

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМ. М. І. ПИРОГОВА**

**КАФЕДРА ПСИХІАТРІЇ, НАРКОЛОГІЇ, ЗАГАЛЬНОЇ ТА МЕДИЧНОЇ
ПСИХОЛОГІЇ ФПО**



**РОЛЬ СЛУХОВИХ ГАЛЮЦИНАЦІЙ В ЖИТТІ ПАЦІЄНТІВ
ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ. ЩО РОБИТИ?**

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

**ВІННИЦЯ
2024**

Узгоджено
ЦМКР ВНМУ ім. М. І. Пирогова
Протокол №9 від 25.04.2024

Автори: проф., д.мед.н. Гнатишин М.С.
проф., к.мед.н. Серебреннікова О.А.
асистент Короліщук Н.В.

Рецензенти:

Камінська А.О. – д.мед.н., професор кафедри медичної психології та психіатрії Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова

Чаланова Р.І. - д.мед.н., доцент кафедри медико-біологічних основ фізичного виховання і фізичної реабілітації Вінницького державного педагогічного університету ім. Михайла Коцюбинського.

Найчук В.В. - к.псих.н., доцент кафедри соціальних технологій Вінницького соціально-економічного інституту університету «Україна».

В запропонованих методичних рекомендаціях автори розглядають слухові галюцинації з точки зору клінічної психіатрії як аудіо галюцинації і їх роль в житті хворих на шизофренію та дають відповідь на запитання, яким чином вони можуть нейтралізувати ці переживання.

Ці методичні рекомендації призначені для хворих на шизофренію зі слуховими галюцинаціями, їхніх родин і друзів, а також можуть бути цікавими для психіатрів, психотерапевтів, соціальних працівників, що працюють з пацієнтами хворими на галюцинаторну форму шизофренії.

ЗМІСТ

Вступ.....	4
Матеріали і методи дослідження.....	5
Результати дослідження та їх обговорення.....	6
Висновки.....	9
Приклади конкретних випадків.....	9
Додаток.....	14
Перелік використаних джерел.....	18

ВСТУП

За статистичними даними 24 мільйони людей у всьому світі живуть з діагнозом «шизофренія», і 70,0% з них чують голоси[1,2,4].

Слухові галюцинації хворих на шизофренію можуть бути дуже небезпечними для них, для їхніх родин і оточуючих людей. Вони можуть бути присутніми протягом дня і заважати пацієнту виконувати повсякденну роботу. Голоси можуть також наказувати пацієнтам шкодити самим собі, робити убивства і є реальні приклади такої поведінки[4,5].

Тому удосконалення методів управління слуховими галюцинаціями при параноїдній шизофренії є вкрай важливою темою.

Управління слуховими галюцинаціями при шизофренії є складним та багатограним процесом. Водночас, лікувально-профілактичні заходи в ряді випадків проводяться лише медикаментозними методами, це найчастіше антипсихотики, що можуть у деяких випадках призупинити галюцинації, або приводять до зменшення їх інтенсивності, або частоти, або зменшити страх, викликаний слуховими галюцинаціями, але при цьому психотропні препарати мають цілий ряд побічних ефектів, хоч і застосування їх є необхідним, особливо при загостренні хвороби.

Ми повинні також визнати, що у значної частини пацієнтів слухові галюцинації не зникають назавсім, тому їм необхідно до них пристосовуватися. Отже, щоб допомогти пацієнтам адаптуватися до слухових галюцинацій ми повинні вказати їм на власні шляхи пристосування до своїх голосів.

Одним із перспективних напрямків удосконалення управління слуховими галюцинаціями є наукові погляди Густава Юнга згідно яких, голоси, що чувають пацієнти хворі на параноїдну шизофренію, є реальними переживаннями і мають для них практичне значення, і їх слід сприймати серйозно. У своїй книзі *dementia graecox* він пише, що маячні ідеї і галюцинації - це не тільки специфічні симптоми психічного захворювання, але що вони мають також соціальний зміст[3].

Карл Юнг - психіатр, який сам чув голоси, вважав, що джерелом голосів може бути колективне позасвідоме та є виразом контакту з позасвідомою сферою духовного життя. Ця ідея пропонує можливе пояснення загального сприйняття голосу як «не-Я». Сучасні послідовники Карла Юнга підтримуючи його точку зору вважають, що позасвідоме локалізується в правій півкулі головного мозку, яке обробляє тільки частину інформації, наявної в розпорядженні лівої півкулі. Якщо ця інформація не відповідає тому, що думає ліва півкуля мозку, вона сприймається як «не-Я», і іноді «чується» в вигляді голосів.

Ці дослідження психологічно розширюють чисто психіатричний підхід, який розглядає загострення ендогенних психозів як проблему порушень

нейромедіаторного впливу і звужує розуміння голосів як проблему, що потребує в основному застосування фармакологічного впливу. А розпитування про зміст «голосів» направлене в основному на оцінку їх небезпечності та критичного ставлення пацієнта.

В той же час пацієнти хворі на параноїдну форму шизофренії, які чуять «голоси» розповідають, що вони іноді справляються з ними за допомогою зосередження, відволікання уваги, медитації, за допомогою фізичних вправ, а також підключенням психотерапевтів, друзів або родичів, які давали поради з приводу змісту голосів і з якими вони відчували себе в безпеці. Незалежно від повсякденних труднощів з «голосами», описані пацієнтами методи пристосування до голосів дали їм можливість повсякденно функціонувати, навчатися, працювати та контролювати голосові сприйняття, навіть імперативного характеру. Виходячи з цього, говорити що голоси лише симптом хвороби, у той час як вони так само реальні для пацієнтів, як все інше в їхньому житті, прояв безсилля. Досвід людей, що чуять голоси, та їх нові тлумачення цього феномену є дуже важливими, вони дають багатьом людям нову надію знайти власний спосіб пристосування до своїх голосів.

Виходячи з цього, нами був проведений порівняльний аналіз ефективності лікування пацієнтів на галюцинаторну форму шизофренії з застосуванням стандартних схем терапії та персоналізованого підходу з урахуванням немедикаментозних методів впливу на слухові галюцинації.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Впродовж 2010-2018 років нами було досліджено 98 чоловіків з діагнозом параноїдної форми шизофренії з наявністю у них слухових галюцинацій, які вступили на стаціонарне лікування повторно в фазі загострення. Їх психічний стан вимагав госпіталізації до психіатричного стаціонару у зв'язку з необхідністю створення умов безпечного лікувального середовища, яке могло б попередити нанесення можливої потенційної шкоди пацієнту та людям які його оточують, швидкого та ефективного лікування направлено на зняття гострої психопатологічної симптоматики.

Першу групу (контрольну) склали 55 пацієнтів, які отримували лікування відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України № 59 від 5 лютого 2007 року «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю „Психіатрія”».

Другу групу (основну) склали 43 пацієнти, які отримували лікування відповідно до зазначених клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю „Психіатрія”, але додатково у цій групі проводився психотерапевтичний супровід пацієнтів направлений на роботу зі слуховими

галюцинаціями (програма та структура психотерапевтичної сесії направлена на нейтралізацію слухових галюцинацій додається).

Розподіл пацієнтів у групи для визначення схем лікування проводився відповідно до бажання пацієнта і його згоди на отримання психотерапевтичного лікування або відмови від нього. Для оцінки коректності порівняння була проведена оцінка розбіжностей у вікових та клінічних характеристиках хворих основної та контрольної груп. Статистичний аналіз вікових характеристик підтвердив відсутність значущих розбіжностей, і, відповідно, спільномірність порівнюваних груп ($p = 0,598$). Аналіз розбіжностей до початку лікування також довів коректність рандомізації і відсутність значущих розбіжностей між групами.

Методи дослідження.

Клініко-анамнестичний метод використаний при вивченні даних щодо перебігу захворювання, анамнезу життя, оцінці медичної документації.

Клініко-психопатологічний метод використаний для оцінки психічного стану хворих, визначення особливостей клінічної картини та перебігу шизофренічного процесу.

Психометричний метод використаний для оцінки особливостей клінічної картини, у т.ч. за допомогою шкали PANSS.

Психотерапевтична корекція слухових галюцинацій проводилась за спеціальною програмою нейтралізації голосів, розробленою авторами методичних рекомендацій (додаток 1).

За допомогою катамнестичного методу проводилася лонгітудинальна оцінка стану хворих в процесі лікування.

Статистичний метод використаний для оцінки розбіжностей та кореляцій.

У роботі використано параметричні та непараметричні методи аналізу.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Наші спостереження показали, що більшість пацієнтів на момент госпіталізації в стаціонар перебували в стані психомоторного збудження. Слухові галюцинації, які викликали тривогу і страх, змушували пацієнтів реагувати імпульсивно і агресивно. Лише у третини пацієнтів незважаючи на наявність у них слухових галюцинацій поведінка була спокійною, але в той же час вони відчували тривогу та були пригніченими. Родичі пацієнтів повідомили, що однією з основних причин госпіталізації була активізація слухових галюцинацій, що на думку родичів були спровоковані напередодні психотравмуючими подіями.

Дослідження показали, що пацієнти з психомоторним збудженням сприймали голоси як ворожі і не сприймали їх, як частину самих себе. Негативні

голоси викликали у них такий хаос думок, що спілкуватися з зовнішнім світом було утруднено.

«Спокійна» група пацієнтів сприймала голоси як нейтральні або навіть корисні, і як зрозумілу сторону їх внутрішнього «Я».

Голоси (один або багато голосів) відчувалися усередині голови або у тілі. Голоси говорили з пацієнтами або про них.

Більшість пацієнтів не мали уявлення про можливість управління своїми голосами. Виявилось також, що ніхто ніколи не навчав їх як контролювати голоси. Виявлені дані мають важливе практичне значення для пошуку шляхів направлених на нейтралізацію слухових галюцинацій та розробки лікувальних і профілактичних заходів.

На сучасному етапі розвитку психіатрії симптоми шизофренії, в тому числі і слухові галюцинації, розглядають як незалежні категорії. Уявлення про самостійність психопатологічних утворень дало нам можливість прицільно впливати на слухові галюцинації психотропними засобами та методами психотерапії.

Аналіз отриманих результатів показав, що всі пацієнти вступили на лікування у фазі загострення хвороби, показник важкості продуктивної симптоматики (слухові галюцинації, маячення, розлади мислення, психомоторне збудження, ідеї величі, підозрілість, ідеї переслідування) за шкалою PANSS складав в середньому 4-6 балів по кожному або по окремим із цих пунктів, а загальна оцінка за шкалою PANSS складала 90-130 балів. Всім пацієнтам був призначений антипсихотичний препарат соліан у дозі 400 - 600 мг на добу.

Поряд із медикаментозним лікуванням для пацієнтів основної групи прицільно проводилась психотерапевтична корекція направлена на знешкодження слухових галюцинацій (програма та структура психотерапевтичної сесії направлена на нейтралізацію слухових галюцинацій додається).

Оцінка ефективності лікування проводилася за допомогою шкали PANSS та на підставі даних клініко-психопатологічного обстеження. Результати лікування оцінювались через 2 місяці після його початку.

При аналізі даних динаміки психотичної симптоматики у пацієнтів контрольної групи, які приймали лікування соліаном результати були достовірно позитивні. У них у процесі терапії відбулося значуще покращення показників вираженості важкості продуктивної симптоматики: галюцинацій з $3,79 \pm 1,79$ балів до $3,02 \pm 1,15$ балів ($p < 0,01$), ідей величі з $1,44 \pm 1,17$ балів до $1,34 \pm 0,81$ балів ($p < 0,01$), підозрілості і ідей переслідування з $4,10 \pm 1,44$ балів до $3,39 \pm 0,96$ балів ($p < 0,01$), маячення з $4,96 \pm 1,44$ балів до $3,29 \pm 0,80$ балів ($p < 0,01$), розладів мислення з $4,30 \pm 1,01$ балів до $4,04 \pm 0,87$ балів ($p < 0,01$), збудження з $4,09 \pm 1,15$

балів до $3,42 \pm 0,74$ балів ($p < 0,01$), ворожості з $3,94 \pm 1,19$ балів до $3,30 \pm 0,82$ балів ($p < 0,01$).

Однак, при цьому в групі запропонованої терапії, у якій додатково поряд із медикаментозним лікуванням прицільно проводилась психотерапевтична корекція направлена на знешкодження слухових галюцинацій спостерігалася значуще краща динаміка відносно продуктивної симптоматики шизофренії: галюцинацій з $3,82 \pm 1,67$ балів до $2,37 \pm 0,77$ балів ($p < 0,01$), ідей величч з $1,47 \pm 1,25$ балів до $1,06 \pm 0,24$ балів ($p < 0,01$), підозрливості та ідей переслідування з $4,29 \pm 1,23$ балів до $2,45 \pm 0,75$ балів ($p < 0,01$), маячення з $4,90 \pm 1,05$ балів до $2,24 \pm 0,69$ балів ($p < 0,01$), розладів мислення з $4,15 \pm 1,03$ балів до $3,45 \pm 0,67$ балів ($p < 0,01$), збудження з $4,12 \pm 1,02$ балів до $2,35 \pm 0,70$ балів ($p < 0,01$), ворожості з $3,99 \pm 1,27$ балів до $2,61 \pm 0,68$ балів ($p < 0,01$).

Що стосується негативної симптоматики, традиційна терапія була менш ефективною: значуще покращення у групі контролю виявлено відносно пасивно-апатичної соціальної відгородженості – з $4,59 \pm 1,05$ балів до $4,35 \pm 0,83$ балів ($p < 0,01$) та порушення спонтанності і плавності мови – з $3,44 \pm 1,04$ балів до $3,36 \pm 0,92$ балів ($p < 0,05$), труднощів у спілкуванні – з $4,30 \pm 1,70$ балів до $4,10 \pm 0,85$ балів ($p < 0,01$), емоційної відгородженості – з $4,56 \pm 1,03$ балів до $4,41 \pm 0,86$ балів ($p < 0,01$), притупленого афекту – з $4,69 \pm 1,13$ балів до $4,19 \pm 0,83$ балів ($p < 0,01$).

В той же час, у основній групі відбулося значуще покращення за всіма показниками негативного спектру: пасивно-апатичної соціальної відгородженості з $4,33 \pm 1,29$ балів до $3,56 \pm 0,89$ балів ($p < 0,01$), порушень спонтанності і плавності мови з $3,27 \pm 1,06$ балів до $2,99 \pm 0,85$ балів ($p < 0,01$) та стереотипного мислення з $2,90 \pm 1,19$ балів до $2,53 \pm 0,69$ балів ($p < 0,01$), труднощів у спілкуванні з $4,08 \pm 1,23$ балів до $3,65 \pm 0,88$ балів ($p < 0,01$), порушень абстрактного мислення з $2,98 \pm 0,92$ балів до $2,71 \pm 0,57$ балів ($p < 0,01$), притупленого афекту з $4,58 \pm 1,22$ балів до $3,52 \pm 0,69$ балів ($p < 0,01$), емоційної відгородженості з $4,29 \pm 1,27$ балів до $3,92 \pm 1,24$ балів ($p < 0,01$).

Що стосується інтегральних показників то вони в основній групі виявилися значуще кращими: сумарний показник виразності психотичної симптоматики зменшився з $106,66 \pm 15,24$ балів до $78,32 \pm 9,42$ балів ($p < 0,01$), важкості продуктивної симптоматики з $26,79 \pm 5,09$ балів до $16,59 \pm 2,25$ балів ($p < 0,01$), важкості негативної симптоматики з $26,48 \pm 7,39$ балів до $22,94 \pm 4,85$ балів ($p < 0,01$) та виразності загальної симптоматики шизофренії з $53,3 \pm 6,92$ балів до $38,77 \pm 4,30$ балів ($p < 0,01$).

В групі контролю сумарний показник важкості психотичної симптоматики зменшився з $108,68 \pm 17,60$ балів до $98,16 \pm 12,06$ балів ($p < 0,01$), важкості продуктивної симптоматики з $26,68 \pm 6,17$ балів до $21,84 \pm 3,61$ балів ($p < 0,01$), важкості негативної симптоматики з $27,80 \pm 6,86$ балів до $26,54 \pm 5,44$ балів ($p < 0,01$).

та виразності загальної симптоматики шизофренії з $54,18 \pm 8,42$ балів до $49,76 \pm 6,26$ балів ($p < 0,01$).

ВИСНОВКИ

Клінічне спостереження показало, що індивідуальний комплексний підхід до лікування з урахуванням психотерапевтичного обговорення галюцинаторних переживань забезпечує високу ефективність відносно продуктивної, негативної та загальної симптоматики шизофренії. При цьому по відношенню до окремих складових симптоматики, таких як слухові галюцинації, емоційна відгородженість, труднощі у спілкуванні та пасивна соціальна відгородженість у пацієнтів основної групи, результати після лікування є кращими, ніж у контрольній групі.

Застосування психотерапевтичної роботи зі слуховими галюцинаціями за визначеною схемою направленою на їх нейтралізацію дозволило скоротити термін перебування в стаціонарі в середньому на 8,5 діб.

На сьогодні терміни перебування пацієнтів в стаціонарі з приводу загострення шизофренії стали коротшими порівняно з періодом проведення дослідження, але на наш погляд, починати доєднувати психотерапевтичний вплив можна починаючи з другого тижня лікування, а продовжувати його і після виписки, в амбулаторних умовах або в умовах роботи мультидисциплінарних команд.

Також, за нашими спостереженнями в результаті психотерапевтичного впливу покращується критичне ставлення пацієнта до захворювання, його розуміння особливостей процесів ремісії і загострення, схильність до хорошого комплаєнсу в лікуванні, а відтак – внаслідок комплексного впливу відбувається подовження ремісії і якості життя пацієнтів.

ПРИКЛАДИ КОНКРЕТНИХ ВИПАДКІВ

Історія №1

Пацієнт С., страждає на параноїдну шизофренію протягом 25 років. Постійно відчуває слухові галюцинації неприємного змісту, за характером вразливий, схильний до агресивних вчинків. Вік 45 років. Не одружений. Не працює, отримує пенсію по інвалідності у зв'язку з психічною хворобою, проживає з батьком та матір'ю.

У лікарню пацієнт госпіталізований у зв'язку із загостренням хвороби. Під час огляду збуджений, відчуває різкі та нав'язливі слухові галюцинації, активно

висловлює маячні ідеї переслідування, мислення резонерське та паралогічне. Приймав лікування нейролептиками першого покоління.

Оцінка за шкалою PANSS показала, що показники виразності продуктивної симптоматики становили: маячні ідеї -6 балів, розлади мислення-5 балів, галюцинації-6 балів, збудження-5 балів, ідеї величч-2, підозрілість та ідеї переслідування-6 балів, ворожість-6 балів.

«Я прокинувся серед ночі. «Я тебе вб'ю!» – кричав один голос у моїй голові – «А я тебе заріжу!» – кричав інший. Голоси посилає диявол, вони не допускають людину до нормального звичайного життя. У людини, яка чує голос, панує смерть, а на словах життя переплітається зі смертю, слухати голоси – це слухати смерть. Мене вони уже перевтомили, ці голоси. Ось вже 25 років вони мене майже не покидають. З кожним роком вони ставали лише відчутнішими та голоснішими, наче хтось регулятор гучності підкручував та підкручував. Рік за роком вони доповнювалися новими галюцинаціями, і єдиним порятунком від цієї каші в голові ставали таблетки трифтазину або алкоголь. Їх не можна змішувати – вони не сумісні. Однак, тут є цікава річ: алкоголь знімає галюцинації, а трифтазін зупиняє аудіодоріжку голосів.

«Скільки тобі років?» – питає один голос у іншого. «Кілька тисяч», – відповідає інший. За вікном шумів дощ та пролітали корови. Я бачив таке вже неодноразово, і потроху почав звикати. Кілька разів на рік я лікувався у психікарні, після якої мені ставало зле, і я почував себе овочем. Незважаючи на те, що постійна компанія друзів в психіатричній палаті відволікали мене від галюцинацій, вони ставали все більш гучними і кольоровими.

Я чую голоси безупинно. Голоси іноді приємні, але у більшості випадків вони говорять неприємні речі і заважають мені зосередитися на тому, що відбувається у моєму житті. Я часто намагався поговорити з лікарями психіатрами про свої голоси, про їх зміст, але вони говорили мені, що це тільки симптом хвороби, та найкраще ігнорувати їх. Однак, голоси говорять про речі, що відносяться до мене і мають велике значення для мене. Я не можу повірити, що ці голоси - частина хвороби і що вони нічого для мене не означають, але мої власні доводи лікарі вважали недоречними».

Лікування. Пацієнту було призначена та розпочато лікування соліаном по 300 мг 2 рази на день. З пацієнтом проводилась психотерапія за спеціальною програмою нейтралізації голосів направлена на формування віри в успіх лікування і на знешкодження голосів, які йому не подобалися.

Огляд пацієнта через 2 місяці. Поведінка пацієнта була правильною та спокійною. Він доповів (а також по ньому було видно) про поліпшення нічного сну, зникнення страху та тривоги. Слухові галюцинації все ще були присутні, але вони не заважають йому. Побудова контакту з голосами, вміння обмежувати та утримувати їх від надмірного нав'язування допомогли йому мінімізувати загальне почуття безпорадності. Суттєво покращилась когнітивна функція

і пацієнт (вперше за 11 років) почав відвідувати курси навчання роботи з комп'ютером.

Оцінка за шкалою PANSS показала, що показники виразності продуктивної симптоматики становили: маячні ідеї -3 бали, розлади мислення-4 бали, галюцинації-4 бали, збудження-2 бали, ідеї величч-2 бали, підозрілість та ідеї переслідування-4 бали, ворожість-3 бали.

Доза соліану для підтримувальної терапії була зменшена до 400 мг на добу.

З точки зору пацієнта найбільш негативно на його якість життя впливали слухові галюцинації неприємного змісту та когнітивні порушення викликані прийомом нейролептиків старого покоління.

Історія №2

«Я прокинувся у себе вдома – точніше, я так думав. Насправді ж я знаходився у наглядній палаті психіатричної лікарні.

У кімнаті було тихо. Я відчував біль у правій сідниці, я уже другу добу приходив до тями після введення великої дози психотропних ліків.

Світало. Я хочу на двір, сказав я медсестрі. Але я нікуди не піду, бо прив'язаний по руках і ногах. У мене перед очима проноситься вчорашній день. Я не спав 48 годин і за це мене відвезли до психлікарні. У мене затекла шия, шию треба розім'яти, її ніхто не розминає, окрім істот, що є породженням моєї уяви. На правому плечі сидить янголя, а на лівому чортик. Зараз я пацієнт психлікарні, у мене реальність переплутана з вигадкою, неначе павутина. «Розминай сильніше!» – кажу Я. «Ми вже втомилися м'яти твою шию, навіщо ти нас мучиш, відпусти!» «Ви мої слуги, – відповідаю Я, – і повинні мене в усьому слухатись!» Зі сторони це виглядає як звичайна маячня божевільного. Входить медсестра і дає мені чергову дозу психотропних ліків. Через деякий час мене хилить до сну, чортик та янголятко зникають, і я розчарований, адже розминати шию нікому. Але я не здаюся, я зусиллям волі намагаюся піднятися, і у мене це виходить. Я повертаюся і бачу своє тіло, яке зі мною розмовляє: «Не віддам я тобі мою плоть і кров». Я у відповідь кажу: «Я ніколи не повернуся до тебе». У цей час я спостерігаю цікаву картину: Я розмовляю сам із собою. Я засинаю, і та лінія життя переносить мене у світ прекрасного...»

Обстеження та дослідження пацієнта показало, що його ставлення до голосів відрізнялось тим, що він мав своє розуміння про голоси, розмовляв із ними, задавав їм прості і ясні питання, нейтралізовував їх, якщо вони заважали йому.

«Декілька років я дуже страждав від голосів, тому що слухав поради психіатрів не звертати на них увагу. Але вони з кожним роком ставали дедалі відчутнішими та голоснішими, чим змусили мене звернути на себе увагу. Я почав прислухатися до них та аналізувати їх, і зрозумів, що вони створюються екстрасенсами і живуть в моїй психіці своїм власним життям. Зробивши такий

висновок я ніби прозрів. Усвідомивши причину своїх голосів я заспокоївся і почав будувати стосунки з голосами та розробляти стратегію пристосування до них.

Якщо голоси не були на моїй стороні, ганьбили та ображали мене, заважали мені думати або давали шкідливі поради і пропонували робити неправильні вчинки я розумів, що це вторгнення у мою свідомість, і я не виконував те, що вони мені наказували робити.

Я розумів, що маю право на самовизначення, як будь-яка інша людина, і я про це говорив своїм голосам - ви не приємні і не корисні і я не буду прислухатися до Вас і виконувати Ваші накази. Я відчував злісні голоси, що наказували мені робити такі речі, як, наприклад, замкнутися в собі й уникати людей. Тоді я усував зі свого життя стільки стресів, скільки можливо. Стрес не тільки підсилював голос, але й робив його більш агресивним, говорив більш неприємні речі. Я прийшов і ще до одного важливого висновку, що ігнорувати голоси не можна, вони цього не люблять і стають більш активними. Якщо голос є дружнім та приємним, тоді, я охоче розмовляю з ним. Слухаючи свої голоси я отримую неоціненний досвід спілкування зі своїми голосами. Я навчився жити з цими переживаннями і зрозумів той факт, що основна проблема не в тому що я чую голоси, а в тому, як я з ними поводжусь».

Пацієнт знайшов шляхи адаптації до голосів та альтернативне пояснення своїм голосам поза рамками психіатричної моделі. Його часто запрошують в психотерапевтичні групи в яких він ділиться своїми знаннями та допомагає іншим пацієнтам справлятися з їхніми голосовими переживаннями.

Надзвичайно важливо, щоб професійні працівники в галузі психічного здоров'я більш активно підтримувати пацієнтів зі слуховими галюцинаціями, допомагати їм справлятися з ними, а також створювали розуміння цього переживання членами родини пацієнта та його друзями, при цьому звичайно не нехтуючи фармакологічним лікуванням.

Історія №3

Альтернативний метод позбавлення від слухових галюцинацій.

Сповідь Андрія К. «Протягом багатьох років я страждаю на галюцинаторну форму шизофренії, і оскільки медикаментозне лікування є малоефективним, я часто вступаю на стаціонарне лікування в психіатричну лікарню у зв'язку з суїцидальною поведінкою.

У мою палату зайшов лікар, це був літній чоловік у сірому костюмі. Він зупинився біля дверей і мовчки спостерігав за мною через сріблясті окуляри. Я відчув, що він здатний гіпнотизувати та читати думки. Я швидко звільнив свій збуджений мозок від думок, боячись, що він прочитає мої наміри заподіяти собі смерть, і закриє мене в наглядовій палаті. Ми стояли і мовчки дивились один на одного. Коли лікар пішов через 15 хвилин мене помістили в наглядову палату.

Я тоді бачив реальні зорові образи людей, чув їхні наказові та загрозливі голоси, я був впевнений, що мене переслідують і хочуть убити, і я приречений. Лікар і медсестри переконували мене, що всі мої переживання – це прояви хвороби і вони піддаються лікуванню, але я не вірив, що мені можна допомогти. Я був переконаний, що для мене найкращим лікарем на землі, у якого не буває невдалих випадків лікування, є смерть. Я думав, що мені треба перехитрити долю й убити себе раніше, ніж це зроблять люди, які мене переслідують... Мені здавалося, що здійснити самогубство було дуже легко. Я тоді ще не розумів, що вибір смерті, у тому числі й своєї власної, знаходиться поза можливостями окремо взятої людини. Я забрався під ковдру, обернув шию рушником і спробував задушити себе, але санітар одразу помітив це. Наступного дня про мою спробу до самогубства доповіли моєму лікуючому лікареві, після чого він запропонував мені лікування електрошоком. Я одразу погодився, подумавши, що електрошок обов'язково вб'є мене. Я думав, що це непоганий спосіб позбутися життя. У той же день мені зробили кардіограму, проконсультували у терапевта, який сказав мені, що все буде відбуватися зовсім безболісно. Я сприйняв ці слова як натяк на мою швидку смерть. З мене взяли розписку, у якій я дав усвідомлену згоду на процедуру, як я тоді думав, на вбивство електричним струмом. Наступного дня вранці мене запросили до маніпуляційного кабінету... Пам'ятаю, як лікар неприємними вологими і холодними електродами торкнувся моїх скронь. Далі я відчув жахливий звук, під час якого моя душа спіралеподібно викрутилася з голови. Здивований, я глянув униз і побачив своє тіло. Воно було абсолютно нерухоме, як у мертвої людини. Колір мого обличчя був сіро-землистим, воно було зовсім нерухомим, схожим на маску. Біля мого тіла стояли лікар і дві медсестри, вони дивилися на мене і чогось чекали. У якийсь момент я відчув, що ще зовсім трошки – і я вже ніколи не зможу повернутися у своє тіло. Це мене злякало. Тіло було безжиттєвим, я не хотів у нього повертатися, я думав, що це буде боляче. У певний момент я знову завис над своїм тілом і якимось дивним зусиллям повернувся у свою голову.

На мій подив, я відчув себе в тілі комфортно, я якимось чином позбувся страждань. Як добре і як просто – я шукав свій звичний страх смерті і не знаходив його... Замість смерті було світло. Світло, легкість, політ і пахощі. Мені здавалося, що я знайшов нове знання і загублену душу, що була повернута в тіло».

У нашій практиці наполегливе бажання пацієнта нанести собі ушкодження або заподіяти смерть, зустрічається досить часто. Іноді воно набуває досить незвичайних форм. Про те, наскільки своєрідним може бути прояв інстинкту смерті, можна судити з поведінки пацієнта Андрій К., який протягом багатьох років страждає на параноїдну шизофренію. Оскільки медикаментозне лікування виявилось малоефективним, пацієнтові був рекомендований курс електросудомної терапії. Електросудомна терапія допомогла перервати

загострення психозу, нейтралізувати наказові слухові галюцинації і стабілізувати психічний стан пацієнта.

Додаток 1

ПРОГРАМА ТА СТРУКТУРА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ СЕСІЇ НАПРАВЛЕНА НА НЕЙТРАЛІЗАЦІЮ СЛУХОВИХ ГАЛЮЦИНАЦІЙ

(розроблена авторами на основі багаторічного досвіду роботи з пацієнтами хворих на галюцинаторну форму шизофренії та включає 5 ключових етапів)

№ п/п	Вид діяльності	Техніка, що застосовується
1 – й етап	<p>1. Створення контакту і довірливої атмосфери з пацієнтом.</p> <p>2. Фокусування на слухових галюцинаціях та на думках пацієнта.</p>	<p>Активне збирання інформації (тривалість 50 хвилин).</p> <p>Проведення індивідуальної відвертої та довірливої розмови з пацієнтом, під час якої йому задаються ясні і прості запитання:</p> <p>Коли вперше з'явилися голоси? Як часто Ви чуєте їх? Як Ви думаєте, кого голос представляє? Це чоловічий чи жіночий голос, знайомий чи незнайомий, це один голос чи декілька голосів одночасно? Які повідомлення приносять голоси – приємні чи неприємні? Якщо вони неприємні, то які вони?: монотонні, безперервно сварять пацієнта, говорять, що він нікчемний, тупий, злий та негарний, тощо. Чи впливають голоси на Ваше тіло, наприклад викликають біль? Чи віддають голоси накази щось робити, в тому числі погані вчинки або суїцидальні дії? Чи роблять голоси безглузді зауваження, такі як «ця людина твій ворог», «твої думки неправильні» і т.інш. Чи є у Вас голоси які здаються розумними і тому Ви довіряєте їм, розглядаєте їх як дарунок, тому Ви не хотіли б розлучатися з ними?</p>

		<p>Після детального обговорення характеру голосів ми в'ясняємо, як ставиться пацієнт до голосів і що робить коли їх чує, особливо з тими «голосами», які наказують або ображають його, як це впливає на його поведінку.</p> <p>Переконуємо пацієнта, що Він не повинен бездумно виконувати те, що вони йому пропонують, що Він має право на самовизначення і може сказати неприємним голосам, що Він не знаходить їх корисними і не має наміру їх терпіти поки вони погані. Якщо Ви чуєте голоси приємні і дружні, тоді Ви можете розмовляти з ними.</p> <p>Після того, як пацієнти поділилися змістом своїх голосів та отримали поради про те, як поводитись з ними вони відчують себе у безпеці. Така підтримка для пацієнта, який чує голоси є вирішальною, вона позбавляє його від залежності та підвищує впевненість в собі.</p> <p>Кінцевою метою цього першого етапу нейтралізації голосів є підготовка до групової психотерапії. Більшість пацієнтів, які чують голоси, думають, що вони самотні, що це відбувається тільки з ними. Це їх дуже лякає та породжує страх збожеволіти. Цей страх негативно впливає на всі сфери життєдіяльності та гальмує саморозвиток.</p>
2 – й етап	<p>1. Фокусування на позитивних змінах.</p> <p>2. Оцінка змін та їх обговорення</p>	<p><i>Розкриття психологічних ресурсів пацієнта (тривалість 50 хв/лин).</i></p> <p>Проведення групової психотерапії в невеликих групах (5-7 чоловік) в якій проводиться розмова про голоси з іншими пацієнтами, які також чують голоси. Спілкування між пацієнтами, які чують голоси дає можливість поділитися подібними переживаннями, і це є важливий ресурс який допомагає їм прийняти свій голос, нейтралізувати ці переживання та зміцнити впевненість у собі.</p> <p>Контакт з іншими людьми, які також чують голоси, призводить до розуміння, як правильно спілкуватися з голосами, що необхідно вибрати позитивні голоси, слухати тільки їх, розмовляти тільки</p>

		<p>з ними і намагатися зрозуміти їх.</p> <p>Пацієнти, які навчилися справлятися зі своїми голосами і знаходять рівновагу починають вважати голоси частиною себе і свого життя, і вони можуть мати позитивний вплив на них. У цій фазі пацієнт здатний вибирати між порадами, які дають голоси і власними ідеями і може сказати: «Я чую голоси і я задоволений тим, що вони мені кажуть».</p> <p>Обмін досвідом дозволяє також пацієнтам дізнаватися, які ліки зменшують страх та позбавляють від голосів і які можуть бути побічні дії від них.</p>
3 – й етап	<p><i>1. Формування нового погляду на проблему та побудова контакту з голосами.</i></p>	<p>Розвиток особистості (тривалість 50 хв тлин).</p> <p>Майже всі пацієнти, що відчують слухові галюцинації та навчилися пристосовуватися до своїх переживань, повідомляють, що процес навчання сприяв розвитку їхньої особистості.</p> <p>Особистий розвиток визначався як усвідомлення того, що вони могли дізнаватися про наміри голосів, та їхні неприємні сторони. Такі знання допомагали пацієнтам краще підготуватись до наступного приступу голосів, це було для них процесом звільнення.</p> <p>Побудова контакту з голосами допомагає мінімізувати загальне почуття безпорадності. Особливо важливо, щоб пацієнти впевнились, що вони можуть встановлювати обмеження голосам і утримувати їх від надмірного нав'язування.</p>
4 – й етап	<p><i>1. Прийняття та визнання голосів.</i></p>	<p>Теоретичне обґрунтування голосів (тривалість 50 хв тлин).</p> <p>Пацієнти, що чують голоси самостійно шукають причини виникнення їхніх голосів. Особистий підхід до розуміння причин виникнення голосів може бути корисним, навіть у цих випадках, якщо вони корінним чином будуть відрізнятися від інших поглядів (медичних, психодинамічних, містичних, парапсихологічних) на їх виникнення. Приймавши одну із моделей розвитку голосів у пацієнта, з'являється пояснююча теорія, яка полегшує побудову</p>

		<p>стосунків з голосами та розробку стратегії пристосування до них. І це є одним із самих важких і вкрай важливих кроків. Заперечення голосів не приводить до успіху.</p>
5 – й етап	<p><i>1. Розуміння в родині</i></p> <p><i>3. Оцінка змін та їх обговорення</i></p>	<p>Розуміння в родині (тривалість 50 хв/лин).</p> <p>Дуже корисним є наявність знань про голоси у членів родини і друзів. Якщо у родичів та друзів є розуміння, що реальною проблемою є не стільки голосові галюцинації, скільки невміння справлятися з цими переживаннями, вони можуть надати велику підтримку, що полегшує життя пацієнтам, зміцнюючи їхнє почуття впевненості в собі: <i>«коли я був занурений в слухові галюцинації, я особливо потребував точки опори в цьому світі, і повинен сказати, що сім'я і друзі були для мене такою опорою. Сім'я і друзі були тими людьми, куди я завжди міг повернутися і переконатися, що я дійсно звичайна людина».</i></p>

ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Saha, S.; Chant, D.; Welham, J.; McGrath, J. (2005). «Систематичний огляд розповсюдженості шизофренії». PLoS Medicine. 2 (5): e141.
2. Кузнецов В.М., Чернявський В.М. Психіатрія. — К., 1993.
3. Юнг К.Г. Психологія dementia praecox. 2003.
4. Auditory Hallucinations in Schizophrenia: The Role of Cognitive, Brain Structural and Genetic Disturbances in the Left Temporal Lobe (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2525988/>) - Kenneth Hugdahl, Else-Marie Løberg, Karsten Specht, Vidar M. Steen, Heidi van Wageningen, and Hugo A. Jørgensen. Front Hum Neurosci. 2007; 1: 6. Published online 2008 Mar 28. Prepublished online 2007
5. The Etiology of Auditory Hallucinations in Schizophrenia: From Multidimensional Levels - (<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnins.2021.755870/full>) Xu Shao, Yanhui Liao, Lin Gu, Wei Chen and Jinsong Tang, Front. Neurosci., 11 November 2021, Sec. Brain Imaging Methods, Volume 15 – 2021.

Навчальне видання

**Гнатишин М. С.
Серебреннікова О. А.
Короліщук Н.В.**

**РОЛЬ СЛУХОВИХ ГАЛЮЦИНАЦІЙ В ЖИТТІ
ПАЦІЄНТІВ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ.
ЩО РОБИТИ?**
Методичні рекомендації

Редактор і коректор: Гнатишин М.С.
Комп'ютерна верстка: Гнатишин М. С.

Підписано до друку 18.03.2024.
Формат
Друк типографний.
Тираж 300 пр.

