфортом у близьких взаєминах, дивними формами мислення та сприйняття та ексцентричною поведінкою.

**Шизофренія ( schizophrenia )** - психотичний розлад, при якому особисте, соціальне та професійне функціонування людини погіршується, так як його сприйняття та розумові процеси спотворюються, він відчуває незвичайні емоції і у нього спостерігаються моторні патології.

**Шизофренія I типу (Type I schizophrenia) -** тип шизофренії, що характеризується головним чином позитивними симптомами, такими як марення, галюцинації та деякі розлади формального мислення.

**Шизофренія II типу (Туре II schyzophrenia) -** тип шизофренії, коли людина переживає в основному негативні симптоми, наприклад, коли у нього слабшають емоції, збіднюється і спостерігається зниження вольової регуляції поведінки.

**Шизофреногенна мати (schizophrenigenic mother)** - тип матері, імовірно холодний, домінуючий і незацікавлений потреб інших. Раніше вважалося, що мати такого типу призводить до розвитку шизофренії у дитини.

**Шизофреноформний розлад (schizophreniform disorder)** - розлад, при якому присутні всі основні риси шизофренії, але він триває лише від одного до шести місяців.

**\_Е\_**

**Его ( ego)** - згідно з Фрейдом, психологічна сила, яка використовує розум і діє відповідно до принципу реальності.

**Егоїстичний суїцид (egoistic suicide) —** самогубство, яке чиниться людьми зовсім або майже неконтрольованими суспільством, людьми, яких не хвилюють громадські правила чи норми.

**Его-психологія (ego theory)** - психодинамічна теорія, яка робить акцент на ролі Его, вважаючи його незалежною силою.

**Едіпів комплекс (Oedipus complex)** - теоретично Фрейда це патерн бажань, що з'являється під час фалічної стадії, коли хлопчики відчувають потяг до своєї матері як до сексуального об'єкту і бачать свого батька як суперника, якого вони б хотіли відштовхнути.

**Ейдетична уява (eidetic imagery) -** сильний візуальний образ предмета або сцени, що зберігається в пам'яті людей надовго, після того, як предмет або сцена зникли.

**Екзистенційна модель (existential model) —** теоретичне уявлення про те, що люди народжуються зовсім вільними і надають своєму життю сенсу або уникають відповідальності.

**Екзистенційна терапія (existential therapy) -** терапія, яка спонукає людей взяти на себе відповідальність за своє життя і наповнити його великим змістом та цінностями.

**Екзистенційна тривога (existential anxiety) -** згідно з екзистенційною теорією, загальний (глибинний) страх кінцівки життя та відповідальності, що накладається нею.

**Екзорцизм (exorcism)** - поширена в ранніх суспільствах практика лікування психічної патології шляхом дій, спрямованих на те, щоб змусити злих духів залишити тіло людини.

**Ексгібіціонізм (exhibitionism)** - парафілія, коли люди відтворюють сексуально збуджуючі імпульси або уявляють, як показують свої геніталії іншій людині, і діють відповідно до цих імпульсів.

**Експеримент (experiment)** - процедура досліджень, при якій зі змінною проводять маніпуляції, а потім перевіряється ефект цієї маніпуляції.

**Експеримент з єдиним випробуваним (single-subject experimental design) -** метод досліджень, при якому за єдиним випробуваним спостерігають і оцінюють до і після маніпуляції з незалежною змінною.

**Експериментальна група (experimental group) -** в експерименті це випробувані, що піддаються дії незалежної змінної.

**Екстрапірамідальні ефекти (extrapyramidal effects)** — небажані рухи, як, наприклад, сильний тремтіння, дивного вигляду викривлене обличчя і тіло і крайній ступінь занепокоєння, часом викликані дією традиційних антипсихотичних ліків.

**Ексцентрик (eccentric)** - людина, що ухиляється від прийнятого зразка поведінки або веде себе дивно та ексцентрично.

**Електроміограф (electromyograph)** - апарат, що надає зворотний зв'язок із рівнем м'язової напруги в тілі.

**Електроокулограф (electrooculograph) -** пристрій, що відзначає рух очей.

**Електрошокова (електрозудорожна) терапія (ЕСТ) (electroconvulsive therapy)** - метод лікування депресії, при якому за допомогою електродів, що прикладаються до голови хворого, через його головний мозок пропускають електричний струм, що викликає розгорнутий судомний синдром.

**Електроенцефалограф (ЕЕГ) (electroencephalograph)** - пристрій, що відзначає електричні імпульси в мозку.

**Ендогенна депресія (endogenous depression) -** депресія, яка виникає без зовнішніх причин і, як передбачається, зумовлена внутрішніми факторами.

**Ендокринна система (endocrine system) -** система залоз, розташованих по всьому тілу, що допомагають контролювати життєво важливі функції, такі як зростання та сексуальна активність.

**Ендорфіни (endorphins)** - нейротрансмітери, що допомагають полегшити біль та послабити емоційну напругу; Іноді їх називають власними опіатами тіла.

**Енкопрез (encopresis)** — дитячий розлад, що характеризується постійною дефекацією у невідповідних місцях та дефекацією в одяг.

**Енурез (enuresis)** - дитячий розлад, що характеризується постійним сечовипусканням на постільну білизну або одяг.

**Епідеміологічне дослідження (epidemic-logical study)** - дослідження, яке визначає кількість випадків захворювання та його поширеність серед даного шару населення.

**Есенціальна (ідіопатична) гіпертонія (essential hypertension)** - підвищений кров'яний тиск, викликаний поєднанням психосоціальних та фізіологічних факторів.

**Естроген (estrogen)** – основний жіночий сексуальний гормон.

**Етиловий спирт (ethyl alcohol)** - хімічна сполука у всіх алкогольних напоях, що швидко вбирається в кров і безпосередньо впливає на функціонування людини.

**Етичний кодекс (code of ethics)** - ряд принципів та правил етичної поведінки, призначених для контролю за рішеннями та діями професіоналів.

**Ефект Розенталя (Rosenthal effect) -** загальні дані про те, що результати будь-якого експерименту часто підтверджують очікування експериментатора.

**Ехолалія (echolalia)** - симптом аутизму або шизофренії, при якій людина, реагуючи на слова іншого, повторює їх.

**Еякуляція (ejaculation)** - скорочення м'язів біля основи пеніса, що сприяють викиду сперми.

**\_Я\_**

**Ядерно-магнітна томографія (magnetic resonance imaging)** – використання магнітних якостей деяких речовин для створення детальної картини структури мозку.

**Ятрогенний розлад (iatrogenic disorder) -** розлад, ненавмисно викликаний лікарем.

**Список літератури.**

 АА [Alcoholics Anonymous] World Services, Inc. (1998). Personal communication. Statistic branch. Нью-Йорк, Нью-Йорк.

 ADVTP (Alaska Domestic Violence Training Project). (1996). Training the Trainers Workshop.

 АРА (1991). *DSM-IV options book.* Washington, DC: Author.

 Abel, GG (1989). Paraphilias. У HI Kaplan & BJ Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (5th ed., Vol. 1). Baltimore: Williams & Wilkins.

 Abou-Saleh, MT (1992). Lithium. In ES Paykel (Ed.), *Handbook of affective disorders.* New York: Guilford.

 Abraham, K. (1911). Записи про психоаналітичну investigation і treatment of manic-depressive insanity and allied conditions. У *Selected papers on psychoanalysis* (p. 137-156). New York: Basic Books, 1960.

 Abraham, K. (1916). Перший попередній період libido. У *Selected papers on psychoanalysis* (p. 248-279). New York: Basic Boob, 1960.

 Abraham, S., & Llewellyn-Jones, D. (1984). *Eating disorders: The facts.* New York: Oxford University Press.

 Ader, R., Felten, DL, Cohen, N. (Eds.) (1991). *Психоневроімунологія* (2. ed.). New York: Academic Press.

 Agras, WS (1984). Під часпостійного ходу емоційних disorders. In WD Gentry (Ed.), *Handbook of behavioral medicine.* New York: Guilford.

 Agras, WS (1995). Treatment of eating disorders. In AF Schatzberg & С. В. Nemeroff (Eds.), *The American Psychiatric Press Textbook of psychopharmacology.* Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.

 Aiken, LR (1985). *Psychological testing and assessment* (5th ed.). Boston: Allyn & Bacon.

 Akiskal, HS (1989). Classification of mental disorders. У HI Kaplan & BJ Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (5th ed., Vol. 1). Baltimore: Williams & Wilkins.

 Alexander, B. (1981). Наразівідповідають до дослідженню bronchial asthma. В CK Prokop & LA Bradley (Eds.), *Медична психологія: Contribution to behavioral medicine.* New York: Academic Press.

 Alexander, J. E, Holtzworth-Munroe, A. & Jameson, P. (1994). Процеси і пов'язані з матеріалом і сімейним терапіями: Research review and evaluation. В AE Bergin & SL Garfiel (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.). New York: Wiley.

 Alloy, L. Ст, Kelly, KA, Mineka, S., & Clements, CM (1990). Comorbidity of anxiety і depressive disorders: A helplessness-hopelessness perspective. In JD Maser & R. Cloninger (Eds.), *Comorbidity of mood and anxiety disorders.* Washington, DC: American Psychiatric Press.

 Althof, SE, Levine, S. Ст, Corty, E., Risen, C., & Stern, E. (1994, March). *Роль clomipramine в дослідженні oj premature ejaculation.* Paper presentad at 16th annual meeting of the Society for Sex Therapy and Research.

 Aman, MG, & Singh, NN (1991). pharmacological intervention. In JL Matson & JA Mulick (Eds.), *Handbook of mental retardation.* New York: Pergamon Press.

 American Association for Protecting Children (AAPC). (1992). *Високіlights official child neglect and abuse reporting.* Denver, CO: American Humane Society.

 American Assoc. of Retired Persons. (1990). *A profile of older Americans.* Washington, DC: Author.

 American Assoc. на Mental Retardation. (1992). *Mental retardation: Definition, classification, і системи підтримки* (9th ed.). Washington, DC: Author.

 American Medical Association (1992). *Diagnostic treatment guidelines на домашній violence.* Washington, DC: Author.

 American Psychological Association (1996). Interim report of the working group on investigation of memories of childhood abuse. In K. Pezdek & WP Banks (Eds.), *The recovered memory/ false memory debate.* San Diego: Academic Press.

 Anastasi, A. (1982). *Psychological testing* (5th ed.). New York: Macmillan.

 Anastopoulos, AD, & Barkley, RA (1992). Прихильність до дефіциту-hyperactiviry disorder. In CE Walker & MC Roberts (Eds.), *Handbook of clinical child psychology* (2nd ed.). New York: Wiley.

 Andersen, AE (1985). *Практичний сприятливий похід з anorexia nervosa and bulimia.* Baltimore: Johns Hopkins UP.

 Andersen, AE (1990). Diagnosis and treatment of males with eating disorders. В AE Andersen (Ed.), *Males with eating disorders.* New York: Brunner/Mazel.

 Andersen, AE (1992). Eating disorders in males: A special case? В KD Brownell, J. Rodin, & JH Wilmore (Eds.), *їдять, тілесні сили, і продуктивність в атлетах: Disorders or modem society.* Philadelphia: Lea & Febiger.

 Andersen, AE (1992). Eating disorders in males: Critical questions. В R. Lemberg (Ed.), *Controlling eating disorders with facts, advice, and resources.* Phoenix, AZ: The Oryx Press.

 Andersen, AE (1995). Sequencing treatment decisions: Cooperation or conflict між therapist and patient. В G. Szmukler, C. Dare, & J. Treasure (Eds.), *Handbook of eating disorders: Theory, treatment and research.* Chichester, England: Wiley.

 Anderson, D. (1994). *Breaking tradition on college campuses: Reducing drug and alcohol misuse,* Fairfax, VA.: George Mason University.

 Anderson, N. Ст, McNeilly, M., & Myers, HF (1992). Споконвічний model для дослідження різання відмінностей в автоматичній реактивності. В EHJohnson, WD Gentry, & S. Julius (Eds.), *Personality, Elevated Blood Pressure, і Essential Hypertension.* Washington DC: Hemisphere Publishing Corp.

 Andreasen, NC (1980). Mania і творчість. In RH Belmaker & HM van Praag (Eds.), *Mania: An evolving concept.* New York: Spectrum.

 Andreasen, NC, Hoffman, RE, Grove, WM (1985). Зображення abnormalities in language and cognition. В M. Alpert (Ed.), *Контроверсії в schizophrenia: Changes and constancies.* New York: Guilford.

 Angst, J. (1995). Епідеміологія з депресивних disorders. *European Neuropsychopharmacol.,* (Suppl.) p. 95-98.

 Annis, HM, Davis, CS, Graham, M. та ін. (1989). *На controlled trial of relapse prevention procedures based on self-efficacy theory.* Unpublished manuscript, Addiction Research Foundation, Toronto.

 Archer, D. & McDaniel, P. (1995). Violence and gender: Differences and similarities across societies. В RB Ruback & NA Weiner (Eds.), *Інтернаціональні violent behaviors: Social і cultural aspects.* New York: Springer Publishing Company.

 Arieti, S. (1974). *Interpretation з schizophrenia.* New York: Basic Books.

 Arieti, S. & Bemporad, J. (1978). *Severe і mild depression: The psychotherapeutic approach.* New York: Basic Books.

 Asarnow, JR, Asarnow, R. E, Hornstein, N., & Russell, A. (1991). Childhood-onset schizophrenia: Розробники творів на schizophrenic disorders. In EF Walker (Ed.), *Schizophrenia: A life-course developmental perspective.* San Diego: Academic Press.

 Attie, I. & Brooks-Gunn, J. (1992). Розвиток досліджень в study of eating problems and eating disorders. В JH Crowther, D. L Tennen-baum, SE Hob'foll, & MAP Stephens (Eds.), *Етіологія bulimia nervosa: The individual and familiar context.* Washington, DC: Hemisphere.

 Azar, S. Т., & Wolfe, DA (1989). Child abuse and neglect. В EJ Mash & R. Barkley (Eds.), *Treatment of childhood disorders.* New York: Guilford.

 Azima, E JC (1993). Group psychotherapy with personality disorders. У II. I. Kaplan & BJ Sadock (Eds.), *Comprehensive group psychotherapy* (3rd ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.

 Baker, Т. & Brandon, TH (1988). Під часпереважання стратегії. У *повідомленні Surgeon General: Здоров'я здоров'я: Nicotine addiction.* Rockville, MD: US Dept. of Health and Human Services.

 Ballenger.JC (1995). Benzodiazepines. В AF Schatzberg & CB Nemeroff (Eds.), *The American Psychiatric Press Текст літератури з психологічної фармології.* Washington, DC: American Psychiatric Press.

 Bancroft, J. (1971). A comparative study of aversion and desensitization в treatment of homosexuality. У L. Burns & J. Worsley (Eds.), *Behaviour therapy в 1970s.* Bristol, England: Wright.

 Bancroft, J. (1989). *Human sexuality and its problems.* New York: Churchill-Livingstone.

 Bandura, A. (1971). Психотерапія базується на модельних принципах. В AE Bergin & SL Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change.* New York: Wiley.

 Bandura, A. (1971). Високі і self-reinforcement процеси. В R. Glaser (Ed.), *Натура реінформації.* New York: Academic Press.

 Banister, P., Burman, E., Parker, I., Taylor, M., & Tindall, C. (1994). *Qualitative методів в психології: A research guide.* Buckingham, England: Open University Press.

 Barber, TX (1984). Hypnosis, deep relaxation, і active relaxation: Data, theory і clinic applications. У FL Woolfolk & PM Lehrer (Eds.), *Principles and practice of stress management.* New York: Guilford.

 Barber, TX (1993). Hypnosuggestive approaches до stress reduction: Data, theory, і clinic applications. В PM Lehrer & RL Woolfolk (Eds.), *Principles and practice of stress management* (2nd ed.). New York: Guilford.

 Barker, C., Pistrang, N. & Elliott, R. (1994). *Вивчення методів в клінічній та комуністичної психології.* Chichester, England: John Wiley & Sons Ltd.

 Barker, PR, Manderscheid, RW, Hendershot, GE, Jack, SS, Schoenborn, CA, Gold-strom, I. (1992). Серйозні мислення і disability в домашній життєдіяльності населення: United States, 1989. In RW Manderscheid & MA Sonnenschein (Eds.), *Mental health, United States, 1992.* Washington, DC: US Department of Health and Human Services.

 Barnard, G. W, Fuller, AK, Robbins, L., & Shaw, T. (1989). *The child molester: An integrated approach to evaluation and treatment.* New York: Brunner/Mazel.

 Barondes, SH (1993). *Molecules and mental illness.* New York: Scientific American Library.

 Barratt, ES & Stanford, MS (1996). Impulsiveness. В CG Costello (Ed.), *Personality characteristics of personality disordered.* New York: Wiley.

 Battin, MP (1980). Manipulated suicide. В MP Battin & DJ Mayo (Eds.), *Suicide: philosophical issues.* New York: St. Martin's.

 Battin, MP (1980). Suicide: A fundamental human right? В MP Battin & DJ Mayo (Eds.), *Suicide: philosophical issues.* New York: St. Martin's.

 Battin, MP (1982). *Ethical issues in suicide.* Engle-wood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

 Barlow (Ed.), *Treatment manuals for practitioners.* New York: Guilford.

 Beck, AT (1967). *Вираз: Clinical, experimental і theoretical aspects.* New York: Harper & Row.

 Beck, AT (1976). *Cognitive therapy і емоційні disorders.* New York: International University Press.

 Beck, AT (1985). Теоретичні риси на клінічних суперечках. In AH Tuma & JD Maser (Eds.), *Anxiety і anxiety disorders.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.

 Beck, AT (1988). Cognitive approaches to panic disorder: Theory and therapy. In S. Rachman & J. Maser (Eds.), *Panic: Psychological perspectives.* Hills-dale, NJ: Erlbaum.

 Beck, AX (1993). Cognitive approaches to stress. В PM Lehrer & RL Woolfolk (Eds.), *Principles and practice of stress management* (2nd ed.). New York: Guilford.

 Beck, AT (1997). Cognitive therapy: Reflections. В JK Zeig (Ed.), *Еволюція психологічноїтерапії: The third conference.* New York: Brunner/Mazel.

 Beck, AT & Freeman, A. (1990). *Cognitive Therapy of Personality Disorders.* New York: Guilford.

 Beck, AT, Resnik, H., Eettieri, D. (Eds.). (1974). *The prediction of suicide.* Philadelphia: The Charles Press.

 Beck, А. Т., Rush, AJ, Shaw, B. E, & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression.* New York: Guilford.

 Beck, AT & Weishaar, ME (1995). Cognitive therapy. В RJ Corsini & D. Wedding (Eds.), *Current psychotherapies* (5th ed.). Itasca, IL: Peacock.

 Becvar, DS, & Becvar, RJ (1993). *Family therapy: A systemic integration* (2nd ed.). Boston: Allyn & Bacon.

 Bednar, RL, & Kaul, TJ (1994). Experiential group research: Can the canon fire? В AE Bergin & SL Garfiel (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.). New York: Wiley.

 Bellinger, D. L, Madden, KS, Felten, S. Y, & Felten, D. L (1994). Neural і endocrine links між brain і immune system. В CS Lewis, C. O'Sullivan, & J. Barraclough (Eds.), *Психоімунологія очисників: Mind і body in the fight for survival.* Oxford: Oxford University Press.

 Belmaker, RH, Bersudsky, Y, Genjamin, J., Agam, G., Levine, J. & Kofman, O. (1995). Manipulation of Inositol-linked second messenger systems as therapeutic strategy in psychiatry. In G. Gessa, W. Fratta, L. Pani, & G. Serra (Eds.). *Depression and mania: З neurobiology to treatment.* New York: Raven Press.

 Berger, FM (1970). Відповідь на meproba-mate. In F. Ayd & B. Blackwell (Eds.), *Discoveries in biological psychiatry.* Philadelphia: Lippincott.

 Bergler, E. (1951). *Neurotic counterfeit sex.* New York: Grune & Stratton.

 Berk, SN, & Efran, JS (1983). Деякі новітні розробки в ході neurosis. In З . Е. Walker та ін. (Eds.), *The handbook of clinical psychology: Theory, research, and practice* (Vol. 2). Homewood, IL: Dow jones-Irwin.

 Berman, AL (1986). Helping suicidal adolescents: Needs and responses. In CA Corr & JN McNeil (Eds.), *Adolescence and death.* New York: Springer.

 Berman, AL, & Jobes, DA (1991). *Adolescent suicide: Assessment and intervention.* Washington, DC: American Psychological Association.

 Bernstein, DA, & Carlson, CR (1993). Progressive relaxation: Abbreviated methods. В PM Lehrer & RL Woolfolk (Eds.), *Principles and practice of stress management* (2nd ed.). New York: Guilford.

 Bersoff, DN (Ed). (1995). *Ethical conflicts in psychology.* Washington, DC: American Psychological Association.

 Beutler, LE, Machado, PPP & Neufeldt, SA (1994). Therapist variables. В AE Bergin & SL Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change.* New York: Wiley.

 Beyer, HA (1991). Litigation involving people with mental retardation. In JL Matson & JA Mulick (Eds.), *Handbook of mental retardation* (2nd ed.). New York: Pergamon Press.

 Bibring, E. (1953). Механізми депресії. In P. Greenacre (Ed.), *Affective disorders.* New York: International Universities Press.

 Biegon, A., Dillon, K., Volkow, ND, & Fowler, JS (1995). Quantitative autoradiographic localization і characterization of cocaine binding sites в human brain post-mortem. В A. Biegon & ND Volkow (Eds.), *Sites of drog action in the human brain.* Boca Raton: CRC Press.

 Biegon, A., & Kerman, I. (1995). Quantitative autoradiography з cannabinoid receptors в людському потоці post-mortem. В A. Biegon & ND Volkow (Eds.), *Sites of drog action in the human brain.* Boca Raton, FL: CRC Press.

 Binet, A., & Simon, T. (1916). *Розвиток intelligence in children (The Binet-Simm Scale).* Baltimore: Williams *&* Wilkins.

 Blazer, D. (1990). *Emotional problems in later life.* New York: Springer.

 Blazer, DG, George, LK & Hughes, D.

 (1991). Епідеміологія антіети disorders: An age comparison. In C. Salzman & BD Lebowitz (Eds.), *Anxiety in the elderly.* New York: Springer.

 Blazer, DG, Hughes, D., George, LK, Swartz, M. & Boyer, R. (1991). Generalized anxiety disorder. В LN Robins, & DA Regier (Eds.), *Psychiatric disorders in America: Епідеміологічний catchment area study.* New York: Maxwell Macmillan International.

 Bliss, EL (1980). *Multiple personality, allied disorders and hypnosis.* New York: Oxford University Press.

 Bloom, BL (1984). *Community mental health: A general introduction* (2nd ed.). Monterey, CA: Brooks/Cole.

 Bloom, C., Gitter, A., Gutwill, S., Kogel, L. & Zaphiropoulos, L. (1994). *plating problems: A feminist psychoanalytic treatment model.* New York: Basic Books.

 Bloom, E, Lazerson, A. & Hofstadter, L.

 (1985). *Brain, mind, and behavior.* New York: WH Freeman.

 Bloomfield, HH, Nordfors, M., & McWilliams, P. (1996). *Hypericum and depression.* Los Angeles: Prelude Press.

 Bockoven, JS (1963). *Moral treatment в American psychiatry.* New York: Springer.

 Bolgar, H. (1965). The case study метод. In BB Wolman (Ed.), *Handbook of clinical psychology.* New-York: McGraw-Hill.

 Bornstein, RF (1996). Dependency. В CG Costello (Ed.), *Personality characteristics of personality disordered.* New York: Wiley.

 Bose, J. (1995). Depression. InM. Lionells. Fis-calini, CH Mann, & DB Stern (Eds.), *Handbook of interpersonal psychoanalysis.* Hillsdale, NJ: Analytic Press.

 Boudewyns, PA (1996). Posttraumatic stress disorder: Conceptualization and treatment. In M. Hersen, RM Eisler, & PM Miller (Eds.), *Progress in behavior modification,* Vol. 30. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

 Bourne, PG (1970). *Men, stress and Vietnam.* Boston: Little, Brown.

 Bowen, MA (1960). A family concept of schizophrenia. В DD Jackson (Ed.), *The etiology of schizophrenia.* New York: Basic Books.

 Bowlby, J. (1969). *Підприємство* (Vol. 1). New York: Basic Books.

 Braginsky, BM, Braginsky, DD, *Ring* , K. (1969). *Методи madness: The mental hospital as a last resort.* New York: Holt.

 Braun, DL, Sunday, SR, & Halmi, KA (1995). Психіатрична якорбідність у пацієнтів з їстими disorders. *Psychol. Med.*

 Braun, S. (1996). *Buzz: The Science and Lore of Alcohol and Caffeine.* New York: Oxford University Press.

 Breggin, PR (1998). *Говорячи хіт до Ritalin: Які лікарі не можу telling ви про стимулятори для дітей.* Common Courage Press.

 Brems, C. (1995). Women and depression: A comprehensive analysis. In W Beckham & W. Leber (Eds.), *Handbook of depression* (2nd ed.). New York: Guilford.

 Brende, JO, & Parson, ER (1985). *Vietnam veterans.* New York: Пленум.

 Brisman, J. (1992). Bulimia in older adolescent: An analytic perspective to behavioral problém. В JD O'Brien, DJ Pilowsky, & OW Lewis, (Eds.), *Психотерапія з дітьми та adolescentes: Adapting the psyche/dynamic process.* Washington, DC: American Psychiatric Press.

 Brown, GL, Linnoila, MI, & Goodwin, FK (1992). Impulsivity, aggression, і поєднані affects: Relationship до self-destructive behavior and suicide. В RW Maris, AL Berman, JT Maltsberger, & RI Yufit (Eds.), *Assessment and prediction of suicide.* New York: Guilford.

 Brown, GW (1988). Зовнішній вирок parent and depression in adult life. In S. Fisher & J. Reason (Eds.), *Handbook of life stress, cognition and health.* Chichester, England: Wiley.

 Brown, GW & Harris, Т . О. (1978). *Social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women.* London: Tavistock.

 Brownell, K, D. & O'Neil, PM (1993). Obesity. В DH Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (2nd ed.). New York: Guilford.

 Bruch, H. (1973). *Вихованці disorders: Obesity, anorexia nervosa і людина зв.* New York: Basic Books.

 Bruch, H. (1978). *Golden cage: Enigma of anorexia nervosa.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

 Bruch, H. (1991). Знищення beauty: Escape from change. У SI Greenspan, GH Pollock (Eds.), *Курси життя: Vol. 4 Adolescence.* Madison, CT: International Universities Press.

 Brumberg, JJ (1988). *Fasting girls: The history of anorexia nervosa.* Нью-Йорк: Penguin Books USA Inc.

 Bugental, JFT (1992). Міжлюдина людини: Психотерапія місія для розлучення нашої дрібної identity. У JK Zeig (Ed.), *еволюція психологічноїтерапії: The second conference.* New York: Brunner/Mazel.

 Bugental, JFT (1997). Там є важлива частина в тому, як психотерапія вважається. В JK Zeig (Ed.), *Еволюція психологічноїтерапії: The third conference.* New York: Brunner/Mazel.

 Bunney, WE, & Garland, BL (1984). Lithium and its possible modes of actions. In RM Post & JC Ballenger (Eds.), *Neurobiology of mood disorders: Vol. I, Frontiers of Clinical Neuroscience.* Baltimore: Williams & Wilkins.

 Butler, RW, & Satz, P. (1989). Психологічна оцінка особистості adultes і children. У HI Kaplan & BJ Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (5th ed., Vol. 1). Baltimore: Williams & Wilkins.

 Button, E. (1993). *Eating disorders: Personal construct therapy and change.* Chichester, England: Wilev.

 Cameron, N. (1974). Paranoid conditions and paranoia. In S. Arieti & E. Brody (Eds.), *American Handbook of Psychiatry.* New York: Basic Books.

 Campbell, JC (1995). Prediction of homicide of and by battered women. In JC Campbell (Ed.), *Assessing dangerousness: Violence по sexual offenders, batterers, і child abusers.* Thousand Oaks, CA.

 Campbell, JC (Ed). (1995). *Assessing dangerous-ness: Violence по sexual offenders, batterers, і child abusers.* Thousand Oaks, CA: Sage.

 Canetto, SS (1995). Повсякденні women and suicidal behavior. В SS Canetto & D. Lester (Eds.), *Women and suicidal behavior.* New York: Springer.

 Canetto, SS (1995). Suicidal women: Prevention and intervention strategies. В SS Canetto & D. Lester (Eds.), *Women and suicidal behavior.* New York: Springer Publishing Company.

 Canetto, SS *&* Lester, D. (1995). Епідеміологія women's suicidal behavior. В SS Canetto & D. Lester (Eds.), *Women and suicidal behavior.* New York: Springer.

 Capaldi, DM, & Patterson, GR (1994). Взаємозв'язки influences contextual factors on antisocial behavior in childhood and adoklescence for males. В DC Fowles, P. Sutker, & SH Goodman (Eds.), *Прогрес в experimental personality and psychopathology research.* New York: Springer.

 Carey, G. & Gottesman, 1.1. (1981). Twin and family studies of anxiety, phobic, and obsessive disorders. In DK Klein & J. Rabkin (Eds.), *Anxiety: New research and changing concepts.* New York: Raven.

 Carey, MP, Wincze, JP, & Meisler, AW (1993). Сексуальна функція: Male erectile disorder. In DH Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-by-Step Treatment Manual* (2nd ed.). New York: Guilford.

 Carr, AT, (1979). Психологічна патологія. In W. Sluckin (Ed.), *Fear in animals and man.* New York: Van Nostrand Reinhold.

 Carrington, P. (1978). *Clinically standardized meditation (CSM) інструктори kit.* Kendall Park, NJ: Pace Educational Systems.

 Carrington, P. (1993). Modernі форми meditation. У PM Lehrer & RL Woolfolk (Eds.), *Principles and Practice of Stress Management* (2nd ed.). New York: Guilford.

 Cartwright, RD, & Lamberg, L. (1992). *Crisis Dreaming: За допомогою Ваших Dreams до Solve your Problems.* New York: Harper Collins.

 Casper, RC (1995). Біологія eating disorders. In AF Schatzberg & С. В. Nemeroff (Eds.), *The American Psychiatric Press Textbook of psychopharmacology.* Washington, DC: American Psychiatric Press. Cassem, NH & Hyman, SE (1995). Psychological management of grief and serióus illness. In *Scientific American Series: Vol. 13, Psychiatry.* New York: Scientific American.

 Cauwels, JM (1983). *Bulimia: The bingepurge compulsion.* New York: Doubleday Chaika, EO (1990). *Understanding psychotic speech: Beyond Freud and Chomsky.* Springfield, IL: Thomas.

 Charney, DS, Heninger, GR, Redmond, DE (1984, May). Neurobiological mechanism. *З Abstracts of the АРА Annual Meeting* (Abstract 30C). Los Angeles.

 Childress, AR, Hole, AV, Ehrman, RN. та ін. (1993). Cue reactivity та cue reactivity interventions in drug dependence. В LS Onken, JD Blaine, & JJ Boren (Eds.), *Behavioral treatments for drug abuse and dependence* (NIDA Research Monograph Series No. 137). Rockville, MD: Національний інститут на Drug Abuse.

 Childress, AR, McLellan, A . Т., & O'Brien, CP (1984). Assessment and extinction з умовами знебезпечними відповідями в integrated treatment for opiate dependence. In LS Harris (Ed.), *Problems of drug dependence* (NIDA Research Monograph Series No. 55). Rockville, MD: Національний інститут на Drug Abuse.

 Childress, AR, McLellan, A . Т., & O'Brien, CP (1988). Classically conditioned responses in cocaine and opioid dependence: A role in relapse? In BA Ray (Ed.), *Learning factors in substance abuse* (NIDA Research Monograph Series No. 84). Rockville, MD: Національний інститут на Drug Abuse.

 Chodoff, P. (1989). Histrionic personality disorder. У Американській психіатричній Association (Eds.), *Психіатричні дисциплінарні запитання: Зображення значущої інформації з американської психіатричної Association.* Washington, DC: American Psychiatric Press.

 Cipani, E. (1991). Educational classification and placement. In JL Matson & JA Mulick (Eds.), *Handbook of mental retardation.* New York: Perga-mon Press.

 Cirese, S. (1993). Personal communication.

 Clark, DA, & Purdon, C. (1993). New perspectives for cognitive theory of obsessions. *Australian Psychologist.*

 Clarke, JC & SaundersJ. B. *(1988). Alcoholism and problem drinking: Theories and treatment.* Sydney: Pergamon Press.

 Classen, C., Hermanson, KS, & Spiegel, D. (1994). Психотерапія, stress, і survival в breast cancer. In З . Е. Lewis, C. O'Sullivan, & J. Barraclough (Eds.), *The psychoimmunology of cancer.* Oxford: Oxford University Press.

 Coambs, RB & McAndrews, MP (1994). Ефекти психічноактивних речовин на робочому місці. In S. Macdonald & P. Roman (Eds.), *Research advances in alcohol and drug problems: Vol. 11. Drug testing у workplace.* New York: Plenum Press.

 Сої, WC (1989). Posthypnotic amnesia: Theory and research. In NP Spanos & JF Chaves (Eds.), *Hypnosis: The cognitive-behavioral perspective.* Buffalo, NY: Prometheus Books.

 Colahan, M. & Senior, R. (1995). Family patterns в eating disorders: Going round in circles, getting nowhere fasting. В G. Szmukler, C. Dare, & J. Treasure (Eds.), *Handbook of eating disorders: Theory, treatment and research.* Chichester, England: Wiley.

 Cole, JO, & Yonkers, KA (1995). Не-бензодіазепіна anxiolytics. В AF Schatzberg & CB Nemeroff (Eds.), *The American Psychiatric Press Текст літератури з психологічної фармології.* Washington, DC: American Psychiatric Press.

 Coleman, L. (1984). *Реігн error: психіатри, авторитет, і право.* Boston: Beacon.

 Colligan, RC, & Offord, KP (1992). *MMPI. A Contemporary Normative Study of Adolescents.* Norwood, NJ: Alex Publishing Corporation.

 Cordova, JV, & Jacobson, NS (1993). Couple distress. In DH Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders: A step-by-step treatment manual* (2nd ed.). New York: Guilford.

 Cornell, CP, & Gelles, RJ (1983). *Intimate violence in families.* Beverly Hills, CA: Sage.

 Cornish, JW, McNicholas, L. E, & O'Brien, CP (1995). Treatment of substance-related disorders. In A. E Schatzberg & CB Nemeroff (Eds.), *The American Psychiatric Press Textbook of psychopharmacology.* Washington, DC: American Psychiatric Press.

 Coryell, W., & Winokur, G. (1992). Course and outcome. In ES Paykel (Ed.), *Handbook of Affective Disorders.* New York: Guilford.

 Costa, E. (1985). Benzodiazepine-GABA interactions: A model до investigate neurobiology of anxiety. In AH Tuma & J. Maser (Eds.), *Anxiety і the anxiety disorders.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.

 Costello, CG (1996). Відмінність фокусування на особливості характерності особистих розслідування. В CG Costello (Ed.), *Personality characteristics of personality disordered.* New York: Wiley.

 Courchesne, E. (1997, May 23). *Розвиток neurobiological approach до understanding autism: Від біологічних симптомів to biological explanations.* Keynote address в Eden Institute Foundation Princeton Lecture Series on Autism.

 Courchesne, R. & Courchesne, E. (1997). З impasse to insight in autism research: Від біологічних симптомів до біологічних розкладів. *Dev. Psychopathol.,* Special Issue.

 Cramer, P. (1996). *Storytelling, narrative, і тематичне прийняттяпостанови.* New York: Guilford.

 Craske, MG, & Barlow, DH (1993). Panic disorder and agoraphobia. In DH Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-by-Step Treatment Manual* (2nd ed.). New York: Guilford.

 Creer, C. & Wing, JK (1974). *Schizophrenia at home.* London: National Schizophrenia Fellowship.

 Crow, TJ (1982). Позитивні і негативні symptoms and role of dopamine in schizophrenia. В G. Hemmings (Ed.), *Біологічні аспекти schizophrenia and addiction.* New York: Wiley.

 Gumming, J. & Cumming, E. (1962). *Ego and milieu: Theory and practice of environmental therapy.* New York: Atherton.

 Hutting, J. (1985). *Психологія schizophrenia.* Edinburgh: Churchill-Livingstone.

 Dytryn, L, & McKnew, DH, Jr. (1996). *Growing up sad: Childhood depression and its treatment.* New York: Norton.

 DAWN (Drug Abuse Warning Network) (1997). *Highlights from 1996 Report.* Drug Abuse Warning Network.

 Dare, C. & Crowther, C. (1995). Живлення нестерпно: психоаналітичний психотерапія з анорексії nervosa. В G. Szmukler, C. Dare, & J. Treasure (Eds.), *Handbook of eating disorders: Theory, treatment and research.* Chichester, England: Wiley.

 Dare, C. & Crowther, C. (1995). Психодинамічні моделі з їдаючими disorders. В G. Szmukler, C. Dare, & J. Treasure (Eds.), *Handbook of eating disorders: Theory, treatment and research.* Chichester, England: Wiley.

 Dare, C. & Eisler, I. (1995). Family therapy. В G. Szmukler, C. Dare, & J. Treasure (Eds.), *Handbook of eating disorders: Theory, treatment and research.* Chichester, England: Wiley.

 Davanloo, H. (Ed.). (1980). *Short-term dynamic psychotherapy.* New York: Jason Aronson.

 Davis, JM (1980). Antidepressant drugs. В HI Kaplan, AM Freedman, & BJ Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry III.* Baltimore: Williams & Wilkins.

 Davis, JM, Comary JE, & Janicak, PG (1988). p align="justify"> The psychological effects of antipsychotic drugs. В CN Stefanis & AD Rabavilis (Eds.), *Schizophrenia: Recent biosocial developments.* New York: Human Sciences.

 Davis, M. (1992). Analysis of aversive memories з використанням значних потенційних startle paradigm. В N. Butters & LR Squire (Eds.), *The neuropsychology of memory* (2nd ed.). New York: Guilford.

 Davis, R. (1992, November 19). Canada settles '63 brainwash case. *USA Today,* p. 2A.

 Dawson, G., & Castelloe, P. (1992). Autism. У CE Walker (Ed.), *Clinical psychology: Historical and research joundations.* New York: Plenum Press.

 Dekker, J. (1993). Inhibited male orgasm. В W. O'Donohue і J. Geer (Eds.), *Handbook of sexual dysfunctions.* Boston: Allyn & Bacon.

 DeLeon, MJ, Convit, A., George, AE, Golomb., J., De Santi, S., Tarshish, C., Rusinek, H., Bobinski, M., Ince, C., Miller, D. , & Wisniewski, H. (1996). In vivo structural studies з hippocampus в normal aging і в incipient Alzheimer's disease. В RJ Wurtman, S. Corkin, JH Growdon, & RM Nitsch (Eds.), *The neurobiology of Alzheimer's disease.* New York: New York Academy of Sciences.

 De Silva, P. (1995). Cognitive-behavioural models eating disorders. В G. Szmukler, C. Dare, & J. Treasure (Eds.), *Handbook of eating disorders: Theory, treatment and research.* Chichester, England: Wiley.

 Diekstra, R. F, Kienhorst, CWM, & de Wilde, EJ (1995). Взаємодія і вуха behaviour серед adolescentes. In M. Rutter & DJ Smith, *Psychosocial disorders in young people.* Chichester, England: Wiley.

 Doan, BD & Bryson, SE (1994). Етіологічна і maintaining factors в multiple personality disorder: Critical review. В RM Klein & BK Doane (Eds.), *Психологічні концепції та dissociative disorders.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.

 Doherty, WJ, & Jacobson, NS (1982). Marriage and the family. In BB Wolman (Ed.), *Handbook of developmental psychology.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

 Douglas, J. (1996). *Mind hunter: У FBI's elite serial crime unit.* New York: Pocket Star.

 Drug Enforcement Administration (1996). *Консультація зріталін.* Washington, DC: Author.

 Dunbar, F. (1948). Synopsis psychosomatic diagnosis and treatment. St. Louis: Mosby.

 Du Pont, RL, Rice, DP, Shiraki, S. та ін. (1993). *Anxiety: Economic burden.* Presentation annual meeting of Anxiety Disorders Association of America, Charleston, SC.

 Durkheim, E. (1951). *Suicide.* New York: Free Press. [Original work published in 1897].

 Eaton, WW, Dryman, A., & Weissman, MM (1991). Panic and phobia. В LN Robins & DA Regier (Eds.), *Psychiatric disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study.* New York: Maxwell Macmillan International.

 Egan, Ст М . (1992). Васклярна реактивність, симпатетична тон, і stress. В EH Johnson, ED Gentry, & S. Julius (Eds.), *Personality, пов'язана з blood pressure, і essential hypertension.* Washington, DC: Hemisphere.

 Egeland, B. (1991, February). Presentation. American Association for the Advancement of Science.

 Eigan, L. (1991, February) Загальні практики, політики, і потенційні американські коледжі та університети. An OSAP White Paper, Office for Substance Abuse Prevention, Rockville, MD.

 Eisler, I. (1995). Family models of eating disorders. В G. Szmukler, C. Dare, & J. Treasure (Eds.), *Handbook of eating disorders: Theory, treatment and research.* Chichester, England: Wiley.

 Eitinger, L. (1964). *Концентрація camp survivors в Norway and Israel.* New York: Humanities Press.

 Elkin, I. (1994). NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program: Where we began and where we are. В AE Bergin & SL Garfiel (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.). New York: Wiley.

 Ellenberger, H. E (1970). *Відповідь про невідповідні.* New York: Basic Books.

 Ellioit, C. (1996). *Правління insanity: Moral responsability and the mentally ill offender.* Albany: State University of New York Press.

 Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy.* Secaucus, NJ: Lyle Stuart.

 Ellis, A. (1977). Основна клінічна теорія rational-emotive therapy. In A. Ellis & R. Grieger (Eds.), *Handbook of rational-emotive therapy.* New York: Springer.

 Ellis, A. (1995). Rational емоційний behavior therapy. В RJ Corsini & D. Wedding (Eds.), *Current psychotherapies* (5th ed.). Itasca, IL: Peacock.

 Ellis, A. (1997). Розвиток Albert Ellis і позитивні емоційні ходові терапіі. В JK Zeig (Ed.), *Еволюція психологічноїтерапії: The third conference.* New York: Brunner/Mazel.

 Emery RE, & Laumann-Billings, L. (1998).

 Emmelkamp, PM (1982). Exposure in vivo treatments. В A. Goldstein & D. Chambless (Eds.), *Agoraphobia: Multiple perspectives on theory and treatment.* New York: Wiley.

 Emmelkamp, PM (1982). *Phobic і obsessive-compulsive disorders.* New York: Plenum Press.

 Emmelkamp, PM (1994). Behavior therapy with adults. В AE Bergin & SL Garfiel (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.). New York: Wiley.

 Ennis, BJ, & Emery, RD (1978). *The rights of patients (ACLUHandbook Series).* Нью-Йорк: Avon.

 Erdelyi, MH (1985). *Psychoanalysis: Freud's cognitive psychology.* New York: WH Freeman.

 Erickson, MT (1992). *Причинами є disorders of children and adolescents.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

 Erikson, E. (1963). *Childhood and society.* New York: Norton.

 Eser, A. (1981). "Sanctity" and "quality" of life in a historical comparative view. In SE Wallace & A. Eser (Eds.), *Suicide and euthanasia: The rights of personhood.* Knoxville: University of Tennessee.

 Esquirol, ED (1961). Mental maladies: A treatise on insanity (1845). Cited in S. Thorne (Ed.), *Classics in psychology.* New York: Philosophical Eibrary.

 Evans, G. & Farberow, NL (1988). *The Encyclopedia of Suicide.* New York: Facts on File.

 Fairburn, CG (1985). Cognitive-behavioural treatment for bulimia. В DM Garner & PE Garfinkel (Eds.), *Handbook psychotherapy для anorexia nervosa and bulimia.* New York: Guilford.

 Farberow, NL (1991). Adult survivors after suicide: Research problems and needs. В AA Leenaars (Ed.), *Life span perspectives of suicide: Time-lines в suicide process.* New York: Plenum Press.

 Farberow, NL (1993). Створення після suicide. В AA Leenaars, AL Berman, P. Cantor, RE Litman, & RW Maris (Eds.), *Suicidology.* North-vale, NJ: Jason Aronson, Inc.

 Fawcett, J. & Busch, KA (1995). Стимулятори в психології. In AF Schatzberg & С . В. Nemeroff (Eds.), *The American Psychiatric Press Textbook of psychopharmacology.* Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.

 Fehre, K. & White, BJ (Eds.) (1996). *Self-help group directory* (14th ed.). Denville, NJ: Northwest Convenant Medical Center.

 Feldman, MD & Ford, CV (1994). *Patient or pretender: Inside the strange world of factitious disorders.* New York: Wiley.

 Feldman, MD, Ford, C. V, & Reinhold, T. (1994). *Patient or pretender: Inside the strange world of factitious disorders.* New York: Wiley.

 Fenichel, O. (1945). *Психоаналітична теорія neurosis.* New York: Norton.

 Fenigstein, A. (1996). Paranoia. В CG Costello (Ed.), *Personality characteristics of personality disordered.* New York: Wiley.

 Fichter, M. (1990). Psychological therapies в bulimia nervosa. У MM Fichter (Ed.), *Bulimia nervosa: Основні дослідження, diagnosis and therapy.* Chichester, England: Wiley.

 Fichter, MM & Pirk'e, До. М. (1995). Starvation models and eating disorders. В G. Szmukler, C. Dare, & J. Treasure (Eds.), *Handbook of eating disorders: Theory, treatment and research.* Chichester, England: Wiley.

 Fieve, RR (1975). *Moodswing.* New York: Morrow.

 Figley, CR & Leventman, S. (1990). Introduction: Estrangement і victimization. У CR Figley & S. Leventman (Eds.), *Strangers home: Vietnam veterans since the war.* New York: Praeger.

 Fink, M. (1992). Electroconvulsive терапія. In ES Paykel (Ed.), *Handbook of affective disorders.* New York: Guilford.

 Finkel, NJ (1988). *Insanity on trial.* New York: Plenum Press.

 Finkel, S. (1991). Group psychotherapy in later life. У WA Myers (Ed.), *New techniques в psychotherapy older patients.* Washington, DC: American Psychiatric Press.

 Finkelhor, D., Gelles, R., Hotaling, G. & Straus, M. (Eds.). (1983). *The dark side of families.* Bev-erly Hills, CA: Sage.

 Flavin, DK, Franklin, JE, & Frances, RJ (1990). Substance abuse and suicidal behavior. В SJ Blumenthal & DJ Kupfer (Eds.), *Суспільство над життєвим циклом: Risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients.* Washington, DC: American Psychiatry Press.

 Flaxenberg, GM (1998).

 Fombonne, E. (1995). Дозволяють disorders: Time trends і можливі explanatory mehanisms. In M. Rutter & DJ Smith, *Psychosocial disorders in young people.* Chichester, England: Wiley.

 Fondacaro, KM & Butler, WM (1995). Suici-dality в жіночих survivors з дитиною sexual abuse. В SS Canetto & D. Lester (Eds.), *Women and suicidal behavior.* New York: Springer.

 Foster, SL & Cone, JD (1986). Design and use of direct observation. В AR Ciminero, KS Calhoun, & HE Adams (Eds.), *Handbook of behavioral assessment* (2nd ed.). New York: Wiley.

 Fowler, JS, Volkow, ND, Wolf, AP (1995). PET studies of cocaine in human brain. В A. Biegon & ND Volkow (Eds.), *Sites of drog action in the human brain.* Boca Raton, FL: CRC Press, Inc.

 Frances, RJ & Franklin, JE (1988). Alcohol і інші psychoactive substance use disorders. In JA Talbott, RE Hales, & SC Yudofsky (Eds.), *Textbook of psychiatry.* Washington, DC: American Psychiatric Press.

 Frank, JD (1973). *Persuasion and healing* (Rev. ed.). Baltimore: Johns Hopkins University Press.

 Frankish, CJ (1994). Crisis centers and their role in treatment: Suicide prevention versus health promotion. В AA Eeenaars, JT Maltsberger, & RA Neimeyer (Eds.), *Treatment of suicidal people.* Washington, DC: Taylor & Francis.

 Frankl, VE (1963). *Man's search for meaning.* Нью-Йорк: Washington Square.

 Frederiksen, N. (1993). Зміна концепцій intelligence. У GG Brannigan & MR Merrens (Eds.), *The undaunted psychologist: Adventures in research.* New York: McGraw-Hill.

 Freeman, C. (1995). Cognitive therapy. В G. Szmukler, C. Dare, & J. Treasure (Eds.), *Handbook of eating disorders: Theory, treatment and research.* Chichester, England: Wiley.

 Freud, S. (1894). Невро-психоси of defense. In J. Strachey (Ed.), *Стандартний edition of complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 3). London: Hogarth Press, 1962.

 Freud, S. (1900). *The interpretation of dreams.* Strachey (Ed. and Trans.). New York: Wiley.

 Freud, S. (1909). Analysis of a phobia in a five-year-old boy. In *Sigmund Freud: Збірка паперів.* (Vol. 3). New York: Basic Books.

 Freud, S. (1915). У випадку з paranoia counter до психоаналітичної теорії. In *Complete psychological -works* (Vol. 14). London: Hogarth, 1957.

 Freud, S. (1917). *Головне введення в психоаналіз. (].* Riviere, Trans.). New York: Liveright, 1963.

 Freud, S. (193 3). *Нові introductory лекції на психоаналізі.* New York: Norton.

 Freud, S. (1955). *Відомості upon a case of obsessional neurosis.* London: Hogarth Press.

 Freud, S. (1960). *Психопатологія everyday life.* (Ed. James Strachey). New York: WW Norton.

 Frey, KA, Koeppe, RA, & Holthoff, VA (1995). In vivo зображені на benzodiazepine receptors with positron емісію темографії. В A. Biegon & ND Volkow (Eds.), *Sites of drog action in the human brain.* Boca Raton, FL: CRC Press.

 Friedman, M. & Rosenman, R. (1974). *Type A behavior and your heart.* New York: Knopf.

 Friedman, RM, Katz-Leavy, JW, Manderscheid, RW, & Sondheimer, DL (1996). Prevalence of seriós emotional disturbance in children and adolescents. In *Mental health, United States, 1996,* RW Manderscheid & MA Sonnenschein (Eds.) (DHHS Publication No. SMA 96-3098). Washington, DC: US Government Printing Office, Center for Mental Health Services.

 Fromm, E., & Nash, MR, (Eds.) (1992). *Contemporary hypnosis research.* New York: Guilford.

 Fulwiler, C. & Pope, HG, Jr. (1987). Depression in personality disorder. In OG Cameron (Ed.), *Представлення про здушення: Depressive symptoms in medical and other psychiatric disorders.* New York: Wiley.

 Furumoto, L., & Rearing, До. М. (1995). Побудова анорексії nervosa (1940-1980): Психоаналітисти, психіатриці, і Хільде Брюх. В I. Lubek, R. van Hezewijk, G. Pheterson, & CW Tolman, (Eds), *Trends and issues in theoretical psychology.* New York: Springer.

 Gabbard, GO (1990). *Психодинамічні психології в клінічній практиці.* Washington, DC: American Psychiatric Press.

 Galanter, M., Talbott, D., Gallegos, K., *&* Rubenstone, E. (1990). З'єднані алкоголіки anonymous і професійний спосіб для пов'язаних фізичних осіб. *Amer. J. Psychiat., 147 (1),* 64-68.

 Gallagher-Thompson, D., Lovett, S., & Rose, J. (1991). Психотерапіятичні дії для стрімких сімейних керівників. У WA Myers (Ed.), *New techniques в psychotherapy older patients.* Washington, DC: American Psychiatric Press.

 Gallagher-Thompson, D. & Thompson, LW (1995). Problems of aging. In RJ Comer, *Abnormal psychology.* New York: WH Freeman.

 Gallup Organization (1995). *Child abuse survey.* Princeton, NJ: Author.

 Gamwell, L. & Tomes, N. (1995). *Madness in America: Cultural і medical perceptions of mental illness before 1914.* Ithaca, NY: Cornell University Press.

 Ganley, A. (1981). *Чоловіки і трейдери manual для роботи з людьми, які batter.* Washington, DC: Центр для Women Policy Studies.

 Garfield, SL, Bergin, AE (1994). Утворення і історичний overview. В AE Bergin & SL Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.). New York: Wiley.

 Garfinkel, BD, Froese, A. & Golombek, HM (1979). Suicidal behavior в pediatric population. У *процедурах 10-ї міжнародної конгресу для взаємного захисту.* Ottawa: International Association for Suicide Prevention.

 Garfinkel, PE, & Gallop, R. (1992). Напіврозчинники і вузькі індивідуальності disorder. In D. Silver & M. Rosenbluth (Eds.), *Handbook of borderline disorders.* Madison, CT: International Universities Press.

 Garfinkel, PE, Garner, DM (1982). *Anorexia nervosa: A multidimensional perspective.* New York: Brunner/Mazel.

 Garner, DM, & Bemis, К . М. (1985). Cognitive therapy for anorexia nervosa. В DM Garner & PE Garfinkel (Eds.), *Handbook psychotherapy для anorexia nervosa and bulimia.* New York: Guilford.

 Garner, DM, Fairburn, CG (1988). Relationship між anorexia nervosa and bulimia nervosa: Diagnostic implications. В DM Garner & PE Garfinkel (Eds.), *Diagnostic issues in anorexia nervosa and bulimia nervosa.* Brunner/Mazel eating disorders monograph series, No. 2. New York: Brunner/Mazel.

 Gebhard, PH (1965). Situational factors affecting human sexual behavior. In F. Beach (Ed.), *Sex and behavior.* New York: Wiley.

 Gelder, M. (1991). Психологічний дохід для розладів диференціантів: Додатковий розладник з низьким тиском, пов'язаний з розладами disorders, panic disorder, agoraphobia, і avoidant personality disorder. У C. Coryell & G. Winokur (Eds.), *Clinical management of anxiety disorders.* New York: Oxford University Press.

 Gelfand, DM, Jenson, WR, & Drew, CJ (1982). *Understanding child behavior disorders.* New York: Holt, Rinehart & Winston.

 Gernsbacher, LM (1985). *The suicide syndrome.* New York: Human Sciences.

 Gill, AD (1982). Vulnerability to suicide. В EL Bassuk, SC Schoonover, & AD Gill (Eds.), *Lifelines: Clinical perspectives on suicide.* New York-Plenum Press.

 Goldstein, A. (1994). *Addiction: З biology to drug policy.* New York: WH Freeman.

 Goldstein, G. (1990). Доскональний Neuropsy-chological Assessment Batteries. In G. Goldstein & M. Hersen (Eds.), *Handbook of psychological assessment* (2nd ed.). New York: Pergamon Press.

 Goldstein, G. & Hersen, M. (1990). Historical Perspectives. In G. Goldstein & M. Hersen (Eds.), *Handbook of psychological assessment* (2nd ed.). New York: Pergamon Press.

 Goldstein, MJ, & Palmer, J. Про . (1975). *Досвід роботи про anxiety: A casebook* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.

 Goleman, D. & Gurin, J. (1993). *Mind/body medicine.* Yonkers, NY: Consumers Union of United States, Inc.

 Goodman, LS, & Gilman, A. (Eds.) (1990). *pharmacological basis of therapeutics* (8th ed.). New York: Pergamon Press.

 Goodwin, CJ (1995). *Research in psychology: Methods and design.* New York: Wiley.

 Goodwin, DW (1976). *Чи є алкоголізм hereditary?* New York: Oxford University Press.

 Goodwin, FK, & Jamison, KR (1990). *Manic-depressive illness.* New York: Oxford University Press.

 Goodwin, GM (1992). Tricyclic and newer anti-depressants. In ES Paykel (Ed.), *Handbook of affective disorders.* New York: Guilford.

 Gordis, E. (1991). *Alcohol research: Promise for the decade.* Rockville, MD: Національний Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism.

 Gordon, RA (1990). *Anorexia та Bulimia.* Cambridge: Basil Blackwell.

 Німеччина, JM, Papp, LA, & Coplan, JD (1995). Neuroanatomy і neurotransmitter функція в panic disorder. In SP Roose & RA Click (Eds.), *Anxiety як симптом і сигнал.* Hillsdale, NJ: The Analytic Press.

 Goshen, С.Є. (1967). *Documentary history of psychiatry: A source book on historical principles.* New York: Philosophy Library.

 Gottesman, I. L (1991). *Schizophrenia genesis.* New York: WH Freeman.

 Gottlieb, J., Alter, M., & Gottlieb, BW (1991). Litigation involving people with mental retardation. In JL Matson & JA Mulick (Eds.), *Handbook of mental retardation.* New York: Pergamon-Press

 Gould, MS, Shaffer, D. & Davies, M. (1990). Трунковані ходи від дітей до adulthood: Відомості про follow-up studies due to death. У L. Robins & M. Rutter (Eds.), *Швидкий і нескінченний хід від дитинства до adulthood.* Cambridge: Cambridge University Press.

 Graham, JR (1977). *The MMPI: A practical guide.* New York: Oxford University Press.

 Graham, JR (1987). *MMPI: A practical guide* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.

 Graham, JR (1993). *MMPI-2: Assessing personality and psychopathology* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.

 Graham, JR & Lilly, RS (1984). *Psychological testing.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

 Gray, H. (1959). *Anatomy of the human body* (27th ed.). Philadelphia: Lea *&* Febiger.

 Greeley, AM (1991). *Faithful attraction.* New York: Tor Books.

 Grisez, G., & Boyle, JM, Jr. (1979). *Life and death with liberty and justice: A contribution to the euthanasia debate.* Notre Dame, IN: University Notre Dame.

 Grob, GN (1966). *State and the mentally ill: A history of Worcester State Hospital в Massachusetts, 1830-1920.* Chapel Hill: University of North Carolina.

 Grossman, SP (1990). Brain mechanisms concerned with food intake and body-weight regulation. У MM Fichter (Ed.), *Bulimia nervosa: Основні дослідження, diagnosis and therapy.* Chichester, England: Wiley.

 Grotstein, JC (1996). Object relations theory. In E. Nersessian, & RG Kopff (Eds.), *Textbook of psychoanalysis.* Washington, DC: American Psychiatric Press.

 Gunderson, JG (1988). Personality disorders. У AM Nicholi Jr. (Ed.), *The New Harvard guide to psychiatry.* Cambridge, MA: Belknap Press.

 Gurman, A., Kniskern, DP, & Pinsof, WM (1986). Research on the process and outcome of marital and family therapy. В SL Garfield і AE Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An evaluative analysis.* (3rd ed.). New York: Wiley.

 HEW [Health Education and Welfare]. (1976). *Єдині мої хлопчики не знають, що я був алкоголічним: Взаємодія з Dick Van Dyke* (ADM 76-348). Washington, DC: US Government Printing Office.

 Haaga, DA E, & Beck, AT (1992). Cognitive therapy. In ES Paykel (Ed.), *Handbook of affective disorders.* New York: Guilford.

 Haas, GL, Radomsky, ED, Glanz, L., Keshavan, MS, Mann, JJ, & Sweeney, JA (1993, May). *Суіційний behavior в schizophrenia: Course-of-illness predictors.* Представлений на annual meeting of Society of Biological Psychiatry, San Francisco.

 Haefely, W. (1990). Benzodiazepine receptor і ligands: Structural and functional differences. В I. Hindmarch, G. Beaumont, S. Brandon, & В. Е . Leonard (Eds.), *Benzodiazepines: Current concepts* (Ft. 1). Chichester, England: Wiley.

 Haefely, W. (1990). GABA-benzodiazepine receptor: Біологія і фармакологія. In G. Burrows, M. Roth, & R. Noyes (Eds.), *Handbook of anxiety* (Vol. 3). Amsterdam: Elsevier Science Publishers.

 Hafner, H., & an der Heiden, W. (1988). Мистецтво здоров'я, що охороняється системою в ході переслідування: Study in organization, effectiveness, and costs of complementary care for schizophrenic patients. В CN Stefanis & AD Rabavilis (Eds.), *Schizophrenia: Recent biosocial developments.* New York: Human Sciences.

 Hale, CA, & Borkowski, JG (1991). Пристрій, пам'ять і cognition. In JL Matson & JA Mulick (Eds.), *Handbook of mental retardation.* New York: Pergamon Press.

 Hall, L. (з L. Conn). (1980). *Їжте без ніг.* Santa Barbara, З: Gurze.

 Hallam, RS, & Rachman, S. (1976). Сучасний статус аверсії терапіі. In M. Hersen, R. Eisler, & P. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification* (Vol. 2). New York: Academic Press. Halmi, KA (1985). У ходіпостійного управління для анорексії nervosa. В DM Garner & PE Garfinkel (Eds.), *Handbook psychotherapy для anorexia nervosa and bulimia.* New York: Guilford.

 Halmi, KA (1995). Current concepts and definitions. В G. Szmukler, C. Dare, & J. Treasure (Eds.), *Handbook of eating disorders: Theory, treatment and research.* Chichester, England: Wiley.

 Halmi, KA, Agras, WS, Kaye, WH, & Walsh, BT (1994). Evaluation of pharmacologic treatments в eating disorders. В RF Prien & DS Robinson (Eds.), *клінічна оцінка психотропних методів: Principles and guidelines.* New York: Raven Press, Ltd.

 Halstead, WC (1947). *Brain and intelligence: A quantitative study of frontal lobes.* Chicago: University of Chicago.

 Hare, RD (1978). Electrodermal і cardiovascular correlates з sociopathy. В RD Hare & D. Shalling (Eds.), *Психопатічний behaviour: Approaches to research.* New York: Wiley.

 Hare, RD (1993). *Безнауки: Розповсюдження світу психіатрів серед нас.* New York: Pocket Books.

 Harlow, H. E, & Harlow, MK (1965). The affec-tional systems. В A. Schrier, H. Harlow, & F. Stollnitz (Eds.), *Behavior of nonhuman primates* (Vol. 2). New York: Academic Press.

 Harris, S. L (1995). Autism. In M. Hersen & RT Ammerman, *Advanced abnormal psychology.* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

 Hart, B. (1993). Legal road to freedom. In M. Hansen & M. Harway (Eds.), *Battering and family therapy: A feminist perspective.* Newbury Park, CA: Sage.

 Hart, K. & Kenny, ME (1995, August). *Adherence to supenvoman ideal and eating disorder symptoms among college women.* Paper read at American Psychological Association, Нью-Йорк.

 Hartmann, E. (1996). Who develops PTSD nightmares and who doesn't. In D. Barrett (Ed.), *Trauma and dreams.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

 Harvard School of Public Health (1995). *Binge drinking на American college campuses: New look at old problem.* Бостон, Массачусетс.

 Hawton, K. (1986). *Suicide and attempted suicide among children and adolescents.* Beverly Hills, CA: Sage.

 Haynes, SN (1990). Під часвідомості з adultes. In G. Goldstein & M. Hersen (Eds.), *Handbook of psychological assessment* (2nd ed.). New York: Pergamon Press.

 Haywood, TW, Kravitz, HM, Grossman, LS, Cavanaugh, JL та ін. (1995). Відповідаючи на «відновлювальну дору» феноменон серед пацієнтів з schizohrenia, schizoaffective, and affective *disorders. Amer. J. Psychiat., 152 (6),* 856-861.

 Hedaya, RJ (1996). Підрозділом біологічної психології. New York: Norton.

 Heiman, JR, & LoPiccolo, J. (1988). *Ставши orgasmic: Personal і sexual зростає програма для жінок.* New York: Prentice Hall.

 Heiman, JR, LoPiccolo, L, & LoPiccolo, J. (1981). Дослідження sexual dysfunction. In AS Gurman & DP Kniskern (Eds.), *Handbook of family therapy.* New York: Brunner/Mazel.

 Heise, L., & Chapman, JR (1990). Reflections on a movement: The US battle against women abuse. In M. Schuler (ed.), *Freedom from violence: Women's strategies round the world.* OEF International.

 Helzer, JE, Burnam, A., & McEvoy, LT (1991). Alcohol abuse and dependence. В LN Robins & DS Regier (Eds.), *Психіатричні disorders в Америці: epidemiological catchment area study.* New York: Free Press.

 Hembree, WC, Nahas, GG, & Huang, H. E S. (1979). Зміни в людському spermatozoa поєднані з високою дозою marihuana-smoking. In GG Nahas & WDM Paton (Eds.), *Marihuana: Біологічні ефекти.* Elmsford, NY: Pergamon Press.

 Herzog, D. Ст, Keller, M. Ст, Lavori, PW, Bradburn, IS, & Ott, IL (1990). Course and outcome of bulimia nervosa. У MM Fichter (Ed.), *Bulimia nervosa: Основні дослідження, diagnosis and therapy.* Chichester, England: Wiley.

 Heston, LL (1992). *Mending Minds: За допомогою нової психіатрики з depression, anxiety, і інші серйозні ментальні disorders.* New York: WH Freeman.

 Hirsch, S., Adams, JK, Frank, LR, Hudson, W., Keene, R., Krawitz-Keene, G., Richman, D., & Roth, R. (Eds.). (1974). *Madness: Network news reader.* San Francisco: Glide Publications.

 Hirschfeld, RM (1992). Clinical course of panic disorder and agoraphobia. In GD Burrows, SM Roth, & R. Noyes, Jr. (Eds.), *Hand-took of anxiety* (Vol. 5). Oxford: Elsevier.

 Hobbs, FB (1997). *The elderly population. US Census Bureau: The official statistics.* Washington, DC: США Census Bureau.

 Holinger, PC, & Offer, D. (1984). Toward prediction of violent deaths among the young. In Sudak та ін. (Eds.), *Suicide among the young.* New York: Wright PSG.

 Holinger, PC, & Offer, D. (1991). Соціально-демографічні, епідеміологічні, і окремі ознаки. У L. Davidson & M. Linnoila (Eds.), *Ризикові factors for youth suicide.* New York: Hemisphere.

 Holinger, PC, & Offer, D. *(1993). Adolescent suicide.* New York: Guilford.

 Hollander, E., Simeon, D. & German, JM (1994). Anxiety disorders. In RE Hales, SC Yudofsky, & JA Talbott (Eds.), *The American Psychiatric Press Textbook of psychiatry* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.

 Hollander, MH (1988). Hysteria and memory. У HM Pettinati (Ed.), *Hypnosis and Memory.* New York: Guilford.

 Hollon, SD, & Beck, AT (1994). Cognitive і cognitive-behavioral therapies. В AE Bergin & SL Garfiel (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.). New York: Wiley.

 Hollon, SD, Shelton, RC, & Davis, DD (1993). Когнітивна терапія для depression: Conceptual issues and clinical efficacy. *J. Cons. Clin. Psychol., 61 (2),* 270-275.

 Holmes, TH, & Rahe, RH (1989). Social readjustment rating scale. In Т. М. Holmes *& E.* M. David (Eds.), *Life, change, life events, and illness: Selected papers.* New York: Praeger.

 Holmes, V. E, & Rich, CL (1990). Suicide among physicians. В SJ Blumenthal & DJ Kupfer (Eds.), *Суспільство над життєвим циклом: Risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients.* Washington, DC: American Psychiatry Press.

 Holstein, JA (1993). *Conn-ordered insanity: Interpretive practice and involuntary commitment.* Нью-Йорк: Aldine de Gruyter.

 Hope, DA, & Heimberg, RG (1993). Social phobia and social anxiety. В DH Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (2nd ed.). New York: Guilford.

 Horner, AJ (1991). *Психоаналітичні об'єкти зв'язку терапія.* Northvale, NJ: Jason Aronson.

 Homey, K. (1937). *The neurotic personality of our time.* New York: Norton.

 Horton, PC (1992). A borderline treatment dilemma: To solace or not to solace. In D. Silver & M. Rosenbluth (Eds.), *Handbook of borderline disorders.* Madison, CT: International Universities Press.

 Howitt, D. (1995). *Paedophiles and sexual offences до дітей.* Chichester, England: Wiley.

 Hugdahl, K. (1995). *Psychophysiology: The mind-body perspective.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

 Hull, M. Berger, M., Volk, B., & Bauer, J. (1996). Відповідь interleukin-6 в cortical plaques of Alzheimer's disease patients може precede transformation of diffuse в neuritic plaques. В RJ Wurtman, S. Corkin, JH Growdon, & RM Nitsch (Eds.), *The neurobiology of Alzheimer's disease.* New York: New York Academy of Sciences.

 Humphry, D. & Wickett, A. (1986). *Правильно до die: Understanding euthanasia.* New York: Harper & Row.

 Hurt, S. W, Reznikoff, M., & Clarkin, JF

 (1991). *Психологічна оцінка, психологічна diagnosis, і treatment planning.* New York: Brunner/Mazel.

 Hyde, JS (1990). *Під розумінням людської sexuality* (4th ed.). New York: McGraw-Hill.

 Inglehart, R. (1990). *Культура shift в розширеному індустрії суспільства.* Princeton, NJ: Princeton University Press.

 Iqbal, K. & Grundke-Iqbal, I. (1996). Molecular mechanism of Alzheimer's neurofibrillary degeneration and therapeutic intervention. В RJ Wurtman, S. Corkin, JH Growdon, & RM Nitsch (Eds.), *The neurobioloirf of Alzheimer's disease.* New York: New York Academy of Sciences.

 Jackson, JS (Ed.). (1988). *The Black American elderly: Research on physical and psychosocial health.* New York: Springer.

 Jacobs, BL (Ed.). (1984). *Hallucinogens: neurochemical, behavioral, і clinic perspectives.* New York: Raven Press.

 Jacobs, D., *&* Klein, ME (1993). Розширення ролі психологічних autopsies. У AA Leenaars (Ed.), *Suicidology.* Northvale, NJ: Jason Aronson.

 Jacobson, E. (1971). *Depression.* New York: International Universities Press.

 Jacobson, J. W, Schwartz, AA (1991). Evaluating living situions of people with development disabilities. In JL Matson & JA Mulick (Eds.), *Handbook of mental retardation.* New York: Pergamon Press.

 Jaffe, JH (1985). Drug addiction and drug abuse. В Goodman & Oilman (Eds.), *фармакологічне основу терапієтичного behavior.* New York: Macmillan.

 James, W. (1890). *Principles of psychology* (Vol. 1). New York: Holt, Rinehart & Winston.

 Jamison, KR (1995). *An unquiet mind.* New York: Vintage Books.

 Janus, SS, & Janus, CL (1993). *Janus report on sexual behavior.* New York: Wiley.

 Jefferson, JW, & Greist, JH (1994). Mood disorders. In RE Hales, SC Yudofsky, & JA Talbott, (Eds.), *The American Psychiatric Press Textbook of psychiatry* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.

 Jefferson, L. (1948). *There are my sisters.* Tulsa, OK: Vickers.

 Jenike, MA (1991). Management patients with treatment-resistant obsessive-compulsive disorder. У MT Pato & J. Zohar (Eds.), *Численні ходи з особливих-компульсивних disorder.* Washington, DC: American Psychiatric Press.

 Jenike, MA (1991). Obsessive-compulsive disorders: Clinical approach. In W. Coryell & G. Winokur (Eds.), *The clinic management of anxiety disorders.* New York: Oxford University Press.

 Jenike, MA (1995). Alzheimer's disease. In *Scientific American Series: Vol. 13. Психіатри.* New York: Scientific American.

 Johnson, C., & Wonderlich, SA (1992). Personality characteristics є ризиком factor в розробці eating disorders. В JH Crowther, DL Tennenbaum, SE Hobfoll, *& M.* AP Stephens (Eds.), *етіологія bulimia nervosa: The individual and familiar context.* Washington, DC: Hemisphere.

 Johnson, EH, Gentry, WD, Julius, S. (Eds.). (1992). *Особистість, пов'язана з blood pressure, і esential hypertension.* Washington, DC: Hemisphere.

 Johnson, FA (1991). Психотерапія з найбільш незворушним пацієнтом. In C. Salzman & BD Lebowitz (Eds.), *Anxiety in the elderly.* New York: Springer.

 Johnson, MR, Lydiard, R. В., Morton, WA, Laird, LK, Steele, TE, Kellner, CH, & Ballenger, JC (1993). Дія fluvoxamine, imipramine і placebo на кателоламіну функцію в заборонених пацієнтів. *J.* \_ *Psychiatr. Res.,* 27 (2), 161-172.

 Johnston, DW (1992). Management stress in prevention of coronary heart disease. In S. Macs, H. Levental, & M. Johnston (Eds.), *International review of health psychology* (Vol. 1). New York: Wiley.

 Johnston, L, Bachman, J., & O'Malley, P. (1996). *Monitoring the future study.* Rockville, MD.: Національний інститут на Drug Abuse (NIDA).

 Johnston, LD, O'Malley, PM, & Bachman, JG (1993). *національні розслідування на Drug Use from the Monitoring the Future Study, 1975-1992.* Rockville, MD: Національний інститут на Drug Abuse.

 Jones, A., & Schechter, S. (1992). *When love goes wrong.* New York: HarperCollins.

 Joyner, CD, & Swenson, C . З. (1993). Community-level intervention після disaster. У CF Saylor (Ed.), *Children and disasters.* New York: Plenum Press.

 Julius, S. (1992). Відносини між симпатетичним тоном і cardiovascular responseveness в курсі hypertension. В EHJohnson, ED Gentry, & S.Julius (Eds.), *Personality, пов'язана з blood pressure, і essential hypertension.* Washington, DC: Hemisphere.

 Juster, HR, Heimberg, RG, & Holt, CS (1996). Social phobia: Diagnostic issues and review of cognitive behavioral treatment strategies. In M. Hersen, RM Eisler, & PM Miller (Eds.), *Progress in behavior modification* (Vol. 30). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

 Kahn, AP & Fawcett, J. (1993). *The encyclopedia of mental health.* New York: Facts on File.

 Kaij, L. (1960). *Alcoholism in twins: Studies на етіології і шпильках of abuse of alcohol.* Stockholm: Almquist & Wiksell.

 Kaminer, Y. (1991). Adolescent substance abuse. У RJ Frances & SI Miller (Eds.), *Clinical textbook of addictive disorders.* New York: Guilford.

 Kanner, B. (1995). *Are you normal?: Do you behave як everyone else?* New York: St. Martin's.

 Kaplan, HS (1974). *The New sex therapy: Active treatment of sexual dysfunction.* New York: Brunner/Mazel.

 Kaplan, W. (1984). *Відносини між депресією та антисоціальним behavior among a courtreferred adolescente населення.* Представлений до американської академії шкіл психіатри, Toronto.

 Kardiner, A. (1977). *My analysis with Freud: Reminiscences.* New York: Norton.

 Karel, R. (1992, May 1). Hopes of багато long-term sufferers підняли як PDA end medical marijuana program. *Psychiatr. News.*

 Karon, BP & Vandenbos, GR (1996). *Психотерапія schizophrenia: The treatment of choice.* Northvale, NJ: Jason Aronson, Inc.

 Kazdin, AE (1994). Методологія, дизайн, і дослідження в психотерапії. В AE Bergin & SL Garfiel (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.). New York: Wiley.

 Kazdin, AE (1994). Психотерапія для дітей і adolescentes. В AE Bergin & SL Garfiel (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.). New York: Wiley.

 Kearney-Cooke, & Steichen-Asch, P.

 (1990). Men, body image, і eating disorders. В AE Andersen (Ed.), *Males with eating disorders.* New York: Brunner/Mazel.

 Keen, E. (1970). *Three faces of being: Toward an existential clinical psychology.* By the Meredith Corp. Reprinted by permission of Irvington Publishers.

 Keesey, RE, & Corbett, SW (1983). Metabolic defensa of body weight set-point. In AJ Stunkard & E. Stellar (Eds.), *Eating and its disorders.* New York: Raven Press.

 Keith, SJ, Regier, DA, & Rae, DS

 (1991). Schizophrenic disorders. В LN Robins & DS Regier (Eds.), *Психіатричні disorders в Америці: epidemiological catchment area study.* New York: Free Press.

 Kemp, DR (1994). *Mental health in the workplace: An employer's and manager's guide.* Westport, CT: Quorum Books.

 Kendall, PC (Ed.). (1990). *Child and adolescent therapy: Cognitive- behavioral procedures.* New York: Guilford.

 Kernberg, О. Є. (1976). *Object-relations theory and clinic psychoanalysis.* New York: Jason Aronson.

 Kernberg, OF (1997). Конvergences і divergences в contemporary psychoanalytic technique і psychoanalytic psychotherapy. В JK Zeig (Ed.), *Еволюція психологічноїтерапії: The third conference.* New York: Brunner/Mazel.

 Keys, A., Brozek, J., Henschel, A., Mickelson, O., & Taylor, HL (1950). *The biology of human starvation.* Minneapolis: University of Minnesota.

 Kiev, A. (1972). *Transcultural psychiatry.* New York: Free Press.

 Kiev, A. (1989). Suicide in adults. In JG Howells (Ed,), *Modern perspectives в психології of affective disorders.* New York: Brunner/Mazel.

 Kihlstrom, JF (1994). *The social construction of memory.* Paper presentd at the American Psychological Society конвенції.

 Kihlstrom, J. E, Tataryn, DJ, & Hoyt, IP (1993). Dissociative disorders, In PB Sucker and HE Adams (Eds.) *Comprehensive handbook of psychopathology* (2nd ed.). New York: Plenum Press.

 King, L. W, Liberman, RP, Roberts, J. (1974). *An evaluation of personal effectiveness training: A behavior group therapy.* Paper presented at the 31st annual conference of American Group Psychotherapy Association, New York.

 King, NJ (1993). Simple and social phobias. In TH Ollendick & RJ Prinz (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (Vol. 15). New York: Plenum Press.

 Kinsey, AC, Pomeroy, W. Ст, Martin, CE, & Gebhard, PH (1953). *Sexual behavior in the human female.* Philadelphia: Saunders.

 Kirk, SA, & Kutchins, H. (1992). *The selling of DSM: The rhetoric of science in psychiatry.* Нью-Йорк: Aldine de Gruyter.

 Kisker, GW (1977). *Розпоряджена особистість.* New York: McGraw-Hill.

 Klerman, GL, & Weissman, MM (1992). Міжнародна психотерапія. In ES Paykel (Ed.), *Handbook of affective disorders.* New York: Guilford.

 Klerman, G. L, Weissman, MM, Markowitz, J., Click, I., Wilner, PJ, Mason, Ст, & Shear, M. K, (1994). Лікування та психотерапія. В AE Bergin & SL Garfiel (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.). New York: Wiley.

 Klerman, GL, Weissman, MM, Rounsaville, В., Шеврон, Е. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression.* New York: Basic Books.

 Kline, P. (1993). *The handbook of psychological testing.* New York: Routledge.

 Kluft, RP (Ed). (1985). *Childhood antecedents of multiple personality.* Washington, DC: American Psychiatric Press.

 Kluft, RP (1988). The dissociative disorders. In J. Talbott, R. Hales, & S. Yudofsky (Eds.), *Textbook of psychiatry.* Washington, DC: American Psychiatric Press.

 Kluft, RP (1993). Основні принципи в поведінці психотерапії з multiple personality disorder. В RP Kluft & CG Fine (Eds.), *Clinical perspectives on multiple personality disorder.* Washington, DC: American Psychiatric Press.

 Kobasa, SC (1982). The hardy personality: Towards a соціальної психології stress and health. In J. Suls & G. Sanders (Eds.), *Social psychology of health and illness.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.

 Kobasa, SC (1984). Barriers to work stress: II. The "hardy" personality. В WD Gentry, H. Benson, & CJ de Wolff (Eds.), *Behavioral medicine: Work, stress and health.* The Hague: Martinus Nijhoff.

 Kobasa, SC (1987). Stress responses and personality. В RC Barnett, L. Biener, & GK Baruch (Eds.), *Gender and stress.* New York: Free Press.

 Kobasa, SC (1990). Stress resistant personality. In RE Ornstein, & C. Swencionis (Eds.), *The healing brain: A scientific reader.* Oxford: Pergamon Press.

 Kohut, H. (1977). *Ресторація з self.* New York: International Universities Press.

 Kolff, CA, & Doan, RN (1985). Victims of torture: Two testimonies. In E. Stover & EO Nightingale (Eds.), *The breaking of bodies and minds: Torture, psychiatric abuse, and the health professions.* New York: WH Freeman.

 Kolodny, R., Masters, WH, Johnson, J. (1979). *Textbook of sexual medicine.* Boston: Little, Brown.

 Kopelman, MD (1995). Припущення з psy-chogenic amnesia. In AD Baddeley, BA Wilson, FN Watts (Eds.), *Handbook of memory disorders.* Chichester, England: Wiley.

 Korchin, SJ, & Sands, SH (1983). Principles common to all psychotherapies. In С. Е. Walker та ін. (Eds.), *The handbook of clinical psychology.* Homewood, IL: Dow Jones-Irwin.

 Koss, MP, & Harvey, MR (1987). *Rape victim.* Lexington, MA: Stephen Green.

 Kramer, M. (1992). Побутований в RD Cartwright & L. Lamberg, *Crisis Dreaming: Використовуючи ваші насолоди до вирішення ваших проблем.* HarperCollins, 1992.

 Kramer, S. & Akhtar, S. (Eds.). (1994). *Mahler and Kohut: Perspectives mi development, psychopathology, and technique.* Northvale, NJ: Jason Aronson.

 Krantz, L. (1992). *What the odds are.* New York: Harper Perennial.

 Kratochwill, TR (1992). 1-касовий аналіз дизайну і аналізу: An overview. У TR Kratochwill & JR Levin (Eds.), *один-день дослідження дослідження та аналізу: нові напрямки для психології та освіти.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.

 Kresin, D. (1993). Медичні аспекти inhibited sexual desire disorder. У W. O'Donohue & J. Geer (eds.), *Handbook of sexual dysfunctions.* Boston: Allyn & Bacon.

 Kuhn, TS (1962). *Структура з наукової революції.* Chicago: University of Chicago.

 Kuriansky, JB (1988). Personality style and sexuality. В RA Brown & JR Field (Eds.), *Дозволення sexual problems в індивідуальних і термінах терапи.* Costa Mesa, CA: PMA Publishing Corp.

 Kushner, HI (1995). Women and suicidal behavior: Epidemiology, gender and lethality in historical perspective. В SS Canetto & D. Lester (Eds.), *Women and suicidal behavior.* New York: Springer.

 Lacks, P. (1984). *Bender Gestalt screening for brain dysfunction.* New York: Wiley.

 Lader, M. (1992). Hazards of benzodiazepine treatments of anxiety. В GD Burrows, SM Roth, & R. Noyes, Jr., *Handbook of anxiety* (Vol. 5). Oxford: Elsevier.

 Lamb, HR (1994). Public psychiatry and prevention. In RE Hales, SC Yudofsky, & JA Talbott, (Eds.), *The American Psychiatric Press Textbook of psychiatry* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.

 Lambert, MJ, & Bergin, AE (1994). Ефективністьпсихотерапії. В AE Bergin, & SL Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavioral change* (4th ed.). New York: Wiley.

 Lambert, MJ, Shapiro, DA, Bergin, AE (1986). Ефективністьпсихотерапії. В SL Garfield & AE Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavioral change* (3rd ed.). New York: Wiley.

 Lambert, MJ, Weber, FD, Sykes JD (1993, April). *Психотерапія проти placebo.* Paper presentad annual meetings of Western Psychological Association, Phoenix, AZ.

 Landry, MJ (1994). *Запобіжні drogи з abuse: процеси з addiction, treatment, and recovery.* Washington, DC: American Psychiatric Press.

 Langer, EJ (1983). *Психологія контролю.* Beverly Hills, CA: Sage.

 Laumann, EO, Gagnon, JH, Michael, R. T, & Michaels, S. (1994). *The social organization of sexuality.* Chicago: University of Chicago Press.

 Lazarus, AA (1965). Дослідження sexually inadequate man. У LP Ullman & L. Krasner (Eds.), *Case studies in behavior modification.* New York: Holt, Rinehart, & Winston.

 Lazarus, RS, & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping.* New York: Springer.

 Lee, R. K, K., Jimenez, J., Cox, AJ, Wurt-man, RJ (1996). Metabotropic glutamate receptors регулюють APP процеси в hippocampal neurons і cortical astrocytes, що надходять від fetal rats. В RJ Wurtman, S. Corkin, JH Growdon, & RM Nitsch (Eds.), *The neurobiology of Alzheimer's disease.* New York: New York Academy of Sciences.

 Leenaars, AA (1989). *Suicide notes: Predictive clues and patterns.* New York: Human Sciences.

 Leenaars, AA (1991). Suicide in the young adult. В AA Leenaars (Ed.), *Life span perspectives of suicide: Time-lines в suicide process.* New York: Plenum Press.

 Leenaars, AA (1992). Suicide notes, communication, і ideation. В RW Maris, AL Berman, JT Maltsberger, & RI Yufit (Eds.), *Assessment and prediction of suicide.* New York: Guilford.

 Lehman, RS (1991). *Статистики і дослідження дизайну в behavioral sciences.* Belmont, CA: Wadsworth.

 Lehmann, HE (1967). Психіатріческіе disorders не є в стандартних категоріях. В AM Freedman, HI Kaplan, & HS Kaplan (Eds.), *Comprehensive стаття з психології.* Baltimore: Williams & Wilkins.

 Lehmann, HE (1985). Основні риси на біологіі schizohrenia. In MN Menuck & M. V Seeman, *New perspectives in schizophrenia.* New York: Macmillan.

 Lehrer, PM, Carr, R., Sargunaraj, D. & Woolfolk, RL (1993). Різні ефекти stress management therapies in behavioral medicine. В PM Lehrer & RL Woolfolk (Eds.), *Principles and practice of stress management* (2nd ed.). New York: Guilford.

 Leiblum, SR, (1996). *Sexual pain disorders. У дослідженні psychiatric disorders: The DSM-1V edition.* Washington, DC: American Psychiatric Press.

 Leland, H. (1991). Adaptive behavior scales. In JL Matson & JA Mulick (Eds.), *Handbook of mental retardation.* New York: Pergamon Press.

 Leon, GR (1984). *Case histories of deviant behavior* (3rd ed.). Boston: Allyn & Bacon.

 Lerner, HD, Lerner, PM (Eds.). (1988). *Primitive mental states and Rorschach.* Madison, CT: International Universities Press.

 Leshner, AI та ін. (1992). *Outcasts на головному street: Report of Federal Task Force on Homelessness and Severe Mental Illness.* Washington, DC: Interagency Council на Homeless.

 Lester, D. (1989). *Can we prevent suicide?* New York: AMS Press.

 Lester, D. (1992). Alcoholism and drug abuse. В RW Maris, AL Berman, JT Maltsberger, & RI Yufit (Eds.), *Assessment and prediction of suicide.* New York: Guilford.

 Leszcz, M. (1992). Група психотерапії з borderline пацієнта. In D. Silver & M. Rosenbluth (Eds.), *Handbook of borderline disorders.* Madison, CT: International Universities Press.

 Letourneau, E., & O'Donohue, W. (1993). Sexual desire disorders. У W. O'Donohue & J. Geer (Eds.), *Handbook of sexual dysfunctions.* Boston: Allyn & Bacon.

 Levin, J. & Fox, JA (1985). *Mass murder.* New York: Plenum Press.

 Levine, MD (1987). *How schools can help combat student eating disorders: Anorexia nervosa and bulimia.* Washington, DC: Національна освіта Assoc.

 Levitt, EE (1989). *Clinical application of MMPl Special Scales.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.

 Levy, NB (1985). Conversion disorder. В RC Simons (Ed.), *Understanding human behavior in health and illness* (3rd ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.

 Levy, NB (1985). Психофізіологічні disorders: An overview. В RC Simons (Ed.), *Understanding human behavior in health and illness* (3rd ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.

 Levy, SM, & Roberts, DC (1992). Clinical significance psychoneuroimmunology: Prediction of cancer outcomes. В N. Schneiderman, P. McCabe, & A. Baum (Eds.), *Perspectives in behavioral medicine: Stress and disease processes.* Hills-dale, NJ: Erlbaum.

 Lewinsohn, PM, Antonuccio, DO, Steirunetz, JL, & Ten, L. (1984). *The coping with depression course.* Eugene, OR: Castalia.

 Lewinsohn, PM, Rohde, P., Teri, L, & Tilson, M. (1990, April). Presentation. Western Psychological Association.

 Lewinsohn, PM, Sullivan, J. М., & Grosscup, SJ (1982). У ході виникнення: Clinical applications. В AT Rush (Ed.), *Shortterm психотерапії для хворого пацієнта.* New York: Guilford.

 Lewinsohn, PM, Youngren, MA, & Grosscup, SJ (1979). Reinforcement and depression. В RA Depue (Ed.), *Психобіології з депресивних disorders.* New York: Academic Press.

 Lichtenberg, JW, & Kalodner, C. (1997, February 28). *Науково-працездатна практика психологічної психології: Дозволяється для empirically-validated interventions.* Paper presented at the midwinter meeting of Council of Counseling Psychology Training Programs, La Jolla, CA.

 Lickey, ME, & Gordon, B. (1991). *Медицина і мислення illness: use of drugs in psychiatry.* New York: WH Freeman.

 Liebowitz, SF & Hoebel, BG (1998). Привиразному neuroscience of obesity. В GA Bray, C. Bouchard, & PT James (Eds.), *The Handbook of Obesity.* New York: Dekker Inc.

 Lifton, RJ (1973). *Home from the war: Vietnam veterans, інші victims nor executioners.* New York: Simon & Schuster.

 Limandri, BJ & Sheridan, DJ (1995). Prediction of intentional interpersonal violence: An introduction. In JC Campbell (Ed.), *Assessing dangerousness: Violence по sexual offenders, batterers, і child abusers.* Thousand Oaks, CA: Sage.

 Lindholm, C. & Lindholm C. (1981, July). World's strangest мислення illnesses. *Sd. Digest.*

 Lindner, M. (1968). *Hereditary and environmental influences upon resistance to stress.* Невиготовлені медичні дисертації, Університет Пенсільванії, Філадельфія.

 Lindsay, DS (1996). Контекстизуючий і виразний criticisms of memory work in psychotherapy. In K. Pezdek & WP Banks (Eds.), *The recovered memory/ false memory debate.* San Diego: Academic Press.

 Links, PS (1996). *Clinical assessment and management of severe personality disorders.* Washington, DC: American Psychiatric Press.

 Lish, JD, Kavoussi, RJ & Coccaro, EF (1996). Aggressiveness. В CG Costello (Ed.), *Personality characteristics of personality disordered.* New York: Wiley.

 Livesley, WJ (Ed.). (1995). *The DSM-IV personality disorders.* New York: Guilford.

 Lloyd, GK, Fletcher, A. & Minchin, MCW (1992). GABA agonists є потенційними anxiolytics. (1992). В GD Burrows, SM Roth, & R. Noyes, Jr., *Handbook of Anxiety* (Vol. 5). Oxford: Elsevier.

 Logue, AW (1991). *The psychology of eating and drinking.* New York: WH Freeman.

 LoPiccolo, J. (1990). Дослідження sexual dysfunction. В AS Bellak, M. Hersen, & AE Kazdin (Eds.), *Міжнародна книга з ходу зміни і терапіі* (2nd ed.). New York: Plenum Press.

 LoPiccolo, J. (1991). Post-modern sex therapy for erectile failure. В RC Rosen & SR Leiblum (Eds.), *Erectile failure: diagnosis and treatment.* New York: Guilford.

 LoPiccolo, J. (1995). Sexual disorders and gender identity disorders. In RJ Comer, *Abnormal psychology* (2nd ed.). New York: WH Freeman.

 LoPiccolo, J. (1997). Sex therapy: Postmodern model. In SJ Lynn & JP Garske (Eds.), *Contemporary psychotherapies: Models and methods* (2nd ed.).

 LoPiccolo, J. & Friedman, JR (1988). Швидкий спектр позитивних негативних sexual desire: Integration cognitive, behavioral, і systemic treatment. In S. Leiblum & R. Rosen (Eds.), *Sexual desire disorders.* New York: Guilford.

 LoPiccolo, J. & Stock, WE (1987). Сексуальна функція, дисфункція, і спілкування в gynecological practice. In Z. Rosenwaks, F. Benjamin, & ML Stone (Eds.), *Gynecology.* New York: Macmillan.

 Lorand, S. (1968). Dynamics and therapy of depressive states. В W. Gaylin (Ed.), *The meaning of despair.* New York: Jason Aronson.

 Lorenzo, A., & Yankner, BA (1996). Amyloid fibril toxicity в Alzheimer's disease and diabetes. В RJ Wurtman, S. Corkin, JH Growdon, & RM Nitsch (Eds.), *The neurobiology of Alzheimer's disease.* New York: New York Academy of Sciences.

 Luborsky, L. (1973). Запобігання і ремебування (моментарне forgetting) під час психотерапії. В M. Mayman (Ed.), *Психоаналітичні дослідження та психологічні дослідження* (Monograph 30). New York: International Universities Press.

 Ludwig, AM (1995). *Принцип greatness: Resolving the creativity and madness controversy.* New York: Guilford.

 Lykken, DX (1995). *Антисоціальні особливості.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.

 MRI [Matrix Research Institute]. (1998). *Факти про ментальну illness and work.* Philadelphia, PA: Author.

 MacDonald, ML, & Schnur, RE (1987). Anxieties and American elders: Proposals for assessment and treatment. В L. Michelson & LM Ascher (Eds.), *Анксиети і stress disorders: Cognitive behavioral assessment and treatment.* New York: Guilford.

 Mace, N., & Rabins, P. (1991). *The 36-hour day* (2nd ed.). Baltimore: Johns Hopkins University.

 Machover, K. (1949). *Personality проектування в drawing of human figure.* Springfield, IL: Thomas.

 Manderscheid, R. W, & Sonnenschein, MA (1992). *Mental health, United States, 1992.* Rockville, MD: US Department of Health and Human Services.

 Manson, SM, & Good, BJ (1993). *Cultural considerations в diagnosis of DSM-IV mood disorders. Культурні проекти та підтримувальні інструменти для DSM-IV.* Submitted to DSM-IV Task Force by Steering Committee, NIMH-Sponsored Group on Culture and Diagnosis.

 Maris, RW (Ed.). (1986). *Biology of suicide.* New York: Guilford.

 Marks, IM (1977). Phobias and obsessions: Clinical phenomena в search of a laboratory model. В J. Maser & M. Seligman (Eds.), *Психопатологія: Experimental models.* San Francisco: WH Freeman.

 Marks, IM (1987). *Нагруддя, фобія і ритуали: панічні, антіети і їх disorders.* New York: Oxford University Press.

 Marks, IM, & Swinson, R. (1992). Behavioral and/or drug therapy. В GD Burrows, SM Roth, & R. Noyes, Jr., *Handbook of Anxiety* (Vol. 5). Oxford, England: Elsevier.

 Marlatt, GA, Gordon, J. (Eds.). (1980). Визначення relapse: Implications for maintenance of behavior change. In P. Davidson & S. Davidson (Eds.), *Behavioral medicine.* New York: Brunner/Mazel.

 Marlatt, GA, & Gordon, JR (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors.* New York: Guilford.

 Marquis, JN & Morgan, WG (1969). *На Guidebook for Systematic desensitization.* Palo Alto, CA: Veterans Administration Hospital.

 Marsella, AJ (1980). Depressive experience and disorder across cultures. In HC Triandis & J. Draguns (Eds.), *Handbook of cross-cultural psychology* (Vol. 6). Boston: Allyn & Bacon.

 Marshall, JJ (1997). Private Correspondence.

 Martin, JK, Kraft, JM, Roman, PM (1994). Досить і несприятливі алкогольні та інші методи використання проблем на робочому місці. In S. Macdonald & P. Roman (Eds.), *Research advances in alcohol and drug problems: Vol. 11: Drug testing в робочому місці.* New York: Plenum Press.

 Masters, WH, & Johnson, VE (1966). *Human sexual response.* Boston: Little, Brown.

 Masters, WH, & Johnson, VE (1970). *Human sexual inadequacy.* Boston: Little, Brown.

 Matarazzo, JD (1984). Behavioral health: A 1990 challenge for the health sciences professions. В JD Matarazzo, SM Weiss, JA Herd, NE Miller, & SM Weiss (Eds.), *Behavioral health: A handbook of health enhancement and disease prevention.* New York: Wiley.

 Mathews, A. (1984). Anxiety і його управління. В RN Gaind, FI Fawzy, BL Hudson, & RO Pasnau (Eds.), *Current themes in psychiatry* (Vol. 3). New York: Spectrum.

 May, R. (1961). *Існує психологія психології.* New York: Random House.

 May, R. (1967). *Психологія і людський дилема.* New York: Van Nostrand-Reinhold.

 May, R. (1987). Therapy in our day. В JK Zeig (Ed.), *еволюція психологічноїтерапії.* New York: Brunner/Mazel.

 May, R., Angel, E. & Ellenberger, H. E (1958). *Existence: New dimension in psychiatry and psychology.* New York: Basic Books.

 May, R., & Yalom, I. (1989). Існує психологічнатерапія. В RJ Corsini & D. Wedding (Eds.), *Current psychotherapies.* Itasca, IL: Peacock.

 May, R., & Yalom, I. (1995). Існує психологічнатерапія. В RJ Corsini & D. Wedding (Eds.), *Current psychotherapies* (5th ed.). Itasca, IL: Peacock.

 Mays, D. Т. & Franks, С. М . (1985). *Негативний outcome в psychotherapy і what to do about it.* New York: Springer.

 McCarthy, PR, Katz, IR, & Foa, EB (1991). Cognitive-behavioral treatment of anxiety в звичному: A proposed model. In C. Salzman & BD Leibowitz (Eds.), *Anxiety in the elderly.* New York: Springer.

 McCurdy, K. & Daro, D. (1993). *Current trends: A fifty state survey.* Washington, DC: Національний Комітет для розслідування дітей Abuse.

 McDaniel, JS, Moran, MG, Levenson, JL, & Stoudemire, A. (1994). Psychological factors affecting medical conditions. In RE Hales, SC Yudofsky, & JA Talbott, (Eds.), *The American Psychiatric Press Textbook of psychiatry* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.

 McGeer, PL, McGeer, EG (1996). Antiinflammatory drugs в боротьбі проти Alzheimer's disease. В RJ Wurtman, S. Corkin, JH Growdon, & RM Nitsch (Eds.), *The neurobiology of Alzheimer disease.* New York: New York Academy of Sciences.

 McIntosh, JL (1991). Epidemiology of suicide в США в AA Leenaars (Ed.), *Life span perspectives of suicide.* New York: Plenum Press.

 McIntosh, JL (1992). Методи suicide. В RW Mans, AL Berman, JT Maltsberger, & RI Yufit (Eds.), *Assessment and prediction of suicide.* New York: Guilford.

 McIntosh, JL (1996). *US suicide rates 1932-1992.* Washington, DC: Національний центр для здоров'я статей.

 McIntosh, JL, Hubbard, R. W, Santos, JF (1985). Suicide facts and myths: A study of prevalence. *Death Stud., 9,* 267-281.

 Meehl, PE (1951). *Ресультації результатів для комуналів.* St. Paul, MN: State Dept. of Education.

 Meichenbaum, DH (1975). A self-instructional approach до stress management: A proposal для stress inoculation training. У I. Sarason & CD Spielberger (Eds.), *Stress and anxiety* (Vol. 2). New York: Wiley.

 Meichenbaum, DH (1975). До cognitive of self control. In G. Schwartz & D. Shapiro (Eds.), *Consciousness and self regulation: Advances in research.* New York: Plenum Press.

 Meichenbaum, DH (1977). *Cognitive-behavior modification: An integrative approach.* New York: Plenum Press.

 Meichenbaum, DH (1992). Еволюція cognitive behavior therapy: Origins, tenets, і клінічні приклади. У JK Zeig (Ed.), *еволюція психологічноїтерапії: The second conference.* New York: Brunner/Mazel.

 Meichenbaum, DH (1993). Власна особняк психологатарист і його матуся. У GG Brannigan & MR Merrens (Eds.), *The undaunted psychologist: Adventures in research.* New York: McGraw-Hill.

 Meichenbaum, DH (1993). Stress inoculation training: A 20-річний update. У PM Lehrer & RL Woolfolk (Eds.), *Principles and Practice of Stress Management* (2nd ed.). New York: Guilford.

 Meichenbaum, DH (1997). Розвиток cognitive-behavior therapist. В JK Zeig (Ed.), *Еволюція психологічноїтерапії: The third conference.* New York: Brunner/Mazel.

 Menke, JA, McClead, RE, & Hansen, NB (1991). Відповіді на періодичні complications поєднані з ментальною ретардацією. In JL Matson & JA Mulick (Eds.), *Handbook of mental retardation.* New York: Pergamon Press.

 Meyer, RE (1995). Біологія психічно-активної стійкості залежність disorders: Opiates, cocaine, ethanol. В AF Schatzberg & С. В. Nemeroff (Eds.), *The American Psychiatric Press textbook of psychopharmacology.* Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.

 Meyer, RE, Murray, R. E, Jr., Thomas, FB та ін. (1989). *Prevention and treatment of alcohol problems: Research opportunities.* Washington, DC: Національна академія.

 Meyer, RG (1992). *Абnormal behavior and criminal justice system.* New York: Lexington Books.

 Michael, R. Т., Gagnon, JH, Laumann, EO, & Kolata, G. (1994). *Sex in America: A definitive survey.* Boston: Little, Brown and Company.

 Michels, R. (1992). Помічник пацієнта: Shifts в театральних емоціях і спроможності для лікування. In D. Silver & M. Rosenbluth (Eds.), *Handbook of borderline disorders.* Madison, CT: International Universities Press.

 Mickalide, AD (1990). Sociocultural factors influencing weight among males. В AE Andersen (Ed.), *Males with eating disorders.* New York: Brunner/Mazel.

 Miesel, A. (1989). *The right to die.* New York: Wiley.

 Miller, WR, Hester, RK (1980). Treating th problem drinker: Modern approaches. У WR Miller (Ed.), *Addictive behaviors: Treatment of alcoholism, drug abuse, smoking, and obesity.* Elms-ford, NY: Pergamon Press.

 Millon, T. (1969). *Modern psychopathology: A biosocial approach to maladaptive learning and functioning.* Philadelphia: Saunders.

 Millon, T. (1987). *Manual for the MCMI-ll* (2nd ed.). Minneapolis, MN: Національні комп'ютерні системи.

 Millon, T. (1987). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-11: Manual для MCMI-ll* (2nd ed.). Minneapolis, MN: Національні комп'ютерні системи.

 Millon, X. (1990). *До нової індивідуальності.* New York: Wiley.

 Millon, T. (1990). The disorders of personality. In LA Pervin (Ed.), *Handbook of personality theory and practice.* New York: Guilford.

 Mineka, S. (1985). Animal models of anxiety-базованих disorders: Їх usefulness and limitations. In AH Tuma & J. Maser (Kds.), *Anxiety і anxiety disorders.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.

 Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

 Minuchin, S. (1987). My many voices. В JK Zeig (Ed.), *еволюція психологічноїтерапії.* New York: Brunner/Mazel.

 Minuchin, S. (1992), *Family healing.* New York: Free Press.

 Minuchin, S. (1997). The leap to complexity: Supervision in family therapy. В JK Zeig (Ed.), *Еволюція психологічноїтерапії: The third conference.* New York: Brunner/Mazel, Publishers.

 Minuchin, S., Rosman, BL, & Baker, L. (1978). *Психосоматичні сім'ї: Anorexia nervosa in context.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

 Mitchell, JE, & de Zwaan, M. (1993). pharmacological treatments of binge eating. У CG Fairburn & GT Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment.* New York: Guilford.

 Mizes, JS (1995). Eating disorders. In M. Hersen & RT Ammerman (Eds.), *Advanced abnormal child psychology.* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

 Modrow, J. (1992). *How become schizophrenic: The case against Bio. Psychiatry.* Everett, *WA:* Apollyon Press.

 Mohr, J. W, Turner, RE, Jerry, MB (1964). *Педофілія і ексбібіціонізм.* Toronto: University of Toronto.

 Monahan, J. (1993). Mental disorder and violence: Another look. In S. Hodgins (Ed.), *Mental disorder and crime.* Newbury Park, CA: Sage.

 Monahan, J. & Davis, SK (1983). Mentally disordered sex offenders. In J. Monahan & HJ Stead-man (Eds.), *Mentally disordered offenders.* New York: Plenum Press.

 Monahan J. & Sreadman, HJ (Eds.). (1983). *Mentally disordered offenders.* New York: Plenum-Press.

 Mondimore, FM (1993). *Depression, the mood disease.* Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

 Morgan, MJ, & London, ED (1995). Використовуючи positron емісію темографії до вивчення агресивних ефектів з похилого штибу на cerebral metabolism. В A. Biegon & ND Volkow (Eds.), *Sites of drog action in the human brain.* Boca Raton: CRC Press, Inc.

 Moskovitz, RA (1996). *Залишається в світлі: Всередині бачити на межі індивідуальності disorder.* Dallas, TX: Tayloir Publishing Company.

 Mulder, A. (1996). *Prevention of suicidal behaviour in adolescents: Розвиток і еволюція teacher's education programme.* Leiden: University of Leiden.

 Murphy, J. Ст, & Lipshultz, LI (1988). Infertility в paraplegic male. В EA Tanagho, TF Lue, & RD McCkire (Eds.), *Contemporary management of impotence and infertility.* Baltimore: Williams & Wilkins.

 Murray, HA (1938). *Explorations in personality.* Fairlawn, NJ: Oxford UP.

 Mustaine, EE & Tewksbury, R. (1998). Специфікація ролі алкоголю в зниженій victimization. *Deviant Behavior: An Interdisciplinary Journal., 19,* 173-199.

 Muuss, RE (1986). Adolescent eating disorder: Bulimia. *Adolescence,* 27 (82), 257-267.

 Myatt, RJ, & Greenblatt, M. (1993). Adolescent suicidal behavior. У AA Leenaars (Ed.), *Suicidology.* Northvale, NJ: Jason Aronson.

 Nahas, GG (1984). Токсикологія і фармакологія. In GG Nahas (Ed.), *Marijuana in science and medicine.* New York: Raven Press.

 Nelson, RO (1977). Assessment and therapeutic функцій з self-monitoring. In M. Hersen, RM Eisler, & PM Miller (Eds.), *Progress in behavior modification.* New York: Academic Press.

 Newcomb, MD (1994). Predictors drug use and implications for workplace. В S. Macdonald & P. Roman (Eds.), *Research advances in alcohol and drug problems: (Vol. 11). Drug testing в робочому місці.* New York: Plenum Press.

 Newsweek Poll (1995). *State of shame and union.* Princeton, NJ: Princeton Survey Research Associates.

 Nichols, MP (1984). *Family therapy: concepts and methods.* New York: Gardner Press.

 Nichols, MP (1992). *The power of family therapy.* New York: Gardner Press.

 Nichter, M. & Vuckovic, N. (1994). Fat talk: Body image among adolescent female. У N. Sault (Ed.), *Mirror, mirror: Body image and social relations.* New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.

 Nietzel, M. Т., Bernstein, DA, & Milich, R. (1994). *Вступ до клінічної психології* (4th ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

 Nijinsky, V. (1936). *The diary of Vaslav Nijinsky.* New York: Simon & Schuster.

 Nishino, S., Mignot, E. & Dement, WC (1995). Sedative-hypnotics. In AF Schatzberg & С . В. Nemeroff (Eds.), *The American Psychiatric Press textbook of psychophatjnacology.* Washington, DC: American Psychiatric Press.

 Nitenson, NC, & Cole, JO (1993). Псиchotropicinduced sexual dysfunction. In DL Dunner (ed.), *Current psychiatric therapy.* Philadelphia: Saunders.

 Nolen-Hoeksema, S. (1990). *Sex differences in depression.* Stanford, CA: Stanford University Press.

 Nolen-Hoeksema, S., & Girgus, J. (1995). Explanatory стилі і впливу, розбіжності, і gender differences в childhood and early adolescence. У G. Buchanan & M.Seligman (Eds.), *Explanatory style.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.

 Noll, R. & Turkington, C. (1994). *The encyclopedia of memory and memory disorders.* New York: Facts on File.

 Nurnberger, JL, Jr., & Gershon, ES (1984). Genetics of affective disorders. In RM Post & JC Ballenger (Eds.), *Neurobiology of mood disorders: Vol. 1. Frontiers of clinical neuroscience.* Baltimore: Williams & Wilkins.

 Nurnberger, JI, Jr., & Gershon, ES (1992). Genetics. In ES Paykel (Ed.), *Handbook of affective disorders.* New York: Guilford.

 OSAP (Office for Substance Abuse Prevention). (1991). *Дитячі алкоголіки: Alcoholism tends to run in families.* Rockville, MD: Author.

 OSAP. (1991). *College youth.* Rockville, MD: Author.

 OSAP. (1991). *Crack cocaine: A challenge for prevention.* (R. Dupone, Ed.). Rockville, MD: OSAP.

 OSAP. (1991). *Impaired driving.* Rockville, MD: Author.

 O'Leary, KD, & Kent, R. (1973). Основні зміни для соціальних рішень: Research tactics and problems. In LA Hamerlynck, LC Handy, & EJ Mash (Eds.), *Behavior зміна: Методологія, concepts, and practice.* Champaign, IL: Research Press.

 O'Sullivan, G., & Marks, IM (1991). Long-term outcome phobic and obsessive-compulsive disorders після treatment. In R. Noyes, *G.* D. Burrows, & M. Roth (Eds.), *Handbook of anxiety* (Vol. 4). Amsterdam: Elsevier Science Publishers.

 Ogden, JA & Corkin, S. (1991). Memories of HM In WC Abraham, MC Corballis, & KG White (Eds.), *Memory mechanisms: A tribute to GV Goddard.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.

 Ogloff, JRP, Schweighofer, A., Turnbull, SD, Whittemore, K. (1992). Empirical research regarding the insanity defense: How much do we really know? In JRP Ogloff (Ed.), *Lain and psychology: The broadening of the discipline.*

 Osgood, NJ, Brant, BA, & Lipman, A. (1991). *Suicide серед природно в long-term care facilities.* Wesport, CT: Greenwood Press.

 Osgood, NJ, & Eisenhandler, SA (1995). By her own hand: The acquiescent suicide of older women. В SS Canetto & D. Lester (Eds.), *Women and suicidal behavior.* New York: Springer.

 Oyemade, UJ (1989). *Parents і children getting a head start після drugs. Fact Sheet 1989.* Alexandria, VA: National Head Start Association.

 Ozonoff, S. & Cathcart, K. (1998). Ефективність home intervention intervention for youung children with autism. *J.* \_ *Autism Child Schizo., 28 (1),* 25.

 Parker, G. (1992). Early environment. In ES Paykel (Ed.), *Handbook of affective disorders.* New York: Guilford.

 Patterson, GR (1982). *Coercive family process.* Eugene, OR: Castalia.

 Paul, G. L, & Lentz, R. (1977). *Психосоціальний похід на хронічний ментальний пацієнт.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

 Paykel, ES (Ed.). (1982). *Handbook of affective disorders.* New York: Guilford.

 Paykel, ES (1991). Stress and life events. У L. Davidson & M. Linnoila (Eds.), *Ризикові factors for youth suicide.* New York: Hemisphere.

 Paykel, ES, Cooper, Z. (1992). Life events and social stress. In ES Paykel (Ed.), *Handbook of affective disorders.* New York: Guilford.

 Payne, AF (1928). *Відсутність складання.* New York: New York Guidance Clinics.

 Peele, S. (1989). *Diseasing of America: Addiction treatment out of control.* Lexington, MA: Lexington Books/DC Heath.

 Peele, S. (1992). Алкоголізм, політиків, а також боротьбазбройність: Спостереження за контрольованими-drinking therapy в Америці. *Addic. Behav., 17,* 49-62.

 Pekrun, R. (1992). Expectancy-value theory of anxiety: Overview and implications. В DG Forgays, T. Sosnowski, & K. Wrzesniewski (Eds.), *Anxiety: Розвиток розвитку в cognitive, psychophysiological, і health research.* Washington, DC: Hemisphere.

 Perris, C. (1988). Decentralization, sectorization, і розробка альтернатив до institutional care in Northern county in Sweden. В CN Stefanis & AD Rabavilis (Eds.), *Schizophrenia: Recent biosocial developments.* New York: Human Science.

 Perry, JC (1989). Dependent personality disorder. У American Psychiatric Association (Eds.), *Treatments of psychiatric dissorders: На вирішення слів report of American Psychiatric Association.* Washington, DC: American Psychiatric Press.

 Petersen, AC, Compas, Ст, & Brooks-Gunn, J. (1991). *Depression in adolescence: Implications of current research for programs and policy.* Report prepared for Carnegie Council на Adolescent Development, Washington, DC

 Peterson, L., & Roberts, MC (1991). Treatment of children's problems. У CE Walker (Ed.), *Clinical psychology: Historical and research foundations.* New York: Plenum Press.

 Pew Research Center for People and Press. (1997). *Trust and citizen engagement in metropolitan Philadelphia: A case study.* Washington, DC: Author.

 Pfeffer, CR (1986). *The suicidal child.* New York: Guilford.

 Phillips, DP, Lesyna, K. & Paight, DJ (1992). Suicide and the media. В RW Maris, AL Berman, JT Maltsberger, & RI Yufit (Eds.), *Assessment and prediction of suicide.* New York: Guilford.

 Phillips, KA, & Gunderson, JG (1994). Personality disorders. In RE Hales, SC Yudofsky, & JA Talbott (Eds.), *The American Psychiatric Press Textbook of psychiatry* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.

 Pickens, R. & Fletcher, B. (1991). Попередня оцінка treatment issues. В R. Pickens, C. Leukefeld, & C. Schuster (Eds.), *Improving drug abuse treatment.* Rockville, MD: Національний інститут на Drug Abuse.

 Pithers, WD (1990). Relapse prevention with sexual aggressors. In WL Marshall, DR Laws, & HE Barbaree (Eds.), *Handbook of sexual assault.* New York: Plenum Press.

 Pithers, WD, Gumming, GF (1989). Can relapses be prevented? Початок outcome data для Vermont Treatment Program для Sexual Aggressors. In DR Laws (Ed.), *Relapse prevention with sex offenders.* New York: Guilford.

 Polster, E. (1992). Self in action: A gestalt outlook. У JK Zeig (Ed.), *еволюція психологічноїтерапії: The second conference.* New York: Brunner/Mazel.

 Pope, B. (1983). The initial interview. В CE Walker (Ed.), *The handbook of clinical psychology: Theory, research, and practice.* Homewood, IL: Dow Tones-Irwin.

 Pope, HG & Hudson, JI (1984). *New hope for binge eaters: Advances in understanding and treatment of bulimia.* New York: Harper & Row.

 Pope, KS, & Bouhoutsos, J. (1986). *Сексуальна пристрасть між therapists and patients.* New York: Praeger.

 Pope, KS, Brown, LS (1996). *Recovered memories of abuse: Assessment, therapy, forensics.* Washington, DC: American Psychological Association.

 Popper, CW (1988). Disorders зазвичай перші зрозумілі в дитинстві, дитині, або adolescence. In J. Talbott, RS Hales, & SC Yudofsky (Eds.), *Textbook of psychiatry.* Washington, DC: American Psychiatric Press.

 Poretz, M. & Sinrod, B. (1991). *Do you do it with the lights on?* New York: Ballantine Books.

 Post, RM, Ballenger, JC & Goodwin, FK (1980). Серебросpinal fluid studies з neuro-transmitter функція в manic and depressive illness. In JH Wood (Ed.), *The neurobiology of cerebrospinal fluid,* (Vol. 1). New York: Plenum Press.

 Post, RM, Denicoff, KD, Frye, MA, & Leverich, GS (1997). Re-evaluating carbamazepine prophylaxis in bipolar disorder. *Brit. J. Psychiat., 170, 202-204.*

 Post, RM та ін. (1978). Cerebrospinal fluid norepinephrine в affective illness. *Amer. J. Psychiat., 135 (8),* 907-912.

 Prien, RF (1992). Maintenance treatment. In ES Paykel (Ed.), *Handbook of affective disorders.* New York: Guilford.

 Princeton Survey Research Associates (1996). *Adultery in the '90s.* У *Newsweek* poll. New York: Author.

 Princeton Survey Research Associates (1996). *Healthy steps for young children: Survey of parents.* Princeton: Author.

 Princeton Survey Research Associates (1997, Spring/Summer). *What matters most.* У *Newsweek* Poll. New York: Author.

 Prochaska, JO (1984). *Systems of psychotherapy.* Chicago: Dorsey.

 Prochaska, JO, & Norcross, JC (1994). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis* (3rd ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

 Pueschel, SM, & Thuline, HC (1991). Chromosome disorders. In JL Matson & JA Mulick (Eds.), *Handbook of mentiil retardation.* New York: Pergamon.

 Putnam, FW (1985). Dissociation as a response to extreme trauma. У RP Kluft, *Childhood antecedents of multiple personality.* Washington, DC: American Psychiatric Press.

 Quinsey, V. L, & Earls, GM (1990). Помічник sexual preferences. In WL Marshall, DR Laws, & HE Barbaree (Eds.), *Handbook of sexual assault.* New York: Пленум.

 Rachman, S. (1985). Obsessional-compulsive disorders. In BP Bradley & С.Т. Thompson (Eds.), *Psychological applications in psychiatry.* Chicester, England: Wiley.

 Rachman, S. (1985). Дослідження антіети disorders: Critica of implications for psychopathology. In A. Tuma and). Maser (Eds.), *Anxiety і anxiety disorders.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.

 Rachman, S. & Hodgson, R. (1980). *Obsessions and compulsions.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

 Rossor, MN, Kennedy, AM, & Frackowiak, RSJ (1996). Clinical and neuroimaging features of familiar Alzheimer's disease. В RJ Wurtman, S. Corkin, JH Growdon, & RM Nitsch (Eds.), *The neurobiology of Alzheimer's disease.* New York: New York Academy of Sciences.

 Roy, A. (1992). Genetics, biology, and suicide in the family. В RW Maris, AL Berman, JT Maltsberger, & RI Yufit (Eds.), *Assessment and prediction of suicide.* New York: Guilford.

 Russell, GFM (1995). Anorexia nervosa через час. В G. Szmukler, C. Dare, & J. Treasure (Eds.), *Handbook of eating disorders: Theory, treatment and research.* Chichester, England: Wiley.

 Russell, RM та ін. (1992). Chapter 12. In K. Halmi (Ed.), *психобіологія і дозування anorexia nervosa і bulimia nervosa.* Washington, DC: American Psychiatric Press.

 Rutter, M. (1966). Prognosis: Psychotic children in adolescence and early adult life. В JK Wing (Ed.), *Childhood autism: Clinical, educational, і соціальні аспекти.* Elmsford, NY: Pergamon Press.

 SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration). (1996). *Advance Report Number 17: Preliminary estimates from the drog abuse warning network.* Washington, DC: US Department of Healtli and Human Services.

 SAMHSA (1996). *National Household Survey on Drug Abuse, 1994 і 1995.* Office of Applied Studies.

 SAMHSA News. (1993, Spring). *Agencies improve mental health services in jails,* (Vol. 1, No. 2.) US Dept. of Health and Human Services.

 Sachs, RG (1986). Це важлива роль соціальної підтримки систем. В BG Braun (Ed.), *The treatment of multiple personality disorder.* Washington, DC: American Psychiatric Press.

 Sadock, BJ (1989). Група психотерапії, з'єднана окремою і групою психотерапії, і психодрама. У HI Kaplan & BJ Sadock (Eds.), *Comprehensive друкарня ofpsychiatiy* (5th ed., Vol. 1). Baltimore: Williams *&* Wilkins.

 Sadock, VA (1989). Rape, spouse abuse, and incest. У HI Kaplan & BJ Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (5th ed., Vol. 1). Baltimore: Williams & Wilkins.

 Salzman, L. (1980). *Психотерапія особливості.* New York: Jason Aronson.

 Salzman, L. (1989). *Compulsive personality disorder. In Treatments of psychiatric disorders.* Washington, DC: American Psychiatric Press.

 Sanford, RC (1987). У відповідності до еволюції клієнта-центрується відповідь на психотерапію. В JK Zeig (Ed.), *еволюція психологічноїтерапії.* New York: Brunner/Mazel.

 Sapsford, L. (1995). Порушуючи фізичну шкоду loved one: Women's experience of grief integration. В SS Canetto & D. Lester (Eds.), *Women and suicidal behavior.* New York: Springer.

 Satir, V. (1964). *Conjoint family therapy: Доступ до therapy and techniijue.* Palo Alto, CA: Science & Behavior Books.

 Satir, V. (1967). *Conjoint family therapy* (Revised Ed.). Palo Alto, CA: Science & Behavior Books.

 Satir, V. (1987). Going behind the obvious: The psychotherapeutic journey. В JK Zeig (Ed.), *еволюція психологічноїтерапії.* New York: Brunner/Mazel.

 Saunders, DG (1982). Counseling the violent husband. In PA Keller & LG Ritt (Eds.), *Innovations in clinic practice: A source book* (Vol. 1). Sarasota, EL: Professional Resource Exchange.

 Schacter, DL, Glisky, E. L, & McGlynn, SM (1990). Impact of memory disorder on everyday life: Awareness of deficits and return to work. In D. Tupper & K. Cicerone (Eds.), *The neuropsychology of everyday life: Vol. 1. Theories and Basic Competencies.* Бостон: Martinus Nijhoff.

 Scheff, TJ (1975). *Labeling madness.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

 Schneider, RH, Alexander, CN, & Wallace, RK (1992). У вишукуванні optimálnого ходупостійного лікування для hypertension: Review and focus on transcendental meditation. В EH Johnson, WD Gentry, & S. Julius (Eds.), *Personality, пов'язана з blood pressure, і essential hypertension.* Washington, DC: Hemisphere.

 Schneiderman, L. & Baum, A. (1992). Acute and chronic stress and the immune system. В N. Schneiderman, P. McCabe, & A. Baum (Eds.), *Perspectives in behavioral medicine: Stress and disease processes.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.

 Schooler, JW (1996). Seeking the core: Theissues and evidence surrounding recovered accounts of sexual trauma. In K. Pezdek & WP Banks (Eds.), *The recovered memory/false memury debate.* San Diego: Academic Press.

 Schreiber, FR (1973). *Sybil.* Chicago: Regnery.

 Schreier, H., & Libow, J. (1994). Munchausen by proxy syndrome: Clinical fable for our times. *J.* \_ *Amer. Acad. Діти AM. Psychiat., 33 (6),* 904-905.

 Schuckit, MA (1987). Alcohol and alcoholism. In E. Braunwald, KJ Isselbacher, RG Petersdorf, et al. (Eds.), *Hamison's principles of internal medicine,* (Vol. 2). New York: McGraw-Hill.

 Schwartz, GE (1977). Психосоматичні рекомендації і biofeedback. В JD Maser & MEP Seligman (Eds.), *Психопатологія: Experimental models.* San Francisco: WH Freeman.

 Schwartz, S. *&* Johnson, JJ (1985). *Психопатологія дітей.* New York: Pergamon Press.

 Scola, PS (1991). Classification and social status. In JL Matson & JA Mulick (Eds.), *Handbook of mental retardation.* New York: Pergamon Press.

 Searleman, A., & Herrmann, D. (1994). *Memory from a broader perspective.* New York: McGraw-Hill.

 Seligman, MEP (1975). *Helplessness.* San Francisco: WH Freeman.

 Selkoe, DJ, Yamazaki, T., Citron, M., Podlisny, M. Ст, Koo, EH, Teplow, D. Ст, & Haass, C. (1996). Роль APP процесування і трейдинг pathways у формуванні Amyloid B-proteín. В RJ Wurtman, S. Corkin, JH Growdon, & RM Nitsch (Eds.), *The neurobiology of Alzheimer's disease.* New York: The New York Academy of Sciences.

 Selling, LS (1940). *Men against madness.* Нью-Йорк: Greenberg.

 Selye, H. (1974). *Stress безвідсутності.* Philadelphia: Lippincott.

 Selye, H. (1976). *Stress in health and disease.* Woburn, MA: Butterworth.

 Shain, M. (1994). Використання альтернатив для випробування: зайнятості і здоров'я сприяння програм. In S. Macdonald & P. Roman (Eds.), *Research advances in alcohol and drug problems: Vol. 11: Drug testing в робочому місці.* New York: Plenum Press.

 Shea, S. (1990). Сучасні психіатричне висловлювання: Integration of DSM-III-R, psychodynamic concerns and mental status. In G. Goldstein & M. Hersen (Eds.), *Handbook of psychological assessment* (2nd ed.). New York: Pergamon Press.

 Sheras, P., & Worchel, S. (1979). *Clinical psychology: A social psychological approach.* New York: Van Nostrand.

 Sherman, R. & Thompson, R. (1990). *Bulimia: A guide for family and friends.* Lexington, MA: Eexington.

 Shiffman, S., Engberg, J. Ст, Paty, JA, Perz, WG, et al. (1997). *A day at a time: Predicting smoking lapse з daily urge.*

 Shneidman, ES (1963). Orientations доward death: Subintentioned death і indirect suicide. In RW White (Ed.), *The study of lives.* New York: Atherton.

 Shneidman, ES (1979). An overview: Personality, motivation, і behavior theories. В LD Hankoff & B. Einsidler (Eds.), *Suicide: Theory and clinical aspects.* Littleton, MA: PSG Publishing Company.

 Shneidman, ES (1985). *Definition of suicide.* New York: Wiley.

 Shneidman, ES (1991). *Key to suicide.* In personal correspondence.

 Shneidman, ES (1993). *Suicide as psychache: Clinical approach to self-destructive behavior.* Northvale, NJ: Jason Aronson.

 Shneidman, ES, & Farberow, N. (1968). The Suicide Prevention Center of Los Angeles. В HLP Resnick (Ed.), *Suicidal behaviors: Diagnosis and management.* Boston: Little, Brown.

 Siegel, K. (1988). Rational suicide. У С. Lesse (Ed.), *що ми знаємо про звичайний behavior and how to treat it.* Northvale, NJ: Jason Aronson.

 Siever, LJ (1981). Schizoid і schizotypal personality disorders. InJ. R. Lion (Ed.), *Personality disorders-Diagnosis and management.* Baltimore: Williams & Williams.

 Sifneos, PE (1987). *Шорсткий термін динамічної психотерапії оцінки і техніки* (2nd ed.). New York: Plenum Press.

 Sifneos, PE (1992). *Шорттерм антіети-викликає психотерапію: A treatment manual.* New York: Basic Books.

 Sigerist, HE (1943). *Civilization and disease.* Ithaca, NY: Cornell University Press.

 Silverman, P. (1992). An introduction до self-help groups. В BJ White & EJ Madara (Eds.), *Self-help sourcebook: Finding and forming mutual aid self-help groups.* Denville, NJ: St. Clares-Riverside Medical Center.

 Silverstone, Т., & Hunt, N. (1992). Symptoms and assessment of mania. In ES Paykel (Ed.), *Handbook of affective disorders.* New York: Guilford.

 Sipprelle, RC (1992). A Vet Center experience: Multievent trauma, розв'язаний treatment type. In DW Foy (Ed.), *Treating PTSD: Cognitive-behavioral strategies. Позиціонування manuals for practitioners.* New York: Guilford.

 Slade, P. (1995). Prospects for prevention. В G. Szmukler, C. Dare, & J. Treasure (Eds.), *Handbook of eating disorders: Theory, treatment and research.* Chichester, England: Wiley.

 Slater, E., & Shields, J. (1969). genetical aspects of anxiety. Special Publication No. 3.

 Slovenko, R. (1995). *Психіатри і кримінальна схильність.* New York: Wiley.

 Smith, AL, & Weissman, MM (1992). Епідеміологія. In ES Paykel (Ed.), *Handbook of affective disorders.* New York: Guilford.

 Smith, H. (1995). *Unhappy children: Reasons and remedies.* London: Free Association Books.

 Smith, ML, Glass, GV, & Miller, TI (1980). *Наслідки психологічноїтерапії.* Baltimore: Johns Hopkins University.

 Smolan, R., Moffitt, P., & Naythons, M. (1990). *The power to heal: Стародавні мистецтва і модем медицини.* New York: Prentice Hall.

 Snyder, S. (1980). *Biological aspects of mental disorder.* New York: Oxford University Press.

 Snyder, S. (1986). *Drugs and the brain.* New York: Scientific American Library.

 Snyder, S. (1991). Drugs, neurotransmitters, and the brain. In P. Corsi (Ed.), *The enchanted loom: Chapters in the history of neuroscience.* New York: Oxford University Press.

 Snyder, WV (1947). *Casebook of non-directive counseling.* Boston: Houghton Mifflin.

 Solzhenitsyn, A. (1971). Correspondence. In З . Мей, *The Internment of Russian Dissenters в Mental Hospitals.* Cambridge, England: John Arliss.

 Spanos, NP, & Сої, WC (1992). A соціально-психологічний approach to hypnosis. In E. Fromm & MR Nash (Eds.), *Contemporary hypnosis research.* New York: Guilford.

 Spiegel, D. (1994). Dissociative disorders. In RE Hales, SC Yudofsky, & JA Talbott (Eds.), *The American Psychiatric Press Textbook of psychiatry* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.

 Spielberger, CD (1966). Теорія і дослідження на anxiety. У CD Spielberger (Ed.), *Anxiety and behavior.* New York: Academic Press.

 Spielberger, CD (1972). Anxiety як emotional state. В CD Spielberger (Ed.), *Anxiety: Current trends in theory and research* (Vol. 1). New York: Academic Press.

 Spielberger, CD (1972). Концептуальні та методологічні дослідження в anxiety research. В CD Spielberger (Ed.), *Anxiety: Current trends in theory and research* (Vol. 2). New York: Academic Press.

 Spielberger, CD (1985). Anxiety, cognition, і affect: A state-trait perspective. In AH Tuma & J. Maser (Eds.), *Anxiety і the anxiety disorders.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.

 Spitzer, RL, Gibbon, M., Skodol, AE, Williams, JB W, First, MB (Eds.) (1994). *DSM-IV Casebook: Написання кампанії до diagnostic і статистичного manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric-Press.

 Spitzer, RL, Skodol, A., Gibbon, M., & Williams, JBW (1981). *DSM-III case book* (1st ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.

 Spitzer, RL *,* Skodol, AE, Gibbon, M., & Williams, JBW (1983). *Psychopathology: A case book.* New York: McGraw-Hill.

 Spoont, MR (1996). Emotional instability. В CG Costello (Ed.), *Personality characteristics of personality disordered.* New York: Wiley.

 Stanley, M. (1991). Post mortem studies of suicide. У L. Davidson & M. Linnoila (Eds.), *Ризикові factors for youth suicide.* New York: Hemisphere.

 Steadman, HJ, Monahan, J., Robbins, PC, Appelbaum, P., Grisso, Т., Klassen, D., Mulvey, EP, & Roth, L. (1993). Від загрозливості до ризику припущення: Implications for appropriate research strategies. In S. Hodgins (Ed.), *Mental disorder and crime.* New York: Sage.

 Stein, M. Ст, & Uhde, TW (1995). В AF Schatzberg & CB Nemeroff (Eds.), *The American Psychiatric Press Текст літератури з психологічної фармології.* Washington, DC: American Psychiatric Press.

 Stillion, JM (1985). *Death and sexes: An examination of differential longevity, attitudes, behaviors, and coping skills.* Washington, DC: Hemisphere.

 Stillion, JM, McDowell, EE (1996). *Suicide across the life span: Premature exits* (2nd ed.). Washington, DC: Taylor & Francis.

 Stock, W. (1993). Усунутий жіночий orgasm. У W. O'Donohue & J. Geer (Eds.), *Handbook of sexual dysfunctions.* Boston: Allyn & Bacon.

 Stone, MH (1989). Schizoid personality disorder. У American Psychiatric Association (Eds.), *Treatments of psychiatric dissorders: На вирішення слів report of American Psychiatric Association.* Washington, DC: American Psychiatric Press.

 Stone, MH (1993). Borderline personality disorder. В *abnormalities of personality: з усією реальністю treatment.* Нью-Йорк: WW Norton, 215-257.

 Stoyva, JM, Budzynski, Т . Н. (1993). Biofeedback методів в дослідженні anxiety і stress disorders. У PM Lehrer & RL Wool-Folk (Eds.), *Principles and practice of stress management* (2nd ed.). New York: Guilford.

 Strange, PG (1992). *Brain biochemistry and brain disorders.* New York: Oxford University Press.

 Strober, M. & Yager, J. (1985). Розвиток перспективи на дослідженні anorexia nervosa in adolescents. В DM Garner & PE Garfinkel (Eds.), *Handbook psychotherapy для anorexia nervosa and bulimia.* New York: Guilford.

 Stuhr, U., & Meyer, AE (1991). Hamburg шорт psychotherapy comparison experiment. В M. Crago & L. Beutler (Eds.), *Психотерапія дослідження: Ан international review of programmatic studies.* Washington, DC: American Psychological Association.

 Sue, S. (1991). Етність і культура в психологічному вивченні і практики. В Е. Гарнет, JM Jones, D. Kimmel, S. Sue, & C. Tavris (Eds.), *Psychological perspectives on human diversity in America.* Washington, DC: American Psychological Association.

 Sue, S. (1991). Етність і культура в психологічному вивченні і практики. В JD Goodchilds (Ed.), *психологічні характеристики на людській diversity.* Washington, DC: American Psychological Association.

 Sue, S., Zane, N. & Young, K. (1994). Вивчення психологічноїтерапії з культурно різними населеннями. В AE Bergin & SE Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change.* New York: Wiley.

 Sullivan, HS (1953). *Інтернаціональна теорія психології.* New York: Norton.

 Suter, S. (1986). *Здоров'я Психологія: Мід-body взаємодії в wellness and illness.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.

 Swonger, AK, Constantine, EE (1983). *Drugs and therapy: Handbook of psychotropic drugs* (2nd ed.). Boston: Eittle, Brown.

 Szasz, TS (1961). *Myth of mental illness: Foundations of theory of personal conduct.* New York: Harper (Hoeber).

 Szasz, TS (1963). *Lava, liberty, and psychiatry.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

 Szasz, TS (1963). *Manufacture of madness.* New York: Harper & Row.

 Szasz, TS (1977). *Psychiatric slavery.* New York: Free Press.

 Szasz, TS (1987). Justifying coercion через технологію і терапію. В JK Zeig (Ed.), *еволюція психологічноїтерапії.* New York: Brunner/Mazel.

 Szasz, TS (1997). The healing word: Its past, present, and future. В JK Zeig (Ed.), *Еволюція психологічноїтерапії: The third conference.* New York: Brunner/Mazel.

 Szmukler, GI, & Patton, G. (1995). Sociocultural models of eating disorders. В G. Szmukler, C. Dare, & J. Treasure (Eds.), *Handbook of eating disorders: Theory, treatment and research.* Chich-ester, England: Wiley.

 Taube, CA (1990). Funding and expenditures for mental illness. In RW Manderscheid & MA Sonnenschein (Eds.), *Mental Health, United States, 1990.* (DHHS Publication No. ADM 90-1708). Washington, DC: US Department of Health and Human Services.

 Teller, V. & Dalh, H. (1995). Що психоаналіз потребує більше empirical research. В Т. Shapiro, & RN Emde (Eds.), *Research in psychoanalysis: Process, development, outcome.* Madison, CT: International Universities Press.

 Thelen, M., Lawrence, CM, & Powell, A. (1992). Body image, weight control, і eating disorders серед дітей. У J. II. Crowther, DL Tennenbaum, SE Hobfoll, & MAP Stephens (Eds.), *Етіологія bulimia nervosa: індивідуальний і господарський контекст.* Washington, DC: Hemisphere.

 Thigpen, CH, & Cleckley, HM (1957). *Three faces of Eve.* New York: McGraw-Hill.

 Thompson, RA, & Sherman, RT (1993). *Приготування атлетів з eating disorders.* Champaign, IL: Human Kinetics Publishers.

 Todd, TC, & Stanton, MD (1983). Research on marital and family therapy: Answers, issues, and recommendations for the future. В BB Wolman & G. Stricker (Eds.), *Handbook of family and marital therapy.* New York: Plenum Press.

 Toglia, MP (1996). Recovered memories: Lost and found? In K. Pezdek & WP Banks (Eds.), *The recovered memory/ false memory debate.* San Diego: Academic Press.

 Torrey, E. E (1988). *Nowhere to go: The tragic odyssey homeless mentally ill.* New York: Harper & Row.

 Torrey, EF (1997). *Out of the shadows: Confronting America's mental illness crisis.* New Y'ork: Wiley.

 Torrey, E. E., Bowler, AE, Taylor, EH, & Gottesman, II (1994). *Schizophrenia and manic-depressive disorder.* New York: Basic Books.

 Torrey, E. E, Stieber, J., Ezekiel, J., Wolfe, SM, Sharfstein, J., Noble, JH, *&* Flynn, LM (1992). *Criminalization the seriósly mentally ill.* Washington, DC: Національна aliance for the Mentally 111 і Public Citizen Health Research Group.

 Torrey, E. E, Wolfe, SM, & Flynn, LM

 (1988). *Care of the seriósly mentally ill: A rating of state programs* (2nd ed.). Washington, DC: Public-Citizen Health Research Group і національна aliance for the Mentally 111.

 Treasure, & Szmukler, GI (1995). Medical complications of chronic anorexia nervosa. В GI Szmukler, C. Dare, & J. Treasure (Eds.), *Handbook on eating disorders: Theory, treatment and research.* Chichester, England: Wiley.

 Treasure, Todd, G. & Szmukler G. (1995). У нездатному дослідженні anorexia nervosa. В G. Szmukler, C. Dare, & J. Treasure (Eds.), *Handbook of eating disorders: Theory, treatment and research.* Chichester, England: Wiley.

 Treffert, DA (1989). *Extraordinary People: Understanding Savant Syndrome.* New York: Ballantine Books.

 Ullmann, LP, & Krasner, L. (1975). *p align="justify"> A psychological approach до abnormal behavior* (2nd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

 Vaillant, GE, & Perry, JC (1985). Personality disorders. У II. I. Kaplan & BJ Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (4th ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.

 Valenstein, ES (1986). *Great and desperate cures.* New York: Basic Books.

 Valente, SM, & Saunders, JM (1995). Women, physical illness and suicidal behavior. В SS Canetto & D. Lester (Eds.), *Women and suicidal behavior.* New York: Springer.

 Valenti-Hein, DC, Yarnold, PR, & Mueser, К, Т. (1994). Визначення тематичних програм для стимулювання heterosocial interactions в людей з ментальним retardation. *Behav. Mod., 18 (1),* 32-46.

 van Bommel, H. (1992). *Dying for care: Hospice care or euthanasia.* Toronto: NC Press.

 Van de Castle, R. (1993). Content of dreams. In MA Carskadon (Ed.), *Encyclopedia of Sleep and Dreams.* New York: Macmillan.

 Vandereycken, W. (1994). Parental rearing behaviour and eating disorders. В C. Perris, WA Arrindell, & M. Eisemann (Eds.), *Parenting and psychopathology.* Chichester, England: Wiley.

 Vieira, C. (1993). Nudity in Dreams. In MA Carskadon (Ed.), *Encyclopedia of Sleep and Dreams.* New York: Macmillan.

 Vinogradov, S., & Yalom, ID (1994). Group therapy. In RE Hales, SC Yudofsky, & JA Talbott, (Eds.), *The American Psychiatric Press text-hook of psychiatry,* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.

 Volavka, J. (1995). *Neurohiology of violence.* Washington, DC: American Psychiatric Press.

 Volkow, ND, Gillespie, H., Tancredi, L, & Hollister, L. (1995). Ефекти marijuana в людській язику розподілені з регіональним тягарем glucose metabolism. В A. Biegon & ND Volkow (Eds.), *Sites of drog action in the human brain.* Boca Raton, FL: CRC Press.

 WHO (World Health Organization). (1992). *World Health Statistics Annual.* Geneva: Author.

 Wakeling, A. (1995). Physical treatments. В G. Szmukler, C. Dare, & J. Treasure (Eds.), *Handbook of eating disorders: Theory, treatment and research.* Chichester.England: Wiley.

 Walker, E. & Young, TD, (1986). *A kitting cure.* New York: Henry Holt.

 Walker, LE (1979). *Battered-woman.* New York: Harper & Row.

 Walker, LE (1984). *Battered woman syndrome.* New York: Springer.

 Wallace, SE (1981). Право на життя і право на життя. В SE Wallace & A. Eser (Eds.), *Suicide and euthanasia: The rights ofpersonhood.* Knoxville: University of Tennessee.

 Watson, JB (1930). *Behaviorism* (Rev. Ed.). Chicago: University of Chicago Press.

 Weeks, D. & James, J. (1995). *Eccentrics: A study of sanity and strangeness.* New York: Villard.

 Weiner, H. (1977). Психобіологія і людська хвороба. New York: Elsevier.

 Weiner, H. (1985). Психобіологія і патхо-фісіологія anxiety and fear. In AH Tuma & J. Maser (Eds.), *Anxiety і the anxiety disorders.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.

 Weiss, DE (1991). *The Great Divide.* New York: Poseidon Press/Simon & Schuster.

 Weiss, DS, & Marmar, CR (1993). Розробляючи time-limited dynamic psychotherapy для posttraumatic stress disorder and pathological grief. *Психотерапія.*

 Weiss, JM, Glazer, H. L, & Pohorecky, LA (1976). Coping behavior and neurochemical changes: Додаткове висвітлення для оригіналу «розпізнано helplessness» experiments. In G. Serban & A. Kling (Eds.), *Animal models of human psychobiology.* New York: Plenum Press.

 Weissman, MM, Bruce, ML, Leaf, PJ, Florio, LP, & Holzer, C. (1991). Affective disorders. В LN Robins & DA Regier (Eds.), *Psychiatric disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study.* New York: Free Press.

 Werth, J. (1996). *Rational suicide? Implications for mental health professionals.* Washington, DC: Taylor and Francis.

 West, LJ (1993). Reflections of the right to die. У AA Leenaars (Ed.), *Suicidology.* Northvale, NJ: Jason Aronson.

 Westermeyer, J. (1992). Schizophrenia and substance abuse. In A. Tasman & MB Riba (Eds.), *Review of psychiatry* (Vol. 11). Washington, DC: American Psychiatric Press.

 Wettstein, RM (1988). Psychiatry and the law. In JA Talbott, RE Hales & SC Yudofsky (Eds.), *American Psychiatric Press textbook of psychiatry.* Washington, DC: American Psychiatric Press.

 Whitacre, CC, Cummings, SO, Griffin, AC (1994). Ефекти stress на autoimmune disease. In R. Glaser & JK Kiecolt-Glaser (Eds.), *Handbook of human stress and immunity.* San Diego: Academic Press.

 Whitehorn.J. C & Betz, BJ (1975). *Ефективна психотерапія з schizophrenic пацієнта.* New York: Jason Aronson.

 Whiteside, M. (1983, September 12). A bedeviling new hysteria. *Newsweek.*

 Whiting, JW та ін. (1966). *6 cultures series: I. Field guide for study of socialization.* New York: Wilev.

 Wiens, AN (1990). Структуровані клінічні інтерв'ю для adultes. In G. Goldstein & M. Hersen (Eds.), *Handbook of psychological assessment* (2nd ed.). New York: Pergamon Press.

 Willard, W. (1979). American Indians. В LD Hankoff & B. Einsidler (Eds.), *Suicide: Theory and clinical aspects.* Littleton, MA: PSG Publishing Company.

 Williams, RB (1989). *The trusting heart: Great news about Type A behavior.* New York: Times Books.

 Williams, RB (1989). p align="justify"> Біологічні mechanisms mediating the relationship між behavior and coronary heart disease. In AW Siegman & Т. М. Dembroski (Eds.), *В search of coronary behavior.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.

 Wilson, G. X, Heffernan, K. & Black, С . М. D. (1996). Їжачих disorders в EJ Mash & RA Barkley (Eds.), *Childpsychopathohgy.* New York: Guilford.

 Wilson, G. X, & Pike, До. М. (1993). Eating disorders. В DH Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (2nd ed.). New York: Guilford.

 Winick, BJ (1983). Incompetency to stand trial: Розвитки в праві. In J. Monahan & HJ Steadman (Eds.), *Mentally disorded offenders.* New York: Plenum Press.

 Wink, P. (1996). Narcissism. В CG Costello (Ed.), *Personality characteristics of personality disordered.* New York: Wiley.

 Winslade, WJ, & Ross, J. (1983). *The insanity plea.* New York: Charles Scribner's Sons.

 Wolberg, LR (1967). Технологія психотерапії. New York: Grune & Stratton.

 Wolfe, SM, Fugate, L, Hulstrand, EP, & Kamimoto, LE (1988). *Worst pills best pills: Професійний хлопець керує вказівкою на drogи-індусії глибокий або illness.* Washington, DC: Public Citizen Health Research Group.

 Wolpe, J. (1958). *Психотерапія при reciprocal inhibition.* Stanford, CA: Stanford University Press.

 Wolpe, J. (1969). *Практика behavior therapy.* Oxford, England: Pergamon Press.

 Wolpe, J. (1987). Сприяння психологічної психотерапії: A long voyage. В JK Zeig (Ed.), *еволюція психологічноїтерапії.* New York: Brunner/Mazel.

 Wolpe, J. (1990). *Практика behavior therapy* (4th ed.). Elmsford, NY: Pergamon Press.

 Wolpe, J. (1997). З психоаналітичних до основоположних методів у anxiety disorders: A continuing evolution. В JK Zeig (Ed.), *Еволюція психологічноїтерапії: The third conference.* New York: Brunner/Mazel.

 Wolpe, J. The case of Mrs. Schmidt [Transcript and record]. Nashville, TN: Counselor Recording and Tests.

 Wolpe, J., Craske, MG, & Reyna, LJ (1994). *У comparative efficacy of behavior therapy and psychodynamic methods in the anxiety disorders.* Unpublished manuscript.

 Wooley, SC, Wooley, OW (1985). Інтенсивний відпочинок і соціальний оборот для bulimia. В DM Garner & PE Garfinkel (Eds.), *Handbook psychotherapy для anorexia nervosa and bulimia.* New York: Guilford.

 Yalom, ID (1985). *Теорія і практика групи психотерапії* (3rd ed.). New York: Basic Books.

 Yang Ст., & Lester, D. (1995). Суіційний behavior and employment. У SS Canetto & D. Lester (Eds.) *Щоденник і статевий behavior.* New York: Springer.

 Yehuda, R., Giller, EL, Southwick, SM та ін. (1994). Відносини між кателоламінними випадками і PTSD симптомами у Vietnam combat veterans and Holocaust survivors. В MM Marburg (Ed.), *Catecholamine функція в post-traumatic stress disorder.* Washington, DC: American Psychiatric Press.

 Yontef, GM, & Simkin, JF (1989). Gestalt dierapy. В RJ Corsini & D. Wedding (Eds.), *Current psychotherapies.* Itasca, IL: Peacock.

 Young, JE, Beck, A . Т., & Weinberger, A. (1993). Depression. В DH Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (2nd ed.). New York: Guilford.

 Zaleman, S. (Ed.) (1995). Neural basis of psychopa-thology. In SH Koslow, DL Meinecke, 1.1. *Lcderhendler* , H. Khachaturian, R. Nakamura, D. Karp, L. Vitkovic, DL Glanzman, & S. Zaleman (Eds.); *.* Rockville, MD: Національний інститут медицини, Національний інститут Mental Health.

 Zarit, SH, Orr, N. & Zarit, JM (1985). *The hidden victims of Alzheimer's disease: Families under stress.* New York: New York University.

 Zax, M. & Cowen, EL (1969). Research on early detection and prevention of emotional dysfunction in young school children. В CD Speilberger (Ed.), *Сучасні топики в клінічну і громадську психологію* (Vol. 1). New York: Academic Press.

 Zax, M. & Cowen, EL (1976). *Abnormal psychology: Changing conceptions.* New York: Holt, Rinehart & Winston.

 Zilbergeld, B. (1978). *Male sexuality.* Boston: Little, Brown.

 Zilboorg, G., & Henry, GW (1941). *A history of medical psychology.* New York: Norton.

 Zuckerman, M. (1978). Sensation seeking and psychopathy. В RD Hare & D. Schalling (Eds.), *Психопатічний behavior: Approaches to research.* New York: Wiley.

 Zuckerman, M. (1996). Sensation seeking. В CG Costello (Ed.), *Personality characteristics of personality disordered.* New York: Wiley.

Рональд Комер

Патопсихологія поведінки. Порушення та патології психіки

Fundamentals of Abnormal Psychology

Серія: Психологічна енциклопедія

Видавництво: Прайм-Єврознак, 2005

Тверда обкладинка, 640 стор.

ISBN 5-93878-164-7, 0-7167-5111-9

Тираж: 2000 екз.

Формат: 84x108/16