

Дарка Озерна

Бути ОКЕЙ

ОПТИМІСТИЧНО
ПРО ЗДОРОВ'Я

Що важливо

знати про психічне здоров'я



ОПТИМІСТИЧНО
ПРО ЗДОРОВ'Я

Дарка Озерна

Бути ОКЕЙ

ОПТИМІСТИЧНО
ПРО ЗДОРОВ'Я

Що важливо

знати про психічне здоров'я

Озерна Дарка

0-46 Бути окей: Що важливо знати про психічне здоров'я / Дарка Озерна. — Київ: Yakaboo Publishing, 2020. — 256 с. : іл.

ISBN 978-617-7544-52-3

У книжці «Бути окей: Що важливо знати про психічне здоров'я» ви знайдете не лише базову інформацію про психічне здоров'я із посиланнями на медичні протоколи, а й певну систему орієнтирів. Адже від психічного здоров'я залежить наш фізичний стан, здатність про себе подбати, бути успішними в своїй професії та задоволеність життям у цілому. Нам важливо саме «бути окей».

Ця книжка орієнтується на український контекст: що в нас про що кажуть, які існують стереотипи, які виникають проблеми та які причини і наслідки можуть за ними стояти. У першій частині зібрана загальна інформація про психічний стан людини, його зв'язок із фізичним станом, а також описані принципи роботи мозку і прояви емоцій. У другій — розглядаються найбільш поширені психічні розлади. Завершується «Бути окей» розглядом історичної травми як чинника, що впливає на колективне психічне здоров'я.

«Бути окей: Що важливо знати про психічне здоров'я» — це друга книжка серії «Оптимістично про здоров'я».

УДК 616.89(0.062)

Усі права застережено. Будь-яку частину цього видання в будь-якій формі та будь-яким способом без письмової згоди видавництва і правласників відтворювати заборонено.

Науково-популярне видання

Наукові редактори *Марина Царенок, Руслан Буяновський*

Літературна редакторка *Марія Процик-Кульчицька*

Коректорка *Мар'яна Хемій*

Ілюстрації *Ольги Дегтярьової*. Художня редакторка *Дар'я Кольцова*

Макет *Володимира Гавриша*. Верстальниця *Вікторія Шелест*

Відповідальна за випуск *Ксенія Харченко*

Підписано до друку 13.11.2020 р. Формат 84×108/32.

Цифрові шрифти IBM Plex Sans, IBM Plex Serif

Друк офсетний. Наклад 2500 прим. Зам. № 20-11-1313

Видавець: ТОВ «Якабу Паблішинг». Свідоцтво про внесення до державного реєстру видавців ДК №5243 від 08.11.2016. 01025, м. Київ, вул. Воздвиженська, 52-54а
www.yakaboo.ua Тел.: +38 (044) 255-05-05

Віддруковано АТ «Харківська книжкова фабрика “Глобус”»

61052, Україна, м. Харків, вул. Різдвяна, 11

Свідоцтво про внесення до державного реєстру видавців ДК №3985 від 22.02.2011
www.globus-book.com

© 2020 Дарка Озерна, текст

© 2020 Ольга Дегтярьова, ілюстрації

© 2020 Yakaboo Publishing, макет

Зміст

<i>Вступ</i>	7
--------------------	---

I. З цього треба почати

1. Допомога при психічних розладах	17
1.1. Тривожні сигнали	17
1.2. До кого звертатися	23
1.3. Як піклуватися про людину з психічним розладом	33
1.4. Хронічні хвороби і психічні розлади	42
2. Фізичні основи «духовної сфери»	50
2.1. Нейронні мережі та пластичність	50
2.2. Нейромедіатори	57
2.3. Наш мозок та інші сторони	63
2.4. Настрій та емоції	70
3. Чому розлади стаються і як їм запобігти	74
3.1. Загроза національного масштабу	74
3.2. Генетична схильність	76
3.3. Важке дитинство	80
3.4. Риси характеру	83
3.5. Стан здоров'я	90
3.6. Бідність	94
3.7. Пережиті травми	97

II. Тепер можете читати приклади

4.	Депресивний розлад	105
4.1.	Що таке депресія	105
4.2.	Як розвивається депресія	110
4.3.	Особливі випадки і що з ними робити	115
4.4.	Як лікують депресивний розлад	120
5.	Сезонне афективне порушення	130
6.	Передменструальне дисфоричне порушення	140
6.1.	Критичні дні перед місячними	140
6.2.	Лікування передменструального дисфоричного порушення	144
7.	Тривожний розлад	147
7.1.	Коли тривожність – хвороблива	147
7.2.	Мозок у тривозі	153
7.3.	Різновиди тривожності та що з ними робити	159
8.	Посттравматичний стресовий розлад	169
8.1.	Що таке ПТСР	169
8.2.	Мозок при ПТСР	174
8.3.	Як подолати ПТСР	179
9.	Порушення адаптації	183
10.	Вигорання	188
11.	Їжа чи алкоголь. Статус «усе складно»	195
11.1.	Анорексія	195
11.2.	Булімія	204
11.3.	Компульсивне переїдання	209
11.4.	Зловживання алкоголем	218
	<i>Замість післямови. I will survive</i>	227
	<i>Глосарій</i>	243
	<i>Бібліографія</i>	249

Вступ

Кажуть, що психічно здорові люди абсолютно нецікаві, але позаяк їх практично немає, не варто перейматися «нормальністю». Це не так. Від психічного здоров'я залежать не лише креативність, соціальні контакти і стосунки, а й наша продуктивність, сон, робота шлунка і кишківника, вентиляція легень, здатність переживати важкі ситуації, біль у серці й навіть тривалість життя. І ми насправді еволюціонували таким чином, аби мати базовий хороший настрій. Про психічне здоров'я в Україні досі говорити соромно, думати лячно, звернутися до лікаря дорого — і не відомо навіть, як його знайти. Ця книжка підкаже, на що звертати увагу і що можна робити самому задля збереження «світлої голови й легкості в серці» в широкому розумінні цього вислову, пам'ятаючи водночас, що це жодним чином не замінить лікування у фахівця.

В інтернеті багато матеріалів на кшталт «Як заснути, коли не спиться», «Як заспокоїтися після важкого дня» чи «Поплачте, це корисно». Чинити, як у них радять, можна, але ефект буде тимчасовий. Ці поради ніби передбачають, що нам погано, а ми собі раз у раз маємо робити краще, як-от у ситуації, коли до надто гіркої несмачної кави, звареної із зіпсованих надмірним обсмаженням зерен, досить додати



Пані Світлана

Бухгалтерка, 60 років

У неї добре почуття гумору й кулінарний талант. Ще недавно мала звичку заїдати всі свої переживання, мало спала і ще менше рухалася. Та зараз опанувала своє життя і насолоджується ним, згадавши про різноманітні хобі.

Пан Микола

Інструктор із водіння, 63 роки

Любить кота, політичну аналітику, смаколики пані Світлани, каву і цигарки. Страждає від болю в шиї та спині, порушення сну, втрачає м'язи і нарощує живіт — це його засмучує, але стараннями сина і дружини він уже став на правильний шлях.



Тарас, їхній син

Дизайнер, 30 років

Прагне вести здоровий спосіб життя, але раніше харчувався казна-як, пізно лягав спати і нерегулярно тренувався. Завдяки своїй коханій — Іванці — почав налагоджувати спосіб життя. Найбільше переймається через здоров'я батьків і прагне їх «осучаснити».



Іванка, дівчина Тараса

Копірайтерка, 25 років

Тимчасово не працює, зустрічається та живе з Тарасом. Балансує на межі депресивного розладу з тривожністю і намагається навести бодай якийсь лад у своєму житті. Цікавиться питаннями фізичного й психічного здоров'я.



Пані Галина, мама Іванки

Вчителька, 53 роки

Сильно тривожиться і прагне контролювати єдину дочку, через що страждають обидві. Хазяйновита і працююча, зневажає відпочинок і турботу про себе, адже вважає це «махровим егоїзмом». Ще молода, але поставила на собі хрест як на жінці, щоб присвятити всю себе родині.



цукру і молока, кориці чи лавандового сиропу, щоб вона нам смакувала. Натомість мало говорять про те, де взяти *якісні зерна для кави*, тобто що робити, коли плакати хочеться постійно і не спиться зоночі.

Перед вами — не посібник із психіатрії, де вичерпно описані різноманітні порушення і психічні хвороби та подано протоколи добору препаратів для лікування. Тут ітиметься передусім про найбільш поширені, буденні стани, які в нашому суспільстві вважаються чи не нормою: тривожність, депресію, порушення харчової поведінки і деякі інші. Їх часто вважають всього-на-всього «неприємними» й тому ігнорують, хоча насправді в цьому разі необхідно вживати заходів для порятунку людини. Очевидно, що в такому ставленні криється захисна поведінка, адже в нас визнання проблем у психічній сфері може призвести до отримання довічного тавра «психа», ізолюваності, сорому, відчаю... Тож чи не краще заплющити очі на власні або чужі проблеми? Ні, не краще. Бо вони від цього не щезнуть.

{ Головна теза, яку я б хотіла донести в цій книжці, це те, що *окей* — *бути час від часу не окей*. }

Цього не слід соромитись і приховувати від інших та від себе. Але все одно нам здебільшого має бути *добре*. Окей. Нормально. Комфортно. Спокійно. Так, щоб можна було сказати: «Щось страшне коїться, та я можу це подолати», — і справді вірити своїм словам. Бо це справді так.

Усе життя ми потрапляємо в стресові ситуації, втрачаємо стосунки чи близьких, хворіємо і відчуваємо непевність, хай там як — ми не повинні жити з постійними думками типу «Життя — це біль», «Щастя мені не бачити», «Сенсу немає», «Я — невдаха» і так само не повинні чути від мами: «Ти така нервова!.. Вся в мене». Ми живі, а отже, коли на те є причини, відчуваємо біль і розчарування. Причини можуть бути різні: або наші базові психологічні потреби в безпеці, емпатії, прийнятті — не задоволені, або ж ми стали об'єктом цькування.

Але такі емоції мають чергуватися з радістю, певністю, продуктивністю, спокоєм. Якщо це суцільні тривоги, а життя схоже на 50 відтінків сірого, тільки мова не про еротичні пригоди, як в однойменному романі, а про відчай, — слід рятуватися. Рятуватися, бо це схоже на депресію або на тривожний розлад, які відбирають не лише спокій, а й здоров'я та роки життя.

У цій праці мені дуже хочеться знайти баланс, щоб одні не подумали, наче я в білому пальті, щаслива і безтурботна, роздаю зверхні поради, а інші навпаки — щоб не вбачали у ній чергову мотиваційну книжку від авторки, яка судить по собі й далі власного носа не бачить. Ні те, ні інше.

Я справді пережила кілька епізодів клінічної депресії та росла в оточенні людей, які хронічно були в стані депресії і тривожного розладу, поводитися пасивно-агресивно чи довели себе до фізичних хвороб. Проте завдяки своїй біологічній освіті, науковому досвіду та теперішній роботі в журналістиці — читаю, пишу і розповідаю про медицину й здоров'я — я засумнівалася у власній приреченості, звернулася по допомогу, пройшла курс когнітивно-поведінкової терапії й антидепресантів і зараз маю моральне право написати: вам у житті має бути *добре*. Ніхто не застрахований від психічних розладів чи просто перепадів настрою, але, на щастя, це можна виправити.

Ось про що ця книжка із серії «Оптимістично про здоров'я».

Мій найближчий друг прочитав перший варіант рукопису і сказав: «Це не схоже на оптимістичну книгу. Якщо спростити, то вийде, що все погано, бо у нас в Україні є всі передумови для розвитку різноманітних психічних розладів. Якщо хтось захворів, треба лікуватись і відвідувати психотерапевта. А наші люди цього не робитимуть. Тим паче, що людина в стані депресії такої книжки не читатиме, бо не матиме ресурсу».

Справді, практично в кожному розділі, присвяченому тому чи іншому стану чи розладу, йдеться про психотерапію як головний засіб виходу із ситуації та запобігання рецидивам

і лише подекуди — про антидепресанти й інші медикаменти. Що ж, наразі це головні доказові та ефективні засоби — інших в сучасній медицині немає. Інколи, дійсно, депресія чи посттравматичний стресовий розлад минають самі. Але частіше не минають і водночас руйнують здоров'я та відносини з іншими людьми. Буває, що забирають життя. Як знати, коли і чим все закінчиться?.. Ставки надто високі, аби ризикувати. Я вважаю, що це важливо усвідомлювати.

В інформаційному полі хоч греблю гати порад із категорії «народної мудрості». Їх вирізняє бездоказовість, неефективність, знецінення чужих емоцій і слово «просто»:

- «просто відпочинь»;
- «просто потіш себе смачненьким і обновкою»;
- «просто припини»;
- «просто пропий вітаміни»;
- «просто розпочни інші стосунки»;
- «просто пробач — і перестанеш хворіти»;
- «просто їж на піввідра менше»;
- ну й класичне «та забий і просто випий з нами!».

Як ви напевне знаєте з власного досвіду, ці поради тільки шкодять. Бо чомусь «просто» не виходить, і людина через це ще більше картає себе, зневірюється, втрачає самоповагу, ізолюється від горе-порадників або стає на шлях, який до добра не доведе. Адже випивання з горя, заїдання стресу та шопінг заради забуття медичною мовою називають дезадаптивним коупінгом, тобто некорисною спробою подолати наявний стан. На якийсь час попустить, але проблему не усуне.

Це ще не все. Хвороби, що розвиваються паралельно з психічним розладом чи які не лікують, бо сподіваються на «зцілення» через пробачення образ, часто закінчуються

абсолютно рівною кардіограмою в реанімації. Тому в цій книжці я не кидатиму полум'яних закликів «просто змінити все на краще», а наводитиму прийнятні способи подолання психічних розладів. Такі, що подіють і стануть на заваді хворобам. Простих і водночас ефективних рішень не існує — є щоденна ретельна праця на поліпшення.

Тож нумо розбиратись, як працює мозок, чому в ньому виникають неполадки і що можна з цим зробити. Краще глянути проблемі у вічі й усунути її, ніж усе життя вдавати, ніби все *майже окей* і *якось воно буде*. Я дуже хочу, щоб у всіх нас усе було справді *окей*.



I. З цього треба почати

Ця частина потрібна для того, аби збагнути важливість психічного здоров'я, з'ясувати, як діяти і на що звертати увагу, зорієнтуватися в темі, порозумітися з термінологією і зрозуміти, як функціонують ті ділянки мозку, котрі постійно тут фігуруватимуть. На те вона й книжка, щоб розгортати оповідь і створювати контекст, а не виривати з нього тези. У наступній частині йтиметься про різні розлади, тому для кращого її розуміння варто читати від самого початку.

1. *Допомога при психічних розладах*

*З цього розділу ви дізнаєтеся, що чимало явищ,
які ми вважаємо неприємними, але звичними
і нормальними, насправді можуть сигналізувати
про те, що в психічній сфері щось пішло не так.
Не ставте собі діагнозів — для цього є фахівці.*

1.1. Тривожні сигнали

У всіх бувають нелегкі дні чи тривалі важкі періоди. Більше того, варто комусь сказати про те, що вас опановує тривожність, ви давно добре не спали і все втратило сенс, ймовірно, у відповідь почувете запевнення, що це у всіх так, та й часи важкі. У кращому разі вам поспівчують, у гіршому — звинуватять в негативізмі й скигленні. Ось тут критично важливо відрізнити важкі дні від власного важкого стану.

Знаю одну молоду жінку, яка вважала, що в неї не буває передменструального синдрому — набору симптомів, котрі дають про себе знати в другій половині циклу і передбачають перепади настрою, порушення сну, тривожність, прагнення солодкого чи солоного, тонкосльозистість тощо. Вона так і казала: «У мене наче щодня ПМС». Утім, якось вона почала вести календар відчуттів і менструацій за допомогою одного з тих мобільних застосунків, котрі впорядковують наше життя в обмін на збір даних. Згодом стало очевидно, що справді — майже щодня поганих відчуттів більше,

ніж хороших. Бажання плакати, дратівливість, тривожність, безсоння, втома й апатія впевнено брали гору над енергійністю, веселістю, піднесеністю та бажанням спілкуватися, і лише пік лібідо збігався з гіпотетичними днями овуляції, як воно і мало би бути. Зрештою, та панянка засумнівалася, чи дійсно життя має бути таким одноманітно виснажливим і нестерпним, й звернулася до лікаря. Той діагностував депресію помірного ступеня. Депресія минула, дні стали переважно «нормальними» та «хорошими», а «нелегкі» періоди відтоді мають своє пояснення, в тому числі ПМС.

Є такий вислів: «Не ми такі, життя таке». А як же тоді збагнути, коли це якраз навпаки: це не життя погане, а погано нам, тож треба звертатися по допомогу? Основних тривожних сигналів чимало.

- Нічого не хочеться, все як чуже, наче не з вами відбувається, байдуже до себе, до всього і до всіх.
- Працювати не вдається. Лізуть одні й ті самі думки, від яких легше не стає і рішення не знаходиться (це явище називається румінацією — жування думок, як жуйки). Або хочеться плакати, неможливо зібратися з думками, місця собі не знайти, тягне поїсти смачненького (покурити, випити, прибрати кожную порошинку, розставити книжки за кольорами), тобто на компульсивні дії.
- Вага різко змінилася в більший чи менший бік, бо змінилося ставлення до їжі: або взагалі не хочеться їсти, або обмежуєте себе в їжі свідомо чи трапляються періоди сильного переїдання.
- Сексу не хочеться. Навіть якщо зараз у вас немає стосунків, у здорової людини є *базове* лібідо. Або навпаки — думки про секс затьмарюють усе інше, немовби це — єдиний порятунок від тривоги.

- Добре виспатися неможливо: чи то заважають думки, чи важко вкластися, чи прокидаєтеся серед ночі й далі несила заснути, сон поверхневий і тривожний тощо.
- Відчуваєте нікчемність, приреченість, провину, немовби ви «гірші за інших» і вам «щастя не світить». Так, ці установки нам з дитинства значною мірою нав'язували. Утім, незалежно від того, звідки такі думки, пам'ятайте — вони вам шкодять і свідчать про потребу в допомозі.
- Постійно хочеться закурити, чи випити, чи смаченького, чи ще кави. Ні, далеко не всі, хто п'є каву з тістечком чи любить викурити ґанджу, перебувають у важкому психологічному стані. Йдеться про ситуацію, коли без дози *чогось* день не починається і не завершується, тобто саме про залежність.
- Щодня відчуваєте бентежність, тривогу, неспокій, що стають на заваді буденним справам. Це нормально — тривожитися, коли на те є причина. Ненормально — коли постійний неспокій на душі та відчуття того, що погане от-от трапиться.
- Понад два тижні щодня сумно, хочеться плакати, повний розпач. Можна журитися, бути в поганому настрої, коли на те є причина. Та якщо не йдеться про втрату (людини, стосунків, улюбленця, домівки), сумом не має «накривати» надовго. Інколи мусить розвиднюватися.
- Усе страшенно дратує, злить, викликає агресію, виглядає жахливим. Для цих почуттів часто є об'єктивні причини. Фокус у тому, що такі стани мають або минати разом із усуненням причини (вийшли з переповненої маршрутки з поганим водієм і забули), або мати невеличку амплітуду чи й зовсім не виникати.
- Думаєте про самогубство чи смерть від хвороби як про порятунок.

Розгляньмо, що ми можемо відчувати фізично і які цьому можуть бути пояснення — як з боку «процесів у мозку», так і з боку «процесів у решті тіла».

Таблиця 1.

Симптоми	Можливе пояснення
Апатія, труднощі з прокиданням уранці, кваліть	Вигорання (кортизолове виснаження), анемія, фізичне перетренування, депресія, сезонне афективне порушення (САП, відоме як зимова хандра), гіпотиреоз (брак гормонів щитоподібної залози)
Біль у грудях, неспокій, тривожність	Серцевий напад (передусім у чоловіків — жінки переважно відчують біль у плечах, між лопатками, в руках) Панічна атака Збільшення об'єму серцевого викиду
Дратівливість, тонкосльозість, коливання настрою	Хронічний брак сну, гіпотиреоз, ПМС, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресія, брак вітаміну В1
Бентежність, нездатність знайти собі місце, перезбудження	Тривожний розлад, гіпертиреоз, стан манії біполярного розладу, шизофренія, депресія, ПМС і передменструальне дисфоричне порушення, розлад із дефіцитом уваги та гіперактивністю (РДУГ)
Безсоння	Тривожний розлад, астма, хронічний біль, гіпотиреоз, тривала і виснажлива робота за екраном, депресія, зупинка дихання уві сні (апное)
Різка зміна ваги (на понад 3 кг за місяць без зусиль із вашого боку)	Зміна харчової поведінки через депресію, тривожність, САП, онкологічне захворювання, тривалий стрес та/чи брак сну, порушення функції щитоподібної залози, інфекційні хвороби

Які висновки випливають із цієї таблиці? По-перше, не треба *гулити* свої симптоми, бо можна схибити з діагнозом і впасти в розпач. По-друге, не можна себе картати і звинувачувати в лінощах, браку мотивації та бездіяльності. Краще збагнути, чому ми такими стали. Причина змін може бути цілком «органічна», тобто критися в гормонах і нейромедіаторах, а не в нашому ставленні до життя. По-третє, якщо у вас чи у ваших близьких є хронічне захворювання, як-от діабет чи ревматоїдний артрит, варто перевірити, чи немає супутнього психічного розладу. Він може бути як однією з причин, так і наслідком хронічної хвороби, котра постійно і відчутно псує життя.

Якщо ви помітили щось із переліченого в собі чи близькій людині, зверніться по допомогу. Бодай поговоріть із кимось для початку і поясніть свій стан. Бо коли *нам* погано, то і нам самим, і людям довкола найлегше вирішити, що це *ми* погані, а отже, замість шукати допомогу, нам треба постійно просити пробачення за свої поведінку і стан, усіяло стримуватися. Сил на це бракує, тому сльози, апатія, негативізм, алкоголь, безсоння і неспокій (чи хоча б щось одне із цього) роблять нове коло, і ми знову відчуваємо провину, перепрошуємо та починаємо «триматися». Так не можна. Вам має бути переважно *окей*. Якщо вам *не окей*, то ви потребуєте фахової допомоги.

Подолання психічних розладів чи станів, які сильно погіршують якість життя, наприклад, професійного вигорання, відбувається в два напрямки, що доповнюють один одного: допомога з поліпшення стану тут і зараз та усунення причин, що лежать в основі розладу, аби той не повторився. Не всі причини реально «прибрати з рівняння»: спадковість, приміром, чи пережиті травми, проте можна втілити зміни на наступній сходинці. Часто це полягає в психотерапевтичній роботі з глибинними переконаннями людини і правилами життя, що на них базуються. Наприклад, переконання в тому, що «світ небезпечний», закріплене в ранньому дитинстві, може перерости в правила «Я нападатиму першим»

або «Не буду висовуватися». Обидва вони в якийсь момент життя, може, і були корисні, однак згодом самі стали причиною інших проблем, зокрема частих конфліктів і боротьби проти всього світу чи тривожного життя, в якому немає місця радості, а амбіції пригнічуються.

Також про можливі причини психічних розладів варто розповісти для того, щоб знати, як їм запобігти. Деякі речі від нас не залежать: спадковість, випадкові події, трагедії, поведінка інших людей. Тому варто звикати до думки, що не треба перейматися тим, на що ми не можемо вплинути, але маємо бути готові виправляти наслідки. Можливо, якщо в певний момент ви переживаєте важкий період,



слова на зразок «бути готовими діяти» звучать як знуцання, бо де взяти сили й можливості, коли все *вже* погано? Я дуже, навіть надто добре розумію таку ситуацію. Та хочу сказати принаймні дві речі: по-перше, пережити складний період реально — він закінчиться і життя триватиме далі, навіть якщо зараз на те не скидається. Можна навчитися приймати нову реальність і жити в ній. По-друге, мати план дій на випадок кризи — це нормально та дієво.

- Знати, куди звертатись і як зветься те пекло, яке ми зараз переживаємо. Якщо бути не в курсі про психічні розлади, то можна сприймати тривожний розлад за *вроки* або в стані депресії ходити на мотиваційні тренінги і від цього почуватися ще гірше.
- Знати, що коли погано, то треба бути поруч із кимось, хто буквально подасть чай і ліки.
- Знати, що напиватися чи накурюватися — це непродуктивна стратегія подолання травми.
- Знати, що в стані розладу не слід приймати радикальні рішення і що варто почекати, поки стане краще.

Повірте, навіть коли *ще* немає сил і настроїв *все ще* жахливий, *розуміння* того, що з вами відбувається, рятує, немов термоковдра після того, як людину витягли з холодної води. Ви відчуваєтеся безпечніше, бо стало ясно, що в цього незбагненого стану є назва, протокол лікування і хороший прогноз. Є фахівець, який стежить за вашим станом. Є пояснення свого стану для емпатійних (і не дуже) близьких людей.

1.2. До кого звертатися

Фахова допомога — що це? На слова про фахову допомогу, коли йдеться про психічні розлади чи навіть міграції, хтось

згадує порушення прав людини в сучасних психоневрологічних диспансерах (які вже мали канути в Лету), роман Кена Кізі «Над зозулиним гніздом», а хтось уявляє медитацію в Гімалаях, усміхнених коучів і дорогі мотиваційні тренінги, що вчать «любити себе й життя». І ті, й ті помиляються.

Що ж це тоді? Нагадаю, що перелічені тривожні сигнали: апатія, дратівливість, порушення сну, розлади харчової поведінки й лібідо, перепади настрою, неспокій — можуть бути виявами різних хвороб або розладів, зокрема й цілком соматичних. Тому спершу слід пересвідчитися, чи апатія, приміром, не є наслідком анемії, чи дратівливість і безсоння не викликані гіпотиреозом (браком гормонів щитоподібної залози), а втрата лібідо і бажання поглинати смаколики — це не наслідок постійного браку сну. Як і в будь-якій непевній ситуації, якщо виникають сумніви щодо психічного здоров'я і з'являються тривожні сигнали, що *заважають буденним справам*, слід навідатися до сімейного лікаря.

Ба більше, стан «світлої голови», якому присвячена ця книжка, це не лише відсутність психічних хвороб чи розладів. Це також вміння якомога краще запобігати мігрєні чи ПМС або принаймні зменшувати важкість нападів, це й знання профілактики таких хвороб, як, наприклад, деменція. Важливим моментом є взаємопов'язаність психічних станів і соматичних хвороб. Якщо людина має хронічні хвороби, то слід пильнувати, чи не виникла потреба лікувати можливі супутні психічні розлади, як-от депресію, й навпаки — тривалий психічний розлад цілком може призвести до соматичних наслідків. Я повторюватиму цю тезу, бо вона важлива, а не тому, що я забудькувата.

{ Важливо розуміти цілісність людини — соматичні хвороби і психічні розлади не існують окремо один від одного. }

Як психічні хвороби можуть виникати на тлі тілесних хвороб і погіршувати їх перебіг, так і тривалий важкий перебіг

психічних хвороб може спричиняти розвиток соматичних хвороб чи ускладнювати їх. Наприклад, при депресії може розвинутися важкий синдром подразненого кишківника, а супутня депресія зменшує ефективність лікування раку.

Сподіваюся, медичну реформу не зупинять і сімейні лікарі нікуди не подінуться, та нагадаю, яким має бути *хороший* сімейний лікар.

{ Сімейний лікар лікує пацієнта чи пацієнтку, а не симптоми хвороби. }

Він ретельно збирає анамнез (історію хвороби), спирається на міжнародні протоколи лікування, підтримує вакцинацію дорослих і радо приймає пацієнтів, навіть якщо в них немає «очевидної» причини для візиту, як-от висока температура або кашель.

Якщо сімейний лікар чи лікар вторинної ланки медичної допомоги (кардіолог, приміром) зробить висновок, що першопричина вашого стану лежить у площині психіки, то знадобиться допомога психіатра чи психотерапевта. Якщо вважаєте за потрібне, не хочете зволікати, налякані своїм станом, то можете йти до психіатра і без скерування. Це теж буде правильне рішення. На консультацію до нього може скерувати і психотерапевт, якщо, на його думку, ситуація вимагає нагляду саме психіатра. У нашій країні можна звертатися до цього фахівця добровільно (або за рішенням суду, але це не наш випадок). Візит до психіатра не означає, що у вас заберуть водійські права, повідомлять роботодавцю і замкнуть у лікарні, стіни і співробітники якої ще добре пам'ятають брежневську каральну психіатрію. Примусово утримувати людину в психіатричному закладі й лікувати — протизаконно. Проте можлива примусова госпіталізація, якщо стан хворого загрожує його власному чи чужому життю й здоров'ю, — аби всі були цілі й живі. *Лікувати* примусово госпіталізовану людину все-таки не можна.

Психіатри і психотерапевти кожен у свій спосіб лікують хворих із психічними розладами різного масштабу. Психіатр — це людина з медичною освітою, що спеціалізується на лікуванні психічних хвороб, станів та розладів, як-от шизофренія, біполярний розлад, тривожність, депресія, obsesивно-компульсивний розлад, фобії, безсоння, ПТСР, розлад із дефіцитом уваги та гіперактивністю, хвороба Альцгеймера тощо. Психіатри також лікують від залежності. Саме психіатр має право прописувати антидепресанти чи інші ліки.

Психіатрія оперує поняттями в площині нейронних мереж та нейромедіаторів, а не дитячих травм, сприйняття себе, схем, глибинних переконань чи інших речей, з якими мають справу психотерапевти. Переважно, аби досягти результату, терапевти працюють із клієнтами тривалий час, причому так і треба. Не для того, щоб більше заробити, як дехто вважає, а щоб не нашкодити людині й досягти стабільного результату. Та буває, що діяти слід чітко і негайно — якщо в пацієнта виникають думки про смерть, а настрій, психіка, мозок, тіло перебувають у стані *не добре* настільки, що неможливо дбати про себе чи заробляти гроші. Тоді неодмінно — до психіатра, приймати призначені ліки і паралельно починати психотерапію. Без неї результат лікування буде нетривалий.

На відміну від психіатра, психотерапевт може мати медичну чи іншу вищу освіту, проте він обов'язково має пройти навчання за певним типом психотерапії та бути сертифікованим саме як психотерапевт. Психотерапевтові потрібно проходити регулярну супервізію — контроль, наставництво і спостереження з боку іншого психотерапевта. Психотерапевти дотримуються етичного кодексу: не розголошують інформацію про клієнтів, консультують тільки людей, з якими не мають жодних дружніх чи професійних відносин, і працюють обережно, поступово, аби не нашкодити клієнтові «холодним душем» відкриттів і прозрінь. Коли ви йдете до психотерапевта вперше, то маєте чітко розуміти, в якій галузі психотерапії він сертифікований, чи потрібен вам саме цей підхід та скільки треба буде заплатити за візит.

Є такий анекдот: «Скільки потрібно психотерапевтів, щоб замінити лампочку? — Один, якщо лампочка готова змінюватися».

Звертаючись до психотерапевта, важливо мати чіткий усвідомлений психотерапевтичний запит — дійсно хотіти попрацювати над певними змінами в своєму житті.

Справді мати намір перестати боятися безсоння і подолати його, бажати позбутися тривоги, що викликає у вас нудоту, а в інших — роздратування без жодного співчуття, прагнути відновити віру в себе і знову повноцінно працювати й відпочивати. Ось приклад.

Прийшов на перший сеанс психотерапії чоловік і розповідає: «У мене все життя одна і та сама проблема. Мої колишні жінки казали, що я якийсь дивний, відморожений, кожна по десять разів на день питала, чи кохаю, потім всі як одна влаштовували істерики, і врешті ми розходились. Я думав, вони всі істерички, але в кожній життя якось склалося. Тож гадаю: може, це я щось не так у стосунках роблю?.. Мене це сильно бентежить». Тут є з чим працювати. Але готовий запит не завжди буває одразу — людина приходить із відчуттям, що в житті «щось не так», й інколи уже терапія допомагає цей запит сформулювати.

Або — і так буває частіше, як каже моя подруга-терапевтка, — чоловік приходить із таким запитом: «Моя дівчина/дружина каже, що мені потрібен терапевт. Вона не відчуває, що я її кохаю, що вона мені не байдужа, сумнівається в мені та взагалі страждає». Це досить поширений сюжет, і його героєм є саме чоловік, який усім у своєму житті справді задоволений. Власного запиту в нього немає. Чи піде на користь такому клієнтові психотерапія? Перші сеанси можуть допомогти сформулювати відповідний запит, збільшити обізнаність у царині психології та стосунків, зрозуміти, чого ж таки хотіла та дівчина чи дружина, і працювати з цим.

Саме попередній візит до лікаря, діагноз психіатра й окреслення перспектив: що можна зробити, аби змінити ситуацію на краще, які існують шанси, що воно «само владнається», та що буде, якщо на лікування «забити» — мають добряче змотивувати і допомогти усвідомити свій психотерапевтичний запит.

У багатьох людей із психотерапією асоціюються імена Зигмунда Фрейда, Карла Ґустава Юнга і словосполучення «закрити гештальт». А ще — лежання на кушетці. Насправді напрямків психотерапії значно більше, ніж психоаналіз за Фрейдом, та й консультують сучасні терапевти навіть через скайп, а не лише в ошатно облаштованих приймальнях. Аби вам було зручно. Які ж напрямки психотерапії існують? Назвемо найпоширеніші на наших теренах.

- **Психоаналіз, або психодинамічна терапія.** Клієнт ділиться з аналітиком усім, що спадає на думку, і той намагається розтлумачити приховані значення чи неவிпадкові повторення на основі цієї розповіді. Це може допомогти розібратися в тому, що спричиняє проблеми й турбує. Найбільш дослідженими і підкріпленими доказами ефективності плодами психоаналізу є теорія прив'язаності* та короткострокова психодинамічна терапія** [1, 2].
- **Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ)** з'ясовує, наскільки наші уявлення й автоматичні думки є

* Теорію прив'язаності сформулював психолог Джон Боулбі. Ця теорія стосується впливу стосунків із батьками, розуміння їхньої безумовної любові та відчуття безпеки упродовж перших трьох-чотирьох років життя на подальший емоційний розвиток. Вирізняють здорову прив'язаність («Я знаю, що мене люблять, не покинуть, тому можу бути якийсь час без цієї людини»), тривожну прив'язаність («Я думаю, що мене покинуть, тому докладаю всіх можливих і неможливих зусиль, аби втримати цю людину») та уникнення прив'язаності («Краще ні до кого не прив'язуватися, бо ще покинуть»).

** Короткострокова психодинамічна терапія спрямована на пошук несвідомих почуттів, як-от стримувана агресія, що стають на заваді стосункам чи пошуків рішень.

обґрунтованими і наскільки вони впливають на нашу поведінку і плин розмірковувань. Головна теза КПТ полягає в тому, що причиною дискомфорту в нашому житті є не самі явища, а ставлення до них. Когнітивна, тобто мисленнєва, модель психологічного стану стверджує, що самопочуття залежить від наших думок. І думки бувають хибними, а помилкові негативні думки призводять до цілком конкретних негативних емоцій. Змінюючи хід думок, аналізуючи їх правдивість (вона може бути часткова чи взагалі відсутня — ми можемо собі щось безпідставно надумати), вчимося долати стресові ситуації та змінювати усталені схеми своєї поведінки. КПТ входить до протоколів лікування депресії, тривожності, фобій, безсоння, навіть психогенної ерекtilної дисфункції. Когнітивно-аналітична терапія використовує методи як психоаналізу, так і КПТ для з'ясування того, наскільки наша поведінка зумовлює проблеми і як можна поліпшити ситуацію, використовуючи самопомогу й знаходячи нові способи реакції.

- **Міжособистісна (інтерперсональна) психотерапія** вивчає те, наскільки психічні розлади зумовлені взаєминами з іншими людьми, втратами, конфліктами, переїздами тощо. Цей вид терапії вчить давати раду своїм почуттям, що виникають у таких ситуаціях, і створювати стратегію подолання криз. Національна служба здоров'я в Британії трактує її як самостійний тип психотерапії, хоча вона може бути компонентом інших підходів, бо взаємини і життєві події так чи інакше є предметом обговорення з психотерапевтом.
- **Гештальт-підхід** базується на тому, що людям властиве прагнення бути здоровими й адекватними, проте старі патерни поведінки чи нав'язливі ідеї блокують природний шлях до здоров'я в усіх сенсах, спотворюючи спілкування з іншими. Гештальт-терапія

прагне повернути людину в актуальний момент буття, пробудити усвідомленість, зокрема й щодо відчуттів у тілі. Хоча гештальт не рекомендують для лікування психічних розладів, цей підхід досить поширений в Україні. Тут не обійшлося без історично зумовленого постколоніального сюжету — впливу Московського інституту гештальту і психодрами в минулому.

- **Групова психотерапія** допомагає людям долати життєві складнощі, але обговорення відбувається не вічна-віч, а в групі клієнтів із терапевтом. Групова терапія задумана як спосіб знизити вартість психотерапевтичної допомоги, проте в неї виявилися сильні сторони, які індивідуальна терапія дати не могла. Досвідчений терапевт ретельно добирає людей у групу, щоб досвід, який вони здобуватимуть на сеансах групової терапії, можна було перенести в реальне життя. Але буває й таке, що групова терапія, під час якої люди діляться своїми переживаннями щодо спільної проблеми, як-от булінгу чи насильства, може ретравматизувати людину.
- **Терапія родин чи пар** спрямована на пошук взаєморозуміння і моделі поведінки для пари, яка буде комфортно і прийнятною для всіх. Люди мають асиметричне сприйняття всього, що відбувається. Чоловік, наприклад, може сказати: «Кава несмачна», — а дружина сприйме його слова так: «Усе погано, як завжди». Завдання парної терапії — з'ясувати, хто і що має на увазі насправді, навіть якщо систематично цього не озвучує або приховано натякає, і навчити пару чи родину адекватно спілкуватися. «Кава несмачна» в здорових стосунках має означати *лише* несмачну каву — констатацію майже нейтрального факту. Зважаючи на те, що токсичні стосунки або просто стрес через дрібні й серйозні сварки є частою причиною розвитку психічних розладів та соматичних хвороб, до сімейного психотерапевта варто йти, коли

негаразди тільки починаються. Самі вони рідко коли «розсмоктуються». Тільки якщо в родині є насильство, шукати треба не компроміс і спільну мову, а способи безпечної втечі. Я це зараз кажу дуже серйозно.

«А як же психологи?» — питаєте ви. Психолог допомагає клієнтам розібратися в буденних і, скажімо, медично-нейтральних питаннях цінностей, стосунків, конфліктів, сприйняття свого тіла, професійних пошуків тощо. Візити до психолога вважають ланкою швидкої, але неглибокої допомоги. Психолог, наприклад, допоможе зрозуміти, що та ситуація, в якій ви опинилися, це *аб'юз* — психологічне, фізичне чи, можливо, фінансове насильство, з якого важко вирватися, — і підштовхне до вирішення цієї проблеми. Так би мовити, відкриє очі. Проте з наслідками тривалого аб'юзу (безпорадністю, депресією) чи причинами (схемами, які сформувалися в житті раніше, і знову й знову заводять в пастку нездорових стосунків), найімовірніше, розбиратиметься психотерапевт. Якщо йдеться саме про терапію депресії, тривожності, ПТСРу, РДУГу, obsесивно-компульсивного розладу, фобій, то ефективною буде когнітивно-поведінкова терапія.

Психотерапія дорога*, а для багатьох вона, на жаль, видається взагалі недосяжною. Я кажу *видається*, бо кредити на телефони чи «багаті» весілля є прийнятними і виправданими для багатьох людей із прибутками, нижчими за середні. Та якщо усвідомити важкість і всепроникність наслідків психічних розладів, те, як вони заважають працювати й заробляти, можна прийняти думку, що лікування депресії чи подолання ПТСРу якраз варте витрат і пошуку грошей. Не кажучи про те, що психічний розлад може закінчитися самогубством. Телефони чи весілля кредитів, як на мене, не варті, але світла голова і власне життя — так.

* Є різні підходи до ціноутворення в психотерапії, психоаналізі, сексології, однак переважно ціна є досить високою. Причин тут декілька, і одна з них — клієнт має «відчувати обсяг інвестицій в себе». Безкоштовне ми не цінуємо. Утім, є центри, де встановлена єдина і досить доступна ціна на психологічні послуги.

Звісно, бажаю, аби у вас не було потреби лікувати розлади, а якби й була, то щоб це було фінансово не боляче.

Якщо людина перебуває «на межі розладу», коли для нього вже є передумови, або розлад має легку форму, інколи можна обійтися самодопомогою. Це чимось нагадує тренування по ютюбу чи опанування кулінарії за книжками рецептів, але воно працює. Краще так, аніж ніяк. Більше того, людям, які вдаються до психотерапії, все одно дають «домашні завдання» і просять виконувати самостійну роботу, як-от відстежувати і записувати автоматичні негативні думки, планувати приємні заняття (поведінкова активація) і відзначати, як вони почуваються після цього, тощо. В інтернеті є багато англомовних ресурсів відповідного спрямування, і я сподіваюся, україномовні можливості отримання онлайн-допомоги та користування ресурсами самодопомоги скоро розширяться. Наразі раджу звернутися до ресурсів самодопомоги [4, 5] та застосунків [6] бібліотеки Українського інституту когнітивно-поведінкової терапії [3].



Це був короткостроковий, так би мовити, ургентний план дій. Насправді ж когнітивно-поведінкова та психодинамічна терапія в низці країн входять до медичних пакетів, видатки на які покриває медична система. Я пишу саме в такому бюрократичному ключі, бо сказати, що «в деяких країнах психотерапія безкоштовна» буде геть хибно і з точки зору фактів, і з огляду на формування ставлення до цього питання. Безкоштовної медицини немає, як немає і безлімітних медичних послуг. Буває безоплатна, тобто вже оплачена з податків громадян. А те, що можна отримати безоплатно чи оплатити лише частково, визначається пакетом гарантованих

медичних послуг. До чого ж це я? Дуже сподіваюся, що психотерапія з доведеною ефективністю увійде до переліку гарантованих безоплатних медичних послуг і всі люди в нашій країні зможуть отримати до неї доступ. Бо це життєво необхідно.

1.3. Як піклуватися про людину з психічним розладом

Ми всі хочемо бути поряд із врівноваженими, надійними і здебільшого радісними людьми. (Тут можна сумно пожартувати, що врівноважені, надійні й радісні люди здебільшого не хочуть мати нічого спільного з такими *звичайними*, як ми.) Але є навіть не одне *але*.

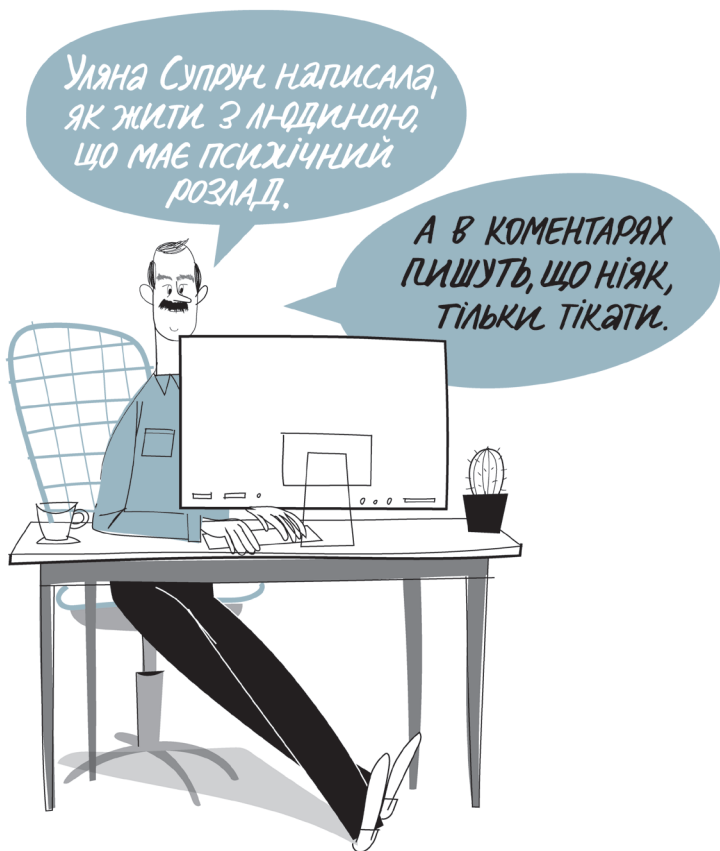
По-перше, зважайте, що люди часто демонструють фасад, який їм хочеться показати, приховуючи свій справжній стан. Як писала Ліна Костенко, «цариця Савська плакала вночі, але про це нема у Соломона». Керівниця успішного бізнесу з чарівною усмішкою може лікувати тривожність.

По-друге, ніхто на світі не застрахований від психічних розладів. Дійсно, в різних станів чи хвороб є певна спадкова складова, бо коли ми говоримо про ці стани, йдеться, зрештою, про рецептори і нейромедіатори, а їх кодують гени, що дісталися від батька-матері. Проте в усіх хвороб і розладів, як психічних, так і соматичних, є також складова середовища — і вона доволі значна. Позитивна спокійна жінка може народити і несподівано потрапити в пастку післяпологової депресії. Травма від втрати близької людини (мається на увазі не конче смерть, а навіть розставання) здатна занурити бадьорого атлета в сильну депресію. Буває різне, та це можна подолати — і все знову стане *окей*. Надмірна тривожність, післяпологова депресія, депресивний розлад тощо лікуються. Люди з пограничним розладом особистості знаходять себе. Ветерани долають ПТСР, їм більше не сняться

жахи. Діти із РДУГ вчатья опановувати себе й успішно здобувають освіту і живуть повноцінним життям.

Бути поруч із людиною, в якій *голова зараз не світла*, справді непросто. Намагатися когось «витягнути», але при цьому занаястити себе, не варто, особливо якщо інша людина порятунку не прагне. Однак все одно мені здається, що і не можна повертатися спиною до ще вчора коханих, та сьогодні хворих батьків, партнерів чи друзів, бо вони, *бачте*, стали негативні, злі й сумні. Ви теж можете певного дня опинитися на їхньому місці. Або, можливо, ви теж доклалися до їхнього теперішнього стану.

Лише якщо вас кривдять, можуть убити чи нищать емоційно, тікайте і рятуйте себе — повторюся ще раз, бо в нашому



суспільстві це актуально. Жодна любов не подолає чийсь антисоціальний чи нарцисичний розлад, чи розлад регуляції злості.

Що можна зробити, коли йдеться про близьких вам людей та їхній психічний добробут?

Зважати на тривожні сигнали в їхньому здоров'ї та поведінці. Звісно, зміни часто відбуваються поступово, і ми не помічаємо, як людина поруч із нами змінюється. Та ви вже знаєте про тривожні сигнали психічних розладів і розумієте, що не можна стан *не добре* вважати нормальним. Будьте уважні до тих, хто поруч. Цілком імовірно, що їм помітити зміни в собі ще важче. Виховання і суспільство вплинули



на нас так, що ми радше будемо в усьому звинувачувати себе і не шукатимемо виходу (стан «я — гівно») або звалювати все на інших і знімати з себе відповідальність за своє життя (стан «всі — козли»). В обох випадках людина не зауважує проблеми з власним психічним здоров'ям і не бачить потреби про нього подбати. Щоб усвідомити ситуацію, кажуть, треба з неї вийти. Саме тому дуже важливо, аби ми були уважні до психічного стану одне одного і вчасно били на сполох.

Буває й таке, що ви вважаєте чиїсь апатію, небажання виходити, плаксивість, скарги, що все болить і всі дістали, нормою. Мабуть, є такі люди, в яких або була вічно втомлена пасивно-агресивна мама, або тато, що пив, не хотів нічого робити і на всіх кричав, або бабуся, яка пригнічувала своїм піклуванням і постійно за всіма прибирала. А то й всі водночас. Ви їх іншими і не бачили, хіба на фотографіях молодості. Тут може йтися не про прикрих і неприємних, а про *хворих* родичів.

В описаній вище уявної мами справді може бути хронічна втома, сильне самозамовчування (коли людина не зважає на себе і не говорить про свої потреби), невміння встановлювати кордони (звідси й пасивна, а не пряма агресія) і, як наслідок, депресія.

У гіпотетичного тата — теж депресія, однак через невміння давати раду своїм почуттям (це типово для чоловіків), приймати виклики (таке сталося з багатьма в 1990-ті) й долати стрес. У його випадку треба не «кодуватися» від алкоголізму, а вчитися робити все перелічене вище. Разом із психотерапевтом. Дружину він навряд чи послухає, бо терапевтами можуть бути тільки люди ззовні, а не близькі.

У вигаданій карикатурній бабусі чи прабабусі, яка бідкається, зойкає, всіх закутує, готує, прибирає, вишиває, ховається від протягів і хапається за серце — не «маразм», не «поганий характер» і навіть не «стара школа». У бабусі — стареча тривожність. Ця тривожність додає їй хвороб і відбирає сили та роки життя.

Якщо ви помітили, що ваша близька людина стала, чи й була з вашого народження, *не така*, почніть розмови про похід до фахівця.

Тут стане в пригоді хід із сімейним лікарем. Це нормально — ходити до лікаря з кимось. Непацієнт може виявити більше здорового глузду і спокою, на відміну від переляканого чи неохочого хворого, поставить запитання, додасть важливу інформацію до анамнезу. Якщо лікар уважний, і у вашої близької людини справді психічний розлад, він його діагностує та скерує до психіатра і/чи психотерапевта.

Можете одразу піти разом до психіатра чи психотерапевта. Виявляйте уважність і бажання допомогти. Пам'ятайте про явище самозамовчування, коли людина ігнорує свій стан і потреби, тож може навіть не збагнути, що з нею щось не так, і не шукає допомоги. У нашому суспільстві є принаймні два токсичні посили: «Жінка має все терпіти, бо живе заради дітей» і «Чоловіки не плачуть, просто треба випити — і все мине». Це не так. На щастя, в моєму поколінні міленіалів (народжених у 1980-х), особливо серед наймолодших, ці посили поступово втрачають владу над людьми. Треба, щоб усі покоління забули ті антигуманні дурниці, що ними, як бур'янами, поросли наша мова й свідомість.

Стежити за станом. Навіть якщо це невеликі розлади — справді не знаю, як їх описати, аби не знецінити — критично важливо не пропускати прийом ліків, вчасно лягати спати й прокидатися та стежити за харчуванням. Про це може подбати близька людина. Спосіб життя є надважливим компонентом подолання психічних розладів, і саме він є їхньою мішенню: сон порушений, тому людина лягає якомога пізніше, аби заснути від втоми, або не може прокинутися вранці, хочеться солодкого чи багато їжі або ж не хочеться їсти взагалі, немає сил тренуватися і банально виходити з дому, є бажання випити кави чи алкоголю і закурити цигарку, чи всього водночас. Важливо також мати компаньйонів для

«поведінкової активації» — прийому самопомоги, коли ми робимо те, що колись приносило радість, навіть якщо зараз немає ні сил, ані бажання, бо ми не в порядку.

Не треба бідкатися, не треба зойкати і приносити курячий бульйон у ліжечко, не треба звинувачувати в ледарюванні. Це навряд чи вплине або зробить гірше, якщо людина відчує так звану вторинну вигоду від свого стану — «про мене нарешті дбають, це приємно». Будьте поруч і спокійно втягуйте людину у власний здоровий режим.

Якщо є психічні розлади чи навіть передменструальне дисфоричне порушення, існує ризик виникнення суїцидальних думок чи й спроб суїциду. У підлітків, які лікують депресію, на перших порах після початку прийому антидепресантів можуть виникати думки про самогубство. Без перебільшення, життєво важливо бути уважними і турботливими до тих, хто переживає важкий період, та не ігнорувати слова-маркери суїцидальності: «Не бачу сенсу жити», «Краще мені померти», «Ніхто мені не допоможе».

Виявляти емпатію. Емпатія означає розуміння того, що відчуває людина (когнітивна емпатія), і здатність це розуміння показати (афективна емпатія). Емпатія — це не розділити біль і страждати разом. Це і не «співчуваю», кинуте заради годиться. У стосунках із людиною, яка *психічно не в порядку*, емпатія життєво важлива. Це практично єдиний шлях показати своє піклування, небайдужість і розуміння. Деякі розлади і синдроми мають свої зовнішні, описані вище, першопричини: тривалий стрес, травматичний досвід, втрата, соматична хвороба, генетика тощо. Проте коли людина вже перебуває в стані розладу, *очевидної* причини для сліз, неспокою і болю наче немає. Що бачать інші? «Ходила собі людина, працювала, а тут сіла й плаче. Питаємо, що сталося — мовчить або каже, що хоче померти. Тю!»

Як правильно реагувати? По-перше, пам'ятати, що недуга спіткала близьку людину не як грім серед ясного неба: до цього поволи йшло весь попередній час. Навіть коли мова

про ПМС, депресивну фазу біполярного розладу чи пограничний розлад особистості, такий стан є наслідком складних внутрішніх, не очевидних для вас, причин. Це не той випадок, коли людина показово страждає і знаходить у цьому сенс життя. По-друге, показати, що ви розумієте його чи її стан. Можете сказати щось на кшталт: «Я бачу, тобі дуже погано. Чого ти зараз потребуєш? Чим я можу допомогти? Мені побути поруч? Тебе лякає твій стан? Я не можу уявити, що саме зараз в тобі коїться, але бачу, що це дуже важко. Ти наберешся сил, і ми подумаємо, що можна зробити». Це допоможе пережити важкий період.

{ Поміркуйте про емпатію. Нашому суспільству її дуже бракує. }

Попрацюйте над мовою. Це потрібно, навіть якщо з вашими близькими і з вами все гаразд. У нашій мові так багато токсичних виразів, що можна і не мати на увазі нічого поганого, та при цьому автоматично обрати одне з тих формувань, що їх ми безліч разів чули від інших і яке ранить співрозмовника. Ці вислови мають накопичувальний ефект і псують психічне здоров'я людей, котрі не виробили до них «імунітету».

Якщо вам щось не подобається в поведінці іншої людини, то **кажіть це відверто**, а не кричіть (пряма агресія) чи не закочуйте очі (пасивна агресія). На нейтральну фразу співрозмовник може відповісти конструктивно; вам же цього і треба, аге ж? А от пряма агресія породжує агресію у відповідь і конфлікт. «Проковтнути» агресію — означає відчувати себе безпорадно, в позиції жертви, перебувати у фрустрації певний час, а такі відчуття шкодять уявленню про себе та психічній стійкості. У випадку пасивної агресії, власне, так само.

Знецінення — це ще одна закарбована в нашій мові отрута. Знецінюються досягнення, розчарування, проблеми,

здобута інформація, приводи для радості й ментальні розлади. «Буває гірше», «Ну таке, можна було краще зробити», «Рано тішитись», «А кому зараз добре?..» і так далі. Де хто вважає, що применшення значення чужих прикрощів чи хвороб допоможе їх пережити. Дзуськи! Воно переконає іншу людину або у вашій черствості, або у власній нікчемності. Перший варіант ближчий до правди.

Плекання почуття сорому і провини. Уже згаданий улюблений виховний інструмент від Сяну до Дону. Навіть від Карпат до Сахаліну. Християни, педагоги радянської школи та їхні вихованці чомусь вважають, що сором і відчуття провини допомагають людині знайти в собі сили «робити так, як треба». Яскравим прикладом є вислів «Тобі гріх скаржитись», який точно чули всі, хто наважився сказати про те, що зараз йому важко. Якщо ж ви своїми словами цілите і влучаєте в почуття провини людини, яка переживає ментальний розлад або тривалий і сильний стрес, то завдаєте їй значно більшої шкоди. Це заважає одужанню.

Що ж тоді казати?

Не бійтеся висловити **вдячність**, відзначити зусилля та ідеї. Вдячність варто практикувати, адже вона корисна не лише для того, кому дякують, а й для того, хто дякує. Коли ви відзначаєте щось добре, знаходите для цього належні слова, воно відбивається на роботі вашого ж мозку. Мозок розуміє, що сталося щось хороше.

Підтримуйте чужі прагнення, навіть якщо вони вам не подобаються. Краще розпитайте більше, дайте людині розгорнути свої думки довкола нової цілі й діяти. Відповідальність або відраджує щось робити, або мотивує.

Питайте прямо, а не натякайте, використовуйте відкриті запитання, в яких жодна відповідь не закладена. Так, у нашій культурі запитання часто вже є відповіддю, лише

наприкінці додається «Чи не так?..» Усі хочуть показати, як вони бачать інших наскрізь. Але тим самим будують стіни.

Використовуйте «я-висловлювання». Не «Ти мене ігноруєш!», а «Мені дуже неприємно, коли мене ігнорують. Послухай мене зараз». Це не цілить у почуття провини, дає простір для наступного кроку назустріч одне одному і не викликає бажання захищатися.

«Я не знаю, що сказати. Хочеш, я просто побуду поруч?» — ця реакція буває корисною частіше, ніж може здатися. Люди часто самі все знають і не потребують порад. Їм просто потрібне розуміння і відчуття того, що вони не самі.

Підіть до психотерапевта. Фахівець пояснить вам, як краще спілкуватися з людиною, котра переживає психічний розлад, що вона відчуває (їй самій може бути несила це пояснити), що можна і чого не можна робити, як піклуватися про себе.

Піклування про себе — це дуже важливий елемент будь-якої близької взаємодії: чи це виховання дітей, чи догляд за хворими, чи просто робота. Ніхто не мусить «рятувати» інших або ситуацію загалом ціною власної жертви. Між станами «відвернутися від людини, яка переживає важкий епізод» та «довести себе до депресії, живучи з людиною, в якій психічний розлад» є цілий спектр виборів. Що обрати й коли, залежить суто від ваших обставин і ресурсів. Саме тому психотерапія допоможе вам і адекватно реагувати на близьку людину, і знайти баланс у піклуванні про неї та про себе.

1.4. Хронічні хвороби і психічні розлади

З цього підрозділу ви дізнаєтеся, чи не є вигадкою «психосоматика» і як краще називати вияви психічних станів у тілі. Цей розділ також має переконати вас дуже уважно ставитися до власного психічного стану, бо негаразди з ним виливаються в цілком відчутні хвороби, навіть якщо ви вважаєте психологію «мудруванням лукавого».

Розмови про зв'язок психічного стану та хвороб дуже часто — і хибно! — зводяться до езотерики, балачок про душу, карму, долю, спокуту, руйнівну дію негативних емоцій та самонавіювання. За рішення нам пропонують стати білими, пухнастими, вічно усміхненими зручними людьми, які всіх пробачили і не страждають через нездійсненні бажання й несправедливість. Можливо, цього справді можна буде хоч тимчасово досягти, коли легалізують канабіс, ЛСД чи псилоцибін... А тим часом покладаймося лише на доказову медицину та психотерапію.

Можливо, хтось досі вважає, що ходити до психотерапевта або пити снодійне — це «данина моді серед небідних людей із купою вільного часу, а решта — молодці! — і без антидепресантів та годинних розмов у кріслі *якось жили*, працювали і дітей виховували». Так справді було і є, на жаль. Однак ціна залишених поза увагою проблем із психікою чи банально зі сном і головним болем — це не лише «життя зі зціпленими зубами» та складні стосунки в родині й поза нею. Це також і значно більший ризик розвитку хронічних хвороб: серцево-судинних, органів дихання й травлення, виникнення синдрому подразненого кишківника, а також менша тривалість життя. Так, люди з важкими психічними розладами, як-от депресія та шизофренія, живуть на 10-25 років менше, ніж ті, хто таких хвороб не має.

Як вам уже відомо, мозок і периферична нервова система, ендокринна система, імунна система і решта тіла впливають

одне на одного. З одного боку, хронічні хвороби чи гострі стани можуть стати психологічним та біохімічним поштовхом до психічного розладу. Наприклад, в 40% людей, які пережили інфаркт, розвивається депресія. З розладами психіки чи хоча б настрою пов'язані такі хвороби, як цукровий діабет, ожиріння, ревматоїдний артрит і рак [7].

Навіть є таке явище, як спричинений лікуванням пост-травматичний розлад.

З іншого боку, психічні розлади можуть призводити до хвороб, впливаючи на периферичну нервову і ендокринну системи. Так, у людей із психічними розладами вдвічі більший ризик розвитку серцево-судинних хвороб, незалежно від інших факторів. Тобто можна мати здорову вагу і хороший показник рівня холестеролу в крові, та все одно пережити серцевий напад. Розлади також спотворюють спосіб життя.

Людина, в якій тривожність, ПТСР чи депресія, практично завжди погано спить, починає харчуватися не так, як треба, може зловживати чимось шкідливим (алкоголем, солодощами, цигарками), не має бажання виходити з дому і виконувати хоч якісь фізичні навантаження. Часто буває, що банально важко як слід піклуватися про себе.

Психічні розлади та їх цілком органічні наслідки в тілі можуть бути також причиною неуспішного лікування хронічних хвороб. Саме тому важливо не просто давати людям таблетки, а оцінювати їхній загальний стан і пересвідчуватися, чи немає психічних розладів. Їх не так просто помітити, бо в людини є цілком очевидні причини для поганого сну, небажання щось робити, гнітючого настрою і похмурого світосприйняття. А проте дуже важливо зробити людям із хронічними хворобами психологічно *окей*.

Процитую думку фахівців щодо зв'язку хронічних хвороб і психічних розладів. Фелікс Вальбуена, виконавчий директор Суспільного центру медичних і соціальних послуг (Детройт, США) стверджує: «Коли ми бачимо пацієнта з діабетом, який робить усе, що ми призначили, але глікований

гемоглобін* все одно захмарний, дуже часто причиною цього є депресія». Кім Шварц, виконавча директорка Суспільного центру здоров'я Роаноке Чован (Північна Кароліна, США) каже: «Якщо ви зможете вилікувати тривожність і депресію, то матимете стабілізацію чи зміну на краще в перебігу хронічної хвороби» [8].

І це ще не все. Хронічні хвороби, менша тривалість життя і психічні розлади пов'язані ланкою соціального життя і грошей. Тривалі проблеми з фінансами, безробіття, так званий зовнішній хаос («місто сонця, район ХТЗ»** — на вулиці небезпечно, вдома насильство, в школі цькування) — це поширені причини депресії, про які йшлося раніше.

Тепер наведу ще більше фактів, щоб остаточно переконати вас у тому, що не можна нехтувати психічним здоров'ям, навіть коли ви наче й «можете зіпшити зуби і йти далі».

Соматизація. Часто буває так, що людина переживає психічні розлади у вигляді соматичних симптомів. Для цього є спеціальний термін — соматизація, перехід в тіло, або симптоматика без медичного пояснення. Людина може, приміром, регулярно відчувати біль у серці та в інших органах без жодних патологій і при цьому не здогадуватися, що в неї насправді — психічні порушення: уже згаданий розлад соматичних симптомів, синдром тілесних переживань (*bodily distress syndrome*, коли здається, що якась частина тіла не в порядку), розлад тривоги за своє здоров'я, депресія, стресовий розлад чи панічний розлад. Ретельне обстеження не виявляє жодної органічної причини болю і дискомфорту, відтак людину зазвичай ще ретельніше обстежують або лікують чим не шкода, або називають іпохондриком. Усе залежить від того, куди звернулися. Думаю, кожен із нас знає

* Ідеться про аналіз, який використовують для оцінювання того, наскільки сталим є рівень глюкози в крові, тобто чи добре вдається його утримувати в нормі у пацієнтів із діабетом.

** Фраза з пісні «Мальви» гурту «Жадан і собаки». ХТЗ — криміногенний район у Харкові, названий на честь Харківського тракторного заводу.

історії людей, які безуспішно ходять від лікаря до лікаря, обстежуються, а ніхто не може допомогти. Часто вони опиняються в лабетах народних цілителів чи «екстрасенсів», які кажуть, що їм пороблено. У мене також є досвід, коли близька людина переживала панічні атаки і соматизувала тривогу й нестерпність невизначеності, зверталася до фахівців, робила (неефективні) голковколювання і масажі, а я була певна, що це акторська гра. Я не мала рації. Тому хочу ще раз наголосити:

коли нам зле, ми не вигадуємо, навіть якщо для цього немає причини (так званої органічної причини), яку можна побачити на ЕКГ чи звіті з лабораторії. У випадку незрозумілих, але частих і різноманітних скарг треба шукати не заздрісну сусідку, яка наврочила, а психічний стан, що лежить в основі цих відчуттів. Це не лікується командою «Та заспокойся і припини» — це лікується психотерапією та/або медикаментами [9].

Утім, психічні розлади можуть суттєво збільшувати ризик виникнення справжніх соматичних хвороб.

Зміни способу життя. Психічні розлади, ба навіть тимчасові порушення настрою, в більшості випадків призводять до зміни способу життя в гірший бік, а саме:

- від 15% до 30% людей із депресією, тривожністю, ПТСР, біполярним розладом, шизофренією, психозом зловживають алкоголем;
- люди з тривожним розладом мають на 40% більший ризик стати курцями і майже на 60% вищі шанси узалежнитися від нікотину;
- серед людей, які переживають шизофренію та епізод психозу, значно більше курців, ніж серед тих, хто має інші типи розладів, та осіб без розладу в цей момент;

- 60-70% людей у стані депресії є недостатньо фізично активними і з великою вірогідністю ведуть сидячий спосіб життя. Нагадаю*, що адекватним рівнем фізичної активності є щонайменше 150 хвилин інтенсивних вправ на тиждень (серце калатає, говорити в цей час складно) і бодай 30 хвилин помірної фізичної активності на день;
- люди в стані депресії, біполярного розладу та шизофренії схильні їсти більше і калорійніше, ніж люди без проблем із психікою. Приблизний надлишок становить 200–400 та більше ккал на добу;
- найгірше — зі сном. Практично всі згадані стани супроводжуються порушенням сну: труднощі із засинанням, передчасне прокидання, сон поганої якості (надто коротка фаза глибокого сну), жахіття в снах [10].

Такі зміни в способі життя атакують психічне здоров'я з двох боків. Перший — це вплив на фізичний стан:

- компульсивне переїдання і брак сну спричиняють збільшення маси тіла без супутнього утворення м'язів;
- усі згадані чинники підводять до хронічних хвороб, які, своєю чергою, посилюють психічні розлади;
- нездоровий раціон, алкоголь і хронічний стрес руйнують мікрофлору кишківника, від якої залежить дуже багато — від харчових преференцій до запалення в мозку;
- калорійний цукрово-алкогольний раціон без магнію, вітамінів групи В і повноцінного білка спотворює баланс нейромедіаторів у мозку. Ацетилхолін, серотонін,

* Більше про норми і види фізичної активності читайте в першій книжці серії «Оптимістично про здоров'я» видавництва *Yakaboo Publishing* — «Ви це зможете! Сім складових здорового способу життя», Дарка Озерна, 2020 рік.

дофамін та мелатонін практично не мають із чого утворитися.

Другий бік—це погіршення самопочуття і самосприйняття:

- кепське сприйняття себе як особистості й свого тіла («Я безвольна жирна...», «Так, я стаю алкоголіком...»), що тільки підсилює розлад;
- малорухливий спосіб життя і відчуття сорому за себе та своє тіло стають на заваді поведінковій активації (людина сидить удома і геть зводить нанівець шанси завдяки спілкуванню чи тренуванню *намайнити** нейромедіатори серотонін й ендорфіни, які зараз життєво необхідні);
- куріння та поганий сон посилюють тривожність. Точніше, тривожна людина мусить постійно курити, аби підтримувати «нормальний» стан. А поганий сон мозок сприймає як сигнал тривоги, а отже—наша пісня гарна й нова.

Хвороби серця. У людей із психічними розладами вдвічі частіше розвиваються серцево-судинні хвороби, ніж у тих, хто ніколи не мав розладів. Зв'язок стану мозку й настрою та серцево-судинних хвороб є статистично достовірним, навіть якщо усунути вплив інших чинників, що супроводжують депресію, тривожність чи ПТСР, як-от куріння, зловживання алкоголем, порушення сну і неналежне піклування про себе. До слова, серцево-судинні хвороби є головною причиною передчасної смертності в Україні [11].

Навіть коли біохімічні показники крові в нормі, депресія, ПТСР, тривожний розлад, хронічний стрес, а також

* Майнити—сленгове слово, що походить від англійського *mining*—видобування копалин у шахті або криптовалюти на серверах. Мені подобається вживати це дієслово щодо нейромедіаторів, адже для того, щоб у нейронах утворилися серотонін, дофамін, ендорфіни, ендоканабіноїди, треба докласти зусиль.

схильність до негативної афектації чи ворожості все одно збільшують ризик розвитку серцево-судинних хвороб або субклінічних станів (тобто ще трохи — і хвороба). Крім цього, в людей із групи ризику емоційні реакції можуть спровокувати серцевий напад. Коли в кіно показують, як драма викликає інфаркт, це не таке вже й перебільшення, на жаль [10, 12].

Імунна система. Коли в мозкові не все гаразд, так звані емоційні контури мозку тривожні, в тілі запускається реакція запалення. Прозапальні речовини з'являються і в мозку, і в решті тіла та ведуть і до депресії, і до хронічних хвороб. Тобто нервова система впливає на імунну.

З іншого боку, проблеми з кишківником можуть призвести до запалення в центральній нервовій системі й розвитку депресії. Чому це так? Клітини вистилки кишківника формують між собою міцну стіну, але коли ми їмо надто мало клітковини чи взагалі вирішуємо не їсти, бактерії товстого кишківника починають під'їдати слиз і кишківник. Той стає частково проникним (підтікає), і рештки бактерій потрапляють у кров. А це вже сигнал бойової тривоги для імунної системи. Високий рівень запалення в тілі дає про себе знати як втома, небажання рухатися, спілкуватися, тривожний і поганий настрій, туман в голові. Тобто дуже нагадує симптоми депресії.

На щастя, народний міф про те, що «образи руйнують імунітет» наукові дослідження не підтверджують. І за це дякуємо [13].

Крім цього, тривожність та депресія в дорослих і дітей бувають пов'язані з atopічним дерматитом, коли на шкірі ні сіло ні впало з'являються червоні шорсткі плями. При цьому лікування дерматиту призводить до поліпшення ментального стану. Лікарям, до яких звертаються щодо atopічного дерматиту, радять цікавитися в пацієнтів, що в них із настроєм і чи немає суїцидальних думок. Це допомагає виявити недодіагностовані випадки депресії або тривожного розладу [14].

Синдром подразненого кишківника. Це поширена, але «нерозкручена» на наших теренах хронічна хвороба, що сигналізує про себе періодичними болями у животі, здуттям, діареєю або закрепамми, а також метеоризмом. Відомий факт, що страх, стрес і тривога відчуються в животі як нудота, або спазм, або діарея. Проте у випадку синдрому подразненого кишківника психічний стан і кишківник діють один на одного постійно і систематично, взаємно поглиблюючи проблему. Від 54% до 94% людей із синдромом подразненого кишківника мають супутні психічні порушення. Причин для розвитку цього синдрому може бути багато, й одна з них — це збої у «спілкуванні» мозку і кишківника та надмірна, невиправдано часта активація симпатичної нервової системи. Мозок сприймає сигнал кишківника «Я в стані стресу», або мозок в стані тривожності каже кишківнику: «Охрана, отмена, спиняємо скорочення, в нас стрес».

Крім порушеної комунікації мозку і кишківника та зсуву балансу автономної нервової системи в бік бентеги, синдром подразненого кишківника посилює депресію чи тривожність, як це роблять й інші хронічні стани. Його непросто тримати під контролем — хоча цілком можливо — і людина живе в постійному очікуванні болю в животі та проблем зі стулом у найменш відповідний момент [15].

Як ви бачите, все пов'язано з усім. Саме тому лікувати симптоми настільки неефективно, а оминати увагою свій психологічний стан аж ніяк не можна. Та якщо знати про такий попідвиверт, можна свідоміше сприймати власне здоров'я, стати чутливішим та, зрештою, спокійнішим. Тепер ви розумієте, що хвороби, які нібито казна-звідки взялися і погано лікуються, а фахівці бідкаються та розводять руками — це не «вроки», не «родове прокляття», а цілком фізичні, збагненні й тому контрольовані речі.

2. Фізичні основи «духовної сфери»

Це вступна частина, яка ознайомить вас із основними поняттями, потрібними для розуміння подальшої оповіді про емоції, настрій та зв'язок мозку й решти тіла. Вам не конче запам'ятовувати всі терміни, які тут згадуються. Краще спробуйте уявити те, про що йдеться. Крім того, в цьому розділі ми розглянемо важливу тему нейропластичності. Саме нейропластичність лежить в основі подолання психічних розладів, зміни схем поведінки, навчання, забування поганого та збереження ясності розуму (когнітивних здібностей) упродовж усього життя. Ці знання ви вже зможете застосовувати.

2.1. Нейронні мережі та пластичність

Як працює мозок і що таке свідомість, досконало і вичерпно не знає ніхто. Утім, нам досить точно відомо, що мозок складається з нейронних мереж — мільйонів нервових клітин, що взаємодіють між собою і буквально спілкуються. Завдяки цьому ми можемо навчатися, мислити, пам'ятати, забувати, навіть певною мірою відновлюватися після травм мозку.

А зараз — згадаймо біологію. Кожен нейрон оточений багаточисловою оболонкою і дуже сильно галузиться. Довгі відгалуження — це аксони, їх розміри можуть сягати кількох метрів. Короткі відростки називаються дендритами. Місце, де один нейрон своїм відростком взаємодіє з іншим нейроном чи м'язом, — синапс. Скупчення тіл нейронів, тобто частин, від яких відходять відгалуження, називаються гангліями, або нервовими вузлами. Нейрони оточені численною

групою підтримки — нейроглією. Один тип гліальних клітин (астроцити) дбає про живлення нейронів і утворення синапсів; другий (олігодендроцити) утворює оболонки довкола нервів, а третій (мікроглія) — це насправді клітини імунної системи — макрофаги, що є в мозку.

Нейрони дуже вибагливі до їжі: на відміну від решти клітин тіла, здатних окислювати жири та амінокислоти, джерелами енергії для нейрона служать виключно глюкоза і кетонові тіла. Саме тому, коли ми зголодніли, «голова гірше працює», а до життя без вуглеводів, якщо раптом такий період настав у вашому житті, ми звикаємо лише через декілька днів — це обмін речовин переналаштовується на утворення кетонових тіл.

Оболонки довкола нейронів дуже багаті на холестерол та омега-3 поліненасичені жирні кислоти. При цьому холестерол мозок ззовні не отримує — він одразу синтезується в ньому. А ось омега-3 жирні кислоти мають знову і знову надходити до тіла з їжею. Тепер ви знаєте, звідки ростуть ноги у фрази «Їж рибу, вона корисна для мозку».

Насамкінець треба зазначити, що так просто будь-яка молекула до мозку не потрапить, адже від крові нейрони відокремлює вибірково проникний гематоенцефалічний бар'єр. Це важливий момент, оскільки далеко не всі ліки чи амінокислоти можуть легко потрапити до нейронів. Про це треба буде згадати, коли йтиметься про лікування різних станів і піклування про мозок.

Поверхневий заряд нейронів у стані спокою та збудження — це результат роботи іонних каналів. Вони перекачують іони натрію, калію, кальцію, хлору по різні боки мембрани*. На це витрачається енергія. Саме тому мозок поглинає так багато енергії, незалежно від того, чи він в стані спокою, чи обмірковує план порятунку людства, зраду в соціальних межах або фіналістів Ліги чемпіонів. Коли заряд докочується

* Мембрана — це оболонка клітини, утворена двома шарами молекул жирів та білками, що закріплені в її площині. Мембрана має вибірково проникність, тобто не всяка молекула може зайти в клітину чи покинути її.

до з'єднання нейронів, тобто синапсу, в цьому місці зі збудженого нейрона виділяється нейромедіатор — молекула, яка передає іншому нейрону інформацію, що йому робити. Під час збудження чи гальмування нейрона мембрана по всій його довжині змінює заряд (із позитивного на негативний чи навпаки). Це схоже на те, як займається шнур Бікфорда чи просто згорає доріжка пороху.

Спілкування всіх клітин нашого тіла між собою відбувається за посередництвом сигнальних молекул: гормонів, нейромедіаторів, цитокінів*, факторів росту чи факторів смерті. Щоб сприйняти сигнал від іншої клітини, потрібно мати рецептор — білок на поверхні чи всередині клітини, до якого приєднується сигнальна молекула. Взаємодію рецептора і його ліганда (молекули, здатної приєднатися до рецептора) часто описують як ключ і замок: вони пасують одне одному, рецептор-замок відкривається, тобто змінює свою форму так, що починає передавати сигнал далі — сигнал посилений і «зрозумілий» цій клітині. У відповідь на сигнал клітина з рецептором щось робить:

- змінює заряд мембрани і клітина збуджується або гальмує;
- упродовж тривалого часу збуджується/гасне, немов миготить;
- скорочується, якщо це м'яз;
- виділяє гормони, цитокіни;
- виділяє травні ферменти чи інші сполуки;
- починає ділитися чи помирати;
- міняє роботу своїх генів (і це — головне).

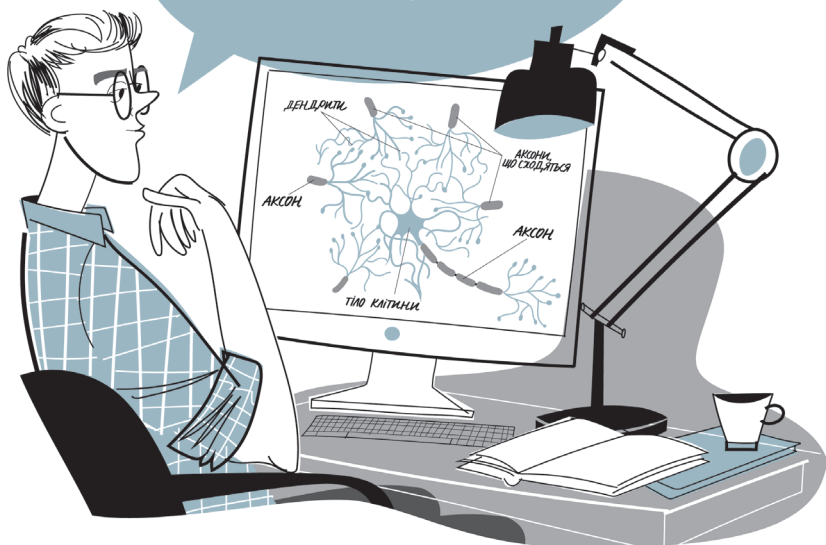
* Цитокіни — молекули, за допомогою яких клітини імунної системи спілкуються між собою.

Це загальний принцип спілкування клітин багатоклітинного організму. І в нашому мозкові він діє так само.

Нервова система — це динамічна мережа, яка сама всередині себе спілкується, навчається, створює нові нерви і дає загинути іншим. Ділянки мозку, що виконують спільну роботу: приймають рішення, опрацьовують зовнішні та внутрішні сигнали, формують емоції тощо, об'єднані в так звані нейронні контури.

Як можна уявити роботу нейронних мереж? Вона схожа на людські контакти. Ми знайомі з багатьма людьми, наше коло спілкування повсякчас розширюється, проте лише з деякими ми зав'язуємо повноцінні контакти: дружбу, кохання, співпрацю, ворожнечу. Щоб ці функціональні зв'язки

*ОЦЕ ТАК НЕРВИ!
Я ХОЧУ ФУТБОЛКУ
З ТАКИМ ПРИНТОМ.*



існували, їх треба підтримувати: бачитися, щось робити спільно, розмовляти. Без цього зв'язок слабшає і зникає. Те саме з нейронами. Кожен із них поєднується дендритами з сотнями інших нейронів, однак тільки там, де виникає передача сигналу і збудження, зв'язки підтримуються і на нейронах утворюються нові дендрити, а самі нейрони не гинуть. Завдяки цьому явищу ми можемо, приміром, навчатися і запам'ятовувати. Різноманітне, цікаве середовище сприяє тому, що нейрони утворюють нові відростки-дендрити (цей процес називається галуженням) та нові зв'язки з іншими нейронами. Особливо це важливо в ранньому дитинстві.

Здатність нейронних мереж до перебудови, утворення нових нейронів і загибелі інших у відповідь на дію внутрішніх та зовнішніх чинників, а також до відновлення після травми чи стресу, називається **нейропластичністю**.

Нейропластичність — явище динамічне. Залежно від обставин вона то краща, то гірша, але з часом може втрачатися. Тоді з'являються труднощі з пригадуванням, запам'ятовуванням, вивченням нового, утриманням балансу і спритністю. Втрата нейропластичності й одночасна загибель нейронів відбуваються в періоди хронічного стресу і при нейродегенеративних захворюваннях.

Що робити, аби нейронні мережі функціонували довго і повноцінно, були здатні перебудовуватися відповідно до наших потреб? Якщо спрощено, то основні поради такі.

- **Перебувати, бодай інколи, в так званому збагаченому середовищі та приймати життєві виклики.** Термін «збагачене середовище» походить із дослідів на мишках, які можуть жити і в нецікавій клітці, де є їжа, вода й кубло, й у вольєрі з іграшками, драбинками, лабіринтами, схованками, колесами для бігу — в такому собі мишачому диснейленді. Для людей «збагаченим

середовищем» буде здорова альтернатива тюрмі, лікарні або тривалій добровільній чи вимушеній ізоляції в квартирі: спілкування, нові контакти, подорожі тощо. Тобто це щось цікаве, але до певної міри незвичне, нове. Люди, які на пенсії продовжують працювати, «аби не сидіти вдома», чинять мудро (не враховуючи потреби заробітку). Вони підтримують свої нейрони.

- **Вчитися.** Сам процес навчання і є застосуванням нейропластичності. Досвід опанування іноземних мов, роки освіти, гра на музичних інструментах чи навіть прослуховування достатньо складної музики змушують нейрони встановлювати контакти, аби закріпити нові знання. Це перевірено і на тваринах, і на людях.
- **Налагодити сон.** Безсоння чи порушений зупинкою дихання (апноє) сон пов'язані зі зменшенням розміру гіпокампа — ділянки мозку, що відповідає за запам'ятовування і пригадування. У людей, які постійно погано та/чи мало сплять, практично завжди бувають перепади настрою, провали в пам'яті та кволу «виконавча функція» мозку (тобто здатність робити те, чого від нас очікують, і приймати рішення). У них також сильно пригнічене утворення фактора росту нервів (*BDNF, brain-derived neurotrophic factor*) і, як наслідок, сповільнений нейрогенез (утворення нових нервів). Надія є — бодай рік нормального сну, з дотриманням усіх порад щодо його гігієни, відновлює нейрогенез, зміцнює пам'ять та позитивно впливає на виконавчу функцію мозку.
- **Зменшити запалення.** Запалення — це процес, що супроводжує початкові стадії імунної реакції та загоєння ран. Проте бувають реакції запалення, зумовлені не фізіологічною потребою, а фізіологічними збоями, які роблять тільки гірше. Прикладом є запалення, зумовлене порушенням цілісності стінок кишківника і потраплянням решток бактерій, які в ньому живуть,

у кров. Таке запалення може зачіпати навіть мозок і шкодити його пластичності. Інші приклади— запалення вісцерального жиру (того, що оточує внутрішні органи і робить живіт схожим на тугий кавун) чи в атеросклеротичних бляшках усередині кровоносних судин. Запалення можна зменшити, якщо обмежити калорії (їсти так, щоб залишатися трохи голодним), вдатися до інтервального голодування (робити тривалі проміжки між прийомами їжі чи влаштовувати день без їжі*), стежити, аби в раціоні були поліненасичені жирні кислоти (різні види олії, риба, горіхи, насіння), ягоди, какао, а основу раціону становила рослинна їжа.

- **Медитувати.** Медитація— це розумова практика, що полягає в зосередженні плин думок довкола однієї теми, відчуття в тілі чи почуття. Люди, які медитують регулярно й давно, мають кращу нейропластичність, вони здатні легше переживати стресові ситуації.
- **Бути фізично активними.** Фізична активність пов'язана з кращою академічною успішністю в школярів, людям, які в середньому віці постійно тренувалися, менше загрожує деменція, а фізична активність у старшому віці сповільнює нейродегенеративні процеси. Такі дива— це результат кількох процесів, що запускає в нашому організмі фізична активність: синтез *BDNF*, допомога в подоланні стресу, зменшення запалення, поліпшення сну. Тобто все перераховане вище [16, 17].

Як ви бачите, про що б не йшлося, все, зрештою, зводиться до здорового способу життя.

На завершення підрозділу хочу озвучити тезу, яка в книжці повторюватиметься не раз: *наші настрій, плин думок, сприйняття себе й світу, когнітивні можливості— себто стан*

* У деталях інтервальне голодування описане в першій книжці серії «Оптимістично про здоров'я», що вийшла в *Yakaboo Publishing*— «Ви це зможете! Сім складових здорового способу життя».

мозку—змінюються, і навіть коли щось пішло не так й розбалансувалося, ми маємо непогані шанси знову все налагодити. Бо мозок—пластичний. Багато що можна виправити, а незворотнім змінам, як-от хвороба Альцгеймера, певною мірою можна запобігти чи відтермінувати їх у часі.

2.2. Нейромедіатори

Цей підрозділ допоможе вам дізнатися все про сполуки, за допомогою яких нейрони спілкуються між собою. Також ви зрозумієте, як можна запобігти деяким негараздам із нейромедіаторами. У книжці ми постійно звертатимемося до цих понять.

Нейрони спілкуються один із одним та з ефекторними органами (м'язами, залозами внутрішньої секреції) за допомогою нейромедіаторів. Різні нейрони за різних обставин виділяють різні нейромедіатори, даруйте за банальність і тавтологію. Популярні джерела подекуди намагаються описати нейромедіатори стисло і яскраво, називаючи їх «гормоном щастя», «гормоном любові», але цим лише множать помилки і непорозуміння. По-перше, вони не є гормонами за визначенням, адже гормон—це речовина, що в одному місці утворюється, а в інші потрапляє кровотоком і там діє. А нейромедіатори виділяються від нейрона до нейрона, причому в певних ділянках мозку, як-от передня кора півкуль, чи так звані дофамінові контури, чи амигдала тощо. Хоча є й винятки: приміром, серотонін з окситоцином можуть бути і нейромедіаторами, і гормонами, залежно від того де саме в тілі вони виділяються. По-друге, визначати нейромедіатори за функціями теж не годиться, адже їхня дія відрізняється залежно від типу рецептора, що їх сприймає, типу самої клітини та інших обставин. Сама по собі молекула серотоніну не є гарантією відчуття щастя.

Практично всі порушення настрою, психічні розлади чи синдроми супроводжуються зміною балансу нейромедіаторів та/або чутливості до них нейронів. Щоб мозок відчув радість, потрібен не привід для радості, а передусім молекули певного нейромедіатора і його рецептори на нейронах. Може бути навіть не нейромедіатор, а речовина, яка його імітує.

{ Так, власне, і діють наркотичні речовини — приво- }
ду для радості (чи спокою) немає, а відчуття є. }

Крім цього, терапія різних психічних станів здебільшого також передбачає медикаментозний вплив на утворення, швидкість руйнації чи блокування дії певних нейромедіаторів.

Краще, звісно, мати і приводи для позитивних емоцій, і нейромедіатори, і функціональні рецептори, але в житті буває різне. Наприклад, у разі клінічної депресії знижується утворення серотоніну; стан апатії, порушення сну і прагнення солодкого супроводжуються зниженням синтезу дофаміну, а якщо є ПТСР, нейрони втрачають чутливість до гамма-аміномасляної кислоти (ГАМК). До слова, саме це в лікуванні депресії чи біполярного розладу багатьох і лякає: «Якась хімія діятиме на мозок!..» Ці побоювання можна зрозуміти. Згодом я розповім про фармакологічну терапію і перестороги щодо неї, а поки скажу таке: коли ви п'єте каву, зелений чай чи алкоголь, курите нікотин чи канабіс, ви так само дієте «хімією» на рецептори нейромедіаторів свого мозку. Однак лікар цього вам не прописував, і дещо справді може нашкочити. А зараз — час ознайомитися з нейромедіаторами.

Найпоширенішим нейромедіатором збудження є **глутамат**. Більшість нейронів має до нього рецептори і може його виділяти при спілкуванні, зокрема й під час утворення нових функціональних нейронних контактів.

З глутамату утворюється інший нейромедіатор — **гамма-аміномасляна кислота**, функція якої — викликати гальмування нейронів. Гальмування — це не щось погане, воно дуже навіть корисне, адже нейрони мають «загорятися» активністю в потрібному місці у потрібний час, а не «палати» постійно, інакше ми не зможемо ані зв'язно думати, ані завершувати справи. Наприклад, стан вигорання, коли все стає «по барабану», а від роботи чи тренувань просто нудить, зумовлений надлишком глутамату й серотоніну (ніякий він не «гормон щастя», як бачите) і браком ГАМК і дофаміну. Рецепторів до ГАМК бракує нейронам людей із ПТСР. Дію ГАМК кожен із нас бодай раз у житті імітував уживанням алкоголю або транквілізаторів.

Завдяки виділенню **ацетилхоліну** в корі великих півкуль головного мозку ми мислимо, вчимося та щось згадуємо. Ефект ацетилхоліну постійно імітують курці тютюну: його нейронні рецептори здатні зв'язувати нікотин і активуватися ним, наче ацетилхоліном. Тому курці завдяки цигарці *наводять різкість*, збираються з думками і знижують свою тривожність, яка без дози нікотину зростає.

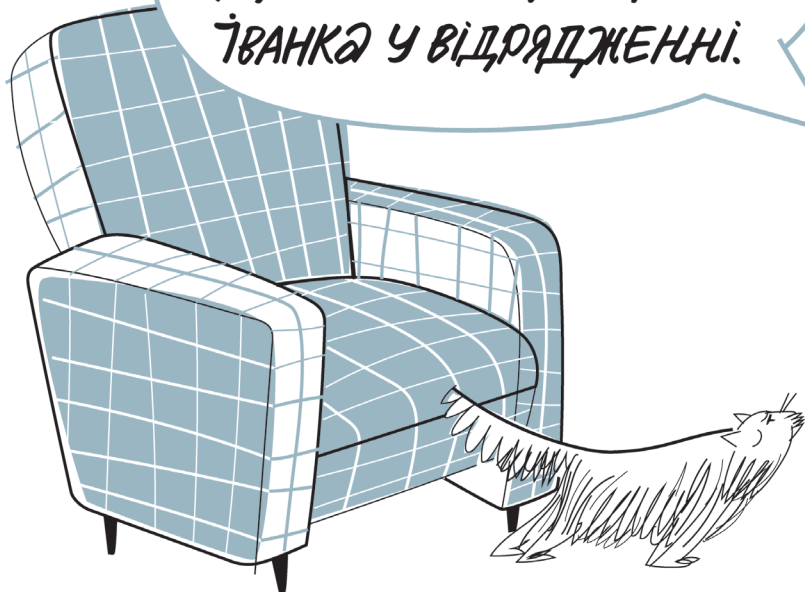
Такого, щоб ацетилхолін, як і інші медіатори, зовсім не виділявся, не буває. Але часто наш мозок утворює його недостатньо добре, і ми при цьому відчуваємося роздратованими і нездатними зосередитися. Причиною цього цілком може бути не наша «нікчемність», як це може здатися, а брак вітаміну B1, потрібного для синтезу ацетилхоліну. *А наколювати належну дозу вітаміну B1 не так-то просто: для цього треба їсти зелений горошок, паростки сої чи зелені соєві боби і водночас досить обмежено споживати алкоголь і солодощі.*

Ендорфіни годяться на роль «молекул щастя» більше, ніж інші нейромедіатори, адже їхня дія така ж, як в опіуму — радісне піднесення і затьмарення розуму. Тому їх і охрестили «внутрішніми морфінами». Роль ендорфінів полягає

не тільки в забезпеченні нас задоволенням від сексу чи солодощів, а й у знеболенні під час інтенсивних тренувань, *BDSM*-практик і споживання гострої їжі.

Недалеко від них втекли **ендоканабіноїди** — нейромедіатори і паракринні сигнальні молекули, які діють на ті ж рецептори, що й активні речовини канабісу. Роль ендоканабіноїдів — це насамперед знеболення, а також вплив на харчову і сексуальну поведінку. Крім як закурити ґанджу, збагачити мозок ендоканабіноїдами ми можемо під час тривалої пробіжки, яка після болю і втоми переростає в дивний стан

*ХОДИ ДО МЕНЕ, БУСЮ!
МЕНІ КОНЧЕ ПОТРІБНА
ДОЗА ОКСИТОЦИНУ, ПОКИ
ЇВАНКА У ВІДРЯДЖЕННІ.*



піднесення, відомий як *runner's high*, себто ейфорія бігуна. Еволюційний зміст тут очевидний — наші пращури багато бігали і витримували це лише тому, що організм міг собі сам допомогти знеболенням.

Дофамін — нейромедіатор, поширений у нейронних мережах, залучених до прийняття рішень, і часто згадуваний в інтернеті. Залежно від місця його виділення в мозку та рецепторів, що його сприймають, дофамін може брати участь у самозаохоченні до спорту, куріння або іншої діяльності, від якої нам добре, в прийнятті рішень та задоволенні



від підтвердження наших здогадів, у радісному очікуванні на приємність. Він відповідає також за адекватне сприйняття дійсності, сексуальну й харчову поведінку. Виділення і сприйняття дофаміну *ламається* у випадку паркінсонізму, РДУГ, шизофренії. А в людей, схильних до азартних ігор чи інших залежностей, часто бувають особливі стосунки з дофаміном: або рецептори особливі, або нейронні ділянки «дофамінової насолоди» нетипово збільшені.

Ще одна суперзірка серед нейромедіаторів — це **серотонін**. Сама назва серотоніну перекладається як *сироватка бадьорості*, і це він допомагає нам січневого ранку енергійно крокувати під першим у цьому році яскравим сонцем, це він потім стримує нас від того, щоб напхатися в офісі солодоців (бо нам і так добре), й підтримує лібідо, яке зароджується в мозку, а не там, де прийнято вважати. Брак серотоніну чи його надто швидка руйнація спостерігаються при депресії, сезонному афективному порушенні і навіть ПМС, тому медикаментозна терапія спрямована на нормалізацію метаболізму серотоніну в мозку.

Серотонін може діяти і як гормон, адже левову частку серотоніну виділяють клітини кишківника, але з кровотоку до мозку він не потрапляє. Існує важливий нюанс синтезу серотоніну. Аби він утворювався в нашому мозкові, потрібні амінокислота триптофан і вітамін В6. З ними часто буває суцужно, особливо якщо раціон далекий від піраміди здорового харчування, а м'язи давно не відчували навантаження. Про це ми ще поговоримо.

Нейромедіаторів ще дуже багато, але тепер ви знаєте головних гравців нейронних мереж, від яких залежать порушення настрою і психічні розлади. Більшість препаратів, що використовуються в психотерапії, продовжують, блокують чи імітують їх дію.

2.3. Наш мозок та інші сторони*

Американський психіатр професор Деніел Сігеля описує мозок як «самоорганізований процес обміну електрохімічною енергією між мозком і тілом та з іншими індивідами». Про людську свідомість він каже, що це «вбудований процес, який регулює потік енергії та інформації». Коли мозок і тіло починають взаємодіяти, регуляція потоку енергії та інформації відбувається «не лише в нейронних контурах і синапсах головного мозку, а й в усьому тілі, в розгалуженій у ньому нервовій системі». Процитовано за [18]. Раджу підписатися на Daniel J. Siegel у твітері. Мозок і тіло пов'язані. Про це і поговоримо в цьому підрозділі, аби ще більше переконатися у важливості психічного здоров'я та емоцій. У нашому суспільстві їх або недооцінюють, або вважають, що достатньо лише сили волі чи якогось духовного прозріння, аби усе стало на свої місця.

Сувора правда інакша:

- так просто взяти і заспокоїтися не вийде, хай би як нас про це просили інші люди, тому треба вчитися давати емоціям лад, а не просто приховувати їх;
- якщо ігнорувати свій емоційний стан і настроїв, зрештою доведеться лікувати не лише психіку, а й хронічні хвороби, позаяк їх об'єднують спільні фізіологічні процеси.

Але:

- навіть у дорослому віці, навіть якщо вас виховали й оточують неврівноважені люди, можна навчитися впорядковувати свої відчуття. Не всім і не завжди це вдається, бо ми живі люди, але все одно — *бенгега* не така *непозбувна*, як здається;

* Парафраз назви збірки есеїв Кармен Марії Мачадо «Ії тіло та інші сторони» (переклад Марти Госовської, ВСЛ, 2020).

- психотерапія, медикаментозне лікування, зміна способу життя, вміння переживати стрес — працюють. Свій психічний і фізичний стан цілком можливо поліпшити завдяки роботі над змінами.

Думки та емоції *живуть* у мозку, причому єдиної нейронної комірки для радості й окремої для суму не існує. Поява, усвідомлення і сякий-такий контроль емоцій і нашого самопочуття — це результат взаємодії різних ділянок головного мозку та сигналів від решти тіла, а також навчання тонкого мистецтва порозуміння з ними, що триває все наше життя. Ми усвідомлюємо, тобто можемо назвати словом, лише частину наших психологічних станів. В емоційній реакції на зовнішні стимули беруть участь кора великих півкуль і підкіркові структури, як-от смугасте тіло (*стриатум*) та еволюційно стародавні структури мозку: амигдала, гіпоталамус і гіпокамп та інші. Я навмисне не називатиму всіх анатомічних елементів, аби ви не кинули читання, наразившись на ще чотири рядки химерних слів.

Пов'язані між собою ділянки мозку, тобто так званий емоційний контур, що відповідає за формування емоцій, називаються **лімбічною системою**. Вона діє як бортовий комп'ютер: є вхід інформації від периферійних датчиків, є її опрацювання, і є вихідні команди, скеровані до інших частин мозку чи периферії тіла. Власне, такий принцип і лежить в основі роботи будь-чого в нервовій системі. Частина мозку, що *думає* (тобто префронтальна кора півкуль), здатна частково контролювати лімбічну систему, проте система може діяти й сама по собі, особливо коли ми тривалий час *не в порядку*. Коли ми дуже швидко і надемоційно реагуємо на якусь *зраду* чи на те, що її нагадує, це і є приклад роботи лімбічної системи без контролю з боку мудрої префронтальної кори півкуль. Про це важливо пам'ятати, коли йдеться про контроль емоцій.

Первинним, еволюційним призначенням лімбічної системи був захист індивіда і виду, тобто самозбереження та

розмноження. Крім обробки емоцій і оцінки значущості зовнішніх сигналів, лімбічна система також декодує емоції в команди для нижчих структур нервової системи та залоз внутрішньої секреції. Саме це декодування болю втрапи стосунків із коханою людиною стає цілком конкретним, а не алегоричним, «болем в серці». Крім того, ці ділянки мозку беруть участь у мотивації, заохоченні й пам'яті. Емоційний чи стресовий досвід запускає в контурі лімбічної системи патерн активації, і в кожного з нас цей патерн свій. *Патерн* дослівно перекладається як орнамент, і цей термін описує силу, тривалість, амплітуду, власне, характер збудження нейронного контуру чи якоїсь ділянки. У когось контур стресу і переживань трішки проактивується і затухне, а когось буде довго і тяжко штормити.

Цікавий факт: лімбічна система відчуває та згадує запахи раніше, ніж ми це усвідомлюємо, і нишком від передньої кори великих півкуль керує нашою поведінкою та спогадами.

Яскравим прикладом того, як спрацьовує лімбічна система, є огидне відчуття страху і нудоти, коли проходиш повз неприватну стоматологію і вдихаєш запах незаражувача «старої закваски». Так, мабуть, і запах спирту назавжди закарбується в нашій свідомості як спогад про самоізоляцію навесні 2020 року.

Найголовнішим зв'язківцем між мозком, емоціями і рештою тіла є **гіпоталамус**. Давні греки вважали, що в ньому живе людська душа—в невеличкій, але надзвичайно важливій ділянці мозку. Якщо знати, скільки функцій виконує та контролює гіпоталамус, то фантазія еллінів не здивує: від терморегуляції та рівня глюкози в крові до виділення низки гормонів, статевої поведінки і відчуття циркадних (довколаденних) біоритмів. Оргазм, кров'яний тиск, голод і насичення, спрага—їх всіх координує гіпоталамус. Він діє і як ендокринний орган, і як сукупність нервових вузлів, що

контролює інші ділянки нервової системи, зокрема — автономної, розташованої в довгастому і спинному мозку. Гіпоталамус залучений також до процесу **інтероцепції** — відчуття того, що діється в нашому тілі.

Як це працює? Уявімо, що ми переходимо дорогу на зебрі, аж раптом, без найменшого гальмування і ввічкнення поворотників, на нас повертає авто і ледь не збиває — на щастя, ми на це зреагували. Стоїмо, подумки чи вголос лаємося, вмить спітніли, серце калатає. І нас ще якийсь час тіпає. Що сталося? Бічним зором ми помітили авто, і в голові зреагували таламус і зорова кора, від яких пішов сигнал до мозочка — і ми відскочили. Крім цього, пішов сигнал до гіпоталамусу, а від нього — до симпатичної нервової системи і наднирників, а в результаті цього стався викид адреналіну в кров. Усвідомлення того, що відбулося, могло дійти до кори великих півкуль і свідомості пізніше. За калатанням серця і жаром в тілі ми в ретроспективі розуміємо, що перелякалися. Це і є приклад інтероцепції, сприйняття загрозованих сигналів і переживання емоцій.

Головним трансформатором зовнішніх сигналів у емоції є **амигдала** — еволюційно стародавня ділянка мозку, що справді нагадує мигдаль. Коли ми в натовпі, на нас кричать, довкола шумно тощо, амигдала активується і передає далі патерн «тривоги». Тривала дія стресу робить амигдалу надто чутливою, і вона починає реагувати навіть у тих випадках, коли це не виправдано. В основі такої реакції лежать зміни в роботі іонних каналів-переносників калію на поверхні нейронів, тобто явище цілком конкретне і не духовне. При цьому інші ділянки мозку, зокрема префронтальна середина кора та гіпокамп, які могли б притлумити відчуття страху, нічого компенсувати не можуть. Наказати заспокоїтися іонним каналам нейронів амигдали не вийде. Інколи мені здається, що амигдала середньостатистичного українця чи українки схожа не на мигдаль, а на «улюблений мозоль», який повсякчас травмується, болить і нагадує про себе.

Якщо нас цькували в школі, амигдала ще довгі роки бурхливо реагуватиме на будь-яку критику чи сміх за спиною — допоки ми не потрапимо в «терапевтичне середовище», яке не наступатиме на улюблені мозолі нашого мозку, або не попрацюємо самі над власною вразливістю. Амигдала «заколісується», коли ми відчуваємо безпеку, бажані доторки, простір, перебуваємо на природі (але не в темному лісі в грозу, ясна річ). До того ж амигдала може генерувати вдячність і емпатію, особливо, якщо ми свідомо «прокачуємо» ці емоції завдяки медитації та просто буденній практиці [19].

Які ще ділянки мозку відповідальні за емоції? Кілька ділянок кори великих півкуль головного мозку. Нейронні мережі, приховані нашим чолом і очима, вираховують, як на що реагувати, які формулювати судження, вирішують, які справи пріоритетніші та інтерпретують настрій інших людей. Як і гіпоталамус та амигдала, ці ділянки декодують емоції у сигнали для **периферичної нервової системи**, тобто нервової системи, вузли якої лежать за межами **центральної нервової системи**. Це визначає, приміром, налаштування тиску, серцевого викиду чи ритму серцевих скорочень. Ці ділянки мозку також мають значення для вже згаданої інтероцепції.

Нервову систему можна функціонально та анатомічно поділити на центральну і периферичну. Центральна нервова система — це головний та спинний мозок, а периферична — це симпатична, парасимпатична і кишкова (ентеральна) нервова системи. Периферична нервова система багато процесів контролює автономно, без прямого контролю з боку мозку кори великих півкуль: прискорення серцебиття, скорочення кишківника тощо. Звісно, ми можемо затамувати дихання чи не дати сфінктеру* сечового міхура невчасно розслабитися, але тільки на певний час. Контролювати кожен подих, як то кажуть, не варто.

* Сфінктери — це кільцеві м'язи, що замикають чи відкривають наші порожнинні органи: кордон між шлунком і стравоходом, шлунком і дванадцятипалою кишкою, прямою кишкою й анальним отвором, сечовим міхуром і сечовою протокою.

Симпатична нервова система активується, коли нам треба тікати, битися чи завмирати, та відповідає за перерозподіл власних сил. Людина, яка переживає тривожний розлад чи хронічний стрес, або просто схильна до тривожності, живе з постійно активною симпатичною нервовою системою.

Що дає активація симпатичної нервової системи? У крові зростає рівень глюкози, кровопостачання м'язів і шкіри стає кращим, а внутрішніх органів — гіршим, зіниці розширюються, наднирки виділяють у кров адреналін, травлення сповільнюється, скорочення кишківника може зупинитися або навпаки — пряма кишка хоче випорожнитися. (Так, «ведмежа хвороба» — це не жарт, а один із ефектів активації симпатичної нервової системи.) Ефекти симпатичної нервової системи впливають на весь організм водночас. Симпатична активація поширюється і на імунну систему: клітини макрофаги у відповідь на стимуляцію адреналіном починають поводитися, наче в тілі інфекція, і поширюють невинувдану в такому разі реакцію запалення. До теми запалення і його ймовірної шкоди ми ще не раз повертатимемося.

Парасимпатична система працює в стані, коли «лад і спокій»: можна їсти, молитися і кохатися. Власне, чому сильний чи хронічний стрес у чоловіків є однією з причин часткової еректильної дисфункції:

{ щоб відбулася ерекція, в тілі має панувати парасимпатична нервова система, а лімбічна система повинна перейти в режим «секс», а не «бійка». }

Якщо парасимпатичну систему постійно пригнічує стресована амигдала та інші ділянки емоційного контуру, наші органи не працюють як слід. Травлення порушене, кишківник «стоїть», серце б'ється невлад.

Ось приклад. На наших теренах дуже поширений діагноз «вегето-судинна дистонія», чи ВСД. Більше ніде в світі

його немає. У пострадянській медичній традиції ВСД охоплює всі можливі негаразди з регуляцією тиску та балансом у роботі автономної нервової системи, а ще свідчить про бажання лікаря більше не морочитися з пацієнтом. За діагнозом ВСД може стояти, приміром, автономна серцева нейропатія (ритм серця не відповідає актуальним завданням), ортостатична тахікардія (коли ви встали, і серце закалатало), ортостатична брадикардія (встаєте, а серце стало битися рідше) чи тахікардія в стані спокою. Ці стани ніби й не стосуються безпосередньо теми книжки — стану світлої голови, коли нам *okeй* в плані настрою і працездатності. Втім, у нашому організмі все пов'язано з усім: різні психологічні стани та їхні наслідки — постійно активна симпатична нервова система — можуть бути ланками одного патофізіологічного ланцюга, що веде до атеросклерозу, депресії, ожиріння чи хвороб серця. Цей ланцюг від мозку та емоцій до тіла так легко не розірвати простими і популярними рішеннями «випити аспірину», «перестати сумувати» і «менше їсти».

Ще одне явище, про яке варто згадати окремо, говорячи про «наш мозок та інші сторони», — це **інтероцепція**, тобто те, як мозок обробляє внутрішні сигнали тіла (тиск, ситість, частоту серцевих скорочень). Збої інтероцепції супроводжують розлади настрою, тривожність, ПТСР, порушення харчової поведінки та виникнення соматичної симптоматики (явище, коли людина справді відчуває симптоми наявної чи відсутньої хвороби і дуже переймається через це). Людина з тривожністю може відчувати нудоту чи біль за грудиною. Якщо є порушення харчової поведінки, людина їсть, їсть, але не відчуває насичення (компульсивне переїдання та булімія). Психіатрична складова є при фіброміалгії, синдромі хронічної втоми, синдромі подразненого кишківника, астмі.

Порушення інтероцепції, які бувають у випадку психічних розладів, лікують. Головне, не вважати, що людина «хвора удавано» чи «не має що робити» або «хоче уваги». Терапія може бути така:

- медикаментозне лікування, що переналаштовує збудження і гальмування в різних відділах нервової системи;
- когнітивно-поведінкова терапія — поведінкова активація, що веде до приємних інтероцептивних сигналів, як-от радість і калатання серця від танців, а не від паніки;
- а ще звикання до речей, від яких людину *минає* (експозиційна терапія);
- техніки релаксації та *mindfulness*, тобто усвідомленості;
- і навіть затримка дихання.

Останній підхід звучить справді дивно, але це чиста фізіологія — затримка дихання привчає тіло до того, що навіть коли бракує кисню, як це буває при панічних атаках, усе гаразд.

Дуже багато чого можна змінити на краще. Головне не вважати, що мучитися — це норма [20].

2.4. Настрій та емоції

З цього підрозділу ви дізнаєтеся, у чому полягає різниця між характером, настроєм, емоціями, а також те, як по-науковому називається стан, коли людина легко засмучується і звертає увагу передусім на погане.

Емоції виникають, щезають, змінюють одна одну, як хмари над гірськими хребтами. А ось настрої — явище стійкіше й триваліше, ніж емоції. Можна бути в пригніченому, похмурому, сумному чи бентежному настрої, але при цьому час від часу переживати *різні* емоції, як-от тішитися спілкуванням із котом чи навіть сміятися з жартів, але загального настрою

це принципово не змінить. До речі, людям у депресії часто не вірять, коли ті кажуть, що їм погано, адже вони інколи і всміхаються, і відповідають доречно. Так само хороший настрій не означає нечутливості до прикроців.

Наш базовий настрій так просто не піддається змінам, бо відображає стан лімбічної системи і те, що діється з нейро-медіаторами. Людина в стані депресії, приміром, чи передменструального дисфоричного порушення відчуває своїм мозком всі наслідки недостатнього утворення нейронами серотоніну, навіть якщо нічого прикрого впродовж дня і не сталося.

Загалом, люди еволюційно запрограмовані бути в доброму настрої. Усі риси і процеси в нашому тілі, — це результат змін, на які, *умовно кажучи*, еволюція сказала: «Йой, та най буде». Так склалося, що наші пращури, які мали не такий загрозливий вигляд (мали менші щелепи і надбрівні дуги), ще й усміхалися, жили довше, краще, лишали більше нащадків. А все тому, що вони легко знаходили пару, охоче займалися сексом, кооперувалися з іншими чи навіть були такі люб'язні, що змушували про себе дбати. Тож ми походимо від найрозумніших, найхитріших і наймиліших гомінідів [21].

Якщо еволюція сприяє таким чудовим виграшним розкладам, як базовий нормальний гумор, то звідки в нас взялися психічні розлади і перепади настрою, запитаєте ви. Невже депресії — це результат новітніх процесів, до яких люди як вид не пристосовані?.. І так, і ні. Дійсно, реакція стресу, і депресія, і сезонне афективне порушення, і ПМС свого часу були адаптивними процесами, тобто в певній ситуації приносили людині користь, бо допомагали вижити та виховати дітей. Зараз же, коли умови існування людей як виду сильно змінилися, деякі з них виявилися менш вигідними чи взагалі шкідливими. Але, як казав Леонід Макарович*, «маємо те, що маємо».

* Леонід Кравчук, перший Президент України (1991–1994).

Розгляньмо стресову реакцію — переключення всіх процесів у тілі на те, щоб якомога краще завмерти, вдарити чи побігти, стати уважнішими, полохливішими, забути про їжу і нежить, та ще й довго так протриматися. Вона була дуже помічна для наших пращурів, які жили в оточенні хижаків та інших видів гомінідів. Зараз ці нейронні та гормональні механізми стресової реакції марно активуються на новини, затори на дорогах і рефлексії на думки інших людей про наше життя. Стародавній корисний механізм часом працює проти нас у сучасному світі. Але інколи досі рятує життя.

Чи ось депресія та сезонне афективне порушення (САП, коли взимку хочеться закублитися з кухликом какао, читати, дивитися серіали та іноді плакати). Об'єднує ці стани порушення утворення серотоніну в мозку. Депресія і САП вражають передусім жінок. Деякі науковці вважають, що така жіноча схильність до перепадів серотоніну колись була корисна.

Вагітна жінка — а жінки до геть недавна були або незаймані, або вагітні чи годували грудьми, або недовго жили в менопаузі — в стані САПу чи депресії не мала настрою і сил десь ходити, спілкуватися, заражатися інфекційними хворобами, переохолоджуватися чи падати і ламати кістки.

Така жінка та її діти в часи, коли всі хвороби лікували то наркотиками, то отрутами, то молитвами, мала значно кращі шанси вижити. Однак зараз ситуація змінилася: хвороби можна перебороти дієвими ліками, а от закублитися на цілу осінь і як мінімум половину зими не вдасться — треба гроші заробляти і про себе дбати. Великої родини, яка живе зовсім близько і всім забезпечить, в більшості людей уже немає. До слова, пишу ці рядки на карантині через коронавірус і міркую, чи не стане схильність до ізоляції та кублення знову адаптивною рисою?..

А чи можемо ми регулювати емоції? *До певної міри* — можемо, і є люди, в яких це добре виходить. Регуляція емоцій лежить у різних площинах. Ми вирішуємо, які емоції зараз відчуваємо, чому ми їх відчуваємо, як ми їх переживаємо та як виражаємо. Аби керувати виникненням емоцій, можна використати такі стратегії: змінити ставлення до ситуації, відволіктися, уникнути ситуації чи вийти з неї, пригнітити емоцію чи навіть вдатися до допомоги речовин, які емоцію посилять чи приглушать.

Після того, як ми вже відчули емоцію, все ще є шанси щось змінити. Зокрема, пригнітити поведінку чи навіть відчуття, до яких емоція спонукає: відчути обурення, але не матюкнутися, а порахувати до десяти і заспокоїтись. Або прийняти ситуацію, тобто бути свідомими щодо своїх відчуттів, зумовлених емоціями, і не прагнути їх змінити — наприклад, дозволити собі відгорювати втрату, а не розважатися що є сили, намагаючись ні про що не думати. Часто буває, що люди не опановують свої емоції, а вчать їх приховувати від інших, відчувають «вибух всередині» або взагалі звикають до порожнечі замість думок та емоцій, які не хочеться прийняти.

3. Чому розлади стаються і як їм запобігти

3.1. Загроза національного масштабу

Мені здається, це дуже важливо для нас, сучасних українців, інакше поглянути на питання здоров'я і стресу та стати обізнанішими й свідомішими. Ми всі перебуваємо у значній зоні ризику, бігаємо у високому житті над прірвою і можемо один за одним туди попадати, якщо самі себе не порятуємо.

Можна згадати таке:

- складні історичні й теперішні обставини (постколоніальність, голодомори, репресії, тоталітарний устрій у минулому, три війни за століття, починаючи з 1914-го й до 2014+, бідність, соціальна нерівність, економічна нестабільність і незахищеність);
- низька обізнаність у питаннях психічного здоров'я (наприклад, люди вважають, що депресія — це лінь);
- погано налагоджена і не універсальна система фахової допомоги (не всі можуть потрапити до психіатра чи оплатити психотерапію, особливо в малих містах чи селах);
- стигматизація людей із психічними розладами (в нашій мові людина з діагнозом — це «псих», а людина з розладом, хоч і без діагнозу — «нормальна людина»);

- усталені патерни поведінки, що сприяють розладам — негативна афектація (здатність бачити лише *зраду*), пасивна агресія, низький рівень усвідомленості (не можемо розібратися в почуттях та відчуттях), деструктивні способи подолання стресу (напитися).

У результаті *маємо те, що маємо*: високий рівень недуг і смертей через алкоголь та світовий антирекорд за хронічними хворобами. Щодо поширеності психічних розладів дані досить старі, отримані не з медичної статистики, а завдяки соціологічному дослідженню, але тим не менш:

- майже третина українців та українок упродовж життя переживає психічний розлад;
- понад 10% мають розлад у цей момент і майже 20% нещодавно його пережили;
- серед чоловіків поширені алкоголізм (майже 27% упродовж життя мають цю проблему) та розлади настрою, як-от депресія (10%);
- жінки вразливі насамперед до розладів настрою (21%) та до тривожного розладу (8%);
- психічні розлади починають з'являтися в підлітковому віці чи ближче до 20 років;
- для людей, старших за 50, факторами ризику є проживання у східних областях України;
- лише незначна частка опитаних зверталася по фахову допомогу [22].

З початком російсько-української війни в 2014 році ситуація стала ще гіршою. Так, якщо йдеться про внутрішніх переселенців (про них є дані), то третина з них має ПТСР, 22% переживають депресивний розлад, 17% — тривожний розлад (і це переважно жінки); 74% людей, які потребують фахової

допомоги психіатра, її не отримали — передусім через дорожнечу [23].

Посттравматичний стресовий розлад чи інші порушення очікувано є поширеними серед ветеранів та людей, які живуть на тимчасово окупованих територіях і в прифронтовій зоні. Члени родин військових, бранців і політв'язнів у Криму перебувають у вкрай стресовій ситуації та ризикують розвинути ментальний розлад. Поза всяким сумнівом, війна впливає на психічний стан усіх, навіть тих, хто намагається бути «поза політикою» і жити, наче небо всюди блакитне й от-от «просто перестануть стріляти»*.

Новітньою порцією меду в нашій куті стала пандемія *COVID-19*. У цілому світі карантинні обмеження, зміни в усіх сферах життя, значна невизначеність, страх за себе та близьких, брак грошей, проблеми в бізнесі, безробіття, недоступність медичних послуг підштовхнули людей у бік психічних розладів. Отже, ситуація в нас погана, і причин для її поліпшення не спостерігається. Радше навпаки.

Що може зумовлювати, погіршувати чи наближувати психічні розлади? Передусім, це травматичний досвід, отриманий у дитинстві чи в дорослому віці, хронічні чи смертельні хвороби, спосіб життя, генетична схильність і засвоєні патерни поведінки, а також уже згадувані здатність зважати здебільшого на погане та не зауважувати доброго і схильність до негативних емоцій. Розгляньмо найпоширеніші причини розладів і те, що можна вдіяти, аби вони *не спрацювали*.

3.2. Генетична схильність

Якщо максимально спростити, то психічні розлади — це порушення спілкування нейронів. Спілкуються вони, як ми вже знаємо, за допомогою нейромедіаторів, а сприймають ці нейромедіатори спеціальні рецептори. Як казала моя

* Слова Володимира Зеленського, на той момент кандидата в Президенти України, щодо бачення завершення війни з Росією на сході країни.

наукова керівниця, професорка Тамара Терновська, «якщо є ознака, вона буде варіювати». Тож варіанти генів, які відповідають за утворення, збереження, вихід, захоплення, руйнацію, сприйняття нейромедіаторів, у людей варіюють. Ми відрізняємося один від одного тим, як відреагуємо на одну й ту саму ситуацію, і річ не лише в різному досвіді.

Справді, є люди, яким *на ДНК написано* шукати пригод, гострих вражень і нових сексуальних партнерів. А є такі, котрим *саме якраз* сидіти вдома у фотелі з книжкою. Дійсно, є люди *козацького доброго крою**, в яких не розвивається ПТСР. А є такі, що довго бачитимуть жахіття після того, як стали свідками смертельного ДТП.

{ Деякі люди генетично більш схильні до невротичної поведінки, зокрема й до куріння як способу подолати цей стан. }

І причина цього криється передусім в особливих варіантах генів (*алелях*) рецепторів і переносників дофаміну та серотоніну [24, 25].

Леле, навіть стабільно кислий чи неприязний вираз обличчя, який сам по собі нічого погано й не означає**, значною мірою зумовлений особливим варіантом рецептора серотоніну.

Генетична складова є в таких розладах і хворобах, як депресія, спектр аутичних порушень, розлад із дефіцитом уваги й гіперактивності, шизофренія та біполярний розлад. На жаль, спадковість також зумовлює і коморбідність психічних розладів, коли наявність одного порушення свідчить про високу ймовірність іншого. Такі «пари» формують шизофренія та біполярний розлад, депресія і тривожний розлад [26, 27].

* Рядок із вірша «Пастораль XX сторіччя» Ліни Костенко.

** В англійській літературі це явище називається *resting bitch face*. Ви можете його уявити, глянувши фото співачки й дизайнерки Вікторії Бекхем.

Що робити в такому разі? Бігти здавати генетичні тести?.. Відмовлятися через це від народження дітей?.. Дорікати батьку-матері за те, що народили?! Ні. Заспокойтеся. «Генетика заряджає рушницю, а середовище спускає курок»—кажуть у наукових колах про роль спадковості в нашому формуванні. Тому навіть якщо ваші родичі не є взірцем психічного здоров'я та здатності стійко переносити стрес, є хороші шанси, що в них не «погані гени нейромедіаторів», а лише важкі життєві обставини і брак підтримки, зокрема інформаційної щодо питань здоров'я. Тому вони такі.

Хай там як, генетика—це не вирок, і наше завдання—впливати на те, на що вплинути можна:



- старайтеся помічати тривожні сигнали і вчасно звертатися по допомогу;
- вчіться контролювати свою схильність до негативної афектації;
- розвивайте резилентність, тобто намагайтеся впоратися зі стресом і не піддаватися йому;
- не повторюйте патерни поведінки батьків, якщо їхня поведінка вам не до вподоби (тривожність, бідкання, пасивна агресія);

*НАБІР ДЛЯ
РЕДАГУВАННЯ ГЕНІВ
І ЗВІРОБІЙ.*



- уникайте того, що може стати тригером розладів, як-от брак сну чи зловживання алкоголем.

Якою б не була генетика в кожного з нас, усім потрібно ставитися до себе турботливо і водночас практично. Не як до порцелянового сервізу, який дістають зі старого совецького серванту раз на рік, протирають від пилу, бояться розбити і все одно щось розбивають, а як до ГАЗ-66 на Драгобраті – він працює, хоч і подряпаний, не раз загрузав у болоті, але застрахований, на ходу, з хорошою гумою і перевіреними гальмами.

3.3. Важке дитинство

Одними з головних причин майбутніх психічних розладів є пережиті в дитинстві нехтування батьків, стресові умови вдома і поза ним, цькування (булінг) у школі та інші форми відкидання соціумом, а також фізичне, психологічне чи сексуальне насильство [28].

Ці ж умови дуже сильно впливають на ризик розвитку хронічних хвороб у дорослому віці. За тим, яке було дитинство, навіть можна з високою ймовірністю спрогнозувати, чи колись у людини буде завищений про-запальний фон* і суттєвий ризик розвитку депресії. Якщо ранні роки були неблагополучними: батьки не піклувалися, били, сварили, дитина стала свідком насильства вдома чи на вулиці, життя було небезпечне і непередбачуване, то це означає, що дитина переживала сильний хронічний стрес. Навряд чи буває безхмарне ідеальне дитинство, проте рівень стресу не має перевищувати здатності маленької людини з ним впоратися. Якщо ресурсів на *коупінг* бракує, це стає передумовою

* Запалення в організмі – це не лише пневмонія чи гнійна рана. Так званий про-запальний фон – це високий рівень цитокінів (молекул, завдяки яким клітини імунної системи спілкуються), спрямованих на «вогонь, безжалюгідний вогонь», в якому гинуть наші власні клітини та розвиваються такі хвороби, як ревматоїдний артрит, депресія й атеросклероз.

розвитку психологічної травми. Коупінг—це спосіб, в який ми долаємо складну ситуацію, даємо собі раду.

Згодом мозок і так звана вісь стресу від гіпоталамусу до симпатичної нервової системи та наднирників привчаються надто сильно реагувати на все погане. Наднирники виділяють кортизол, він спотворює обмін речовин і перебудовує емоційні контури мозку, але до нього врешті розвивається стійкість.

Наслідком життя в «кортизоловій купелі» стає вигорання:

- бракує сил на належну реакцію, коли виникає справжній стрес і потрібно бути рішучим та зібраним;
- парасимпатична нервова система не працює як слід, тому не запускаються процеси їж–спи–кохайся.

Дорослі люди, які виростили в агресивному небезпечному світі, бачать зраду і ворогів де треба і не треба, часто почуваються або безпорадно, або надто агресивно. І дуже ризикують розвинути психічний розлад, причому не один.

Важке дитинство зумовлює подальші ризики у кілька способів:

- порушує формування нейронних мереж (нейрони не галузяться своїми дендритами та рідше формують зв'язки);
- погіршує вміння спілкуватися, вчитися і давати раду емоціям;
- нав'язує нездоровий патерн поведінки батьків (агресія чи алкоголізм);
- створює в дорослому віці ситуації, що далі підводять до психічних розладів (хвороби, проблеми в стосунках, безробіття);
- збільшує ризик розвитку діабету, хвороб серця та синдрому соматичних симптомів у дорослому віці, а це також наближає до ментальних порушень [13, 29, 30].

Згідно з дослідженнями, майже 40% дітей в Україні та інших п'яти досліджених країнах із тих, де люди мають дохід «низький та нижчий за середній», зіткнулися з певним травматичним досвідом. Найчастіше це:

- втрата (сирітство, розлучення),
- деструктивна поведінка батьків (психічний розлад, зловживання алкоголем, злочинність),
- власна хвороба,
- бідність,
- погане ставлення батьків (насильство, недбалість) [31].

Якщо ви читаєте ці рядки, то дитинство вже минуло, і нічого в ньому, на жаль, не змінити. Суттєві зміни на рівні організації нейронних мереж були можливі в дитинстві. Так, є дані, що дітям, які щойно отримали травматичний досвід, стає в пригоді навчання роботи з емоціями. Але про цей травматичний досвід має дізнатися хтось із дорослих та небайдужих. Діти, якими ніхто належно не опікувався і які росли позбавленими спілкування і нового досвіду, потрібне зростання в родині, де буде цікаво, несамотньо та безпечно. Командні види спорту в підлітковому віці вважають можливим запобіжником розвитку розладів у майбутньому [29, 32].

А що робити вже дорослим, котрі в дитинстві бачили, як батьки з криками і бійками з'ясовують стосунки?.. Розуміти, що в житті їм дісталася психологічна *задача з зірочкою*, що в них справді важкі й несприятливі стартові умови життя. Тому не треба себе звинувачувати в «поганому характері» і тому, що на вас «невідомо що найшло». Це не значить, що ви маєте поводитись як заманеться без жалю і вибачень— ідеться про подолання почуття сорому і провини. Ці емоції дуже заважають вирішувати проблеми.

Окрім цього, потрібно ставитися до себе зі співчуттям і знати про свої ризики розладів і хвороб. Варіант «знати

про свій ризик» не означає жити в очікуванні катастрофи чи поставити хрест на своєму щасті. Мається на увазі усвідомлене ставлення до свого життя, немов ви пересуваєтеся велосипедом: поволі, але куди забажаєте — а не на трамваї, який їде лише там, де вже хтось проклав рейки.

Можливо, важкий дитячий досвід і те, як із ним жити, стане вашим психотерапевтичним запитом. Потрібно відшукати «інструкцію з користування собою» і дбати про те, щоб у ваших дітей не було одного з варіантів «важкого дитинства» — батька чи матері з тривалим психічним розладом.

3.4. Риси характеру

Є теорія виникнення стресу, згідно з якою стрес не трапляється нам зненацька, як недоля, а певною мірою зумовлений нашими власними рисами. Цю теорію спершу запропонували для пояснення того, чому жінки в стані депресії переживають значно більше негараздів, ніж жінки «в порядку». Згодом цю теорію поширили і на інші групи людей: дорослих, дітей і підлітків з клінічною та підпороговою депресією, тих, хто видужав, а також на людей, схильних до депресії та інших розладів. Дослідження цих груп виявило, що особи, вразливі до депресії, частіше наражаються на неприємні ситуації, зумовлені їхнім же характером, що, своєю чергою, збільшує їхні шанси захворіти.

На можливість потрапити в стресову ситуацію чи створити її впливають такі *рисы характеру*:

- схильність до негативних афектів, тобто переживань («Уявляєш, сьогодні в метро якийсь придурок гучно слухав музику у навушниках»);
- нездатність відчувати і помічати позитивні явища;
- тривожність («Хоч би чогось не сталося»);
- невротичність («Що люди подумають?..»);

- румінація (постійне обмірковування) прикрих думок [33].

Ці ж риси, як свідчить статистика, пов'язані з більшим ризиком хронічних хвороб.

Зауважте, йдеться саме про риси, а не набуті тимчасові розлади. Так, тривожність як риса є упередженістю до цілого світу:

- явища та слова сприймаються за визначенням як загрозові,
- згадуються передусім речі, що налякали,
- є схильність переживати навіть тоді, коли інші спокійні.

А оскільки риси ми вважаємо невід'ємною частиною себе, то не уявляємо, як можна дивитися на світ крізь іншу оптику, генерувати нові ситуації та поводитися в них не так, як ми робимо зазвичай. Якщо нам властива негативна афектація, то ми погано розуміємо, яким чином наші знайомі, схожі на Поліанну*, можуть ставитися до всього з легким серцем і зосереджуватися на позитиві. А ті, зі свого боку, не розуміють похмурих людей.

Брак позитивних переживань та румінація прикрих думок зменшують задоволення від життя, тобто створюють стан під назвою *ангедонія*. Ангедонія — це нездатність суб'єктивно відчувати радість, навіть коли привід для радості є і «головою розумієте», що слід тішитися, але не виходить. Це — один із маркерів депресії. Позитивні емоції від того, що ми робимо, потрібні, щоб мозок сам себе й надалі заохочував це робити і сам собі давав «дофамінку». Уявімо, ми пішли кудись відпочити і завести знайомства: в гості, в бар, на фестиваль. Так, піти до малознайомих людей і підтримувати

* Поліанна — героїня однойменного дитячого роману Елеонор Портер, дівчинка з важкою долею та легкою вдачею, здатна вбачати хороше в кожній події та кожній людині та зосереджуватися саме на позитиві, а не негативі.

розмови — це певною мірою стрес. Проте якщо ми: 1) знаємо, що це приємно (вже був такий досвід, мозок у передчутті хорошого); 2) в нас добра вдача, і ми фокусуємося на позитиві, навіть коли на нас хтось покосився — ми підемо й отримаємо задоволення. Мозок сам себе похвалить, ми вкотре переконаємося, що молодці, товариські люди, світ цікавий, і зменшимо власні шанси розвинути депресію чи соціальну тривожність (коли люди бояться спілкування). Ось і маємо петлю зворотного позитивного зв'язку.

Якщо ж ми боїмося налагоджувати контакти: в школі з нас знущалися, батьки були невпевнені в собі та не подали прикладу адекватної поведінки, позитивного досвіду спілкування мало, ще й схильні бачити погане і довго «вантажитися», бо хтось щось не те сказав — то, найімовірніше, ми уникатимемо комунікації й розваг, обираючи самоту. Так ми самі створюємо сюжети, що ведуть до депресії: ізоляція, брак позитивних емоцій і задоволення від життя, підкріплення нашого уявлення про те, що ми «похмурі й приречені» тощо.

Ні, я не маю на увазі інтроверсію і самодостатність, коли бути самому — цілком комфортно й цікаво, і це не про критичне сприйняття дійсності, коли не можна заплющити очі на погане. Цей приклад стосується саме ролі вдачі людини в створенні ситуацій, які добром не закінчуються. Негативна афектація та схильність до румінації справді є сильними чинниками для передбачення можливої депресії в людини.

{ Тривожність буває набутою. }

Якщо дитина росте в середовищі, де люди не можуть відрізнити загрозу від незагрози і сильно та афективно переймаються з кожного приводу, в неї є всі шанси вирости схильною до тривожної поведінки чи негативізму. *Подорожі — виснажливе пекло, після якого потрібен санаторій. Спілкування — тортурі, бо «не треба іншим про себе розповідати». Дитячі ігри — травмонебезпечна діяльність, яка може*

закінчитися викраденням дитини з майданчика. Дитина виростає і думає, що так воно є, та слідом за батьками (чи мамою і бабусею) торує власний шлях до самотності й ізолюваності, пасивності, низької самооцінки, відсутності позитивних афектів і товариства, тобто до цеглинок у стіні депресії [34, 35].

А як щодо доброї вдачі? Схильність до позитивної афектації (ми бачимо все, але фокусуємося на милому серцю) та румінація приємних думок є запобіжниками психічних розладів, такими собі генераторами хорошого досвіду. Не випадково безтурботну людину англійською називають *happy go lucky**. І тут має постати питання: якщо людині притаманна негативна афектація, і годі заборонити собі думати про погане — то невже *все*? Невже вона приречена на недолю?..

Звичайно, ні. Тепер ми знаємо про ці пастки свідомості, в які сама людина і потрапляє. Наша ціль — малими, але наполегливими кроками «майнити дофамінку», привчати себе інакше ставитися до речей і поводитися. Мозок — пластичний, наша доля — це результат генетики *та* середовища, тож значною мірою від нас залежить, чи бачитимемо зраду, чи перемогу. Якщо ви помітили в себе риси, які можуть призвести до депресії, варто практикувати таке.

- **Записуйте чи відзначайте подумки те хороше, що з вами сталося упродовж дня.** «Це ж треба, як усе чудово склалося!..» Наш мозок бавиться у гру «знайди закономірності» — ми їх вишукуємо навіть там, де їх немає. Це можна використати: зауважувати добре, приємне, випадкове і досягнуте завдяки власним зусиллям, хвалити себе, приймати компліменти. Прокручування в голові позитивного зсуває акценти в наших нейронних контурах, навіть коли ви дорогою на роботу згадуєте, знову проживаєте подумки деталі смакування кави чи зустрічі з милим грайливим

* *Happy-go-lucky* — вислів на позначення безтурботної людини легкої вдачі, що дослівно можна перекласти як «щасливець, котрому щастить (таланти)».

собакою в парку. Це не підміна дійсного бажаним. Це тренування власної амігдали і префронтальної кори, щоб ті більше тішились.

- **Знаходьте слова для називання своїх почуттів, страхів і афектів.** Цього вчать маленьких дітей, коли ті опановують світ емоцій та мови. Коли ми розуміємо, що саме відчуває наша лімбічна система, то можемо вже думати, що з цим почуттям робити, чи воно корисне для нас, чи вся ця ситуація варта такої реакції, а не просто хотіти завивати й лягтися. Цей психотерапевтичний підхід має цілком наукове підґрунтя. Те, що ми можемо назвати, уже нас не лякає. Не дарма ж Гаррі Поттер і його друзі називали Волдеморта на ім'я [36].
- **Практикуйте вдячність.** Мені здається, що вдячність у нашій культурі сильно переплетена з почуттям зобов'язаності. Мовляв, «якщо ти зробиш щось добре для мене, то я тобі щось винен і потім ти з мене спи-таєш, а мені буде некомфортно це тобі давати». З цієї або з інших причин (нарцисизм, черствість, страх визнати себе «в боргу» чи та сама негативна афектація) вдячності багато хто уникає, сприймаючи все хороше як належне. Натомість усе погане асоціюється із загрозою і наругою, що жере емоційні ресурси. До чого це призводить? Людина, яка не відчула вдячності, втратила причину для радості, не закріпила соці-альний зв'язок, а може, ще й відчуває провину через це. Водночас той, хто зробив щось добре, подумає: «Ну, якщо всі такі невдячні, то іншим разом я тричі подумаю, перш ніж вам допомагати». Тож практикуйте вдячність — це *майнить* потрібні для щастя нейро-медіатори. Обмежуйте негативну румінацію. Так, ми знаємо, що фраза «не думай про червоне» безглузда (якщо це не назва однойменного роману). Що більше забороняємо якусь тему, то міцніше вона закріплюється в свідомості. Тому прислухайтеся до себе, а щойно

накотиться хвиля одних і тих самих думок, відволікайтеся на щось, що у вас добре виходить. Наприклад, я роблю вправи з гантелями чи йду готувати їжу (так, люди суперечливі). Можна не відволікатися, а навпаки — прийняти ці думки як щось неминуче, але нейтральне, тобто не треба ані чинити їм спротиву, ані активно піддаватися. Типу: «Ну привіт, зажуро. Сідай, тільки не заважай. Усе одно швидко підеш».

Стане в пригоді відхід від звички всім ділитися з близькими: яка трясця сьогодні сталася, хто що сказав і як ми відповіли, яке жахливе радіо грало в маршрутці. Натомість ви можете сказати, в якому стані ви зараз: втомлені, пригнічені, розчаровані — але не проходити ще раз усіма колами пекла того дня, що минув. Якщо вам потрібна порада, то поставте запитання прямо. А якщо ні, не створюйте описами прикросців ситуацію, коли співрозмовникам захочеться вас повчати — радять у наших краях завиграшки. Хочете поділитися деталями свого дня? Опишіть те хороше, що з вам трапилося, і попросіть розповісти вам також лише про добре.

- **Самодопомога.** Пам'ятаєте, що мозок пластичний і шукає закономірності? Спробуйте вести щоденник, у якому можна зазначати, чого ви очікували, наскільки реальними бачили ці події, що можна зробити і як воно сталося насправді. Тобто чи виправдалися страхи і переживання, наскільки ви дали раду почуттям. Цілком може бути, що все не так погано, як здається мозкові, котрий звук зосереджуватися на негативі. Наприклад:
Страх: «Я буду виступати, а мене ніхто не слухатиме».
Що можна вдіяти? «Я попрацюю над голосом та поставою, звертатимуся до слухачів із запитаннями.»
Як воно було насправді? «Овва, мене слухали, все було круто!..»

Думки, особливо неприємні, можна перевіряти на обґрунтованість — наводити самому собі докази «за» та «проти». Наприклад, наскільки правдива думка «Я — невдаха»? Найімовірніше, був і вдалий, і невдалий досвід, тому несправедливо називати себе так. Звичайна людина, неідеальна, як усі.

- **Опануйте mindfulness, тобто усвідомленість.** Люди, схильні до невротичності й тривожності, часто намагаються подолати емоції у нездоровий спосіб, вдаються до румінації та перенесення свого стану на інших, уникають стресових ситуацій тощо. *Mindfulness* вчить приймати той стан, що є зараз, і бути уважними до нього та співчутливими до себе. Сказати собі: «Що ж... Буває й таке. Зараз я, мабуть, поплачу і ляжу спати, а думатиму про це завтра» [37].
- **Виявляйте співчуття до самих себе.** Уявіть, ніби у вас сталася якась халепа: вкрали телефон, приміром, і через це ще й зустріч зірвалась. Як би ви хотіли, щоб на це зреагували інші люди? Мабуть, у такій ситуації, яка сама по собі неприємна, вам би хотілося співчуття, розуміння, можливо, допомоги чи навіть позиченого чужого старого телефону. І було б геть прикро почути щось на кшталт: «Ну хто ж носить телефон у кишені штанів!..», «А я казав, що телефонні номери треба виписувати в блокнот!» чи «Ну ти даєш — не мати десяти гривень на проїзд готівкою». До самих себе можна ставитися так само: співчутливо, допомагаючи пережити халепу, або критично, чим робити ще гірше. Не йдеться про лінь, потурання слабкостям і безвідповідальність. До слова, коли я нарешті навчилася чуйного ставлення до себе, то змогла пробачати недоліки чи помилки інших людей. Це дуже спрощує спілкування. «Полюбіть

ближнього, як самого себе»,* — якщо так звучить авторитетніше [38].

- Відсіюйте ті негативні сюжети, котрі не впливають на вас безпосередньо. В інтернеті та оповідях знайомих повно зради — реальної та прикрої. Я не іронізую. Загальні тренди того, що відбувається, вам зрозумілі. Спробуйте зменшити присутність гнітючих деталей і чужих думок у своєму житті та спрямуйте ресурси на те, на що ви маєте вплив. Як приклад можна навести вигорання людей, які рятують тварин із вулиці: вони відчують фрустрацію через те, що не здатні всім допомогти. Якщо при цьому вони читають повідомлення в мережі про інших знедолених котів і собак, то це тільки посилює їхню впевненість у тому, що люди — жорстокі, а тварини — приречені. Краще обмежити інформаційні потоки, а не ятрити душу зайвий раз.

Як ви бачите, про те, щоб чорне називати білим і заплющувати очі на реальність, не йдеться. Не треба вдавати милих і безтурботних, марно намагатися «всміхнутися сонечку», «просто припинити перейматися» чи влаштовувати в собі радіоактивні поклади пригнічених емоцій. Варто ефективно давати собі раду — трішки налаштувати свою оптику світосприйняття і принагідно збільшити життєві сили та нейроендотермічні ресурси завдяки медикаментозному лікуванню, психотерапії, сну і змінам способу життя. Це непросто, але дієво.

3.5. Стан здоров'я

Зв'язок між психічними станами і фізичним здоров'ям міцний та двобічний. Хронічні хвороби можуть призводити до ментальних розладів як через біохімічні впливи, так і як

* «Полюби ближнього свого, як самого себе» — цитата із Нового Завіту, Євангеліє від Матвія (Мт 22: 39).

джерело постійного стресу чи травматичний досвід. А наявний психічний розлад чи стан часто стають на заваді лікуванню й одужанню.

Діабет, астма, рак, серцево-судинні захворювання, синдром подразненого кишківника, навіть пологи і період після них подекуди стають рушієм змін психічного стану на гірше. Наприклад, у людей із високим рівнем запалення вищий ризик розвитку депресії [13].

Цілісність людини і взаємовплив фізичного та психічного станів завжди слід враховувати, незалежно від того, хто ви в цій ситуації — пацієнт, близька людина чи лікар, та запобігати розладу. Або лікувати, якщо він уже є.

За що я люблю міжнародні настанови з лікування, окрім чіткості, то це за людяність. *«Запевніть пацієнта, що все буде гаразд»*, — пишуть у деяких із них. *«Розкажіть про можливі ризики та обмеження, аби не вводити в оману»*, — це звучить уже не так оптимістично, але дозволяє підготуватися і прийняти реальність. *«Проконтролюйте, чи немає думок про суїцид і чи є ознаки депресії або тривожності»*, — чи питали вас колись про таке на огляді?..

Якщо у вас чи ваших близьких важка хвороба, варто спрямувати зусилля бодай у двох напрямках: лікування згідно з протоколами та піклування про психічний стан.

Під піклуванням я маю на увазі подолання страху невизначеності, поведінкову активацію, пристосування життя до терапії з максимальним збереженням *status quo*, запобігання чи подолання почуттів провини, гріха, приреченості. Піклування про психічне здоров'я у випадку хронічних чи смертельних хвороб означає:

- Скласти план дій на короткий і довгий термін: що я запитаю в лікаря? Що я люблю робити і давно хочу зробити?

- Збільшити власну обізнаність про хворобу: які є протоколи лікування, які прогнози щодо одужання. Це зменшить невизначеність і допоможе зреагувати, якщо лікування відрізняється від прийнятої в доказовій медицині схеми.
- Шукати належну підтримку і уникати токсичних контактів. Що ж, цього слід прагнути завжди [39, 40].

Дуже хорошим, оптимістичним прикладом пристосування до життя під час лікування і подолання важкої хвороби є історія Яніни Соколової—журналістки, актриси і громадської діячки. В 2019 році вона поборолася з раком.

Говорячи про причини психічних розладів, варто згадати ще про сон, харчування і роботу ендокринної системи, хоча їй важко відокремити ці чинники від інших.

Почнемо зі сну. Це взагалі наріжний камінь здоров'я, на якому надбудовуються решта звичок. Не знаєте, що робити зі своїм життям? Лягайте спати.

Проблеми зі сном часто є *наслідком* психічних розладів і тривожним сигналом про те, що не все гаразд. Проте брак сну чи його погана якість із тих чи інших причин може стати *ще одним* гвіздком у труну психічного здоров'я. Неякісний сон означає, що фаза глибокого сну нетривала або є часті пробудження і періоди без сну. Дуже ризикована ситуація—це тривала позмінна робота. На жаль. Результатом такого стану є налаштування амігдали і всього емоційного контуру на стан зради, тривожності, негативної афектації та вибіркової сфокусованості на поганому. Хронічний брак сну не дає нейронним мережам працювати як слід, стає на заваді нейропластичності, а ще руйнує баланс гормонів, які контролюють апетит і набір ваги. Усе це жодним чином не сприяє позитивній афектації (хорошим емоціям) і здатності стійко переносити стрес.

Як тут бути? Поставитися до сну як до питання, що не вирішується кавою у будні та лежанням під ковдрою на вихідних.

Постійне недосипання посилює все погане, що відбувається в житті, тобто робить людей схильними до негативної афектації та неуважними до позитиву. Що робити для оптимізації сну, я описувала в першій книжці із серії «Оптимістично про здоров'я». Спектр заходів, які можуть стати в пригоді, простягається від гігієни сну до когнітивно-поведінкової терапії та вживання ліків. Якісний сон суттєво знизить ваші шанси розвинути розлад чи хронічну хворобу. Навіть слоган придумала: «Довше спиш — менше читаєш про зраду — краще спиш».

Харчування і психічне здоров'я пов'язані, хай там як. Зміни в харчовій поведінці є яскравими і поширеними вказівками на те, що в голові щось пішло не так, ось людина й прагне *намайнити* серотонін з ендорфінами за допомогою солодкого, жирного чи запашного. Або не хоче на їжу дивитися. Пов'язані вони і через такі ланки, як кишкова мікрофлора та запальний фон.

Якщо ми їмо просту їжу і наш раціон більш-менш відповідає піраміді (чи тарілці) здорового харчування, то бактерії, які живуть у кишківнику, здорові й щасливі [41].

Вони нам дають вітаміни і жирні кислоти з коротким ланцюгом, і всі їхні біохімічні зусилля спрямовані на те, щоб нам не хотілося умовної картоплі фрі з майонезиком — чи проливати рясні сльози. Здоровий мікробіом — це також і протизапальний чинник.

Якщо ж наш раціон нагадує перевернуту піраміду здорового харчування — найбільше пундиків, найменше овочів — «хороших хлопців» у нашому кишківнику стає менше, поганих — більше, у тілі зростає запалення, а мозок і далі прагне картоплі з майонезом. А нездоровий, високий про-запальний фон, як ми уже знаємо, — це одна з можливих причин депресії.

Що робити? Прагнути оптимізувати свій раціон. Останніми роками стала модною протизапальна дієта як спосіб запобігти розвиткові запалення, та насправді це просто красиво запакований звичайний здоровий раціон. Що ж там? Ягоди, риба, горіхи, насіння, коренеплоди, овочі й досить мало червоного м'яса. Тобто джерела омега-3 жирних кислот і клітковини. Взагалі, буде дуже добре, якщо ви збільшите частку риби й горіхів і орієнтуватиметесь передусім на рослинну їжу. Я не маю на увазі перехід на веганство чи вегетаріанство (водночас не маю нічого проти, згідно з усіма офіційними настановами). Ідеться про належний баланс різних харчів у раціоні—якщо він базується на простих продуктах і рослинах, то все гаразд—ви оминули ще один фактор ризику психічних і соматичних розладів. Якщо ж він базується на дуже переробленій їжі, ще й тривалого зберігання, якщо в ньому мало овочів, ягід, зелені, бобових, якщо ви не любите рибу, то ви в зоні ризику. Насамперед ризикують, спрощено кажучи, голова і серце [42].

Говорячи про **зв'язок гормонів і психічного стану**, слід згадати передменструальний дисфоричний розлад (ПМДР), зв'язок синдрому полікістозних яєчників та емоційного стану, порушення роботи щитоподібної залози. Інколи за перепадами настрою чи невротичністю стоять цілком органічні причини, які піддаються лікуванню. Про ПМДР я згадувати му в другій частині цієї книжки, а наразі запам'ятайте таке. І психічно, і фізично нам має бути *окей*. Тому в разі дивного самопочуття, безпричинних нападів агресії чи розпачу, виходу ваги з-під контролю варто шукати поради в лікаря, а не в інстаграмі. І тим паче, не можна ігнорувати свій стан.

3.6. Бідність

У світлі доступності медичних послуг і причин розладів психіки, особливо в нашому контексті, важливо згадати таку

причину, як **бідність**. У всьому світі представники менш захищених верств населення мають вищі шанси фізично чи ментально захворіти: неправильно харчуються, частіше мають зайву вагу та ожиріння (так, погане харчування — це не завжди голод), більше курять і вживають алкоголь у найменш здоровий спосіб, тобто напиваються. До того ж незможні люди мають обмежений доступ до медичних послуг, незалежно від того, яка в країні система охорони здоров'я (ніде немає *all inclusive*), тож сильніше ризикують «запустити» хронічну хворобу, яка тягне за собою психічний розлад.

Отже, депресія — хвороба не лише зманіженого панства, як у нас прийнято вважати. В Україні, за різними оцінками, від 24% до 50% населення живе в бідності. (При цьому система дотацій мало захищеним верствам становить 20% ВВП — пишу це заради боротьби з вірусом популізму, який так само загрожує якості життя, як і депресія та серцево-судинні хвороби.)

«Ясна річ, — скажете ви. — Звісно, краще бути заможними і здоровими, ніж бідними і хворими. Але ж що робити?..» Можу запропонувати такі варіанти.

- Прийняти думку, що бідність не дорівнює нездоровому харчуванню, зловживанням і хворобам. Зрештою, як і статки не означають здоров'я, краси та спокою. Ми можемо не погоджуватися на «правила гри», в яку потрапили при народженні, не робити шкідливого вибору і бути уважними до свого здоров'я. Розповім про своє спостереження, яке мене свого часу надихнуло.

Навесні 2013 року я кілька тижнів жила в маленькому іспанському містечку Матаро і споглядала місцеве життя. В Іспанії дуже високий рівень безробіття, зокрема й серед молодих чоловіків. Вони живуть на обмежену виплату для безробітних, і в місті їх можна упізнати за давно нестриженим волоссям, дуже хорошою фігурою, кроксами майже весь рік, торбою з городиною, купленою зі знижкою наприкінці

базарного дня і безпородним собакою поряд. Хлопці грають тими картами, що є, тобто витрачають свій ресурс на пробіжки, тренування з ранку до ночі й спілкування з улюбленцем. (Не всі, звичайно.)

- Підвищити обізнаність («Знаю, що заїдати цукерками стрес чи взагалі запити — погано для мене ж»), прокати свідоме ставлення до свого вибору («Не купуватиму солодке додому, щоб не було спокуси заспокоюватися їжею») та знайти здорові сталі рішення («О! Варене яйце і зелений горошок можуть повноцінно замінити за складом авокадо»). Це стане в пригоді всім людям, незалежно від статків.
- Прийняти думку, що ресурси бувають не лише матеріальні. Це також і соціальний капітал (зв'язки), наше вміння та здатність *майнити* позитивні емоції зі спілкування, вдячності, творчості, діяльності чи спостереження за життям довкола. Тут є нюанси, але фішка в тому, щоб навчитися отримувати радість від споглядання людей і природи. Навіть оце відоме з романтичних творів «жити бідно, але затишно» є важливим моментом подолання хаосу і створення відчуття того, що все під контролем.
- Інтегрувати свій досвід і знайти в ньому опору — не прагнути щось відкинути, забути, приховати, але й не ярити рану, спробувати перетворити пережите на ресурс. Тут я краще поясню на власному прикладі.

Мені було 33 роки, коли я повернулася до Києва після чотирирічної відпустки з догляду за дитиною та еміграції. Без роботи, грошей, родини, хорошого CV, зв'язків, зате в статусі «самотньої мами». Це був дуже травматичний досвід: жити від гонорару до гонорару за статтю (а вони в 2018 році були 500-800 гривень за один матеріал, який пишеться три дні), ходити містом пішки (бо грошей на метро немає), не купувати

нічого для себе і бачити через вітрини, як молодь ледь за 20 сидить по модних кав'ярнях із макбуками (що треба робити, щоб на це заробити?). Мені навіть було соромно, що я така «берегиня»: вмію готувати, вирощую квіти – краще б гроші вміла заробляти. У мене почався депресивний епізод, і я практично не могла працювати й заробляти гроші. Сиділа і плакала, ще й вислуховувала від близьких, яка я негативна. Усе змінилося, коли відмовилася працювати безкоштовно в одному з проєктів, і мені почали платити (це важливий момент подолання схеми «я маю бути милою, аби мене не відкидали»). Так з'явилося джерело стабільного прибутку, і я пішла на психотерапію. Власне, витратила гроші знову не на себе, а на терапію, але воно того вартувало. Зараз я інакше дивлюся на цей досвід бідності. Він був страшний, нікому такого не побажаю, але я вважаю, що це дуже круто – знати, що можна приготувати з кропиви і буякової гички, як робити закупи так, щоб вкластися в малу суму і щоб нічого не зіпсувалося, де в Києві хороші секонди і як себе самій підстригти. Я не пишаюся тим, що з бідної родини і повторно пережила сильну нужденність в середньому віці, але вже не соромлюся свого досвіду.

3.7. Пережиті травми

Це найбільша та найпоширеніша причина, з якою, на жаль, рибою з горіхами не розібратись. Травматичним досвідом вважають ситуації, небезпечні для життя, ризик сильного ураження чи сексуальне насильство або такі стресові ситуації, з якими людина не здатна впоратися, бо вони перевищують її ресурси.

Те, як психологічна травма вплине на конкретну людину, залежить від усього переліченого раніше: спадковості, прикладів поведінки близьких, стану здоров'я, того, як людина реагує на стрес і на що передусім звертає увагу. А ще від

того, що це за подія, до чого вона призвела та як відреагувало оточення. Тобто кожен із нас по-своєму переживатиме аб'юз чи втрату, і не можна порівнювати себе з іншими або, що значно гірше, ставити когось «сильнішого» за приклад людині, яка саме переживає нелегкий період. Ви можете допомогти їй подолати випробування з найменшими втратами, виявивши емпатію, піклування, розуміння.

{ Ще раз повторю — травматичним досвідом може бути будь-яка ситуація, більша за нашу здатність із нею впоратися. }

В англійській мові є хороше слово *overwhelming*, яке вживають у словосполученнях зі словами досвід і стрес. Ви можете уявити це слово як сильну хвилю, що перевертає човен і потім накриває всіх, хто з нього випав та намагається втриматися на поверхні. Очі заливає, вода в носі, паніка, борсання у хвилях... І знову накриває!.. Власне, така етимологія цього слова. Отож травматичний досвід так само накриває людину з головою, і їй треба допомогти в ньому не потонути й не боятися «води» в майбутньому. Як ви здогадалися, казати комусь, хто переживає травму, що «Перемелеться — борошно буде», «А на що ти розраховувала, коли на це йшла?..» чи «Займися ділом, от і заспокоїшся» не можна. Скажіть краще: «Я не пережив такого, але вірю, що тобі зараз справді важко. Тепер ти в безпеці, я з тобою і дуже хочу, щоб тобі стало легше».

Найвідомішим порушенням, що йде за травмою, є посттравматичний стресовий розлад, ПТСР. Травма може стати поштовхом для розвитку тривожного розладу і депресії. Травму і стрес кожен хоче подолати, але інколи це роблять продуктивно, а інколи (і частіше) — так би мовити, дисфункційно. Наче й стало краще, тривожність минула, але в інших питаннях стало гірше: людина закрилася, людина заливається алкоголем тощо. І такий дисфункційний спосіб опанувати свій стан після травми веде до інших розладів.

Травматичному досвіду неможливо запобігти. Щось стається, бо сталося, і ми не винуваті. Що можна вдіяти, аби після цього не скривдити самого себе? Знати, що те, що сталося, і те, як ми почуваємося, — це і є *травма*. Розуміти, що вона може сильно нашкодити, але її можна подолати, незважаючи ні на що. Для цього потрібно перестати себе звинувачувати і почати шукати допомоги.

Перестати себе звинувачувати — це потужний крок. Почуття провини в нас плекають з дитинства: згадайте фрази, якими виховували в школі — і воно б'є по нас далі. Якщо сталася біда, шукайте допомоги, розуміння, емпатії, безпеки, і нехай фахівець допоможе припинити румінацію негативних думок про той досвід та інтегрувати його. Інтегрувати — не означає забути, не *прикопати на задньому дворі свідомості*, не витіснити розвагами, а зробити частиною себе, що не болить.

Запобігти можливому розвиткові психічних розладів на всі 100% не вийде, та можна суттєво знизити ризики. Нагадаю, до чого варто вдатися.

Таблиця 2.

Сфера впливу	Що робити?	Що це дасть?
Фізична активність	Ходити пішки Бувати на природі Танцювати Робити силові вправи	Прокачування нейропластичності Зменшення тривожності Спілкування, подолання невротичності, виділення ендорфінів Поліпшення сну, «каналізація» стресу

Сфера впливу	Що робити?	Що це дасть?
Сон	Лягати сьогодні, вставати завтра Дотримуватися гігієни сну Пити снодійні, якщо лікар прописав	Зниження рівня тривожності Зменшення бажання заїдати стрес Кращий фізичний стан і, як наслідок, більша стійкість і енергійність Менше часу на румінацію
Усвідом- леність	Бути тут і зараз думками й діями, а не десь у минуло- му чи майбутньому	Вміння приймати те, що неможливо змінити Менше румінації негативних думок Кращий сон
Психотерапія	Сформулювати, що саме вас непокоїть і що ви хочете змінити Звернутися до психотерапевта	Вміння більш конструктивно і позитивно сприймати реальність Здатність знаходити вихід із ситуації, яка не влаштовує Зміна звичного деструктив- ного патерну поведінки Поява корисних стратегій подолання стресу і негативу Запобігання психічному розладові чи його подолання
Лікування хронічних хвороб	Дотримуватися схеми лікування Змінити спосіб жит- тя на здоровіший	Поліпшення самопочуття і збільшення стійкості до негараздів, бо є сили Зменшення ризику розвитку психічного розладу з орга- нічної причини (внаслідок хвороби)

Сфера впливу	Що робити?	Що це дасть?
Здоровий раціон	Доданих цукрів — менше ніж 35 г на добу Не смажити, а тушувати і запікати Їсти передусім овочі, зелень, фрукти і цільнозернові крупи Регулярно вживати рибу, горіхи, насіння Щодня з'їдати 300 г ягід, навіть узимку	Зменшення ризику хронічних хвороб Підтримка еубіозу (здорового балансу мікроорганізмів) в кишківнику Зменшення запалення, а отже — ризику хронічних хвороб і психічних розладів Запобігання ожирінню — одній із причин психічних розладів Забезпечення мозку всім необхідним для синтезу нейромедіаторів і підтримки оболонки нервів
Позитивна афектація	Вдячність Румінація хороших подій Поведінкова активація Подолання страхів	Посилення впливу приємних подій на мозок Зменшення частки негативних думок у свідомості Виділення ендорфінів, дофаміну, серотоніну Запобігання станам, що ведуть до депресії (ізоляція, невисока активність) Мінус одна річ, що викликає стрес і підтримує невротичність

II. Тепер можете читати приклади

Перелік розладів чи станів, які можуть заважати продуктивності, далеко не повний — йтиметься тільки про найпоширеніші. Адже ця книжка — не довідник із психіатрії. Мета другої частини — пояснити, що може стояти за певною поведінкою чи відчуттями в тілі, та до чого в цьому разі слід вдатися, аби стало краще. Коли ми знаємо, що якесь явище має цілком фізичне пояснення, нам легше його долати, терпіти чи розвивати емпатію і розуміння до людей, яким зараз недобре. Якщо стисло, більшість втручань зводяться до психотерапії, прийому ліків і нормалізації способу життя. Це — головні доказові заходи. І це варто прийняти.

4. Депресивний розлад

4.1. Що таке депресія

Письменник, колумніст і перекладач Андрій Бондар у своєму фейсбуці якось написав таке: «Немає ніякої депресії в українців. А ось що є: пригнічення, туга, журба, скруха, жаль, печаль, сум, розпука, гніт, відчай, розпач, безнадія, скрута, смуток, скорбота, нудьга, жура, гризота, зажура, хандра, спустошеність, пригнобленість, грижа, нудота, досада, тривога, бентега, туск, банність, фрасунок, маркотність, довада, нуда, осмута, журбота, жур, жалість, жалоці, журливість, засмученість, прикрота, скорб, юдоль, сумота, смутá, жальок. Жальок — запам'ятайте це слово». Мова — це домівка буття. Депресія добре знайома українцям, якщо так багато слів назбиралося. В англійській мові стільки синонімів мають хіба слова йолл та пеніс (насправді я не звіряла).

Знайома, але не визнана. Ось ще одна історія з соціальних мереж, кривого дзеркала голосу народу. Торік фейсбуком гуляв комікс (з яким, кажу одразу, я не згодна), де замість людей — собаки породи хаскі. І хаскі-клієнт каже хаскі-психотерапевтові:

— Здається, в мене депресія.

А терапевт відповідає:

— А мені здається, ви — просто лінива дупа.

На жаль, ця картинка розійшлася тисячними репостами і ще більше закріпила хибне уявлення про депресивний розлад. А ще — така реакція аудиторії показала, наскільки в нас усе погано з розумінням психічних розладів і станів. Саме депресивний розлад найбільш поширений з-поміж усіх розладів, але чомусь він же і найбільш обтяжений міфами та вигадками. Мабуть, тому, що ми стикаємося з депресією в себе та інших так часто, що вважаємо її варіантом норми.

Ніхто не застрахований від депресії. Наприклад, депресивні епізоди мають за плечима відомі, зокрема й завдяки своєму почуттю гумору і здоровому глузду, люди.

- Марія Бурмака — співачка, народна артистка України, авторка пісень, серед яких — автобіографічна із назвою «Не бійся жити». Свого часу ця пісня (разом із *I Will Survive*) стала мені підтримкою під час депресії.
- Джоан Роулінг — письменниця, авторка серії книжок про Гаррі Поттера та інших творів. Образ дементорів — потвор, що висмоктують з людини всю силу і радість, — народився в Джоан Роулінг у часи, коли вона боролася з бідністю, безробіттям, самотнім материнством і переживала депресію.
- Г'ю Лорі — музикант і актор, який зіграв доктора Хауса в однойменному медично-комічному серіалі та юного аристократа Вустера в комедійному серіалі «Дживс і Вустер». Г'ю Лорі вперше пережив депресію в підлітковому віці, і його мати також страждала від цього розладу.
- Гаррісон Форд — актор, відомий за серією кінострічок «Зоряні війни» та фільмами про Індіану Джонса, в дитинстві був сором'язливим, його цькували і били в школі, що призвело до розвитку депресії. Поліпшення в його житті настало завдяки самовираженню в акторській грі.

- Леді Гаґа (Стефані Джерманотта) — співачка, композиторка та засновниця фонду *Born This Way**, названого на честь її однойменної пісні. Леді Гаґа пережила депресію і стала адвокаткою психічного здоров'я, а її фонд допомагає молодим людям долати депресивний і тривожний розлади та боротися із цькуванням.
- Джим Керрі — актор, який грав переважно в комедіях та уславився своєю жвавою мімікою й радісною усмішкою. Зірка «Маски» в дитинстві прагнув розвеселити свою матір, яка мала депресивний розлад, а в дорослому віці, після чергового невдалого шлюбу, сам розвинув депресію, звернувся по допомогу і приймав антидепресанти. Познайтеся із драматичним амплуа Керрі ви можете, завдяки драмеді серіалу *Kidding* телеканалу *Showtime*

Як бачите, ці люди — талановиті, цікаві, розумні, творчі. Їх ніяк не назвеш «лінивими дупами», що дозволили собі опуститися, або маргіналами. Вони пережили епізоди депресії не через те, що «справжнього горя не бачили, от і скиглять», як це в нас часто кажуть, а через складні обставини свого життя. І, що важливо, не соромляться розповідати про свій досвід.

То що ж таке депресивний розлад? Великий депресивний розлад — це не просто сум, журба чи душевний біль від втрати. Це тривалий стан сильної, всеохопної печалі, безнадії, розпачу, відчуття нікчемності, сорому, приреченості й вини, які заважають буденним справам і стосункам. Посібник із діагностики психічних хвороб та статистики (*DSM-5*) наводить такі критерії для визначення депресивного розладу.

Щонайменше п'ять симптомів із наведеного переліку мають спостерігатися упродовж двох тижнів поспіль, і обов'язково має бути втрата цікавості або задоволення чи пригнічений настроїв.

* *Born This Way* (англ.) — народилася такою; пісня про прийняття себе та пошук опори в житті.

- Пригнічений настрій (у дітей та підлітків це може бути дратівливість).
- Втрата інтересу чи здатності відчувати задоволення — ніщо не радує й не цікавить (ангедонія).
- Суттєва зміна ваги чи порушення апетиту. Якщо йдеться про дітей, вага є недостатньою для цього віку.
- Порушення сну (безсоння чи гіперсомнія, тобто надмірна сонливість). Дуже часто вранці важко підвестися з ліжка.
- Неможливо знайти спокій через постійний відчуття стану «білки в колесі» чи, навпаки, пригальмованість.
- Утома або враження, ніби ви — «батареяка, що сіла».
- Важко думати, неможливо зосередитися. Ви з подивом згадуєте, як колись швидко приймали рішення.
- Регулярні думки про смерть чи суїцид. План чи спроба самогубства можуть бути або й ні, але для діагностики депресії достатньо самих фантазій на кшталт «Ось помру, і всім стане легше».

Ці симптоми створюють значний стрес і змінюють плин життя так, що стає важко робити потрібні та звичні речі, адекватно спілкуватися. Важливо, що такі зміни настрою і втрата працездатності не пов'язані з вживанням алкоголю, психотропних речовин чи ліків, а також не спричинені медичним станом, що впливає на настрій, наприклад, порушеннями роботи щитоподібної залози, браком вітамінів групи В чи пухлиною мозку. Потрібно також відрізнити депресію від шизофренії чи депресивної фази* біполярного розладу. Депресивний розлад часто супроводжує біль у тілі: в суглобах чи попереку, приміром, а також зміна лібідо. Частіше сексу не хочеться, ніж хочеться, як це буває у випадку

* Для біполярного розладу характерне чергування піднесено-активного (манії або гіпоманії) та депресивного (чи депресивної фази) періодів.

тривожного розладу, а в чоловіків може розвинутися часткова еректильна дисфункція. Оцінити наявність у себе депресивних симптомів на цей момент ви можете за вказаними посиланнями. За одним із них — онлайн-опитувальник, розроблений на основі критеріїв виявлення депресії американського психіатра Аарона Бека [43]. Варто також скористатися шкалою Вільяма Занга для оцінки депресивних і соматичних симптомів [44]. Ці тести можна проходити двічі на тиждень, адже депресія — це досить динамічний стан.

У нашому суспільстві існує запит на «розвінчування міфів», але водночас шириться безліч вимислів про депресивний розлад. Я не хочу спростовувати всі ці вигадки, адже кожна атака на фейки знову повертає їх в інформаційний простір, а отже — знову поширює. Це як вибивати килим від пилу, не виходячи з приміщення. Тому тільки наведу тези про депресивний розлад, які важливо зрозуміти і запам'ятати, щоб зможти краще ставитися до себе чи інших людей у стані депресії.

- Депресивний розлад **позбавляє** здатності працювати і бути ефективними. Бажання спати, лежати, не виходити, не вирішувати нічого — **це наслідок депресії**, а не причина.
- Мозок людини, котра переживає депресію, **не спроможний відчувати радість**, бо не може виділяти чи адекватно реагувати на серотонін та інші нейромедіатори.
- Алкоголь **погіршує** симптоми депресії.
- Людина, яка говорить про самогубство, **може його здійснити**. Завжди зважайте на свої або чужі думки про суїцид. Це тривожний сигнал.
- Депресія — це не хвороба багатих, зманіжених і бездіяльних. Бідність є одним із факторів ризику розвитку депресії, проте цей розлад **може спіткати будь-кого, незалежно від соціального стану**.

- Як і у випадку інших розладів, «просто почати радіти» та «просто припинити плакати» нереально. **Облиште радити свої «прості рішення»**, краще підтримайте близьку людину грішми на терапію депресії.
- Депресія інколи минає сама. Та **поки ви чекаєте**, коли це станеться, **руйнуються** фізичне здоров'я й стосунки, може дійти навіть до самогубства. Чекати, що це минеться, — надто великий ризик.
- **Депресія буває в будь-якому віці**, хоча найчастіше перший епізод стається на початку третього десятиліття.
- Антидепресанти — це, звісно, хімія, як і все решта в цьому світі, крім хвиль світла, звуку і часу. **Антидепресанти потрібні мозкові для виходу з депресії так само**, як людині, котра проходить реабілітацію, потрібні ходунки, милиці та ковчез, перш ніж вона знову зможе ходити самостійно.



4.2. Як розвивається депресія

Важливо прийняти думку, що депресія — це хвороба, що не виникає, як і будь-яка інша хвороба, з вини людини (коли вам батьки казали в дитинстві: «Ну як ти міг підчепити десь грип!..» — вони не мали рації). Отож лікувати депресію треба як хворобу. Генетика і середовище взаємодіють так, що мозок не може працювати як слід. До *генетики* належать, наприклад, різні варіанти генів, які кодують компоненти обігу нейромедіаторів. У когось, можливо, багато чутливих рецепторів, а в когось — ферментів, що руйнують нейромедіатори. Першому живеться ніби веселіше.

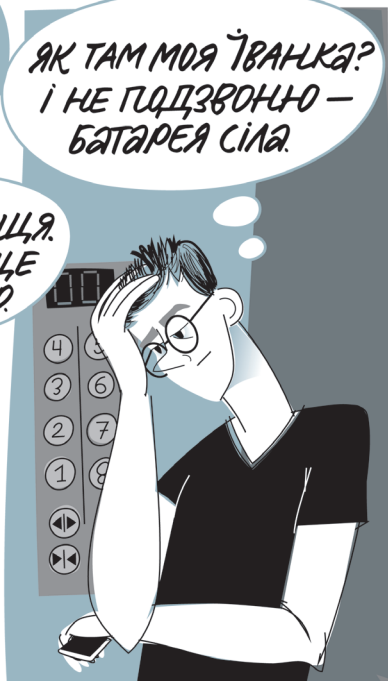
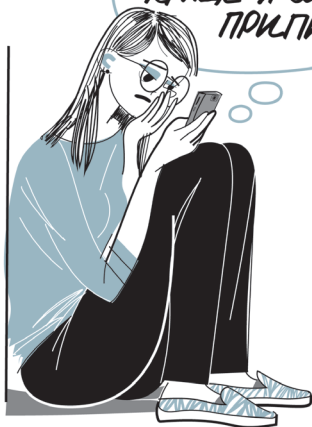
Під *середовищем* я маю на увазі пережиті травми, хронічний стрес і спосіб харчування. Крім цього, хронічне запалення також виразно діє на нейрони і їх оточення. У результаті таких впливів у клітинах змінюється розклад роботи генів: одні вмикаються на повну, інші замовкають. Не досить мати хороші гени — треба, щоб вони працювали як слід. А якщо вони *не дуже*, то й поготів.

Ситуація, що призвела до розвитку депресії, подібна до впливу нестачі води на молоді паростки посушливої весни. Ось у нас маленький соняшник (мозок). Ріс він собі, утворював нове листячко, але раптом у травні стало +35 і подув сухий вітер. Рослина трималася як могла, почала економити воду, сповільнила ріст, утворює не гормон росту ауксин, а гормон стресу — абсцизову кислоту... Жива? Жива. Але стресована,

ВІН НЕ ПИШЕ.
БУВ У МЕРЕЖІ ЧОТИРИ
ГОДИНИ ТОМУ.
ПЕВНО, ДЕСЬ
РОЗВАЗЖАЄТЬСЯ
БЕЗ МЕНЕ.

ЯК ТАМ МОЯ ІВАНКА?
І НЕ ПІДЗВОНЮ —
БАТАРЕЯ СІЛА.

ЦЕ ПОЧАТОК КІНЦЯ.
КРАЩЕ Я САМА ЦЕ
ПРИПИШУ.



менша, ніж мала би бути, хоче передчасно квітнути, щоб якнайскоріше померти в цьому пеклі. Гени — ті самі. Але посуха занурила соняшник у стан, коли спрацювала програма реакції на стрес, а не програма вегетації. Так і в ситуації, що призвела до депресії: усі ці хвороби із запаленням, неправильне харчування, брак триптофану і вітаміну В6, хронічний стрес і дія кортизолу, збуджена симпатична нервова система — занурили мозок у стан, коли гени почали працювати інакше. У нейронних мережах відбувається збій, і мозок опиняється в пригніченій, похмурий, безнадійній ситуації, зумовленій браком серотоніну, дофаміну, норадреналіну, ГАМК і надлишком глутамату. Тепер ви розумієте, чому насамперед треба було читати першу частину книжки про мозок та інші сторони?..

Ось кілька прикладів того, що відбувається в мозку під час депресивного розладу. Це не просто цікаво знати, як то кажуть, — це важливо для розуміння того, як діє терапія антидепресантами.

В амигдалі та середньому мозку стає більше переносників серотоніну. Що це таке? Один нейрон спілкується з іншим і виділяє серотонін чи інший нейромедіатор. Той якийсь час перебуває в щіліні між нейронами — синапсі, де приєднується до своїх рецепторів і передає сигнал у клітину. Потім доля нейрона така: його руйнує спеціальний фермент (ми ж не можемо тепер постійно бути під дією серотоніну) чи його «бере за руку і веде додому» переносник. Цей процес називається *зворотним захопленням*.

{ Отже, під час депресії емоційні контури впродовж коротшого часу відчують серотонін і тому не мають змоги сприймати хороші емоції на повну. }

Саме цей процес зворотного захоплення серотоніну і є однією з мішеней дії антидепресантів.

Рецептори серотоніну втрачають спорідненість із ним. Відбувається це в тих частинах мозку, якими ми думаємо і відчуваємо емоції: у скроневих та лобних ділянках великих півкуль та лімбічному контурі. Серотонін є, але рецептори його ніби не бачать. Контури тривожності надмірно збуджуються, а контури задоволення та самозаохочення замовкають і не відповідають. У мозку знову журба, печаль і гризота. До речі, навіть під час ремісій депресивного епізоду (відкатів у бік депресії, що стаються під час лікування) робота цього ферменту в мозковій й надалі порушена. Це вважають не так виявами депресії, як *шрамами*, що залишилися після неї.

Ріст, спілкування та утворення нових нейронів гірше. Це зумовлено тим, що в мозковій стає менше нейротрофіну *BDNF*, потрібного для підтримки нейропластичності. У такому разі депресія може бути як причиною порушення нейрогенезу, так і його наслідком. Коли в дорослих людей у гіпокампі (оперативній пам'яті й жорсткому диску мозку) припиняється нейрогенез, розвивається депресія. Ось чому так важливо розважати свій мозок заняттями, що майнять *BDNF*: фізичною активністю, навчанням, пізнанням нового.

Нейроглія виділяє молекули, що викликають запалення. Нейроглія, нагадаю, — це оточення нейронів. Гліальних клітин на порядок більше, ніж нейронів. Вони рулять у мозкові. Якщо ми переживаємо тривалий стрес, глія у відповідь утворює про-запальні молекули. Від них у кращому разі болить голова (як при застуді), в гіршому — гинуть нейрони і мозок стає на шлях розвитку депресії.

Нейрони утворюють більше ферменту моноаміноксидази А, яка руйнує дофамін, серотонін та норадреналін. У декого з нас — кому пощастило з генами і безхмарним дитинством — нейрони не дуже хочуть утворювати моноаміноксидазу. Усе хороше в їхньому мозкові довго «штирить»

(даруйте за жаргон, але це найточніше слово в цьому контексті). У тих, в кого від батьків дуже активні гени моноамінооксидази чи було стресове травматичне дитинство, цей фермент нищить нейромедіатори, як «Київзеленбуд» — траву і дерева.

Стає більше глутамату. Глутамат є найпоширенішим нейромедіатором, майже всі нейрони його виділяють і всі сприймають. Однак що занадто, то не здорово. Коли в нашому тілі запалення, нейрони починають утворювати дуже багато глутамату, перезбуджуватися, буквально вигорати через це, й відтак припиняють утворювати той самий нейротрофін *BDNF*.

Нейрони втрачають рецептори до ГАМК. ГАМК — це гальмівний медіатор, потрібний, щоб «нарешті заспокоїтися» і не звертати увагу на все поспіль. Коли нейрони втрачають змогу фільтрувати збудження в своїй мережі, ми вже не пауємо над думками і стаємо на слизький шлях румінації чи нав'язливих думок, які ще більше посилюють депресію. До речі, така сама втрата рецепторів до ГАМК стається при ПТСР, тривожному розладі та шизофренії. Одразу відкрию секрет — чутливість нейронів до ГАМК збільшує окситоцин. А його можна *намайнити* завдяки обіймам, сексу, котикам і песикам та іншому мімімі [45, 46, 47].

Це схоже на пастку для мозку (чи на історію України), коли все погане саме себе посилює, генетично закладені корисні програми не можуть реалізуватись, а добре втрачається. Але ми так просто не здаємося, засукуємо рукави і беремося лагодити власні мізки й долі. На щастя, поступ науки це уможлиблює [48, 49].

4.3. Особливі випадки і що з ними робити

Депресія має різновиди.

Окрім великого депресивного розладу (*major depression*), бувають й інші.

Постійний (персистивний) депресивний розлад (дистимія) — пригнічений настрій, що триває принаймні два роки. Людина з таким діагнозом може при цьому переживати епізоди великого депресивного розладу і періоди з легшою симптоматикою. Мені здається, що приказка про те, що життя, як зебра, в білі та чорні смуги, насправді стосується не мінливості буття, а постійного депресивного розладу, біполярного розладу (чергування періодів ейфорії та гіперпродуктивності й депресії) чи циклотимії (м'якшої та слабшої форми біполярного розладу, коли зв'язок із реальністю під час маніакальної фази не переривається).

Післяпологова депресія — депресивний стан, що розвивається в деяких жінок після народження дитини. Має всі симптоми великого депресивного розладу, але ситуацію погіршує те, що вони збігаються з очікуваннями від стану матері після пологів. Порушений сон? Бо маля плаче. Нема сил? Ну, бо не спала. Хочеться багато солодкого? Бо ж годуєш. Усі дратують, настрої — тільки б плакати? Бо родичі тиснуть і кажуть *тижемать*, чи не допомагають, чи скучила за спілкуванням і «вільним життям», чи взагалі це самотнє материнство і все непросто. Насправді післяпологова депресія — дуже важкий і небезпечний стан, який без перебільшення становить загрозу для життя жінки і дитини. Від «очікуваної втоми» після пологів його відрізняють думки про заподіяння шкоди собі чи дитині.

Сезонне афективне порушення — це періодична поява депресивних симптомів у певний сезон: наприкінці осені — на початку зими чи на межі весни й літа. Тобто характерне в періоди, що передують зимовому та літньому сонцестоянню. Сезонному афективному порушенню в цій книжці присвячено цілий розділ.

Біполярний розлад — це не депресія, але людина, що його переживає, періодично має симптоми депресії, які чергуються з періодами манії (стану, коли людина «на куражі»: за все хапається, починає нові проекти, багато спілкується, мало спить і їсть, дратується) чи помірнішої гіпоманії. Люди з біполярним розладом схильні «щезати» під час депресивних епізодів, а потім знову ніби виринати з небуття. Він притаманний багатьом творчим людям. Про свій розлад розповіла актриса Кетрін Зета-Джонс, аби зняти стигму з інших людей, що його пережили та, ймовірно, переживатимуть іще. З цим (пізно діагностованим) розладом жила джазова виконавиця Ніна Сімон. У якийсь період свого життя, в зрілому віці, вона навіть опинилася на вулиці. Біполярний розлад значною мірою зумовлений спадковістю і може супроводжуватися шизофренією, бо ці стани мають певну спільну генетичну основу. А проте життя з біполярним розладом може бути повноцінним, однак потребує кваліфікованого лікарського контролю, дисципліни в прийомі ліків і розуміння з боку близьких. Будь ласка, ніколи не жартуйте про «біполярочку» та не викреслюйте таких людей зі свого життя.

Слід триматися подалі лише від токсичних, агресивних, схильних до знецінення людей, адже така поведінка — це їхній вибір.
А психічні розлади ми собі не обираємо.

Передменструальне дисфоричне порушення — це періодичний депресивний стан, що передує місячним і сильно порушує звичний плин життя. Це не передменструальний

синдром, це значно важче і, на щастя, значно рідкісніше. Цьому розладові також буде присвячено цілий розділ.

Депресія в літніх людей не є чимось винятковим. Так, у старшому віці сильно зростають ризики розвитку депресивного розладу, бо додаються причини і поштовхи до нього: соціальна ізоляція, хронічні хвороби, що супроводжуються запаленням, зміна харчування та роботи шлунково-кишкового тракту. Переживання втрати близької людини нині вилучили з переліку причин депресії, тобто якщо комусь постійно сумно, самотньо і безпросвітно через удівство, наприклад, це не вважають депресією. Це — скорбота через втрату. На жаль, жодне формальне пояснення термінів не полегшить біль. І самі пацієнти в літах, і їхні лікарі часто недобачають депресивного порушення, бо вважають, що все «в межах вікової норми». Це хибна позиція. Депресивний стан не є нормальним у будь-якому віці. Тому важливо відрізнити соматичні вияви депресивного (чи тривожного) розладу від хвороб, не боятися говорити про свій настрій і не шукати йому виправдання в самотності чи старінні. Має бути окей, що б там не було [50].

З депресією бувають різні відносини, залежно від статі. У жінок депресія буває в 1,7 раза частіше, ніж у чоловіків. Частково це пояснюється — й це не дивно — дією на мозок статевих гормонів. Дослідження на мишах показали, що у відповідь на стрес у самиць дуже сильно активуються певні ділянки мозку, а в самців чи самиць «на тестостероні» — дуже кволо. У самців ссавців, тобто і в мишок, і в людей, є естрогени, що утворюються з тестостерону. Проте чоловічий мозок сприймає їх іншими рецепторами, а отже, й ефект естрогену на мозок різниться у самців і самиць. Мозок чоловіків і жінок у стані депресії по-різному реагує і на емоційно забарвлені стимули, що можна побачити завдяки скануванню роботи мозку. Інші можливі причини статевих відмінностей полягають у неоднаковому впливові хронічного запалення на мозок чоловіків і жінок. Приводу заздрити

чоловікам тут немає — у них депресивний розлад закінчується самогубством частіше, ніж у жінок.

Жінкам депресія вкорочує репродуктивний вік — ризик раннього переходу до менопаузи у випадку депресії зростає вдвічі. Не відомо, де причина, а де наслідок, проте під час депресії рівень гормону естрогену в жінок сильно падає. Бувають випадки, коли для подолання депресії потрібно «полагодити» синдром полікістозних яєчників. Я кажу полагодити, бо універсального лікування — і щоб як рукою зняло — немає, однак стан людини можна суттєво поліпшити, зокрема й відновити фертильність [51].

Люди з діабетом також більше схильні до депресивного розладу, ніж решта. Постійно високий рівень глюкози створює умови для розвитку депресивного розладу:

- погіршує мозковий кровообіг;
- призводить до того, що нейрони не синтезують *BDNF*, а отже втрачається нейропластичність;
- якщо рівень глюкози високий, нейрони утворюють багато моноамінооксидази, яка руйнуватиме нейромедіатори;
- спричиняє високий рівень гормону кортизолу (який і створює в тілі відчуття стресу);
- змінює фігуру і цим псує настрій та самооцінку (так, треба себе приймати як є, але не варто стверджувати, що суттєві зміни в тілі залишають нас байдужими) [52].

В Україні у понад 1,3 млн людей діагностовано діабет. Дослідження випадкової вибірки осіб 20–65 років у Дніпрі показало, що діабет мають понад 8 % із них, але більшість не знає про свій статус. Отже, є підстави підозрювати, що насправді хворих більше, проте вони не вживають заходів зі стримування хвороби [53]. Усі ці люди перебувають у зоні ризику розвитку депресії.

І тут коло замикається — люди з депресією неохоче дотримуються схеми лікування діабету. Нагадаю, що найпоширенішою формою цієї хвороби є інсулінонезалежний діабет 2-го типу. Для його подолання важливий передусім здоровий раціон, практично без простих вуглеводів і приготованих у фритюрі страв, але з акцентом на рослинній їжі, а також тренування до поту і прискороного серцебиття. У низці випадків потрібні медикаменти, постійний контроль рівня глюкози, режим харчування та ін'єкції інсуліну (у випадку діабету 1-го типу чи підвидів 2-го типу, що залежать від інсуліну). Лікування діабету потребує зібраності й цілеспрямованості. Успішне подолання депресії на 95% підвищує шанси на те, що рівень глюкози буде стабільний і нормальний [54].

Діагностичні критерії діабету такі:

- рівень глюкози натщесерце 7 ммоль/літр і більше (126 мг/дл)

чи

- показник тесту на переносимість глюкози (рівень глюкози в крові через дві години після того, як ви випили розчин, в якому 75 грамів глюкози) — 11,1 ммоль/літр (200 мг/дл)

чи

- в людини є ознаки гіперглікемії (високого рівня глюкози крові) або гіперглікемічного кризу, й аналізи показують 11,1 ммоль/літр

чи

- рівень глікованого гемоглобіну A1c становить понад 6,5% або 48 ммоль/літр (цей аналіз не підходить для діагностики хвороби в спортсменів).

Наше тіло може підказувати про ризик діабету і що час перевірити рівень глюкози, зокрема:

- чоловіки, в яких талія значно більша за стегна (співвідношення талія/стегна становить понад 0,9) або талія перевищує 102 см, мають у п'ять разів більші шанси, що аналізи покажуть наявність діабету;
- жінки з талією понад 88 см втричі більше ризикують мати діабет;
- люди з індексом маси тіла 30 і більше (вага в кілограмах, поділена на квадрат зросту в метрах) мають вп'ятеро більшу ймовірність розвитку діабету, ніж люди з індексом маси тіла, меншим за 25 (нормальна вага) [55].

Я вважаю, це дуже важливе повідомлення: зайва вага, значно більша за стегна талія, діабет і депресія йдуть нога в ногу. Будьте уважні до себе.

4.4. Як лікують депресивний розлад

На щастя, депресивний розлад лікується досить добре. Для цього можуть застосовувати антидепресанти, психотерапію, електростимуляцію чи навіть подолання хронічного запалення. Єдиної пігулки для всіх немає, і для досягнення ефекту потрібні зусилля та певний час, проте депресія в усіх своїх виявах не є вироком на все життя. Головне — звернутися по допомогу.

Антидепресанти

Як ви вже знаєте, це саме та «хімія», котра допомагає нашому мозкові налагодити роботу власної лабораторії та змусити її знову *працювати за стандартами ISO*, а не будь-як, тобто погано. Антидепресанти пройшли еволюційний шлях і в наші дні є значно безпечнішими та ефективнішими, ніж 40 років тому.

Сучасні антидепресанти діють на такі мішені:

- Захоплення серотоніну нейронами. Антидепресанти, що не дають переносити серотонін назад у нейрони, які його виділили, і завдяки цьому ми довше перебуваємо «під серотоніном» — це синтетичні інгібітори зворотного захоплення серотоніну. Інгібітори — отже, вони пригнічують процес. Найвідомішою діючою речовиною серед інгібіторів зворотного захоплення серотоніну є флуоксетин. Подібний ефект має трава звіробою: її компоненти пригнічують зворотне захоплення серотоніну, дофаміну й норадреналіну та збільшують кількість рецепторів серотоніну на нейронах. Проте поєднувати антидепресанти і звіробій не можна — або-або [56].
- Руйнація нейромедіаторів ферментом моноамінооксидаза. Як уже було сказано, цей фермент руйнує такі нейромедіатори, як серотонін і дофамін. Під час депресії, внаслідок хронічного стресу чи постійно високого рівня глюкози нейрони починають більше утворювати цей фермент. Інгібітори моноамінооксидази існують у природі, і ми їх отримуємо, коли їмо чорну смородину. Проте їх кількість там сильно варіює, щоб казати про якийсь сталий терапевтичний ефект.

Такі антидепресанти є першою ланкою терапії. Зазвичай минає два-чотири тижні, перш ніж ефект від їх прийому стане відчутним. Відразу годі сказати, підходить препарат чи ні. Якщо він діє, то прийом продовжують, а згодом можуть збільшити дозу. Якщо ні, то пробують добирати знову. Може бути таке, що призначають антидепресанти другої ланки терапії — еволюційно старші трициклічні препарати. Вони нині значно менше застосовуються через різноманітні побічні дії. Є також норадренергічні та серотонінергічні антидепресанти. Деякі види депресії є стійкими до терапії антидепресантами, і часто в цьому разі допомагають протизапальні препарати чи нормалізація гормонального балансу.

Відчутний результат настає через кілька місяців лікування, і приймати антидепресанти слід не менше ніж дев'ять місяців, а часом і понад рік.

{ Якщо припинити вживати ліки завчасно, всі симптоми депресії повернуться. }

Це не означає, що виникло звикання, залежність, і ви тепер «на колесах». Це означає, що мозок досі потребує умовного ціпка, аби триматися вертикально і ходити.

Важливо розуміти, що антидепресанти — це не вітамінки (хоч і ті можуть викликати передозування, тому просто так їх пити не варто). Вони можуть мати такі побічні ефекти, як набір ваги, втрата лібідо чи еректильна дисфункція, надмірна сонливість або, особливо якщо йдеться про підлітків і молодь, — суїцидальні думки протягом перших тижнів прийому. Депресія, до речі, теж це може викликати. Тому ніколи нізащо не призначайте антидепресанти собі самі. На щастя, в нас їх не продають без рецепта, на відміну від інших рецептурних ліків. І не припиняйте їх приймати, поки лікар не дозволить і не проконтролює ваш стан після цього.

На тему антидепресантів і проблем із сексом можу розповісти історію, прочитану колись давно в англомовній пресі. Стаття присвячена стосункам із чоловіками, в яких еректильна дисфункція, й одна історія була якраз про антидепресанти. У певного пана стали зав'язуватися стосунки, але він не давав їм ходу і зрештою мусив пояснити, що має проблеми з ерекцією внаслідок прийому антидепресантів. Його потенційна партнерка з розумінням до цього поставилася, адже краще, щоб коханий чоловік був живий і спокійний, ніж покінчив із собою через хворобу. Тим паче, що через депресію в людей усе одно погано з лібідо. Пара кублилася в ліжку, спілкувалася, опанувала різні техніки масажу, й чоловік став профі кунілінгусу. До речі, в статті вживали словосполучення *pillow talk* — розмова на подушках — і мені цей вислів припав до душі. З часом депресія минула, й ерекція

до героя оповіді повернулася, але закохані й надалі час від часу практикували подушкові балачки замість фрикцій. Це їх дуже зближувало. І, до речі, є препарати для стимуляції ерекції. Хімія, всюди хімія!..

Були часи, коли тему депресії я на себе не приміряла (хоча на той момент уже були депресивні епізоди, але хотілося думати, що це така моя норма), вважала, що антидепресанти — це небезпечно і дорого. Що тепер можу сказати? Порівняно з алкоголем, невиконаною роботою і неотриманими через це грошима, хаосом у житті чи потенційним похороном, антидепресанти взагалі не лякають. Узагалі.

Щодо антидепресантів для вагітних і матерів під час лактації, то на ліках пишуть «проконсультуйтеся з лікарем, ефект невідомий». Утім, великі дослідження, проведені у Швеції (там поширене лікування антидепресантами), свідчать, що антидепресанти різних типів не мають впливу на шанси зачати, виносити і народити здорову дитину, тому в разі післяпологової депресії приймати їх також можна [57]. Однак із лікарем все одно слід консультуватися. Можливо, потрібно буде ретельніше стежити за тиском: антидепресанти — інгібітори зворотного захоплення серотоніну можуть підвищувати тиск у вагітних жінок [58].

Психотерапія

Доведену ефективність у подоланні депресивного розладу мають такі підходи.

Когнітивно-поведінкова терапія, спрямована на формування навичок вловлювання негативних думок і дистанціювання від них, усунення когнітивних викривлень, тестування власних суджень і вироблення більш реалістичного сприйняття тих чи інших ситуацій.

Наприклад, можна постійно, на рівному місці (тобто автоматично) думати, що «мене не люблять і не цінують», і відчувати через це смуток й відповідно «печально» поводитися: ізолюватися, «відморожуватися» чи спілкуватися

непривітно. Це, своєю чергою, може призводити до справді негативних наслідків, бо люди трактуватимуть таку поведінку як, наприклад, небажання контактувати, а через це стосунки можуть і справді погіршуватися. У такий спосіб думки про нецінність справджутьватимуться. В основі цього сюжету — ймовірно, давно сформоване глибинне переконання «я не вартий/не варта любові» чи «я недостатньо хороший/хороша».

КПТ має навчити давати раду своїм автоматичним негативним думкам, ставити їх під сумнів і залишати простір для надії та позитиву (як у тому анекдоті: «Ну так, страшно, але ж не жах-жах-жах!..»), а також призвичаюватися бути уважними до того доброго в житті, що часто лишається непоміченим.

Інтерперсональна (міжособистісна) психотерапія. Це, нагадаю, робота над переживанням втрати, рольовими диспутами («Я хочу, щоб він зробив X, а він робить Y!..»), зміною ролей (стати батьками, повернутися з військової служби до цивільного життя) та міжособистісними дефіцитами («Я соромлюся спілкуватись, тому сиджу вдома, сумую на самоті, ніщо не цікавить»). Інтерперсональна терапія триває в середньому 12 сеансів, має чіткі початок, завершення і результат. Клінічні дослідження підтверджують дієвість інтерперсональної терапії в лікуванні депресії [59, 60].

Терапія, спрямована на пошук рішень. Її також називають короткочасною терапією, оскільки в неї є конкретна мета і завдання: знайти вирішення проблеми, що істотно псує життя. Цей метод розробили в США у 1970-х. Вона не лікує депресію чи шизофренію, проте може значно поліпшити якість життя. Інколи варто звернутися до психотерапевта, аби самим уголос сформулювати щось на кшталт:

- Мені, мабуть, не варто все переповідати мамі телефоном, бо коли я скаржусь, то знову переживаю свої

турботи, а мамині коментарі такі, що серце крається від знецінення...

чи

- Я так погано працюю, бо насправді не хочу там бути, в нашому офісі токсична атмосфера і люди вигорають. Хочу заробляти гроші в іншому місці, де почуватимуся комфортніше.

або

- Я стала гірше вчитись і погано почуватися, відколи закинула тренування, бо не встигала з домашніми завданнями. Але ж тренування якраз і давали мені ресурси й тримали на плаву. Їх треба відновити [61].

Ми можемо почуватися неважкими чи гіршими за інших, проте не сумніваємося в істинності своїх думок чи здатності знайти вихід із ситуації. Інколи найочевиднішого варіанту ми вперто не помічаємо, блукаємо манівцями до вирішення проблеми, продовжуючи перебувати в темному лісі депресії. Мені здається, в цьому разі варто звернутися до психотерапевта, щоб він якомога скоріше вивів із п'їтьми й відкрив очі на розв'язок проблеми.

Також можна скористатися ресурсами із самопомогги, якщо у вас депресія. Існують відповідні мобільні застосунки та матеріали, які нагадують робочий зошит із завданнями, тестами і місцем для нотаток. Робота з глибинними переконаннями потребує обережної роботи психотерапевта, і навряд чи її варто починати відразу. Вихід із депресивного розладу нагадує порятунок при кораблетрощі: важливо спершу доплисти до берега і врятуватися, а потім міркувати над складнішими речами. Потрібно розірвати коло, яке посилює депресивний розлад. Виглядає це так.

- Людина в депресії думає: «Немає сенсу йти на цю зустріч, мені все одно не сподобається. Я в такому настрої, що друзі не захочуть спілкуватися зі мною».

- Усвідомлюючи це, людина відчуває смуток, печаль, розчарування.
- Що людина робить? Вирішує залишитися вдома, нікуди не йти, якщо все аж так погано.
- У результаті: можливість отримати задоволення не використано, депресивна бездіяльність призводить до посилення пригніченого настрою і підкріплення негативних думок.

Уже кілька років я спостерігаю, як моя найближча подруга так віддаляється від всіх, і від мене зокрема, не сприймає благань піти до лікаря, навіть разом, навіть якщо за все заплатять друзі. Це моторошно бачити. А переживати — ще страшніше.

Психотерапія пропонує нам вийти з цього замкненого кола завдяки поведінковій активації. Часто люди думають, що поведінкова активація — це той самий остогидлий із курсів «самовдосконалення» вихід із зони комфорту та дорікання людині через її нібито лінь і несміливість. Усе геть не так. Поведінкова активація — це малі кроки з тіні до світла. Ми згадуємо, що є нашими цінностями і що колись приносило задоволення. Далі міркуємо, як можемо втілювати це в життя, плануємо це зробити і робимо. Можна вийти до кав'ярні випити кави. Або взути кросівки і пробігти кілометр у парку. Не треба розпочинати стартап чи їхати волонтерити в Африку. «Здорових» людей може дивувати, як похід на каву чи невеличку пробіжку можна планувати і вважати терапевтичними засобами. Але саме так і є. Невеликі кроки тренують мозок виділяти серотонін, хвалити себе *дофамінкою*. Передня кора півкуль розуміє, що не все так погано, ми молодці, люди не страшні, світ не такий і ворожий. Важливо згадати про те, що для нас найвагоміше: дружню підтримку, поступ у роботі, піклування про свою зовнішність — і діяти. Це дуже потужний спосіб майнити нейромедіатори і підтримувати свої нейронні мережі в порядку.

Стимуляція мозку

Коли йдеться про дію струму на мозок, на думку спадає електрошок і роман «Над зозулиним гніздом»*, проте все значно краще. Якщо антидепресанти не допомагають, або індивідуальні побічні ефекти надто сильні, або важливо швидко досягти результату (через загрозу суїциду), можуть запропонувати електроконвульсивну терапію. Для цього не потрібна госпіталізація, сеанси тривають до місяця, двічі-тричі на тиждень. Це не боляче — все відбувається під анестезією та в стані розслаблення м'язів.

Є й інші типи стимуляції: транскраніальна (крізьчерепна) магнітна стимуляція та стимуляція блукаючого нерва.

Улітку 2020-го я знайшла інформацію про те, що в Україні роблять транскраніальну магнітну стимуляцію та продають апарати для електроконвульсивної терапії. Не для домашнього вжитку, ясна річ. Але якщо продають, то невдовзі десь використовуватимуть.

Спосіб життя

Коли лікар ставить діагноз депресія, то неодмінно наголошує на важливості впорядкувати спосіб життя або підтримувати його в нормі, якщо він таким і був (що при депресії сумнівно). Здоровий спосіб життя не замінить антидепресантів та/чи психотерапії, як і не вплине на стійкість до хвороб, яким можна запобігти лише вакцинацією. Проте якщо їсти казна-як, знищуючи свою кишкову мікробіоту, не дотримуватися режиму сну і мало рухатися, в мозку не буде шансів на адекватний синтез нейромедіаторів. Терапія депресії — це як насіння, але ви маєте посадити його в придатний ґрунт і створити умови для росту.

Що важливо робити?

* «Над зозулиним гніздом» — роман американського письменника Кена Кізі (1959), в якому описано «терапію» електрошоком, що насправді була тортурами. Під час процедур головні герої проказували дитячу лічилку про зозулю, аби не знепритомніти.

- **Будьте фізично активними, хоча б ходіть у темпі.** Це не просто порада в стилі «в будь-якій непевній ситуації радь ЗСЖ». Тут криється дуже цікава молекулярна кухня. Якщо стисло, то фізичні навантаження «перепрошивають» нейрони так, щоб ті краще поглинали триптофан, збільшили утворення з нього серотоніну та синтезували *BDNF*. Не можна сказати, що тренування є панацеєю від депресії — вона буває і в атлетів. Проте рух і навантаження м'язів критично потрібні, аби витягнути себе з болота цієї хвороби.
- **Адекватно харчуйтеся.** Відмовтесь від перекусів, не влаштовуйте голодування (читайте розділ про порушення харчової поведінки), споживайте переважно просту їжу рослинного походження (городину, горіхи, крупи, фрукти — вони потрібні, щоб кишкова мікробіота була щасливою і ошчаслилювала нас), рибу (це завжди хороша ідея з огляду на незамінні для мозку і пригнічення запалення жирні кислоти) та продукти — джерела триптофану, з якого в мозку утворюються серотонін і мелатонін (нут, молочні продукти).
- **Проводьте час серед людей,** довіртеся комусь, хто знатиме, що з вами, та зможе допомогти (принесе харчі, відведе дітей до садочка, коли геть погано).
- **Не бухайте.** От саме в такому формулюванні. Алкоголь у великих дозах посилить тривожність, погіршить сон, спотворить засвоєння низки нутрієнтів у кишківнику. Але якщо йдеться про поведінкову активацію і похід у шинок із давніми друзями, то тут, як кажуть, «користь перевищує потенційний ризик».
- **Дотримуйтеся гігієни сну.** Знайдіть той час, коли вам природно комфортно засинати і прокидатися, приміром, це буде 23:00 та 7:30. І так лягайте-вставайте щодня. Вигадайте собі власну традицію перед сном: відкладіть телефон, прогуляйтеся, почитайте,

прийміть душ, пообіймайте kota-собаку чи закубліться з партнером або дітьми, або зі всіма разом, зробіть маску, помедитуйте — що завгодно, аби воно не псувало настрої і здоров'я та день у день повторювалося. Мозкові, як українським виборцям, потрібна стабільність і передбачуваність. Тільки мозок має рацію.

Крім цього, важливо налаштувати собі безпечний режим — *safe mode*:

- ставте реалістичні цілі, наприклад, пройти п'ять кілометрів, а не зробити марш-кидок із Троєщини до Теремків;
- не приймайте життєво важливих рішень, як-от одружитися чи розлучитися;
- не чекайте, що настрої поліпшаться вмиль, а як ні — то пропало все, кидаємо лікування;
- вивчайте питання депресії, самопомоги у випадку цього розладу. Краще думати про вирішення проблеми, ніж продовжувати румінацію;
- Співчутливо ставтеся до себе, намагайтеся зрозуміти власні ліміти, потреби, пріоритети (головне — вибратися з депресії, решта — потім), свій стан, не соромте самі себе і не дорікайте [50].

Я дуже сподіваюся, що цей розділ допоміг вам зрозуміти, що ж відбувалося з вашими «вічно пригніченими та втомленими» знайомими чи родичами, або й з вами, коли все здавалося цілком безнадійним. Якщо у вас є ознаки депресії, негайно звертайтеся по медичну допомогу і пояснюйте свій стан близьким. Якщо ви лікар, будьте уважні до виявів депресії чи інших розладів у своїх пацієнтів. Пропонуйте їм заповнити опитувальник Бека на прийомі — це нічого не коштує, проте багато важить для поступу лікування.

5. *Сезонне афективне порушення*

З цього розділу ви дізнаєтеся, чому зима може надовго псувати настрій, чи допоможуть тут шопінг, глінтвейн або кублення в ліжечку, чим відрізняється зимова хандра від сезонного афективного порушення, а також чому влітку інколи буває нестерпно та безнадійно.

Як авторка публікацій про здоров'я, я відчуваю настання найкоротших днів у році не лише за довжиною світлового дня, а й за медійним запитом: треба терміново писати про «осінню хандру». Людям важливо зрозуміти, як пізно восени і взимку зберегти енергійність і добрий гумор. На жаль, літній період поганого настрою в деяких людей та річний пік самогубств у найдовші дні в році поки що залишаються поза увагою журналістів. Мабуть, про глінтвейн і нові рукавички писати безпечніше.

Сезонне афективне порушення (САП) — це регулярний депресивний розлад, що стається в певну пору року. САП вважають частиною великого депресивного розладу чи біполярного розладу, тобто це не окреме порушення. Є зимове САП, яке в Північній півкулі починається приблизно в листопаді й минає навесні, “коли танцюють сніги і ріки полишають свої береги*”. Є літнє САП, приурочене до довгих днів до і після літнього сонцестояння. Ідеться, знову ж таки, про Північну півкулю [62].

* «Марат», слова — Сергій Жадан.

І зимове, і літнє САП виражаються як поганий настрій, сум, байдужість, відчуття безнадії та нікчемності. Проте взимку люди радше схильні до малої активності, сонливості й переїдання, а літнє САП забирає спокій, сон, апетит і приносить невгамовну збудливість і тривожність. Деякі люди переносять САП так само важко, як і велике депресивне порушення, і навіть можуть поводитися агресивно чи робити спроби самогубства, тому цей розлад не можна ігнорувати ані тим, хто від нього потерпає, ані лікарям, яким скаржаться на якість і апатію. Якщо ніяк не лікувати це порушення, воно може повторитися через півроку — тож зіпсованими будуть і літо, і зима. Почнемо із зими.

Зимове сезонне афективне порушення. Найчастіше від цього розладу потерпають молоді жінки, які живуть у середніх і північних широтах. Серед чоловіків САП трапляється в чотири рази рідше. Якщо в людини або в її родичів були в житті випадки депресії, шизофренії та біполярного розладу, то шанси мати зимове САП ще більші.

Прошу вас, не переймайтеся зараз, якщо зима забирає у вас жвавість і сили. В зимового САП є субклінічна форма — ота сама *зимова хандра*. Діагноз САП ставлять, якщо депресивні симптоми розпочинаються саме із суттєвим скороченням світлового дня, минають навесні, спостерігаються дві зими поспіль, а за все життя депресивних зим було більше, ніж недепресивних. Цей діагноз ставлять, якщо симптоми депресії щороку починаються та минають в один і той самий час. У Британії від САП потерпає 2% людей, а від його субклінічної форми — вдесятеро більше. На Алясці САП є в 9% місцевих мешканців [62, 63].

За посиланням в примітці ви можете знайти опитувальник (англійською мовою) для діагностики САП [64, 65].

Чому деяким людям до розпачу сумно в дні, коли час відзначати свята солярного циклу? Причина криється в балансі нейромедіаторів, який у чутливих людей порушується. Пригадуєте нейромедіатор серотонін? Той, який нам потрібен для бадьорого активного стану й який утворюється

з амінокислоти триптофану (ця біохімічна деталь важлива). У разі розладів настрою, до яких і належить САП, мозкові стає замало серотоніну. Тому *мозок* сумує, гальмує, почуватись гірше за всіх та інколи вимагає від решти тіла компенсації у вигляді їжі.

САП вражає не всіх — тут є сильна спадкова складова. У чутливих до зміни сезонів людей щось особливе відбувається з утворенням і сприйняттям серотоніну. Зокрема, взимку в нейронах може ставати більше переносника серотоніну, який його буквально відкачує із синапсів — нейронних з'єднань. У результаті нейрони менше піддаються дії цього нейромедіатора. Скільки буде того переносника, залежить від кількості світла, що нас осяяло протягом дня.

Крім цього, в людей із САП буває забагато гормону мелатоніну і, як наслідок, надто довга біологічна ніч, бо стався збій внутрішнього годинника. Внутрішній годинник розташований у «сховищі душі» за версією античних греків, тобто в гіпоталамусі. У ньому циклічно вмикаються та вимикаються гени, залучені до передачі сигналів решті тіла: спати чи не спати. Практично всі процеси в нашому тілі мають циркадну (тобто довоклададну) циклічність: виділення низки гормонів, робота імунної системи, очищення мозку, зміни поверхневої температури тіла, відновлення м'язів і шкіри.

{ Початок біологічної ночі в кожній конкретній
людини визначають за тим, коли виділяється
гормон мелатонін. }

У людей «вечірнього типу» (яких в народі називають совами) мелатонін виділяється ближче до півночі, а в тих, хто тяжіє до ранніх пробуджень, мелатонін виділяється на кілька годин раніше. «Сови» частіше потерпають від зимового САП та його легшої форми — зимової хандри.

У випадку зимового САП робота внутрішнього годинника може розладнатися: відчуття доби зсувається на кілька годин, і біологічна ніч та, відповідно, біологічний ранок,

настають пізніше. Нам час на роботу, а в організмі хвилями розливається мелатонін, а серотоніном і не пахне. Важливо, що мелатонін якраз утворюється із серотоніну, тому взимку, коли мало світла, значна частка серотоніну йде на синтез мелатоніну. Тому нічого для бадьорості й не залишається. Це дуже спрощене пояснення, але його цілком достатньо для обґрунтування таких дій, як консультація з лікарем щодо прийому антидепресантів, облаштування яскравого освітлення, прийом вітаміну D та когнітивно-поведінкова терапія, зокрема — й у вигляді самопомоги чи групових консультацій. Як ви бачите, свічки, ковдрочки, гаряче вино і шопінг чомусь не допомагають, хоча ми до них ще повернемося. А тепер детальніше.

Антидепресанти. Це сполуки, що допомагають мозкові відновити належний рівень нейромедіаторів, щось на кшталт страхових коліс на дитячому велосипеді. Лікар може призначити антидепресанти, якщо симптоми САП дуже суттєві й важкі, а також є загроза втрати працездатності чи життя.

Якщо є САП, антидепресанти допомагають серотонінові довше залишатися в синапсах і активувати нейрони, аби в наших емоційних контурів були ресурси позитивно сприймати світ, а ми нормально прокидалися і не жили мареннями про смаколики. Тільки прошу, не вважайте, що антидепресанти — це ліки від зайвої ваги взимку. Це засіб від порушення настрою. І щоразу, як йтиметься про фармакологічні препарати, я нагадуватиму: жодного самолікування, будь ласка. Антидепресанти бувають різні, і те, що допомогло подрузі, вам може нашкодити.

Вітамін D. Прийом вітаміну D взимку — рішення не універсальне, але може стати в пригоді. І взагалі — тільки-но настане зима, починаються питання про те, пити чи не пити пігулки, тож нумо розберімося. Вітаміну D може бракувати взимку та цілий рік деяким людям у наших широтах, а також немовлятам на виключно грудному вигодовуванні, веганам, людям літнього віку чи тим, в кого ожиріння або хвороби

шлунково-кишкового тракту. Зимова депресія сама по собі не означає нестачі вітаміну D, а його прийом не гарантує, що ви позбудетеся всіх симптомів. А проте.

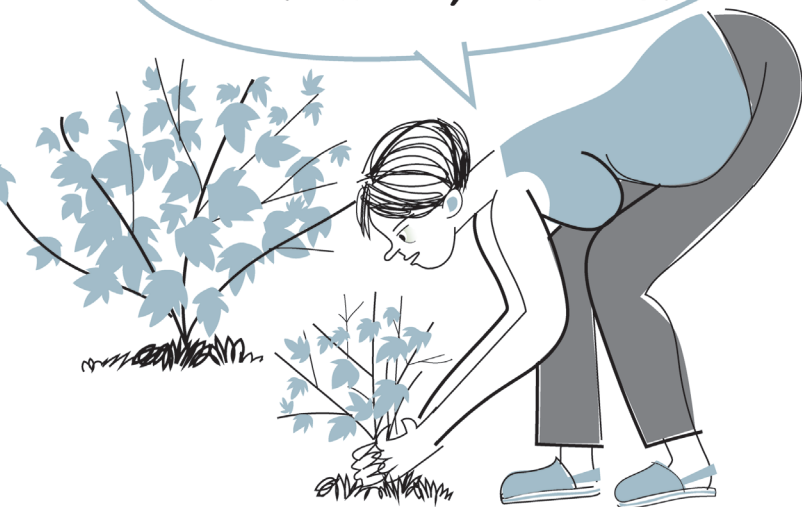
Низькі показники вітаміну D часто бувають у людей із депресією. Щоб дізнатися точні значення, можна зробити аналіз крові. Рівень, нижчий за 20 нг/мл вважається недостатнім, і в такому разі слід пити вітамін у препаратах, аби компенсувати його нестачу. Вітамін D надходить з їжею тваринного походження (масло, жирна риба) та утворюється в нашому тілі з холестеролу. Перша реакція синтезу відбувається в шкірі під дією ультрафіолету, тому взимку в краях, північніших за



30 градусів північної широти, вітаміну D людям може бракувати, адже доводиться одягатися і не підставляти шкіру під сонце. Не все так погано, позаяк ми маємо певні запаси цього вітаміну в тілі, завдяки чому дехто може *дотягнути до весни*. Тому якщо у вас щозими спостерігаються симптоми САП чи просто сильна кволість без депресії, а ще — часті застуди, випадання волосся й погане загоєння ран, і ви маєте зайві кілька сотень гривень, можете здати аналіз на вітамін D.

Залежно від його рівня в крові лікар призначить дозування. З цим вітаміном слід бути обережними, оскільки надто високі дози — токсичні. Тож взимку, якщо у вас САП чи ви

ЇВАНКА КАЖЕ,
ЩО ТАМ Є ЯКАСЬ
ПОТРІБНА ЇЇ РЕЧОВИНА.
ВІТАМІН С, МАБУТЬ.



належите до перелічених груп ризику, або є інші симптоми можливого браку вітаміну D, ви можете перевірити, чи не в ньому проблема і виправити ситуацію медикаментозно. Незалежно від зв'язку САП та рівня цього вітаміну, показники його мають бути в межах норми. *Win-win*, як то кажуть. Знаю, багато хто п'є вітаміни й без аналізів і каже, що ой як стало краще. Але це абсолютно хибний підхід. Дія наосліп позбавляє вас не лише грошей на пігулки, які можна було б зберегти, а й розуміння свого стану, не кажучи про можливість нашкодити собі високими дозами вітаміну D.

Когнітивно-поведінкова терапія. Якщо симптоми порушення помірні, загрози для життя і працездатності немає, можна просто навчитися жити із САП і запобігати його наслідкам. Шість тижнів групових сеансів когнітивно-поведінкової терапії не поступаються за ефективністю світловій терапії, свідчать дослідження. Навіть самопомога, коли ми самі міркуємо, як дожити до весни, не скиснути і не набрати вагу, діє. У чому полягають такі психотерапевтичні підходи до подолання САП?

З причиною розладу розбиратися не потрібно — головне змінити ставлення до власного стану: «Це сезонний розлад, він мине. Я знаю, в чому його причина і не звинувачую себе в тому, що я лінива й безвольна. Мене ніхто не хоче образити, нічого страшного не відбувається — просто зараз я дивлюся на світ через такі лінзи, які все спотворюють. Це скоро закінчиться». Важливо також зосередитися на тому, що приносить користь і задоволення, а отже — допомагає серотоніну утворитися в надрах мозку.

На сеансах терапії людей, що переживають САП чи зимову хандру, вчать їсти менше борошняних виробів і солодкого, навіть якщо дуже хочеться, та вживати більше овочів та білка, не відмовлятися від спілкування, розваг і перебування на повітрі, хай там які погані погода й настрої. Розповідають там і про світлову терапію та антидепресанти. Якщо на всю зиму

лишитися вдома в кублі, краще не стане. Не знаю, чи є в нас курси, де вчать зимувати. Вважайте, що ви вже їх пройшли [63].

Світлова терапія. Це не вогні нічного міста і не свічки в темній ванній, хоче це теж непогано. Сенс світлової терапії—у тому, щоб імітувати яскравий світанок, в якому переважає блакитне світло. Найкраще для цього увімкнути вдома джерело світла і бути собі поруч—снідати, читати, робити зарядку. Не витріщатися на світло, але й не лежати із заплющеними очима. Має бути дуже яскраво—10 000 люксів чи бодай 5000, але тоді на світлі перебувати треба довше. Для порівняння, місячне сяйво—до 1 люкса, яскравий літній день—100 000 люксів, а зимовий—тільки 20 000 люксів.

Світлова терапія—це дорожче, ніж пити антидепресанти, однак вона ефективно лікує САП чи запобігає його розвитку. Не все ідеально, і світлову терапію не можна поєднувати з низкою ліків: мелатоніном, літієм, антипсихотиками і навіть деякими антибіотиками [63].

Ідеальні освітлювачі для терапії мають бути не галогенові, не люмінесцентні, не ті, що призначені для обігріву або для засмаги, вони не повинні випромінювати ультрафіолет—лише світити холодним білим світлом. Однією із назв таких приладів є *mood lamp*—світильник для настрою. Світлова терапія до нас іще не докотилася, аби піти і купити потрібні вироби, проте—дарую ідею для стартапу—ринок освітлювачів (так званих світлових боксів) та навіть світлових кафе у світі розвивається, і ви ще можете вскочити в перші вагони цього бізнесу в Україні. В інтернеті можна замовити що завгодно. Колись мене вразила історія молодого науковиці у Швеції, яка захистила дисертацію про біоритми та потім відкрила світлове кафе, де люди можуть під яскравим білим світлом попиту кави з плячком, даючи мозковій дозу серотоніну. Наразі на батьківщині Карлсона та мумі-тролів працює багато світлових кафе, адже САП там дуже поширений [66].

А тепер перейдімо до літнього САП.

Літнє сезонне афективне порушення. Цей стан досліджений значно менше. Щось він має спільне із зимовим САП: пригнічений настрій, апатія, плаксивість, безрадісність, але є й відмінності. Улітку люди із САП радше надто збуджені, тривожні, не хочуть їсти і спати та місця собі не знаходять. Власне, ідеальний варіант для них — тусити по фестивалях і водити козу. Підозрюю, що літній САП багатьох влаштовує, а поганий настрій при цьому люди пояснюють втомою чи конфліктами. Що більше всього відбувається, то більше приводів для образ, якщо до них є схильність.

Проте не все так весело. Рівень самогубств зростає навесні, коли дні стають довшими, дерева розквітають і серотоніну більше. Можливим поясненням цього сумного феномену є розвиток депресії в теплу і сонячну пору року. Механізм тут, найвірогідніше, дзеркально симетричний розвитку зимового САП: стає надто мало мелатоніну, біологічна ніч настає пізніше і закінчується раніше, надлишок серотоніну зумовлює неспокій і складність із гальмуванням. Квітнення тут також відіграє не останню роль — особливо вітрозапильних дерев, як-от береза, чи бур'янів, зокрема амброзії та різних злакових. Сезонні алергії та зумовлені ними риніти часто (в 42% випадків) супроводжують весняно-літню депресію. Сама алергія не призводить до суму — причина полягає в роботі імунної системи, про-запальному фоні та депресії. Трохи біохімії — це не конче запам'ятовувати, але мене вражає те, як все пов'язано в нашому організмі, тому хочу про це розповісти — а потім буде план дій.

Отже, серотонін. У розділі про нейромедіатори ми говорили про те, що в мозкові він діє як медіатор, а в крові — як гормон, і впливає на роботу імунної системи. Кожна клітина імунної системи має бодай один тип рецепторів до серотоніну, а також до мелатоніну. Той серотонін, що в крові, утворюється в кишківнику, і на мозок не діє. І ще нагадаю, що серотонін утворюється з амінокислоти триптофану, а мелатонін — із серотоніну. У людей із сезонними алергіями навесні та влітку вищий рівень триптофану в крові. Надлишок

серотоніну надмірно активує імунну систему — так, що вона реагує там, де слід бути толерантною. Це проявляється як алергія і високий про-запальний фон [67, 68]. До речі, інколи люди, які часто хворіли на застуди і мали депресивний розлад, після початку лікування антидепресантами, що заважають клітинам поглинати серотонін і тим самим подовжують його дію (так звані синтетичні інгібітори зворотного захоплення серотоніну) стають стійкішими до застуд. Згадуйте цей сюжет про баланс в роботі імунної системи, алергію і серотонін щоразу, як захочеться «зміцнити імунну систему».

І що з усім цим робити?

Лікуйте сезонні алергії. Навіть якщо у вас немає літнього афективного порушення, нежить і набряк слизової носа вам ні до чого. Останні клінічні настанови радять використовувати лише глюкокортикоїди інтраназально (тобто в ніс). Це зменшить локальну імунну реакцію і не зачіпатиме решту імунної системи [69].

Подбайте про затемнення й охолодження спальні. Спати завжди треба в кімнаті, де немає світла, в тому числі нічників, годинників на телефоні тощо, і прохолодно.

Порадіться з лікарем щодо додаткового вживання мелатоніну для поліпшення сну. Якщо важко заснути, мелатонін варто приймати за 5-6 годин до бажаного сну, а якщо ви прокидаєтесь серед ночі, то за 2 години до сну. Крім цього, мелатонін потрібен для підтримки балансу в імунній системі, аби зменшити зайве запалення і вияви атопічного дерматиту [70].

Відвідайте лікаря. Можливо, знадобляться снодійні чи взагалі антидепресанти.

Не приймайте в цей час доленосних і негативних рішень, як-от щось чи когось покинути з прокльонами, якщо знаєте, що травень і червень несуть афективне порушення.



6. Передменструальне дисфоричне порушення

З цього розділу ви дізнаєтеся, чи правдивий анекдот: «Якщо в жінки куку на муню, слід відійти на безпечну відстань і кинути в неї шоколадкою». Ця тема не лише для жінок, тому — читати всім! Чоловіки, завдяки цьому розділові ви краще зрозумієте жіночу фізіологію й поведінку та станете співчутливішими до нас.

6.1. Критичні дні перед місячними

У Британії на початку 1980-х передменструальний синдром інколи використовували як аргумент на захист підсудних жінок. Мовляв, вони були в зміненому психологічному стані під час скоєння злочину. Зараз розрізняють передменструальний синдром (ПМС) та передменструальне дисфоричне порушення (ПМДП). ПМДП — це психіатричний діагноз, він увійшов до п'ятого видання «Посібника з діагностики і статистики психічних хвороб — 5» (*DSM-5*). ПМДР — не те саме, що ПМС, це значно важчий стан, який заважає жінці робити буденні справи і може стати поштовхом до агресії, насильства чи самогубства. Чому так відбувається?

Почнімо з початку. У жінок від статевого дозрівання до менопаузи відбувається менструальний цикл, хіба що вони вагітні, нещодавно народили чи приймають певний тип гормональних контрацептивів. Під час менструального циклу з тих запасів, що є, дозріває ооцит (яйцеклітина).

(Запаси майбутніх яйцеклітин медичною мовою називаються фолікулярним резервом, і що він більший, то вищий рівень антимюлерівого гормону в крові. Цей показник передусім відображає, «скільки ще годиннику цокати». Наводжу цю інформацію про всяк випадок, раптом комусь актуально.) Поки ооцит дозріває, триває фолікулярна фаза, потім він покидає фолікул — це овуляція, після якої настає лютеїнова фаза. Лютеїнова фаза так зветься на честь жовтого тіла (*corpus luteum*) — того, чим став фолікул після виходу яйцеклітини. В лютеальну фазу циклу і можуть, спостерігатися передменструальний синдром чи дисфоричний розлад [71].

{ І тут виникає питання: ну чому жінкам (на додачу до бодай чотирьох, а то й семи днів місячних) «щастить» ще й на розлади настрою? }

Стисла відповідь: бо все впливає на все. У цьому контексті — статеві гормони впливають на синтез серотоніну і поведінку нейронів. Нейрони чутливі до статевих гормонів прогестерону й естрогену, а ці гормони збільшують у корі півкуль та лімбічній системі нейропластичність. (Можете ще раз прочитати про це в розділі «Фізичні основи “духовної сфери”»). Так, статеві гормони впливають на те, як дендрити (короткі відростки нейронів) у гіпокампі, гіпоталамусі та амігдалі будуть галузитися і наскільки щільну мережу створюватимуть. У другій фазі менструального циклу амігдала стає тривожнішою, але так і «задумано» еволюцією, адже жінка вже може бути вагітною, тому її треба берегти. Це зараз ми маємо змогу планувати вагітність. А еволюціонували ми за геть інших умов, коли виживали і лишали нащадків тільки ті, хто був обережний.

Ще одне еволюційне пояснення ПМС та ПМДП — це припинення нефертильних стосунків. Якщо в парі жінка мала овуляції, але не вагітніла, то, відповідно, в неї були місячні та ПМС, який допомагав посваритися і розійтися, а відтак

знайти фертильного чоловіка. Аргументи на користь цієї гіпотези такі:

- спадкова схильність до важкого ПМС чи ПМДП;
- спрямованість зіпсованого настрою передусім на партнера.

Це не сексизм, а якраз депатологізація ПМСу [72].

А тепер розгляньмо, що визначає ПМС та ПМДП. У таблиці наведено діагностичні критерії ПМС згідно з інформацією Американського коледжу акушерів і гінекологів (ACOG). Має бути бодай по одному з критеріїв із кожної колонки впродовж принаймні п'яти днів перед початком місячних, три місяці поспіль [73].

Таблиця 3.

Соматичні симптоми	Психічні симптоми
набрякання та чутливість молочних залоз	тривожність
здуття	напади злості
головний біль	розгубленість
біль у суглобах чи попереку	небажання спілкуватися
набряки кінцівок	дратівливість
набір ваги	депресивний настрій

Майже 80% жінок відчувають бодай один психічний симптом у другій фазі циклу, проте це не сильно впливає на їхнє життя. Вияв симптомів ПМС варіює з циклу до циклу, і є шанс, що скоро стане краще. Ознаки ПМС також можна полегшити завдяки зміні способу життя, про що йтиметься далі.

ПМДП властиве від 1,3 % до понад 5 % жінок (дані різні в різних країнах). Діагностичні критерії ПМДП базуються на тому, що зміни самопочуття жінки **сильно впливають**

на життя і буденність. Аби поставити діагноз ПМДП, потрібно, щоб сім днів поспіль перед місячними було принаймні п'ять ознак із зазначеного нижче переліку. Ознаки ПМДП мусять минути упродовж дня-двох після початку місячних чи не турбувати в ті місяці, коли менструація з тієї чи іншої причини не настала. Аби поставити діагноз ПМДП, наведені нижче симптоми мають спостерігатися практично щотижня. Саме циклічність відрізняє ПМДП від інших психічних розладів.

- Явна афективна нестійкість (перепади настрою, раптові відчуття смутку чи страху).
- Відчутна дратівливість або злість, часті конфлікти.
- Явна тривожність, напруженість, відчуття «на межі зриву».
- Втрата інтересу до того, що ще вчора любили.
- Неспроможність зосередитися.
- Сонливість, кволість, швидка втомлюваність.
- Зміна апетиту, часто в бік переїдання чи бажання певної їжі (солодкого, солоного).
- Нездатність прокинутися чи навпаки — нормально спати.
- Відсутність самоконтролю.
- Біль у м'язах та суглобах, набрякання молочних залоз.

ПМДП розвивається тому, що нейрони своєрідно реагують на гормони — естрогени, прогестерон чи андрогени (чоловічі статеві гормони, які також утворюються в жінок). Унаслідок цього нейрони змінюють свої плани з утворення серотоніну, ГАМК і дофаміну, тобто медіаторів, потрібних для активного, розслабленого та задоволеного стану і прийняття рішень. При цьому рівень гормонів не є критичним — він може бути цілком у нормі.

6.2. Лікування передменструального дисфоричного порушення

Що з цим робити?.. Почнемо з таблеток, а потім розглянемо спосіб життя, бо коли він не в порядку, самі пігулки мало подіють [73, 74].

Медикаментозна терапія ПМДП може бути кількох типів:

- синтетичні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (антидепресанти);
- ліки проти тривожності (анксіолітики);
- нестероїдні протизапальні препарати для зменшення соматичної симптоматики, тобто відчуттів у тілі;
- ліки, що не дають настати овуляції (гормональні контрацептиви певного типу);
- антиандрогенні препарати (блокують дію тестостерону чи його похідного — дигідротестостерону (ДГТ)); щоб двічі не вставати, це якраз ДГТ може викликати акне і випадання волосся, якщо нам не пощастило з генами його рецепторів);
- агоністи дофаміну (діють так само, як він, а ще знижують рівень гормону прогестерону) [71].

Є з чого вибрати. Призначити ці ліки має ваш гінеколог, а потім простежити, як препарат діє на організм. Він може не підійти, бо в ПМДП немає однієї причини на всіх, тому важко сказати напевне, куди треба цілити медикаментами: в метаболізм серотоніну, приміром, чи в тривожність.

А тепер головне — чи допомагають шоколадки або ніжинські огірки пережити ПМС і ПМДП? Суб'єктивно, може, і допомагають, бо стає трохи веселіше. Але якщо об'єктивно — краще триматися осторонь таких методів подолання ПМС. Загальна мета — *намайнити* серотонін і зменшити тривожність. У цьому нам допоможуть дії, наведені в таблиці [75]:

Таблиця 4.

Що робити?	Навіщо?
<ul style="list-style-type: none"> виходити на прогулянки і виконувати невбивчі фізичні навантаження; приймати світлову терапію 	для боротьби з набряками і тривожністю, для утворення серотоніну
<ul style="list-style-type: none"> пити мінеральну воду 	для підтримки водно-сольового обміну
<ul style="list-style-type: none"> обмежено споживати каву, шоколад і алкоголь 	щоб уникнути підсилення тривожності (яке здатні спричинити кава й алкоголь) та збудливості (її може викликати теобромін, що міститься в шоколаді)
<ul style="list-style-type: none"> додати у свій раціон нут (той, з якого роблять хумус і фалафель) та кисломолочні продукти 	це джерела амінокислоти триптофану, з якої утворюється серотонін
<ul style="list-style-type: none"> налягати на мигдаль, абрикоси і все зелене 	джерело магнію та калію (магній потрібен для синтезу серотоніну, а калій — для підтримки тиску в нормі)
<ul style="list-style-type: none"> приймати магне-В6 	вітамін В6 також необхідний для синтезу серотоніну
<ul style="list-style-type: none"> кохатися 	окрім звичної мети задоволення, в цьому контексті секс <i>майнить</i> ГАМК і зменшує спазми
<ul style="list-style-type: none"> дотримуватися режиму сну 	позаяк бути невиспаною і спокійною не вийде

Для розуміння свого циклу і виявлення можливих порушень стане в пригоді будь-який мобільний застосунок для відзначання місячних. Зазвичай там можна зафіксувати свій настрій і симптоми, а отже, побачити, чи є якісь

закономірності й чи минають неприємні відчуття з початком менструації. Узагалі, менструальний цикл і психічний стан тісно пов'язані. Наприклад, жінки з нерегулярними місячними частіше мають тривожний розлад, ніж ті, в кого вони завжди у відповідний час. Жінки з короткими циклами мають в 1,5-2 рази більшу ймовірність афективного розладу, тривожного розладу чи залежності від алкоголю або наркотиків. Наразі важко сказати, чи це наслідки сильного стресу або розладу харчування (анорексії). Власне, до менструального циклу корисно ставитися як до ще одного інструменту, який показує, чи з нами все добре, а не як до кари небесної. Якщо виникають якісь сумніви, треба йти до гінеколога. На щастя, сучасна медицина дуже просунулась і може нам допомогти в багатьох ситуаціях [51, 76].



7. Тривожний розлад

З цього розділу ви дізнаєтеся, в чому полягає відмінність тривоги у випадку складної ситуації, схильності відчувати тривогу і тривожного розладу, що робити, коли сильно переживаєте за все на світі, та як відрізнити серцевий напад від панічної атаки.

7.1. Коли тривожність — хвороблива

*Keep calm and carry on** — такий заклик придумали у Великій Британії 1939 року, коли готувалися до нападу Третього району і боялися повітряних атак. Стоїчне гасло вийшло кількामільйонним накладом на червоних постерах із короною, але так і не було поширене, отже, моральний дух не підтримало, аж поки в 2000 році такий постер не виринув на книжковій барахолці *Barter Books* у містечку Анлвік. Тоді-то слава і спіткала цей чудовий заклик до втамування тривожності, і він став мемом.

Коли з неба може впасти бомба і розтрощити будинок, тривожитися цілком слушно. Нормально відчувати неспокій напередодні важливої співбесіди, початку нової роботи, навчання, нервуватися, коли бракує часу або ви очікуєте на доленосні результати. На те еволюція і дарувала нам тривожність, аби в разі *шухеру* ми ввімкнули режим підвищеної обачності та самозбереження, причаїлися і були готові накивати п'ятами. Це нормально — відчувати непевність, коли

* *Keep calm and carry on* (англ.) — «Зберігайте спокій і продовжуйте в тому ж дусі», або — не дослівно — «Не переймайтеся і лупайте сю скалу». У нашій мові вразно бракує стислих висловів для заспокоєння. «Цитй! Ша! Сиди тихо!» — не являю, щоб комусь від цього стало тепло на душі чи в амігдалі.

ситуація непевна. (Еге ж, інколи доводиться казати банальні речі, та я цим не переймаюся.) У багатьох випадках нам залишається тільки прийняти свою тривожність і не прагнути її приглушити, заховати чи відчувати через неї сором. Ми — живі люди. Не всі наші відчуття зводяться до радості й захвату. Це окей [77].

Але не все так просто.

{ Інколи звичка тривожитися, боятися, ставитися до всього з недовірою притаманна людині, є її рисою, й така людина переймається, навіть коли все досить спокійно. }

Цю рису ми вже розглядали серед потенційних причин психічних розладів, і вона — досить некорисна, тож краще знайти в собі ресурс із нею *щось зробити*. Це не конче означає «пізнати дзен і забити на все», тим паче, що так воно і не вийде — якась тривожність все одно залишиться, але вона буде менша, зрозуміла, керована і, можна сказати, ручна. Тривожність-рису можна використати собі на користь — тривожні люди часто бувають уважними до деталей, ретельно обмірковують рішення, перевіряють інформацію, роблять усе можливе, щоб перестрахуватися, як-от нагадують про терміни виконання роботи і постійно тримають руку на пульсі. Знаю людей, тривожність яких як риса (не розлад!) виливається у високу продуктивність і прекрасне планування, пунктуальність, вдалу кар'єру та успішне управління величезними проектами або в надмірну активність у складі батьківського комітету. Ми граємо тими картами, що дісталися. Добре, коли усвідомлюємо свої риси і намагаємося обертати їх собі на користь, навіть коли вони спершу видаються сімками, а не тузами.

{ Тривожна людина знаходить цілком логічні й варті емоцій причини для свого неспокою. }

Не їде автобус, можна захворіти на *COVID-19*, роботи значно більше, ніж часу і сил... Як тут не перейматись? Може навіть здатися, що тривожний розлад чи субклінічні вияви тривожності допомагають у житті, бо «підвищують пильність» і дозволяють підготуватися до *зради* наперед. Насправді ж ні, бо енергія при цьому марнується і життя стає складнішим. Уявіть, що у вас, як у телефона, є батарея. І вона здатна якийсь час працювати, підтримуючи вашу активність, і стати в пригоді, коли треба хутко покликати на допомогу чи втекти. Якщо ви користуєтеся телефоном тільки для розмов у справах, тобто стисло, батарея може протриматися до вечора. Якщо ж ви постійно робите *селфі*, гортаєте стрічки новин, ведете 100500 паралельних чатів та працюєте з мобільного інтернету, батарея не доживе й до обіду. Чати, фото і мобільний інтернет — хороші речі, на те ми смартфона і купили, аби з них користати. Але чи мають вони займати весь наш час і витратити на себе весь заряд батареї так, що потім годі було зробити важливий дзвінок?.. Тривожна поведінка так само «садить» нашу внутрішню батарею, відмикає двері соматичним хворобам і тривожному розладові, сильно ускладнює стосунки. Схильність до тривожності, як і пережиті травматичні події чи тривалий стрес, зрештою можуть призвести до справжнього тривожного розладу.

Іншими причинами перебування на межі паніки є:

- схильність до катастрофічного мислення («У мене болить голова — це рак мозку, треба робити МРТ і писати заповіт, я скоро помру»),
- «сліпота» до позитивного («Мені завжди погано» — але насправді це «завжди» — раз на тиждень),
- «читання думок» («Вона точно вважає мене нездарою»),
- загадування наперед («Із цього нічого не вийде»),

- зосередженість на поганому (як у фільмі* Вуді Аллена: «Тут їжа така несмачна!»—«Ще й порції малі!..»),
- гормональні порушення (гіпертиреоз) чи ПМС,
- хронічний брак сну,
- відмова від алкоголю після сильної залежності.

Варто розрізняти страх і тривожність. Страх має цілком зрозумілу причину і триває, поки причина актуальна. Страх—це швидка реакція на небезпеку, коли наш мозок вирішує, що робити і як боронитися. Тривожність триває довго, інколи постійно, і в неї немає очевидної в цей момент причини.

Тривожні розлади є найпоширенішими—в сучасному суспільстві близько 8-10% людей проживає тривожний розлад. Тривожні розлади ще поширеніші серед військових лікарів, ветеранів, внутрішніх переселенців, жителів окупованих частин Донецької, Луганської області та Криму, мешканців територій, що межують з зоною бойових дій. Наприклад, близько 6% військових лікарів і понад 27% військових лікарок мали тривожний розлад у 2017 році (тобто на третьому році війни з РФ) [78].

Як і депресія, тривожні розлади часто є вираженими, але чомусь непомітними. «Ну, переживає людина—та погляньте-но на життя довкола. Хіба не варто перейматися?..» Тривожність навіть можуть схвалювати: «Тривожитесь—значить любите і піклуєтесь». Але тривожні розлади сильно ускладнюють життя і псують, зрештою, фізичне здоров'я. Зокрема призводять до постійного збудження симпатичної нервової системи (тої, що «Бий—тікай—завми!»), тобто людина може відчувати певний фізичний дискомфорт, як-от:

- запаморочення, нудоту чи біль у м'язах,
- часте серцебиття,

* Цитата з фільму «Енні Голл» (1977, Вуді Аллен—сценарист і режисер). Сам Вуді Аллен каже, що цей жарт для нього—про нікчемність буття і страждання.

- поверхнево дихає і не може повноцінно вдихнути,
- сильно й не відповідно до погоди пітніє,
- має безсоння,
- не може знайти собі місця,
- схильна почати зловживати алкоголем чи заспокоїливими, аби якось упоратися з тривожністю [79].

Тривожність дуже сильно відчувається в тілі. Оця нудота, спазми шлунку і кишківника, відчуття вакууму під діафрагмою, яке хочеться чимось заповнити (солодким? білим сухим?..) і дрижаки в руках. У людей із тривожним розладом більша електропровідність шкіри — це значить, що вони сильніше пітніють. Дослідження роботи мозку тривожних і спокійних людей показало, що тривожність дійсно заважає мовним контурам мозку працювати як слід, тому на нервах ми затинаємося чи забуваємо слова [80].

Важливо усвідомлювати, що тривожні розлади можуть бути не причиною, а наслідком хвороб, серед яких:

- гормональні порушення (діабет, збої в роботі щитоподібної залози, надлишок адреналіну);
- хронічний біль (фіброміалгія, остеоартрит, рак, опіки);
- захворювання шлунково-кишкового тракту (синдром подразненого кишківника, целиакія, пептична виразка);
- неврологічні порушення (мігрень, деменція, епілепсія);
- хвороби серця і легень (астма, хронічне обструктивне захворювання легень, патологія серцевих клапанів, муковісцидоз, ожиріння, стенокардія) [81].

Ці стани змушують людину жити обережно, зважувати кожен крок — чи не стане гірше? чи не забула/забув я випити ліки? — та чекати, що знову станеться напад чи погіршення. Вони тренують мозок постійно бути *на стрьомі*.

Зараз буде моє припущення — я висловлю *гадку* і скажу, звідки вона взялася, але не беріть це близько до серця. На те вона й гадка, а не істина. Коли я закінчувала школу, в деяких однокласників уже були гастрит чи панкреатит. В університеті ще більше однолітків стали на облік в гастроентеролога. Потім я жила в Європі понад рік і спостерігала, як люди харчуються багетами з сиром і шинкою та запивають це енергетиками й кавою. І нічого. Бігають потім, в гори ходять, піцу з дітьми на вихідних їдять на терасах ресторанчиків. Як же так, що в нашій батьківщині борщу і культу «первого» так поширені гастрит та інші хронічні хвороби шлунково-кишкового тракту (ШКТ)? Моє припущення стосується поширеності тривожних розладів і тривожності-риси серед українців, а особливо українок. І дітей, що вчилися в школах із цькуванням, публічними зауваженнями і відкритими туалетами *туну сортиру*. Вплив тривожності й стресу на стан ШКТ — це вже не гадка, а факт. Американська асоціація з тривожності та депресії (*ADAA*, запам'ятайте — в них багато хороших матеріалів) стверджує, що «перебування на нервах» може викликати низку гастроентерологічних симптомів, серед яких:

- спазми шлунку
- діарея
- закрепи
- втрата апетиту
- аномально сильний апетит
- нудота
- синдром подразненого кишківника
- функціональна диспепсія (нетравлення)
- пептична виразка

Гастрит не залежить від раціону і часто навіть не має симптомів, повідомляють британські фахівці з Національного інституту діабету і хвороб травлення та нирок (*NIDDK*). Отакої, «перве» не запобігає гастриту — нам брехали всі ці роки [82]. З огляду на ці факти *мені здається* таке: те, що в нас масово діагностували в 1990-х — на початку 2000-х як гастрит, ним насправді не є — це реакція тіла на тривожний стан.

Але цим історія про шлунок і тривожність не закінчується. У щурів, яким моделювали гастрит, розвивалися симптоми депресії, причому лише в самиць. Так, у гризунів можна оцінити настрій, жвавість, цікавість до життя і спілкування, їхню здатність боротися [83]. У людей також різні хвороби ШКТ підвищують імовірність розвитку супутнього психічного розладу, тож будьте уважні до себе і своїх близьких, щоб можна було вчасно діагностувати розлад із хронічним чи гострим станом.

7.2. Мозок у тривозі

Що відбувається в мозку людини з тривожним розладом? Наразі вважають, що тривожний розлад — це динамічний стан, який розвивається, змінюється, переходить в інші розлади, має кілька стадій видужання. І цей розлад розвивається унаслідок взаємодії тривожних відчуттів, неадекватного опрацювання інформації мозком та невідповідних стратегій подолання цього стану. Наприклад, у людини може бути аритмія (відчуття), і мозок це інтерпретуватиме як тривожний стан, шукатиме пояснення в тому, що відбувається, ретельно обмірковуватиме світ довкола (опрацювання інформації) та вирішить, що краще триматися подалі від цих перипетій (неадекватний коупінг) [84].

Так звана *ABC*-модель тривожності добре описана в одному огляді [84].

A (*alarm*, сигналізація) — це емоційні контури, що сприймають загрози. Головна тут — тривожна, гіперчутлива

амигдала, «навчена життям» лякається і з низьким порогом збудження, та інші компоненти емоційного контуру, розташовані в глибині мозку. Навіть найменший тригер потенційно може призвести до панічного нападу, бо він «закорочує» емоційний контур, як алюмінієвий і мідний дроти, які чомусь контактують.

В (*beliefs*, вірування, погляд на речі) — базальні ганглії мозку, мозолисте тіло та поєднання склепіння головного мозку і кори його півкуль. Вони опрацьовують інформацію про загрози й у випадку обсессивно-компульсивного розладу (ОКР) часто саме вони не в порядку. ОКР — це один із видів тривожних розладів.

С (*abnormalities in coping*, неадекватний коупінг) — неадекватне подолання ситуації є результатом роботи кори великих півкуль мозку. Вони вирішують, що нам робити в цій ситуації, яка видається загрозливою. Приміром, якщо болить голова кілька днів поспіль, спокійний мозок вирішить, що це зневоднення, перевтома, незручна подушка, зміна тиску, і вип'є протизапальний препарат. Тривожний мозок дійде висновку, що «це, мабуть, пухлина», а отже, слід іти до невролога і робити МРТ.

Таким чином, спершу мозок потрапляє в стан тривожності й страху з поважних причин: сильний стрес, загроза, хронічна хвороба, цькування, аварія, війна. Або мозок навчився тривожитись, тому що всі довкола неспокійні чи сама людина схильна до румінації. Так чи так, нейронні контури тривожності почали «закорочувати» — збуджуватися за звичкою. Якщо ми *окей*, префронтальна кора контролює наші емоційні контури і наказує амігдалі: «Цить!..», — коли та збирається перейматись, а безпосередніх причин для тривоги немає. Якщо ж мозок пройшов інкубацію за стресових і загрозливих умов, амігдала стає *надто* чутливою і виходить з-під контролю префронтальної кори — мозок переоцінює загрози, легко тригериться, всюди вишукує катастрофічні закономірності, невпинно генерує страшні думки про

зраду і взагалі поводитья, як середньостатистичний українець на фейсбуці.

Інколи тривожні розлади є виявом несприйняття невизначеності. Цей стан чи радше ставлення до дійсності є результатом уявлення про невизначеність як про щось погане, загрозливе і призводить до того, що людина на різних рівнях — емоцій, дій, думок — негативно реагує на непевні обставини та події. Невизначеність треба визначити будь-якою ціною або втекти з цієї ситуації на берег визначеності — ось що думає тривожний мозок. Він не знає, що ж буде. Чи ще гірше, ніж зараз, і обирає покласти цьому край:



проголосувати за найгіршого кандидата — «Тут хоч ясно, що бандит» (реальний випадок, не смійтеся). Або не знає, покине його дівчина чи ні, це станеться зараз або пізніше, тому вирішує припинити стосунки з власної волі чи навпаки — одружитись і одразу народити дитину, «Щоб нікуди не втекла» (і таке буває). Несприйняття непевності — це створення собі додаткової стресової ситуації.

Мудріше прийняти непередбачуваність
та незвіданість буття, коли неможливо нічого
змінити чи дізнатися наперед.

Про це є пісня Доріс Дей, американської актриси і співачки «золотої доби» Голлівуду, *Que Sera Sera**. У приспіві є такі слова: «Хай буде, що буде, нам не зазирнути в майбутнє».

Розглядати фільми, пісні й літературу в світлі медицини чи психології — моє хобі. От, наприклад, у братів Ґріммів є чудова казка про розумну Ельзу, яка пішла на власному весіллі в льох по пиво і пропала. Згодом один за одним в льоху зникли і всі гості. Урешті стало ясно, що всі вони сидять довкола діжки і плачуть, бо Ельза побачила, що над діжкою висить сапа, та уявила, як буде в неї дитинка, і ось вона виросте, піде в льох по пиво, а сапа впаде і вб'є її. Усі ми інколи, як розумна Ельза. Їй притаманні й тривожність (ймовірно, посилена стресовою ситуацією весілля та алкоголем), і яскраво виражене катастрофічне мислення. Чи варто їй перейматися можливою загибеллю дитини?.. Ну, в часи братів Ґріммів діти вмирили від інфекційних хвороб дуже часто, але люди не хвилювалися наперед — бо то був майже буденний досвід, на який годі було вплинути. Хіба одразу хрестили немовлят. А для сапи краще було б просто знайти безпечніше місце, ніж переживати, що вона впаде.

Наслідком тривожності є втрата нейропластичності через руйнування нейронів у гіпокампі чи через його зменшення.

* *Que sera sera* (ісп.) — що буде, те й буде.

У результаті стираються спогади про все добре і зникає здатність щось згадати у контексті. (Приклад контекстуальних спогадів є в пісні: «Як на ті чорнобривці погляну, бачу матір стареньку»^{*}). Водночас буцімто важливі для мозку згадки про страхи, травму, стрес, події, що призвели до тривожності, залишаються.

Люди з тривожними розладами надто деталізовано і старанно обробляють інформацію про світ довкола та сприймають її в світлі своїх тривожно-катастрофічних налаштувань. Так, тривожній людині здається, що є два варіанти розвитку подій: жахливий (більш імовірний, адже скільки чинників може до нього призвести) і нормальний (навряд чи можливий). Життєвий варіант, що є поєднанням хорошого, поганого і нейтрального — під назвою «може бути», як кажуть на Галічині, — тривожний мозок не уявляє [84].

Що відбувається при цьому з нейромедіаторами? При тривожних розладах порушується не утворення чи сприйняття якихось нейромедіаторів, а робота нейронних мереж загалом. Тому буває, що медикаментозну терапію у випадку тривожності слід добирати у кілька спроб, водночас головна роль у лікуванні належить психотерапії, яка має «перепрощити» нейронні мережі й повернути амигдалу в підпорядкування кори великих півкуль.

Наприклад, серотонін. Як нам уже відомо, завдяки цьому нейромедіаторові ми можемо бути в тонусі та нейтрально чи навіть оптимістично дивитися на світ. Проте різні нейронні контури мають різні його рецептори: А1-рецептори у відповідь на серотонін забезпечують «все хороше» і тривожність знижується, тоді як А2-рецептори реагують на серотонін (чи психоделіки ЛСД і мескалін) тим, що людина сильно збуджується. А2-рецепторів більше, якщо людина хворіє на цукровий діабет, наприклад. Зменшити їх кількість здатні антидепресанти, спрямовані на збільшення доступності серотоніну.

* «Чорнобривці» — пісня на слова Миколи Сингаївського та музику Володимира Верменича.

Наскільки легко збуджуватиметься амигдала, залежить від того, як працюють у ній гальма. Отакий парадокс. В амигдалі нейрони поєднані між собою не прямо, а через «прокладки» — вставні, або інтернейрони. Вони діють як перемикачі та можуть зупинити поширення збудження між нейронами. При цьому вони використовують гамма-аміномасляну кислоту (ГАМК). Є ГАМК — і людина зберігає олімпійський спокій. Інтернейрони, що виділяли ГАМК, гинуть через стрес або інші інтернейрони втрачають рецептори ГАМК — і зникає гальмування тривожних думок, людина стає бентежною. Але чому тільки людина — так є у всіх ссавців. Загибель гальмівних нейронів у стані стресу досліджено на щурицях, які народили малят, вигодували їх, але були при цьому соціально ізольовані від інших тваринок. Звісно, люди і щури — різні види, але на цьому прикладі бачимо, який він, «відпочинок» у відпустці з догляду за дитиною. До слова, щурята, яких рано розлучали з матір'ю, мали змінені на все життя амигдали і ставали схильними до тривожності [85].

Дію ГАМК імітують барбітурати і бензодіазепіни. Але не варто до них вдаватися, бо нейрони ними не так просто ввести в оману, а ще вони звикають до ліків і знову починають тривожитися. І коли припинити приймати ці препарати, може настати небезпечний для життя стан. Краще поговорити з лікарем про антиконвульсанти. Ефект майже той самий, тільки це безпечніше [84].

Чи ось дофамін. При тривожних розладах чи ПТСР сигналізація за його участю посилюється. А блокада його дії на нейрони в деяких випадках навпаки знімає тривожність і допомагає розслабитися. А тепер згадайте, що глянцевої видання охрестили дофамін «гормоном задоволення». Сумнівне таке задоволення. Нейромедіатори, як жарти — доречні лише в певному місці та потрібному контексті.

Норадреналіну при різноманітних тривожних розладах також більше. Але не завжди. Препарати, що блокують дію норадреналіну, інколи прописують для полегшення нічних жахів через ПТСР та зменшення виявів тривожності в тілі [84].

Як бачите, тривожність — це не щось монолітне, однакове у всіх, викликане «поломкою в одному й тому ж місці» мозку. Бувають різні випадки клінічної тривожності, про які й поговоримо зараз.

7.3. Різновиди тривожності та що з ними робити

Якось одна знайома розповіла історію про свою потенційну свекруху, яка на початку 1980-х так нею і не стала (і добре): «Вона ж тільки й хотіла невістку, аби на їхній відомчій дачі батрачила і квартиру величезну прибирала. Сама ж ніколи не працювала, чоловік — директор заводу, вони все життя мотлох дефіцитний скуповували. Але потім їх Бог покарав — вона з глузду з'їхала. Усе думає, що у квартирі крадіг і виносить їхні статки. Постійно замки перевіряє». Дуже схоже на тривожний розлад із психозом, подумала я. Але не стала цього казати.

Різні типи тривожних розладів, що найбільш поширені в дорослих, наведено в таблиці нижче.

Таблиця 5.

Генералізований тривожний розлад (ГТР)	Стан тривоги через різні питання, що стосуються буденності, який важко контролювати. Він має психічні та соматичні вияви і сильно ускладнює життя.
Специфічна фобія	Сильний, ірраціональний страх якихось речей, дій чи явищ, як-от висоти, павуків, авіаперельотів.
Розлад соціальної тривожності	Сильний та надмірний страх бути висміяним чи відкнутим під час спілкування, що веде до уникнення таких ситуацій або до розвитку панічних нападів, коли все ж доводиться контактувати з людьми.

Панічний розлад	Повторювані, раптові напади сильного страху, що виникають зненацька й сягають свого піку за десяток хвилин. Людина живе в неприємному очікуванні наступних нападів.
Посттравматичний стресовий розлад	Розлад, що розвивається внаслідок пережитої травми і дає про себе знати як повторювані неприємні переживання, що нагадують про минуле. Людина уникає ситуацій, які можуть призвести до такого <i>flashback</i> , і перебуває в пригніченому, збудженому стані.
Розлад тривоги за здоров'я	Стан, коли людина відчуває надмірну неадекватну тривогу за власне здоров'я та може мати соматичні симптоми психологічного походження.
Обсесивно-компульсивний розлад (ОКР)	Розлад, коли людина перебуває під тиском нав'язливих думок чи образів (обсесій), яких може позбутися лише повторюваними діями чи думками (компульсіями).
Розлад адаптації з тривожністю	Гостра реакція на нову і складну ситуацію, до якої людина поки не пристосувалася, що супроводжується тривожністю.
Тривожний розлад, викликаний ліками чи речовинами	Стан, що має медикаментозну причину і минає разом із припиненням дії ліків чи інших речовин, що впливають на мозок.

Розлад пристосування, посттравматичний розлад, а також деякі форми компульсивної харчової поведінки будуть описані в наступних розділах. А зараз ми зосередимося на генералізованому тривожному і панічному розладах. Вони дуже поширені. Якщо ви запідозрили в себе чи в когось інші форми тривожності, то зверніться по фахову допомогу — психотерапія або навіть самопомога в цих випадках є ефективною і дає результат відносно швидко.

Генералізований тривожний розлад (ГТР) визначають як стан надмірної тривоги і бентежності, що триває більшість днів упродовж півроку і при цьому очевидної причини не має — зараз ніщо не загрожує. Такий стан сильно заважає (це важлива деталь) робити буденні справи, спілкуватися, вчитися і працювати, він є причиною стресу. Люди з тривожним розладом переживають або через те, через що переживають всі, тільки надто сильно і некорисно, або через малоймовірні події.

ГТР діагностують завдяки тесту, який можна і треба проходити на прийомі в сімейного лікаря чи фахівця вторинної ланки медичної допомоги, якщо людина виглядає тривожно чи перебуває в зоні ризику розвитку тривожного розладу. Цей тест видається дуже простим, та насправді він є золотим стандартом визначення тривожності. У тесті сім запитань про останні 2 тижні, й за кожну відповідь нараховуються бали: за «ніколи» — 0, «інколи» — 1, «більш ніж половину часу» — 2, «майже завжди» — 3. Запитання такі (ви вже бачили деякі з них):

- Ви почуваетесь знервовано, тривожно чи на межі зриву?
- Не можете припинити тривожитися?
- Переймаєтеся різними речами надто сильно?
- Вам важко розслабитися?
- Не спроможні знайти собі місця?
- Дуже легко дратуєтесь?
- Боїтеся, що станеться щось страшне?

Результати, що становлять 5, 10 та 15 балів, вважаються точками відліку для слабкої, помірної та сильної тривожності. Якщо результат — понад 10 балів, принаймні у восьми з десяти випадків точно і специфічно визначають тривожний

розлад. Тест онлайн і його розшифрування доступні за посиланням [86].

Люди з ГТР можуть мати різні соматичні ознаки розладу. У когось вони зачіпатимуть серцево-судинну систему, в когось — шлунково-кишковий тракт (розвивається синдром подразненого кишківника). Часто ГТР супроводжують інші тривожні розлади, депресивний розлад, а часом — зловживання алкоголем або заспокійливими засобами [87, 88]. Астма чи хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) не є наслідками тривожного розладу, але можуть до цього призводити чи посилювати його [89].

Лікування ГТР може проводитися в кілька етапів: якщо не допоміг перший (освітній), беруться до другого, сильнішого (з керованою допомогою), і так підступають у міру потреби до етапу з антидепресантами і когнітивно-поведінковою терапією. Деяким пацієнтам така важка артилерія не потрібна — вони змогли подолати тривожний розлад «меншою кров'ю». Але це практика країн, де лікування тривожних розладів покриває система охорони здоров'я. Якщо в Україні хтось підозрює в себе чи близької людини генералізований тривожний розлад, то слід зробити таке:

- звернутися до психіатра по діагностику. Важливо переконатися, що немає супутніх психіатричних розладів. Якщо лікар призначить антидепресанти чи інші медикаменти для лікування тривожного розладу, пити їх згідно з призначенням;
- попросити надати матеріали для самопомоги чи самому їх пошукати. Можу запропонувати хороші буклети з інформацією про подолання тривожного розладу Університету Макгілла (Канада) [90] чи Британської служби здоров'я [91];
- якщо є така можливість, пройти курс когнітивно-поведінкової терапії;

- уважно, але без іпохондрії, поставитися до свого здоров'я: чи не болить живіт? чи не трапляються регулярно закрепи або діарея? чи серце не вистрибує з грудей, коли прискорюємо темп або підіймаємося сходами з покупками? Не можна ігнорувати супутні хвороби, якщо вони є.
- бути фізично активними і тренуватися регулярно. Ця порада дуже важлива і доречна у всіх випадках тривожних розладів. Поставтеся до цієї інформації серйозно.

Річ у тім, що фізичне навантаження допомагає «перепрошити» мозок і зменшити його бентежність, а відбувається це приблизно так.

- Поки ми тренуємося, то відволікаємося від тривожних думок чи румінації.
- Фізичні навантаження допомагають розслабити м'язи, що стискаються в тривожному стані, а отже, розслаблені м'язи сигналізують тілу, що ми в порядку і спокійні. Неодмінно розтягуйте м'язи після кожного тренування, полюбіть цей біль. При різних тривожних розладах також помічним є масаж. Він не тільки розслабляє м'язи, а й допомагає *майнити* окситоцин, а той, своєю чергою, робить мозок знову чутливим до гальмівного медіатора ГАМК.
- Тренування та білково-вуглеводна їжа після них налаштовують мозок так, що він починає закачувати в себе амінокислоту триптофан, з якої утворюється серотонін і мелатонін. Цей факт ми розглядали в розділі про депресію, але як важливий приклад молекулярних хитрощів його варто повторити.
- Тренування відновлюють утворення нервів та підтримують нейропластичність.

- Фізичні вправи до болю і другого дихання — це джерело ендоканабіноїдів, які розслабляють тіло і мозок.
- Тренування активують префронтальну кору і тим самим допомагають їй відновити владу над амигдалою.
- Фізична активність просто неба, особливо в парку чи безпечному лісі, знижує тривожність. У Шотландії нині навіть призначають спостереження за птахами як терапію помірної тривожності.
- Тренування вправляють мозок у резилентності й здатності самого себе впорядкувати. Дисципліна та стійкість не беруться нізвідки — їх треба в собі виховати.

Тренування — дуже потужний запобіжний чи терапевтичний засіб у випадку тривожності в підлітків та молоді. Підлітки можуть не дуже добре реагувати на антидепресанти, а ось фізична активність чудово служить їм як запобіжник тривожного розладу. Це підтверджують клінічні дослідження. При цьому важливо, щоб молоді люди брали участь у тих видах фізичної активності, що не передбачають конкуренції та приносять задоволення. Якщо ви викладаєте *фізру* в школі чи іншому навчальному закладі, знайте: ви можете суттєво поліпшити психічний стан учнів, якщо заміните баскетбол і стрибки приставним кроком по колу, стретчингом, пілатесом чи хіп-хопом.

Панічний розлад полягає у повторюваних, але несподіваних панічних нападах. Утім, вони бувають і незалежно від розладу — наприклад, коли людина вчиться альпінізму і має сама зробити складну річ у справжніх горах. Панічний напад — це період раптового і сильного страху, що дуже швидко і раптово «накриває». Раз — і людина відчуває:

- дуже сильне (в худорлявих людей — навіть помітне) серцебиття чи прискорення серцевого ритму;
- запаморочення, нестійкість;

- дереалізацію («Це не зі мною»);
- припливи холоду або жару;
- «мурашки», поколювання;
- нудоту; страх померти;
- дрижання рук, важкість в утриманні вертикального положення;
- потовиділення;
- неможливість зробити повний вдих;
- приреченість, сильну небезпеку;
- втрату контролю над ситуацією.

Люди з панічним розладом ще більше підсилюють свою тривожність, бо чекають і бояться наступного нападу, намагаються йому запобігти, уникаючи місць, ситуацій, дій, які вони пов'язують із нападами. Наприклад, не їздять в метро, якщо колись напад стався в натовпі чи в закритому вагоні (випадок панічного порушення з агорафобією, тобто боязню скупчення людей).

Часто люди плутають панічні напади із серцевими. Вони справді схожі: дихання бракує, серце калатає, у грудях болить, в голові паморочиться, здається, що це відбувається не з вами, руки і ноги немов ватяні й таке враження, що зараз настане смерть. Які симптоми якому нападкові притаманні, подано в таблиці. Інколи серцеві напади хибно сприймають за панічні, а через це людина не отримує належної медичної допомоги. Що робити?

Якщо у вас колись були серцеві напади, будь-який напад ви маєте сприймати як серцевий і викликати невідкладну допомогу.

Якщо у вас діагностований панічний розлад, були панічні напади і ви боїтеся серцевого, то слід пройти обстеження в кардіолога та оцінити свої ризики. Ось і боротьба

з невизначеністю. В осіб із панічним розладом, навіть молодших за 50 років, на 50 % вищі шанси мати серцево-судинні хвороби. Утім, людина має захотіти подолати трижовність і стати на медикаментозний і психологічний шлях лікування. Це знизить також ризик проблем із серцем.

Пам'ятайте, що в жінок серцевий напад частіше дає про себе знати як біль у спині, між лопатками, в руках, навіть щелепі, як нудота і запаморочення, а не як біль у грудях.

Таблиця 6.

Симптом	Серцевий напад	Панічна атака
Відчуття в серці та грудній клітці	Стискаючий біль і тиск	Посилене чи прискорене серцебиття
Починається раптово	Під час навантажень	У стані стресу чи тривоги
Біль у серці	Є і поширюється на руки, плечі, щелепу	Може не бути
Тривалість	Що далі, то гірше	За 20-30 хвилин усе минає
Брак дихання	+	+
Нудота і блювота	Може бути	Зрідка
Запаморочення	+	-
Сильне потовиділення	+	+
Поколювання в пальцях	-	+

[92, 93]

Лікування панічного розладу полягає передусім у подоланні страху перед нападами, підвищенні обізнаності щодо панічних нападів і стану серця, «звикання» до тригерів нападів (якщо вони є), когнітивно-поведінковій терапії, спрямованій на зниження загального рівня тривожності та усунення причини розладу. Легко сказати, важко зробити. Та ви маєте знати, що панічні напади життю не загрожують і ви здатні витримати й подолати ці стани. Як їх пережити, коли *почалося*? Порада така: продовжуйте робити те, що робили.

{ Не зупиняйте своє життя
заради перебування в нападі. }

Краще тримайтеся за світ довкола — дивіться навсідч, поки не минеться. Поширені поради «попросіть побути з вами» та «практикуйте глибоке дихання діафрагмою» не входять до протоколів щодо подолання панічних нападів і тривожності. Це форми захисної поведінки, які в короткочасній перспективі дієві, але залишають «віз і нині там», бо не дають змоги розлад *подолати*. Натомість привчають тримати когось поруч і глибоко дихати, а не переконатися, що можна пережити тривогу чи паніку і вийти переможцем [84].

Подолання тривожних розладів полягає в навчанні мозку інакше дивитися на світ і обробляти інформацію. Панічне порушення лікується експозицією — боїмося натовпу, тому йдемо в натоп і привчаємо мозок, що нічого страшного через це не стається. Поставтеся до себе співчутливо: так, обставини склалися в такий спосіб, що ваша амігдала стала тривожитися коли треба і коли не треба, і зараз вам це заважає. Ви не можете просто це припинити, тому не треба себе звинувачувати. Не можна соромити тривожну людину та казати: «Перестань! Хіба ти не розумієш?..» Префронтальна кора, може, і розуміє, але амігдала вважає інакше, і рулить тілом як вважає за потрібне. Тепер ви про це в курсі й не станете себе шпетити.

Краще подбайте про точки опори, поки вам тривожно: переліки справ, планування, збільшення обізнаності, щоденник.

Так ви зможете заспокоїти себе діями, а потім озирнутися назад і відзначити, що все вийшло добре, і допомогла в цьому саме ваша поведінка. Потім ви помітите, що все вдається або не дуже незалежно від того, переймалися ви чи ні, і означають це радше дії та обставини, а не нерви. Подолання тривожних розладів — це хороша запорука фізичного здоров'я, тож *keep calm and carry on*.



8. Посттравматичний стресовий розлад

Сімейних оповідей про Другу світову війну в нас не так багато. Родичі людей, які воювали, кажуть, що ті ніколи не хотіли говорити про минуле. В 1990-ті роки українцям ще відлунював досвід війни в Афганістані. Моя вчителька розповідала про брата, який кричав уві сні й хотів схопити автомат. Це вважали трохи божевільням, а трохи нормою — що ще чекати від людини, яка побувала в пеклі у свої 20 років?.. «Афганців» навіть боялися, бо невідомо було, чого він них чекати. Про посттравматичний стресовий розлад тоді ніхто не говорив. Зараз в Україні вже сьомий рік триває війна, і хвилі ПТСР накривають ще одне покоління ветеранів, переселенців, бранців, взятих «на підвал» і полонених. Про цей розлад починають говорити та прагнуть допомогти його подолати. Тож говорімо разом та знімаймо стигму з тих, хто щойно пройшов пекло.

8.1. Що таке ПТСР

Це лише в касовому кіно (за винятком серії фільмів про Рембо) та в казочках люди виходять неушкодженими із ситуацій на межі загибелі, зазнають фізичних і психологічних знущань, стають свідками катастроф чи вбивств, а потім

живуть довго і щасливо, ніби нічого не трапалося. В артхаусному кіно, хорошій літературі та у житті все складніше. Коли життя, здоров'я, гідність, свобода людини страждають та перебувають під загрозою, коли людина переживає фізичне, сексуальне чи психологічне насильство або на власні очі бачила страшні події, ба навіть лікується у відділенні інтенсивної терапії, це травмує психіку. Акушерське насильство під час народження дитини чи ускладнені пологи, ще й без психологічної підтримки з боку партнера, також можуть завдати психіці серйозного удару. З'являються нав'язливі думки, спогади про цю подію можуть накривати раптово, місць, людей чи інших нагадувань про минулі події хочеться уникнути, мозок і тіло надто збуджені або навпаки — людина наче померла, так все байдуже і далеко. Це страшно, неприємно, нестерпно, але — нормально. В низці випадків із часом ці симптоми минають, і цілком можливо самотужки повернутися до життя [94].

На жаль, минає це не в усіх — деякі люди внаслідок травми розвивають посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Це означає, що мозок буквально розладнався і не працює, як раніше.

В ендокринній системі, яка реагує на небезпеку, і в нейронних контурах, що пам'ятають, згадують, оцінюють загрозу і пояснюють події, відбувся сильний збій, і тепер в мозку грає одна й та ж платівка з жахливими спогадами.

Або найменший тригер може її запустити. Про ПТСР може йтися, якщо такі симптоми тривають понад місяць [95].

У США щороку 3-4% людей переживає ПТСР. В Україні, ймовірно, — значно більше, адже в нас, на додачу до поширених сімейного та лікарського насильства і поліцейського свавілля, триває війна. За даними проєкту «Без броні»*, по-

* Проєкт «Без броні» громадської організації «Студена» координує ініціативи з допомоги ветеранам [112].

кликаного сприяти адаптації українських ветеранів, лише 14% опитаних людей звертаються до психолога по допомогу. Можна було б подумати, що не в усіх є ПТСР (хоча психологічні проблеми після повернення з війни не обмежуються цим діагнозом, і це дуже сумно). Проте лише третина цих людей лікується добровільно, решту змусили близькі люди. Тож можна припустити, що дуже багато випадків ПТСР, чи розладу адаптації, чи гострого стресового розладу у ветеранів, полонених та вимушених переселенців залишаються поза кадром [96]. І справді — понад 40% опитаних у проєкті «Без броні» визнали, що нізащо не звернуться до психолога, хіба їхню думку змінить рекомендація побратимів.

ПТСР може минати з часом — так само, як і депресивний розлад. Проте поки він триває, життя людини може сильно розладнатися, адже в такому стані важко зберігати працездатність і підтримувати стосунки, зокрема й сімейні. ПТСР може вилитися в насильство, зловживання алкоголем, з усіма наслідками для фізичного здоров'я та соціального життя, чи навіть у самогубство. Правильним було б рішення про психологічну підтримку всіх людей, які пережили травматичні події і мають ПТСР або ризикують його розвинути. Наразі в Україні пошук допомоги залежить від самого хворого та його оточення. ПТСР — це не лише повернення з війни, це й травматичне дитинство з п'яними батьками чи зґвалтування. Допомогти людям подолати цей розлад, загалом, є інтересом усього суспільства, бо — хоч як очевидно це б не звучало — здорове суспільство складається зі здорових людей. Психологічно здоровими (принаймні, в нашій країні) радше можна *стати*, аніж *бути* такими *a priori*. Давно пора.

Як можна визначити, ПТСР у людини чи ні? Діагностичні критерії розладу такі (зараз буде повторення і систематизація сказаного в описі ПТСР).

1) До розладу призвела принаймні одна із ситуацій, зокрема, коли людина:

- безпосередньо пережила травматичну подію чи події,
- була свідком чиєїсь травматичної події,
- дізналася, що травматична подія сталася з членом родини чи близькою людиною,
- зазнала неодноразового чи дуже сильного впливу внаслідок ознайомлення з деталями травматичних подій (телебачення, преса і кіно не беруться до рахуби).

2) Людина постійно повторно переживає травматичний досвід:

- бачить жахіття уві сні,
- має нав'язливі думки про подію,
- її накривають спогади (*flashback*).
- нагадування про травматичні події спричиняють явний стрес,
- у відповідь на згадку про травматичні події виникає сильна фізіологічна реакція.

Діти можуть знову й знову переживати подію, повторюючи її у своїх іграх.

3) Людина всіляко уникає болісної теми (в якійсь один спосіб):

- намагається відсторонитися від думок, розповідей, розмов про травматичні події,
- тримається осторонь людей, місць, обставин, що могли б нагадати про події.

4) Є виразні негативні зміни в пліні думок та настрої людини (хоча б два з переліку):

- неспроможність згадати важливі деталі,

- постійні та надмірні недобрі думки про себе, інших та про світ,
- сталі проблеми з побудовою причинно-наслідкових зв'язків,
- незмінно пригнічений емоційний стан,
- явно нижчий інтерес до речей, що колись цікавили,
- відчуття окремішності від інших,
- постійна нездатність відчувати приємні емоції.

5) Людина відчуває надмірне збудження (принаймні дві ознаки з переліку):

- дратівливість і спалахи злості,
- безжальна чи самодеструктивна поведінка (буває, що люди роблять собі порізи, стріляють в ногу, рубають пальці),
- непомірна обачність,
- вибухова реакція на рівному місці,
- труднощі із здатністю зосередитися,
- поганий сон.

6) Симптоми тривають понад місяць.

7) Стривоженість є джерелом клінічно помітного стресу чи заважає повноцінній діяльності.

8) У стану немає інших пояснень, як-от хвороба чи вживання певних ліків або речовин [97].

Ви також можете скористатися тестом за посиланням [98]. Він допоможе оцінити наявність інтрузивних (нав'язливих) думок, надмірного збудження та уникнення думок про пережите.

8.2. Мозок при ПТСР

Для розуміння ПТСР, подолання упередженості щодо психологічної допомоги, а також для того, щоб навчитися виявляти емпатію до людей із цим розладом, важливо збагнути, як він розвивається. Одні люди повертаються з війни й, умовно кажучи, сіють гречку, чи переживають з'валтування та доводять справу до суду. Інші ж у подібних ситуаціях розвивають ПТСР. І залежить це від різних чинників, серед яких:

- те, як людина дає собі раду в складних ситуаціях (коупінгова стратегія);
- наявність ресурсів для подолання травми: психологічних, фізичних, матеріальних, відчуття підтримки й захищеності тощо;
- реакція оточення;
- специфіка самої травматичної події;
- генетичні особливості різних людей.

Так, вразливість до ПТСР почасти залежить від генетики. Це, до слова, дуже потужний аргумент проти почуття провини чи сорому через те, що «ось так розклеївся/розклеїлася після тої події». У кожного з нас є рецептори дофаміну та переносники серотоніну, але в усіх вони трішки відрізняються. Тому ми всі люди, але всі різні, й не варто судити інших по собі. Чому ж тоді, запитаєте ви, хтось повертається з війни і таки «робить дітей», а коли в мозку все *розладнується*, ліпше зосередитися на запитанні «Що з цим робити?», а не на звичнішому, але менш конструктивному «Чому це зі мною?».

ПТСР — це, можна сказати, переналаштування нейронних мереж, доведених до краю надзвичайно сильним стресом, що вплинув на роботу нейроендокринної системи, утворення нейромедіаторів і реакцію на них, і навіть змінив нейроанатомію.

- Кортизолу немає. Це може здатися парадоксальним, але при ПТСР наднирники перестають утворювати достатню кількість кортизолу — «гормону стресу». Немає гормону — немає стресу, чи не так? А таки не так. Гормонів має бути стільки, скільки в цей момент потрібно. Без достатньої кількості кортизолу ми не здатні як слід впоратися з інформацією про загрози і стресовими чинниками, тому залучаємо норадреналін. У результаті наростають страх та агресія. Гіпоталамус продовжує вимагати в наднирників кортизол і виділяє кортикотропін-рилізінг гормон. Це невиправдано, проте через надлишок цього гормону починають гинути нейрони гіпокампу (ділянки мозку, що відповідає за оперативну і довготривалу пам'ять).
- Співвідношення гормонів щитоподібної залози змінюється. Вона виділяє тироксин (тетрайодтиронін, тобто чотири молекули йоду в гормоні), який у тілі стає більш активною формою — трийодтироніном. Відтак суб'єктивне відчуття тривожності зростає. Пригадуєте, проблеми зі щитоподібною залозою можуть спричинити посилену тривожність? Ось вам і приклад.
- Дофаміну і норадреналіну стає більше, але мозкові від цього — жодної радості. Суб'єктивно їх надлишок відчувається як тривожність, готовність до бою в будь-який момент, постійне перебування за півкроку від страху та жахливих спогадів (вони легко пригадуються, на відміну від інших). Дофамін — це не лише про нагороду мозку. Це також про прийняття рішень та пріоритети, і ось при ПТСР дофамін не дає мозкові вирватися з тенет травми.
- Серотоніну стає менше, але тільки в певних ділянках мозку. Крім цього, внаслідок дії стресору та/чи травми, на нейронах змінюється тип рецепторів серотоніну. Був тип 5HT_{1A}, який міг підтримати спокійний, але

зосереджений стан, а став — 5НТ2, що запускає тривожну реакцію в амігдалі та згадування страшного в гіпокампі. Може, ці розмови про нейромедіатори і ділянки мозку вас втомили, а запам'ятати все так і не вдається. Не біда. Ці дані я наводжу не для того, щоб ви засвоїли якісь аббревіатури, а щоб зрозуміли, як все в мозкові перебудовується внаслідок травми. Коли ми закохані чи вагітні, до слова, в мозкові теж все змінюється, тільки інакше.

- ГАМК та рецепторів до неї меншає. Через це мозок погано фільтрує сигнали, не може впоратися

*— ШИРО, ШИРО, ЧОМУ ТАК ПАРШИВО?
ЧОМУ МИ ПОВИННІ ВСЕ ЦЕ БАЧИТИ
НАЖИВО?*

— ТИ СЛУХАЄШ «ЖАДАНІ І СОБАК»?

— ТА НІ, ЧИСТАЮ НОВИНИ.



з румінацією та нав'язливими думками і в результаті продовжує перебувати в травматичній ситуації.

- Амигдала стає надто чутливою. Людина тривожиться, не втрачає пильності й легко тригериться.
- Об'єм префронтальної кори, передньої поясної кори та гіпокампу стає меншим. Контролювати поведінку, приборкувати страх і приймати рішення усе важче [94].

Тут ми повертаємося до часто наголошуваних тут тез.

«Просто взяти і забути» у випадку ПТСР не вийде. Кидатися під ліжку через звук новорічного феєрверка — це зовсім не вибір людини. Тому-то й не можна влаштовувати салюти в країні, де триває війна — вона змушує тих, хто її пройшов чи від неї тікав, знову там опинитися. Це захисна реакція мозку. До слова, ПТСР дуже сильно тригерять запахи, адже амигдала усвідомлює їх раніше, ніж кора півкуль, — вони миттю пробуджують в гіпокампі спогади. Саме тому ветерани Першої світової війни так бурхливо реагували на запах сірки та пороху. Багатьом людям стає млосно й тривожно від самого лише «аромату» лікарні чи «безкоштовної» стоматології. Здатність запахів пробуджувати яскраві спогади називається ефектом Пруста*.

Це можна подолати, адже мозок пластичний, і розлади можна полагодити. Коли ламається ваш велосипед, ви ж ремонтуєте його, а не викидаєте, правда? Так само і наш мозок. Він у нас один, і шукати для нього майстра чи проводити техогляд — це нормально і мудро.

Щоб не бути голослівною, розповім про кілька генів, зміни в яких означають більшу схильність до ПТСР [99].

* Ефект названо на честь Марселя Пруста — французького письменника, який описав у своєму багатотомному романі «У пошуках втраченого часу» яскраві спогади дитинства, пробуджені липовим чаєм і печивом-мадленкою.

FKBP5— кодує білок, що впливає на роботу рецептора кортизолу. Його видозміннені варіанти (алелі) пов'язують із викривленою уважністю (до потенційних загроз) та змінами в роботі амігдали й кори головного мозку.

COMT— катехол-О-метилтрансфераза. Страшне слово, розумію. Але цей ген кодує важливий фермент, що руйнує дофамін, норадреналін і адреналін. Люди з однією точковою мутацією в гені *COMT* більш схильні розвивати тривожність та зберігати пильність, а в разі чого— заводитися з півоберта. Їхній гіпокамп має менший об'єм.

SKA2— кодує білок, що змінює вигляд і роботу рецептора кортизолу, і той починає працювати не так, як раніше. Чи цей ген буде активним, визначає наше життя, яке закарбовується на ньому та інших ділянках ДНК внаслідок епігенетичних змін*. В людей, життя яких зробило *SKA2* неактивним, у кількох ділянках менша щільність кори великих півкуль— й вони більше схильні до самогубства. Профіль метилювання цього гена вважають маркером ризику суїциду.

OPRL1— кодує частину рецептора опіатів. У людей, схильних до розвитку ПТСР, може бути його варіант, який дає про себе знати як підвищена тривожність і своєрідна робота емоційного контуру.

Є ще й інші досліджені гени, варіанти яких збільшують ризик розвитку ПТСР, зумовлюючи нейроанатомічні особливості мозку людини, якій вони дісталися [99].

Чому існує така несправедливість і деякі люди отримують «погані» гени, які псують їм життя? Невже еволюційний добір їх не позбувся? В тому-то й річ, що ПТСР— це стародавній, еволюційно-консервативний механізм *виживання*. Цей розлад розвивається також у тварин і допомагає їм зберегти життя за умов, коли на них звідусіль полюють. Мозок при ПТСР не є дисфункційним, неробочим— він змінений.

* Епігенетичні зміни— це нашарування на гени. Гени— ті самі, але вони надовго «замовкають» чи стають надто активними. Епігенетичні зміни низки генів залежать від стресу в ранньому дитинстві, куріння та навіть від травм, які мати пережила під час вагітності.

Та зрада полягає в тому, що людині не загрожують хижаки, а травматичні ситуації в багатьох випадках минають і втрачають актуальність. Закорінений у генах ПТСР допомагає вижити у край небезпечних умовах, але «не зважає» на якість життя, що попереду [100].

Нам залишається тільки допомогти мозкові зібратися до купи і перемкнутися в режим «мирне і безпечне життя», про що і йтиметься далі.

8.3. Як подолати ПТСР

Подолання ПТСР, як і решти *розладів*, потребує активної участі травмованої людини. Саме тому так важливо говорити про розлад, збільшувати обізнаність із його виявами, знімати стигму з травмованих людей — кожен із нас може опинитися на їхньому місці — і вселяти впевненість у тому, що це мине. Важливо, щоб люди відчували: терапія не применшує мужності, а розповідь про те, що сталося, не ганьбить честі. Навпаки, готовність до терапії і визнання своєї травми — це свідчення сили.

Різні види психотерапії, а також медикаменти і зміна способу життя допоможуть «перепрошити» мозкові контури. До психотерапевтичних підходів належать такі.

Когнітивно-поведінкова терапія, спрямована на травму. Цей різновид психотерапії виник у 1990-ті як спосіб допомоги дітям і підліткам, які пережили сексуальне насильство, і згодом поширився на дорослих людей із травматичним досвідом. Цей підхід допомагає позбутися почуття провини, безсилля і змінити ставлення до себе на співчутливе. Терапія має на меті опрацювання травми за допомогою експозиції до травматичних спогадів [101].

Когнітивно-процесингова терапія. Сама назва цього підходу підказує, що робота стосується наших уявлень

і думок (когніцій) та їхнього пропрацювання (процесингу). Не всі думки корисні, не всі думки правдиві. Травмований переляканий мозок може почуватися в небезпеці, навіть коли довкола все гаразд, чи безпідставно звинувачувати себе в усьому, що сталося. Когнітивно-процесингова терапія — це протокольне лікування з 12-ти сесій, які мають свою структуру. Насамперед пацієнт розширює знання про ПТСР і його вияви, потім описує свій досвід і думки, пов'язані з ним, вчиться вирізняти корисні й некорисні думки та застосовувати такий підхід для очищення свого мислення [102].

Десенсибілізація під час руху очей та опрацювання травми. Це відносно новий метод роботи з травматичними спогадами, який трохи нагадує гіпноз, як ми його уявляємо за кінострічками, та насправді гіпнозом він не є. Під час сеансу психотерапевт наближає до обличчя пацієнта пальці чи олівець, віддаляє, наближає знову, ставлячи водночас запитання стосовно травми. Пацієнт фокусує свій погляд на пальцях і згадує те, про що йде мова. Такі, на перший погляд, химерні дії тренують мозок перебувати в спокійному стані й при цьому дати раду своїм спогадам, які він весь час намагався «прикопати на задньому подвір'ї пам'яті». «Ось спогади, але бачиш, мозку, нічого страшного не стається, ти дивишся на палець, який туди-сюди рухається. Все спокійно» [103]. Цей підхід є не менш дієвим, ніж КПТ [104].

Тривала експозиція. При ПТСР люди прагнуть уникати нагадувань про травматичну подію, женуть від себе нав'язливі думки. Цей же підхід діє від протилежного — привчає пацієнта контактувати із зображеннями, місцями, запахами, людьми, звуками, що нагадують про травму. Ця терапія також має свій початок і завершення, яке, зазвичай, успішне. Тривалість лікування в ідеалі становить 15 сеансів [105].

Наративно-експозиційна терапія. Підхід передбачає, що людина має справу з оповіддю — своєю та чужою, якщо це робота в групі. Таким чином вона усвідомлює, що травматичні події стаються й з іншими, тобто так буває, ми не самі в своїх поневіряннях. А ще ця терапія змушує людей згадувати факти з їхнього життя в хронологічному порядку, але не тільки фокусуватися на поганому, а згадувати й хороше, тобто повертати життю контекст, відновлювати самоповагу [106].

Розладнаним нейронним контурам часто доводиться допомагати медикаментозно. Це не страшно, не соромно і дієво, хоча й не належить до першої ланки лікування адже насамперед використовується психотерапія. Для подолання ПТСР помічними можуть бути антидепресанти, а в деяких випадках — антипсихотичні препарати та снодійні (на додачу до них) [107].

Важливим елементом у подоланні ПТСР є спосіб життя та підтримка оточення. Собі потрібно дати час. Не можна змушувати себе бігти «сіяти гречку» чи «влаштувати шопінг», коли всередині все заніміло. Що варто робити?

- Тренуйтеся. Ви вже запам'ятали — це досить потужний інструмент для переналаштування мозку та *майнінгу* BDNF. Тренуйтеся з кимось в парі чи в групі. Будьте з людьми. Відчувайте безпеку і підтримку.
- Ходіть на масажі, якнайчастіше обіймайтеся з коханими і дітьми, грайтеся з домашніми улюбленцями. Це і відчуття фізичної безпеки, і приємність, і синтез окситоцину, і відновлення чутливості мозку до ГАМК.
- Спілкуйтеся з іншими людьми, які пережили травму. Це можуть бути незнайомці в групі психотерапії або ваші побратими чи сусіди з такими ж проблемами, як у вас.
- Будьте з друзями та близькими. Не відвертайтеся від них: ця відлюдькуватість, яка, можливо, є зараз, — це

вияв травми, тому її слід подолати. І не чекайте, що «колись ви станете *окей*, тоді й поспількуємося». Без підтримки *окей* може і не настати.

- Робіть щось корисне. «Станьте активним членом якоїсь спільноти» — так звучить порада Вінчестерського шпиталю. Можна долучитися до створення ОСББ свого будинку чи до волонтерського руху. Можна просто почати вітатися і знайомитися з сусідами або зважитися на важкий крок — погодитися на обрання до батьківського комітету в школі. Ця порада про спільноту в наших реаліях може звучати химерно, але вона дієва. Найважливіше — приналежність, прийняття, усвідомлення власної значущості для інших.

А ось чого НЕ робити, то це не зловживати алкоголем. У цей період подолання травми краще взагалі не пити, бо алкоголь посилює тривожність і ще більше розбалансовує нейронні мережі.

Фільми про Джона Рембо, ветерана і крутого бійця з ПТСР, хороші, але краще б це був один епізод, що завершився подоланням травми головного героя. Перемогти розлад — стати крутішим за героя Сильвестра Сталлоне. І це можливо.



9. *Порушення адаптації*

Є такий чорний анекдот: «Коли у викладача логіки потонув найкращий друг, він не плакав. Адже друг не вмів плавати, тож все логічно». Коли ми потрапляємо в складну ситуацію, ми переживаємо стрес — все логічно. Інколи нам вдається з цим впоратися і навчитися жити як раніше, навіть під дією стресора, чи активно його усувати. Це — резилентність. Часом, як-от внаслідок втрати стосунків, початку навчання в новому закладі, після раптових і значних змін в країні, ми переживаємо стрес і не можемо до нього пристосуватися. Це і є порушення адаптації. Начебто все логічно, але це все одно розлад, і ми від нього по-справжньому страждаємо.

Порушення адаптації виокремлюють, бо, на відміну від решти розладів, воно завжди виникає через зовнішню і зрозумілу причину — стресор, причому не йдеться про попередні стани, що зробили людину вразливою до стресора. Тобто ви собі жили й були щасливі, аж раптом — економічна криза 2008 року, і роботи не стало, або дружина пішла до найкращого друга. Всі живі, немає фізичного чи психологічного насильства і безпосередньої травми, як у випадку ПТСР, не було жодної депресії. Але сталося таке, на що рукою не махнеш. Поширеними причинами порушення адаптації є:

- міграція,
- вимушений переїзд (йдеться про біженців і внутрішніх переселенців),
- народження дитини,
- вихід на пенсію,
- початок навчання в новому закладі,
- безробіття,
- втрата стосунків.

Отже, про розлади адаптації говорять, коли збігаються такі умови:

- ознаки порушення з'явилися впродовж трьох місяців після початку дії цілком очевидного стресора;
- і цей стресор — не смерть близької людини;
- реакція на стресор є цілком адекватною і пропорційною його силі;
- людина перед тим не мала психічних розладів;
- і про хороше — після припинення дії стресора симптоми розладу минають впродовж пів року [113],
- буває, що вони тривають довше, якщо стресор або надто сильний, або діє хронічно [114].

Не всі люди однаково вразливі до порушень адаптації. Де-хто краще переносить стресові ситуації, де-хто гірше. Наразі відомо, що схильність до розладів адаптації властива тим, хто зіткнувся з певними життєвими обставинами:

- мати надто тривожно поводитися та сильно опікуватися дитиною,
- батько мав авторитарний характер і був схильний до аб'юзу (бив, кричав, поводився як тиран);

- дитина важко пережила сепарацію від матері (важко пристосовувалася до садочка),
- людина має виражені невротичні риси та малий рівень екстраверсії [113].

Знову ж таки, все логічно. Тут я залишаю вам простір для власних міркувань про те, як краще виховувати дітей і піклуватися про себе, поки вони маленькі.

Порушення адаптації виявляється як пригнічений настрій, тривожність, нездатність планувати майбутнє, відчуття безсилля перед ситуацією, навіть труднощі з виконанням буденних справ, а в дітей і підлітків — як проблемна поведінка.

{

 Загалом, не так просто відрізнити один психологічний розлад від іншого і провести межу, де депресія, а де — порушена адаптація.

}

Головним критерієм є наявність очевидної причини, що зумовила стресований стан.

Наскільки цей стан небезпечний? Усе відносно. З поганого: завдяки дослідженню долі підлітків із порушенням адаптації з'ясувалося, що протягом п'яти років після початку розладу 2% людей скоїли суїцид, 17% розвинули хронічний розлад, 8% — антисоціальний розлад особистості, 13% — депресивний розлад чи/та зловживали алкоголем (ці категорії частково перекривалися), тобто цей розлад дався взнаки приблизно кожному третьому. Але понад 70% людей успішно долають його і не мають жодних ускладнень.

Головною загрозою розладу адаптації є зловживання (алкоголем, наркотиками, психотропними ліками), що розвивається, поки стресор діє, а як із цим дати собі раду — невідомо. Мовою психотерапії це називається дезадаптивною спробою впоратися (*desadaptive coping*). Як на мене, це свідчення традиційного замовчування проблеми: немає слова (*abuse, coping, resilience*) — немає і явища.

Що робити, якщо людина переживає гострий чи вже хронічний розлад адаптації?

На жаль, це питання не дуже цікавить дослідників та систему охорони здоров'я різних країн, бо розлади адаптації минають самі по собі, щойно життя налагоджується. А проте поодинокі дослідження способів подолання розладу адаптації таки є. Плайд дій виглядає приблизно так.

- Варто звернутися до психотерапевта, щоб знайти спосіб вирішення актуальних проблем або навчитися з ними жити і менше переживати. Можна діяти й самостійно. Психологічна допомога при порушенні адаптації полягає у виявленні всіх стресорів, що діють на цей момент, розробленні тактики подолання кожного з них та у втіленні цього плану. Цілком як управління бізнесом, тільки йдеться про приватне життя. Наприклад, я вчилася в Могілянці. Там був убивчо незручний розклад, бо бракувало викладачів і аудиторій: в нас могли бути перша, четверта і шоста пари чи інша незручна комбінація. Всі жили в стані страху запізнитися на першу пару, а потім, голодні, не знали, куди подітися, або прогулювали пари заради роботи.

Невдалий розклад і брак грошей стабільно отруювали мені життя, поки я не зрозуміла, що можна домовитися безпосередньо з викладачами і ходити на пари не зі своєю групою і навіть не зі своїм факультетом. Все вдалося налагодити, я перестала стресувати через те, що обрала не той університет чи зовсім не пристосована до життя.

- Мудрим рішенням є відвідати лікаря— сімейного чи психіатра. В США та Європі розлади адаптації діагностують передусім сімейні лікарі. Якщо перебіг розладу важкий, зокрема пацієнт має думки про суїцид, лікар може прописати заспокійливі або антидепресанти, проте вони не належать до першої ланки терапії і всім їх не призначають. Почасти тому, що клінічних

досліджень не було, а почасти тому, що системи охорони здоров'я економлять гроші.

- Збагнути, що той стан, в якому ви зараз, — це і є розлад, тому напиться хочеться не просто так, а щоб забутися. А це ніяка не адаптація до стресу, а досить очевидний його наслідок та ризик для здоров'я чи навіть життя. Мабуть, це головний висновок, який варто запам'ятати щодо розладу адаптації [113].

10. Вигорання

Є такий жарт, що міленіал має зробити три речі: запустити стартап, записати подкаст і вигоріти. Добре, якщо після цього є можливість поїхати на Балі чи бодай в Кобеляки** й відновити сили. Значно гірше, коли людина, яка вигоріла на роботі, стає цинічним і недбалим працівником та переносить свій спустошений стан в усі сфери життя і стосунків.*

Термін «вигоріти» в значенні емоційно виснажитися вигадав ще Вільям Шекспір, а сюжети про вигорання людей через роботу описані і в Старому Заповіті, і в «Будденброках» Томаса Манна. Професійне вигорання — це не хвороба і не розлад. Це синдром, що не має медичного статусу. Тому, на жаль, ви можете з ним зіткнутися, але не отримаєте лікарняного [115].

* Міленіали — це покоління, народжене в період 1981–1994 років, тобто діти «бейбі-бумерів». Міленіали, чи покоління Y, були юними на момент настання нового тисячоліття та орієнтуються і в тому, що таке дискети і касети, і в новітніх цифрових технологіях. Насправді ж, міленіалами часто (і хибно!) називають наступне покоління Z — людей, яким станом на 2020 рік близько 20-ти й вони не уявляють життя без інтернету ґаджетів.

** Мальовнича місцевість на Полтавщині, оспівана гуртом «the Vio».

Вигорають не на кожній роботі — на багатьох просто виснажуються від втоми та/чи хронічного стресу. А ось вигорають там, де поєднуються кілька чинників — внутрішні цінності, неможливість досягати бажаних цілей, висока сумлінність та значні зусилля. Це стосується передусім волонтерів, медичних і соціальних працівників, «ідеальних» поліцейських і журналістів. Сутність вигорання передала Ліна Костенко словами «Ти сієш, сієш, а воно не сходе». Ширший, класичний опис професійного вигорання такий:

- падіння психологічної стійкості в робочому процесі;
- відсторонення від роботи й обурення через те, що від людини вимагають понад людські сили,
- формування авторитарних рис і репресивної поведінки внаслідок професійних розчарувань,
- внутрішня мізантропія та байдужість до чужих проблем, бо надто присвятилися допомозі іншим, а самі не мали підтримки [115].

Тепер, мабуть, зрозуміліше, чому вигорають передусім соціальні працівники, лікарі й волонтери. І вже зараз можна озвучити головну тезу щодо вигорання: дотримуйтеся правила літака — «надягайте кисневу маску» насамперед на себе, а потім допомагайте іншим. Це не егоїзм чи нарцисизм, а важливість підтримки ресурсного стану, без якого навіть найкращий знавець своєї справи скоро стане або байдужим овочем, або жовчним мудаком. А треба бути живою людиною.

Не завжди вигорання є наслідком експлуатації роботодавців, тобто пасивним вигоранням. До цього стану можуть призводити також і внутрішні чинники, як-от високі ідеали, потреба визнання, віра в свою незамінність, небажання делегувати завдання, прагнення подобатися іншим, надмірні вимоги до себе, значна самовіддача та ігнорування інших сфер життя, окрім професійної, чи використання роботи для

заповнення порожнечі. І це буде активне вигорання, до якого людина сама себе довела.

Про вигорання говорять у професійному контексті. Та мені здається, що ця «матриця» з рис людини та ставлення до цінностей і цілей цілком накладається й на інші сфери, як-от стосунки чи виховання дітей. Знаю багатьох жінок, які аж до спустошення і руйнації власного життя вбиваються домашніми справами та допомогою всім на роботі. Усе — заради визнання своєї значущості. Якщо поруч із вами така надміру турботлива неспокійна людина, яка вигорає на очах, подякуйте за старання і запитайте про її власні потреби. Про них забуто, але до них варто повернутися.

**МАМО, НЕ ТРЕБА
БІЛЬШЕ ПЕРЕДЧУ!
ТЕПЕР МОЯ ЧЕРГА
ТОБІ ПЛАЧУНКИ
СЛАТИ.**



Зовнішні причини вигорання— золота класика менеджменту із серії «Як не можна управляти людьми»: підвищені вимоги, суперечливі настанови, брак часу, цькування, відсутність свободи у прийнятті рішень, непрозорість у розподілі обов'язків, неможливість працівників впливати на організацію роботи та висловлювати свою думку, сильна ієрархія й дідівщина, недостатність ресурсів, висока відповідальність, багато критики і слабке заохочення, безперспективність кар'єрного зростання, жодних гарантій соціальної підтримки. Власне, таку ситуацію однаково легко можна уявити і на університетській кафедрі, і у відділі соціального забезпечення при міській раді, і в багато інших місцях праці.



Симптоми вигорання варто запам'ятати, аби вчасно розпізнати свій стан і спинитися, звернутися по допомогу чи навіть змінити сферу діяльності. Червоні прапорці такі:

- надто сильна сфокусованість на цілях;
- виснаження;
- втрата готовності виконувати зобов'язання (себто пофігізм) щодо клієнтів і пацієнтів, роботи, вимог, що зростають;
- відчуження від пов'язаної з роботою діяльності;
- емоційні вияви (депресія/агресія/звинувачення інших);
- втрата продуктивності/мотивованості/креативності/здатності до адекватних суджень;
- виключення з емоційного життя (немає дружби, кохання і радості), соціального життя (немає друзів і подій), інтелектуального життя (ніщо не цікавить; байдуже, що відбувається).
- соматизація психологічного стану;
- відчай.

Цей перелік — історія мого життя донедавна. Тому мені дуже важливо попередити інших, що надмірна зануреність у роботу і горіння цілями можуть привести не на умовну червону доріжку до успіху, а до заяви про звільнення у відділі кадрів і рецепта на антидепресанти. В контексті амбітного самозавантаження важливо не брати на себе забагато. Хіба що це будуть гроші на рахунок.

Шлях від «Як цікаво! Це те, чого я так хотіла/хотів» до «Бачила/бачив я це в труні й у білих капцях, згоріла хата — гори й сарай», часто буває такий:

- дуже хочеться самоствердитися,

- тому людина більше працює,
- менше звертаючи увагу на свої потреби,
- з часом узагалі перестає робити будь-що, крім роботи,
- дедалі більше утверджується в думці про важливість роботи і неважливість решти,
- стає цинічною «відмороженою» особою,
- яка вже не схожа на себе раніше,
- порожня всередині, тривожна, із залежностями
- та відчуттям, що все не має сенсу,
- сил бракує настільки, що є загроза для життя і здоров'я.



З причиною «самоспалення» на роботі варто розбиратися з психотерапевтом, щоб аналогічна історія не повторилася знову. В моєму випадку це було глибинне переконання* «Я недостатньо хороша» і правило життя, що з неї випливало, — «Треба вбитися, аби нарешті відчуті себе достатньо вартісною».

Тепер розглянемо, що ж робити, коли до вигорання все ж дійшло. Передусім необхідно усвідомити, що цей стан суттєво наближає людину до депресії, тому ігнорувати його не можна. Бо далі — тільки ще більша втрата працездатності й цілком соматичні проблеми.

По-перше, слід вийти із ситуації, що викликає вигорання. Це може бути як звільнення з теперішнього місця праці чи тривала відпустка, так і зміна ставлення до актуальних

* Глибинне переконання, або рання дезадаптивна схема — це накладений на реальність чи досвід патерн, що допомагає людині пояснити цю реальність. Тобто це певна життєва модель, яка впливає на думки, емоції і поведінку людини, а також на те, як особа сприймає себе, світ, людей і стосунки з ними. (Примітка наукової редакторки).

обставин й активна робота з психотерапевтом. Важливо збагнути свій шлях до вигорання і виправити все докорінно.

По-друге, сили потрібно відновлювати завдяки релаксації і фізичній активності. Ви скажете, що вона, навпаки, сили забирає, але це хіба якщо міряти силу ньютонами. Насправді ж фізична активність — це потужний інструмент подолання стресу, повернення в ресурсний стан, відновлення сприйняття себе, а ще — інтероцептивний досвід («ой, яка крепатура», «як серце закалатало»), відволікання від думок про роботу та кращій сон.

По-третє, слід повернутися до нормального життя, в якому є відпочинок, розваги, кохання, друзі, неробство, спілкування, мрії, задоволення власних потреб і забаганок, а немає — як ви гадаєте, чого? — почуття провини за те, що ви зараз не працюєте.

Грамотні стратегії запобігання професійному вигоранню і техніки його подолання подає професор Адам Грант у книжці «Давати і брати. Прихована соціальна динаміка успіху». Розділ 6 книжки повністю присвячений цій темі.

{ Якщо вигорання сильне і є загроза для здоров'я, то можуть знадобитися антидепресанти. }

На завершення оповіді про професійне вигорання я хочу звернутися до роботодавців. Будь ласка, не використовуйте «ідеалізм» співробітників, навіть якщо ви — громадське об'єднання, наукова лабораторія чи соціальна служба. Працівники мають залишатися з вами, бо тут добре: ви пропонуєте високий зарібок, здорові умови, приязне ставлення, роботу, що має сенс, а не тому, що ви раз у раз розповідаєте про боротьбу за все хороше проти всього поганого та граєте на почуттях провини й марнославства [116].



11. Їжа чи алкоголь.

Статус «усе складно»

У цьому розділі йтиметься про порушення харчової поведінки та зловживання алкоголем, причини цього, запобігання, подолання та правила спілкування з uzалежненими. Адже дуже часто люди з такими розладами не визнають проблеми й не хочуть про неї говорити.

11.1. Анорексія

Анорексію описано в автобіографічному романі бельгійської письменниці Амелі Нотомб «Біографія голоду» та в інших її творах. Авторка називає голод найсильнішим стимулятором творчості й винахідливості, ліками від всіх переживань і розповідає, як пила багато води і таким чином обманувала матір, яка її щовечора зважувала. За словами Амелі Нотомб, після кількох років анорексії одної ночі вона відчула, що от-от помре, «на автопілоті» пішла в кухню і почала їсти все поспіль, бо зажадала жити. Хоч це і суперечить рекомендаціям із медичних настанов про анорексію, однак, як каже письменник Андрій Бондар, «література знає все».

Нервова анорексія — це психічний розлад. Такий діагноз ставлять, якщо вага є мінімально нормальною для відповідного віку й зросту, людина обмежує себе в їжі, надмірно тренується, зловживає послаблювальними чи ігнорує небезпечно низький індекс маси тіла*. Раніше був ще один ді-

* Індекс маси тіла (ІМТ) — це співвідношення маси тіла в кілограмах до квадрату зросту в метрах, що вимірюється в $\text{кг}/\text{м}^2$. Нормальний ІМТ коливається від 18,5 до 24,9. ІМТ у межах 25-29,9 свідчить про зайву вагу, а вищий за 30 — про ожиріння. ІМТ не є інформативним показником, якщо людина — бодібілдер.

агностичний критерій для дівчат і жінок — зупинка місячних, але наразі його відмінили.

Щоб вага наближалася до омріяних людьми з анорексією 40 кілограмів, вони відмовляються від їжі, або — рідше — *їдять заради годиться* та одразу вертають їжу чи зловживають послаблювальними, діуретиками і тренуваннями. Якщо цей стан триває надто довго, є загроза для здоров'я і життя, бо:

- виникає сильна нестача нутрієнтів і, як наслідок, сповільнюється ріст, крихкішають кістки, можливі неврологічні розлади та анемія,
- припиняються чи стають нерегулярними місячні (це аменорея чи дисменорея відповідно),
- м'язи стають дедалі меншими і слабшими,
- розвиваються хронічні хвороби шлунково-кишкового тракту,
- зростає ризик неконтрольованого набору ваги після нормалізації харчування,
- є небезпека померти через виснаження або самогубство — кожен п'ятий випадок анорексії закінчується передчасною смертю. Це найвищий показник смертності з усіх психічних розладів.

У кожному другому випадку анорексії людина переживає ще якийсь розлад, тож анорексія — це надзвичайно тривожний сигнал. Що тут є причиною, а що наслідком, сказати важко, адже зміни в поведінці і настрої можуть бути результатом тривалого недостатнього харчування, а не окремими додатковим порушенням [117].

Нервова анорексія може мати такі вияви:

- постійні відмовки від прийому їжі разом зі всією родиною (наприклад, щойно багато з'їв/з'їла поза домом, не голодний/голодна, розлад шлунка тощо);

- споживання дуже малих порцій, певної низькокалорійної їжі чи відмова від цілих категорій продуктів, як-от вуглеводи чи жири;
- підрахунок калорій, читання написів на упаковках, зважування порцій;
- «танці з бубоном» довкола їжі: певне впорядкування шматочків, ритуали перед прийомом їжі і після, надто довге жування чи ретельне нарізання (це нагадує обсесивно-компульсивний розлад, а ще поради «британських вчених» щодо того, як їсти менше);
- прийом ліків для схуднення або стимулянтів, як-от метилфенідат чи амфетаміни.

Сама знаю дівчину, що багато років харчувалася виключно великими і неодмінно кислими яблуками, кавою і цигарками, а при цьому ще й намагалася «тягати залізо». Вона не могла спати, знаходила собі вночі заняття на кшталт прибирання і весь цей час жила без місячних. Власне, до пори до часу такий спосіб життя їй здавався ефективним і зручним. Ця історія закінчилася добре — моя подруга в поході Карпатами врешті почала їсти за компанію нормальну їжу. І цей момент — коли є товариство і сприятлива для їжі ситуація — дуже важливий, і ми до нього ще повернемося.

Анорексію розвивають найчастіше підлітки і молоді жінки. Причин — декілька. Зазвичай говорять про низьку самооцінку спотворене глянцем та інстаграмом уявлення про тіло і красу, «попит» патріархального суспільства на худі тіла. Саме цей тиск стереотипів вважають коренем зла. Проте суспільство і медіа тиснуть на всіх, а нервова анорексія розвивається в 1% людей і досить погано піддається терапії. Значить, є інші причини схильності до цього розладу.

Зокрема, людям із анорексією та іншими порушеннями харчової поведінки властива погано розвинена інтероцепція. Нагадаю, це здатність чути своє тіло і розуміти його

сигнали. Тобто є голод (чи, в інших випадках, насичення), але людина його може не усвідомлювати і продовжує гнути свою лінію.

Дослідження однойцевих близнюків різного віку виявило, що розвиток нервової анорексії, а також інших розладів харчової поведінки, зумовлений більш ніж на половину спадковістю, і саме статеве дозрівання «вмикає» гени, що визначають харчову поведінку, та стає точкою відліку розладу [118].

Ще одним важливим елементом у розвитку анорексії та інших розладів харчової поведінки є нездатність витримувати певні емоційні стани.

Коли людину щось тригерить, вона запускає свій захисний механізм, аби притлумити емоцію: перестає їсти, наїдається і все вертає, чи компульсивно, хоча досить заплановано, об'їдається.

Діти, які згодом розвивають анорексію, досить часто є цілеспрямованими, схильними до одержимості, охайними перфекціоністами. Саме ці риси плекає сучасний дискурс «лідерства», «роботи над собою» та візуальна культура соціальних мереж. Але, наголошую, цілеспрямованість — не вирок. Як в тій приказці: «Не всі японці — самураї, проте всі самураї — японці».

Іншими рисами людей, що страждають на анорексію, часто є схильність до негативної афектації й аскези, тривожність, ангедонія (нездатність відчувати радість), неспроможність конструктивно реагувати на критику і виправляти помилки та невизнання суспільно прийнятих критеріїв, як от аналізи медичних лабораторій.

Люди з анорексією досить рідко бувають схильними до алкогольної чи наркотичної залежності, тобто мозок не захоує себе споживати ще і ще. Такі люди малочутливі й до винагороди — наприклад, можуть довго працювати за малі гроші. Дослідження активності мозку людей із нервовою

анорексію свідчать, що ті мають труднощі з називанням емоцій (алекситимію) та порушення інтероцепції (не відчують голод так, як інші). І тут ми знову згадуємо про нейромедіатори, нейронні мережі та емоційні контури. В цьому разі химерну активність виявляє ділянка під назвою *остривець*. Схильність до анорексії пов'язана з низькою чутливістю мозку до загрози (можна померти від виснаження) та невисоким задоволенням від їжі (нема жодної насолоди) — в таких людей неадекватно працюють дофамінові та серотонінові нейронні структури [119, 120].

Нерідко (в 24-52% випадків) буває, що першою сходинкою до анорексії стає веганізм чи вегетаріанство. Такий раціон, як і анорексія, також потребує сильної мотивованості й готовності до обмежень, і дає вагомий аргумент для відмови від «калорійних» молочних продуктів, солодоців та м'яса.

{ Це не означає, що у веганів є розлад харчової поведінки чи що треба забороняти дитині веганство. }

Це радше означає, що в кожному окремому випадку переходу на веганський раціон — своя мотивація, та інколи вона нездорова [121].

Можливо, зараз ви дивуєтесь, навіщо я все це описую, замість того, щоб просто сказати, що робити. Та мені важливо пояснити, наскільки цей розлад за своєю природою є стійким до лікування, закоріненим у нейронних мережах та не таким уже залежним від тиску «патріархату», медіа й недбалості батьків, як прийнято вважати. На жаль, все справді складно [122].

Люди з нервовою анорексією часто намагаються приховати свій стан, тому роблять вигляд, що їдять, а потім по тайки вертають їжу. Про таку поведінку можуть свідчити походи до вбиральні після прийому їжі, вмикання води, посилене користування освіжувачами подиху, знебарвлені соляною кислотою шлункового соку зуби, ну і втрата ваги чи постійна худоба.

Зазвичай оточення надто пізно розуміє, що коїться з людиною, яка страждає на анорексію чи інший розлад стосунків із їжею. При анорексії від початку відмови від їжі й до того часу, коли рідні заб'ють на сполох, в середньому минає два роки.

Що робити, коли ваша близька людина переживає анорексію? Діяти. Зберігайте спокій, не бідкайтеся, не зойкайте, не погрожуйте, не шантажуйте, не обіцяйте за прийоми їжі якісь бонуси, не кажіть «просто прийми себе».

{ Люди з анорексією закриті та вперті, вони не усвідомлюють, що з ними не все гаразд. }

Майте це на увазі й не дивуйтеся. Стан, коли людина не може збагнути свій діагноз, називається анозогнозією. Можете не запам'ятовувати це слово, проте знайте, що для сліпоти щодо свого здоров'я створили спеціальний термін, бо це поширене явище. Але надія є. Досить часто люди з розладами харчової поведінки все ж відчують, що потребують допомоги, хоча й не наважуються звернутися по неї. Інколи тому, що вважають себе нікчемними і не вартими допомоги. Тож потрібно не боятися їхньої реакції та пропонувати лікування знову і знову.

Як вмовити людину з анорексією почати лікування? Залучити близьких, які будуть підтримувати, хвалити за кожен правильний крок, вселяти надію, й у такий спосіб сприятимуть синтезові дофаміну і підкріпленню здорової поведінки в контурах прийняття рішень всіма доступними способами. Це називається зовнішньою мотивацією. Адже внутрішньої мотивації здолати анорексію або інший розлад харчової поведінки часто немає через ту саму анозогнозію. Чекати, що людина саме все збагне і почне змінюватися, не можна. Треба діяти негайно. Внутрішня мотивація розвинеться згодом [123].

З людиною, яка долає анорексію, треба разом ходити на прийоми до лікарів і психотерапевтів, вникати в протокол відгодовування (тобто повільного й обережного процесу

повернення до повноцінного харчування) і проходити всі етапи сімейної терапії розладів харчової поведінки. Анорексія лікується передусім у колі родини. Вдома, але під наглядом лікаря. Причому обов'язково саме психіатра, який знається на лікуванні розладів харчової поведінки, бачив сотні й тисячі пацієнтів та дотримується міжнародних протоколів лікування.

У розвинених країнах для лікування анорексії людей не госпіталізують, хіба що їхній стан критичний (серцебиття 40 ударів на хвилину чи менше, існує ризик відмови органів), є потреба в крапельницях для відновлення водного та іонного балансу або ризик суїциду. Як варіант — хворого беруть на денний стаціонар із правом ночувати вдома. В Україні людей із анорексією госпіталізують за власним бажанням до психіатричних лікарень чи приватних клінік, що спеціалізуються на таких розладах. Утім, описане в статті Української служби ВВС лікування анорексії в нашій країні (з ізоляцією від родини та залякуванням) досить сильно відрізняється від того, що рекомендують в англійських медичних настановах. Як то кажуть, це засмучує, але не дивує [124, 125].

Лікування анорексії відбувається кількома паралельними та синхронними шляхами:

- терапія в колі родини, когнітивно-поведінкова терапія чи інші психотерапевтичні підходи для підлітків і дорослих (обов'язково),
- відновлення здоров'я травної системи та відгодовування (обов'язково),
- прийом медикаментів (за потреби). Анорексію не лікують суто медикаментами, і в низці випадків лікування відбувається без них,
- якщо є необхідність, лікування супутніх хвороб чи психічних розладів. Зокрема, якщо анорексія сильно сповільнила фізичний розвиток підлітка, потрібна допомога педіатра та ендокринолога [125].

Психотерапія при анорексії покликана:

- пояснити, до чого веде недостатнє харчування;
- мотивувати до змін і співпраці з лікарем та/чи психотерапевтом;
- залучити родину до подолання розладу;
- допомогти відкоригувати раціон так, щоб харчування стало адекватним;
- заохотити до контролю маси тіла; вона має збільшуватися.

Це перші кроки, спрямовані на підтримку життя і здоров'я. Далі, коли стан стабілізується, переходять до наступних — для подолання розладу:

- працюють над уявленнями про вагу та її (не) значимість;
- вчать давати раду емоціям;
- розвивають відчуття власної гідності;
- вчать орієнтуватися в поживній цінності їжі й розуміти потреби свого організму;
- розробляють план, що робити і до кого звертатися по допомогу, якщо виникне загроза рецидиву тощо [125].

Можливо, це все здається надто очевидним, аби обговорювати з психотерапевтом, проте практика свідчить, що найпростіші висновки і підходи для людей у стані психічного розладу стають надто складними і проблемними — отже, потребують проговорення.

Терапія підлітків у колі родини (так званий *підхід Модсли*, названий на честь лондонської психіатричної клініки Maudsley, де він був розроблений) проходить у три етапи:

- повний батьківський контроль і прийом їжі в товаристві близьких. Під час першого візиту має відбутися сімейний пікнік із лікарем;
- часткове послаблення контролю, коли підліток самостійно обирає, що їсти, але під наглядом дорослих;
- повна автономія в харчуванні.

У двох із трьох випадків анорексії такий підхід допомагає подолати розлад без госпіталізації та ризику рецидивів. Підхід Модслі використовують і для дорослих.

Нагодувати голубцями або налисниками з сиром людину, яка роками харчувалася кислими яблуками та знежиреним йогуртом, може бути рівноцінним убивству. Якщо хтось тримав протестне чи вимушене голодування, або тривалий час недоїдав, як-от при анорексії, його потрібно відгодувати поступово. Починають із дуже низькокалорійного раціону — з розрахунку 30–40 ккал/кг ваги на добу. Що виснаженіша людина, то менше має бути калорій (так, це контрінтуїтивно). Деякі настанови радять приймати чи колоти фосфат, тіамін (вітамін B1), цинк і калій, інші — вживати мультивітаміни та мінеральні комплексні добавки.

Щодо медикаментозного лікування єдиної рекомендації немає. В деяких випадках це можуть бути антидепресанти, особливо якщо є супутній депресивний розлад. Деякі з них призводять до набору ваги, а ще їх не радять прописувати дітям і підліткам, адже в перші тижні прийому антидепресанти можуть викликати у них суїцидальні думки. Якщо в людини є нав'язливі стани, можливе призначення антипсихотичних препаратів. Проте лікування анорексії лежить передусім у площині психотерапії [126].

Детальну настанову від британського Національного інституту вдосконалення здоров'я та догляду (NICE) з лікування анорексії в дорослих та дітей і підлітків ви можете знайти за посиланням [125].

Загальне запобігання анорексії полягає в обговоренні в колі родини тих тем, які опрацьовує психотерапія при анорексії:

- що робити з власними негативними емоціями,
- якою є здорова вага, навіщо ми їмо,
- як ми відчуваємо голод і спрагу,
- як в цьому разі поводитися,
- як можна набути впевненість у собі, не беручи до уваги такого критерію, як зовнішність.

Краще це робити органічно, тобто коли виникає відповідний контекст, пояснювати це на власному прикладі, а не казати: «Донько, сідай! Поговоримо про ставлення до ваги». Словом, створювати інформаційне поле, а не підсовувати рекламу. Можете навіть запропонувати почитати романи «Біографія голоду» та «Словник власних імен» Амелі Нотомб.

Специфічне запобігання анорексії—це прицільна робота з людьми, які ще не мають розладу, але ризикують його розвинути: сильно переймаються через вагу, подовгу розглядають себе в дзеркалі. Якщо все іде до порушення харчової поведінки, необхідно виявити причини і намагатися їх усунути: наприклад, працювати над самооцінкою чи пошуком власного місця в суспільстві, а не лише переконувати в тому, що не їсти—погано. Пам'ятайте про те, що вразливість до анорексії лежить у глибинних контурах мозку і, на жаль, не завжди можна на них вплинути. Однак важливо зробити для порятунку людини все, що в нас під силу [127].

11.2. Булімія

Тривала булімія, а не зловживання алкоголем, як прийнято вважати, забрала життя британської співачки Емі Вайнгауз, однієї з моїх найулюбленіших виконавиць. Розлад Емі

почався ще в підлітковому віці, коли так робити її навчили друзі. Вони їли дуже нездорову їжу, щедро политу соусами, а потім вертали все в унітаз. Згодом багато з них розпрощалися зі своєю звичкою, але Емі — ні. 10 років булімії, що періодично поєднувалася зі зловживанням алкоголем, виснажили запаси мікроелементів у тілі співачки. А щоб серце билось, потрібні енергія, натрій та калій — без них серце авторки бадьорої пісні про реабілітаційний центр і одужання спинилося.

Булімія — це психічний розлад, коли людина регулярно переживає періоди сильного переїдання і активного запобігання набору ваги. За останніми критеріями, такий діагноз ставлять, якщо бодай раз на тиждень упродовж трьох місяців людина їсть дуже багато за раз і потім вертає їжу, чи використовує послаблювальні, діуретики і шалено тренується. При цьому вага буває стабільною і нормальною або хвилеподібно коливається. Що частіше стаються ці цикли переїдання/звільнення від спожитого, то важчим вважають розлад. У випадку екстремальної булімії неконтрольоване переїдання, а відтак позбавлення їжі стаються 14 разів на тиждень і частіше.

Булімія не має такої страшної слави, як нерідко смертоносна анорексія, проте вона також є розладом, який впливає на фізичне здоров'я і, як свідчить історія Емі Вайнгауз, теж може призвести до смерті.

Дослідження роботи мозку людей із булімією та без неї виявило, що стрес і вигляд апетитної калорійної їжі по-різному на них впливають. Так, учасниці їли однакову їжу, а через годину під час сканування мозку їм показували різні фото — нейтральні та зі смаколиками. У всіх учасниць ласощі викликали однакове бажання поїсти, згідно з їхніми словами. Потім створили стресову ситуацію, що цілила в самооцінку — запропонували вирішити математичну задачу, яка не має розв'язку (чимось нагадує життєві ситуації, що ведуть до вивченої безпорадності, до речі). Учасниці описали,

наскільки їм було дискомфортно, і виявилось, що всі були стресовані однаково. Далі їм знову показували фото їжі під час сканування мозку, яке засвідчило, що в стресованих жінок із булімією споглядання смачненького призводить до зменшення кровотоку в ділянці мозку під назвою передклин (*precuneus*). Ця ділянка відповідає за самоусвідомлення. Натомість у жінок без розладу стрес спричинив збільшення кровопостачання в передклин. Тобто навіть світлина з піцою та брауні перешкоджали опанувати себе через відчуття власної нікчемності (неспроможність розв'язати математичну задачу). Ці експерименти підтверджують гіпотезу про роль складних відносин із їжею в пригніченні самоусвідомлення.

Є багато досліджень роботи мозку в людей із булімією. Наразі відомо, що цей розлад можна «побачити» на сканах мозку як зменшення об'єму кори великих півкуль (нейрони загинули чи стали менше галузитися), втрату активності передклинку та зміни в роботі амигдали й ділянок мозку, що обробляють зображення і контролюють дії. Саме це і виявляється в житті як патерн «Мені зле — я бачу їжу і не можу спинитися». При булімії також порушена робота дофамінових контурів, які відчують задоволення від харчування.

Що частіші напади об'їдання/запобігання набору ваги, то яскравіші зміни в роботі мозку і менша чутливість дофамінових контурів до винагороди, тобто дофаміну у відповідь на їжу.

Як наслідок, мозок не відчуває, що все — вже досить [18, 128].

Поштовхом до розвитку булімії, як і анорексії, стає статеве дозрівання. Вищий ризик зіткнутися з цими порушеннями мають чутливі люди, схильні до таких розладів у силу генетики і свій юний вік, передусім дівчата. І знову ж, річ тут не лише в глянці, а у впливі гормону естрогену на утворення в мозку дофаміну й серотоніну. Що в ранньому дитинстві

може закласти міну сповільненої дії, яка вибухне в пубертаті? Наразі вважають, що це байдужість батьків чи тих, хто виховував дитину, до її потреб. Плаче — не втішили. Потрібна підтримка — залишили на самоті. Голодна — не нагодували. Таке ставлення і страх того, що от-от взагалі покинуть, ведуть до хибних налаштувань інтероцепції (розуміння свого фізіологічного стану) та до тривожної прив'язаності. Крім цього, без окситоцинового відчуття безпеки і комфорту в дитинстві нейронні мережі лімбічної системи не формуються як слід, і це виявляється як нездатність до саморегуляції [18].

Людина може мати нормальну вагу, але поволі псувати собі здоров'я. Тривожними сигналами розвитку булімії можуть бути:

- одутлуваті щоки, як у хом'яка — наслідок збільшення слинних залоз (це явище називається сіалоденозом та буває в 20-50% людей із булімією);
- знебарвлені кислотою шлункового соку зуби;
- мозолі на суглобах пальців рук (так звані знаки Рассела; вони утворюються від частоті стимуляції блювоти);
- заначка солодоців чи іншої калорійної їжі, приховані на дні смітника порожні упаковки від шкідливих продуктів;
- відвідування вбиральні після їжі;
- завзятість у тренуваннях.

Булімію нерідко супроводжують інші види компульсивної поведінки: нестримний шопінг, бажання готувати їжу для інших, самопошкодження, зловживання алкоголем, наркотиками, послаблювальними, заспокійливими, порушення сну і проміскуїтет. *You know that I'm no good** [18].

* Рядок із автобіографічної пісні Емі Вайнгауз «No good» про те, як вона зрадила теперішнього хорошого хлопця з колишнім, шкодує про таку нічим

Чергування дуже сильного переїдання і блювоти руйнують тіло, внаслідок цього розвиваються:

- карієс, ерозія емалі, висока чутливість зубів до перепадів температури;
- виразкова хвороба шлунка чи стравоходу;
- затримка їжі в шлунку (відкладена евакуація);
- закрепи, діарея, здуття кишківника;
- суха шкіра;
- серцева недостатність, аритмія;
- погіршення когнітивних здібностей і розлади настрою — нейромедіаторам немає з чого утворюватися;
- в жінок і дівчат місячні припиняються чи стають нерегулярними. Нерегулярні менструації у жінок із порушеною харчовою поведінкою, а також атлеток, балерин, веганок небезпечні ще й тим, що жінка може відмовитися від контрацепції, а відтак через незаплановану вагітність опинитися у ще складнішій ситуації. Анорексія чи булімія не є перешкодою для вагітності й народження дитини, проте це ризик для здоров'я і матері, і малюка [129].

Нервову булімію можна подолати за допомогою психотерапії, зокрема:

- самопомоги, поєднаної з короткими сесіями з фахівцем,
- когнітивно-поведінкової терапії розладів харчування,
- лікування в колі родини,
- підтримки близьких людей.

не виправдану дурість і вважає себе поганою за визначенням.

Незалежно від обраного способу, треба навчити людину розпізнавати емоційні стани чи інші тригери переїдання, що призводять до позбавлення їжі чи схуднення. Коли із цим усе ясно, потрібно поступово давати собі з ними раду і шукати інші способи підтримки себе, без зловживання їжею. Це непросто, адже булімія, як і інші розлади харчової поведінки, «прошита» в мозку. Але ці налаштування можна змінити, оскільки він пластичний. Сканування мозку жінок, які 12 місяців протрималися без нападів булімії, на яку раніше страждали, виявило, що об'єм сірої та білої речовини великих півкуль відновився до рівня здорового — такого, як у контрольній групі. Мозок може стати таким, як був [130].

Крім цього, терапія чи самопоміага мають бути спрямовані на те, щоб збільшити свою обізнаність про тіло, фізіологію, нутриціологічні потреби та наслідки булімії. У цьому орієнтуються навіть не всі люди без розладів харчової поведінки, а це цінне знання.

Медикаментозну терапію при булімії не рекомендують [125].

Сподіваюся, ця інформація допоможе вам вчасно спинитися, якщо ви маєте такий розлад, або збагнути, що близька людина страждає на булімію, та вчасно підставити їй своє плече.

11.3. Компульсивне переїдання

У грузинській мові є слово «шемомечама» (*შემომეჭამა*), яке перекладається як «я не хотіла, але з'їла все це». Зазвичай його вживають у позитивній конотації грузинського бенкету, де все таке смачне, що люди продовжують їсти, незважаючи на те, що наїлися. Навіть ресторани називають цим словом. Але явище, коли:

- регулярно (бодай раз на тиждень упродовж трьох місяців)

- за короткий проміжок часу (менше ніж за 2 години)
- споживають дуже велику кількість їжі,
- часто на самоті й потай,
- без відчуття голоду і «без гальм»,
- а потім не можуть пояснити, чому так сталося,
- відчуваючи сором та огиду до себе,

медики називають спеціальним терміном *психогенне переїдання (binge eating)*. Воно також відоме як розлад харчування з нападами переїдання). Це психіатричний діагноз. На щастя, компульсивне переїдання долається значно успішніше, ніж анорексія, і не вбиває за кілька років, проте його наслідки все одно часто бувають суттєвими.

{ Під час нападів люди часто обирають калорійну їжу, яка їм дуже смакує, тобто змушує мозок ефективно *майнити* ендорфіни та дофамін. }

Як наслідок, компульсивне переїдання приводить із собою поганих друзів — ожиріння, гіпертензію, діабет, неспецифічні болі в тілі, а також інші психічні розлади, зокрема депресію.

За компульсивним переїданням стоять такі особливості мозку, як — очевидна річ — компульсивність, а також імпульсивність. Ці риси пов'язані зі слабкою здатністю стримувати себе, тобто кволим негативним контролем. Бачу ціль — не бачу перешкод. А відчуття винагороди та самостимуляції у відповідь на їжу при цьому, навпаки, посилені. Тобто все так само, як і у випадках інших узалежнень.

Компульсивність — це явище, коли людина вперто і завзято продовжує робити щось явно некорисне: дивитися черговий сезон серіалу о другій ночі, наливати ще одну чарку, коли вже явно досить, чи з'їдати по кілограмові печива за раз. Компульсивність лежить в основі залежностей та

обсесивно-компульсивного розладу. Про компульсивне переїдання, на відміну від анорексії та булімії, в нашій культурі є жарти*.

Про явище імпульсивності більше говорять — це вчинки без попереднього достатнього обмірковування, а також схильність стрімко діяти, навіть коли ці дії шкідливі, та сильна, не завжди обґрунтована мотивація. [131].

Компульсивне переїдання розвивається тоді, коли людина шукає спосіб опанувати свій емоційний стан, забути про безпорадність, травму чи змодельовати комфортну ситуацію. До слова, піцу, пасту, *fish&chips*, тістечка і цукерки та подібні продукти з високим вмістом жирів чи вуглеводів англійською так подекуди й називають — *comfort food*. Інша назва, на яку щойно вперше натрапила, — це «буфетна їжа», як ото продають на вокзалах і в театрах: бутерброди, тістечка, горішки, печиво, порційний сир... Як казав Марк Твен, «Ніщо так не рятує ситуацію, як яєчня з беконом». Але це далеко не завжди слушне рішення.

Люди з розладом харчової поведінки під час нападів переїдання переважно вживають або жирне, або солодке, або і те, і те водночас. Дослідження активності мозку у відповідь на спагетті з розплавленим сиром та окремо на сир й окремо на спагетті (нічого не тягнеться, не шкварчить) показало, що в плані видобутку мозком дофаміну — це дві великі різниці, як говорили колись в Одесі. Спагетті з розплавленим сиром дають значно більше насолоди. Броколі та інша їжа з хошим реноме «дофамінової хвилі» не викликає. А шкода.

Отже, в голові людини з розладом харчової поведінки вирує потужний ураган нейромедіаторів: прагнення *щось зробити* з негативними емоціями, які опановують мозок і тіло, та — якщо це булімія чи компульсивне переїдання — залежність, яка вимагає *ще*. Ситуацію погіршує відчуття сорому та безпорадності через свої дії та, нерідко, неприємні думки

* Наприклад: «Вийшла вночі попитувати води, побачила борщ, а далі все як в тумані».

щодо свого вигляду й стану здоров'я. Це підкидає дров у багаття розлади, бо негатив посилюється, і з ним також слід *щось робити*. Їсти.

Прагнення їжі, яка «добре заходить», має цілком біохімічний характер. Вивчення щурів, яким змодельювали напади компульсивного харчування та залежність від їжі, показало, що не стільки того задоволення, що вимірюється дофаміном та ендорфінами, як потім паскудного відчуття без улюблених смаколиків. Як казала мама моєї подруги, «Ех, чоловіки, чоловіки... Не так з вами добре, як без вас погано». З цукерками та fish&chips, виявляється, те саме. Чи є від цього ліки? Можна в емоційних контурах активувати



рецептори серотоніну 2С, і компульсивне переїдання припиниться. А прийом препаратів, що блокують опіатні рецептори, тобто перерізають мозкові шляхи до задоволення від їжі й ломки, викликає знеохочення до улюблених страв [132].

{ Залежність від солодкого і розлад харчування
з компульсивним переїданням — це не одне
і те саме. }

Ці категорії частково перекриваються, але не всі залежні від солодкого їдять за раз багато, і не всі люди з компульсивним переїданням обирають солодоші. Дехто обирає жирну їжу. А проте зараз є добра нагода зупинитися на цій солодкій темі. Тривалі дослідження в шести країнах виявили *зв'язок* між споживанням цукру та депресією. Слово *зв'язок* виділено курсивом, щоб наголосити: це лише зв'язок, кореляція, і він не пояснює, де причина, а де наслідок. Може бути, що солодкий раціон додає біохімічних причин для розвитку депресії. І цілком можливо, що людина в депресії обирає солодоші, а не решту продуктів [133].

У книжці «Нація овочів?»* Оксана Мороз пише про консервативну верству населення України, яка дуже патерналістична, не впевнена в собі, зациклена на побуті, «правильному житті» і сподіванні на те, що колись уже не потрібно буде рахувати копійки. Саме ця група людей і є головним споживачем солодошів в Україні, згідно з дослідженнями авторки. Солодке при цьому є втіхою, «терапією» і способом втечі від реальності.

Невідомо, який патерн споживання солодкого в більшості людей у нашій країні — «запійно компульсивний» чи «непомітно стабільний», проте відомо, що споживча потреба

* Оксана Мороз «Нація овочів? Як інформація змінює мислення і поведінку українців», Київ, «Yakaboo Publishing», 2020.

в цукрі становить 30 кг/рік на одну особу*. Це дуже велика цифра, і навіть якщо той цукор іде почасти на самогон, а почасти на «священні закрутки», тобто варення, залишається надто багато, аби спокійна людина захотіла стільки з'їсти. Здається, в нас серйозні проблеми зі споживанням цукру та поширеністю психічних розладів і станів, що з ними межують [134].

Що робити? Про шкоду цукрової залежності, контроль ваги і запобігання хворобам, які пов'язані з раціоном, написано багато, але користі від цього глобально мало. Бо боротися треба не з цукром чи компульсивним переїданням, а з причиною порушеної харчової поведінки. Не треба казати: «Припиніть купувати цукерки», а «Як ви себе почуваете? Вам комфортно в житті?». Саме так, питати не про щастя, бо це мінлива річ, а про те, чи людині *добре*. Подолання розладів харчової поведінки відбувається кількома паралельними шляхами. Насамперед працюють над опануванням емоцій, які хочеться заглушити, далі — над виходом із ситуації, що призвела до дискомфорту стану, який хочеться «заїсти», за потреби вдаються до нормалізації ваги, а водночас роз'яснюють, що, як і навіщо їсти. Читала історію про одну пані, яка переїхала з Європи до США, і там почала регулярно переїдати і набирати вагу. На сеансах міжособистісної (інтерперсональної) терапії з'ясувалося, що жінка потерпає через соціальну ізоляцію в новій країні та через конфлікти з сином. Тож вона почала з владнання стосунків у родині та з пошуку друзів, і через рік в неї не було нападів компульсивного переїдання. Це досить класична історія. А уявіть, якби їй порадили «просто їсти на пів відра менше»?.. Ймовірно, стало б ще гірше — аж до узалежнення від чогось важкого.

* Упродовж 2013 року українці спожили цукру в середньому 38 кг на особу. Для порівняння: у Молдові цей показник становить 21 кг, в Румунії — 19,5 кг, а в Угорщині — 13 кг. Немало ми їмо солодкого, немало. І майте на увазі, що ми переважно вживаємо цукор не ложками чи кубиками, а разом із іншими компонентами, як-от жири і борошно, чи, в кращому разі, — ягоди й фрукти. Значна частина цього спожитого цукру йде на виробництво алкоголю, що ситуацію тільки погіршує [134].

Отже, потрібна психотерапія: керована самодопомога, когнітивно-поведінкова, інтерперсональна, діалектично-поведінкова, а також зміни поведінки, спрямовані на зменшення ваги (*behavioral weight loss*). На відміну від анорексії, для розладу харчової поведінки з компульсивним переїданням прогноз обнадійливий. Люди видужують [135].

Тепер розгляньмо це детальніше.

{ Зменшення ваги можна досягти через поведінкові зміни — завдяки переглядові раціону, способу життя, фізичної активності та сну. }

Участь психотерапевта в цьому разі необов'язкова — ви можете самі стежити за розміром своїх порцій та рівнем активності, не даючи думкам про їжу вас захопити. Схуднення завдяки зміні способу життя і самоконтролю — як протиставлення зменшенню шлунка чи медикаментозній терапії ожиріння — само по собі не дуже ефективно у випадку компульсивного переїдання. Його варто поєднувати з іншими підходами, зокрема, тими, що спрямовані на подолання психологічного дискомфорту.

Когнітивно-поведінкова терапія потрібна, якщо є дисфункційні (тобто неробочі й некорисні) переконання щодо себе, своєї фігури, важливості зовнішнього вигляду, і людина живе з переконанням, мовляв, «Я уже товста/пузана, мене ніхто не полюбить, тож можу їсти що завгодно». Цей тип терапії потрібен також, якщо харчування носить хаотичний характер і зумовлює напади переїдання.

У мене так було на першому курсі: з перших же тижнів я поверталася до своєї кімнати, яку винаймала, по сьомій вечора, страшенно голодна, зістресована, не готова до пар на завтра, і сідала їсти під нарікання літньої господині квартири, яку драгувало, що я часто готую і багато їм ввечері. Я нібито компенсувала за весь день, а насправді об'їдалася, аби відтягнути момент вирішення задач із фізики за допомогою диференційних рівнянь. На момент зимової сесії

в мене було акне і зо 7 додаткових кілограмів. Історія закінчилася цікаво—я «вибила» собі місце в гуртожитку, і стрес від цього був такий сильний, що їсти перехотілося зовсім, і за місяць самопримусу до вівсянки я схудла і нормалізувала відносини з їжею. Не повторюйте цю історію, особливо якщо вам не 17 і ви не продовжуєте рости, тобто гормони сприяють стабільній вазі. Зверніться до психотерапевта чи зосередьтеся на тому, щоб самому собі допомогти—ефект буде швидший і стабільніший.

Настанови з самопомогти в разі компульсивного переїдання ви можете знайти за вказаним посиланням [136]. Це виглядає як робочий зошит, де є інформація, відкриті запитання та завдання, які слід виконувати крок за кроком.

Міжособистісна психотерапія, нагадаю, покликана допомогти нам налагодити наші стосунки з іншими людьми. Цей підхід шукає шляхи вирішення конфліктів, пристосування до зміни соціальних ролей (батьківство, розлучення), переживання втрати. Нам некомфортно в якихось стосунках, не конче романтичних,—ми шукаємо порятунку в їжі. Кажати тут «Ану не їж, скільки ж можна!..» не допоможе (я повторююся, бо це важливо). А ось посприяти у вирішенні конфлікту, який змушує ховатися в тарілці,—це вже інша річ. Це має допомогти.

Діалектична поведінкова терапія вчить давати собі раду з неприємними переживаннями. Не з їхніми причинами, як це робить міжособистісна терапія, і не з автоматичними негативними думками, як когнітивно-поведінкова терапія, а саме з тою каламутною водою, що наповнює наш мозок під час стресу. Тут є чотири напрямки розвитку емоційних умінь:

- усвідомленість (я не тікаю думками з цього моменту, не глушитиму смаком їжі і соромом цієї емоції),
- стійкість до стресу (ну так, це неприємно, але так сталося, тому спокійно подумаймо, що можна вдіяти),

- регуляція емоцій (це мене злить. Я маю право на цю злість, але вона мені зараз не допоможе — не той це випадок, коли можна дати в пику чи виголосити промову. Навіщо мені тоді себе мордувати?),
- удосконалення вміння знаходити спільну мову та розв'язувати конфлікти (замість того, щоб гніватися і купувати тортик, аби забути, я скажу про свої потреби та попрошу не робити того, що мене ображає. Мабуть, про це не здогадуються і тому так поведуться) [135]

Усе це добре, скажете ви, але чи не можна нам, як тим мишкам, якусь таблетку, аби тортика не хотілося вже зараз? Насправді і в людей вже є препарати для лікування компульсивного переїдання або зменшення сили нападів. Щоправда, не всі вони легально доступні в Україні. Один із них — якраз той інгібітор опіатних рецепторів *наллоксон*, який наразі застосовують як антидот при передозуванні героїном та його хімічними родичами. Ліки для безпосереднього подолання розладу харчової поведінки з нападами переїдання затверджені в США. Всі вони — на основі дексамфетаміну, і в нас наразі недоступні, так само як і препарати для управління РДУГ — там така сама діюча речовина. Якщо компульсивне переїдання супроводжується депресивним розладом, то стане в пригоді терапія антидепресантами [137].

Розлад харчування з нападами компульсивного переїдання — явище досить рідкісне. Він вражає до 4% жінок і 2,5% чоловіків. І це добре, що не більше. Проте, підозрюю, багато хто з нас тривалий час живе на межі цього розладу, тобто не відповідає всім діагностичним критеріям, проте явно перебуває в дисгармонії з власними емоціями та їжею. Це не *окей*. Але ви зможете це подолати і гармонізувати — самі чи з допомогою.

11.4. Зловживання алкоголем

Я пишу ці рядки на дачі під Запоріжжям. Це дім в селі Приморському (або Царкуті, що звучить значно краще). Через п'ять будинків від нас, в дуже ошатній, як на цю місцевість, хаті продають самогон із клофеліном та пиріжки. Бізнес-ланч по-царкутськи. «Наступна станція – Великі Алкоголі». До тої хати з ранку до ночі тягнуться люди з усього села, а онуки власниці самогонного апарата ще й розвозять замовлення на мопеді. В селі регулярно хтось помирає від алкоголізму чи нещасних випадків унаслідок сп'яніння. Мабуть, ви і самі знаєте повно таких історій, і не лише про маргіналізованих сільських любителів чарки, а й про нібито успішних лікарів, науковців чи бізнесменів. З алкоголем в Україні все сумно, і це проблема зі сфери психічного здоров'я, а не просто здорового способу життя.*

У 2004 році Україна посідала друге місце в Європейському регіоні ВООЗ за смертністю від алкоголю, зокрема й від алкогольного психозу. 34% смертей у нашій країні так чи інакше пояснюють зловживанням спиртними напоями [138]. Тобто не конче йдеться про те, щоб «упитися до смерті». Частіше люди просто розвивають хвороби, пов'язані з пиятикою, чи потрапляють у дорожньо-транспортні пригоди, чи вдаються до насильства і стають його жертвами.

{ Карта високої смертності від алкоголю
дуже нагадує обриси колишнього СРСР
на політичній мапі. }

За даними Світового банку, соціальний портрет українця, що зловживає алкоголем, такий: чоловік із середньою освітою, молодий чи середнього віку, одружений, розлучений

* Цитата з пісні «Бухло» гурту «Жадан і собаки», слова – Сергій Жадан.

чи несамотній, веде малорухливий спосіб життя і проживає в місті на Сході України [139].

Під час опитування 20% українців повідомили, що вони зловживають алкоголем, тобто бодай щомісяця за раз випивають еквівалент 100 мл чистого спирту. (Не так уже багато й треба, аби відповідати цьому критерію, правда?) При цьому зауважте, що під час опитувань люди схильні применшувати погане і прибільшувати хороше. Понад 70% осіб, які зловживають алкоголем, віддають перевагу міцним напоям (горілці, коньяку) чи їхнім сумішам із пивом. Приказку про «гроші на вітер» всі знають, і це сумно [139].

Багато п'ють і у Франції, і в Італії, проте там дуже низька смертність від алкоголю. А нам же як «пороблено», бо я не маю точної відповіді, чому так є, проте дуже сподіваюся, що колись це питання дослідять. Моє припущення таке: зловживання алкоголем у нашій країні передусім є наслідком екзистенційної порожнечі. Власне, в основі багатьох залежностей і лежать екзистенційні проблеми, тобто негаразди зі своїм буттям, і придумала це не я [140].

Екзистенційна порожнеча — це коли людина не те що страждає через щось чи не може впоратися з переживаннями, а коли взагалі не знає що робити зі своїм життям, як дати раду своїм обов'язкам, стосункам, не уявляє, як можна розважатися і спілкуватися з іншими людьми, ні на що не сподівається, бо життя важке й нецікаве, і лише на дні чарки шукає розраду і забуття. «Що з тобою доброго було? Бухло!» — знову процитую вже згадану пісню Сергія Жадана.

Екзистенційну порожнечу людина може відчувати будь-де. Містяни тікають від неї в торговельні центри, наприклад, а ще багато хто запоем дивиться телебачення чи *серфить* в інтернеті.

Коли я уявляю зиму в Царкуті — снігу немає, зате є бруд, дороги розмито, кожна хата опалюється антрацитом і стоїть сморід, з Каховського водосховища дме шквальний вітер, інтернет не провели, зате можна прибухнуть із сусідом — то починаю розуміти земляків. Як писав ще один (крім Сергія

Жадана) сучасний класик — Лесь Подерв'янський, «Куди не кину оком стомленим, кругом х***я. /// О б****й смисл життя, якщо він єсть!»*.

Здається, нашому суспільству потрібна не соціальна реклама проти пияцтва чи таблетки для відновлення печінки (які не діють), а якась логотерапевтична програма з подолання екзистенційного розчарування. Логотерапія — це психотерапевтична стратегія, яку розробив Віктор Франкл, автор *тієї ж книжки* «Людина в пошуках справжнього сенсу». Вона допомагає віднайти суть буття [141].

Ви можете оцінити, є у вас сенс життя чи ви його шукаєте, завдяки цьому невеликому, але офіційному діагностичному тесту [142].

Причини зловживання алкоголем не обмежуються екзистенційною порожнечою. Інколи річ у «банальній» нейромедіаторній залежності, як це буває з цукром та героїном, чи, в кращому разі, дереунами зі сметаною.

Алкоголь робить мозкові добре, потім стає зле, і від нової дози знову добре. Механізм приблизно такий самий, як і у випадку компульсивного переїдання. Сканування мозку жінок із алкогольною залежністю виявило, що в них більші ділянки дофамінової насолоди, ніж в байдужих до винця добровольців. Алкоголь одним приносить більше задоволення і більшу залежність, іншим — менше. Тут неясно, чи ті ділянки завжди були більшими, й тому алкоголь так тішить, чи це розвинулося з практикою. До того ж нейрони, що виділяють дофамін у відповідь на алкоголь, сприймають також сигнал від жіночого статевого гормону естрогену. Він робить дофамінові контури чутливішими до алкоголю — жіночий мозок любить пити. «Пила-пила-випивала, в гарбузинні ночувала», — як співає неперевершена Олена Грозовська [143].

Наше соціальне життя добряче «змащене» алкоголем. Як то кажуть, коньяк розширює не лише судини, а й зв'язки. І за цим стоїть переконлива нейрохімія. Алкоголь зменшує

*

Лесь Подерв'янський «Павлік Морозов. Епічна трагедія».

тривожність, імітуючи дію гальмівного нейромедіатора ГАМК, та викликає викид окситоцину — речовини, яка нас супроводжує під час оргазму, лактації чи притулення котиків. Завдяки впливові алкоголю на рівень окситоцину на запитання «Ти мене поважаєш?..» відповідь переважно ствердна. Вино, сидр чи пиво з горілкою — залежно від місця, але суть та сама — не дарма є невід’ємними складовими різних заходів, де люди знайомляться і спілкуються. Алкоголь ефективно допомагає подолати соціальну тривожність — стан, коли нам некомфортне перебування з малознайомими особами. Як наслідок, 20% людей з розладом соціальної тривожності мають ще й алкозалежність [144].

А тепер від причин людської любові до чарки час перейти до симптомів алкогольного розладу та способів його подолання. Для діагностики цього розладу потрібно, щоб трапилися будь-які дві речі з переліку будь-коли за останній рік.

- Пили більше або довше, ніж збиралися;
- Постійно хочеться «почати пити менше» чи контролювати споживання, але не вдається;
- Багато часу йде на пошук алкоголю, споживання, похмілля;
- Дуже хочеться випити;
- Було, що випили і не змогли зробити те, що мусили;
- Продовжуєте пити, хоча через це виникають конфлікти вдома чи на роботі;
- Закинули спілкування, відпочинок або роботу через алкоголь;
- Пили тоді, коли це становило загрозу для життя (перед керуванням авто, приміром);
- П’єте, хоча вже було зле через це і не раз;

- Відчуваєте стійкість до алкоголю: треба пити більше, щоб «догнатися», або п'єте як раніше, і жодного ефекту (при цьому люди думають, що «навчилися пити»)
- Коли не п'єте, то буває щось із цього:
 - ◊ абстинентний синдром (ломка, треба випити)
 - ◊ підпивання алкоголю чи бензодіазепінів, щоб стало легше (ось звідки ця практика похмелятися не мінералкою чи супом, як годилося б, а чаркою)

Ви можете знайти тест для визначення розладів споживання алкоголю за цим посиланням [145]. В Австралії, приміром, сімейних лікарів закликають перевіряти, чи часом не в групі ризику їхній пацієнт чи пацієнтка, та грати на випередження. Тобто запобігати розвиткові залежності, вчити «грамотно пити», розповідати про ризики та вплив алкоголю на шанси стати батьками здорової дитини й давати поради, як жити далі і зберегти адекватність. Зауважте, що «Вам не можна ні краплі спиртного!..» ніхто не каже. Треба, щоб людина пила менше і була здорова [146].

Настанови з лікування алкогольного розладу вас здивують. Вони стосуються випадків, коли так звані нефармакологічні втручання були недієвими, залежність помірна чи сильна, або пацієнт хоче ліків. Американські психіатри радять медикаментозне лікування, зокрема вказані нижче препарати, які використовуються в певній послідовності.

- Налтрексон та акампрокат як перша лінія терапії. Вони діють на опіоїдну систему мозку і допомагають людині витримати життя без алкоголю [147].
- Дисульфірамові імпланти застосовують, якщо на ліки з першої лінії виникла алергічна реакція чи є інші причини, чому з цими ліками не склалося. Людині, «підшитій» дисульфірамом стає дуже зле, якщо вип'є.
- Топірамат і габапентин належать до третьої лінії терапії, коли дві попередні не дали результату. Топірамат

застосовують у випадках епілепсії та мігрені, але і для лікування алкогольної залежності теж.

На щастя, всі ці діючі речовини зареєстровані в Україні. Головною умовою їхнього застосування є активна згода пацієнта і його повне усвідомлення наслідків поєднання алкоголю і терапії. Людина має себе контролювати. Антидепресанти та бензодіазепіни не застосовують, крім тих випадків, коли є супутній депресивний розлад чи інший стан, коли потрібні бензодіазепіни [148]. Якось надто просто, чи не так?..

Усе насправді складніше, але коли йдеться про припинення важкої форми алкоголізму, треба діяти спершу чітко і швидко, аби це припинилося, і потім лікувати не хворобу, а людину. Ось про це і поговоримо.

Оцінка стану. Не всі люди, що мають алкогольний розлад відповідно до критеріїв із довідника DSM-5, потребують медикаментозної терапії. Вони можуть бути цілком адекватні, працездатні та соціально успішні. Проте в них уже можуть бути такі ознаки зловживання, як порушений сон, погана координація і слабка пам'ять, підвищена тривожність, депресивний розлад, високий тиск, негаразди з ерекцією та «загальна слабкість», як то кажуть. Знаю багатьох людей, які вважають усі згадані симптоми варіантом загальноприйнятої норми, мовляв, а кому нині добре? Але має бути якщо не *добре*, то *окей*, *нормально* (вкотре нагадую).

Якщо людина сильно залежить від алкоголю (це показує тест), то дуже ймовірно, що вона має хвороби печінки, сильне погіршення пам'яті й здатності думати, і можливий алкогольний психоз [146].

Тут важливо, щоб людина усвідомила причинно-наслідковий зв'язок: «Я п'ю, мені гіршає. Я не п'ю — мені фізично краще, але психологічно якось не так». І тепер уже важливо розібратися, що ж саме «не так»: несила здолати тривожність? потрібно знизити рівень стресу ввечері? в розслабленому



стані виникає менше конфліктів? алкоголь припиняє румінацію? Ви можете пройти всіма кроками з самопомоги в разі алкогольної залежності, які рекомендують в англomовно-му виданні (повний текст — за QR-кодом). Там, зокрема, показано:

- як і в яких сферах алкоголь може допомогти, а в яких — тільки погіршити ситуацію,
- яку ціну ви платите за свій вибір, насамперед часом і грошима,
- що буде, якщо ви станете менше пити (вага, сон, стосунки, безпека тощо — самі оберете зі списку),
- як знайти чи згадати те, що приносить задоволення і радість, та не руйнуватиме при цьому здоров'я («Раніше я любила ходити в клуби, але тільки заради танців і тусні»),
- як виявити слабкі місця та ситуації, що ведуть до споживання алкоголю («Мене знову довели на роботі»),
- як поставити реалістичні цілі та досягти їх (як пити менше),
- що казати, коли наливають ще і ще,
- які дози є мінімально шкідливими тощо.

Досить важко — і недоцільно — переповідати повноцінну деталізовану настанову. Краще ознайомтеся самі, якщо вам це актуально. Переходьте за кодами! [149, 150, 151, 152]



Алкогольний психоз стосується якраз відомих із кінематографа і досвіду життя в неблагополучних районах сюжетів із «впиванням до чортиків», провалів у пам'яті, хиткої ходи і тремтіння рук. У такому разі потрібна медична допомога, поки людина не заподіяла шкоди собі чи іншим. І необхідні медичні обстеження, коли криза мине, — після такого стану низка біохімічних процесів може бути розбалансована: є загроза ураження та відмови печінки, сильної втрати іонів крові чи травми мозку в результаті падіння.

Алкогольний психоз буває рідко і передусім у людей, які довгі роки багато п'ють. Причина такого неадекватного стану криється в токсичному впливі алкоголю на всі без винятку нейрони та в хронічному браку ацетилхоліну. Пригадаєте, ми знайомилися з нейромедіаторами і була мова про те, що без тіаміну (вітаміну B1) не бачити нам потрібного для кумекання й адекватності ацетилхоліну. А бідний раціон, із надміром алкоголю та солодоців, якраз і заважає нам отримувати B1.

І тут в мене невеличкий, так би мовити, подаруночок для читачів. Усіх завжди цікавить, які вітаміни чи добавки слід пропити, щоб стало добре. А всі офіційні настанови, і я слідом за ними, нудно кажемо, що «лише раціон є надійним джерелом вітамінів, їжте як слід, і пити нічого не треба. Хіба що це клінічний випадок». Отож. Помірний чи важкий алкоголізм є одним із саме таких випадків, коли потрібен курс ін'єкцій і пігулок з вітаміном B1 [153].

При психозі лікарі можуть прописати також сильні заспокійливі чи навіть іммобілізацію (ту саму гамівну сорочку), щоб людина не скривдила себе та інших.

Ми можемо бути в зоні високого ризику алкогольної залежності і вважати, що все під контролем, але це не так. Тому я закликаю вас поставитися відповідально до зазначених рекомендацій.

- Шукайте різні способи *майнити* дофамін, ГАМК та окситоцин. Це може бути цікава робота, гра «Що? Де? Коли?» чи просто прибирання, а також здоровий сон і секс.
- Прагніть менших порцій. Пийте з маленьких келихів, чергуйте кожен напій зі склянкою (чи великим красивим келихом) води, пийте по пабах і в товаристві. Пити вдома дешевше, і тому можна випити більше. А нам цього не треба.
- Пильуйте здоров'я: тиск, раціон, вагу — й достатню кількість вітаміну В1.
- Опануйте тривожність-рису чи тривожний розлад так, щоб ви були спокійні без перехиляння чарки.
- Лікуйте депресивний розлад. Він сильно збільшує ризик зловживання алкоголем.
- Долайте соціальну тривожність. Мені допомагає думка, що людям до інших переважно немає діла, тож чужі люди безпечніші для мого особистого простору, ніж деякі «близькі». Тому немає підстав боятися тусівок.
- Шукайте сенс життя. Це, мабуть, найскладніше. Але от Віктор Франкл, який і збагнув роль сенсу буття для спокою людини, казав, що він — у самому житті і в тому, щоб пережити все, що нам випало. Йому, зокрема, випала доля єврея під час Другої світової війни: втрата родини, приниження та ув'язнення в концтаборі, де щодня відбувалися страти, та він усе це зміг пережити [140, 141, 154, 155].



Замість післямови.

I will survive

На завершення цієї книжки про світлу голову і легкість на серці можна було б знову повторити тезу про важливість усвідомленого і співчутливого ставлення до себе, шкоду румінації та можливість успішно здолати численні негаразди, пов'язані з настроєм і душевною рівновагою. Проте є ще одна важлива сторона питання психічного добробуту, яку варто залишити «на десерт». Спершу той десерт здасться вам гірким, але потім відчуєте солодкий післясмак надії. Принаймні я дуже на це сподіваюся. В післямові я б хотіла наголосити на важливості історії та мови народу для збереження психічного і фізичного здоров'я громадян — згідно з нейрофізіологією та молекулярною генетикою.

Я пишу ці рядки в день багатолюдного і пишного похорону Джорджа Флойда — колишнього злочинця, якого вбив поліцейський під час затримання*. Це далеко не перша смерть афроамериканця через те, що поліцейські свідомо перевищили свої повноваження, адже не було потреби застосовувати силу проти людини, яка не чинить спротиву. Рух

* Післямова була написана не останньою. Але саме ті події у США нашоухнули на думку про важливість розмови на тему історичної травми в світлі психічного добробуту, тому післямову підготовлено позачергово.

*Black lives matter** охопив США. Серед різних (і не завжди очевидних) причин протесту є дуже важлива — історична травма афроамериканського населення.

Чому я пишу про американські протести в книжці про ментальне здоров'я і роботу мозку? Тому що цей сюжет стосується й нас. Історична травма — це те, що відчуває народ чи спільнота після пережитої катастрофи або тривалого гноблення. Історичні травми випали на долю, зокрема, євреїв, вірмен, корінних народів США, афроамериканців і нас, українців [156]. Інша річ — культурна травма, яку відчуває все суспільство через значні зміни устрою. Культурними травмами вважають, наприклад, комуністичний режим і становлення незалежності пострадянських країн [157].

Немає сенсу «мірятися, чия травма глибша», однак ми як суспільство досі не загоїли власних ран. У ХХ столітті в Україні загинуло 15-16 мільйонів людей, а ті, які вижили, отримали травму незалежно від того, по який бік барикад вони були. Щоб успадкувати історичну травму і потерпати від неї, не конче мати вичерпне знання про визвольні змагання, червоний терор, Голодомори, Голокост, колективізацію, репресії, окупацію Західної України, депортацію українців, поляків і киримли, переслідування інтелігенції в брежнєвські часи, каральну психіатрію і пам'ятати про те, що за українську мову можна було опинитися за ґратами, загинути чи банально бути об'єктом цькування в транспорті чи на роботі. Є люди, для яких ці факти ніби не існують, але це не означає, що вони не страждають від отриманого спільного болісного досвіду — вони, як і решта співвітчизників, його успадкували. Так, травми передаються з покоління до покоління в декілька способів.

- Травма зберігається у відбитку на ДНК — це явище називається *епігенетичними змінами активності генів***.

* Життя чорношкірих людей мають значення (англ.).

** Епігенетичні зміни — це зміни «поверх генів». Йдеться про явище, коли на ДНК чи її білкове «пакування» наносяться мітки, які визначають, буде ця

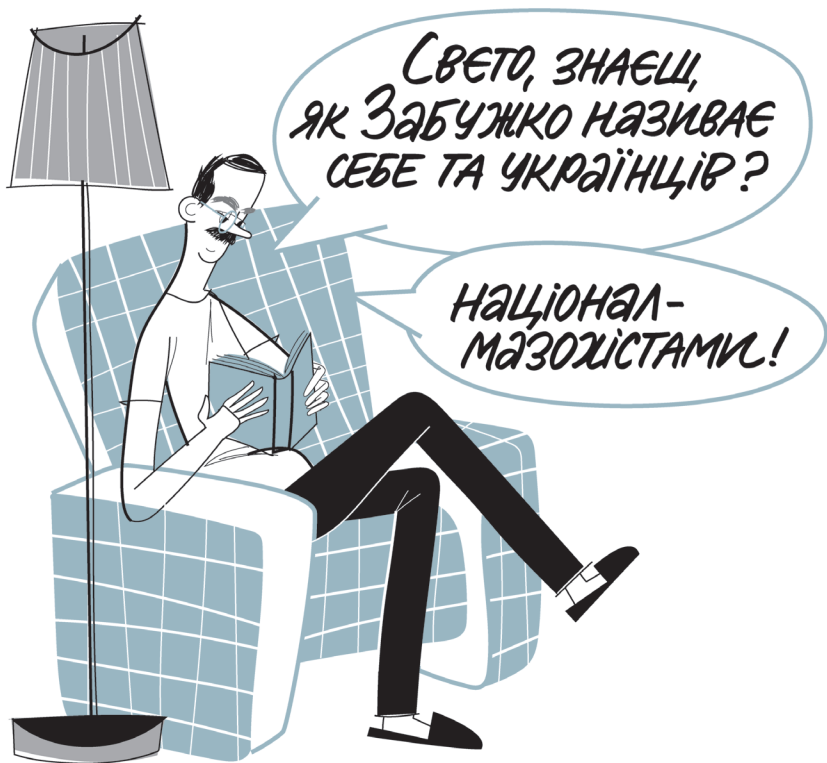
Одним із поштовхів до таких змін є вплив стресу та гормону кортизолу, особливо в утробі матері і в ранньому дитинстві, а також куріння. Це один зі способів безпосереднього спадкування травми — середовище діє на гени і проникає в нас у прямому сенсі. Це було доведено на прикладі нащадків тих, хто пережив Голокост.

- Травми передаються як патерни поведінки, які ми переймаємо від батьків: навчена безпорадність, пасивна агресія, безініціативність, уникнення як головний спосіб подолання стресу, пригнічення емоцій, відсутність асертивності, страх радіти і пишатися собою.
- Травма *може* виявлятися в наступних поколіннях як низька резилентність: коли важко, ми нікчемно почуваємося, нарікаємо на зраду, скаржимося одне одному чи напиваємося, а не гуртуємося і шукаємо вихід. Слово *може* — курсивом, бо, на щастя, так стається не завжди. Волонтерський рух свідчить про те, що не все так погано. Дослідження нащадків людей, які пережили історичну чи культурну травму, або зазнали переслідування, засвідчили, що ті *можуть* виявляти більшу резилентність, ніж спадкоємці тих, кого в травматичні часи не чіпали. Зокрема, це підтверджує вивчення життєвого досвіду дітей та онуків репресованих литовців.
- Травма дає про себе знати також у мові, «приреченій на страждання». «Мова — домівка буття», — сказав Мартін Гайдеггер*. Вона відображає те, що відбувається в житті її носіїв, і це працює в обидва боки. Для

ділянка ДНК активна чи ні. Епігенетичні зміни генів спадкуються, коли клітина ділиться, і можуть передаватися через покоління. Про це було, але краще повторити.

* Мартін Гайдеггер — німецький філософ ХХ століття, один із засновників лінгвістичної філософії.

зміни способу буття треба змінити мову. Це не магія, а закарбування певних сенсів у звичних виразах, а отже — легітимізація різних сюжетів людських взаємин. Наприклад, традиційне й узаконене в мові звинувачення жертви: «Бачили очі, що купували», «Сама дурепа винувата», «Хто тобі лікар?», «То вбийся об стінку». По-людськи, тому, хто в скруті, слід виявити емпатію, а нам, крім бідкання чи ойкання, і сказати



нічого. Або традиція применшувати власні здобутки, коли хвалять — щоб не позаздрили і не нашкодили. Чи така прийнята форма світської розмови, як суцільне нарікання на своє життя — щоб не заздрили, а ще тому, що соромляться бути окей, ніби цього стану не можна досягнути в порядний спосіб. Також нашій мові бракує у широкому вжитку слів для позначення явищ, які давно час назвати своїми іменами: *abuse, resilience, coping,*

Зараз це
точно про мене.



*community, commitment, sustainability, trauma/cancer/rape survivor** [158, 159].

Як історична травма відбивається на житті кожного з нас? Історик і публіцист Олександр Зінченко відзначає, що в соціальних і політичних площинах в українців унаслідок пережитих травм сформувалися такі риси, як:

- недовіра до влади та одне до одного,
- «зрадофільство» чи, як ми тепер знаємо, схильність до негативної афектації,
- відсутність планів і стратегій,
- скорочення народжуваності,
- конформізм («йой, най буде»),
- психологія бідності,
- безініціативність.

Низка досліджень українських родин, які пережили Голодомор, свідчать, що їм притаманні, крім того: недбале ставлення до здоров'я і шкідливі звички, тривожність, сором, купівля зайвої їжі, переїдання, авторитарний стиль виховання дітей, сильна емоційна залежність від батьків, низька довіра до суспільства і слабкий соціальний зв'язок [160].

Власне, це правила життя, які, може, і дозволяють *вижити*, але не *жити* і йти до щастя. Життя одним днем, і цей день невдалий. Щодо суспільства не можна сказати, що воно «в депресії», бо це діагноз індивідуальний, проте

* Не раз згадувані в книжці слова: *abuse* — фізичне, психологічне, сексуальне насильство чи зловживання алкоголем або наркотиками; *resilience* — стійкість до стресу; *coping* — подолання стресу, спосіб його пережити; *commitment* — відданість цілям, клієнтам, пацієнтам, роботодавцєві, готовність виконувати зобов'язання; *community* — спільнота, група людей, яких щось об'єднує; *sustainability* — сталість, можливість щось підтримувати без надзвичайних зусиль; *trauma/cancer/rape survivor* — людина, яка пережила травму/рак/зґвалтування, — не жертва!

в травмованому суспільстві багато індивідів, які мають психічні проблеми чи ризикують їх набути. Вплив травми на фізичний і психічний добробут спільноти поглиблює також уже згадувана в першій частині бідність, яка часто є наслідком упослідженості, пригнобленості [156, 158].

Дослідження людей, які пережили історичну травму, виявило, що вони та їхні нащадки вразливіші до негараздів із психікою та фізичним здоров'ям, зокрема вони частіше:

- розвивають ПТСР, якщо знову переживають травму;
- мають розлади, пов'язані з узалежненням*;
- закінчують життя самогубством;
- більш схильні до депресивних і тривожних розладів;
- мають серцево-судинні захворювання.

Та, на щастя, так є не з усіма. Я скажу це ще раз: деякі люди, які пережили травму, та їхні діти, навпаки, здатні виявляти більшу резилентність. Ось на це нам і слід орієнтуватися — не побоюся цього пафосного вислову — під час вироблення національної стратегії подолання травм і негараздів сучасності.

Ближче до діла. Що можна робити? Мовою психотерапії це називається *інтегрувати травми*. Вони є, ми їх усвідомили, проаналізували, ми не сиплемо сіль на рани і попіл на голову, ми вбудували пережиті травми суспільства в його ідентичність і можемо навіть використати їх собі на користь. Це як у випадку посттравматичного зростання — було погано, важко, лячно, але ми щось здобули в тому жахитті, хоч багато й втратили, і прийняли це як частину себе. Ми вижили там, де інші б загинули. Ми знаємо, хто ми, а не вигадуємо

* Не можна казати «стають алкоголіками чи наркоманами» — запам'ятайте, будь ласка. *Розлад* можна пережити і подолати, а коли ми кимось *стали*, то це немов назавжди, це вже клеймо.

на порожньому місці нову ідентичність, як це робила б людина з пограничним розладом особистості*.

Гаразд, подумали ви. Що тоді треба для інтеграції історичної і культурної травми та, дідько, здоров'я нації? Ми ж тут про психічний і фізичний добробут книжку читаємо. Всі сучасні праці, присвячені історичній і культурній травмі, погоджуються щодо необхідності створення і поширення історичного наративу. Тобто потрібно розповідати про те, що сталося, і головне — розповідати правильно. Не в сенсі проведення пропаганди, а в розумінні зцілення своїх ран і пошуку конструктиву в тому, що сталося.

Розповідати про історичну травму так, щоб ця історія зберегалася в поколіннях та водночас була не черговою травматизацією, а сюжетом про самоідентифікацію і перемогу. Залучати наративи про конкретних людей, віднаходити ілюстративні матеріали, відзначати пам'ятні дати. Долати травму через боротьбу з бур'янами (так званим контамінованим середовищем) — негативізмом і сюжетами, датами й посталями, які нав'язала нам *та сторона*, що травму і спричинила.

Що таке наратив? Письменник і науковець Умберто Еко казав, що історія — це те, про що йде оповідь. Історичний наратив — це переплетення історії людини та історії спільноти, він розгортає та осмислює пережите. Чудовим прикладом історичного наративу є святкування Песаху як нагадування про поневолення єврейського народу в Єгипті й непросту історію його звільнення та віднайдення себе наоно як спільноти. Людина може орієнтуватися в історичних фактах, але не відчувати жодного зв'язку з цими подіями. Ні, це не оберігає психіку і здоров'я байдужої до минувшини

* Пограничний розлад особистості в книжці не описано. Цей розлад дає про себе знати як тривожна прив'язаність, відчуття пустки, проблеми з визначенням власної ідентичності, впадання в крайнощі у стосунках, потенційно шкідливі види поведінки (необережне керування авто, випадкові стосунки), самопошкодження, порушений контроль злості. Пограничний розлад особистості змальовано в фільмі Вуді Аллена «Вікі Крістіна Барселона».

людини від хвороб, пов'язаних із травмою (вона ж-бо передається і не питає). Проте якщо розплющити очі на історію та «відкрити свою амигдалу для емпатії», можна здобути те, без чого важко рухатися вперед — соціальну ідентифікацію, ґрунт під ногами і бачення того, що робити далі.

Мабуть, це звучить справді пафосно і нагадує промови Ющенка* і Вакарчука**, а після саги про серотонін та лімбічну систему ви геть не очікували почути про політичні вподобання українців. Та наші електоральні метання і конфлікт «25% проти 73%»*** якраз є виявом того, хто і як дав раду історичній травмі та готовий дивитися у майбутнє. Це і є достеменна сага про серотонін і амигдалу в полум'ї тривожності. Тому нумо з цим розбиратися.

Як живуть у травмованих суспільствах? У травмованому суспільстві всі без винятку люди знаходять *якийсь* спосіб в ньому жити — це те, що називається коупінгом, або стратегією подолання (*coping strategy*).

Можна ідентифікувати себе
з травмованим народом-survivor,
який *пережив* низку потрясінь і загрожений зараз,
однак — леле! — живе і будує плани.

Нас жахають втрати і ми сумуємо через це, знаємо, хто ворог, але не вважаємо себе «горопашними, приреченими

* Віктор Ющенко, третій Президент України. Багато зусиль доклав для визнання в світі та вшанування Голодомору 1932–1933 років.

** Святослав Вакарчук — музикант, громадський діяч, екс-лідер партії «Голос», народний депутат двох скликань, який двічі склав депутатський мандат.

*** На президентських виборах навесні 2019 року 73% виборців, які проголосували, підтримали Володимира Зеленського, і 25% — Петра Порошенка. Мем про 25% проти 73% регулярно постає як символ конфлікту пасіонарної меншості, що прагне змін, і більшості, що прагне стабільності. Насправді, якщо врахувати явку на вибори, що становила 62% громадян із правом голосу, то Володимира Зеленського підтримали 45% українців, а Петра Порошенка — 16%.

на страждання бідолахами» й лузерами. Ми міркуємо, що зробити, аби уникнути нових поневірянь. Це стабільна і продуктивна позиція. До цього ми повернемося, коли говоритимемо **про перемогу**.

Павло Тичина це вже висловив.

«Я єсть народ, якого Правди сила
ніким звойована ще не була.
Яка біда мене, яка чума косила! –
а сила знову розцвіла.
Щоб жить – ні в кого права не питаюсь.
Щоб жить – я всі кайдани розірву.
Я стверджуюсь, я утверждаюсь,
бо я живу».*

Можна навпаки – ідентифікувати себе з народом-жертвою, і розвивати так званий віктимний наратив, тобто, даруйте за черствість, «страждати і розводити руками», не вірячи в те, що можна з цього замкненого кола вирватися. «Знову пішла Україна по колу, знову і знову, ще раз у ніколи», – як писала Ліна Костенко. Така позиція не може тривати вічно, бо з нею людина почувається кволо й розгублено, – вона мусять пристати до якогось берега, який здається безпечним. Це ми і бачимо на виборах, коли щоп'ять років люди кидаються між про- та антиукраїнськими силами.

Багато глухих до історичного наративу про травму людей (з власної волі або через обставини) прибивається до берега «сильної сторони» – історичних спадкоємців упосліджувачів. У нашому випадку йдеться про ідентифікацію себе з совецьким народом чи Росією та тугу за минулим («какую-страну-развалілі»). Це прикро бачити, але можна зрозуміти з антропологічної перспективи – людям лячно бути на боці жертви, вони хочуть до «могутніх і сильних» та воліють не думати, що ті є визискувачами.

* Вірш Павла Тичини «Я утверждаюсь» присвячено боротьбі українців у Другій світовій війні.

Повторю важливу тезу.

{ Наративи, присвячені історичній травмі, вважають головними ліками для зцілення суспільства. }

Тому коли в третю суботу листопада ми запалюємо свічку на вікні, щоб вшанувати пам'ять про жертв Голодомору, і розповідаємо в соціальних мережах та в медіях історії своїх родин, ми не «експлуатуємо тему голоду» — ми загоюємо свої рани. Наративи зв'язують покоління та події із конкретними людьми, дозволяючи змінити колективні налаштування. Наведу приклади з власного життя.

Яка, в біса, перемога, коли мова про травму?.. Те, що я жива і пишу ці рядки, означає, що мої пращури були *survivors* — *ті, хто вижив*. У нашій родині є історії розкуркулювання, вивезення в Сибір, Голодомору та участі в Другій світовій війні, і вони трагічні. Але їх змогли мені переповісти бабусі й дідусі, бо вони вижили. Це ніби вам дістається спаринг-партнер у вазі, більшій за вашу, а ви все одно з цим впоралися. Історична травма — це не те, чим варто пишатися. Але наратив про неї варто розповідати з перспективи *survivors*, а не *victims*. Мій прадід Ілля помер від голоду, його тіла навіть не знайшли. Його дружина Галина, моя прабабка, в цей час рушила була пішки з села Білозірки (Запорізька область) в Крим і принесла їжі, завдяки якій врятувала доньок. Моя бабуся потім усе життя марила їжею, змушувала мене доїдати, розповідаючи при цьому про дітей, які розпухли від голоду, і, зрештою, померла від хвороб, що пов'язані з переїданням. Але історія про Голодомор для нашої родини означає не лише втрати і травму на все життя, а передусім — мужність прабабки і щедрість кримли.

Потім бабусю мали розстріляти совєцькі війська — вона «зрадила Батьківщину», бо працювала вчителькою під час німецької окупації Запоріжжя. Її справу знищив прокурор — майбутній чоловік бабці і мій дідо. Вона все життя боялася, що документи десь лежать і рано чи пізно по неї приїде

«чорний воронка». Але я розповідаю цю історію про безглузду жорстокість советів до своїх же громадян як досить щасливу історію про любов — бабуся вижила, народився мій батько, народилася я.

Цілющий наратив про історичну травму описано в анекдоті про старого єврея й онучка:

— Ось дивися, Сьом. Були фараони, вони гнобили євреїв. Євреї є?

— Є!

— Фараонів нема. Потім були римляни. Вони гнобили євреїв. Євреї є?

— Є.

— А Римської імперії нема. Потім був Гітлер. Він знищував євреїв. Євреї є?

— Є!

— А Гітлера нема.

— Діду, що це значить?

— Сьомочко, ми вийшли у фінал!

Я обожнюю цей анекдот. Так і уявляю, як в маленького Сьоми в контурах мозку виділяється дофамін, йому стає радісно і спокійно через те, що він збагнув: є всі шанси перемогти й у *фіналі*, про що б не йшлося. Легко не буде, бо не було ніколи, але це можна *пережити*, і ось докази — старих ворогів немає, ми досі існуємо.

Це і є переналаштування сприйняття травми. Це не вигадки про аріїв-аграріїв, Ромула і Рема з міста Ромни, Велесову книгу та інші спроби поглибити і розширити історію, аби почуватися величніше. Той справжній історичний контекст, що є цілком достатнім, аби всім народом майнити серотонін, дофамін і народжувати стратегії розвитку з урахуванням минулих проколів. Та цьому на заваді стають *бур'яни*.

Бур'ян, він же контамінований наратив. Спогади про те, що було, не є чимось сталим. Ми щоразу наново інтерпретуємо ті події, а отже, можемо сприймати їх по-різному. Під контамінацією наративу розуміють дві речі: коли люди звинувачують

себе в тому, що сталося («Ось до чого ви на Майдані дострибалися—Путін напав!..»), та коли все довкола нагадує про травму. В Запоріжжі досі є вулиця Чекістів, тільки зараз, після декомунізації, на табличках дописано іншу назву—вулиця Троїцька. Не кажучи про проспект Леніна і масу комуністичної символіки, разом із кафе-баром «Політбюро». Можете собі уявити вулицю Гестапо десь у Мюнхені?.. Кілька поколінь запорожців жили в середовищі, яке до них промовляло: «Так, комуністи тут розстрілювали, катували, підірвали ГЕС і затопили 100 тисяч людей, коли відступали, але вони й досі панують». Це не шана до історії, а продовження цькування жертв чи переманювання їх на свій темний бік. Такі символи терору є безпосереднім «ударом» по амигдалі й наднирниках, шляхом до збайдужіння як захисної реакції.

Тут, я думаю, дехто з читачів і читачок подумки мені заперечить, мовляв, людям переважно взагалі немає діла до назв вулиць і катувань у підвалах. «Аби та вулиця була освітлена»,—як сказав Володимир Зеленський у своїй новорічній промові. Проте байдужість до політики й історії якраз і є одним із наслідків історичної та культурної травм, адже всім поколінням совєцьких людей було страшно говорити про політику, історію, розстріли, голод і своє коріння. В сім'ях часто не було наративів, тому вони виховували байдужих до минавшини дітей—так було безпечніше і простіше. Я дізналася про долю бабусі та її батьків щойно після Помаранчевої революції, яку мої батьки, до слова, одностайно підтримали, хоч і зазнали через це в «біло-блакитному»* Запоріжжі цькувань [160].

Мені справді дуже хочеться, щоб ми як народ стали здоровіші й упевненіші в собі, навчилися резилентності, знайшли себе, і в прямому розумінні слова жили довго й щасливо, тобто мали менше психічних та фізичних розладів. Ми можемо почати вже зараз—для цього не потрібні урядові програми та кредити Міжнародного валютного фонду.

* Білий і блакитний—кольори «Партії регіонів» та передвиборчої кампанії Віктора Януковича 2004–2005 років.

- Говорити про історію родини, коли всі збираються на Різдво чи Великдень. Водночас менше буде запитань на кшталт «Коли ти вийдеш заміж?» та «Коли вже онуки?», які — зізнаймося собі — аж ніяк не сприяють порозумінню між поколіннями.
- Читати біографії українських письменників, музикантів, художників, діячів театру, меценатів, військовиків, науковців. Їхні життєписи дивовижні. Дізнатися, приміром, що українська шляхта XVII століття розважалася відвідуванням судів, а жінки мали право

ТУТ ПОХОВАНИЙ
МІЙ ДІДО ВАСИЛЬ
РАЗОМ ІЗ
ПОБРАТИМАМИ.



розпоряджатися майном. Шкільний курс укрліту створював відчуття, що Україна до приходу більшовиків була виключно сільською, з мальвами, чорнобривцями, нещасними кріпаками та жорстокими паничами. Але це зовсім не так. Наша країна в ретроспективі — це аж ніяк не село. Я не знецінюю роль села — сподіваюся, ви зрозуміли.

- Брати участь у заходах із вшанування пам'яті про національних постатей та розширювати власне знання історії. На щастя, зараз в Україні є інституції



та ініціативи, які цьому всіляко сприяють: Інститут національної пам'яті, проєкт «Історична правда» й інші.

- Бути уважними до мови: прагнути уникати пасивно-агресивних виразів («А можна було і знати, що це за вирази!..»), самознецінення («От я криворукий!..») та надмірної уваги до негативу. За можливості, не нарікати на події — краще розповісти, що ви відчуваєте зараз і чого очікуєте від близьких («Я відчуваюся ображеною і засмученою, я хочу співчуття та обіймів»). Намагатися сформуванню сприйняття себе без знецінення інших чи заздрості їм. Це не стосується безпосередньо історичної травми, але допомагає в спілкуванні. І все ж — коли ми впевнені в собі, не маємо звички звинувачувати тих, кому погано, визнаємо власну недосконалість, поведимося без агресії, нам простіше перенести ці погляди на рівень спільноти і знайти свою гармонійну соціальну ідентичність. Без бідкання через програні битви минулого, зневаги до самих себе через непослідовність та ворожості до тих народів, яким уже вдалося налагодити життя раніше за нас. Здорове суспільство складається зі здорових людей.
- Виявляти вдячність. Про це ми говорили, коли йшлося про схильність до негативної афектації. Можна відчувати вдячність за приємну розмову, за те, що вас побачили і гукнули на вулиці давні знайомі, за хороший сервіс, за те, що волонтери врятували для вас такого хорошого kota чи собаку, за те, що парламент іншої країни визнав Голодомор геноцидом, згадав Україну в промові, допоміг вашим пращурам у складні історичні часи — все добре, що стається, може бути приводом для відчуття тепла під діафрагмою, бо амигдала заспокоїлася.

Я вірю, що ми можемо бути *окей*. І як люди, і як народ. Інакше б не стала писати цю книжку.

Глосарій

Автоматичні негативні думки — думки й образи, що спонтанно та часто виникають у голові, мають неприємний, травматичний відтінок. Наприклад, «Я страшна», «Я невдаха» тощо. Автоматичні негативні думки спричиняють розвиток розладів настрою та заважають їх подолати.

Амигдала — еволюційно стародавня й анатомічно глибинна ділянка мозку, що формою нагадує мигдаль. Амигдала відповідає за опрацювання емоційних сигналів, відчуття небезпеки, тривоги.

Ангедонія — нездатність відчувати радість, навіть коли для цього є привід.

Апноє — тимчасова зупинка дихання.

Аритмія — група порушень ритму серцевих скорочень. Це може бути уповільнений, прискорений чи нестійкий ритм скорочень із завмиранням.

Біполярний афективний розлад — психічний розлад, що супроводжується сильними періодичними коливаннями

настрою та рівня енергії. Бувають періоди манії (чи гіпоманії, її слабшої форми), коли людина активна, діяльна, радісна чи ейфорійна або дратівлива, та депресії, коли людина відчуває занепад сил, безнадію, розгубленість.

Вегетосудинна дистонія — псевдодіагноз, що об'єднує різні соматичні симптоми, для яких нібито немає пояснення: аритмія, біль у животі, запаморочення тощо.

Генералізований тривожний розлад (ГТР) — хронічне відчуття тривоги, неспокоею без особливої причини, що триває понад шість місяців.

Гіпертензія (гіпертонія) — стійкий підвищений артеріальний тиск, коли систолічний («верхній») тиск становить 140 мм рт. ст і вище, а діастолічний («нижній») — понад 90 мм рт. ст.

Гіпокамп — еволюційно стародавня ділянка головного мозку, що відповідає за просторову орієнтацію, пам'ять і емоції.

Гіпоталамус — ділянка мозку, що координує роботу периферичної нервової системи, ендокринної системи та бере участь в опрацюванні емоцій. Гіпоталамус впливає на координацію терморегуляції, сон, рівень глюкози, відчуття голоду, спраги, втоми, сексуальну й батьківську поведінку, прив'язаність тощо.

Глибинні переконання — ключові, узагальнені, абсолютизовані уявлення людини про світ і про себе, що визначають життєві орієнтири та дії. Глибинні переконання формуються в дитинстві та бувають позитивні («світ дружній», «мене люблять») та негативні й дисфункційні («світ ворожий», «я нікчема»).

Глутамат (глутамінова кислота)— найбільш поширений збудливий нейромедіатор у нервовій системі хребетних.

Депресія (великий депресивний епізод) — психічний розлад, коли принаймні два тижні поспіль людина перебуває в стані пригніченого настрою, безнадії, відчаю, апатії, нездатності тішитися тим, що зазвичай приносило задоволення, і це заважає буденним справам.

Дистимія — постійний депресивний розлад, що триває роками. Водночас людина може бути досить адаптована до життя, наприклад, продовжувати працювати.

Імпульсивність — схильність діяти без обмірковування і зважування.

Інтероцепція — свідоме та несвідоме зчитування показників свого тіла: частоти пульсу, відчуттів у м'язах, спраги, тиску тощо.

Інтроверсія — поняття в теорії особистості, яке запропонував Карл Густав Юнг. Інтроверсія відображає спрямованість людини на себе, свій внутрішній світ і не є тотожною сором'язливості, соціофобії (страху товариства), мізантропії (нелюбові до людей).

Когнітивно-поведінкова терапія — метод психотерапії, що базується на положенні про визначальну роль нашого пізнання і мислення (когніції) у розвитку психологічних проблем і психічних розладів.

Компульсивні дії — несвідомі, неконтрольовані дії.

Коупінг (*coping*) — подолання тривалої некомфортної ситуації (страху невизначеності, депресії, цькування тощо) або пристосування до неї. Коупінг буває адаптивний, тобто

такий, що дійсно допомагає пристосуватися, вирішити проблему і не нашкодити собі в тривалій перспективі, та дезадаптивний, тобто такий, що нібито може полегшити ситуацію, але насправді — ні.

Ліганд — загальна назва речовин, що приєднуються до рецептора та змінюють його конфігурацію так, що він передає сигнал своїй клітині. Лігандами своїх рецепторів є гормони, нейромедіатори, цитокіни.

Лімбічна система — назва сукупності коркових і підкоркових ділянок мозку, що беруть участь в обробці емоцій та відповідають за сексуальну і батьківську поведінку.

Майнити (від англійського *mining*) — видобування копалин у шахті; сленговий термін, який використовується щодо «видобутку» ресурсів у комп'ютерних іграх та криптовалюти в blockchain-технології. У книжці термін використовується стосовно нейромедіаторів, адже вони також утворюються і виділяються після того, як ми зробимо певні дії: переживемо оргазм, з'їмо щось смачне чи добряче потренуємося.

Мелатонін — гормон епіфіза (шишкоподібної залози, ділянки мозку), що бере участь у регуляції циркадних (денних) ритмів. Практично всі клітини тіла мають рецептори до мелатоніну.

Мембрана — утворена з жирів та білків оболонка клітини, також її внутрішні відділи (компарменти).

Мозочок — частина мозку, що відповідає за координацію рухів і моторну пам'ять.

Моноамінооксидази — група ферментів, що руйнують моноамінні нейромедіатори.

Негативна афектація — переживання неприємних емоцій, похмуре сприйняття світу.

Нейромедіатор (те саме, що нейротрансмітер) — речовина, яку виділяє нейрон (нервова клітина), аби повідомити інформацію іншій клітині: нейрону, м'язові, залозі внутрішньої чи зовнішньої секреції.

Нейронний контур — декілька ділянок головного мозку, що спільно розв'язують задачу: приймають рішення, оцінюють ситуацію, формують емоції тощо. Це не анатомічне, а радше функціональне об'єднання.

Нейротрофін — узагальнена назва факторів росту нервів. У книжці йдеться переважно про *Brain-derived neurotrophic factor* (BDNF) — фактор росту нервів, виділений з мозку.

Несприйняття невизначеності — стан, що виникає внаслідок негативних уявлень про невизначеність та її наслідки.

Острівець (інсула, острівцева кора) — частина кори головного мозку, розташована в глибині латеральної борозни. Острівець бере участь у трансформації емоцій в сигнали для тіла, інтероцепції (усвідомленні тілесних відчуттів).

Префронтальна кора — частина кори великих півкуль, розташована за чолом та очима. Ця ділянка мозку відіграє ключову роль у раціональній поведінці, логічному мисленні.

Резилентність — здатність витримувати стресові ситуації та зберігати при цьому психічне здоров'я.

Рецептор — молекула на поверхні чи всередині клітини, що при зв'язуванні зі своїм лігандом (гормоном, нейромедіатором) змінює конфігурацію і передає в клітину

сигнал-інструкцію. Завдяки рецепторам та їхнім лігандам клітини можуть «спілкуватися».

Румінація—перманентне, неконтрольоване, непродуктивне, переважно негативно забарвлене обмірковування одних і тих самих думо, часто—автоматичних.

Самозамовчування—стратегія поведінки і ставлення до себе, коли власні психологічні чи фізіологічні потреби ігнорують, не проговорюють чи навіть не хочуть усвідомлювати.

Фобія—іраціональний і сильний страх певних ситуацій, дій, речей або живих істот.

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ, емфізема легень, хронічний обструктивний бронхіт)—хронічна запальна хвороба, що прогресує. Супроводжується зменшенням функціонального об'єму легень, кашлем, задишкою, виділенням мокротиння та погіршенням якості життя.

Циклотимія—психічний розлад, характерний помірними коливаннями настрою від дещо депресивного до злегка піднесеного.

Цитокіни—молекули, які виділяють клітини імунної системи для координації своєї роботи та взаємодії з іншими клітинами тіла. Буквальний переклад терміна—рушії клітин.

Бібліографія

- [1] Joel Paris. «Is Psychoanalysis Still Relevant to Psychiatry?» *Can J Psychiatry*, vol. 62, no. 5, 2017, pp. 308–312, <https://cutt.ly/iaJfs8R>
- [2] Chuong Ho, Lorna Adcock. «Short-Term Psychodynamic Psychotherapy for the Treatment of Mental Illness: A Review of Clinical Effectiveness and Guidelines.» *CADTH Rapid Response Report*, 12.10.2017, <https://cutt.ly/NaJcXRM>
- [3] Український інститут когнітивно-поведінкової терапії, <https://cutt.ly/JstunU5>
- [4] Getselfhelp. «CBT SELF HELP COURSE», <https://cutt.ly/astinLI>
- [5] Anxiety Canada. «Self Help–Cognitive-Behavioural Therapy (CBT)», <https://cutt.ly/UstoadT>
- [6] Mental health apps, <https://cutt.ly/MstoKkQ>
- [7] Sartorius N., et al. «Cardiovascular Disease and Severe Mental Illness.» *Key Issues in Mental Health*, vol. 179, 2015, pp. 54–65, <https://cutt.ly/PaJYNi2>
- [8] Meyers T. «Treating a Chronic Disease, Beginning with Mental Health», <https://cutt.ly/zaJH0yP>
- [9] Rosendal M., et al. «Medically unexplained» symptoms and symptom disorders in primary care: prognosis-based recognition and classification.» *BMC Family Practice*, vol. 18, 2017, <https://cutt.ly/DaJDLdk>
- [10] Firth J., et al. «The Lancet Psychiatry Commission: a blueprint for protecting physical health in people with mental illness.» *The Lancet Psychiatry Commission*, 16.07.2019, <https://cutt.ly/jaJXUD6>
- [11] Martinez R., et al. «Trends in premature avertable mortality from non-communicable diseases for 195 countries and territories, 1990–2017: a population-based study.» *Lancet Global Health*, vol. 8, 2020; pp. e511–e523, <https://cutt.ly/KaKcdQH>
- [12] Kraynak T.E., et al. «Neural Mechanisms Linking Emotion with Cardiovascular Disease.» *Current Cardiology Reports*. Vol. 20, no. 12, 2018, <https://cutt.ly/xaKmqaV>
- [13] Maydych V. «The Interplay Between Stress, Inflammation, and Emotional Attention: Relevance for Depression.» *Frontiers in Neuroscience*, vol. 13, 2019, article 384, <https://cutt.ly/JaZG0jK>

- [14] Møller Rønnstad A.T., et al. «Association of atopic dermatitis with depression, anxiety, and suicidal ideation in children and adults: A systematic review and meta-analysis.» *Journal of the American Academy of Dermatology*, vol. 79, no. 3, 2018, pp. 448–456.e30, <https://cutt.ly/saZJKRT>
- [15] Fadgyas-Stanculete et al. «The relationship between irritable bowel syndrome and psychiatric disorders: from molecular changes to clinical manifestations.» *Journal of Molecular Psychiatry*, vol. 2, no. 1, article 4, 2014, <https://cutt.ly/8aZZxzD>
- [16] Phillips C. «Lifestyle Modulators of Neuroplasticity: How Physical Activity, Mental Engagement, and Diet Promote Cognitive Health during Aging.» *Neural Plasticity*, vol. 2017, 12.06.2017, <https://cutt.ly/daZCq3f>
- [17] Shaffer J. «Neuroplasticity and Clinical Practice: Building Brain Power for Health.» *Neuroplasticity and Clinical Practice*, vol. 7, article 1118, 26.07.2016, <https://cutt.ly/LaZVlhd>
- [18] Natenshon A.H. «Reclaiming the Lost Self in the Treatment of Bulimia Nervosa: A Neurobiological Approach to Recovery That Integrates Mind, Brain, and Body.» In Himmerich H., Lobera I.J. «Anorexia and Bulimia Nervosa.» *IntechOpen*, 2.10.2019, <https://cutt.ly/daXk6rQ>
- [19] Ressler K.J. «Amygdala Activity, Fear, and Anxiety: Modulation by Stress.» *Biological Psychiatry*, vol. 67, no. 12, 2010, pp. 1117–1119, <https://cutt.ly/8aXvCaa>
- [20] Khalsa S.S. et al. «Interoception and Mental Health: A Roadmap.» *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, vol. 3, no. 6, 2018, pp. 501–513, <https://cutt.ly/iaXn8gA>
- [21] Nettle D., Bateson M. «The Evolutionary Origins of Mood and Its Disorders.» *Current Biology*, vol. 22, no. 17, 2012, pp. PR712–R721, <https://cutt.ly/vaXQVtB>
- [22] Bromet E.J. et al. «Epidemiology of psychiatric and alcohol disorders in Ukraine. Findings from the Ukraine World Mental Health survey.» *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 20.09.2005, <https://cutt.ly/laXEIX2>
- [23] Roberts B., et al. «HIDDEN BURDENS OF CONFLICT. Issues of mental health and access to services among internally displaced persons in Ukraine.» *International Alert/GIP-Tbilisi/London School of Hygiene and Tropical Medicine*, 05.2017, <https://cutt.ly/RaXYyte>
- [24] Morey R.A., et al. «Serotonin transporter gene polymorphisms and brain function during emotional distraction from cognitive processing in posttraumatic stress disorder.» *BMC Psychiatry*, vol. 11, article 76, 2011, <https://cutt.ly/jaXUhND>
- [25] Lerman C., et al. «Interacting effects of the serotonin transporter gene and neuroticism in smoking practices and nicotine dependence.» *Molecular Psychiatry*, vol. 5, 2000, pp. 189–192, <https://cutt.ly/gaXIhjG>
- [26] National Institutes of Health. «Common Genetic Factors Found in 5 Mental Disorders», 18.03.2013, <https://cutt.ly/7aX0AcH>
- [27] Marshall M. «The hidden links between mental disorders.» *Nature*, 05.05.2020, <https://cutt.ly/IaXPmdy>
- [28] Anderson P. «Top Risk Factor for Mental Disorders Identified.» *Medscape*, 27.01.2020, <https://cutt.ly/DaXFwoF>
- [29] McLaughlin K. «The long shadow of adverse childhood experiences.» *Psychological Science Agenda*, 04.2017, <https://cutt.ly/9a6gYG0>
- [30] Baker M. «Undoing the Harm of Childhood Trauma and Adversity.» *UCSF*, 5.10.2016, <https://cutt.ly/Ja6jbs6>
- [31] Kessler R.C., et al. «Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys.» *British Journal of Psychiatry*, vol. 197, no. 5, 2010, pp. 378–385, <https://cutt.ly/ba6kwH2>

- [32] Rapaport L. «Can team sports help teens overcome childhood adversity?» Reuters, 29.05.2019, <https://cutt.ly/na6k9JD>
- [33] Nordahl H., et al. «What Lies Beneath Trait-Anxiety? Testing the Self-Regulatory Executive Function Model of Vulnerability.» *Frontiers in Psychology*, vol. 10, article 122, 30.01.2019, <https://cutt.ly/ca6vY77>
- [34] Leal P.C., et al. «Trait vs. state anxiety in different threatening situations.» *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, vol. 39, no. 3, 2017, pp. 147–157, <https://cutt.ly/Ra6mbSc>
- [35] Maner J.K., Schmidt N.B. «The role of risk avoidance in anxiety.» *Behavior Therapy*, vol. 37, no. 2, 2006, pp. 181–189, <https://cutt.ly/Ka6WeI0>
- [36] «Putting Feelings Into Words Produces Therapeutic Effects In The Brain», *ScienceDaily*, 22.07.2007, <https://cutt.ly/ea6Ttp0>
- [37] Topper M., et al. «Prevention of anxiety disorders and depression by targeting excessive worry and rumination in adolescents and young adults: A randomized controlled trial.» *Behaviour Research and Therapy*, vol. 90, 2017, pp. 123–136, <https://cutt.ly/Ha6WcMn>
- [38] SELF-COMPASSION Dr. Kristin Neff. «Definition of Self-Compassion», <https://cutt.ly/pstsqtT>
- [39] American Psychology Association. «Coping with a diagnosis of chronic illness», 2013, <https://cutt.ly/AstRC0s>
- [40] Revenson T.A., Hoyt M.A. «Chronic Illness and Mental Health.» In Friedman H.S. (Editor in Chief) «Encyclopedia of Mental Health», 2nd edition, vol 1, *Waltham, MA: Academic Press*, 2016, pp. 284–292, <https://cutt.ly/Tst55hN>
- [41] Harvard T.H. Chan School of Public Health. «Healthy Eating Plate», <https://cutt.ly/gstDZzi>
- [42] Tolkien K. «An anti-inflammatory diet as a potential intervention for depressive disorders: A systematic review and meta-analysis.» *Clinical Nutrition*, vol. 38, no. 5, 2019, pp. 2045–2052, <https://cutt.ly/JstJgq5>
- [43] Шкала депресії Бека. Тест онлайн. BDI-II (Beck Depression Inventory), <https://cutt.ly/mstLhLm>
- [44] Шкала Занга для самооінки депресії, <https://cutt.ly/vstL7o7>
- [45] University of Cambridge. «Scientists identify mechanism that helps us inhibit unwanted thoughts», <https://cutt.ly/QstX791>
- [46] Northoff G., Sibille E. «Why are cortical GABA neurons relevant to internal focus in depression? A cross-level model linking cellular, biochemical and neural network findings.» *Molecular Psychiatry*, vol. 19, 2014, pp. 966–977, <https://cutt.ly/1stVsW9>
- [47] Miller A.H. «Five Things to Know About Inflammation and Depression.» *Psychiatric Times*, 30.04.2018, <https://cutt.ly/QstNGSu>
- [48] Kaltenboeck A., Harmer C. «The neuroscience of depressive disorders: A brief review of the past and some considerations about the future.» *Brain and Neuroscience Advances*, vol. 2, 2018, pp. 1–6, <https://cutt.ly/BstM69i>
- [49] Palazidou E. «The neurobiology of depression.» *British Medical Bulletin*, vol. 101, no.1, 2012, pp. 127–145, <https://cutt.ly/Sst9HqV>
- [50] NIMH. «Depression», 02.2018, <https://cutt.ly/3st8ugo>
- [51] Barron M.L., et al. «Associations between Psychiatric Disorders and Menstrual Cycle Characteristics.» *Archives of Psychiatric Nursing*, vol. 22, no. 5, 2008, pp. 254–265, <https://cutt.ly/jst5AUf>
- [52] Prabhakar V., et al. «Diabetes-associated depression: The serotonergic system as a novel multifunctional target.» *Indian Journal of Pharmacology*, vol. 47, no. 1, 2015, pp. 4–10, <https://cutt.ly/Pst6L5R>
- [53] Мамасва М. «Цукровий діабет в Україні: епідемія без ліків і діагностів», UNN, 14.11.2018, <https://cutt.ly/wsyq5fC>

- [54] Rapaport L., «Antidepressant Use Tied to Better Diabetes Control», *Medpage Today*, 13.01.2016, <https://cutt.ly/tsyw51X>
- [55] NHS. «Warning over waistline link to type 2 diabetes», 31.07.2014, <https://cutt.ly/JsyeL1E>
- [56] EBM Consult. «The Mechanism of Action of St. John's wort (*Hypericum perforatum*) in the Treatment of Depression», 10.2015, <https://cutt.ly/msyrb0q>
- [57] Viktorin A., et al. «Paternal use of antidepressants and offspring outcomes in Sweden: nationwide prospective cohort study.» *BMJ*, vol. 361, 08.06.2018, <https://cutt.ly/zsyv2Z>
- [58] Zakiyah N., et al. «Antidepressant use during pregnancy and the risk of developing gestational hypertension: a retrospective cohort study.» *BMC Pregnancy and Childbirth*, vol. 18, article 187, 2018, <https://cutt.ly/xsyitDS>
- [59] Markowitz J.C., Weissman M.M. «Interpersonal psychotherapy: principles and applications.» *World Psychiatry*, vol. 3, no. 3, 2004, pp. 136–139, <https://cutt.ly/ssyRPy>
- [60] Lipsitz J.D., Markowitz J.C. «Mechanisms of Change in Interpersonal Therapy (IPT).» *Clinical Psychology Review*, vol. 33, no. 8, 2013, pp. 1134–1147, <https://cutt.ly/Qsyv4Yq>
- [61] Reddy P.D., et al. «Effectiveness of Solution-Focused Brief Therapy for an Adolescent Girl with Moderate Depression.» *Indian Journal of Psychological Medicine*, vol. 37, no. 1, 2015, pp. 87–89, <https://cutt.ly/asyj4JT>
- [62] Avery D. «Seasonal affective disorder: Treatment», UpToDate, 23.08.2019, <https://cutt.ly/jsyv1sq>
- [63] Melrose S. «Seasonal Affective Disorder: An Overview of Assessment and Treatment Approaches.» *Depression Research and Treatment*, vol. 2015, article 178564, 25.11.2015, <https://cutt.ly/LsybPTD>
- [64] Terman M., Williams J.B.W. «Personal Inventory for Depression and SAD. Self-Assessment Version (PIDS-SA).» New York State Psychiatric Institute and Department of Psychiatry, Columbia University, 01.2008, <https://cutt.ly/UsymlRy>
- [65] Rosenthal N.E. «Winter Blues: Fourth Edition: Everything You Need to Know to Beat Seasonal Affective Disorder», Guilford Press, <https://cutt.ly/QsyWvsk>
- [66] The Local. «Coffee and light sees Stockholmers through dark winter», 21.11.2006, <https://cutt.ly/CsyRqC4>
- [67] Gostner J.M., et al. «Tryptophan Metabolism in Allergic Disorders.» *International Archives of Allergy and Immunology*, vol. 169, 2016, pp. 203–215, <https://cutt.ly/2syR5vV>
- [68] Ciprandi G., et al. «Serotonin in Allergic Rhinitis: a Possible Role for Behavioural Symptoms.» *Iranian Journal of Allergy, Asthma and Immunology*, vol. 10, no. 3, 2011, pp. 183–188, <https://cutt.ly/GsyYdqT>
- [69] Hauk L. «Treatment of Seasonal Allergic Rhinitis: A Guideline from the AAAAI/ACAAI Joint Task Force on Practice Parameters.» *American Family Physician*, vol. 97, no. 11, 2018, pp. 756–757, <https://cutt.ly/Js0IRZB>
- [70] Marseglia L., et al. «Melatonin and Atopy: Role in Atopic Dermatitis and Asthma.» *International Journal of Molecular Sciences*, vol. 15, no. 8, 2014, pp. 13482–13493, <https://cutt.ly/3sy0WB5>
- [71] Reissman D., Lee V.C. «The Pharmacist's Role in Breaking the Cycle of PMDD», *Pharmacy Times*, 01.06.2007, <https://cutt.ly/lSyPKzT>
- [72] Gillings M.R. «Were there evolutionary advantages to premenstrual syndrome?» *Evolutionary Applications*, vol. 7, no. 8, 2014, pp. 897–904, <https://cutt.ly/ssyAUQH>

- [73] Hofmeister S., Bodden S. «Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder.» *American Family Physician*, vol. 94, no. 3, 2016, pp. 236–240, <https://cutt.ly/nsaoiIB>
- [74] Altemus M. «Hormone-specific psychiatric disorders: do they exist?» *Archives of Women's Mental Health*, vol. 13, no. 1, 2010, pp. 25–26, <https://cutt.ly/Rsqpqom>
- [75] MGH Center for Women's Mental Health. «PMDD/PMS. When PMS symptoms interfere with functioning & quality of life», <https://cutt.ly/vsaabrR>
- [76] Hoffman E.R., et al. «Reproductive issues in anorexia nervosa.» *Expert Review of Obstetrics & Gynecology*, vol. 6, no. 4, 2011, pp. 403–414, <https://cutt.ly/Xsasekr>
- [77] Thornton P. «Anxiety Won't Kill You», Anxiety and Depression Association of America, <https://cutt.ly/wsas4e1>
- [78] Мороз Г.З. та ін. «Поширеність тривожних та депресивних розладів у військових лікарів.» Український Медичний Часопис, том 119, номер 3, 23.05.2017, <https://cutt.ly/gsafZYT>
- [79] Gelenberg A.J. «Psychiatric and Somatic Markers of Anxiety: Identification and Pharmacologic Treatment.» *Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 2, no. 2, 2000, pp. 49–54, <https://cutt.ly/nsagNam>
- [80] Gawda B., Szepletowska E. «Trait Anxiety Modulates Brain Activity during Performance of Verbal Fluency Tasks.» *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, vol. 10, article 10, 2016, <https://cutt.ly/Rsah00m>
- [81] Sartorius N., et al. «Comorbidity of Mental and Physical Disorders.» *Key Issues in Mental Health*, vol. 179, 2015, pp. 81–87, <https://cutt.ly/QsaznsZ>
- [82] National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. «Gastritis & Gastropathy», <https://cutt.ly/SsaQLoW>
- [83] Luo J., et al. «Experimental gastritis leads to anxiety- and depression-like behaviors in female but not male rats.» *Behavioral and Brain Functions*, vol. 9, article 46, 2013, <https://cutt.ly/zsaWE33>
- [84] Bystritsky A., et al. «Current Diagnosis and Treatment of Anxiety Disorders.» *Pharmacy and Therapeutics*, vol. 38, no. 1:2013, pp. 30–38, 41–44, 57, <https://cutt.ly/xsaI8sP>
- [85] Jie F., et al. «Stress in Regulation of GABA Amygdala System and Relevance to Neuropsychiatric Diseases.» *Frontiers in Neuroscience*, vol. 12, article 562, 14.08.2018, <https://cutt.ly/xsaUV0t>
- [86] Patient.info. «Generalised Anxiety Disorder Assessment (GAD-7)», <https://cutt.ly/gsaCDkB>
- [87] Hoehn-saric R. «Treatment of Somatic Symptoms in Generalized Anxiety Disorder», 01.03.2007, <https://cutt.ly/Ws090Km>
- [88] Smith Y. «Generalized Anxiety Disorder Comorbidities», News-Medical, <https://cutt.ly/zs0862g>
- [89] Tselebis A., et al. «Strategies to improve anxiety and depression in patients with COPD: a mental health perspective.» *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, vol. 12, 2016, pp. 297–328, <https://cutt.ly/CsaI58U>
- [90] McGill. «Anxiety. Moodjuice Self-help Guide», <https://cutt.ly/8sa0G4N>
- [91] NHS Inform. «Anxiety self-help guide», <https://cutt.ly/l5a2CGD>
- [92] Anxiety and Depression Association of America. «Am I having a panic attack or a heart attack?», <https://cutt.ly/Isa3ixt>
- [93] Beth Israel Deaconess Medical Center. «Panic Attack vs. Heart Attack: How to Tell the Difference», 01.02.2020, <https://cutt.ly/6sa3Zdk>
- [94] Sherin J.E., Nemeroff C.B. «Post-traumatic stress disorder: the neurobiological impact of psychological trauma.» *Dialogues in Clinical*

- Neuroscience*, vol. 13, no. 3, 2011, pp. 263–278, <https://cutt.ly/Dsa725k>
- [95] Whalley M., Kaur H. «Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)», *Psychology Tools*, <https://cutt.ly/Qsa5Ngz>
- [96] Радіо Свобода. «До психолога звернулися 14 відсотків бійців АТО, з них половина—з примусу—автори проекту »без броні«», 21.01.2016, <https://cutt.ly/3sa6Xkp>
- [97] Gore T.A. «What are the DSM-5 diagnostic criteria for posttraumatic stress disorder (PTSD)?», *Medscape*, 14.11.2018, <https://cutt.ly/ssfwfhe>
- [98] Український інститут когнітивно-поведінкової терапії. «Шкала впливу подій», <https://cutt.ly/fsfeucb>
- [99] Nisar S., et al. «Genetic and Neuroimaging Approaches to Understanding Post-Traumatic Stress Disorder.» *International Journal of Molecular Sciences*, vol. 21, no. 12, article 4503, 2020, <https://cutt.ly/zsftMSV>
- [100] Cornu H. «PTSD: The evolutionary advantage», 29.08.2019, *EUSci*, <https://cutt.ly/Dsfuw0a>
- [101] Psychology Today. «Trauma-Focused Cognitive Behavior Therapy», <https://cutt.ly/isfiEFo>
- [102] American Psychology Association. «Cognitive Processing Therapy (CPT)», 31.07.2017, <https://cutt.ly/SsfoJeA>
- [103] Chamberlin D.E. «The Predictive Processing Model of EMDR.» *Frontiers in Psychology*, vol. 10, article 2267, 2019, <https://cutt.ly/Rsfssww>
- [104] Khan A.M., et al. «Cognitive Behavioral Therapy versus Eye Movement Desensitization and Reprocessing in Patients with Post-traumatic Stress Disorder: Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Clinical Trials.» *Cureus*, vol. 10, no. 9, 2018, e3250, <https://cutt.ly/nsfs5LD>
- [105] American Psychology Association. «Prolonged Exposure (PE)», 31.07.2017, <https://cutt.ly/ysffx40>
- [106] American Psychology Association. «Narrative Exposure Therapy (NET)», 31.07.2017, <https://cutt.ly/KsffVsf>
- [107] NIMH. «Post-Traumatic Stress Disorder», 05.2019, <https://cutt.ly/asfgXGp>
- [108] Горбунова В. «Посттравматичний стресовий розлад (ПТСП)», Центр психічного здоров'я та травматерапії, Інститут психічного здоров'я, Простір надії, <https://cutt.ly/psfkXPQ>
- [109] Коло сім'ї. «Посттравматичний стресовий розлад», <https://cutt.ly/UsflxXX>
- [110] Лінія запобігання самогубствам. Lifeline Ukraine, <https://cutt.ly/FsfzyC7>
- [111] Підтримка психологічного здоров'я, <https://cutt.ly/PsfzCc0>
- [112] Без броні, <https://cutt.ly/GsfkekD>
- [113] Carta M.G., et al. «Adjustment Disorder: epidemiology, diagnosis and treatment.» *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, vol. 5, article 15, 2009, <https://cutt.ly/gsfxGfK>
- [114] American Psychology Association. APA Dictionary of Psychology, <https://cutt.ly/Vsfvret>
- [115] Kaschka W.P., et al. «Burnout: a Fashionable Diagnosis.» *Deutsches Ärzteblatt International*, vol. 108, no. 46, 2011, pp. 781–787, <https://cutt.ly/ssfbNI5>
- [116] Koutsimani P., et al. «The Relationship Between Burnout, Depression, and Anxiety: A Systematic Review and Meta-Analysis.» *Frontiers in Psychology*, vol. 10, article 284, 2019, <https://cutt.ly/zsfnM6a>

- [117] Rienecke R.D. «Family-based treatment of eating disorders in adolescents: current insights.» *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, vol. 8, 2017, pp. 69–79, <https://cutt.ly/9sfWwJo>
- [118] Klump, K.L., et al. «Changes in Genetic and Environmental Influences on Disordered Eating Across Adolescence. A Longitudinal Twin Study. *Archives Of General Psychiatry*, vol. 64, no. 12, 2007, pp. 1409–1415, <https://cutt.ly/rsfEYrE>
- [119] Kaye W.H., et al. «Nothing tastes as good as skinny feels: the neurobiology of anorexia nervosa.» *Trends In Neurosciences*, vol. 36, no. 2, 2013, pp. 110–120, <https://cutt.ly/1sfR0od>
- [120] Frank G.K.W. «Altered Brain Reward Circuits in Eating Disorders: Chicken or Egg?» *Current Psychiatry Reports*, vol. 15, no. 10, article 396, 2013, <https://cutt.ly/1sfTBAn>
- [121] Bardone-Cone A.M., et al. «The Inter-relationships between Vegetarianism and Eating Disorders among Females.» *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, vol. 12, no. 8, 2012, pp. 11247–1252, <https://cutt.ly/ssfUo1P>
- [122] Weir K. «New insights on eating disorders.» *American Psychology Association*, vol. 47, no. 4, 2016, <https://cutt.ly/LsfAiDD>
- [123] Latimer K.M., Schwalen S. «Anosognosia (Denial) in Patients with Eating Disorders», *Mirror Mirror*, 2016, <https://cutt.ly/QsfScg2>
- [124] Приседська В. «Моя дитина танула на очах, а я нічого не могла зробити». Як родини борються з анорексією», *BBC News Україна*, 30.05.2020, <https://cutt.ly/msfDd8r>
- [125] NICE. «Eating disorders: recognition and treatment», 23.05.2017, <https://cutt.ly/asfFe1C>
- [126] Oldershaw A., et al. «Anorexia Nervosa and a Lost Emotional Self: A Psychological Formulation of the Development, Maintenance, and Treatment of Anorexia Nervosa.» *Frontiers in Psychology*, vol. 10, article 219, 2019, <https://cutt.ly/7sfGc8J>
- [127] NEDA. «Prevention», <https://cutt.ly/1sfHJbn>
- [128] Donnelly B., et al. «Neuroimaging in bulimia nervosa and binge eating disorder: a systematic review.» *Journal of Eating Disorders*, vol. 6, article 3, 2018, <https://cutt.ly/qsfKt21>
- [129] Mehler P.S., Rylander M. «Bulimia Nervosa—medical complications.» *Journal of Eating Disorders*, vol. 3, article 12, 2015, <https://cutt.ly/LsfXjw3>
- [130] Wagner A., et al. «Normal Brain Tissue Volumes after Long-Term Recovery in Anorexia and Bulimia Nervosa.» *Biological Psychiatry*, vol. 59, no. 3, 2006, pp. 291–293, <https://cutt.ly/ksfC00J>
- [131] Kessler R.M., et al. «The neurobiological basis of binge-eating disorder.» *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, vol. 63, 2016, pp. 223–238, <https://cutt.ly/9sf8V4s>
- [132] Avena N.M., et al. «Sugar and Fat Bingeing Have Notable Differences in Addictive-like Behavior.» *The Journal of Nutrition*, vol. 139, no. 3, 2009, pp. 623–628, <https://cutt.ly/tsf47d0>
- [133] Westover A.N., Marangell L.B. «A cross-national relationship between sugar consumption and major depression?» *Depression and Anxiety*, vol. 16, no. 3, pp. 118–120, 2002, <https://cutt.ly/Tsf5dPL>
- [134] Helgi Library. «Sugar Consumption Per Capita in Romania», *Helgi Library*, <https://cutt.ly/nsf6KeE>
- [135] Iacovino J.M., et al. «Psychological Treatments for Binge Eating Disorder.» *Current Psychiatry Reports*, vol. 14, no. 4, 2012, pp. 432–446, <https://cutt.ly/RsgqVGA>
- [136] Mitchell J.E. «CBT for BED self help manual», <https://cutt.ly/psgrerB>
- [137] McElroy S.L., et al. «Overview of the treatment of binge eating disorder.» *CNS Spectrums*, vol. 20, no. 6, 2015, pp. 546–556, <https://cutt.ly/CskmMAH>

- [138] Ritchie H., Roser M. «Alcohol Consumption», Our World in Data, 11.2019, <https://cutt.ly/QskQJzE>
- [139] «Основні причини високого рівня смертності в Україні» К.: ВЕРСО-04, 2010, 60 с., <https://cutt.ly/3skWYgq>
- [140] Counselling Directory. «An existential view of alcohol dependence», 27.04.2013, <https://cutt.ly/VskEoTo>
- [141] Carreno D.F., Pérez-Escobar J.A. «Addiction in existential positive psychology (EPP, PP2.0): from a critique of the brain disease model towards a meaning-centered approach.» *Counselling Psychology Quarterly*, vol. 32, no. 3-4, 2019 pp. 415–435, <https://cutt.ly/6skE3PL>
- [142] Steger M.F., et al. «The meaning in life questionnaire (MLQ)», <https://cutt.ly/WskT0vt>
- [143] Society for Neuroscience. «Sex Differences in Alcohol Abuse: Fluctuating Estrogen Levels May Make Alcohol More Rewarding», *SciTechDaily*, 01.06.2020, <https://cutt.ly/XskYpkQ>
- [144] Anxiety and Depression Association of America. «Social Anxiety Disorder and Alcohol Abuse», <https://cutt.ly/JskYFGF>
- [145] «CHECK YOUR DRINKING: An interactive self-test», *Audit*, <https://cutt.ly/1skUKhX>
- [146] «Drink less. Handycard», *Audit*, <https://cutt.ly/yskU6As>
- [147] «НАЛТРЕКОХ (NALTREXONUM)», <https://cutt.ly/5skIf60>
- [148] Guzman F. «2018 APA Alcohol Use Disorder Guideline: Summary of Recommendations», *Psychopharmacology Institute*, 06.27.2019, <https://cutt.ly/ssk11le>
- [149] HelpGuide. «Overcoming Alcohol Addiction», <https://cutt.ly/Tsk08Kn>
- [150] Center for Integrated Healthcare. «How to Prevent Alcohol-Related Problems. A Self-help Booklet», <https://cutt.ly/JskPnVX>
- [151] «Self Help Guide», *Mental Health Commission of Western Australia*, 2016, <https://cutt.ly/WskPCpG>
- [152] «Drink less», *Audit*, <https://cutt.ly/EskP707>
- [153] Dervaux A., Laqueille X. «Thiamine (vitamin B1) treatment in patients with alcohol dependence.» *La Presse Médicale*, vol. 46, 2 Pt 1, 2017, pp. 165–171, <https://cutt.ly/NskSqfL>
- [154] Thompson W., et al. «Alcoholism Clinical Presentation», *Medscape*, 23.03.2020, <https://cutt.ly/IskS0j5>
- [155] Wong P.T.P. «A Meaning-Centered Approach to Addiction and Recovery», <https://cutt.ly/OskFbTD>
- [156] Mohatt N.V., et al. «Historical trauma as public narrative: A conceptual review of how history impacts present-day health.» *Social Science & Medicine*, vol. 106, 2014, pp. 128–136, <https://cutt.ly/fskGww9>
- [157] Gailiene D. «When culture fails: coping with cultural trauma.» *Journal of Analytical Psychology*, vol. 64, no. 4, 2019, pp. 530–547, <https://cutt.ly/SskG7G2>
- [158] Зінченко О. «Ми всі травмовані. Здолати травми Голодомору, чи зникнути?» *Історична правда*, 24.11.2018, <https://cutt.ly/fskHBAp>
- [159] Lehrner A., Yehuda R. «Cultural trauma and epigenetic inheritance.» *Development and Psychopathology*, vol. 30, no. 5, 2018, pp. 1–15, <https://cutt.ly/ZskJYbF>
- [160] DeAngelis T. «The legacy of trauma.» *Monitor on Psychology*, vol 50, no. 2, 2019, pp. 36–43, <https://cutt.ly/9skKXGn>