



УКРАЇНСЬКИЙ
ІНСТИТУТ
КОГНІТИВНО-
ПОВЕДІНКОВОЇ
ТЕРАПІЇ

ДИПЛОМНА РОБОТА

Самоспівчуття в роботі з пацієнтами, що перенесли психоз

Студентки потоку Львів-9

Слюсар Аліси

Львів 2021

План:

Вступ: актуальність теми

1. РОЗДІЛ I Огляд понять спектру психічно здоров'я – розладу.
 - 1.1 Визначення поняття «психотичний епізод»;
 - 1.2 Огляд підходів до терапії психічних розладів;
 - 1.2.1 Критерії психічного здоров'я;
 - 1.2.2 Поняття ремісії та попередження рецидиву;
 - 1.2.3 Роль самостигматизації та самокритики у пацієнтів, перенесших психотичний розлад;
 - 1.3 Поняття підтримуючого підходу;
 - 1.4 КПТ-модель терапії психічних розладів;
 2. РОЗДІЛ II Поняття «самоспівчуття» та «самокритика»
 - 2.1 Визначення понять;
 - 2.2 CFT (compassion- focused therapy)-підход: третя хвиля когнітивно-поведінкової терапії;
 - 2.3 Модель частин схема-терапії. Караюча частка.
 - 2.4 Роль самоспівчуття як підтримуючого фактора ремісії та попередження рецидиву;
 3. РОЗДІЛ III Практична частина
 - 3.1 Обґрунтування застосування елементів CFT у терапії пацієнтів, перенесших психоз;
 - 3.2 Опис випадків та умови проведення терапії
 - 3.2.1. пацієнтка В.,
 - 3.2.2 пацієнтка О.
 - 3.3 Терапевтична стратегія: приклади застосування технік CFT
 - 3.4. Застосування шкал самоспівчуття за Нефф для оцінки результатів терапевтичних інтервенцій;
 4. Посилання на джерела.
- Висновки

ВСТУП

На даному етапі розвитку психотерапевтичної науки відчувається нагальна потреба у роботі з таким спектром розладів, як психотичні у стані ремісії. Все частіше постає питання реадаптації та ресоціалізації осіб, що один або декілька разів перенесли такий гострий розлад психічної діяльності, як психоз.

Запорукою асиміляції та закріпленн терапевтичних змін є робота по зменшенню почуття провини та сорому, що часто притаманні стигматизації особистості, що перенесла психотичний розлад. В цьому ефективним методом роботи було вибрано метод третьої хвилі КПТ, терапію самоспівчуттям (CFT- self-compassion therapy). Цей метод є ефективним для роботи з депресією, розладами харчової поведінки, тривожними розладами, терапії для осіб, що чують голоси. Адже включає в себе компоненти, які позитивно впливають на самосприйняття, самоповагу та самооцінку загалом. Це якраз і є мішенями терапії поверненні до повноцінного, якісного життя.

РОЗДІЛ I Огляд понять спектру психічно здоров'я – розладу.

1.1 Визначення поняття «психотичний епізод».

Визначимо словник понять до теми. Сучасна медицина використовує у своєму арсеналі поняття психічне здоров'я (буде визначено нижче) та нездоров'я, та використовує поняття спектру психічного стану, на будь-якому кінці якого ми можемо опинитися в певний момент свого життя, подано нижче (рис. 1). Часто ці стани мають зворотній хід. Тож, до поняття «психічний розлад відносять визначену групу клінічних симптомів або поведінкових ознак, які у

більшості випадків завдають страждання і перешкоджають особистісному функціонуванню» та явно відносяться до краю спектру «розлад».

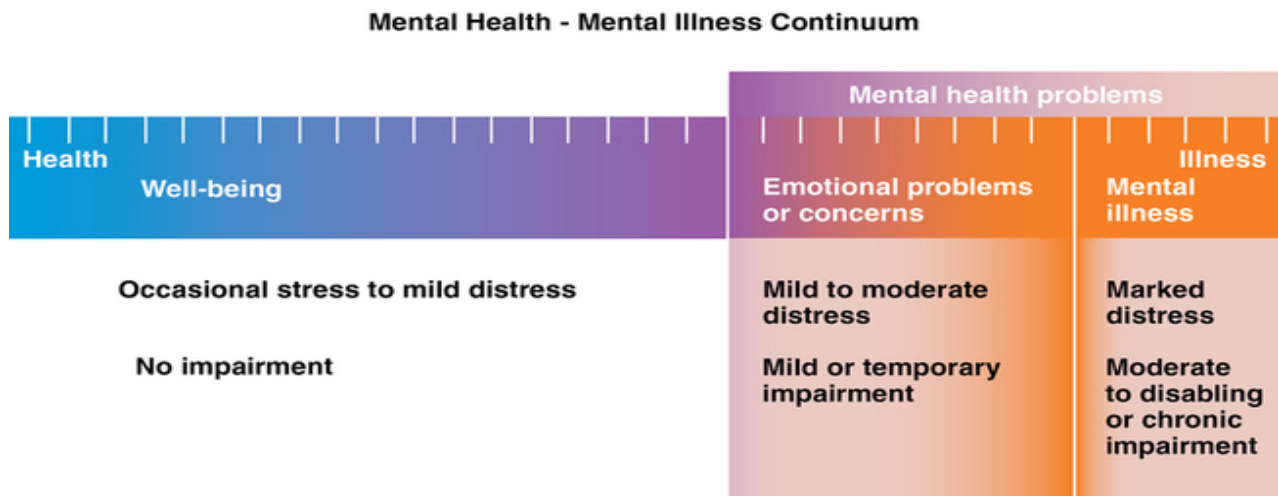


Рис.1 Спектр психічного здоров'я та розладу.

До нього відноситься і група синдромів, що спільно утворюють гострий розлад психічної діяльності, такий як психоз. В побутовому розумінні це стан, коли людина «не бачить берегів», не може адекватно сприймати дійсність та діяти згідно неї, бачить, чує або відчуває те чого не сприймають інші. Ось які визначення цього поняття дають: «психоз – психічний стан, що характеризується важким порушенням психічних функцій, контакту з реальністю. Дезорганізацією діяльності, грубим порушенням критики (до порушень в орієнтації у часі, просторі та власній особистості)» [Менделєєвіч В.Д. «Клінічна та медична психологія», Мск: 2002]. До найбільш важких та інвалідизуючих психозів відносяться: спектр шизофренічних психозів, біполярний афективний розлад, рекурентна депресія з психотичними включеннями, гострий психотичний розлад. [МКХ-10, Київ.: Сфера, 2000].

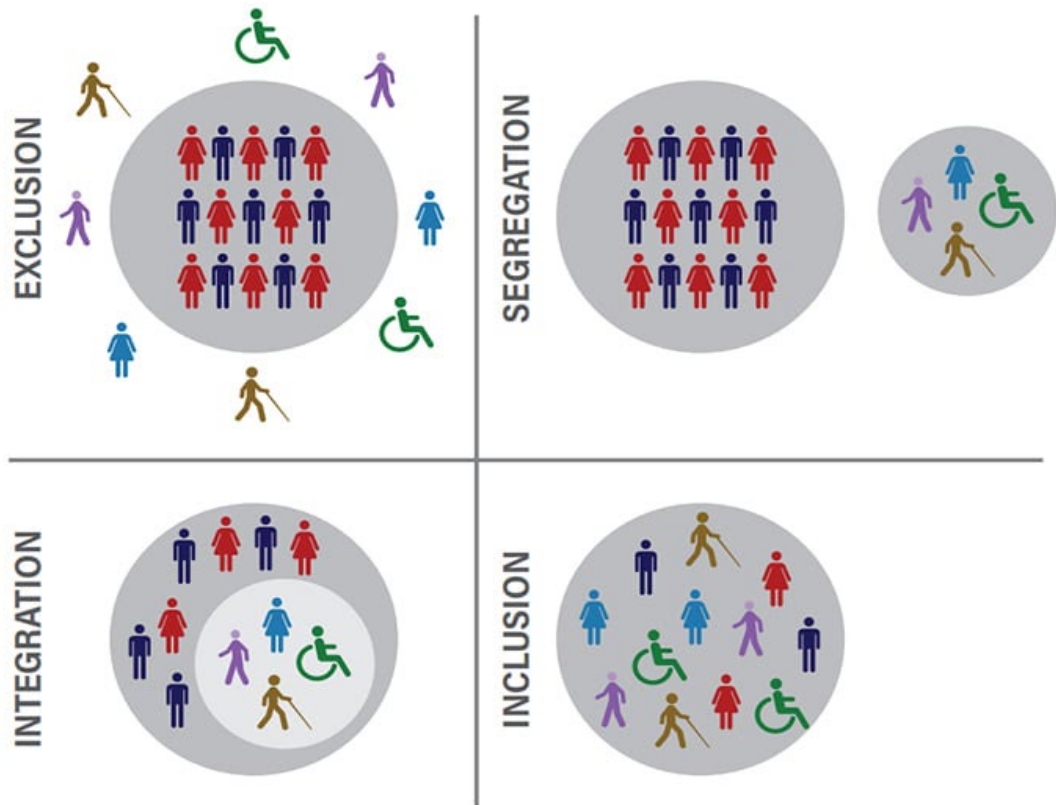
Пацієнти, що хоча б раз перенесли цей стан описують його як «такий, з якого хочеться вискочити моментально, тягуче-моторошний, жахаючий, нестерпний». [О.А.Кирпиченко «Психіатрія»: підручник для мед. Інст-в, - Мн., 1989, 381с.] Інвалідизуючими компонентами виступають поєднання страху повернення хворобливого стану, відчуття відсутності контролю над процесом та своїми переживаннями, важкість переживань, що в сукупності призводить до стигматизації та впливаючої з цього, значної самокритики.

1.2 Огляд підходів до терапії психічних розладів

1.2.1 Критерії психічного здоров'я

Історія терапії психічних розладів сягає сивої давнини, і умовно можна виділити декілька груп підходів:

- Феноменологічний: «це юродивий. Він такий, живе в нашому суспільстві» (етап інтеграції, див Рис. 1);
- Ізолювання від суспільства;
- Ізолювання та спроб лікування (етап сегрегації);
- Лікування та інтеграції назад у суспільство (етап інклюзії).



Original source of figure unknown

Рис. 2 Модель співіснування суспільства і осіб, що мають тимчасові особливості функціонування

Наразі сучасна медична наука поєднує в собі останній та передостанній підходи, застосовуючи медикаментозну та психотерапію для закріплення результатів.

Свій вклад в це внесли такі широковідомі постаті, як З.Фрейд, К.Г. Юнг, Ф.Перлз, А.Бек та багато інших, започаткувавши психотерапевтичні напрямки та школи, що виростали з клінічної практики, і мали на меті позбавити пацієнта болісних страждань. Адже клас психічних захворювань є одним з найбільш інвалідизуючих, якщо порівнювати з соматичними.

Тож, нагадаємо критерії психічного здоров'я, щоб мати опорну точку, до якої прямувати.

За визначенням ВООЗ «здоров'я – це суб'єктивне благоденство — стан добробуту, в якому людина втілює власні здібності, сприйняту самоефективність, автономію, компетенцію, залежність між поколіннями та самореалізацію інтелектуального та емоційного потенціалу, тощо» [<https://www.euro.who.int>].

Уточнюючи поняття саме психічного здоров'я, за визначенням ВООЗ: це «суб'єктивне благоденство — стан добробуту, в якому людина втілює власні здібності, сприйняту самоефективність, автономію, компетенцію, залежність між поколіннями та самореалізацію інтелектуального та емоційного потенціалу, тощо». Крім того, ВООЗ стверджує, що добробут особистості, охоплює реалізацією її здібностей, подоланням нормальних життєвих напружень, можливостями протистояти звичайним життєвим стресам, продуктивно працювати і робити внесок в свою громаду.

Тож, це здатність жити повним життям і бути гнучким у подоланні життєвих труднощів. Якраз із цим на початку виходу із пост-психотичних переживань і стикається основна маса пацієнтів. Адже, за Е. Фромом, «бути психічно здоровим – це бути вільним від інфантильних претензій та повірити у свої, хоч і обмежені, сили. Примиритися з парадоксом, що ми одночасно – найважливіша частина Всесвіту, але і не важливіші за хробачків. Бути спроможним любити життя і без жаху сприймати смерть. Переносити невизначеність в питаннях, які несуть життя і водночас бути впевненим у власних думках та почуттях. Вміти лишатися на самоті, і водночас почуватися спорідненим із будь-ким на землі, з усім живим. Прямувати за голосом сумління, а не потакати собі у самокритиці. Душевно здорова людина – це та, що живе за законами любові, розуму та віри, поважаючи при цьому своє і чуже життя.»[Fromm, 1955]

1.2.2 Поняття ремісії та попередження рецидиву.

І знову визначимо словник понять.

Для означення змін психічного стану пацієнта, інсує декілька класифікацій.

Приведемо за принципом «реакція-стан-розвиток»:

- Психічна реакція – короткочасна (не довша 6 місяців) відповідь на зовнішній або внутрішній вплив;
- Психічний стан – стійкий психопатологічний синдром без схильності до розвитку або регресу (і риває більше 6 місяців);
- Розвиток психічного процесу – патологічний процес із внутрішніми закономірностями та симптомоутворенням.

Отже, для прикладу, якщо особа за життя перенесла однократно період психічного неблагополуччя із відповідною симптоматикою (включаючи психічну реакцію чи стан) – це називається епізод. Розвиток психічного процесу включає в себе наростання симптоматики, синдромуутворення та різноманітну динаміку станів, що повторюються або поглиблюються. Якщо вищеописане відповідає діагностичним критеріям – діагностується психічний розлад, кожен з яких має власний тип перебігу з ремісіями та без відповідно.

До поняття «ремісія» - період перебігу, що характеризується значним ослабленням або зникненням симптомів, тобто це стан особи, коли вона є вільною від симптоматики, із належною якістю життя. Бувають повні або часткові. Останні закінчуються відновленням симптоматики після удаваного повного одужання (ремісії). Метод CFT було обрано якраз через його можливість позитивно впливати на частоту і глибину ремісій [“The impact of self-compassion on mental health, sleep, quality of life and life

satisfaction among older adults”, Chanhee Kima, Hana Kob in Geriatric Nursing Volume 39, Issue 6, November 2018, Pages 623-628] за рахунок більш співчутливого, підтримуючого та розуміючого відношення до себе, а це включає уважне неосуджуюче самоспоглядання, із можливістю вчасно помітити зміни у психічному стані та відреагувати на них відповідно. Що і входить до комплексу мір із попередження рецидиву, які разом із менеджментом факторів схильності, зміцненням ресурсів та стресостійкості та пошуком змістовного життя формують заключний етап терапії.

Отже, до етапи роботи із профіліктики рецидиву відноситься останній етап плану терапії, типовий для всіх нижчеописаних випадків [Романчук О., «Завершальна фаза терапії: робота на попередження/ менеджмент рецидиву та покращення якості життя у моделі КПТ: на прикладі КПТ депресії», за матеріалами семінару 2019]:

- Біологічні фактори схильності: метафора «сосновий ліс більш схильний до пожеж», КПТ-втручання орієнтовані на комплаєнс щодо довготривалого прийому ліків, стиль життя: сон, баланс активностей, витрати/поповнення енергії, харчування, фізична активність;
- Психологічні фактори схильності: робота з дисфункційними схемами, правилами життя, шлях до особистісної зрілості, , важливість перегляду проблемних цілей і напрямків подальшого життя, активні дії попри дистрес, пересмотр уявлень про щастя;
- Робота з негативними модифікуючими факторами і супутніми стресами: в процесі терапії зовнішні обставини можуть не змінитися і певні стреси і негативні впливи продовжуватися – розробка покрокового плану дій, врахування «слабких місць» та стратегії їх

подолання, навички/стратегії коупінгу щодо специфічних стресів і проблем, перегляд можливостей вибору у житті та зміні життєвих обставин,

- Ресурси та протективні фактори: зміцнення соціальної мережі та якості стосунків, запровадження ритуалів святкування життя,
- зміцнення ресурсів і стресостійкості – створення «скарбнички ресурсів» та флеш-карти із застосування, навички стресостійкості та план їх застосування (метафора «резинова кулька»): ефективний коупінг з проблемами - позитивна орієнтація, вирішення проблем, прийняття- вміння приймати втрати, відпускати, перебудовувати плани (психологічна гнучкість), історія життєвої мудрості з прикладами з життя, застосування на власному прикладі, духовність в житті, час на роздуми та майндфулнес;
- Запобігання і менеджмент рецидивів: нормалізація, передбачення та дестигматизація неминучості коливань, «падінь» та часом рецидивів, наявність «валізки знарядь у випадку пожежі» -написаної, заготовленої, регулярно практикованої, передбачення потенційних ситуацій ризику та своїх дій: створення «дорожньої карти», метафора «Сигналізація» - ранні ознаки рецидиву, орієнтація на раннє виявлення і вчасну реакцію: метафора «Маленький вогонь значно легше гасити, ніж велику пожежу», “Lapse is not relapse”, залучення рідних та соціального оточення: психоедукація, тренінг із асертивного спілкування, нормалізація та дестигматизація вчасного звернення за фаховою допомогою, відмічання позитивних моментів щодо вчасного помічання чи дій із «валізки інструментів» робота із страхом рецидиву, введення метафори «сам собі терапевт- я

відповідальний за власний стан», тренування менеджменту рецидивів;

- Довготривалий бустерний супровід.

Наразі все вищеперераховане у пацієнтів, що перенесли психоз, є однією із найбільш важливих частин плану терапії, адже є запорукою наявності інструментів, що ними можна керуватися щоб приймати самостійні рішення і максимально лишатися можливим керувати власним життям.

1.2.2 Роль самостигматизації та самокритики у пацієнтів, перенесших психотичний розлад

За даними ВООЗ, кожна 4-та особа хоч раз за життя потерпає від психічних складнощів, і зокрема, особи, що перенесли психотичний епізод, втрачають працездатність та потерпають від упередженого ставлення та дискримінації, що заважає їх реінтеграції назад у суспільство, та часто підтримується найближчим оточенням, суспільством, персоналом закладу охорони здоров'я. Нерідко результатом такого процесу зовні, виступає самостигматизація – феномен втрати ідентичності, результат застосування відносно себе стереотипів громади. Тож, поняття «стигма» включає в себе - упереджене або негативне ставлення інших до групи осіб або особи за фактом наявності певної ознаки, і трактується як ознака зневаги чи недовіри та відділяє людину від інших. Щодо стигми психічного захворювання – це суттєво впливає на соціальні відносини, і завжди є первинним явищем, на відміну від самостигматизації, яка виникає як результат «порівняння» себе і здорового суспільства. Також, поняття самостигматизації – поведінки, що являє собою заборони у площині спілкування та уявлень про себе (нереалізованість, неповноцінність) значно впливає на рівень адаптації хворих, адже він них оцікується моральна, морально-вольова, когнітивна неспроможність.

[Чутора, М. В. Самостигматизація осіб з психічними захворюваннями як реакція на стигматизацію суспільством / М. В. Чутора // Науковий вісник Ужгородського університету– Ужгород: Говерла, 2012. – Вип. 25.] . має дві умови виникнення: 1) пацієнт має ідентифікувати себе із певною стигматизованою групою; 2) пацієнт має вірити у правдивість тверджень. І саме це утворює класичний підтримувчий цикл КПТ: зациклення в собі, приховування власного досвіду та зменшення соціальних контактів (як захисна поведінка), емоціями виступає страх, злість та сором, думкою – «Мене виключать із кола спілкування». Щодо функцій самостигматизації – то ними є адаптація до ролі особи із психічним розладом та власне психічного розладу. До проявів належать: дистанціонування від суспільства, почуття провини, сорому, непотрібності, численні спроби довести собі та іншим, що ти здатний на більше ніж члени твоєї групи, відчуття, що вже не впливаєш на ситуацію, неможливість спілкуватися із членами стигматизованої групи, безпорадність, суттєве зниження відчуття власної гідності. Ці прояви дуже подібні до проявів самокритики, яку власне і запускає самостигматизація.

Тож, гарною метафорою самостигматизації є брудний плащ – одяг, що його мушили одягати, щоб все ж бути присутнім у полі зору суспільства. Тож, на даний момент для українського суспільства це значна проблема.

1.3 Поняття підтримуючого підходу;

Тож, як бути, із чого починати терапію пацієнтів, які опинилися в таких складних життєвих обставинах ззовні, повсякчас вже мають або готові до початку процесу самостигматизації? Підхід, в якому починається

терапевтична робота – це підтримуюча психотерапія. Це психотерапевтичний метод для роботи з особами, що потерпають від хронічних та інвалідизуючих психічних розладів, та осіб, що пережили психотичний епізод, при роботі в перші місяці реабілітації.

Підтримуюча психотерапія націлена на те, щоб стимулювати та дещо підсилити властивості особи, які збереглися, по можливості підтримати протистояння здорових елементів психіки тим, що в дефіциті і випали, що обумовлено психічними захворюваннями або старістю, протистояти регресивним тенденціям. Гарним прикладом застосування підтримуючої психотерапії є робота з депресивними розладами, деменцією, адже особа переживає певну обмеженість у психічних функціях, при збереженні критики до свого стану, що спричиняє значний дистрес. Чим раніше цей процес буде охоплений психотерапевтичними заходами, тим ефективніше вдасться захистити пацієнта від перенавантажень, декомпенсувати його стан.

Як правило, підтримці зі сторони психотерапевта підлягають: ситуативні проблеми, адаптація до нового (трудова діяльність, місце проживання, сімейні відносини, конфлікти), розвиток певних навичок (прийняття рішень, емоційна саморегуляція, вихід з конфліктів). Щодо погляду психоаналітичних терапевтів, зокрема Н.Мак-Вільямс [Н. Мак Вільямс «Психоаналітична діагностика. Розуміння структури особистості у клінічному процесі», Москва «Класс», 2007], цей психотерапевтичний підхід ґрунтується на засадах прийняття, терпимості, відсутності конфронтації та заспокоєнні. Адже часто, пацієнти, що пережили психотичний епізод, навіть незначної глибини, при його закінченні часто налякати, розгублені, дезорієнтовані в широкому розумінні значний час після закінчення хворобливих переживань, з переконанням про те, що світ – надто ненадійне місце і може змінитися будь-

якої миті, надто чутливі. Приводимо коментар пацієнтки В., 36 років, що перенесла гострий поліморфний психотичний розлад з грубими порушеннями психічної діяльності: «Я досі не розумію, як опинилася в лікарні. Так, пам'ятаю той день, всі дії лікарів, матері. Це було жахливо – я була налякана і не розуміла, чому мене змушують робити речі, які я не хочу, і чому я не можу піти. Потім, вже перед випискою, я зрозуміла, що опинилась у напівзруйнованому світі – я вже не знала, хто мені друг, які теми я можу і з ким обговорювати, кому довіряти у фінансових питаннях. Моє минуле життя було в руїнах».

Саме тому, надважливими властивостями роботи в цьому підході є надійність терапевта, передана в його міміці, виразі обличчя, рухах, прогнозованій поведінці, сприйняття пацієнта як рівного в моральному плані. Поведінка з безумовною емоційною щирістю та відкритістю, робити власні емоційні реакції доступними та зрозумілими. Також важливо давати прямі, зрозумілі та емоційно доступні пояснення свого методу роботи, засад, адже це робить комплаєнс більш міцним, допомагає поступово зростати спокою та впевненості в собі пацієнта. Нерідко на етапі відновлення життя постає ціла низка практичних питань, на кшталт, який графік роботи обрати тепер, чи їхати у відпустку, чи буде змога заснути у незнайомому місці – підтримуючий підхід допускає їх вирішення з опорою на більшу активність терапевта в цьому.

Розглянемо дві поширені техніки роботи в даному підході.

Техніка «Зростання пацієнта» мастить в собі психоедукацію щодо емоцій, їх нормалізації та валідації, відмінності від дій та більшої сприйнятливості до них, нормалізуючи це. Також, застосовується підхід проговарювання глибинного матеріалу, називання його та пояснення ймовірних причини того,

що це стало актуальним в поточний момент. Така психоедукаційна позиція значно впливає на емоційну рівновагу пацієнтів, заспокоюючи їх та даючи надію бути зрозумілим для інших.

Техніка асоціації тривоги з певними стресами. Ідея полягає в тому, щоб помітити, назвати та інтерпретувати в першу чергу почуття, та знайти, що їх спричинила, та відповідно зреагувати. Тобто – приєднання з метою перевірки хибних уявлень.

У випадку терапії нижчеописаних пацієнток, було застовано обидві, перша як підґрунтя для другої. Щодо часових меж: це довготривалі втручання, адже ми мусим рухатися дуже поволі, м'яко та наполегливо створюючи безпечно та неосудливе середовище для терапії [Supportive Therapy: A Psychodynamic Approach Paperback, 2003 by Lawrence H. Rocklan]. Саме тому на перших етапах в часі перебування на стаціонарному лікуванні вона проходила переважно ввечері, коли більша частина персоналу вже розходилась і була можливість зменшити тиск на пацієнта та більш ефективно спланувати час. Також на даному етапі надзвичайно валиво будувати міцний комплаєнс, допускаючи обмежене саморозкриття (про що мова йшла вище) - це сприяє створенню більш довірливої та чесної атмосфери та створює підґрунтя для наступного етапу терапії – повернення до повноцінного життя.

1.4 КПТ-модель терапії психічних розладів;

Розглянемо детальніше загальні підвалини КПТ щодо терапії осіб, що мають або перенесли психічний розлад. Грубими мазками можемо змалювати картину майбутнього терапевтичного плану, як таку, що складається з трьох

великих етапів: залучення до медикаментозного лікування -> пошук та терапія коморбідностей ->запобігання рецидиву.

1. До базових засад КПТ при подібній терапії відносяться [Романчук О. «КПТ психічних розладів», за матеріалами семінару 2018]:
 - Зменшення страждання – нормалізація, валідизація;
 - Психоедукація;
 - Навчання менеджменту симптомів та навичкам копіngu;
 - Декатастрофізація стигматизації;
 - Формулювання того, що відбувається;
 - Масивна робота із наданими значеннями.

У напрямку роботи із голосами Бріджит Нельсон [Birgitte Nielsen “Therapy of voice hearing Workshops for voice hearers and professionals”, 2017] пропонує рухатися за вищеописаною схемою та детально зупинитися на концептуалізації симптому (наприклад, «голосу») – тобто створювати мікроформулювання відносно симптомів та працювати із кожним окремо, роблячи акцент на наданому значенні. У цьому підході вона успішно працює вже понад 35 років.

Для прикладу, за протоколами NICE для лікування шизофренії протокол включає в себе: принаймні 10 сесій впродовж 6 місяців.

До принципів роботи із пацієнтами, що перенесли психоз, належать:

- Міцний та гнучкий терапевтичний альянс – прийняття без осудження, з терпінням.

Цей принцип не дарма стоїть першим. В самому початку роботи стан пацієнта є лабільним, швидко змінним, із «хвостиком» симптоматики. Тому критично важливо бути толерантним та відкритим до психологічних проявів пацієнтів. Та вміти м’яко підтримати їх у перебування в реальності, бути підготовленим

до цього. Сюди ж входить і робота по тестуванню реальності – у Сократівському діалозі, за допомогою керованого відкриття та роботи із попереднім досвідом. Також акцентом є фокусування на значенні та наслідках симптомів у житті, і можливість зупинитися в надто чутливому моменті. Сюди ж відносяться і засади терапевтичної роботи.

- Формулювання у ключі «стрес моделі»;

На етапі формулювання детально досліджуємо які чинники сприяють психічній вразливості. Серед них, психологічні: негативні переконання зодо себе, труднощі у тому, щоб поставити себе на місце когось іншого, у судженнях перехід зразу до висновків. Стресори також становлять значну частину, серед яких трактування власних симптомів, соціальна травма, травматичне минуле.

- Психоедукація: нормалізація та валідизація.

Тут майже кожне слово варто виділити великими літерами. Величина жаху, сподівань, надій та страхів із яким звичайна людина вперше потрапляє у стіні психіатричної лікарні або навіть на прийом до лікаря психіатра, просто захмарна. Тисне стигматизація суспільства, страх втратити «все і назавжди», страх зійти з розуму – все в цьому жахливому коктейлі. І гарним антидотом, обов'язковим компонентом хорошої терапії є психоедукація. Грунтовна, чесна, виконана стільки разів, скільки треба, для пацієнта і родичів. Вона має давати надію, бути індивідуальною. Саме так зменшується ймовірність само-, та стигматизації, адже в Україні, на жаль, все ще висока стигматизація навіть через консультацію у будь-якого спеціаліста сфери охорони психічного здоров'я.

- Акцент на співпраці безпосередньо на симптоматиці та необхідності медикаментозного лікування.

Дуже багато в цьому може зробити психолог, психотерапевт. Адже від того, яким буде перший досвід перебування на лікуванні, перший контакт із системою охорони психічного здоров'я, залежить, як саме людина подолає цей складний період.[Д.В. Котко Методичні рекомендації родичам осіб із психічним розладами. – Київ, Софія, 2019.] Адже, і щоденний прийом препаратів, і виконання рекомендацій режиму дня ведуть до видужання, або ні. Якраз роль у мотивації, едукації та підтримці пацієнта в цих моментах і лежить на плечах психологів.

- Увага до супутніх коморбідностей

Частими прикладами є тривожні, депресивні розлади. Але ми мусимо пам'ятати і про алкоголізацію, характерну для нашої країни і як спосіб «забутися, і як власне «лікування».

- Навчання пацієнтів та близьких технікам запобігання рецидиву.

Особам, що будуть проживати із пацієнтом, близько спілкуватися важливо пояснити важливість комфортної атмосфери у спілкуванні, «техніку безпеки» якщо піклування ввиснажує більше, ніж планувалося. Проте головними моментами, що мусять бути обговорені першочергово є менеджмент передвісників рецидиву та план дій відносно цього (детально подано нижче).

РОЗДІЛ II Поняття «самоспівчуття» та «самокритика»

2.1 Визначення понять

Почнемо із поняття самокритика, тоді перейдемо по самоспівчуття.

Коли ми опиняємося у незнайомому, ворожому світі, який змінюється мало не щодня, і ми мусимо приймати рішення, як бути в ньому, і часто потерпаємо від невдач, опиняємо «значно гірше інших» – тоді стикаємося з

викликами, подібними до тих, з якими стикаються пацієнти, що перенесли психоз. Часто нові виклики та ситуації змушують нас вчиняти тим або іншим способом, викликаючи цілу бурю емоцій, часто малоприємних, таких як сором, злість на себе, огида та ненависть, печаль. І нажаль, як би це не було парадоксально, в цей самий момент, коли так вразливі, і потребуємо уваги, підтрими і сил, ми стаємо злі та не добрі до себе, відчитуємо себе, звертаючись у зневажливій, грубій манері. Абсолютно не так, як би хотіли, щоб до нас в такі моменти говорили інші. «Гнилий голос, «смерюче соло», «халк» - ось приклади звучання манери внутрішнього діалогу, що зветься самокритика. Існує багато мотивів, які дають вклад у прояви самокритики, наприклад: дисфункційні схеми (будуть описані нижче), глибинні переконання, копінги та система само-мотивації, емоційна регуляція.

Зупинимося на само-мотивації дещо детальніше. Часто самокритика сприймається як дещо «корисне, не егоїстичне, що допомагає не розклаїтися, бути і тонусі та менш вразливим для зовнішніх негараздів». Та чи це впливає на нас корисно, якщо ми живемо в цьому довго, і це стає нормою – «жити не ок».

Існує низка досліджень, що свідчать про негативний вплив самокритики як предиктора та підтримуючого фактору розвитку низки психічних розладів, зниження комплаєнса та фактора, що позитивно корелює із нижчою ефективністю результатів терапії. Приведемо приклади:

- За Мерфі, Монсоном, Бреві: само-критика - предиктор депресії та збільшення ризику рецидиву (Murphy JMet al, 2002), (Brewin CR, Firth-Cozens J., 1997);
- За дослідженнями Блатт та Фанза: феномен самокритики пов'язаний з перфекціонізмом й суїцидальними ідеями, збільшеннями ризику летальних спроб самогубства (Fazaa N, Page S., 2003) , (Blatt, 1995);

- За Каннаном та Луома, сором та самокритика впливають на низку важких розладів, а саме на розвиток і протікання ПТСР, депресії, межового та нарцисичного розладів особистості, РПП, шизофренії, , соціальної тривоги, страхів (Luoma & Platt, 2015), (Kannan D, Levitt HM., 2013);
- За Келлі та Данкі також має вплив на рівень розвитку харчових розладів (Kelly AC, Carter JC, 2013), (Dunkley DM, Grilo CM, 2007);
- За дослідженнями Кокса в різні роки, та Дорона щодо проявів соціальної фобії у дітей та дорослих, самокритика виступає важливим процесом, що підтримує, та завдяки чому розвивається соціальна фобія (Cox BJ, Fleet C, Stein MB., 2004), (Shahar B, Doron G, Szepeswol 2014), (Shahar B, Doron G, Ohad S., 2015);
- Низка авторів щодо самокритики та її вкладу у формуванні й підтриманні ПТСР (McCranie EW, Hyer LA, 1995), (Southwick SM, Yehuda R, Giller EL Jr., 1991), (Brewin, 2003);
- Дослідження щодо впливу самокритики на розлади особистості почалися із розвитком схема-терапії та діалектично-поведінкової терапії у 90х рр. ХХ. До прикладу, Лайнен, Беренбаум, Воррен та інші: самокритика та надмірний сором часто є дуже характерними ((Linehan, 1993), Benjamin, 2003; Schoenleber & Berenbaum, 2010), (Rusch N, Lieb K, Gottler I, et al., 2007), (Warren R., 2015), (Rizvi SL, Linehan MM., 2005), (Kopala-Sibley DC, Zuroff DC, Russell JJ, et al., 2012).

Доволі значний і не повний список розладів, щодо яких є дослідження щодо негативного впливу самокритики, що породжує і запускає низку когнітивних, емоційних та поведінкових реакцій, зокрема складнощі у міжособистісних стосунках, складнощі з самооцінкою, плануванням життя, відчуттям щастя.

Тож, власне поняття «самокритика» включає в себе: форму негативної самооцінки, яка направляє на себе думки, осудження, з акцентом на помилки, невдачі та власну неспроможність відповідати властим або стандартам суспільства» (Smart, Peters, & Baer, 2015).

Негативне самооцінювання, самозвинувачення, коли детально аналізуються та безжально підмічаються хиби та невдачі, аспекти поведінки і навіть зовнішність, і порівнюються з іншими у форматі циклічного внутрішнього діалогу (який дуже важко зупинити), що активується як реакція на невдачу (тригер) або не відповідність очікуванням, причому це можуть бути навіть буденні речі.

Тож, на противагу самокритики, поняття самоспівчуття, за Їнпа, має чотири базові компоненти:

- Усвідомлення страждання;
- Співчутливий інтерес, викликаний емоційною відповіддю на споглядання страждання;
- Бажання полегшити це;
- Готовність допомогти полегшити страждання; (за Jazaieri, 2013).

К.Нефф визначає самоспівчуття як спосіб відношення до себе з піклуванням та прийняттям (на відміну від саможаління) в часи складнощів та усвідомлення власної недосконалості, помилок, невдач та болючих життєвих ситуацій і складається з трьох частин:

- Добре відношення до себе проти самоосудження – базовий підхід про роботи з токсичним соромом та самоненавистю, що підтримують саможаління та самостигматизацію у пацієнтів;
- Відчуття приналежності до людства проти ізоляції – через наявність складнощів абсолютно у всіх живих людей, та маючи можливість скористатися досвідом подолання та ресурсами інших. Так долається стигма психічного захворювання. Тут стає у пригоді гасло гарачої лінії

з превенції суїцидів LifelineUkraine «Навіть у сильних людей бувають складні моменти» [<https://lifelineukraine.com>];

- Усвідомленість проти надмірної залученості (та звуження уваги тільки на чомусь одному) – часто таке когнітивне викривлення змушує пацієнтів спрямовувати всі сили, всю увагу на щось одне, знецінюючи попередній досвід, здобутки і можливості, сприймаючи пержитий психоз як хмару, що навічно затинатиме сонце життя.

2.2 Модель частин схема-терапії. Караюча частка.

Чудове обґрунтування такого підходу третьої хвилі КПТ, як схема-терапія, надав Дж.Янг, власне один з авторів: «це – терапія, де значно більше уваги ми приділяємо ранньо сформованим дезадаптивним схемам пацієнтів, їх копінгові реакції та їх відносини, що в них терапевт оточував та підтримував спеціально зранену «дитячу частку» пацієнта. Під «схемою», за Дж.Янком розміється комплекс ригідних емоційних уявлень про себе та реальність, що були сформовані в ранньому дитинстві, та активуються у стресовій ситуації. І такі почуття, як самотність, відчуття власної дефективності та безпорадності, страху насильства, у які пацієнт провалюється під час стресу і які не адекватні поточній ситуації, відображають почуття його «пораненої дитини», яка дивиться на світ через лінзи цих дисфункційних схем.

Зараз схема-терапія – когнітивна версія роботи з частками Я, режимами Я.»

Тож, схема - терапія все більше використовується у терапевтичній практиці, індивідуальній та груповій роботі, з підлітками. [А.Арнтц, Г. Якоб «Практическое руководство по схема-терапии». – М, 2016, - 320с.] Через свою високу ефективність, яку підтверджено численними дослідженнями, та

ідею про необхідність задоволення базових дитячих потреб для формування психічно здорової особистості. До терапевтичних мішеней відноситься приблизно такий список проблем та складнощів: хронічні труднощі у взаємовідносинах, трансформація дитячих спогадів та патернів, розлади особистості та суттєва зміна якості життя, проблемні емоції. Адже, проблемні патерни поведінки підтримуються проблемним емоційним досвідом. Для прикладу ми можемо взяти пацієнтів, що мають діагностований межовий розлад особистості та пацієнтів, які перенесли психоз. І ті й інші схильні часто дуже сильно ненавидять та стидаються себе, та не можуть дистанціюватися, відліпитися від цього почуття емоційно, навіть усвідомлюючи, що така ненависть не має реальних причин. Подібні ситуації можуть бути розв'язані за допомогою емоціонально-фокусованих інтервенцій, таких як СФТ підход, зокрема. Тож, використовуючи дану терапевтичну модель, означимо поняття такої частки як Критик.

Концепція схемних режимів передбачає емоційні стани, що проходять, та визиваються дією конкретної схеми. Схемні режими відзначаються високою стійкістю та водночас, високою мінливістю. Схеми-режими діляться на режими, що пов'язані із переважанням негативних емоцій та режими, що направлені на совладання з цими емоціями. Для прикладу:

2. Дитячі режими – сильні негативні емоції;
3. Дисфункціональні дорослі режими – мають високий ступінь емоційності, та по суті, схоже на поняття «інтроєкт», та включає в себе інтерналізацію негативних реакцій на дитину з боку батьків. У випадку дисфункціональних дорослих режимів люди тиснуть на себе або ненавидять себе.

4. Дисфункціональний копінговий режим – такі копінги, як уникання, капітуляція, гіперкомпенсація.

До дисфункційного дорослого режиму відноситься такий підвид, як режим (частка) Критик. Його ще можна назвати режим «вимогливого дорослого». До його проявів входять такі, як: постійне прямування до завищених стандартів, з цією ціллю тисне. Єдиним способом існування вбачає бути ідеальним, цспішним, ніколи не здаватися та не зупинятися на досягнутому, прямувати до високого статусу, тримати всі справи у порядку, бути взірцем для всіх, прикладом, ставити потреби інших перед власними, не дозволяти собі відпочивати, виявлення почуттів та спонтанність заборонено. Можна – бути ефективним та не витратити час просто так.

Суть цього режиму співпадає із визначенням самокритики, і тому є мішенню для самоспівчуття. Останнє у випадку пацієнтів, які перенесли психоз, є суттєвим, адже частка Критика в «житті після» є надзвичайно великою, нажаль. Про це свідчать коментарі пацієнок: « Я не могла нічого зробити без самоосудження та критики. Навіть з ліжка встати, перевдягнутися. Було соромно. Раніше – успішна адвокатка, та ще пару місяців як..а зараз безпорадна рохля...От, це знову критика».

2.3 CFT (compassion- focused therapy)-підход: третя хвиля когнітивно-поведінкової терапії;

Власне термін «когнітивно-поведінкова терапія» (КПТ) вміщує у собі сукупність інтервенцій, які вже визнані як методи першого вибору, психотерапія, із значно масштабною емпіричною доказовістю. Історія розвитку складається з декількох хвиль. [Нойфельд В «MINDFULNESS И ACCPTANCE AND COMMITMENT THERAPY — НАПРАВЛЕНИЯ

ТРЕТЬЕЙ ВОЛНЫ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ»,
ЖУРНАЛ "ВІСНИК АСОЦІАЦІЇ ПСИХІАТРІВ УКРАЇНИ" (04) 2013;]

Перша включала в себе безпосередньо поведінкову терапію – модифікацію поведінки. У 1970-х гг. З'являється класична КПТ: нове покоління методів та концепцій, що сфокусовані на ролі дезадаптаційних когнітивних патернів в поведінці та емоціях, та розробці й використанні методів для визначення та корекції цих патернів. Розвиток третьої хвилі припав на 90-ті роки ХХ ст., і принесла з собою зміни у визначальних підвалинах КПТ, разом із новим набором поведінкових та когнітивних підходів на основі контекстуальних концепцій, що концентрувалися на відношенні особи до думок та емоцій, на противагу їх змісту. Методи третьої хвилі збільшили важливість емоцій, усвідомленості, прийняття, відносин, цінностей, цілей, метакогніцій. І, з властивої практичності, цікавістю та прагматизмом, що ним рухав пошук можливостей збільшення ефективності методу, КПТ включила в себе методи інших напрямків, зокрема гештальт терапії, глибинної психології, буддиської медитативної практики. Модифікацію поведінки замінило прийняття хворобливих феноменів, модифікацію думок – класичне усвідомлення того, що думка не завжди є реальністю. Основні течії третьої хвилі:

1. MindfulnessBased Cognitive Therapy (Segal et al., 2002).
2. MindfulnessBased Stress Reduction (KabatZinn, 1990).
3. Acceptance and Commitment Therapy (Hayes, Strosahl, Wilson, 1999).
4. DialekticBihevioral Therapy (Linehan, 1996).
5. FunktionalAnalytical Therapy (Kohlenberg, Tsai, 1991).
6. Shematherapy (Young, 1990).
7. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (Shapiro, 1989).
8. CBT, compassion- focused therapy (Gilbert, 2006)

CFT – інтегративна терапія, що базується на соціальній, еволюційній психології, буддійській психології, нейронауці, психології розвитку.

Базовою ціллю CFT виступає допомога клієнтам у зміні перспективи сприйняття складних думок і почуттів, із звинувачень та осудження на співчутливе розуміння та помічні дії [за матеріалами дипломної роботи О.Сівізіної «Краткий обзор феномена само-критики (self-criticism) как трансдиагностического фактора риска психопатологий и перспектива применения в когнитивно-поведенческой терапии интервенций по развитию сострадания (compassion) и само сострадания (self-compassion) для его снижения», Львів 2017].

Під співчуттям розуміють чутливість до страждання, розуміння його причин, та поведінку, направлену на його полегшення: у пратичних якостіх та навичках (Gilbert 1989, 2005, 2007, 2009).

Якостями співчутливого розуму є: симпатія, чутливість, толерування дистресу, емпатія, неосуджуючі судження та поведінка, піклування про благополуччя. Щодо навичок співчуття, то ними є: роздуми, поведіка, контакт із відчуттями, контакт з емоціями, уважність, уява (Gilbert 2009, Constable, Robinson).

Три базові засади CFT [«Третья волна когнитивно-поведенческой терапии и подъем лечения, основанного на процессе», Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJ et al. Cogn Ther Res 2012;36:427-40]

- Нейронаука прив'язаності та емоцій (пр. Derue & Morrone-Strupinsky, 2005; Cozolino, 2010);
- Соціальний вплив на формування самоусвідомлення (self) через прив'язаність (пр. Schore, 1999; Siegel, 2012);

- Існування та динаміка базових систем регуляції емоцій (пр. Panksepp, 1998; Panksepp & Riven, 2012)

Щодо самокритики та самооцінки із акцентом на критику: за теорією соціального менталітету Гілберта, може бути розглянута як форма автоматичної поведінки підкорення, що сформувалось в результаті надзвичайно погано резулуємої системи загроз (Gilbert & Procter, 2006). Якщо брати за основу негативний досвід підкорення особам, що здійснюють опіку, людина вчиться відноситися до себе з контролюючої позиції, примусово, часто у вигляді внутрішнього діалогу, що звучить загрозливо, без доброго відношення, що співпадає із визначенням самокритики вище. Вразливість до самокритики, що основана на соромі, часто вкорінена у емоційні спогади про те, як людину відкидали, критикували та соромили (Gilbert 1989, 1998, 2002; Kaufman, 1989; Tomkins, 1987), або вона пережила досвід насильства (Andrews, 1998). Самокритика розглядається не як один процес, а як той, що має різні форми, функції та підкріплюючі емоції. Виділяють дві форми самокритики: перша базується на помилках та почутті неповносправності, друга на бажанні вчинити шкоду собі та відчутті щодо себе ненависті або відрази. До функцій самокритики відносять: бажання поліпшити себе, виправити, самовдосконалення з мінімальними помилками, з другого боку – помститися, нанести собі шкоду або нашкодити собі за невдачі. Також проблеми самокритики та сорому часто коріняться в історії булінгу та надто сильному стилю щодо вираження почуттів у родині, також – брак уваги та почуття приналежності (Kaufman 1989; Andrews 1998; Schore 1998).

2.5 Роль самоспівчуття як підтримуючого фактора ремісії та попередження рецидиву;

Тож, саме через вищеописані можливості метода, CFT підхід і було вибрано як ведучий у веденні терапевтичного підходу таких пацієнтів [Р. Кольц «Терапія, сфокусована на співчутті», Київ, 2021].

Адже, заходи з превенції рецидиву можна виконувати різними способами, т.з. «механічним» - не враховуючи попередній досвід, стінь віри в те, що це допоможе, чекаючи на неодмінний «сумний фінал». Цей підхід нажаль часто використовується в нашій культурі, і несвідомо транлюється в часі психоедукації при виписці зі стаціонарів та ПНД певними спеціалістами. А враховуючи, що наша культура має малорозвинену навичку самоспівчуття навіть у буденних ситуаціях, що вже казати про ментальні хвороби, оповиті численними страхами та міфами. Тож, на противагу тиску відживших тоталітарних традицій дисфункційних когнітивних фільтрів суспільства- «караючої психіатрії», «раз побував на прийомі-вже ніде не приймуть на роботу в пристойне місце», «я з такими як ти не спілкуюся», «депресія – не хвороба, зберися, тряпка!» та багатьом іншим, - підхід самоспівчуття дає надію як пацієнту так і суспільству.

Наразі цей критикуючий підхід резонує із голосом самокритики, підсилюючи деструктивні схеми (частку критика) та не лишаючи надії на інший хід речей. Саме тому на першому етапі терапії, і більш ґрунтовно, на другому було введено поняття самоспівчуття, що інсталує надію пережити ці складні часи по-іншому. Адже в саме поняття самоспівчуття входить твердження, що ми всі є люди, члени одного суспільства і кожен з нас колись страждав (нормалізація), а отже, здатен вибратися з негараздів. І за певної підтримки - тієї, яку завжди можна отримати в тої людини, яка є поруч весь час життя – в себе, відсоток пацієнтів, що повторно госпіталізується, є дещо меншим. [“The impact of self-compassion on mental health, sleep, quality of life

and life satisfaction among older adults”, Chanhee Kima, Hana Kob in Geriatric Nursing Volume 39, Issue 6, November 2018, Pages 623-628]

Приводжу цитату типової реакції пацієнтки на спробу направити співчуття на себе: «Я? Мені? На кого?? (плаче) такого для мене мало робили...це неначе жива вода..дякую вам за це..за цю можливість». Це дуже надихало працювати.

РОЗДІЛ III Практична частина

3.1 Обґрунтування застосування елементів СФТ у терапії пацієнтів, перенесших психоз;

Як відомо, феномен самокритики яскраво проявляється у осіб, що перенесли психічне захворювання з декількох причин. По-перше, в нашій пост-тоталітарній культурі хворіти психічно є соромно. І людина, що перенесла навіть однократний епізод психічного розладу, враз опиняється в колі самотності та осудження, засоромленою та винуватою лише в тому, що захворіла. Стає заручником т.з. «соціальних норм» та правил, що посилює стигматизацію її суспільством, і самостигматизацію відповідно. Тому самокритика є предиктором самостигматизації [Ломтєва В.О. Клініко-соціальна характеристика хворих на параноїдну шизофренію з різними варіантами самостигматизації : автореф. дис. канд. мед. наук : 14.01.16 / В. О. Ломтєва; Укр. НДІ соц. і суд. психіатрії та наркології. - Київ, 2016. - 18 с.].

Отже, саме тому підходи третьої хвилі КПТ, а саме CFT було обрано для роботи з особами, що перенесли психотичний епізод, адже цей підход дозволяє:

- Сформувати більш якісний комплаєнс;
- Закріпити терапевтичні результати;
- Значно підвищити ймовірність поведінки пацієнта «бути самому собі терапевтом» після закінчення терапії високої інтенсивності;
- Зменшити ризик рецидиву;
- Сформувати критерії початку загострення стану.

3.2 Опис випадків та умови проведення терапії

Психологічна терапія пацієнтів, описаних у даній роботі, проходила у три етапи. Перший проходив в час перебування на лікуванні у ТМО «ПСИХІАТРІЯ» у місті Києві. В роботі представлено три кейси, всі описані перебували на стаціонарному лікуванні від місяця до 2-х, мали по 2 епізоди розладів та вийшли в стан ремісії на поточний момент. Також терапія проходила у мультидисциплінарному підході, у співпраці з лікарем-психіатром та родичами пацієнтів.

Середній вік пацієнток становив 36 роки, стать – жіноча.

Другий етап включав продовження стабілізації стану, профілактику стигматизації, навчання контролю симптомів й менеджменту рецидивів,

будування шляху до ресоціалізації. Робота в CFT підході буде детально подана в наступній главі.

На третьому етапі фокусувалися на поточних проблемах пацієнток.

Для прикладу, типовим планом терапії був:

1. На першому етапі буде важливо зосередитися на стабілізації стану та розвитку навичок контролю симптомів, самомоніторингу, попередження рецидивів:

- менеджмент регулярних візитів до лікаря,
- формування власних критеріїв психічного здоров'я,
- ідентифікація зон ризику, провісників рецидиву – індивідуальних «дзвіночків» погіршення стану ;
- техніка «безпечна людина»: укладання усного договору про допомогу з особою, якій довіряє;
- розробка плану дій при погіршенні стану;
- ведення щоденника самомоніторингу;
- психоедукація щодо майндфулнес та впровадження його в щоденне життя;
- тілесні стабілізаційні техніки: «5 пальців», «дихання по квадрату»;
- психоедукація щодо ролі сну в психічному здоров'ї;
- планування здорового режиму дня;
- розробка та впровадження екологічної стратегії спілкування з близькими та друзями при поверненні додому;

2. На другому етапі продовжуємо працювати над задачами першого, додаємо профілактику стигматизації та роботу з нею (за потреби), профілактику інвалідизації та повернення до звичного життя у суспільстві:

- психоедукація про спектр психічного здоров'я-хвороби та поняття стигма;
- психоедукація щодо ролі думок (включаючи НАД), переконань в житті на прикладі когнітивних фільтрів стигматизації (арт техніка «маска стигми»);
- когнітивна реструктуризація НАДів щодо стигматизації;

- формування цілющої думки щодо пережитого досвіду («Я-людина, що пережила. Збагачена цим досвідом»);
- формування емоційної компетентності;
- менеджмент поточного стану сфер життя (техніка «мішень»);
- тренінг соціальної взаємодії;
- планування відновлення стосунків, роботи, життя;
- вирішення поточних конфліктів;
- пошук нового сенсу подальшого життя, віднайдення особистої метафори цього етапу;
- початок роботи над зміною уявлень про себе на конструктивні, початок інтеграції пережитого досвіду;
- психоедукація щодо ролі емоцій в житті, техніка «палітра емоцій: яка твоя зараз?»;
- початок роботи з самоспівчуттям: психоедукація та навчання розрізняти й припиняти дію деструктивних схема-режимів;

Вже на другому етапі було впроваджено елементи CFT підходу, зокрема:

- Психоедукація щодо понять «самокритика», часток особистості, включаючи внутрішнього критика, деструктивних схема-режимів, понять «самоспівчуття», пояснення цілей та функцій самоспівчуття в житті;
- Еволюційна роль емоцій захисту в житті;
- Навчання вибору, які емоції відчувати;

3.2.1. пацієнтка В

Опис випадку. Пацієнтка В., 37 років. Розлучена, дітей не має. Працює викладачем англійської у приватній мовній школі. Живе сама.

Основний діагноз: гострий поліморфний психотичний розлад.

Супутній діагноз: відсутній.

Терапію почали у 2019 році, зараз триває. Перерви були лише на відпустки. Було застосовано метод підтримуючої терапії, КПТ (вибіркові техніки), елементи схема-терапії. Терапію було почато в час перебування на лікування у психіатричному стаціонарі, Перший місяць частота зустрічей раз в три дні, тоді після виписки раз в тиждень на годинну сесію, після перших трьох місяців – раз у два тижні. Сумарно проведено більше 80 сесій. Основні методи втручання: психоедукація, нормалізація, контроль симптомів, профілактика стигматизації, Сократівський діалог, поведінкова активація, STEB-аналіз, когнітивна реструктуризація НАД, переоцінка наданих значень, робота з кріслами, робота з частками.

В., 36 років на момент початку терапії не працювала, мала майже повністю редуковане маячіння щодо негативного впливу матері, часткову критику до свого стану, стигму психічного захворювання, знижену самооцінку та відсутність смислу подальшого життя, розірваний шлюб з громадянином США, відсутність певного місця проживання, доступ до фінансових статків під контролем матері. До госпіталізації двічі потрапляла в поле зору психіатрів – вперше у 2015 році, у зв'язку з депресивною симптоматикою після трагічної загибелі брата, далі у 2018 через певний час після розлучення з чоловіком. Перебуваючи шлюбі відвідувала сімейну психотерапію (разом з чоловіком), що не принесла очікуваного ефекту.

У стаціонарі перебувала два місяці, на початку лікування психічний статус: малопродуктивний контакт, вірно орієнтована у часі, місці, просторі. Марить, галюцинує, збуджена, поведінка носить маловпорядкований характер, агресивна. Вербальній корекції не піддавалась, інструкції не виконувала. Критика до свого стану відсутня. Мислення паралогічне, стан нестійкий, раптово змінюється. Легко і значно афектується, стає імпульсивною, вкрай напруженою, негативістичною. Отримувала антипсихотики, нормотиміки, транквілізатори, вітаміни, регулятори метаболізму.

Динаміка стану при виписці: стан змінювався поступово, від негативістичного до змін у прийомі їжі, гігієні, розмов з персоналом. Настрій змінився на екзальтований, поведінка дурашлива, далі – вирівнявся, поведінка впорядкувалася, дотримувалася режиму. На перший план вийшла маячна симптоматика щодо матері (впродовж 1го року терапії редукувалася важко і частково). В подальшому, на момент виписки, дані висловлювання частково дезактуалізувалися, настрій ближче до рівного, спокійна, впорядкована. Мислення в звичайному темпі, розлади сприйняття заперечує, поведінкою не виявляє, активно маячних ідей не висловлює. Критика до свого стану формальна. Налаштована на прийом препаратів та подальшу психотерапію.

Сімейний анамнез: виховувалась у родині викладачки ВНЗ та інженера. Старша з двох дітей, молодший брат помер у 2014 році. Ранній розвиток без особливостей. Мати «авторитарна жінка, що любить свою роботу та владарювати», батько неконфліктна людина, звик коритися, прикрості життя компенсує алкоголем. Близькі стосунки підтримувала з тіткою, сестрою матері, та бабусею по материнській лінії.

У родині панувала атмосфера напруження, певної конкуренції, домінантності правил і безумовного авторитета матері, поєданого з пасивною агресією. «Підтримки від родини чекати не могла, а стандартам відповідати мусила». У спілкуванні з матір'ю амбівалентна, швидко афектується, коли відчуває, що порушують її кордони, або контролюють. Стосунки підтримує на формальному рівні, за батьком ближча.

Дитинство: психічними захворюваннями не обтяжена. Дитинство пройшло у Ташкенті, шкільні часи нічим не вирізнялися. Закінчила Ташкентський університет, факультет філософії. Під час навчання познайомилась із майбутнім чоловіком, і в часі навчання у Вашингтонівському університеті, вийшла заміж.

Робочий анамнез: працювала фінансовим аудитором, виплачувала частину грошей за дім, вела власний бізнес. Той період описує так: «я знала, чого хочу. Могла працювати по 12 годин в день. Ми жили на першій лінії, біля океану. Я власноруч вирощувала квіти у палісаднику, могла подарувати чоловікові гарне крісло». При поверненні в Україну з 2018го року працює викладачем англійської. В колективі характеризують як «стабільного, надійного працівника».

Сімейне життя: роль у шлюбі мала активну, мотивувала чоловіка «рухатися та досягати, збільшувати статки», «завжди дбала за всіх, а коли ж щось для себе?!». В певний момент зрозуміла, що в чоловіка роман, надто боляче це сприйняла. Після 9 років шлюбу розлучилися, розподілом майна не задоволена – «він мені винен, я започаткувала той бізнес, який його годує».

За характером спокійна, врівноважена, працелюбна, достатньо комунікативна, вольова.. Любить піклуватися про інших. Релігійна.

Соціальний анамнез: має подруг, друзів. З одним із друзів спільно проживає, стосунки мають підтримуючий характер.

Медичний анамнез: не обтяжений.

Формулювання: праця над ним тривала поступово, після першого місяця терапії, сприяло кращому розумінню цілей терапії.

Біологічні фактори: не виявлено.

Модифікуючі фактори:, тривожний тип прив'язаності, сепарація від матері, що не завершена, контр-залежний тип поведінки у відносинах, неадекватно сформовані на момент початку терапії кордони, рух у «трикутнику Карпмана».

Критична подія: трагічна смерть брата.

Основні когніції, емоції та підтримуючі процеси: самостигматизація: «Я назавжди психічно хвора, нічого вже не зможу» ->емоція: печаль, сором ->поведінка: бездіяльність та пошук підтверджень цьому; стигматизація зовнішня: «Ти хвора, тобі не можна довіряти» та «Я обов'язково буду як ці хворі безхатики» ->емоція: злість, сором, розпач, туга, образа, ->поведінка: ізоляція від інших, образливо-звинувачувальна риторика в бік інших або уникнення; наслідки перенесеного психотичного епізоду: «Я не впоралась, це назавжди», ->емоції: туга, сором, безпорадність, розпач->поведінка: бездіяльність або метушливість.

Тригери: порушення кордонів, розмови про матір, гроші, госпіталізацію, примус, стигму, втрачені можливості.

Негативний досвід у минулому: розлучення, зрада чоловіка, вимушений переїзд з США, втрата соціального статусу, госпіталізація у психіатричний стаціонар, зовнішній контроль над життям.

Ресурсні та протективні фактори: віра, спілкування з духовно близькими друзями, паломництва, читання духовної літератури, лінощі, подорожі, відпочинок на самоті.

Правила життя: уникнення близьких стосунків з чоловіками; вибір чоловіків, з якими неможлива близькість; контроль, робити ідеально або не робити зовсім;

Глибинні переконання: «Я не варта любові», «Я нікчемна».

Список проблем: 1) перенесений важкий психотичний епізод;

2) відсутність житла; 3) зруйноване соціальне життя; 4) відсутність роботи; 5) само-, та стигматизація; 6) персистуюча маячна симптоматика незначної інтенсивності; 7) складні стосунки з матір'ю.

Список цілей: 1) відновити повноцінне щасливе життя; 2) знайти житло для себе; 3) відновити соціальне життя; 5) знизити та подолати само-, та стигматизацію; 6) навчитися жити повним життям із періодично виникаючими симптомами та зменшити дистрес від цього; 7) побудувати екологічні стосунки з матір'ю.

До плану терапії крім вищезначених етапів, входять:

Щодо житла:

- огляд можливих варіантів;
- аналіз можливостей та складнощів у кожному;
- узгодження умов та зобов'язань щодо проживання (самостійного чи з кимось);

- безпосередньо переїзд;

Щодо роботи:

- відновлення працездатності та конкурентноспроможності на ринку праці;
- проведення моніторингу ринку праці;
- визначення пріоритетів у сфери роботи;
- відсів вакансій та можливостей;
- підготовка до співбесіди та формування плану дій на період адаптації до нової роботи;

Щодо персистуючої симптоматики:

- Дослідження змісту, умов, тригерів актуалізації маячення;
- Дезактуалізація: техніка «трамвайчик»;
- Техніка кероване відкриття щодо інтенсивності симптоматики;
- Техніка конітивна реструктуризація;
- Профілактика;

Щодо відносин з матір'ю:

- Психоедукація щодо ролі цих унікальних стосунків;
- Формулювання стосунків;
- Вибудування моделі екологічного спілкування;
- Робота з особистими кордонами;
- Робота із зраненою дитячою часткою;
- Впровадження підходу самоспівчуття;
- Відпрацювання навичок спілкування з матір'ю: особисто, в інтернеті, в родинному колі;

- Створення флеш-карти екологічного спілкування;

На даному етапі терапія знаходиться на етапі роботи над інтеграції самоспівчуття в буденне життя, та профілактикою рецидиву. Після чотирьох місяців трапії, пацієнтка поновила на крайній роботі, де працює вже понад 1,5 роки. В колективі вважається «надійною, стабільною, спокійною людиною, на яку можна розраховувати». Дбає про власне фізичне здоров'я: має довгі прогулянки, відвідує басейн, бігає. Приймає медикаментозну терапію, спить повноцінно. Проживає разом із другом, має подруг та повне спікування життя. Допомагає іншим, відвідує монастир. З близькими (зокрема матір'ю) тримає дистанцію. Критика до свого стану повна, до перенесених переживань та ідей – часткова. Ставить наступні цілі для розвитку.

3.2.2. Пацієнтка О.

Опис випадку. О., 36 років. На момент початку терапії не працювала.

Заміжня, виховує сина 7 років.

Основний діагноз: гострий поліморфний психотичний розлад.

Супутній діагноз: відсутній.

Медичний діагноз: без супутніх патологій.

Терапію почали восени 2020 року, триває і зараз. Перерви були лише на відпустки. Було застосовано метод підтримуючої терапії, КПТ (вибіркові техніки), елементи схема-терапії. Терапію також було почато в час перебування на лікування у психіатричному стаціонарі. Охоче брала участь у груповій арттерапії, активно використовуючи ресурс технік. Перший місяць

частота зустрічей раз в тиждень, тоді після виписки раз в тиждень на годинну сесію. Цей графік залишено і вподальшому. Основні методи втручання: психоедукація, нормалізація, контроль симптомів, профілактика стигматизації, Сократівський діалог, поведінкова активація, STEB-аналіз, когнітивна реструктуризація НАД, переоцінка наданих значень, робота з кріслами, робота з частками, методи арт-терапії.

На лікуванні перебувала двічі, зимою 2019 року та навесні 2020. Обидва рази поступала в стані зміненої свідомості, із маячінням впливу та зради від чоловіка, агресивна (до бійок), не спить, намагається контролювати дії чоловіка. Орієнтація вірна, мислення малопродуктивне, емоційно лабільна, підозріла та дещо напружена. Контакт підтримує охоче. Критика до свого стану формальна. Налаштована на лікування. Впродовж лікування режим дня підтримує, допомагає персоналу, активно бере участь у реабілітаційних заходах.

При виписці стан покращено – стала спокійніше, продуктивніше. Налаштована на тривалий прийом препаратів та психотерапію.

За характером спокійна, працююча, активна. Допомагає іншим, любить творчість. Спонтанна з сином, жива в реакціях.

Сімейний анамнез: друга дитина в родині. Батьки вже померли. Дитинство пройшло в дещо напруженій атмосфері: старша сестра часто фруструвала, один раз намагалася заподіяти собі шкоду в присутності пацієнтки. В шкільні роки перенесла булінг. Близькою людиною вважає матір. Стосунки з сестрою підтримує. Середню медичну освіту здобувала у великому місті, де познайомилася з майбутнім чоловіком.

Трудовий: працювала у дитячому хірургічному відділенні медестрою, було важко знайти спільну мову в колективі; далі – у приватній стоматології, там робота подобалась, хоча були нюанси, колектив приймав. Працювала там після декрету. Далі роботу перервала необхідність доглядати мати, що злягла з хворобою. Після її смерті змінила роботу на виховательку дитячого садка – з міркувань географічного розташування та можливості догляду за сином. Це була перша робота після останньої госпіталізації.

Соціальний анамнез: приятелює з батьками однокласників сина. Після перенесеного психоза соціальні контакти з подругами та спільними з чоловіком друзями втратила, що дуже ранило. Хвилюється, що чоловік її контролюватиме через всі спільних друзів, навіть якщо довго з ними не спілкувалася.

Життя у шлюбі: 9 років як заміжня, вийти заміж підштовхувала мати («вже час, скільки можна так ходити»). Стосунки з чоловіком ніколи не були теплими, увагу доводилось випрошувати, часто почувалася непоміченою та незадоволеною. Проживали у великому місті на зйомній квартирі із сусідами, що дуже напружує і досі. Три роки тому почала помічати «інтерес» чоловіка і бажання спілкуватися із новою сусідкою, лишатися на кухні допівночі, голосно реготати. Вмовляння так не робити, адже це ображає, не допомогли. Стиль спілкування чоловіка, як сприймала пацієнтка, складався із знецінення («та що ти можеш? Та хто ти така? Та чого ти вартуєш взагалі?!»), обговорення подробиць особистого життя із сусідами та спільними друзями без згоди пацієнтки), газлайтингу («Я такого не казав, то ти все собі придумала»), неглекту (ігнорування бажань, потреб: «ну і що що ти просила тобі купити, я вирішив інакше»), випрошування грошей на потреби сина. Майже щоденною алкоголізацією. Два роки тому пацієнтка запропонувала

чоловіку розлучення, хоча повністю у рішенні не була впевнена. Все це разом із страхами про зраду чоловіка та правилами життя «корися, роби будь-що щоб задовільнити потреби іншого і він не пішов» спровокувало розвиток симптоматики.

Біологічні фактори схильності: мати мала не діагностовану депресію.

Негативний досвід минулому: булінг у школі, спроба самогубства сестри, важка хвороба матері, бійки з чоловіком.

Модифікуючі фактори: на момент початку терапії не працювала, фінісово залежала від чоловіка; проживання з сусідами; напружене та непряме спілкування з чоловіком; відсутність підтримки.

Тригери: мобільний, фейсбук, коли чує, що про неї мова без неї.

Ресурси: прогулянки, подорожі Україною, малювання, слухання музики, готування їжі, приємний час із сином.

Глибинні переконання: я не варта любові; мене покинуть; я ніхто

Правила життя: коритися, робити будь-що щоб задовільнити потреби іншого і він не лишив мене; не мати власних потреб; контролювати того, до кого прив'язана.

Цикли: думка: «Без чоловіка я ніхто, нічого не варта»->емоції: розгубленість, печаль, безпорадність, злість ->поведінка: підлаштування життя під життя іншого; думка: «Пішов з дому гарно вдітий, значить він мені зраджує» ->емоції: злість, сором ->поведінка: перевірка телефону чоловіка, гаманця, численні телефонні дзвінки та запитання; думка: «Сама не впораюсь» ->емоції: страх, безпорадність, туга->поведінка: уникання змін; цикл очікування на невдачу: думки: «буде, як завжди» ->емоції: смуток->поведінка:

бездіяльність, ->відсутність корегуючого досвіду; цикл контролю: думка: «Роби, як я хочу, інакше ображатимуся», -> емоції: тривога, напруження, -> поведінка: уникання контакту, демонстрація образи.

ПРОБЛЕМИ: 1) госпіталізація у психіатричний стаціонар; 2) стигма психічного захворювання; 3) складнощі у стосунках з чоловіком; 4) відсутність роботи.

ЦІЛІ: 1) відновити життя після пережитого психотичного епізоду; 2) зменшити стигму; 3) сформувати екологічні стосунки з чоловіком; 4) знайти роботу.

До плану терапії крім вищезначених етапів, входять:

Щодо стосунків із чоловіком:

- Визначення поточного стану стосунку, глибини комунікації, рівнів;
- Формування запиту – в чому складність, що хочеться змінити;
- Менеджмент тригерів щодо чоловіка;
- Техніка «Я обираю себе і відпускаю» для зменшення напруження у стосунках;
- Психоедукація щодо потреб;
- Відпрацювання навички екологічно висловлювати свої потреби;
- Техніка життєвого вибору щодо розлучення;
- Побудова плану дій для обох випадків;
- Психоедукація щодо циклу очікування на невдачу на прикладі реакції на поведінку чоловіка;
- Когнітивна реструктуризація щодо думок про зраду та однозначне погане відношення чоловіка;

Щодо роботи:

- відновлення працездатності та конкурентноспроможності на ринку праці;
- проведення моніторингу ринку праці;
- визначення пріоритетів у сфері роботи;
- відсів вакансій та можливостей врахуванням індивідуальних вимог;
- підготовка до співбесіди та формування плану дій на період адаптації до нової роботи;
- адаптація у новому колективі: складні моменти та те, що подобається.

На даний момент О., працює вихователем в садочку, вміє формулювати власні потреби в робочому колективі. Має декілька подруг та легше ставиться до спілкування. Дозволяє собі відпочинок вдень, на вихідних – сон вдень, подорожі вихідного дня, творчість. Дещо знизилась симптоматика щодо маячних ідей про чоловіка. Продовжуємо роботу над поставленими цілями.

3.3 Терапевтична стратегія: приклади застосування технік СФТ

Як вже зазначалося вище, метод самоспівчуття було застосовано з першого етапу терапі, введено на другому та в залежності від потреб, посилено на подальших. В побудові стратегії спиралися на тренінг навичок самоспівчуття П.Гілберта [Gilbert, P., & Procter, S., Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism]

До терапевтичних інтервенцій у методі СФТ, що застосовувались, відносяться:

- Психоедукація щодо самоспівчуття;
- Психоедукація щодо частин особистості та їх режимів, й впливу на поведінку та емоції;

- Техніка вибору щодо караючої частки – плюси та мінуси;
- Регулярний відпочинок: щоденно, щотижня, щоквартально;
- Сократівські запитання щодо того, як це-самоспівчувати іншому, та – собі?;
- Дослідження та когнітивна реструктуризація тверджень щодо самоспівчуття;
- Техніка «вдячність собі»: листи вдячності, щотижневі списки, «банка вдячності»;
- Техніка «підтримуючі обійми»
- Техніка «час для переживань»
- Підхід: чи хочу я відчувати ці емоції?
- Техніка «крісел»;
- Імагінативна техніка «моє співчуваюче я»;
- Техніка проєкції в майбутнє.

Опишемо приклади застосування. Пацієнтки демонстрували різноманітні реакції, більшість почувалося розчуленими та розгубленими на початку, від факту самого терапевтичного підходу, та того, як саме він може вплинути на життя.

В часі роботи з пацієнткою В. Використано наступну послідовність: На першому етапі терапії введено поняття співчуття як цінність, що є важливою та реалізованою в житті, далі – як противагу стигмі, що було сприйнято із розумінням та цікавістю. Коли дійшли до поняття самоспівчуття, на другому етапі терапії – стикнулися із завищеними стандартами, що породили відповідні глибинні переконання та правила життя, та побачили, що «жаліти себе, співчувати собі не можна, це егоїзм! Я повинна все віддавати іншим!», що породжувало фрустрацію, багато суму та безнадії. Доволі багато часу знадобилося щоб за допомогою технік Сократівський діалог та елементів когнітивної реструктуризації дійти до

дозволу на самоспівчуття собі. Це супроводжувалося великою кількістю сліз та сумнівів, чи допоможе. У пригоді стала техніка вдячності собі, з якої власне і почалася позитивна динаміка. Реалізована була у вигляді списку вдячності собі за навіть найдрібніші вчинки, і продовжено у вигляді «банки вдячності». Результати використання були приголомшливими – за декілька тижнів пацієнтка побачила, наскільки багато речей вона не помічала в собі, знецінювала або «дожимала себе».

Тож, до роботи із правилами життя переходили вже з акцентом на самоспівчутті. Для цього використали арт терапевтичну техніку «моя родина у викладі тварин», що дозволило більш м'яко підібратися до теми роботи з частками, та ідентифікувати караючу частку як Великого Гава. Як метафору дитячої частки було обрано грайливе ніжне цуценя. Це дало можливість більш вільно та у форматі гри взаємодіяти з часткою: вести діалог, запитувати про потреби та функції, регулювати ступінь «рику» (реакції) на себе та на інших, керувати проявами та обирати режими, в яких буде доцільно застосовувати цей режим. Так була реалізована «робота із кріслами».

Паралельно з цим впроваджувався підхід до зменшення робочого навантаження, чергування робочих годин та запланованого відпочинку, пацієнтка складала щотижневі плани, з врахуванням щоденної практики «що я зробила для себе безпосередньо сьогодні?» та щоквартальної подорожі, з метою відпочинку. Наступною технікою, яка показала просто чудовий результат стала техніка проєкції в майбутнє «якою я буду за 5 років», що її використали у двох варіантах – у підході співчутливого образу себе, та якщо лишити керуючим недосяжний образ, до якого прагне внутрішній критик. Цей образ був в томленим, натужним, не живим, безперспективним, що дуже засмутило В. Натомість образ, що його вималювало співчутливе Я був ніби виліплений люблячими руками, майстерно та уважно, з врахуванням

реальних цінностей та потреб, вже сформований, адже пацієнтка жила так певний час, припав до душі. Щодо профілактики рецидиву було використано підхід реєстрації фізичного стану-ситуацій-емоцій-переживань, що дозволив спостерігати за динамікою зміни стану та в фокусі самоспівчутливого відношення до себе, знижувати навантаження, або додавати більше активності, без силювання себе. Наразі зараз знаходиться на розбудові цього етапу.

Додам, що під час терапії, комплаєнс будувався поволі, крок за кроком, це є характерним моментом для терапії пацієнтів, що пережили психоз – рухатися поволі, адже нерідко психотерапевт – перша людина після «катастрофи», якій пацієнт наново вчиться довіряти. Щодо В., лікуючі лікарі пророкували «жахливий комплаєнс, нічого не вийде». Пацієнтка в терапії досі. Має наповнене і цікаве життя, із важким інтегрованим досвідом та набором здобутків нині, та співчутливим поглядом на себе, позитивний катамнез триває вже понад рік.

Щодо другої пацієнтки, О., терапія самоспівчуттям мала дещо інші акценти. Терапевтичний процес було почато із роботи зі зменшенням стигматизації, як і в попередньому випадку. Складність полягала в тому, що пацієнтка проживає в одній кімнаті із сином та чоловіком, з яким і має складнощі, наслідком цього є високий рівень самостигматизації. Тож, цим ми зайнялися в першу чергу – психоедукація щодо стигматизації проходила одразу з введенням «антидоту» - поняття самоспівчуття. Як метафору самоспівчуття було вибрано город – місце зберігання та примноження внутрішньої енергії, яку треба поповнювати регулярно і дбати таким чином про себе, усвідомлюючи, що всі люди влаштовані подібним чином. Робота із цією метафорою започаткувало процес дозволу собі спостерігати за тим, «що

виростає на городі», які реакції та патерни поведінки вартує культивувати, які приносять шкоду «корисним рослинам» («бур'яни» самокритики), як зароджуються емоції («квіти») та сягають певного рівню, та зрештою, стати в мета позицію по відношенню до них, розтотожнитися з «рослинами на городі – адже я можу вибирати, які саджатиму, якого розміру вони виростуть, і в якому темпі робитиму це, з повагою та співчуттям до себе» (техніка «чи хочу я відчувати ці емоції»). Також – регулярно відпочивати, дати собі дозвіл і на це, що в перспективі дало можливість мати сили для реалізації пошуку роботи, адаптації до нового колективу та поточних викликів життя (складнощі в школі у сина, думки про розлучення з чоловіком, ремонт в батьківській хаті). Та нарешті отримати такий бажаний внутрішній спокій. Без осудження та сорому самостигматизації.

Разом з дослідженням емоцій та їх рівнів, що проявляються в житті щоденно, було введено техніку майндфулнес для збільшення присутності моменті, релаксації, та, в довгостроковій перспективі, цільнішого самосприйняття. Робота з частинами була сприйнята більш формально, тому зупинилися на використанні метод Сократівських запитань як керованого відкриття із збереженням ефекту «залишатися тут і зараз, без заглиблення у емоції», адже «емоційне затоплення» як копінг теж мало місце та підтримувало цикл «роби, як кажу, або ображуся». Також для зниження румінації (як властивості самокритичного мислення) було застосовано методу «дерево прийняття рішень» щодо корисності переживань.

Тілесну техніку «підтримуючі обійми» було запропоновано як альтернативу потребі у підтримці та увазі від іншої людини та можливість задовольняти цю потребу самостійно, демонструючи співчуття до себе в діях. Пацієнтка часто застосовувала на роботі – відносини в колективі неоднорідні, робота з

малими дітками подекуди виснажувала, тож технікою користувалася принагідно.

«Лист собі» було сформульовано вербально, декілька разів як спосіб формування співчутливого діалогу з собою. Щодо профілактики рецидиву використано підхід «співчутливий погляд друга» як способу відношення до себе, з увагою до зміни стану та дій у відповідь, що їх прописували на попередньому етапі терапії. В цьому підході працює і досі - «сподобалося бути собі другом».

Позитивний катамнез пів року.

3.2 Застосування шкал самоспівчуття за К.Нефф для оцінки результатів терапевтичних інтервенцій;

Для оцінки динаміки терапій було обрано опитувальник рівня самоспівчуття К.Нефф, що його пацієнтки заповнили 6 місяців тому і зараз. Опитувальник було вибрано за зручність використання та можливість контролювати розвиток окремих якостей.

Наразі, дані пацієнтки В. пів року тому, за шкалами:

- Загальне самоспівчуття: 7 з 60
- Доброта до себе: 3 з 20
- Спорідненість переживань: 10 з 20
- Усвідомлення: 7 з 20

Це свідчить про рівень самоспівчуття нижче середнього.

Повторно опитування було проведено в кінці травня 2021 року, і воно показало:

- Загальне самоспівчуття: 41 з 60
- Доброта до себе: 13 з 20
- Спорідненість переживань: 15 з 20
- Усвідомлення: 13 з 20

Що свідчить про суттєве збільшення рівня самоспівчуття. Це відображено і в житті.

Результати щодо пацієнтки О. Пів року тому:

- Загальне самоспівчуття: 25 з 60

- Доброта до себе: 9 з 20
- Спорідненість переживань: 9 з 20
- Усвідомлення: 3 з 20

Повторно опитування було проведено в кінці травня 2021 року, і воно показало:

- Загальне самоспівчуття: 42 з 60
- Доброта до себе: 15 з 20
- Спорідненість переживань: 19 з 20
- Усвідомлення: 13 з 20

Що свідчить про значне збільшення рівня самоспівчуття.

ВИСНОВКИ:

Підводячи підсумки, скористаюся словами К.Нефф про самоспівчуття [К. Нефф «Самоспівчуття. Про силу співчуття й доброти до себе»;— М.: Манн, Иванов и Фербер, 2021.]:

«щоб відчувати себе добре нам не треба бути ідеальними, і наше життя зовсім не обов'язково має бути наповнене надзвичайними подіями. Кожний з нас має потенціал життєстійкості, розвитку та щастя, вж тому, що ми можемо відноситися до власного досвіду із співчуттям та схваленням. І якщо ви відчуваєте, що не в змозі змінитися зараз, що для вас це надскладно, що протидіючі сили нашої культури надвисокі – тоді поспівчуйте собі. Прямо зараз». Адже без співчуття до себе неможливе повноцінне психічне здоров'я. В даній роботі розглянуто сучасні погляди на психічне здоров'я та шляхи його плекання з допомогою різновиду третьої хвилі КПТ терапії – терапії самоспівчуття. Вона базується на трьох складових, які було впроваджено в

терапевтичний план пацієнок. Оцінка динаміки стану показала суттєві зміни у рівні самоспівчуття після 6 місяців терапії.

До результатів терапії віднесено формування образу співчуваючого Я, зменшення стигми психічного захворювання, формування м'якого способу самостійного контролю симптомів (і застосування його на практиці), що разом сприяє зменшенню ризику рецидивів у пацієнок, перенесших психоз. Результаті показано на прикладі терапевтичної роботи, що проводилася з 2019 року і триває нині.

Література:

1. Р. Кольц «Терапія, сфокусована на співчутті», Київ, 2021.
1. К. Нефф «Самоспівчуття. Про силу співчуття й доброти до себе»;— М.: Манн, Иванов и Фербер, 2021.
2. Чутора, М. В. Самостигматизація осіб з психічними захворюваннями як реакція на стигматизацію суспільством / М. В. Чутора // Науковий вісник Ужгородського університету— Ужгород: Говерла, 2012. – Вип. 25
3. О.А.Кирпиченко «Психіатрія»:підручник дя мед. Інст-в, -Мн.,1989, 381с.
4. Романчук О., «Завершальна фаза терапії: робота на попередження/ менеджмент рецидиву та покращення якості життя у моделі КПТ: на прикладі КПТ депресії», за матеріалами семінару 2019
5. Прашко, Можни, Шлепецьки «Когнітивно-біхевіоральна терапія психічних розладів», Москва, 2015.
6. А.Артц, Г. Якоб «Практическое руководство по схема-терапии». – М, 2016, - 320с.

7. Н. Мак Вільямс « Психоаналітична діагностика. Розуміння структури особистості у клінічному процесі», Москва «Класс», 2007.
8. Supportive Therapy: A Psychodynamic Approach Paperback, 2003 by Lawrence H. Rocklan;
9. Д.В. Котко Методичні рекомендації родичам осіб із психічним розладами. – Київ, Софія, 2019
10. Нойфельд В «MINDFULNESS И АСCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY — НАПРАВЛЕНИЯ ТРЕТЬЕЙ ВОЛНЫ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ», ЖУРНАЛ "ВІСНИК АСОЦІАЦІЇ ПСИХІАТРІВ УКРАЇНИ" (04) 2013;
11. «Третья волна когнитивно-поведенческой терапии и подъем лечения, основанного на процессе», Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJ et al. Cogn Ther Res 2012;36:427-40;
12. Birgitte Nielsen “Therapy of voice hearing Workshops for voice hearers and professionals”, 2017
13. Романчук О. «КПТ психічних розладів», за матеріалами семінару 2018
14. МКХ-10, Київ.: Сфера, 2000

15. О. Сівізіна «Краткий обзор феномена само-критики (self-criticism) как трансдиагностического фактора риска психопатологий и перспектива применения в когнитивно-поведенческой терапии интервенций по развитию сострадания (compassion) и само сострадания (self-compassion) для его снижения», Львів 2017
16. Gilbert, P., & Procter, S., Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism
17. Ломтева В.О. Клініко-соціальна характеристика хворих на параноїдну шизофренію з різними варіантами самостигматизації : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.16 / В. О. Ломтева; Укр. НДІ соц. і суд. психіатрії та наркології. - Київ, 2016. - 18 с.
18. “The impact of self-compassion on mental health, sleep, quality of life and life satisfaction among older adults”, Chanhee Kima, Hana Kob in Geriatric Nursing Volume 39, Issue 6, November 2018, Pages 623-628