**РОЗДІЛ 1**

 **ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ**

**ДОПОМОГИ ПРИ НЕПСИХОТИЧНИХ РОЗЛАДАХ ОСОБИСТОСТІ**

* 1. **Етіопатогенез непсихотичних розладів особистості**

Психічні порушення розділяють на три групи в залежності від рівня та глибини розладів. До них відносять три різних регістри психічних порушень - психотичних, непсихотичних і дефектно-органічних.

Для психотичного стану характерні наступні ознаки: маревні думки, потьмарення свідомості, галюцинації. Хворий при цьому критично не оцінює свій хворобливий стан, не помічає в собі порушень хворобливого характеру.

Непсихотичні психічні розлади характеризуються загалом порушенням емоційного стану та рухово-вольової сфери. Хворі критично оцінюють свій хворобливий стан, розуміють, що вони хворі.

Для дефектно-органічних розладів наявні порушення інтелектуальних функцій (мислення та пам'яті), які зумовлюються органічними патологіями головного мозку.

Діагностика психічного захворювання, починається з виявлення окремих його ознак або симптомів, які б відображували окремі чи загальні якості хвороби.

Сукупність симптомів являє в свою чергу - синдром, а симптоми, які до нього входять, пов'язуються загальними патогенетичними механізмами.

Психічна хвороба як нозологічна одиниця характеризується певними синдромами, вони видозмінюються та змішуються у певній послідовності, яка притаманна саме цьому захворюванню.

У різні періоди історичного розвитку психіатрії існували різноманітні класифікації психічних захворювань. На різних етапах загальний принцип класифікації був синдромологічний, коли психіатричний діагноз був обмежений визначенням провідного симптомокомплексу. Наприклад, параноя, меланхолія, манія та ін.

Наприкінці XIX ст. була створена нозологічна класифікація, яка чітко нідмонідала принципам моделі соматичного захворювання (певна етіологія, динаміка, кінцеві стани захворювання).

Однак результати подальших досліджень психічних захворювань свідчать, що не завжди можна із впевненістю визначити етіологію деяких хвороб, крім того, деякі розлади, що відносяться до однієї нозологічної одиниці, мають неоднакову динаміку та кінцеві стани. В останній час у деяких країнах створюються свої національні варіанти класифікації.

З метою полегшення і розширення міжнародного співробітництва в справі вдосконалення діагностики психічних хвороб у нашій країні останні два десятиліття використовується Міжнародна класифікація хвороб, запропонована ВООЗ. У даний час використовують 10-й перегляд цієї класифікації (МКХ-10) [14, с. 23].

 До класифікації непсихотичних форм (вимикання свідомості) відносяться:

а) обнубіляція;

б) оглушеність;

в) сомноленція;

г) сопор; д) кома;

є) непритомність;

е) гіперсомнія.

Вимикання свiдомостi — глобальне порушення відображення, яке супроводжується одномоментним або послідовним зменшенням, а в деяких випадках повним зникненням обсягу та глибини всієї психічної діяльності. Починається із звуження та поступового зменшення пізнавальної здатністі, порушушення логіки, потім ускладнюється приєднуванням та поглиблюваням порушення чуттєво-образного сприйняття та відображення дійсності навколо. Далі відбувається згасання умовно-рефлекторної діяльністі організму. Потім відбувається порушення безумовно-рефлекторної роботи організму, яке забезпечує основні життєвоважливі функції, у міру згасання цих функцій настає смерть. В залежності від рівня зниження ясності свідомості виділяють такі стани: обнубіляція, оглушеність, сомнолентність, сопор, кома.

Обнубіляція — «затмарення свідомості» або «захмарення на свідомості» — характеризується моментними змінами ясності свідомості. Мовні реакції хворих — сповільнені, з'являється помилки у відповідях, неуважність, безтурботність. У хворого згасає продуктивнicть. Хворі нагадують людину в стані легкого алкогольного сп'яніння. Тривалість обнубіляції складає від декількох хвилин до декількох місяців.

Синдром оглушення свідомості — характеризується зниженням до повного зникнення ясності у свідомості, та одночасно збідненням її змісту. Двома основними ознаками оглушення є підвищення порога збудливості на всі подразники та збіднення психічної діяльності. Відсутня реакція хворого на звертання до нього тихим голосом, виникає слабка орієнтована реакція на звичайні подразники (може відкрити очі, повернути голову в бік голосу), домогтися адекватної, але сповільненої мовної, мімічної та рухової реакції можна лише на сильний подразник. Такі хворі не скаржаться на шум, не реагують на незручності на такі як мокра білизна, занадто гаряча грілка та т.п.), вони байдужі до навколишнього середовища, ніщо не здатно привернути їхньої уваги, вираз обличчя - тупий, мислення сповiльнене й ускладнене, небагатослiвнiсть, відповіді односкладові. Знижена рухова активність, рухи повільні. Мімічні реакції бідні. Виражається порушення з запам'ятовуванням і репродукційні функції, хворі ніби дрімають. Період оглушеності зазвичай повністю або частково амнезується.

Синдроми обнубіляції та оглушеністі спостерігаються у випадках інтоксикацій, черепно-мозкових травм, інфекційних захворювань, об'ємних процесів головного мозку, прогресивного паралічу, судинної патології.

Сомнолентність — більш глибокий ступінь оглушеності, стан напівсну, під час якого хворий лежить із закритими очима більшу частину часу. Спонтанна мова відсутня, але на прості запитання хворі можуть односкладово відповідати. Більш складні запитання не розуміють. Виражена адинамія. Може тривати годинами і навіть протягом кількох діб. До свідомості надходять лише дуже сильні подразники. Як і в разі обнубіляції, орієнтування в навколишньому просторі не порушується, і амнезія не настає. Спостерігається в разі отруєння алкоголем, снодійними засобами, за умов зменшення вмісту глюкози в крові, уражень середнього мозку.

Сопор чи синдром заціпеніння – патологічний сон. Хвороби лежать неквапливо, очі заплющені, обличчя амімічне.

Вербальний контакт від хвороби, неможливості, орієнтації дня, діяльності іншого та першого встановлені сигнальні системи. Адинамія досягає стадії повного розладу, але можливе звинувачування індиференціювання, стереотипність, кисло-сухість, інші такі, як голосові реакції, болі, кашель, рогівковий, синій, блювотний та глоталь рефлекс. Після виходу із сопору очікується нова амнезія.

Кома – найбільш високий рівень вимикання свідомості. ЇЇ відносять до екстремальних станів організму. Зберігаються лише серцева функції організму, дихальна діяльність, тонус судин й терморегуляція. Умовні рефлекси згасають, з'являються патологічні. Із зростом поглиблення коми порушується серцева діяльність, погіршується тонус судин і терморегуляція, виникають патологічні форми дихання. Якщо вчасно не надається невідкладна допомога стається летальний випадок [14, c. 97-98].

Гіперсомнія – явище, яке характеризується розладом сну, а саме відчуттям сонливості протягом дня.

Непсихотичні граничні синдроми класифікуються на:

• Астенічний (астеноневротичний, астенодепресивний, астеноіпохондричний, астеноабулічний).

• Апатико-абулічний.

• Невротичні та неврозоподібні (неврастенічний, синдром нав'язливих станів, дисморфофобічний, депресивний, іпохондричний, соматоформний).

• Психопатичні і психопатоподібні.

Астенічний синдром - характеризується вираженою стомлюваністю як фізичною, так і психічною, що виникає вже після незначних навантажень. Хворим важко зосередитися, знижена функція запам'ятовування. З’являється емоційна нестриманість, підвищується чутливість до звуків, світла, кольору. У хворих відчуваються труднощі під час вирішення складних інтелектуальних завдань, сповiльнюється темп мислення.

Астенічний синдром у різних варіантах спостерігається за всіх соматичних екзогенноорганічних, психогенних захворювань. Особливо характерна для інфаркту міокарда астенічна симптоматика. У гострий період переважає соматогенна астенія. З часом у клінічній картині захворювання переважають симптоми, пов'язані вже із впливом психогенного фактора: реакція особистості на таку важку психотравмувальну ситуацію, що загрожує життю і благополуччю, як інфаркт міокарда. У такому випадку невротичні психогенні реакції тісно переплітаються із впливом власне соматогенного фактору, завдяки чому непсихотичні синдроми носять змішаний характер, то наближаючись до чисто невротичних, то до неврозоподібних з їх поліморфізмом, нестійкістю, рудиментарністью.

Апатико-абулічний синдром характеризується зменшенням сили емоцій, байдужістю до того, що відбувається навколо, і до самого себе в поєднанні з відсутністю спонукань до діяльності. Такі хворі звичайно лежать чи сидять, нічим не займаючись. Вони неохайні, безініціативні. Спостерігається в разі органічного ураження головного мозку та шизофренії.

Невротичний синдром — симптомокомплекс, що включає явища нестійкості емоційної та вольової сфер із підвищеною психічною та фізичною виснажливістю, із критичним відношенням до свого стану і поведінки. Залежно від якостей особистості синдром може мати неврастенічний, істеричний чи обсесивно-фобічний характер.

Неврастенічний синдром (синдром дратівливої слабкості) характеризується, з одного боку, підвищеною збудливістю, нетриманням афекту, схильністю до бурхливих афективних реакцій при вольовій нестійкості, з іншого боку, підвищеною виснажливістю, плаксивістю, безвільністю.

Істеричний синдром — характеризується підвищеною емоційною збудливістю та лабільністю, театральністю поведінки, схильністю до фантазування й облудності, до бурхливих афективних реакцій, істеричних нападів, функціональних паралічів та парезів тощо.

Синдром нав'язливості (обсесивно-фобічний синдром) — проявляється нав'язливими думками, страхами (фобіями), бажаннями та діями. Явища нав'язливості виникають, як правило, раптово, не відповідають змісту думок хворого у цей момент; хворий відноситься критично до нав'язливих проявів та намагається подолати їх.

Синдром нав'язливості спостерігається у разі неврозів, соматичних, екзогенноорганічних захворювань мозку.

Соматоформні розлади – група психічних розладів невротичного походження, характерною ознакою яких є наявність симптомів соматичних захворювань, котрим не вдається виявити об'єктивної органічної причини.

Дисморфофобічний синдром — хворі переоцінюють значення наявних у них фізичних недоліків, активно шукають допомоги у фахівців, вимагають проведения їм косметичних операцій. Найчастіше виникає в пубертатному віці за психогенним механізмом. Наприклад, якщо підлітки переконані в тому, що у них надмірна маса тіла, вони жорстко обмежують себе в їжі (психічна анорексія).

Депресивно-іпохондричний синдром — характеризується появою у хворого думок про наявність якого-небудь важкого, навіть невиліковного захворювання, що супроводжується тужливим настроєм. Такі хворі активно шукають допомоги у лікарів, вимагають проведення різних обстежень, призначення медикаментозної терапії.

Психопатичні та психопатоподібні синдроми – симптомокомплекси емоційних та ефекторно-вольових порушень, що мають більш-менш стійкий характер та визначають основний тип нервово-психічної реакції і поведінки, звичайно недостатньо адекватних реальній ситуації. Симптомокомплекси містять у собі підвищену емоційну збудливість, неадекватність дій і вчинків, підвищене потурання інстинктивним потягам. Особистісна дисгармонія таких хворих зумовлює їх соціальну дезадаптацію [14, c. 109-110].

 **1.2. Психологічна специфіка непсихоточних розладів особистості**

К.С. Максименко відзначала, що психологічна специфіка непсихотичних розладів виявляється у: надмірно інтенсивної, недостатньої, недостатньої стимуляції емоційного реагування, що зумовлює появу поведінкових розладів, що супроводжуються невротичними та психопатичними симптомами при когнітивних порушеннях, що не досягають рівня патології, але мають істотний вплив на поведінку, адаптаційні можливості особистості та характер взаємодії з оточуючими. у порушенні системи особистих відносин: до себе, до інших людей і до світу загалом. Наголошується, що метою психотерапевтичного впливу в клініці непсихотичних розладів є досягнення затремтого ефекту за рахунок активізації основних механізмів особистісної трансформації хворого, що виникає в результаті специфічних психотерапевтичних впливів та інтервенцій. Робиться висновок у тому, що механізми терапевтичного впливу психотерапії є ті внутрішні умови психотерапевтичної ситуації, які забезпечують факторизацію всіх синогенних ефектів у процесі психотерапії і є пояснювальними моделями ефективності психотерапевтичного впливу. Встановлено, що загальний психологічний механізм усіх соматоформних розладів у тому, що у тлі емоційних симптомів, викликаних травмуючої ситуацією, виникають соматичні розлади, у яких акцентується увагу хворого, оскільки вони викликають страждання [11, с. 82].

На думку В.М. Мясищева, це суб'єктивне ставлення людини до психотравмуючих ситуації, а також особливості функціонування механізмів психологічного захисту визначають вид та характер психогенного розладу. Незважаючи на те, що травматична подія має різне значення в генезі та динаміці невротичних розладів та розладів особистості, реакція на психотравму в обох випадках подібна, оскільки включає специфічні компенсаторні механізми. Травматична подія, взаємодіючи з рисами особистості у хворих на неврози, формує внутрішньопсихічний невротичний конфлікт (психологічний, мотиваційний конфлікт), який при певному рівні силової стійкості призводить до продукції больової симптоматики. Динаміка невротичних розладів характеризується появою вторинних захисних механізмів, що підкріплюють невротичну поведінку, таких як, наприклад, раціоналізація для виправдання своєї недієздатності хворобою, зникнення хвороби, звільнення від відповідальності за вирішення важких ситуацій і т.д. (Карвасарський, 1990) [8, с. 76]. При розладах особистості психотравма також «активує» спеціальні захисні функції, хоч і дещо відмінні від «невротичних». Сам розлад особистості вже свідчить про наявність сформованих компенсацій – пристосувань до довкілля. Психологічна травма при психопатії обумовлює виникнення компенсацій - розладів особистості, внаслідок нездатності адаптивних захисних механізмів протистояти психогенним чинникам, що ще більше посилює патологічні прояви. Отже, і за неврозі, і за психопатії реакція на психотравму характеризується неадекватністю особистісного відповіді.

Виклад основного матеріалу дослідження. Більшість дослідників сходяться на думці, що будь-який невроз характеристика, або як ще конкретніше сформулював це положення Д. Шапіро: «... невротик — це не тільки він хворіє неврозом (як туберкульоз чи застуда), але також бере в ньому активну участь, поводячись за правилами неврозу, зберігаючи характерне сприйняття [23, с. 126]. Тому що хтось причетний до неврозів той же «компенсаторний» механізм, що і при психопатії, оскільки психотравмуючий стан знаходиться в неврозі патогенний вплив лише за наявності певних рис особистості, які надають важливості та перебільшення побічних ефектів. Існує залежність від інтенсивності і вираженості невротичної реакції про психотравматизацію від особистісних особливостей людини, що виросли протягом життя, що вказують на різний ступінь свободи у вирішенні ситуації, що виникла. Відповідно Г.К. Ушакова, в клінічній картині ураження нервів, як правило, не тільки зберіг, але й гротескно збільшив свої якості Особливості характеру хворих у преморбідній фазі [16, с. 88]. Іншими словами, є всі підстави стверджувати певні зв'язки психогенезу з особистістю хворого.

В. М. Мясищев, розуміючи невроз як хвороба особистості, писав: «…невротична декомпенсація у характері приваблює, що загострює чутливість, провокує протиріччя і, головне, конфлікти з «особистих» причин, ускладнюючи їх продуктивне подолання [13, с. 59]. Отже, характерологічна конституція визначає схильність до розвитку невротичних розладів та їх зміст.

Уроджені конституційні особливості при обох патологіях визначають характер і характер невротичних чи особистісних розладів. Однак багато авторів підкреслюють значення соціально-розвивальних та виховних умов для виникнення як неврозів, так і психопатій. Крім конституційних, спадкових і вроджених чинників вони вбачають як причину розладів особистості негативні соціально-психологічні чинники та недолік виховання, наприклад. Б. Наркоманія, батьківський алкоголізм, втрата батька, розрив стосунків. батьківська сім'я та інші стресові події. О. В. Кербіков визначав такий процес терміном "патологічний розвиток", під яким розумів форму формування психопатичної особистості. У МКБ-10 говориться: «Перші прояви розладу особистості зазвичай з'являються у ранньому дитинстві чи підлітковому віці; надалі залишаються з дорослим все життя» (Кишеньковий довідник по МКБ-10 [9, с. 223]. Так формуються психопатичні патерни поведінки ранніх стадіях індивідуального розвитку поєднане вплив конституційних чинників та соціального досвіду. На думку А.І. Захарова, Є.Г. Ейдеміллера, фактори сімейного виховання, сімейні конфліктні відносини, батьківська емоційна холодність, батьківська депривація, непотрібні аргументи чи докази, батьківська категоричність та авторитет над дитиною, недовіра до здібностей дитини та власного досвіду, драматичні переживання можуть вважатися патогенними факторами. Вплив на міжособистісні відносини (у сім'ї, з однолітками, з «авторитетними» людьми) та інших. [6, с. 155][4, с. 79]. Це призводить до недостатньої самооцінки та самоналаштування, недостатніх моделей реагування у «важких» ситуаціях, недостатніх можливостей взаємодії з оточуючими людьми. У основі клінічних проявів лежать як невротичні розлади, і розлади особистості.

Є подібні психологічні явища, насамперед це так пов'язані з емоційними розладами. На думку більшості авторів, у клінічній картині неврозів переважають емоційно-афективні розлади у вигляді фобій, патологічних станів тривоги та депресії. Клінічна картина психопатії характеризується вираженими ознаками порушення, наприклад, у емоційно-вольової сфері, як-от емоційна лабільність, імпульсивність, спалахи гніву, неконтрольовані емоційні реакції, страх і невпевненість. Ключом до невротичних розладів та деяких форм психопатії є переважання емоційної нестійкості та вираженої тривожності.

Феномен страху, що розуміється як відчуття внутрішньої напруги, пов'язане з очікуванням загрозливих подій, об'єднується в групу панічного розладу (F41.0), генералізованого тривожного розладу (F41.1), змішаного тривожно-депресивного розладу (F41. 2). Інтенсивність емоційного переживання тут може варіюватися від вільно витаючого страху до паніки. Занепокоєння неминуче супроводжується вегетативними компонентами, такими як почастішання або прискорене серцебиття, пітливість, тремор і тремтіння, сухість у роті, утруднене дихання, відчуття задухи, нудота або розлад шлунка. У центрі тривожно-фобічних розладів (F40) знаходиться феномен страху, який, на відміну від страху, має певну предметну спрямованість і зазвичай проектується на зовнішню реальність. У МКХ-10 тривожно-фобічні розлади включають агорафобію (F40.0), соціальну (F40.1) та ізольовану (F40.2) фобії. Всього існує більше 300 фобій. Найбільш відомі соціальні фобії, які полягають у нав'язливому страху привернути увагу інших або зробити те, що вони можуть не схвалювати, наприклад, страх почервоніти перед людьми (рейтофобія), страх зробити з себе дурня (скопофобія), страх бути посміяним на похоронах, або прокляття страху. До специфічних типів фобій належать агорафобія (страх перебування у відкритому просторі: на вулиці, площі, у натовпі) і клаустрофобія (страх закритого простору: ліфти), громадський транспорт), характерною рисою яких є страх бути залишеним без допомоги.

Ізольовані фобії обмежені вузько визначеними ситуаціями, такими як B. Перебування в безпосередній близькості до певного виду тварин, перебування в темряві, переживання грози, політ на літаку, вживання певної їжі, побачення крові чи ран тощо. Страх не може бути викликаний самим об’єктом, а наслідками контакт з ним, наприклад, при мезофобії (страху забруднення) і нозофобії (страху хвороби).

Стан такого хворого характеризується постійним очікуванням психотравмуючого фактора, що виражається страхом при безпосередньому контакті з об'єктом страху, який за певних обставин може досягати рівня панічної атаки з хвилюванням. Інтенсивність страху може досягати рівня паніки при прямому контакті з об'єктом страху. Тривога і страх часто призводять до уникнення або взагалі дезорганізованої поведінки.

Подібні риси емоційного реагування спостерігаються і при тривожному (уникаючому) розладі особистості (F60.6). Цей розлад особистості характеризується почуттям напруження та занепокоєння, постійним страхом за свою безпеку, соціальну корисність, прийняття іншими та страхом критики, несхвалення чи відторгнення. Застрягання на афективному стані виникає через те, що негативні переживання не витісняються і не проникають у світ. Такий емоційний стан також відбивається у поведінці, що обмежує можливості адекватної реакцію такі ситуації, такому як ведення пизначених обмежень, що впливають на весь спосіб життя, уникнення суспільної діяльності, пов'язаної з нею професійної діяльності, налагодження нових контактів між особистостями.

Дещо інший тип розладу емоційного реагування спостерігається при емоційно нестійкому розладі особистості (F60.3), а саме виражена схильність до імпульсивних дій, нестійкість настрою, неконтрольовані емоційні сплески, бурхливі прояви дратівливості, гніву, незадоволення при конфліктах в емоційно значущих ситуаціях, особливо коли оточуючі втручаються у імпульсивні дії чи вимовляють догани. Характерною особливістю даного типу розладу є невідповідність рівня реактивності агресивності силі ситуативного стресу, що виявляється у втраті контролю над власними агресивними спонуканнями, що виражаються в нападах на інших та псуванні майна. У ситуаціях, емоційно незначимих для пацієнта, можуть бути доречними його афективні реакції. При непсихотичних розладах, наприклад, спостерігається надмірно інтенсивна, недостатня емоційна реакція, що не відповідає інтенсивності подразника, що призводить до порушень поведінки, що виявляється у невротичних та психопатичних симптомах.

Когнітивні розлади не є специфічними для невротичних розладів, ні для розладів особистості. Е. Блейлер вказує на практичну безпорадність невротиків і психопатів при формальній відсутності розладів мислення та інтелекту, які він назвав «відносним недоумством». Е. Блейлер підкреслює кричущість між формально високим інтелектом і безпорадністю невротиків і психопатів у вирішенні практичних життєвих завдань, що поєднується з неможливістю всебічного розуміння побутових явищ [11, с. 112].

Більшість невротичних розладів характеризується порушенням концентрації та стійкості уваги, швидкою втомою та повільним перемиканням уваги; порушенням мнестичних функцій, такі як найкраще запам'ятовування невротичної реальності («фіксація на перешкоді»).

В. Д. Менделевич вказує, що якісні розлади мислення не є специфічними для невротичних розладів та що асоціативний процес загалом залишається логічно вивіреним. Невротично-депресивний стан може супроводжуватися деякою сповільненістю мислення.

Фіксація на певних образах, думках, спогадах може спостерігатися при анксіофобних та обсесивно-компульсивних розладах. В цілому, як відомо, пізнавальні процеси невротиків характеризуються низкою особливостей, до яких належить загальна низька здатність до навчання та навчання нового.

Засновані на спотвореному сприйнятті дійсності та відношення до себе та інших, неспецифічні порушення когнітивної сфери є визначальними для параноїдного та шизоїдного розладу особистості. Так крайня підозрілість і недовірливість, тенденція спотворено сприймати реальність, збочене тлумачення дій інших людей як ворожих, властиві хворим з параноїдним розладом особистості (F60.0), стосуються «смислового» рівня мислення, але не доходять до марення – це переконання, які не впливають на кількісні та якісні характеристики мислення. Однак ці когнітивні спотворення зумовлюють і порушення взаємовідносин з оточуючими: надмірну чутливість до перешкод та відмов, неадекватну реальній ситуації войовничу, завзяту готовність відстоювати свої права, стурбованість думкою інших щодо себе та їх ставленням, схильність співвідносити будь-які факти та явища дійсності з власною персоною, нездатність прощати образи. Шизоїдний розлад особистості (F60.1) характеризується відсутністю порушень мислення або сприйняття, але зануреністю у свої думки, схильністю до абстрактного теоретизування, різного роду фантазування, поглинання інтроспекцією, представленої у вигляді абстрактного аналізу і.т.п. При цьому здатність виражати почуття та відчувати задоволення у шизоїдних психопатів значною мірою обмежена. З огляду на крайню зосередженість інтелектуальної активності, такі люди виявляють емоційну холодність і відчуженість, зовні байдужі і до похвали, і до критики, не зацікавлені у встановленні довірчих взаємин з іншими. У цілому нині вони виявляють тенденцію до відгородженості від емоційних, соціальних та інших контактів, віддаючи перевагу індивідуальної діяльності, потребує усамітнення. Таким чином, когнітивні порушення при непсихотичних розладах не досягають рівня патології, проте істотно впливають на поведінку, адаптивні можливості особистості та характер взаємодії та взаємовідносин з оточуючими.

Багато авторів визначальною характеристикою непсихотичних розладів вважають порушення ставлення до себе та інших, характер і манеру встановлення взаємовідносин з оточуючими, а також способи регулювання міжособистісних ситуацій. спілкування та взаємодії з оточуючими. Подібні порушення характерні для деяких форм психопатії. Наприклад, індивіди із залежним розладом особистості (F60.7) вкрай орієнтовані на підтримку відносин з іншими, часто на шкоду власним потребам та інтересам. За сприяння з оточуючими вони намагаються вибирати підлеглі ролі, виконувати допоміжні функції, унаслідок чого перспектива професійного зростання вони дуже обмежена. Втрата значних відносин з домінуючою особою може спричинити депресивний стан «залежного». Протилежні тенденції взаємодії з оточуючими демонструють індивіди з дисоціальним розладом особистості (F60.2). Вони зовсім не зацікавлені в інших, не здатні підтримувати міцні тривалі відносини, хоча не відчувають труднощів у встановленні зв'язків, що демонструють байдуже ставлення до почуттів інших, всіляко нехтують соціальними зобов'язаннями. Нездатність відповідати прийнятим соціальним нормам, схильність до агресивних, антисоціальних дій, а також відсутність страху покарання значно ускладнюють їхню соціальну взаємодію. Вони володіють досить високим інтелектом, розвиненою логікою, вміють правильно оцінити обстановку, можуть мати «сприятливу» соціальну маску, проте низька толерантність до фрустрації, низький поріг вивільнення агресивних імпульсів, тенденція звинувачувати навколишніх, нездатність відчувати почуття провини конфлікту із суспільством. Отже, характерною рисою більшості непсихотичних розладів є порушення системи відносин особистості: себе, іншим людям і світу загалом.

Теорія відносин В.Н.Мясищева пояснює, до речі, досить зрозуміло психологічний механізм виникнення, формування та розвиток внутрішньоособистісного конфлікту, переживання якого стає джерелом неврозу: істеричного, обсесивно-психастенічного чи неврастенічного.

Базові параметри особистості, моральні та соціально-психологічні характеристики, що склалися в процесі розвитку особистості як складові її системи відносин, є визначальними у проявах емоційного та поведінкового реагування насамперед на психотравмуючі події.

Істеричний конфлікт (між «хочу» та «можу»). Вiн проявляється у завищених очікуваннях та вимогах особистості на тлі недооцінки чи повного ігнорування об'єктивних умов дійсності та інших вимог.

При цьому відсутня самовимога чи критика власної поведінки. Невротичний вираз істеричного конфлікту - дисоціативні (конверсійні) розлади (F44), що характеризуються різноманітністю функціональних психічних розладів, що імітують органічну патологію: моторних, сенсорних та вегетативно-вісцеральних. Оскільки симптоми, що з'являються, не мають органічної основи, їх психотравмуючий стан можна чітко зрозуміти в порядку «відходу від хвороби» і таким чином привернути увагу оточуючих.

Відбувається трансформація психічного конфлікту на соматичні симптоми. Витіснений конфлікт проявляється у символіці симптомів, таких як параліч, як вимога турботи від інших та звільнення від відповідальності. Такі симптоми є «умовно приємними», корисними для хворого, оскільки допомагають вирішити проблеми, позбутися небажаних стосунків або отримати бажане. В. Н. Менделевич зазначає, що преморбідними рисами хворих даної нозологічної групи є: завищена самооцінка, егоїзм та егоцентризм, прагнення бути в центрі уваги, висока активність у поєднанні з низьким рівнем рішучості та цілеспрямованості, навіюваність, виражена чутливість та цілеспрямованість. Робість поєднується з імпульсивністю та лабільністю, прагнення до лідерства поєднується із середнім рівнем поступливості та відповідальності [11, с. 101]. Ці ж риси характеризують демонстративний розлад особистості (F60.4), причому домінують егоцентризм і прагнення здаватися важливішим.

Особистість у власних очах та в очах оточуючих, постійне прагнення бути гідно оціненим. «Демонстративні» симптоми дозволяють вирішити конфлікт між «хочу» та «маю», що проявляється у прагненні будь-яким способом привернути до себе увагу, зарозумілості, схиляння, схильності до самодраматизації, театральності, виразі перебільшених бурхливі почуття, неординарність, примхливість, чутливість, схильність оточуючими, піддаватися своїм бажанням та слабкостям, при цьому бути неуважним до інших людей.

Тривала «оборонна» ритуальна поведінка, як правило, знижує рівень соціальної адаптації. Таким чином, створюються «умови», що не дозволяють цього

Зроби вибір. Менделевич виділяв як преморбідні характеристики пацієнтів з обсесіями низького ступеня активність, впевненість у собі, рішучість, цілеспрямованість у поєднанні з сильним страхом і підозрілістю (там же). Психастенічні риси виражені у хворих

Анакастове розлад особистості (F60.5). характеризується рисами такими як почуття невпевненості, що постійно переживається, надмірна схильність до сумнівів і розважливість, прагнення до досконалості у будь-якій справі (перфекціонізм), зайва педантичність і педантичність, необхідність кількох перевірок, заклопотаність подробиці, обережність, впертість і жорсткість. Типова схильність до аналізу та самоконтролю, підозрілість, переважання розумної діяльності, вимогливість до інших, надмірна дотримуватися соціальних умовностей. Все це спрямоване на попередження про потенційні проблеми, але суттєві знижує гнучкість адаптації до навколишнього світу.

Неврастенічний конфлікт (між «хочу» та «можу») виявляється у суперечності між можливостями людини та її амбіції, надмірна вимогливість до себе, спроба досягнення мети, успіху без урахування реальних сил і здібностей, що в результаті призводить до виснаження нервової системи системної та хронічної перевтоми — неврастіння (F48.0).

Типовими характеристиками гіперстенічного варіанта неврастенії є емоційні порушення, такі як підвищена дратівливість, нестриманість емоцій, нетерплячість, підвищена чутливість до незначних подразників; зниження когнітивної продуктивності, що виявляється порушенням уваги та зниженням розумової продуктивності після незначних розумових зусиль; безладна активність. При гіпостенічній формі домінує астенічний синдром: підвищена стомлюваність, зниження працездатності, погіршення пам'яті та уваги, млявість, сонливість вдень та безсоння вночі; виникають відволікаючі асоціації та спогади, знижується інтерес до навколишнього. Таким чином, відбувається вирішення даного конфлікту - описані симптоми є об'єктивним виправданням власної нездатності досягти намічених цілей.

Крім того, обов'язковим атрибутом та додатковим «виправданням» є вегетосоматичні порушення: головний або м'язовий біль, невизначені або неприємні шкірні, пропріоцептивні та вісцеральні відчуття, лабільність пульсу, розлад сексуальних функцій, апетиту, порушення сну. Компенсаторний характер невротичної симптоматики підтверджується тим, що ці прояви не зникають після періоду «відпочинку»: заспокоєння, розслаблення чи відволікання.

В.М. Менделевич, описуючи преморбідні властивості неврастеников, свідчить про поєднання протилежних тенденцій, що є основою невротичної симптоматиці. Так, підвищена відповідальність та сумлінність поєднані з високою чутливістю до критики, високі працездатність та активність пов'язані з досить вираженою тривожністю, низька поступливість поєднується із середнім рівнем рішучості, адаптивності та фрустраційної толерантності [11, с. 106]. У вітчизняній психіатрії виділяли відповідну неврастенію, схожу за симптоматикою та особистісними характеристиками форму – астенічну психопатію, однак у МКХ-10 така нозологічна форма розладу особистості відсутня.

Слід зазначити, що поглиблення невротичної психопатологічної симптоматики може переходити на якісно інший, більш виражений рівень тоді говорять про формування невротичного розвитку особистості. Однак, якщо при неврозах, чільне місце займають вегетативні, сенсомоторні та афективні розлади, то при невротичному розвитку особистості вони втрачають свою вираженість і з'являються психопатичні риси. Виникаюча надмірна афективність порушує адаптацію, призводить до міжособистісних конфліктів, позбавляє особистість раніше вироблених форм поведінки.

Таким чином, простежується чіткий зв'язок між змістом внутрішньоособистісного конфлікту, особливостями характеру та способом реагування при дії психотравми.

Причому ці патологічні способи реагування мають компенсаторний характер. Реакція на психотравмувальну подію може виражатися в домінуванні вегетативних та соматичних симптомів, при відході на другий план власне психопатологічних. Причому такі соматичні скарги виникають на тлі відсутності морфологічної зміни відповідних тканин (на відміну від психосоматичних розладів), а якщо й виявляються якісь соматичні порушення, то вони не пояснюють характеру і ступеня вираженості симптоматики або тяжкості стану хворого і занепокоєння. У МКБ10 цей різновид порушень представлений у рубриці «соматоформні розлади» (F45). Основною відмінністю цих розладів є «маскування» психічної та психологічної проблематики соматичними порушеннями.

Індивід реагує на дистрес пред'явленням соматичних скарг та пошуком медичної допомоги або її альтернативних варіантів, наприклад, звернення до знахарів і цілителів.

Нозологічні форми соматоформних розладів розрізняються за характером та змістом соматичних скарг. Так для соматизованого (F45.0) та недиференційованого соматоформного (F45.1) розлади типові множинні скарги з постійно змінюваною думкою хворого щодо локалізації джерела симптомів та причини страждань, які спостерігаються протягом кількох років, але не можуть бути пояснені ніякими підданими виявленню соматичними розладами. Флуктуючі соматичні симптоми (не менше шести) при цих формах розладів відносяться як мінімум до двох різних систем: шлунково-кишкові, серцево-судинні, урогенітальні, шкірні та болючі симптоми. Соматоморфна вегетативна дисфункція (F45.3) характеризується пред'явленням скарг до функціонування систем або органів, що регулюються вегетативною нервовою системою, таких як серцево-судинна система, шлунково-кишковий тракт, дихальна система, сечостатева система.

Скарги ґрунтуються на об'єктивних ознаках вегетативного збудження, таких як пітливість, тремор, серцебиття тощо, або спотвореної чутливості (короткочасні болі, відчуття печіння, тяжкості, напруги, роздування або розтягування), що приписується конкретному органу або системі, і супроводжуються вираженими та страхом.

Будь-які інші скарги щодо розладу відчуттів, тісно пов'язані за часом із подіями, що викликають стрес, не опосередковані вегетативною нервовою системою і обмежуються окремими системами організму або частинами тіла, наприклад, шкірою класифікується як «інші соматоформні розлади» (F45.8). Скарги на жорстокий болісний біль, що постійно перебуває в центрі уваги, який не можна пояснити будь-яким фізіологічним процесом або соматичним розладом – відмітна ознака хронічного соматоформного больового розладу (F45.4). Виникнення болю, як правило, пов'язане з емоційними конфліктами або психосоціальними проблемами, а також з отриманням підтримки та уваги з боку оточуючих. Основною відмітною ознакою іпохондричного розладу (F45.2) є надмірна стійка заклопотаність можливістю серйозного соматичного захворювання (одного або більше), що супроводжується вираженими тривогою або депресією, причому увага зазвичай фокусується на одному-двох органах або системах організму. Переконаність «іпохондрика» набуває характеру надцінних ідей (небезглузда іпохондрія), зміст і сила яких іноді можуть змінюватися.

Соматоморфні розлади включають розлади трьох рівнів: сенсорного (відчуттів), когнітивного (осмислення того, що сприймається) та поведінкового (обумовленого особистістю). Соматотоформні симптоми перешкоджають нормальному функціонуванню у повсякденному житті. У багатьох хворих часто відзначаються порушення поведінки у сфері соціального, міжособистісного та сімейного функціонування [15, c. 112-114].

Висновок. Загальний психологічний механізм усіх соматоморфних розладів у тому, що з емоційними симптомами, викликаними при травмуючії ситуації, формуються соматичні розлади, у яких акцентується увагу хворого, оскільки вони викликають страждання. Ці соматичні стани посилюють тривогу та страх перед станом здоров'я та зосереджуються на тілесних відчуттях. Підозра чи віра у серйозність фізичного захворювання може призвести до депресії чи тривоги. Для більшості соматоморфних розладів характерні повторні звернення за медичною допомогою, запити на діагностичні тести, незважаючи на неодноразові негативні результати та підтвердження лікарями відсутності фізичної основи для симптомів. Множинні діагнози все більше переконують пацієнтів у тому, що у них тяжке захворювання, яке важко піддається діагностиці та лікуванню, що є додатковим ятрогенним посиленням. Така «хвалька» поведінка спрямована на те, щоб привернути увагу та підтримку з боку інших чи медичних служб. У клініці непсихотичних розладів метою психотерапії є саногенна дія шляхом активації основних функцій. Механізми специфічних для пацієнта змін у результаті специфічних психотерапевтичних впливів та втручань. Механізм терапевтичного впливу психотерапії стає внутрішньою умовою психотерапевтичної ситуації, що включає всі синогенні впливу в психотерапевтичному процесі, і служить моделлю для пояснення ефективності психотерапії.

 **1.3. Положення психологічної та соцiальної реабілітації для осіб з непсихотичними розладами**

Психологічна допомога може допомогти людям навчитися ефективно справлятися з непсихологічними проблемами та підвищувати якість їхнього життя. Психолог може допомогти людині з позитивними відчуттями, підвищити впевненість у собі, навчити стратегії управління больовими відчуттями та ефективно скоригувати зі стресом.

Однак слід зазначити, що лікування непсихологічного розладу особи має бути індивідуально індивідуальне під кожного пацієнта, і що ефективність психосоціальної допомоги може залежати від різних факторів, таких як ступінь тяжкості розладу та особистісних особливостей пацієнта.

Психологічна допомога може бути корисною для людей, які страждають на непсихологічні розлади, такі як фізичні захворювання, хронічний біль, інвалідність, хірургічний, сексуальний хірургічний, травма та інші види стресу. Ці фактори можуть викликати сильний вплив на психічний стан людини та викликати депресію, тривожність, посттравматичний стресовий синдром та інші психологічні проблеми.

Психологічна допомога також може допомогти людям усвідомити та змінити негативні переконання та думки, які посилюють їхні фізичні проблеми. Наприклад, пацієнти з хронічним болем часто переживають почуття безпорадності та безсилля. Психологічна допомога може допомогти пацієнтам змінити ці думки та навчити їх більш позитивним та конструктивним думкам-патернам.

Психосоціальна допомога при непсихологічних розладах є серйозною темою для дослідження психології та психіатрії. Незважаючи на те, що особлива увага приділяється особистісному захворюванню на медикаментозну терапію, існує велика кількість досліджень, що підтверджують ефективність психосоціальної допомоги [12, с. 137].

Одним із методів психосоціальної допомоги при непсихотичних розладах особистості є когнітивно-поведінкова терапія (КПТ). КПТ допомагає пацієнтам вплинути на негативні розумові схеми та поведінкові методи, які можуть погіршити їхній психічний стан. Виявлено, що КПП може бути значним для лікування розладом особистості, таких як лімітована особистісна дисфункція (ЛЛД) та істеричні розлади особистості.

Інший метод психосоціальної допомоги, який може бути ефективним під час огляду непсихологічного розладу особистості, – це психодинамічна терапія. Ця терапія фокусується на вивченні несвідомих процесів та спонукань, які можуть змінюватись в залежності від поведінки пацієнта. Виявлення, що психодинамічна терапія може допомогти пацієнтам з особистісним антипсихічним розладом особи та межами особистості [22, с. 218].

Також проводяться дослідження про те, як групова терапія допомагає пацієнтам із непсихологічними розладами особистості. Групова терапія може допомогти виборам спільноти спілкуватися з іншими людьми, які також використовують від розладу особистості, і навчилися вільно спілкуватися з оточуючими. Пропонуються методи, такі як групова терапія, що фокусується на вирішенні проблем та психоутворення, які ефективно використовуються для лікування розладів особистості, таких як параноїдні розлади особистості та антисоціальні розлади особистості [17, с. 67].

Когнітивно-поведінкова терапія, або КПТ, - це вид психотерапії, який допомагає людям виявити та змінити негативні розумові процеси та поведінку. Вона стала одним із найчастіше використовуваних терапевтичних підходів. Когнітивно-поведінкова терапія є одним із найбільш ефективних методів лікування тривоги та депресії, а також допомагає при інших психічних розладах. Когнітивно-поведінкові втручання допомагають людям впоратися з емоційними проблемами, емоційними розладами, психологічними проблемами та управлінням стресом.

Когнітивно-поведінкова терапія спрямована на виявлення та зміну негативних думок та поведінки. КПT також передбачає виконання домашніх завдань, наприклад, ведення щоденника або відпрацювання нових навичок поза сеансом.

П'ять компонентів когнітивно-поведінкової терапії: виявлення негативних думок та поведінки, зміна негативних думок та поведінки, постановка цілей, виконання домашніх завдань та відпрацювання нових навичок.

КПТ є одним з найбільш ефективних методів лікування тривоги, депресії та хронічного болю. Зазвичай вона допомагає при інших психічних захворюваннях, таких як розлади харчування, розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин, біполярний розлад, стресовий посттравматичний розлад (ПТСР) і обсесивно-компульсивний розлад (ОКР). Ідея КБТ полягає в тому, що оскільки думки впливають на наші емоції та поведінку, якщо змінити спосіб думок, то в результаті зміняться почуття та дії.

КПТ включає щотижневі заняття з ліцензованим фахівцем у галузі психічного здоров'я, і повний курс зазвичай триває 12-20 тижнів. Навіть якщо людина не може пройти повний курс, кілька сеансів можуть покращити загальне психічне здоров'я та дати необхідні навички та стратегії подолання проблем [19, с. 12-15].

Під час перших кількох сеансів когнітивно-поведінкові терапевти допоможуть виявити негативні думки та поведінку і разом із клієнтом працюватимуть над їхньою зміною. Когнітивно-поведінкові терапевти можуть також давати домашні завдання, наприклад, вести щоденник або відпрацьовувати нові навички поза сеансами, щоб допомогти клієнту виробити механізми подолання.

Образи думок або думкові моделі когнітивно-поведінкової терапії. Спосіб думок відноситься до того, як люди інтерпретують навколишній світ і ситуації, в яких вони виявляються. Вони можуть бути корисними чи шкідливими. Думкові шаблони кожної людини є унікальними. Виявлення хворих моделей допомагає людям боротися з ними і змінювати їх на більш здорові звички. Ось деякі зі шкідливих моделей мислення, які КПT прагне подолати:

Надмірне узагальнення – це коли ви розглядаєте одну несприятливу подію як частину нескінченної низки поразок. Наприклад, у вас може бути невдалий день на роботі, після чого ви робите висновок, що завжди будете невдахою.

Мислення "все чи нічого" - це коли ви бачите речі у чорно-білому кольорі без будь-яких відтінків сірого. Наприклад, ви можете сказати собі, що ви повний невдаха, якщо ви не досконалі.

Ментальний фільтр – це коли ви фокусуєтеся на негативних аспектах ситуації та ігноруєте позитивні. Наприклад, ви можете отримувати відгуки на роботі, які в основному позитивні, але ви фокусуєтеся на одному негативному коментарі та ігноруєте інші.

Дискваліфікація позитивного - це коли ви відкидаєте позитивні події, говорячи собі, що вони не рахуються. Наприклад, у вас може бути чудовий день, але потім ви скажете собі, що це була просто випадковість і що ви ніколи не будете щасливі.

Поспішні висновки – це коли ви формуєте думку чи думку, не маючи всіх фактів. Наприклад, ви можете побачити людину, яка дивиться на вас, і припустити, що вона оцінює вас негативно.

Збільшення/мінімізація - це коли ви змушуєте щось здаватися важливішим або менш важливим, ніж воно є насправді. Наприклад, ви можете сказати собі, що невелика помилка, яку ви зробили, доводить, що ви жахлива людина.

Емоційні міркування - це коли ви вважаєте, що це має бути правдою, тому що ви почуваєтеся певним чином. Наприклад, ви можете бути впевнені, що провалите іспит, навіть якщо немає доказів на користь цього переконання.

Твердження "повинен" - це коли у вас є жорсткі правила про те, як ви та інші повинні поводитися. Наприклад, ви можете сказати собі, що "маємо" завжди бути щасливими або що інші люди "мають" ставитися до вас справедливо.

Навішування ярликів – це коли ви привласнюєте собі чи іншим негативний ярлик. Наприклад, ви можете назвати себе "невдахою", тому що зробили одну невелику помилку.

Персоналізація – це коли ви звинувачуєте себе у тому, у чому немає вашої вини. Наприклад, ви можете думати, що якщо ви комусь не подобаєтеся, це тому, що ви недостатньо хороші.

Ці розумові моделі можуть призвести до тривожних розладів, депресії та інших психічних захворювань. Робота з терапевтом КПT допоможе вам виявити та змінити ці розумові шаблони, щоб допомогти вам реагувати на ситуації здоровішим чином.

При відповіді на питання, що таке когнітивно-поведінкова терапія, необхідно також враховувати, як її було розроблено. Ця форма когнітивної терапії була розроблена у 1960-х роках психіатром Аароном Т. Беком, який зауважив, що його пацієнти з депресією схильні до негативного мислення. Спочатку КПТ виросла з поведінкової терапії – іншого методу психологічного лікування, спрямованого на зміну поведінки, а не думок. Однак невдовзі до КПT були включені когнітивні методи, звідси і назва "когнітивно-поведінкова терапія".

Пізніші дослідження показали, що КПТ є ефективним методом лікування тривоги, депресії та інших психічних розладів. Фактично, Національний інститут психічного здоров'я рекомендує КПТ як першу лінію лікування тривоги, депресії та емоційних труднощів. Багато медичних страхових компаній у деяких країнах покривають КПТ, оскільки вона вважається економічно ефективним планом лікування.

КПТ працює, допомагаючи клієнтам зрозуміти, як думки та поведінка впливають одна на одну. Як тільки ви усвідомлюєте шаблони свого мислення, навчитеся змінювати їх. Наприклад, якщо ви схильні до негативного мислення, КПT може допомогти вам навчитися розпізнавати свої негативні думки та боротися з ними. Цей процес веде до зміни поведінки, що призводить до вивільнення негативних емоцій та покращення психічного здоров'я.

Як мовилося раніше, КПТ зазвичай проводиться щотижня протягом 12-20 тижнів з допомогою когнітивно-поведінкового терапевта. Кількість сеансів може змінюватись в залежності від індивідуальних потреб і зазвичай визначається як клієнтом, так і терапевтом. КПТ здебільшого спирається на розмовну терапію і часто включає домашні завдання, які доповнюють щотижневі сесії. Вправи залежать від конкретної людини, залежно від того, які думки та поведінка необхідно змінити. Деякі поширені вправи, що використовуються в КПТ, включають:

* виявлення негативних думок та переконань;
* оскарження та зміна негативних думок;
* навчитися розслаблятися;
* практика асертивності та позитивного спілкування з самим собою;
* постановка цілей та відстеження прогресу.

Когнітивно-поведінкова терапія може проводитися особисто, телефоном або онлайн. Вона проводиться у різних умовах, у вигляді сеансів групової терапії чи індивідуально. Групові заняття часто передбачають обмін досвідом з іншими людьми та відпрацювання нових навичок у сприятливій обстановці. Індивідуальні заняття переважно враховують конкретні потреби людини.

Вправи когнітивно-поведінкової терапії є важливою частиною цієї терапії. Ці вправи допомагають людям виявити та змінити свої негативні думки та поведінку. Вони часто допомагають покращити емоційне здоров'я та поведінку людини, формуючи навички подолання труднощів. Нижче наведено деякі приклади вправ когнітивно-поведінкової терапії.

Когнітивна реструктуризація - це вправа КПТ, яка допомагає людям визначити та подолати свої негативні думки та небажані переконання. Ця вправа включає запис негативних думок, оцінку доказів за і проти кожної думки і формування більш реалістичного і позитивного погляду.

Поведінковий експеримент" - це вправа когнітивно-поведінкової терапії, яка допомагає людям перевірити свої негативні думки. Ця вправа передбачає вибір діяльності, якої ви уникаєте через свої негативні думки, а потім виконання цієї діяльності, відстежуючи свої думки та почуття.

Експозиційна терапія – це когнітивно-поведінкова вправа, яка допомагає людям протистояти своїм страхам. Ця вправа включає поступовий вплив на об'єкт або ситуацію, що викликає страх, з подальшим відстеженням думок і почуттів.

Техніки релаксації – це вправи когнітивно-поведінкової терапії, які допомагають людям впоратися зі стресом та тривожними розладами. Ці вправи включають дихальні вправи, прогресивну м'язову релаксацію і візуалізацію.

Оскільки вона пропонує стратегії подолання та механізми подолання, КПТ є ефективним методом лікування багатьох розладів психічного здоров'я, включаючи розлади настрою, великий депресивний розлад та посттравматичний стресовий розлад. Ось деякі з найбільш поширених психічних розладів, які можна ефективно лікувати за допомогою КПТ:

Тривожні розлади. Тривога - це емоція, яку відчувають багато людей у той чи інший момент свого життя. Однак, коли надмірна тривога заважає повсякденній діяльності, вона може бути виснажливою. Дослідження показали, що КПТ є одним з методів психологічної терапії, що використовуються для лікування різних типів тривожних розладів, включаючи панічне розлад, соціальний тривожний розлад та тривожний розлад, що генералізовано.

Ця форма терапії допомагає людям визначити та змінити свої негативні думки та поведінку, пов'язані зі страхом та тривогою. Деякі з методів, що використовуються в КПТ для лікування тривоги, включають експозиційну терапію, техніки релаксації та когнітивну реструктуризацію.

Депресія. Депресія - це поширене психічне захворювання, яке викликає значні страждання та погіршення функціонування. КПТ допомагає людям визначити та змінити свої негативні думки та поведінку, пов'язані зі смутком та відчаєм. Дослідження показали, що КПТ ефективно лікує депресію самостійно та у поєднанні з медикаментами.

Деякі методи, які використовуються в КПТ для лікування депресії, включають експозиційну терапію, поведінкову активацію та когнітивну реструктуризацію. КПТ також допомагає людям впоратися із симптомами депресії, такими як проблеми зі сном, втома та низька мотивація.

Розлад, пов'язаний із вживанням психоактивних речовин. Розлад, пов'язаний із вживанням психоактивних речовин, - це серйозне захворювання із чотирма основними характеристиками: фізичною залежністю, ризикованим вживанням, соціальними проблемами та порушенням контролю. Воно має безліч фізичних, психологічних та соціальних наслідків. Дослідження показали, що КПТ ефективно лікує розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин, наприклад розлади, пов'язані з вживанням алкоголю. КПТ також може допомогти людям кинути палити.

КПТ допомагає людям визначити та змінити свої негативні думки та поведінку, пов'язані з вживанням психоактивних речовин. КПТ також може допомогти людям впоратися з симптомами абстиненції та потягом до наркотиків. Деякі методи, що використовуються в рамках КПТ при розладах, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, включають експозиційну терапію, керування умовними ситуаціями та когнітивну реструктуризацію.

Дослідження показали, що КПТ ефективно лікує нервову анорексію, нервову булімію та розлади переїдання. Деякі методи, що використовуються у КПТ при розладах харчової поведінки, включають експозиційну терапію, когнітивну реструктуризацію та міжособистісну психотерапію [19, с. 12-15]..

Психодинамічна терапія. Психодинамічна терапія – це підхід, який включає сприяння глибшому розумінню своїх емоцій та інших психічних процесів. Це допомагає людям краще зрозуміти, що вони відчувають та думають.

Поліпшивши це розуміння, люди зможуть робити найкращий вибір у своєму житті. Вони також можуть працювати над покращенням своїх відносин з іншими людьми та працювати над досягненням цілей, які принесуть їм більше щастя та задоволення.

Психодинамічна терапія сягає корінням в психоаналітичну теорію, але часто є менш інтенсивним і тривалим процесом, ніж традиційний психоаналіз. У той час як психоаналіз має тенденцію приділяти велику увагу стосункам пацієнта та терапевта, психодинамічна терапія також приділяє велику увагу стосункам пацієнта з іншими людьми у зовнішньому світі. Що таке психодинамічна терапія?

Психодинамічна терапія – це форма розмовної терапії. Він ґрунтується на ідеї, що розмова з фахівцем про проблеми, з якими стикаються люди, може допомогти їм знайти полегшення та знайти рішення.

Працюючи з психодинамічним терапевтом, люди можуть краще розуміти думки, почуття та конфлікти, які впливають на їхню поведінку. Цей підхід до терапії також допомагає людям краще зрозуміти деякі несвідомі мотиви, які іноді впливають на те, як люди думають, відчувають та діють.

Такий підхід до психотерапії може допомогти впоратися з психічним чи емоційним розладом. Це може сприяти саморефлексії, розумінню та емоційному зростанню.

Краще розуміючи свої емоційні патерни та їх коріння, ви краще підготовлені до того, щоб справлятися зі своїми проблемами та розробляти методи подолання, які допоможуть вам як зараз, так і в майбутньому.

Хоча він багато в чому схожий на психоаналіз, він часто буває менш частим і коротшим за тривалістю. Як та інші форми терапії, його можна використовувати в лікуванні різних проблем психічного здоров'я.

Фактори, які можуть вплинути на те, який тип лікування використовується, включають економічну ефективність, доступність, переваги пацієнта та серйозність симптомів, які відчуває людина. Хоча когнітивно-поведінкова терапія є популярним і ефективним підходом, дані свідчать про те, що психодинамічна терапія може бути настільки ж ефективною при багатьох станах.

Онлайн-терапія - ще один варіант, який ви можете розглянути. Деякі дослідження також показують, що онлайн-психодинамічна терапія може бути настільки ефективною, як і онлайн-когнітивно-поведінкова терапія.

Психодинамічна терапія допомагає людям розпізнавати пригнічені емоції та несвідомі впливи, які можуть впливати на їхню поточну поведінку. Іноді люди діють певним чином або реагують на інших через причини, яких вони насправді не розуміють.

Психодинамічна терапія допомагає людям навчитися усвідомлювати, переносити та розглядати своє емоційне життя в перспективі. Це також допомагає людям навчитися висловлювати свої емоції більш адаптивними та здоровими способами.

Деякі важливі аспекти психодинамічної терапії включають:

• Виявлення патернів: психодинамічна терапія допомагає людям навчитися розпізнавати патерни у поведінці та стосунках. Люди часто виробляють характерні способи реагування проблеми, не усвідомлюючи цих тенденцій. Проте вміння помічати їх може допомогти людям знайти нові підходи вирішення проблем.

• Розуміння емоцій: дослідження показали, що психодинамічна терапія корисна для вивчення та розуміння емоцій. Вивчаючи емоційні переживання, люди можуть краще розпізнавати закономірності, які сприяли дисфункції, та був із більшою готовністю вносити зміни.

• Поліпшення відносин: відносини з іншими людьми є ключовим напрямком психодинамічної терапії. Працюючи з терапевтом, люди можуть зрозуміти, як часто реагують на інших.

Самі собою терапевтичні відносини можуть бути способом вивчити відносини людини коїться з іншими людьми з допомогою процесу, відомого як перенесення. Це дає людям негайний спосіб "in vivo" дослідити, а потім змінювати свій патерн реакції, щоб покращити свої стосунки.

Наскільки ефективна психодинамічна терапія та як вона співвідноситься з іншими формами лікування? Оцінка ефективності психодинамічної терапії пов'язані з деякими труднощами, але дослідження показують, що може бути корисною під час лікування різних психологічних проблем.

Одна з причин, через яку може бути важко оцінити повну ефективність психодинамічної терапії, полягає в тому, що багато змін, які вона виробляє, важко виміряти.

Незважаючи на ці труднощі, дослідження підтверджують ефективність та використання психодинамічної терапії для лікування різних станів.

В одному примітному огляді, опублікованому в журналі American Psychologist, зроблено висновок, що дані підтверджують ефективність психодинамічної терапії [1, c. 169].

Інше дослідження показало, що може бути не менш ефективною, ніж когнітивно-поведінкова (КПТ).

В огляді 2017 року, опублікованому в Американському журналі психіатрії, зроблено висновок про те, що психодинамічна терапія така ж ефективна, як і інші відомі методи лікування. Однак автори дослідження припустили, що необхідні подальші дослідження, щоб визначити, хто отримав найбільшу користь від цього лікування.

Чого можна очікувати? Якщо ви вирішите спробувати психодинамічну терапію, ви можете зустрічатися з терапевтом щотижня або кілька разів на тиждень. Кожен сеанс зазвичай триває близько 45 хвилин, і ви продовжуватимете відвідувати терапевта протягом декількох місяців. У деяких випадках ви можете продовжувати заняття протягом року чи довше.

Під час психодинамічної терапії людей часто заохочують говорити про все, що може бути в них на думці. Це може включати те, що вони зараз переживають, або спогади про події, які відбулися в минулому.

Одна з форм психодинамічної терапії, відома як коротка психодинамічна терапія, призначена для швидшого отримання результатів, часто за 25-30 сеансів. У цій короткостроковій формі лікування люди можуть спочатку визначити особливо емоційну область, де вони хочуть зосередитися.

Тривала психодинамічна терапія може тривати рік чи більше і містити 50 або більше сеансів терапії [23, c. 198].

Якщо ви відчуваєте симптоми психічного розладу, cлід звернутися до свого лікаря або фахівця у галузі психічного здоров'я. Вони можуть поставити діагноз та порекомендувати варіанти лікування, які можуть найкраще відповідати вашим індивідуальним потребам. Психодинамічна психотерапія може вам підійти.

 Н. К. Ліпгарт та співавт. (1979) вважають, що групова психотерапія є принципово новий напрямок терапевтичної діяльності, орієнтований насамперед на активізацію особистості клієнта людини н зміна його відносин до своєї хвороби та навколишнього мікросоціального середовища.

А. С. Слуцький і В. Н. Цапкін (1985) визначають групову психотерапію як метод лікувального впливу на особистість клієнта через включення його в емоційно інтенсивну, психологічно позитивну взаємодію зі спеціально організованим керованим мікросередовищем [17, c. 12].

Група – це соціально-психологічне поняття, що означає сукупність людей, пов'язаних спільною метою і включених у типові їм види діяльності, регульовані загальними цінностями і нормами.

Група відрізняється і від випадкового скупчення людей, і від колективу як найвищого рівня групового розвитку. Однією з основних ознак, який відрізняє групу від випадкового об'єднання людей, є здатність її учасників включатися до узгоджених дій, завдяки яким можуть бути задоволені їхні індивідуальні потреби.

У соціальній психології зазвичай виділяють такі основні ознаки групи: усвідомлення учасниками своєї приналежності до групи; встановлення певних відносин між ними; внутрішня організація, включаючи розподіл обов'язків, лідерство, ієрархію статусів; дія “групового тиску”, що спонукає учасників вести себе відповідно до прийнятих у групі норм; наявність певних змін у поглядах та поведінці окремих учасників, обумовлених їх приналежністю до групи.

Групи умовно поділяють на великі та малі, умовні та реальні, лабораторні та природні.

Мала група - нечисленна за складом спільність людей (від двох до 20 осіб), члени якої об'єднані єдиною діяльністю та перебувають один з одним у безпосередньому особистому спілкуванні.

Розрізняють групи структуровані та неструктуровані; центровані на керівника та центровані на учасниках; раціональні та емоційні (афективні).

Психокорекційна група - це штучно створена (лабораторна) мала група, об'єднана цілями міжособистісного дослідження, особистісного навчання та саморозкриття. Це неструктурована взаємодія тут і тепер, при якому учасники вивчають процеси міжособистісної взаємодії, що відбуваються з ними, в даний момент і в даному місці.

М. Лекін (1972) виділяє такі процеси та ознаки, характерні, на його думку, для психокорекційної групи:

• полегшення виразів емоцій;

• виникнення відчуття приналежності до групи;

• обов'язок саморозкриття;

• апробування нових навичок поведінки;

• санкціонована трупою свобода міжособистісного спілкування (між-

особистісні порівняння);

• поділ із формальним лідером відповідальності за керівництво групою [17, c. 23-24].

Загальні вимоги до комплектування груп. Став групи визначається спрямованістю, формою і змістом передбачуваної психотерапевтичної роботи (група зустрічей, група умінь і т. п.).

Найбільш важливе питання, яке доводиться вирішувати терапевту при формуванні групи - це питання про показання та протипоказання для учасників групової психотерапії.

Діапазон показань до групової психотерапії досить широкий - від неврозів до ремісії шизофренії. Однак співвідношення показань та протипоказань завжди становлять велику труднощі. Показання залежать від типу групи та методу психотерапії.

Вважають, що звичайні життєві проблеми легко долаються “розмовною” терапією (К.Роджерс); при ізольованих симптомах (фобії) доцільнішою є поведінкова психотерапія; характерологічні порушення легше коригуються гештальттерапією або за допомогою психодрами; при алкоголізмі та наркоманіях ефективніша недирективна групова психотерапія і т.д.

Відносними протипоказаннями можуть бути важкі форми пхопатій, особливо збудливого кола (експлозивні, епілептоїди). З обережністю слід включати до групи людей із вираженими фізичними їдостатками (виродків, глухих, сліпих). Більшість психотерапевтів вважає, що абсолютно неприпустимо включати в одну і ту ж групу людей, які перебувають за її межами у службових, родинних, сімейних або будь-яких відносинах.

Такі групи важкокеровані, а терапевтичний ефект їх низький. Якщо руппа дуже мала, то різко знижується інтенсивність міжперсональних запозичень. Така група швидше нагадує групу клієнтів, що прийшли на консультативний прийом.

Більшість в 12 осіб. Такі групи достатні, щоб забезпечити емоційну близькість її учасників ітчизняних та зарубіжних психотерапевтів віддають перевагу групам із 8 та створити між ними зворотний зв'язок. Якщо чисельність психотерапевтичної групи понад 12 осіб, бажано залучення асистента керівника (котерапевта).

В основі визначення однорідності або неоднорідності групи зазвичай лежать три основні критерії:

1) демографічний (вік, стать, освіта);

2) клінічний (симптоми, синдроми, діагноз);

3) особистісний (характер, інтелект, інтереси).

Однорідність означає відсутність суттєвих відмінностей між учасниками групи за вищезгаданими критеріями. Однак, як і будь-яке явище однорідність групи має свої переваги та обмеження [17, c. 29].

**РОЗДІЛ 2**

**ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ**

**ДОПОМОГИ ОСІБ З НЕПСИХОТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ**

 **2.1. Методи та організація дослідження психологічної та соціальної допомоги**

Для виконання представлених задач ми використали такі, методи дослідження, як:

 1. Аналiзування літератури.

 2. Експериментальний метод та метод спостереження

 3. Клинически-психометрические методы диагностирования.

 4. Математико-статистичний метод.

Була проаналізована наукова та навчально-методична література за темою дослідження: етіологічні та патогенезні чинники непсихотичних психічних розладів, психологічна специфіка, методики діагностування та безпосередньо психосоціальна допомога при непсихотичних розладах.

Метод спостереження був задіяний під час проведення реабілітаційної роботи особистостям з непсихотими розладами з метою отримання повної інформації та внесення за надібністю потрібної корекції у процес відновлення.

Для перевірки дослідження був задіяний метод експерименту, з метою перевірки ефективності розробленої методики.

Виявлення непсихотичних розладів визначалося за допомогою таких методів та шкал:

Клінічно-психометричні методи обстеження пацієнтів:

1. Клініко-психопатологічний метод включав:

1) цілеспрямовану розмову з пацієнтами, розпитування з питань, що стосуються їх психічного стану на даний час і в минулому, особливостей психофізіологічного розвитку, спадкової обтяженості по лінії психіатричної та іншої патології, виявлення факторів ризику пре-, та постнатальних періодів, предикторів захворювання, біографії, характеру сімейної ситуації, перенесених раніше захворювань;

2) динамічне спостереження за поведінкою хворих, їх міжособистісними відносинами, афектами, експресивними проявами, реакцією на методи терапії, що використовуються; 3) бесіди з родичами пацієнта та особами, які добре його знають; 4) докладне вивчення наявних медичних відомостей.

Використання клініко-психопатологічного методу дозволило провести категоріальну (типологічну) оцінку афективних непсихотичних розладів в інтериктальному періоді, в основу розмежування яких була покладена модифікована класифікація, раніше запропонована по відношенню до хворих на епілепсію Е.П. Максутової та Є.В. Железнова (2001).

Розлади афективного спектру включали наступні варіанти:

а) депресивний непсихотичний афективний симптомокомплекс:

- тужливі депресії та субдепресії,

- адинамічні депресії та субдепресії,

- іпохондричні депресії та субдепресії,

- тривожні депресії та субдепресії.

б) тривожний непсихотичний афективний симптомокомплекс.

2. Психометричний метод включав використання деяких психометричних шкал. Для оцінки виразності афективних порушень залучалися такі психометричні шкали.

1) Самоопитувач «Шпитальна шкала оцінки тривоги та депресії» (Hospital Anxiety Depressive Scale (HADS), 1983). Шкала розроблена Zigmond A. S. та Snaith R. P. у 1983 р. для виявлення та оцінки тяжкості депресії та тривоги в умовах загальномедичної практики (Zigmond A. S., Snaith R.P.). HADS відноситься до суб'єктивних шкал. Шкала складена з 14 тверджень, що обслуговують 2 підшкали: «тривога» (непарні пункти – 1, 5, 7, 9, 11, 13) та «депресія» (парні пункти – 2, 6, 8, 10, 12, 14). Кожному твердженню відповідають 4 варіанти відповіді, що відображають градації виразності ознаки і тяжкості, що кодуються за наростанням тяжкості симптому від 0 (відсутність) до 3 (максимальна вираженість).

При інтерпретації результатів враховується сумарний показник за кожною підшкалою, при цьому виділяються 3 області його значень:

• 0–7 – норма (відсутність достовірно виражених симптомів тривоги та депресії);

• 8–10 – «субклінічно виражена тривога/депресія»;

• 11 і вище – «клінічно виражена тривога/депресія» [3, c. 61-63].

2) Самоопитувач "Шкала оцінки депресії Бека" (Beck Depression Inventory (BDI)). Самоопитувач Бека (21 пункт) був розроблений на основі клінічних спостережень, що дозволили виявити обмежений набір найбільш релевантних симптомів депресії та скарг, що найбільш часто пред'являються пацієнтами. Переваги цього опитувальника полягають у можливості прицільної оцінки ступеня тяжкості як депресивного синдрому загалом, і окремих симптомів, його складових. Шкала BDI вважається одним з найнадійніших і найточніших інструментів у скринінговій діагностиці депресії. Час, який витрачається на відповіді, залежить від стану випробуваного і триває від 20 хвилин до однієї години. Кожен пункт опитувальника складається з 4-5 тверджень, що відповідають специфічним проявам депресії. Ці твердження ранжировані у міру збільшення питомого внеску симптому у загальний ступінь тяжкості депресії. Відповідно до ступеня вираженості симптому кожному пункту присвоєно значення від 0 (симптом відсутній, або виражений мінімально) до 3 (максимальна вираженість симптому). Деякі категорії включають альтернативні твердження, що мають еквівалентну питому вагу. Показник за кожною категорією розраховувався наступним чином: кожен пункт шкали оцінювався від 0 до 3 відповідно до наростання тяжкості симптому. Деякі категорії включають альтернативні твердження, що мають еквівалентну питому вагу. При інтерпретації результатів цим пунктам надаються рівні значення, а самі альтернативні твердження маркуються літерами (наприклад: 2а, 2б). Сумарний бал становить від 0 до 62 і знижується відповідно до поліпшення стану. При інтерпретації даних обліковується сумарний бал за всіма категоріями.

3) Шкала оцінки симптомів тривоги Гамільтона (Hamilton Anxiety Rating Scale (HAMA)), що складається з 14 пунктів і дозволяє оцінити наявність та ступінь виразності психічної та соматичної тривоги. По кожному пункту шкали встановлювалася оцінка від 0 до 4, залежно від ступеня тяжкості симптому [24, c. 199].

4) Методика «оціночна шкала стресових подій» Холмса – Раге.

Оціночна шкала стресових подій Холмса-Разі або Шкала соціальної реадаптації (Social Readjustment Rating Scale, SRRS) розроблена американськими психіатрами, які досліджували зв'язок захворювань із серйозними змінами в житті людини. На підставі свого дослідження вони склали шкалу, в якій кожній важливій життєвій події відповідає певна кількість балів залежно від ступеня її стресогенності. Велика кількість набраних балів – це сигнал тривоги, що запобігає небезпеці виникнення психосоматичних захворювань.

Бланк тесту містить список психотравмуючих подій повсякденного життя за останній рік, що мають різне емоційне забарвлення та значущість, кожна з яких оцінюється за 100-бальною шкалою. Якщо будь-яка ситуація виникала частіше одного разу, бали слід помножити на вказану кількість повторів.

Інструкція до тесту: постаратися пригадати всі події, що трапилися з Вами протягом останнього року, та підрахувати загальну кількість «зароблених» очок.

Менше 150 балів – більша опірність стресу. Мінімальний ступінь стресового навантаження. Будь-яка діяльність, незалежно від її спрямованості та характеру, тим ефективніша, чим вищий рівень стресостійкості.

150-199 балів - висока опірність. Енергія та ресурси не витрачаються на боротьбу з негативними психологічними станами, що виникають у процесі стресу. Тому будь-яка діяльність оцінюваного, незалежно від її спрямованості та характеру, стає ефективнішою.

200-299 балів - порогова опірність. Стійкість знижується зі збільшенням стресових ситуацій у житті. Це призводить до того, що особистість змушена левову частку своєї енергії та ресурсів взагалі витрачати на боротьбу з негативними психологічними станами, що виникають у процесі стресу.

300 і більше – низька (ранімість). Особистість змушена левову частку своєї енергії та ресурсів взагалі витрачати на боротьбу з негативними психологічними станами, що виникають у процесі стресу. Велика кількість балів – це сигнал тривоги, що попереджає про небезпеку. Якщо сума балів понад 300, то оцінюваному загрожує психосоматичне захворювання, оскільки він близький до фази нервового виснаження [2, c. 105].

5) Методика діагностування рівня невротизації Л.І. Васермана.

Методика Л.І. Васермана була розроблена для вимірювання рівня невротизації у осіб. Дана методика вбирає в себе 40 суджень та ситуацій, ознайомившись з якими паціент повинен дати відповідь «так» чи «ні» на кожне судження, згідно з свого досвіду життя чи гіпотетичної поведінки.

Обробка данних: потрібно підрахувати число полученых ответов. Чем больше полученный результат, тем выше уровень невротизации.

Інтерпретація рівнів:

Високий рівень невротизації свідчить: о вираженій емоційній збудливості, у результаті чого з’являютmся негативні переживания (тревожність, напряженность, беспокойство, растерянность, раздражительность); о безіниціативності, котра формує переживання, пов’язаннi з незадоволеністю бажань; про егоцентричну особистісну спрямованість, що призводить до іпохондричної фіксації на соматичних відчуттях та особистісних недоліках; про труднощі у спілкуванні; про соціальну боязкість та залежність.

Низький рівень невротизації свідчить: про емоційну устойчивість; о позитивному фоні переживань (спокій, оптимізм); іниціативності; почутті власної гідності; незалежності, сміливості при знаходженні у соціумі; о легкості при спілкувані.

Вважатимемо, що високий рівень невротизації від 20 та вище.

Середнiй рівень- от 10 до 19.

Низький рівень – от 1до 9 [7, c. 166].

Організація дослідження психологічної та соціальної допомоги. Дослідження проводилося в 6 етапів з березня по травень 2023 року:

На 1 етапі - погодження теми дипломної роботи.

На 2 етапі - визначення об'єкту, предмету дослідження, постановка завдання.

На 3 етапі - погодження матеріалів змісту науково-дослідної роботи.

На 4 етапі - робота з науково літературою, аналіз основних теоретично підходів до вивчення об'єкту роботи.

На 5 етапі - підбір діагностічного інструментарію, формування вибірки респондентів, проведення констатувального етапу дослідження.

На 6 етапі - обробка результатів емпірічного дослідження, формулювання вісновків.

**2.2 Розробка програми психосоціальної допомоги для особистостей**

**з непсихотичними розладами**

Когнітивно-поведінкові вправи – це лікувально-профілактичні засоби психотерапії, які є конгітивними засобами самодії. Кінцева мета подібних вправ – зменшення чи повне усунення руйнівної та неадекватної поведінки чи дискомфорту.

Вправа №1

«Подолання тривоги» (за гештальт-терапевтичною технікою)

Для того, щоб подолати тривогу, яка значно погіршує якість Вашого життя, необхідно зробити наступне:

Крок 1. Задати собі та головне – чесно відповісти на такі питання:

\* «Триваючись і переживаючи за майбутнє чи не знищую я своє сьогодення?»;

\* «Я відчуваю тривогу тому, що моя проблема «величезна і нерозв'язна» або просто відтягую час, щоб її вирішити?»;

\* «Чи є можливість зробити зараз те, що мене так турбує?» Наприклад, призначити коханому зустріч, розпочати серйозну розмову, скласти план тощо.

Крок 2. Після того, як Ви відповіли на викладені вище питання, спробуйте представити і перенести свої переживання на сьогоднішній день і пережити їх прямо зараз. Ви переконаєтеся в тому, що тривожиться і переживати про те, що вже відбувається «тут, зараз» досить важко.

Крок 3. Концентруємо увагу на навколишньому:

\* Намагайтеся зосередитися на органах почуттів, тобто. прислухайтеся до звуків, запахів та зверніть увагу на кольори;

\* На аркуші паперу: «Я усвідомлюю, що…» запишіть все, що відчули.

Крок 4. Концентруємо увагу на внутрішньому світі:

\* Прислухаємося до серцебиття, дихання, шкіри, мускулатури тощо;

\* Беремо той самий листок і пишемо «Я усвідомлюю, що…» свої відчуття.

 Після цього подумайте: «Чи всі частини тіла Ви відчули?». Якщо "ні", тоді зробіть четвертий пункт кілька разів, щоб не залишити без уваги жодну частину свого тіла.

Виконуючи цю вправу, тривога почне відступати, Ви заспокоїтеся, оскільки переведете свою увагу на іншу діяльність. Наступного разу, як тільки Ви почнете відчувати тривогу, виконуйте поетапно 4 пункти цієї вправи.

Вправа №

«Подолання страху» (за Еллісом)

Якщо Ваш страх є наслідком нераціонального уявлення (хибного, що не має реальної основи) тоді необхідно зробити таке:

 Постарайтеся посміятися над своїм страхом, а також над страхом перед страхом

Наприклад, навіщо Вам потрібне схвалення Ваших рідних після обіду? Думайте раціонально: якби страва була несмачною (пересоленою, недовареною, занадто жирною і т.п.), то вони точно б про це сказали, а раз мовчки їдять, значить їм все подобається. Посмійтеся з того, що Ви чекаєте схвалення там, де його не слід чекати

Чесно та відверто розкажіть про свій страх довірчій особі та покажіть свої емоції, які Ви при цьому відчуваєте

Намагайтеся знайти першопричину Вашого страху, тобто. ірраціональне (неправильне, хибне) уявлення про належне та замінити його на раціональне (розумне)

Спостерігайте за своїми страхами, зізнавайтеся собі, що вони дріб'язкові та нікчемні і знаходите «правильне» уявлення про належне, оспорюйте та поступово долайте їх.

Наприклад, Ви відчуваєте страх через те, що боїтеся показати іншим, як Ви турбуєтеся за будь-кого або що-небудь. Зрозумійте, немає нічого ганебного і страшного, що інші побачать, що Ви стривожені. Зізнайтеся собі в тому, що Ваш страх перед проявом своїх емоцій – безпідставний та необґрунтований. Запам'ятайте, що кожна людина має право на емоції та переживання.

Вправа №3

«Підвищення творчої активності» (за Д.Скоттом)

Цю вправу ще називають «Мозковим штурмом».

Крок 1. Записуємо ідеї та вирішення проблеми – без особливих роздумів взяти аркуш паперу та написати перші, які прийшли Вам на думку вирішення цієї проблеми. Це необхідно для того, щоб унеможливити всі Ваші можливі страхи та переживання за подальшу невдачу, виключити всі «гальма» та вплив механізмів Вашої свідомості, які можуть, а найстрашніше, що напевно виникнуть при тривалих роздумах.

Крок 2. Самооцінка рішень – це критико-аналітична частина вправи, яка дозволить виявити придатні та непридатні рішення. Оцінювати свої рішення потрібно за 5-ти бальною системою, від більшого розумного та правильного рішення (оцінка «5»), до найнедоцільнішого (оцінка «2»).

Крок 3. Відбір кращого рішення – це може бути один найкращий варіант, а може бути комбінація з кількох, які призведуть до позитивного вирішення проблеми.

Вправа №4

«Зняття стресу» (за К. Шрайнером)

Це своєрідне «очищення мозку» від «непотрібних» думок.

Крок 1. Прислухайтеся до своїх почуттів, які Ви відчуваєте під час стресу, можливо, Вас «прошибає піт» або Ви напружені від очікування.

Крок 2. Тепер спеціально зробіть так, щоби відчути той момент, коли Ви сильно напружені. Задайтеся питанням і дайте відповідь на нього: «Заради чого і навіщо я так напружуюся?».

Крок 3. Тепер задайте собі наступне запитання: «А що мені потрібно для того, щоб я відчув себе краще?».

Крок 4. На 2-3 хвилини перебільште свої відчуття, нехай Вас на цей час "прошибе піт" або наступити колосальне напруження. Нічого не роблячи просто відчуйте цей стан і переконайтеся в тому, що воно займає дуже багато енергії та сил, і що ця енергія витрачається на порожню.

Крок 5. Після проведеного експерименту-спостереження дайте відповідь собі: «Чи потрібна мені така напруга? Чи це добре для мене? Чи хочу я позбутися його?».

Крок 6. Наступним кроком буде усвідомлення того, що Ваші вимоги створюють почуття розпачу.

Крок 7. Приступаємо безпосередньо до релаксації. Для цього потрібно уявити, що всі Ваші м'язи стали подібністю до податливого тіста або поролону. Намагайтеся зловити стан рівноваги.

Крок 8. «Очищаємо свій мозок від непотрібного» і робимо щось конструктивне та потрібне замість того, щоб марно витрачати свої сили та енергію для марної напруги чи «прошибання».

Крок 9. Останнім кроком буде усвідомлена заміна Ваших вимог на Ваші уподобання [25, c. 210].

Вправа №5

«Дозвол стресової ситуації методом «Змаху» (за Р. Бендлером)

 Встаньте зручно або сядьте та закрийте очі. Тепер уявіть собі, що у Вас в обох руках по одній фотографії:

\* В одній руці картка, де сфотографовано Вашу проблему або негативну ситуацію, яку не хотіли б бачити. Вона похмура, все негативне та розмите;

\* В іншій руці картка, де сфотографована приємна ситуація у яскравих різнокольорових фарбах, дивлячись на яку Вас відвідують позитивні емоції, такі як радість, заспокоєння, щастя тощо.

 Тепер одним помахом, тобто. блискавично опускайте негативну фотографію на коліно, щоб її перестали бачити, а позитивну піднімайте до рівня очей.

 Цю вправу необхідно робити в той момент, коли стресова ситуація проявляється і у Вас настає напруження. Подібну блискавичну заміну фотографій потрібно робити доти, доки позитивний образ остаточно не витіснить негативний.

Вправа №6

"Корекція негативної поведінки шляхом самоаналізу" (за Д.Рейуортером)

 Бути байдужим стороннім спостерігачем - це головна умова при виконанні цієї вправи. Ви повинні прислухатися, концентрувати свою увагу, усвідомлювати свої почуття, відчути їх та запам'ятати, але при цьому нічого не змінювати. Робляться подібні вправи на самоті, щоб Вам не заважали і не відволікали.

Крок 1. Концентруємось на своєму фізичному тілі:

\* Неважливо, чи сидите Ви, лежите або стоїте, зверніть увагу на те, як розташовані ноги, руки, опущена або закинута голова, чи згорблена спина тощо;

\* Сконцентруйтеся на тому, де зараз Вам боляче чи відчувається напруга тощо;

\* Прислухаємося до дихання та серцебиття.

Переконайте собі: «Це моє тіло, але я не є тіло».

Крок 2. Концентруємося на своїх почуттях:

\* Прислухаємося до своїх почуттів, які Ви зараз відчуваєте;

\* Знайдіть і відокремте у цих почуттів позитивну сторону від негативної.

Переконайтеся: «Це мої почуття, але я не є ці почуття».

Крок 3. Концентруємось на своїх бажаннях:

\* Перерахуйте наявні бажання та прагнення, якщо вони є у Вас;

\* Не замислюючись над їхньою важливістю і не ставлячи пріоритетів, перераховуйте їх одним за одним.

Переконайте себе: «Це мої бажання, але я не є цими бажаннями».

Крок 4. Концентруємось на своїх думках:

\* Впіймайте думку, яку Ви зараз думаєте. Навіть якщо Ви думаєте, що у Вас в даний момент немає жодних думок – це і є думка і за нею потрібно поспостерігати;

\* Якщо думок багато, то поспостерігайте як одна думка змінює іншу. Зовсім не важливо, чи правильні вони і раціональні, просто сконцентруйтеся на них.

Переконайте собі: «Це мої думки, але я не є ці думки».

 Подібна вправа «Самокорекції» відноситься до технік психосинтезу і дозволить поспостерігати і побачити своє тіло, почуття, бажання та думки ніби з боку .

Вправа №7

"Хто я?" (за Т.Йоуменсом)

 Ця вправа також відноситься до технік психосинтезу і полягає в сторонньому спостереженні за собою. Мета вправи – допомогти розвинути у собі самосвідомість і виявити своє справжнє «Я».

 Кожна людина подібна до багатошарової цибулини, де шар за шаром заховано наше справжнє «Я». Такими шарами можуть бути маски, які ми щодня «вибираємо» під слушний випадок і «одягаємо» на себе, щоб люди не побачили наших справжніх почуттів чи тих якостей, яких ми соромимося чи яких не любимо в собі. Але є прошарки та позитивні, які ми ігноруємо і не визнаємо собі, що вони «хороші». Побачити за всіма цими верствами свою справжню сутність, своє живе ядро, свою особистість – це те, що завдяки цій вправі Вам поступово крок за кроком вдасться зробити.

Необхідно щоб під час виконання цієї вправи Вас не відволікали.

Крок 1. У зошиті на першій сторінці напишіть запитання-заголовок «Хто я?». Тепер поставте час і запишіть чесну відповідь. Відкиньте думку оточуючих або що говорять про Вас рідні, запишіть саме те, як Ви думаєте. Цей крок можна робити по кілька разів на день чи щодня, щоразу проставляючи дату і відповідаючи відверто: «Хто Ви, на Вашу думку?».

Крок 2. Зручно сядьте та заплющте очі. Задайте собі це питання і уявіть відповідь у вигляді образу. Не коригуйте його і не міркуйте, а вловіть саме той образ, який виник у Вас відразу після питання. Відкривши очі відразу ж опишіть це образ, що виник, згадайте, які почуття Ви випробували, побачивши його і що цей образ означає для Вас.

Крок 3. Встаньте у середину кімнати і закрийте очі. Задайте собі те саме питання і відчуйте ті рухи, які почне робити ваше тіло. Не контролюйте їх, не заважайте, не вносити коригування, а довіртеся тілу. Обов'язково запам'ятайте ці рухи, адже саме таким чином він відповідає на поставлене запитання [26, c. 22].

Вправа №8

«Діалог із самим собою з метою екстреної самодопомоги» (за М.Є. Сандомирським)

 Головна мета діалогу - терміново допомогти собі зняти тілесний емоційний дискомфорт, що виник. Вправу потрібно робити самотньо, щоб не заважали.

Крок 1. Закрийте очі і уявіть собі дзеркало, а в ньому Ваше відображення. Придивіться: як Ви виглядаєте в момент дискомфорту, як це відбивається на виразі Вашої особи, на поставі.

Крок 2. Зосередьтеся на фізичних відчуттях і знайдіть місця, де саме відчуваються незатишні відчуття.

Крок 3. Суть наступного кроку полягає в наступному: Ви повинні самі собі (тобто уявному співрозмовнику, своєму відображенню) сказати всі слова, які, на Вашу думку, заспокоять Вас в даній ситуації, підбадьорять, зупинять нав'язливу тривогу, саможаль, самобичування, самозвинувачення та відновить Вашу самоповагу та гідність. Вкладіть у ці слова стільки емоційності та почуттів, скільки, на Вашу думку, потрібно буде для досягнення поставленої мети. Ваш уявний «дзеркальний» співрозмовник буде реагувати на Ваші слова і його реакція у відповідь стане Вам сигналом – чи потрапили Ваші слова в ціль або вони були вимовлені даремно.

Крок 4. Перейдіть на свої фізичні відчуття. Якщо слова дійшли до мети, то фізичні страждання вщухатимуть і дискомфорт з часом зникне. Якщо цього не сталося, повторіть крок 3 ще раз.

 При необхідності цю вправу можна повторювати кілька разів, головне – це змусити вщухнути фізичному емоційному дискомфорту – це термінова миттєва екстрена самодопомога.

 У висновку хочеться відзначити, що подібних психотерапевтичних вправ на практиці у психологів безліч. Поєднує їх одна мета - це самодопомога. Роблячи ці вправи, Ви навчитеся самостійно впливати на себе і тим самим допомагати собі: усувати або зменшувати неадекватні прояви своєї поведінки, долати тривогу чи страх, знімати стрес, підвищувати свою творчу активність та краще усвідомлювати себе [22, c. 134].

 **2.3. Результати проведеної реабiлiтацiйної роботи та її узагальнення**

У дослідженні прийняли участь 20 осіб, маючих непсихотичний розлад. Паціенти з депресівним розладом в легкій формі, з синдромом тревожності та ПТСР. Паціенти були розділені на експериментальну та контрольну групи по 10 осіб у кожній. Тести проводились на початку та в кінці эксперименту.



**Рис. 2.1. Показники у експериментальній та контрольній групі до експерименту**

На рис. 2.1 видно, що показники тестів експериментальної та контрольної груп до проведення експерименту були, примірно на одному рівні. Досліджувані обох груп у відловленному лікуванні отримували віднопідну допомогу психотерапевта та виконували вправи розробленої програми. У всіх досліджуваних визначались повищенний рівень депресивного та тревожного розладів, та високий рівень неврозу.

У таблиці 2.1 представлені результати з тестів до та після проведення експериментальної роботи.

Таблиця 2.1

**Зміна показників у експнриментальній та контрольній групах у процесі виконання розробленого комплексу психосоціальної допомоги**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Шкала | До експерименту | Після експерименту | р |
| КГ | ЕГ | КГ | ЕГ |
| 1. | оцінка тривоги та депресії | 7,6+0,5 | 8,3+0,6 | 6,3+0,5 | 5,5+0,7 | <0,05 |
| 2. | оцінка депресії Бека | 50,8+2,6 | 48,6+2,3 | 48,5+1,8 | 45,2+2,4 | <0,05 |
| 3. | оціночна шкала стресових подій | 27,9+1,7 | 29+0,9 | 26,9+0,8 | 26+1,7 | <0,05 |
| 4. | симптоми тревоги Гомільтона | 260+6,7 | 280+7,9 | 258+8,1 | 264+7,4 | <0,05 |
| 5. | рівень невротизації Л.І.Васермана | 20,4+1,1 | 22+1,3 | 19,4+1,7 | 17,8+1,6 | <0,05 |

Подані в таблиці 2.1 дані свідчать про те, що у пацієнтів експериментальної групи спостерігається яскраво виражене зниження тривожності, зниження реакції на стресові події та зниження невротичного рівня, на відміну від контрольної групи, в якій відповідні показники, зареєстровані до та після експерименту, суттєво не розрізнялися між собою.

У результаті видно, що у контрольної групі, котра займалася з психотерапевтом щотижня, зниження тривожно-депресивного, стресового і невротичного рівня значно відбулося, на відміну експериментальної групи.

Додаткові вправи подолання тривоги, страху, підвищення творчої активності, вправи спрямовані на зняття стресу, корекції негативної поведінки та усунення фізичного дискомфорту як реакції на стресові ситуації, ознайомлення з методикою надання необхідної самодопомоги в екстрених ситуаціях.



**Рис. 2.2. Показники у експериментальній та контрольній групах**

**після експерименту**

Аналізуючи представлені результати, бачимо відображення позитивної динаміки функціональних показників тривожності, депресивного, пост стрессового стану та невротичного рівня при застосуванні додаткових вправ у потрібний час. Незначне зменшення показників у контрольній групі, на наш погляд, можливо обумовлені невиконанням додаткових вправ у критичні ситуації, поза психотерапевтичною сесією.

На початку експерименту оцінка тривожності та депресії у контрольній групі становила 7,6+0,5, що побічно показувала норму (відсутність достовірно виражених симптомів тривоги та депресії), а після експерименту – 6,3+0,5 (р<0,05 ), Що теж розцінюється як норма.

В експериментальній групі цей показник змінився з 8,3+0,6 на 5,5+0,7 (р<0,05), що також вказує на показник норми. Але при цьому спираючись на отримані результати, ми бачимо більше зниження показника в експериментальній групі.

 Оцінюючи результати шкали депресії Бека у контрольній групі до експерименту - 50,8+2,6(р<0,05), та після експерименту - 48,5+1,8(р<0,05), бачимо позитивну динаміку.

Але також спостерігаючи результати в експериментальній групі до експерименту - 48,6+2,3(р<0,05), і після 45,2+2,4(р<0,05), бачимо, що показник зниження вище в експериментальній групі, ніж у контрольній.

Провівши аналіз симптоматики тривоги Гамільтона в контрольній групі до експерименту показник становив 260+6,7. У експериментальній - 258+8,1; і після експерименту показник контрольної групи - 280+7,9, а експериментальної - 264+7,4. Всі ці показники говорять нам про граничну опорність стресостійкості. Але при цьому бачимо, що показники в експериментальній групі зменшилися на більший відсоток, ніж у контрольній.

Провівши огляд, оцінки рівня невротизації за Л.І. Васермана, показники контрольної групи до - 20,4+1,1 та після експерименту - 19,4+1,7(р<0,05), що показують при цьому середній рівень невротизації; так і в експериментальній групі до експерименту - 22+1,3 (що показує високий рівень невротизації), і після експерименту - 17,8+1,6 (р<0,05) (середній рівень). Ми бачимо, що показники в обох групах не тільки зменшилися, а й у відсотковому співвідношенні група, задіяна в експерименті, має більший відсоток зменшення показника, ніж у контрольній.

Отже, ознайомившись з теоретичними даними щодо виникнення і розвитку непсихотичних розладів особистості, а також психологічною специфікою цих розладів встановлено, що непсихотичні психічні розлади характеризуються загальним порушенням емоційного стану та рухово-вольової сфери. Хворий критично оцінює свій хворобливий стан, розуміючи, що він хворий. Діагностичний етап психічного захворювання починається з виявлення окремих його ознак або симптомів, які б відображували окремі чи загальні якості хвороби. Вявлено, що загальний психологічний механізм усіх соматоморфних розладів полягає у тому, що з емоційними симптомами, викликаними при травмуючії ситуації, формуються соматичні розлади, у яких акцентується увагу хворого, оскільки вони викликають страждання. Ці соматичні стани посилюють тривогу та страх перед станом здоров'я та зосереджуються на тілесних відчуттях.

Розглядаючи положення психологічної та соціальної допомоги при непсихотичних розладах особистості виявлено, що до найдієвіших засобів психотерапевтичної допомоги відносять когнітивно-поведінкову терапію, психодинамічну та групову терапію. Когнітивно-поведінкова терапія допомагає свідомості та значному негативному сприйняттю мислення, які можуть бути пов'язані з нарцисичним розладом особистості, а також допомагають їм усвідомити ефективніші рішення проблем. Групова терапія, що фокусується на вирішенні проблем та психоутворення, які ефективно використовуються для лікування розладів особистості, таких як параноїдні розлади особистості та антисоціальні розлади особистості. Психодинамічна терапія - фокусується на вивченні несвідомих процесів та спонукань, які можуть змінюватись в залежності від поведінки пацієнта.

Виконали огляд методів використаних для оцінки тривоги, депресії за Беком, провели оцiнку рiвня невротизацiї, розглянули організаційний момент дослідження та розробили програму психосоціальної допомоги для осіб з непсихотичними розладами.

Провівши аналізування розробленої психосоціальної програми та її узагальненн, у ході дослiдження ми виявили, що показники до експерименту та пiсля, значно вiдрiзняються. Адже що в контрольній, що в експериментальній групі показники покращілись, а у відсотковому співвідношенні група, задіяна в експерименті, має більший відсоток зменшення показника, ніж у контрольній, що доводить ефективність розробленої програми.