

Заклад вищої освіти «Український католицький університет»

Факультет наук про здоров'я

Кафедра психології та психотерапії

Магістерська робота

Особливості сновидінь пацієнтів з тривожно-депресивним розладом в умовах стаціонарного лікування

Виконала: студентка 6 курсу, групи ЗПП21/М

спеціальності (053) Психологія освітньої

програми “Клінічна психологія з основами

психодинамічної терапії”

Гринишин Наталія Олександрівна

Керівник: кандидат психологічних наук,

асистент кафедри психології та психотерапії

Маріанна Станіславівна Компанович

Рецензент: доктор психологічних наук,

професор кафедри практичної психології ЛДУ ВС

Католик Галина Вікторівна

Львів 2023

Реферат

Особливості сновидінь пацієнтів з тривожно-депресивним розладом в умовах стаціонарного лікування: 75 с., 3 ч., 0 табл., 11 рис., 2 дод., 62 джерел.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: ЕГО-СЦЕНАРІЙ, КЛІНІЧНИЙ ПСИХОАНАЛІЗ, СИМПТОМ, СНОВИДІННЯ, СНОВИДНЕ-ЕГО, ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИЙ РОЗЛАД

Дослідження особливостей сновидінь пацієнтів з змішаним тривожно-депресивним розладом в умовах стаціонарного лікування виступає одним з способів побудови кращого розуміння структури й особливостей переживань пацієнтів в ході формулювання стратегії психотерапевтичного лікування, а також прогнозування динаміки психотерапевтичних інтервенцій. Поза тим, в межах україномовної наукової дискусії представлена обмежена кількість саме нарративних досліджень змісту сновидінь та особливостей її тлумачення в контексті симптоматики тривоги й депресії. Відтак, метою представленого дослідження було виявити ключові мотиви і змістові патерни сновидінь пацієнтів, що мають симптоми змішаного тривожно-депресивного розладу.

В роботі здійснено якісне напівструктуроване дослідження контент-аналізу серій сновидінь двох груп. Досліджувану групу склали пацієнти, що проходили лікування в межах стаціонару Комунального некомерційного підприємства Львівської обласної ради “ЛОК ПСИХОНЕВРОЛОГІЧНИЙ ДИСПАНСЕР” Стаціонар №1 - 10 осіб, що мали симптоми тривожно-депресивного розладу більше 4 тижнів. Отримані результати порівняли з контрольною групою, до якої ввійшли 10 осіб, у яких симптоми тривоги й депресії не були клінічно вираженими на момент обстеження. Матеріал сновидінь було зібрано в обох групах з використанням плану опрацювання сновидіння У.Філліпса (модифікація М.Компанович). Для формулювання вибірки також було використано методики: Госпітальна шкала тривоги й депресії (HADS); Торонтська шкала алекситимії TAS-26.

В результаті проведеного дослідження вдалось виокремити такі тенденції: симптоми тривоги й депресії впливають на динаміку трансформаційних патернів сновидного-Его та Его-сценаріїв, зокрема, в звужені стратегій до переваги занепаду й дезорганізації.

В отриманих результатах вдалось встановити повторювані тенденції, мотиви та патерни на обмеженій досліджуваній вибірці, отриманих результатів недостатньо для встановлення чітких закономірностей, адже вони не підлягають узагальненню через високий рівень вираження контекстуальної суб'єктивізації.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ СНОВИДІНЬ ПАЦІЄНТІВ В КОНТЕКСТІ ЛІКУВАННЯ ЗМІШАНОГО ТРИВОЖНО- ДЕПРЕСИВНОГО РОЗЛАДУ	8
1.1. Дослідження змісту сновидінь в контексті клінічного психоаналізу.....	8
1.2. Сновидіння як спосіб опрацювання захворювання	12
1.3. Особливості та клінічна картина перебігу змішаного тривожно- депресивного розладу	20
1.4. Теоретична модель дослідження	27
Висновок до першого розділу	29
РОЗДІЛ II МАТЕРІАЛИ ТА ПРОЦЕДУРИ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	31
2.1. Етапи дослідження	31
2.2. Методи дослідження	32
2.3. Досліджувана та контрольні групи	35
2.4. Опис процедури аналізу даних.....	36
2.5. Емпіричні гіпотези дослідження	37
Висновок до другого розділу.....	38
РОЗДІЛ III ДИСКУСІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ	39
3.1. Загальні закономірності емоційного відреагування на сновидіння в контексті симптоматики тривоги й депресії.....	39
3.2. Сновидіння як виразник самоствалення до хвороби	50
3.2.1 Основні контекстуальні патерни сновидінь пацієнтів з симптомами тривоги й депресії: смерть та втрата близьких людей	54
3.3. Дискусія результатів	56
ВИСНОВКИ	60
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	62
ДОДАТКИ	69

ВСТУП

Інтерес до природи й специфічного значення сновидінь виник в людей по всій території земної кулі ще задовго до появи існуючих клінічних та психодинамічних теорій сновидінь. Академічним визначенням психофізіологічного явища сновидіння прийнято розглядати сон як спосіб звернутись до систем пам'яті, що активують позасвідомі емоційні хвилювання особистості, які можуть бути частково пов'язані з досвідом актуального або минулого переживання денного життя, що відтворюються уві сні в афективно заряджених візуальних образах. Сновидіння пов'язане з переглядом, реорганізацією та безпечним способом репетиції ким ми є в нашому денному житті (Schredl, 2000). Звертаючись до твердження К. Юнга висловленого в есе “Про природу сновидінь”, ключові сновидіння життя відображають частину особистості, яка ще не повністю виникла, але перебуває в процесі становлення. Лакофф та колеги називають цей феномен корінними метафоричними снами, які виражають основні екзистенційні проблеми сновидця (Knudson, 2006).

Дослідження наративу ключових сновидінь пацієнтів, що мають симптоми змішаного тривожно-депресивного розладу в клінічній практиці та перебувають на стаціонарному лікуванні, слугує добрим інструментом для розширення клінічного та психодинамічного матеріалу, актуального для розбудови терапевтичного й клінічного розуміння переживань пацієнтів, побудов стратегії та прогнозу ефективності терапевтичного й медичного лікування в довготривалій перспективі.

Аналіз та інтерпретація сновидінь слугують ефективно доведеним терапевтичним інструментом не лише в межах довготривалої, а й короткотермінової терапії для дослідження центрального конфлікту переживань пацієнта в швидких термінах, а інтерпретація символічної сцени, що розгортається в сновидіння створює безпечну площину доступу до реінтеграції витіснених переживань, що підвищує інтеграцію особистості, саморозуміння і самосприйняття, відтак зменшення важкості клінічної симптоматики (Schredl,

2000), орієнтованої на формування стратегії терапевтичної роботи з пацієнтами в межах стаціонару.

Мета дослідження полягає у виявленні ключових мотивів і змістових патернів особливостей сновидінь пацієнтів, що мають симптоми змішаного тривожно-депресивного розладу.

Об'єктом дослідження є сновидіння пацієнтів із змішаним тривожно-депресивним розладом, а **предметом** - значимі сновидіння пацієнтів, що проходять лікування в стаціонарі із змішаним тривожно-депресивним розладом.

Завдання дослідження:

- здійснити аналіз основних клінічних та психодинамічних прикладних підходів до опрацювання й походження сновидінь;
- обґрунтувати доречність використання наративного підходу до аналізу сновидінь як потенційних клінічних даних;
- проаналізувати ключові змісти сновидінь в межах психодинамічної парадигми й відокремити вагомі з них особливості прояву ознак змішаного тривожно-депресивного розладу в сновидіннях;
- порівняти прояви трансформаційних Еґо-патернів сновидінь пацієнтів, що мають ознаки змішаного тривожно-депресивного розладу з контрольною групою досліджуваних, в яких не відзначали цих симптомів.

Гіпотези дослідження:

Гіпотеза 1: домінуючі, переважно негативно забарвлені, переживання як складові тривоги й депресії суттєво впливають на відгук про емоційне забарвлення сновидінь й знаходять відображення в символах: катастрофізації, тривоги, провини, втрати й самопошкодження.

Гіпотеза 2: симптоми тривоги й депресії впливають на динаміку трансформаційних патернів сновидного-Еґо та Еґо-сценаріїв, зокрема в звужені стратегій до переваги занепаду й дезорганізації.

Гіпотеза 3: в сновидіннях пацієнтів знаходять відгомін особливості самоставлення до хвороби й прогнозу щодо можливого одужання.

Дизайн дослідження: якісне напівструктуроване дослідження контент-аналізу сновидінь, включаючи такі **методики**:

- План опрацювання сновидіння У.Філіпса (модифікація М.Компанович) (*Додаток Б*);
- Госпітальна шкала тривоги й депресії (HADS);
- Торонтська шкала алекситимії TAS-26.

Група досліджуваних: пацієнти, що проходили лікування в межах стаціонару Комунального некомерційного підприємства Львівської обласної ради “ЛЬВІВСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПСИХОНЕВРОЛОГІЧНИЙ ДИСПАНСЕР”. Стаціонар №1 - 10 осіб, що мали симптоми тривожно-депресивного розладу більше 4 тижнів (у кожного пацієнта зібрано серію з 5 сновидінь)

Контрольну групу склали 10 осіб, у яких симптоми тривоги й депресії не були клінічно вираженими на момент обстеження (у кожного досліджуваного зібрано серію з 5 сновидінь)

Кожен з учасників дослідження був ознайомлений з інформованою згодою на участь в дослідженні (*Додаток А*)

РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ СНОВИДІНЬ ПАЦІЄНТІВ В КОНТЕКСТІ ЛІКУВАННЯ ЗМІШАНОГО ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНОГО РОЗЛАДУ

1.1. Дослідження змісту сновидінь в контексті клінічного психоаналізу

Здійснюючи огляд теорій сновидінь, дослідники сьогодення зупинились на розподілі за такими ключовими ознаками: структурно-біологічні та функціональні, обидві з яких активно застосовуються в клінічній практиці. Більшість сучасних теорій сновидінь побудовані на основі синергії експериментальних досліджень нейрофізіології, психіатрії та нейропсихоаналізу або ж альтернативних когнітивних теоріях (Brown, Donderi 1986). Беручи до уваги, що предмет нашого дослідження, а саме сновидіння за визначенням дослідників, зокрема Глакмана, є виключно суб'єктивним психічним досвідом, який важко піддається психометричній оцінці, в роботі здійснено акцент на аналізі наративу сновидінь пацієнтів з тривожно-депресивним розладом як психодинамічного інструменту в межах клінічної практики. Досліджуючи матеріал сновидінь пацієнтів в клініці, згідно з твердженням Хілл, можливо отримати доступ до патологічних когнітивних схем своїх клієнтів (Hill, 1996), а зміст сновидінь відображає еволюцію Я-концепції пацієнтів, механізмів психічного захисту, основних конфліктів та реакцій перенесення (Glucksman, 1988).

Звертаючи увагу на результати серії нейропсихологічних досліджень, висновки яких інтегровані в клінічну практику, підтверджені такі характерні принципи творення сновидіння: люди бачать сновидіння в фазі швидкого сну або як прийнято стверджувати в (REM-сні), що полягає у збудженні ланцюгів переднього мозку за рахунок активації ретикулярної активуючої системи мосту та середнього мозку. Крім того відбувається селективна активація потиличної, тім'яної та лімбічної областей разом зі збудженням холінергічних нейронів та пригніченням норадренергічних та серотонінергічних нейронів (Agargun, 2003). Таким чином, отримавши дані про нейроанатомічну основу сновидінь, з'явилась

потреба в побудові дослідницького місту між нейроанатомією і когнітивними виявами.

Для формування спільного дослідницького поля між нейропсихологічним та психодинамічним підходом ряд дослідників, зокрема Солмс, звернулись до прикладного застосування ефективності вивчення феноменології сновидінь в межах психодинамічного підходу, таким чином фокус останніх досліджень в межах нейропсихології сновидінь був зосереджений на підтвердженні або спростуванні моторної теорії сновидінь за Фройдом (Boeker, Hartwich, Northoff 2018). Згідно з основним твердженням Фрейда, сон характеризується пригніченими ендогенними потягами, які активують (або активуються) бажаннями, що зазвичай провокують рухову активність, відтак Фройд розглядав процес творення сновидіння як можливість галюцинаторного виконання бажань без залучення рухової активності, реалізуючи це за посередництвом цензури. Уточнюючи дію цензури, необхідно наголосити на сенсорній реалізації бажань, що походять з несвідомого під дією регресії (перетворення ідеї на чуттєвий образ) без залучення моторної активності, якщо остання вмикається, тоді відбувається психоз (Freud, 1900). Апелюючи до цього аргументу щодо подібності психозу й сновидінь, згідно з результатами отриманими Гобсоном, процес творення образу сновидіння можна спробувати порівняти з деліріозними й психотичними станами, виокремлюючи їх когнітивні властивості (галюцинації, дезорієнтацію, конфабуляцію та амнезію). Таким чином Гобсон приписав психотичні особливості сновидінь до постійного вивільнення дофаміну без норадреналінергічної, серотонінергічної та гістамінергічної модуляції в межах діяльності швидкого сну (Hobson, 2009).

На основі нейропсихологічних тверджень, запропонованих Солмзом та колегами, можемо окреслити загальний принцип мозкової діяльності у творенні сновидіння, згідно з яким творення образів у сновидінні, пов'язане з активацією діяльності окремих клініко-анатомічних ділянок мозку, що дозволяє творити чергування альтернативних образів сновидіння (Solms 1997, Yu 2001). Беручи до уваги результати досліджень Солмза 1995-1997 та Ю 2001-2006, згідно з

якими сновидіння активно генеруються нейронною схемою, яка з'єднує мезолімбічно-дофамінергічний шлях (ураження якого спричиняє неможливість спати, й відповідно бачити сни, а також отримувати задоволення від романтичних переживань вентромезіально-орбітофронтальну кори, і інферомезіального скронево-лімбічного шляху, як наслідок широкої дезактивації лобової звивини (Solms 1997, Yu 2001).

В свою чергу творення образу сновидіння реалізується за допомогою трьох механізмів регресії:

1. регресія розвитку від логічного, стриманого, дорослого мислення до нелогічного, егоїстичного, дитячого (у зв'язку з динамічною взаємодією між лобовою опуклістю та базальною частиною переднього мозку (Yu, 2016);
2. часова регресія, що включає в себе спогади-спалахи і конденсацію раннього досвіду (у зв'язку з активністю в інферомезіальних скроневиx областях (Yu, 2001);
3. топографічна регресія від префронтальної моторної активації до екстрастріальних візуальних галюцинацій (Yu, 2001). Останній механізм Фройд описував у своїй моторній теорії сновидінь, проте без специфікації нейроанатомічного підґрунтя.

Досліджуючи зміст сновидінь в клінічній практиці також необхідно з'ясувати поширеність схожих наративів, зокрема повторюваних символів у сновидіннях людей незалежно від часової чи культурної приналежності в межах загальної популяції поза контекстом окремої вибірки, дослідниця Ю К зробила ретроспективне узагальнене дослідження, аби емпірично перевірити типові характеристики сновидінь, притаманні загальній людській популяції на основі аналізу наративів сновидінь, що створило передумови для створення опитувальників з визначення змісту сновидінь. В сучасній практиці вдалось підтвердити тезу З. Фрейда про наявність типового змісту сновидінь, які трапляються в майже кожній культурі. Відтак поширеність деяких тем сягає 90% в межах однієї етнічної групи. Проте існує відмінність у переживанні

символічного досвіду сновидіння, наприклад переживання вбивства й переслідування далеко за межами індивідуального досвіду, зокрема в культурах з жорстким політичним режимом, такі змісти сновидінь зустрічались частіше, особливо в пошкодженні й загибелі Его-сновидця. Також люди з різним культурним походженням мають не тільки схожу схильність бачити певні теми сновидінь, але й схожу схильність не бачити певні теми сновидінь, а також було виокремлено тенденцію щодо повторюваності типових тем сновидінь в різні часи і в різних культурах, згідно з цією тенденцією формування наративів сновидінь регулярно зміщується в бік певної та обмеженої групи тем (Yu, 2016).

Загальним висновком на основі ретроспективи досліджень є те, що більшість наскрізних тем сновидінь практично не змінилося з часів З.Фрейда, незважаючи на часову модернізацію. Ці узагальнення частково можна пояснити аргументами М. Солмза щодо активності мезолімбічно-дофамінергічної системи в сновидінні, яка відповідає за відчуття задоволення в тому числі в сновидінні, саме тому сновидіння центровані переважно на егоїстичній проблематиці - отримання сексуального задоволення, перемоги в боротьбі, наявність вищого статусу і т.д. Саме тому люди в сновидіннях загалом тяжіють до афективних переживань, а не інтелектуальної діяльності (наприклад, вирішення арифметичних задач у сновидінні) зважаючи на зменшення активності префронтальної кори під час сновидіння (Solms, 1995).

Досліджуючи проблематику суб'єктивної інтерпретації сновидінь в клінічній практиці, Хобсон апелює до аргументів запропонованих в дослідженні Грін та Светс щодо точно "чистоти" тлумачення звітів про сновидіння, згідно з їх основним твердженням, експериментатор може тільки покладатися на суб'єктивне сприйняття сновидіння і в результаті фіксації матеріалу сновидіння не маємо жодної незалежної перевірки того, що сновидець "насправді" пережив суб'єкт. Попри те, отриманий суб'єктивний досвід можна систематизувати за допомогою опитувальників. Перш за все, при розпитуванні про конкретний зміст сновидіння, експериментатор повинен

уникати будь-яких зауважень або невербальних сигналів, які могли б вплинути на переказ змісту сновидіння досліджуваним (Karim, 2010)

Згідно з актуальними даними, більшість провідних психотерапевтичних напрямів імплементували в свої клінічні практики аналіз сновидінь пацієнтів для прогнозування динаміки розвитку розладу в клінічній й терапевтичній парадигмах як ефективний досвід. В цьому підрозділі здійснено акцент саме на нейрологічних основах виникнення механізму сновидінь та його ключові детермінанти.

1.2. Сновидіння як спосіб опрацювання захворювання

В межах психоаналітичного дискурсу сновидіння в клінічній практиці можна розглядати як індикатор трансформацій внутрішнього предметного світу пацієнта, тобто індикатор так званих структурних змін у ході аналізу. Ці трансформаційні процеси пов'язані із симптоматичними змінами, але виходять далеко за їх межі. Під структурними змінами мається на увазі розкриття несвідомих психічних структур і механізмів несвідомих психічних структур і механізмів, які визначають поточне психічне функціонування, вирішення проблем, людські стосунки, афекти та задоволеність життям. Структурні зміни дозволяють пацієнтам вирішувати психічні та психосоціальні конфлікти в поточних життєвих ситуаціях більш адаптивними коупінгами і таким чином, підвищують якість життя (Fischmann, Russ, 2013).

Переглядаючи погляди Фрейда щодо теорії виконання бажань у сновидіннях, механізму цензури, а також психічних захистів як “спотворення” змісту сновидінь, Юнг розглядає сновидіння як спонтанно створену картину поточного стану психіки у вигляді символів. З цього випливає висновок, що дослідницькі погляди Юнга заклали підвалини розгляду наративу сновидінь, зважаючи не лише на символічний зміст, а в більшій мірі на роль й участь сновидчого Его, сформувавши переважну основу емпіричних досліджень сновидінь (Jung, 1971). В реконструкції емпіричних досліджень теорій сновидінь дослідники припускають, що категоричний розподіл теорії Юнга та Фрейда

недоречний в рамках сьогодення, адже дає можливість доповнювати ці теорії одна одною (Levin, 1990). Юнг також розглядає саме компенсаторну функцію сновидіння до домінуючих установок, які діють в стані неспання. Теорія Юнга підкреслює прозору і творчу природу сновидінь, які розглядаються як пряме, природне вираження актуального стану психіки. Явний зміст сновидінь не є фасадом, призначеним для обману, і згідно з Юнгом, латентний зміст не має функції обману цензури описаної Фройдом. Юнг розрізняв об'єктивні тлумачення сновидінь (тобто, пов'язуючи елементи сновидіння з чимось або кимось, хто є частиною зовнішньої реальності сновидця) і суб'єктивні (пов'язуючи елементи сновидіння з самим сновидцем елементи сновидіння з самим сновидцем, включаючи його особистість). Юнгіанці вважають, що образ сновидіння можна інтерпретувати обома запропонованими шляхами, але схильні підкреслювати їх суб'єктивне значення (Pesant, Zadra 2010). Першим кроком в юнгіанській інтерпретації сновидінь є вивчення контексту сновидіння в житті індивіда. Описуючи своє життя наяву у зв'язку зі сновидінням, сновидець надає інформацію, яка допомагає терапевту направити його до точної інтерпретації, згодом терапевт шукає посилення образів сновидіння. Хілл описує три рівні ампліфікацій: особистісний, культурний та архетипний. Особистісні ампліфікації полягають в отриманні асоціацій сновидця, пов'язаних зі сном (думки, почуття і спогади), щоб дослідити зв'язки з життям сновидця (Hill, 1996).

В дослідженні Роеслера підтверджено погляд Юнга щодо проблематики інтерпретації сновидінь на суб'єктивному рівні, зокрема, розглядаючи сновидіння не тільки шляхом аналізу його окремих елементів, аналізу чи символічного рівня сновидіння, а надаючи особливу увагу виміру сценічної взаємодії між елементами в сновидінні, особливо, відносинами сновидного Его з іншими фігурами і елементами в сновидінні, а також ступенем активності (залученості та позиції) сновидного Его стосовно елементів канви сновидіння (Roesler, 2020). Юнг розрізняє "суб'єктивний" і "об'єктивний" рівні тлумачення сновидінь. У першій перспективі фігури та елементи сновидіння інтерпретуються як такі, що представляють частини або якості особистості

сновидця (особливо конфліктні частини, тобто комплекси), тоді як в об'єктивній перспективі вони розглядаються такими, що представляють осіб або сутності, що існують в реальності. Отже, юнгіанська інтерпретація сновидінь фокусується на відносинах сновидного Его (тобто фігури у сновидінні, яка переживається сновидцем як "Я", психоаналітично представляючи Его-свідомість) з іншими фігурами у сновидінні, що дає вказівку через образи на здатність его справлятися з емоціями, імпульсами і комплексами (будучи представленими в цій символічній формі уві сні), і силою его-свідомості (Jung, 1971).

В роботі застосовано метод структурного нарративного аналізу сновидінь, який на відміну від аналізу сновидінь в процесі терапії, не бере до уваги вплив контрперенесення аналітика на зміст сновидіння, а також його тлумачення в контексті динаміки терапії, не беручи до уваги проходив сновидець курс терапії, а також аналіз окремих деталей з життя пацієнта. Аналізуючи наратив - основний дослідницький фокус здійснюємо на описаних в дослідженнях Ройслера загальних патернах "Его-поведінки" у сновидіннях таких як:

- відсутність сновидного Его (сновидець просто спостерігає сцену, ніби дивиться фільм і не бере активної участі в сновидінні);
- сновидне Его переживає загрозу (піддається нападу чи пораненням, втікає від загрози й переслідування, почує себе безсилим. Також сновидне Его може бути вбитим чи самотійно померти, у деяких випадках вбивство вже сталося, і его сновидіння описують як мертве тіло, що присутнє в сцені сновидіння);
- сновидне Его зіштовхується з викликом чи завданням поставленим іншою фігурою, яке принципово має виконати (дуже часто це сні про провалені іспити, а перевага в завданні на боці антагоніста);
- сновидіння про рух і динаміку (біг, політ на літаку і т.д) у цьому патерні особливу увагу надають (Его має можливість успішно рухатись, долає перешкоди чи навпаки, паралізоване);
- сновидне Его у взаємодії з іншими об'єктами (особливості встановлення / уникнення стосунку) (Roesler, 2020).

Значно рідше зустрічаються сновидіння трансформації сновидного Его (наприклад, в ході психотерапії або вагомих подій з життя), такі сновидіння характерні появою рятівника чи супутника, що допомагає сновидному такі сновидіння часто супроводжуються негативним емоційним забарвленням (Jung, 1981).

В межах постфродівських психоаналітично орієнтованих теорій тлумачення сновидінь визначені такі трансформаційні зміни: зокрема, Кляйн вважала, що сновидіння - це просто несвідомі фантазії, що виникають під час сну і зазвичай виходять або з параноїдально-шизоїдної, або депресивної позиції розвитку людини (Meltzer, 1984). Згідно з цією теорією, уві сні сновидець часто бореться із загрозливими та/або переслідуючими образами (якщо тільки вони не є всемогутніми або ідеальними), характерними для параноїдально-шизоїдної позиції, або зі смутком, втратою і почуттям провини (реакція на агресію сновидця і бажання знищити ці об'єкти), що вважаються проявом депресивної позиції. Сновидіння використовуються кляйніанцями для того, щоб допомогти пацієнту пропрацювати свої найглибші параноїдальні страхи, просунути в депресивну позицію, де починається любов, репарація та диференціація починають відбуватися, або за межами цієї позиції - до самоінтеграції (Kavaler, 1987).

Віннікот стверджував, що "простір сновидінь" сам по собі є інтрапсихічно аналогічним "перехідному простору" характеризуючи як внутрішній світ дитини, так і внутрішній світ матері. Простір сновидінь - це "психічна область, в якій процес сновидіння актуалізується в емпіричну реальність" (Alperin, 2004).

Досліджуючи сновидіння пацієнтів в клінічній практиці Когут виділив дві категорії сновидінь: сновидіння виразники латентного невербалізованого змісту, а також сновидіння про власний стан.

У сновидіннях про власний стан - "Я" зображується як таке, що знаходиться на порозі дезорганізації або в стані дезорганізації, а також в стані нерівноваги. Це зображення характеризується тенденцією до внутрішньої втрати рівноваги через надмірну стимуляцію, падіння самооцінки, або загрози розпаду

"Я", в цьому контексті реакція "Я" варіюється від фрагментації та паніки до легких змін настрою. Когут вважав, що такі сни були спробами більш здорового аспекту "Я" відновити відчуття рівноваги через візуальні образи (Ornstein, 1987). Згідно з Когутом (1977), сновидіння про власний стан частково можна порівняти зі сновидіннями дітей або осіб, які страждають на травматичний невроз або лихоманку, і, отже, асоціації з образами в цих сновидіннях не розкривають прихованого сенсу "в кращому випадку вони дають нам подальші образи, які залишаються на тому ж рівні що й явний зміст сновидіння". Істотний сенс сновидінь про власний стан розкривається через метафоричне розуміння їх явного змісту, а не класичним аналізом асоціацій (Ornstein, 1987).

Здійснивши огляд серій клінічних досліджень сновидінь, Шредл та інші виокремили такі загальні особливості змісту сновидінь пацієнтів, що страждають на депресію: зниження частоти згадування змісту сновидінь, коротший "сценарій" сновидіння, в змісті сновидінь фігурують згадки про буденність, сни малозабарвленні, підвищено мазохістичні та тривожні, а також часто описані пацієнтами як кошмари (Schredl 2009). Пацієнти з важкими симптомами депресії значно гірше запам'ятовують сновидіння, а також їх сновидінням характерний "притуплений афект" (Armitage, 1995), в той час як пацієнти, що страждають на депресію з меншим рівнем клінічного ураження, частіше бачать негативно емоційно-забарвлені сновидіння ніж здорові люди та пацієнти, що мають розлади інших регістрів, зокрема, шизофренію (Cartwright, 1992).

В межах клінічної практики в роботі з сновидіннями пацієнтів з діагностованим тривожно-депресивним розладом необхідно враховувати вплив вживаних пацієнтом антидепресантів на дофамінергічну активацію, адже типовими симптомами депресії пов'язаними зі сном прийнято вважати: інсомнію, труднощі з засинанням, фрагментацію сну, завчасне ранкове прокидання, зниження частоти очних рухів (REM-ритм), важкість під час прокидання, підвищену щільність REM-ритмів, негативне забарвлення змісту сновидінь (Tribl, Wetter&Schredl, 2013). В дослідженні Нофзінгер підтверджено, що підвищена щільність REM- ритму під час швидкого сну, корелює з з більш

інтенсивними негативними когніціями та афектами (Nofzinger, 2013). Ризик суїциду при депресії та REM-ритми: у осіб, які намагалися покінчити життя самогубством, спостерігали більш тривалий період засинання, меншу тривалість швидкого сну і нижчу кількість дельта-хвиль у пізній нічний час, ніж у здорових людей. Особи, які не робили спроб самогубства, порівняно з тими, хто намагався, мали менший час і активність у другому періоді швидкого сну, але більшу кількість дельта-хвиль у четвертому періоді. Кешаван та колеги довели, що пацієнти з суїцидальною поведінкою мали значно збільшену активність і час швидкого сну як в цілому за ніч, так і в першому періоді швидкого сну. Стосовно зв'язку між частотою кошмарів та ризиком до суїцидальної поведінки дослідження Агаргун підтвердили гіпотезу про те, що пацієнти з частими кошмарами, особливо жінки, мали вищі середні бали за суїцидальною субшкалою SADS і були більш схильні до суїцидальної поведінки, ніж інші. Тансканен та колеги на основі дослідження вибірки загальної популяції довели, що особи з більшою часткою негативних сновидінь у другій половині ночі, і чий REM-ритми аномально скорочені, більш схильні до суїцидальної поведінки (Agargun 2003).

Згідно з твердження Трайбл та колег майже всі відомі антидепресанти впливають на кількість й тривалість фази швидкого сну, а також загалом мають сильний вплив на запам'ятовування сновидінь та їх зміст. Більшість трициклічних антидепресантів збільшують загальний час сну та зменшують час пробудження після початку сну, тоді як багато селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну мають протилежну дію (Vemmel 1997) У психотерапевтичних умовах зміст сновидінь корелює з результатом терапії, до прикладу, розлучені пацієнти з депресією, які частіше “сценічно” переживали втрату партнера у сновидіннях, вибудували кращі коупінг-стратегії та мали кращий прогноз до одужання, на противагу цьому у розлучених жінок з депресією в змісті сновидінь яких переважали мазохістичні ознаки та відсутність образу партнера був гірший прогноз для одужання (Trenholme, Cartwright & Greenberg 1984). Навіть після шести місяців ремісії і відсутності

тривалого застосування психотропних препаратів (не менше 6 місяців) у змісті сновидінь пацієнтів переважали такі ознаки: широке негативне забарвлення, посилення ворожості до змісту сновидінь й персонажів у них, перевага неживих об'єктів, сновидче Его зазнало нищення й загибелі, часовий фокус на минулому (Nauqi, 1976). Картврайт та колеги в лонгітюдному дослідженні довели значення емоційно-регулюючої функції сновидінь, зокрема, вони стверджували, що поява негативно забарвлених маніфестних сновидінь у пацієнтів на початку хвороби, дає кращий прогноз стосовно майбутньої ремісії ніж у пацієнтів з депресією, що бачили менше сновидінь, таким чином, поява негативно забарвлених сновидінь є одним з ключових маркерів розвитку депресивного розладу (Cartwright 1993).

Тривога та сновидіння: дослідження Пікард-Деланд та колег підтвердили, що особи, які частіше бачать кошмари уві сні мають вищий рівень особистісної тривожності, а також наявність зв'язку між рекурентними кошмарними сновидіннями та підвищеним рівнем особистісної тривожності (Picard-Deland, 2018). Вищий рівень генералізованої тривожності впливає на тривалість звіту про сновидіння, а також підвищує ймовірність запам'ятовування й відтворення змісту сновидіння. В дослідженні Ю підтверджено, що надмірна тривога перед сном, а також переживання страху покращує запам'ятовування змісту сновидіння (Rimsh, Pietrowsky, 2020). Вищий рівень тривожності вдень (пов'язаної з характерним хворобливим станом) відображається на частоті виникнення повторюваних кошмарів уві сні, змісту сновидінь характерне дисфоричне забарвлення, більш негативний емоційний фон, ворожість, агресія, підвищений рівень конфліктності та негативізму, наявності більш насильницьких емоцій у сновидіннях (наприклад, смутку або гніву) та більшої частоти агресивних дій, спрямованих на того, хто сновидить (сновидче Его зазнає загрози), сновидець частіше зазнає невдачі та кривди (Brown, Donderi 1986). Характерні ознаки змісту сновидінь осіб з підвищеною особистісною тривожністю, а також тривожним станом зумовленим розладом: частіше зустрічаються знайомі пацієнту людські персонажі, що виконують роль антагоністів до сновидця, а також окремі різним чином пошкоджені кінцівки

людського тіла, згідно з твердженням Робінс та колег зміст кошмарів часто корелює з надмірною сексуалізацією та еротизацією, а також частотою зміни сцени у сновидінні (Rimsh, Pietrowsky, 2020). Дослідивши сновидіння умовно-здорової вибірки, Демачова та колеги довели, що тривожні переживання вдень, а також клінічно незначний рівень особистісної тривожності практично не відображається на змісті сновидінь (Demacheva, Zadra 2019).

Стосовно коморбідності тривоги й депресії та їх вплив на зміст сновидінь: Огайон та колеги підтвердили високий рівень коморбідності між тривогою, розладами настрою та повторюваними кошмарами, особливо серед жінок. Зокрема, часті нічні кошмари підвищують ризик суїциду, а також загалом знижують рівень психічного благополуччя та пов'язані з підвищеним рівнем генералізованої тривоги, підвищеним рівнем депресії та дистимії. Сновидіння пацієнтів з вираженими симптомами тривоги й депресії відрізняються вищою агресивністю і більш частими агресивними взаємодіями у сновидіннях ніж дружніми, більш негативним афектом і нижчою негативною емоційністю, генералізацією кількістю мертвих, уявних або нереальних персонажів і фігур (Rimsh, Pietrowsky, 2020).

Отже, враховуючи згадані компоненти можемо виділити суб'єктивно "спотворюючу" дію сновидіннь з точки зору наявності об'єктивного чинника - змішаного тривожно-депресивного розладу, що слугує вагомим компонентом при контент-аналізі сновидінь пацієнтів і формування досліджуваної групи.

1.3. Особливості та клінічна картина перебігу змішаного тривожно-депресивного розладу

В історії нозології розладу, починаючи з уявлень Крепеліна, який вважав тривогу фундаментальною частиною всіх психічних хвороб і тому не вважав її самостійним розладом (Shorter, 2013) тривога й депресія були відокремленими як окремі розлади з 1980 року, в тому числі в зв'язку з активним розвитком психофармакології. Щодо диференційної діагностики сьогодення, згідно з даними ВООЗ, тривожно-депресивний розлад входить до категорії розладів з

найнижчою точністю в діагностованні, а також відповідністю симптомів, таким чином, в МКХ-11 перегляду класифікаційна система продовжує включати діагностичну категорію субсиндромальної, коморбідної тривоги та депресії, яка перенесена з розділу тривожних розладів до розділу депресивних розладів і, відповідно, перейменована на "змішаний депресивний та тривожний розлад". На відмінно від МКХ -10, нова кваліфікація вказує на те, що генералізований тривожний розлад (ГТР) та змішаний тривожно-депресивний розлад не повинні діагностуватися при наявності депресивного епізоду (окрім панічних та фобічних розладів). Ще однією проблемою в межах диференційної діагностики є різна тривалість симптомів, а саме, депресивний епізод може бути діагностований через 2 тижні, в той час як тривалість симптомів тривоги при ГТР становить 6 місяців в DSM-5, а в МКХ-11 тривалість симптомів ГТР знову ж таки передбачає щонайменше декілька тижнів, в дослідженні Зайболд та Марі доведено, що пацієнти з змішаним тривожно-депресивним розладом з тривалістю тривоги від 2 тижнів до 3 місяців, матимуть стільки ж порушень працездатності та суїцидальних думок, як і пацієнти з більшою тривалістю переважаючих симптомів тривоги, відповідно доречними до розгляду стають аргументи, щодо зменшення необхідності очікування в діагностуванні (Ziebold, 2019)

Концепція змішаного тривожно-депресивного розладу в МКХ-11 становить значний відхід від МКХ-10 (Всесвітня організація охорони здоров'я, 1992), яка вказує на те, що генералізований тривожний розлад (ГТР) та змішаний тривожно-депресивний розлад не повинні діагностуватися при наявності депресивного епізоду (такого правила виключення для панічних або фобічних розладів не існує). Це узгоджується з добре встановленим перекриттям і співіснуванням депресивних і тривожних симптомів (наприклад, Goldberg et al., 2012, Simms et al., 2012, Zbozinek et al., 2012). Однак, практичний ефект сучасних класифікаційних систем полягає в тому, що вони перешкоджають виявленню та лікуванню значних тривожних симптомів, коли вони співіснують з депресивними розладами. Включення ЗТДР в МКХ-11 та кваліфікатор "виражені

симптоми тривоги в афективних епізодах" для кодування співіснування тривожних та депресивних симптомів в МКХ-11 (Paykel et al., 2012; World Health Organization, 2018) покликані вирішити цю прогалину. Пропозиція щодо включення ЗТДР в МКХ-11 була представлена фокус-групам фахівців первинної медичної допомоги в семи країнах, і було отримано сильну згоду і підтримку щодо його включення в діагностичну систему для первинної медичної допомоги (Lam et al., 2013).

У 2018 році опубліковано нову Міжнародна класифікація хвороб МКБ-11, що включає «змішану депресію та тривожний розлад» (6A73: MDAD), позначений як розлад настрою. Цей розлад визначається симптомами як тривоги, так і депресії, що виникають більше двотижневого періоду, і жоден набір симптомів, розглянутих окремо, не є діагностичним порогом для будь-якого розладу. Однак, як стверджується в дослідженні Шевлін та колег, станом на 2021 рік жодне дослідження не перевіряло достовірність цих рекомендації на загальній вибірці населення. Врахувавши демографічні предиктори, а також результати соматизації та функціональних порушень, згідно з результатами дослідження Шевлін, було запропоновано розглядати змішаний тривожно-депресивний розлад як супутню симптоматичну групу, яка згідно з методом Голдернберга, виступає моделюванням суміші факторів для перевірки критеріїв МКХ-11 для діагностики ЗМТДР. Зважаючи на отримані результати, Шевлін та інших активного поширення набуває дискусія про неможливість виведення категоріального класу який був би субсиндромальним як для тривоги, так і для депресії, тому рекомендують розглядати їх як клас коморбідних захворювань, який представляє затвердження як тривоги, так і депресії. Адже для цього класу розладів - симптоми виражаються на вищому діагностичному рівні, порівняно з групами «тривоги» та «депресії» і має високий рівень функціональних порушень і соматизації (Shevlin, 2021).

Окресливши найважливіші показники, які беруть до уваги під час аналізу нових підходів до діагностики згідно з МКХ-11 варто виділити такі відмінності з ДСМ-5 та МКХ-11: менша увага при діагностованні приділяється симптомам

тривоги, якщо вони тривають менше 6 місяців - для встановлення діагнозу, в той час як депресивний епізод може бути діагностованим в ході двох тижнів. Попри те, в багатьох пацієнтів поруч з депресивним епізодом зберігаються вагомні симптоми тривоги, які вносять суттєві зміни в клінічний статус і загалом серцевину переживань пацієнтів, що впливає на оцінювання суїцидального ризику пацієнтів, перспективу позитивного прогнозу лікування в клініці, а також відмінності в підході до лікування (Goldberg, 2017). Як запропоновано в останній класифікації МКХ-11 (Психічні й поведінкові розлади): тривожну депресію варто розглядати важливою формою депресивного епізоду в загальній медичній практиці, що діагностується, коли в пацієнта підтверджуються вимоги як для поточної тривоги, так і для депресії, використовуючи ту саму вимогу щодо тривалості 2 тижні для обох. Згідно з отриманими результатами Голдбергом і Фосеттом (2012) підтверджена тенденція, що депресія яка супроводжується тривогою має вищий рівень суїцидальності, а перебіг хвороби менш чутливий до лікування, в свою чергу в пацієнтів фіксують вищий рівень соматичних скарг (Goldberg, 2012). Відповідно до запропонованої МКХ-11 під час діагностування депресивний епізод також вимагає тривалості 2 тижні і підлягає діагностуванню за умови виключення симптомів тривоги (Goldberg, 2014).

В дослідженні Голдберг (2012) проаналізовано дані попереднього діагностування згідно з старими класифікаціями виясвивши наявність високого рівня кореляції між симптомами тривоги й депресії і домінування діагнозу тривожна депресія з вищою частотою ніж діагноз супутні розлади генералізованої тривоги й депресії (тривалість симптомів більше 6 місяців) (Goldberg, 2012). Згідно з результатами дослідження Кесслера і колег, коротша тривалість тривоги може слугувати прогностичною ознакою подальшого погіршення стану на рівні з тривалістю симптомів більше 6 місяців (Kessler 2005). Беручи загальні статистичні висновки у Великій Британії 20.3% лікарняних відпусток спричинено саме тривожним розладом, в той час як на депресивний припадає лише 8.2% (Das-Munshi et al, 2008). Барлоу та колеги в 2000 році проаналізувавши серію досліджень стосовно ефективності

медикаментозного лікування депресії відзначили тенденцію, що деякі види антидепресантів успішно працюють з симптомами як депресії, так і тривоги, що дало підставу для розгляду можливої спільної етіології виникнення цих симптомів (Barlow, 2000). Ряд монозиготних близнюкових досліджень підтвердили генетичну сприйнятливність генералізованого тривожного розладу й депресії (Allgulander, 1992). В сімейному кейсовому дослідженні Тирер наведено дані про спільну генетичну схильність не так до тривоги й депресії як загалом до розладів невротичного спектру (Tyter, 1992) Кларк та Ватсон пояснили це твердження спільною моделлю ядра невротичних розладів, що характеризується переважанням: почуттям неповноцінності та відкинення, деморалізації, невпевненості, генералізованого афективного дистресу, що притаманний для обох депресивного та тривожного розладів. Проте, ці синдроми відрізняються специфічними якостями такими як психофізіологічне гіперзбудження та панічні атаки, що відносяться до кластиру тривоги та ангедонія і відсутність позитивного афекту для депресії. Ряд досліджень стверджують про вплив фактору загального дистресу, що також присутній у багатьох пацієнтів без специфічних симптоматичних включень таких як - особистісні риси, яким також властивий високий рівень спадковості (Clark&Watson, 1991). На основі клінічних досліджень Тирера субгруп пацієнтів з тривожним та депресивним розладом, а також змішаним тривожно-депресивним розладом, висловлене твердження, що симптоматику досліджуваних пацієнтів можна розглядати як загальний невротичний синдром, що виражається первинно в перевазі тривоги й депресії за умови якщо:

- риси тривоги й депресії виникають в ході життя не досягаючи вираженого симптоматичного рівня;
- є маніфестними в ключових життєвих подіях;
- часто асоціюються з сімейною історією (члени сім'ї мають схожу симптоматику або тип реагування на критичні ситуації);
- виникають на основі стійких особистісних рис, які загострюються під час переживання фактору загального дистресу (Tyter, 1992).

В межах цього синдрому тривожний та депресивний розлад може маніфестувати появою панічних атак або стійким патологічно високим рівнем тривоги, що спричиняють вагомий дистрес в соціальному й внутрішньо психологічному житті (переживання самих себе), а також ці симптоми часто недосягають рівня специфічного діагнозу. Деякі з пацієнтів схильні розвивати депресивний чи тривожний розлад в довготривалій перспективі, навіть незважаючи на схожий тип реагування до лікування в загальній вибірці (Barlow, 2000).

Згідно з отриманими результатами в дослідженні Шевлін (вибірка у віці від 18 до 61 років, усіх категорій освіти та працевлаштування, в яких фіксували симптоми розладів, але вони проходили постійне лікування в межах денного стаціонару) відсоткова перевага частково належала симптомам тривоги 11.3% над 10.3% симптомам депресії. Щодо гендерного диференціалу частіше симптоми депресії відзначали у жінок 13.7% у чоловіків 6.2%. При цьому коефіцієнт коморбідності симптомів для обох груп становив 7.1%. Стосовно впливу негативного досвіду дитинства - одна третя з досліджуваної вибірки відзначає відсутність таких подій в життєвій історії, у 17.8% - одна подія, 13.6% - дві, 9.7% - три, 24.0% чотири і більше події. Стосовно значущості травматичного досвіду в дорослому житті менше третини досліджуваної вибірки 29.8% відзначали відсутність травматичних подій, 17.6% - одна, 14.9% - дві, 10.8% три, 27.0% чотири та більше (Shevlin, 2021).

Досліджуючи проблематику соматизації та її коморбідності при тривозі й депресії Спінговен та колеги (1997) використали шкалу соматизації SCL-90 для перевірки зв'язку з симптомами депресії та тривоги та встановили такі результати: тривога має вищий коефіцієнт зв'язку з соматизацією ніж депресія, що частково може бути протрактована вищим рівнем "фізіологічних" проявів тривоги ніж депресії, проте, обидва кластери симптомів мають високий рівень зв'язку з соматизацією (Spinhoven, 1997).

Щодо профайлу особистісних рис та схильності до розвитку тривожно-депресивного розладу в дослідженні Фарнам і колег, на базі лікарні де проходили лікування пацієнти з змішаним тривожно-депресивним розладом в фазі

загострення симптоматики, було підтверджено домінування в профайлі пацієнтів таких рис за Великою п'ятіркою: нейротизм, інтроверсія та низький рівень згідливості. Також в дослідженні Фарнам висловлене суперечливе твердження про необхідність відокремлення особистісних рис від підбору медикаментозного лікування (Farnam, 2011).

Загальні особливості фармакотерапії змішаного тривожно-депресивного розладу. В підборі до стратегії фармакотерапії важливим компонентом є здійснення диференційної діагностики між генералізованим тривожним розладом, великою депресією, а також біполярним розладом першого та другого типів, що має високий рівень коморбідності з обома кластерами синдромів і часто може маскуватись, а також беручи до уваги, високу схильність до узалежнень від психоактивних речовин в досліджуваній групі. В стратегії підбору лікування спектру тривоги для “неважких” випадків перевага надається прийому бензодіазепінів (алпразолам, вілазодон та похідні) для створення мосту лікуванням з антидепресантами, а також атипичного антипсихотика кветіапіну. З боку антидепресантів: перевага надається в виборі селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (СИЗС) при лікуванні депресії й спектру коморбідних тривожних розладів, частим в клініці слугує використання есциталопраму та флуоксетину (Sheehan, 2007). При гіпоманіакальних станах зустрічається використання атипичного антипсихотика - ламотрину (особливо при коморбідних розладах, наприклад, біполярний) (Zavodnick, 2012)

Рекомендації щодо використання арипіпразолу в уніполярній змішаній терапії, у випадку якщо пацієнт із тривогою / розладом настрою, який не відчувається належним чином і має дозвіл на терапію біполярного розладу або має бути біполярний компонент. Арипіпразол добре підходить для пацієнтів з біполярним змішаним станом тривоги/депресії, особливо під очікування позитивної дії ламотрину, сюди також належить оланзапін. У випадку наявності у пацієнта компонента ОКР, а також схильність до маніакальних станів розглядається застосування рисперидону (Wu, 2021). Щодо застосування трициклічних антидепресантів при лікуванні компоненту тривоги й

депресії, доведена їх неефективність за наявності у пацієнта постравматичного розладу. ТЦА особливо корисні пацієнтам із функціональними больовими синдромами, такі як синдром подразненого кишечника, фіброміалгія та невропатичний біль, ймовірно, внаслідок ефектів блокади норадренергічного зворотного захоплення, а також покращують сон (Coplan, 2015).

Важливим фактором, який необхідно окреслити в межах нашого дослідження - особливості імунного реагування та їх вплив на психоемоційний стан як складова причин розвитку тривоги й депресії в експериментальному дослідженні проведеному на мишах (стимуляція виникнення в останніх симптомів тривожно-депресивного розладу внаслідок соціального стресу) дані дослідження стверджують, що тривалий психогенний емоційний соціальний стрес спричиняє в мишей негативну імунну відповідь: глибокі порушення для всіх гілок імунітету, змінюючи загальну резистентність і гуморальний і клітинний імунітет, порушуючи проліферацію і апоптоз в імунокомпетентних органах (тимус і селезінка), отже, посилює процеси онкогенезу. Зміни спостерігаються на всіх рівнях імунної системи: центральний лімфопоез (вилочкова залоза, кістковий мозок), в периферичний відділ (селезінка), циркулюючий лімфоцит басейну (крові, лімфовузлів) і клітинного метаболізму, що свідчить про розвиток важких імунних дисфункцій. Для перевірки гіпотези дослідження була здійснена спроба корекції психоемоційного стану мишей антидепресантами та нейрорептиками, що спричинило суттєве покращення їх стану, зокрема, антидепресанти покращують психоемоційний стан тварин і призводять до підвищення імунітету, ніж пряма стимуляція імунної системи. Таким чином, необхідно враховувати комплексну дію факторів при підборі лікування, адже ця модель враховується при фармакологічній корекції, з одного боку, змішаний тривожно-депресивний розлад, а з іншого - психогенний імунодефіцит, що розвивається в рамках цього захворювання (Kudryavtseva, 2019)

Отже, проаналізувавши наявний теоретичний матеріал необхідно здійснити акцент в першу чергу на зміну клінічної парадигми погляду на обидва досліджуваних у роботі компоненти тривожний та депресивний, а також коморбідні

до них. Важливим є відокремлення психогенної компоненти, що спричинили появу симптоматики, зробивши акцент на тому, що спираючись на сучасні дослідження виділити первинну першочерговість психогенного й ендогенного факторів все ще неможливо без уникнення надмірної суб'єктивізації. Відтак, за основу до розгляду прийнято вважати перспективу, що враховує комбінацію всіх чинників в контексті індивідуальних клінічних кейсів.

1.4. Теоретична модель дослідження

Беручи до уваги, що предмет нашого дослідження - сновидіння за визначенням дослідників, зокрема, Глакмана є виключно суб'єктивним психічним досвідом, який важко піддається психометричній оцінці, в роботі здійснено акцент на аналізі наративу сновидінь пацієнтів з тривожно-депресивним розладом як психодинамічного інструменту в межах клінічної практики. Проаналізувавши теоретичний матеріал, що заклав основи дослідження, була виведена гіпотеза про необхідність аналізу вагомих сновидінь життя досліджуваної групи, зважаючи на два фактори: вагомі сновидіння життя вибрані в контексті років хвороби й допомагають зрозуміти історію переживання пацієнтів і їх вплив на хід захворювання, а також в контексті розвитку (зростання й спадання симптоматики). В контексті поставленої мети дослідження сновидіння про актуальний стан неможливо зібрати в межах клінічно досліджуваної вибірки в Психоневрологічному диспансері, внаслідок вживання ліків, що суттєво погіршують зібрання матеріалу сновидіння, так як пацієнти практично не запам'ятають їх та мають проблеми з відтворення внаслідок медикаментозного лікування (*Рис 1.4.*).



Рис 1.4. Теоретична модель дослідження

Таким чином, на основі теоретичної моделі були визначені основні дослідницькі гіпотези про вплив розладу на структуру й основні сценічні елементи вагомих сновидінь пацієнтів в ході захворювання (включаючи також ремісію) та були виведені основні дослідницькі гіпотези.

Висновок до першого розділу

Здійснивши ґрунтовний аналіз проаналізованого теоретичного матеріалу необхідно підсумувати основні концепти на які здійснено акцент, а саме, метою роботи є розгляд процесу сновидінь як індикатора структурних змін психічного життя пацієнта в клінічній й психодинамічній перспективах в контексті наявності симптомів змішаного-тривожно депресивного розладу в довготривалій перспективі для побудови майбутнього прогнозу щодо клінічного й

терапевтичного втручання. Загальні клінічні особливості сновидінь пацієнтів, що мають симптоми тривожно-депресивного розладу мають такі загальні характеристики: труднощі з засинанням, пригадуванням й запам'ятовуванням матеріалу сну, суттєве зниження якості сну й тривалості REM сну. Також важливим компонентом, який необхідно враховувати, що більшість проти тривожних препаратів і антидепресантів вносять суттєвий вплив на зміст сновидінь на що також необхідно здійснити акцент в методології дослідження. Загальні особливості змісту сновидінь пацієнтів з симптомами змішаного тривожно-депресивного розладу: відрізняються вищою агресивністю і більш частими агресивними взаємодіями у сновидіннях, ніж дружніми, більш негативним афектом і нижчою негативною емоційністю, більшою кількістю мертвих, уявних або нереальних персонажів і фігур (Rimsh, Pietrowsky, 2020). З боку компоненти депресії навіть після шести місяців ремісії і відсутності тривалого застосування психотропних препаратів (неменше 6 місяців) у змісті сновидінь пацієнтів переважали такі ознаки: широке негативне забарвлення, посилення ворожості до змісту сновидінь й персонажів у них, перевага неживих об'єктів, сновидче Его зазнавало нищення й загибелі, часовий фокус на минулому (Hauri, 1976), поява негативно забарвлених сновидінь є одним з ключових маркерів розвитку депресивного розладу (Cartwright 1993).

В контексті психодинамічної парадигми концептами прийнятими за основу до розгляду в роботі є погляд Когута на сновидіння як спосіб опрацювання захворювання, адже істотний сенс сновидінь про власний стан розкривається через метафоричне розуміння їх явного змісту, а не класичним аналізом асоціацій, а також вагомий акцент здійснено на теорію Ройслера (інтерпретація поглядів Юнга) сновидіння пацієнтів з тривожно-депресивною симптоматикою виражаються у патернах “Его-поведінки” таких як: відсутність сновидного Его, сновидне Его переживає загрозу, загибель Его, сновидне Его зіштовхується з викликом чи завданням поставленим іншою фігурою, яке принципово має виконати сновидіння про рух і динаміку (біг, політ на літаку і т.д) у цьому патерні особливу увагу надають (Его має можливість успішно

рухатись, долає перешкоди чи навпаки, паралізоване); сновидне Еґо у взаємодії з іншими об'єктами (особливості встановлення / уникнення стосунку) (Roesler, 2020).

Таким чином, за допомогою наративного методу дослідження сновидінь отримуємо можливість дослідити динамічний зв'язок між особистим досвідом сновидіння та культурними формами реакцій на яких цей досвід конструюється. Згідно з Хілманом сновидіння можна тлумачити як сцену або ж загальний контекст ситуації в якій ми досліджуємо сновидіння у даному випадку це проблематика наявності симптомів розладу.

РОЗДІЛ II МАТЕРІАЛИ ТА ПРОЦЕДУРИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Етапи дослідження

Дослідження проводили з листопада 2022 до квітня 2023 року, для реалізації дослідницької мети роботи - а саме, вияскравити особливості прояву симптоматики тривоги й депресії на матеріалі сновидінь пацієнтів з симптомами тривожно-депресивного розладу, для чого було виокремлено дві групи: **досліджувана група** сформована на базі стаціонару Комунального некомерційного підприємства Львівської обласної ради “ЛЬВІВСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПСИХОНЕВРОЛОГІЧНИЙ ДИСПАНСЕР” Стаціонар №1. В ході консультацій з завідувачем стаціонару, учасники до цієї групи були відібраними за ключовою диференційною ознакою - наявність симптомів змішаного тривожно-депресивного розладу. Після ознайомлення з історією хвороби пацієнта, було проведене напівструктуроване інтерв'ю, де у формі вільної розмови про хід захворювання пацієнтів, часовій перспективі і в контексті вагомих життєвих подій в письмовій формі зібрано вагомі сновидіння життя пацієнтів, які снились їм після появи симптоматики, а також в ході лікування й на етапі ремісії. Після цього досліджуванні заповнили кількісні опитувальники з метою визначення рівня вираження алекситимії та рівня вираження симптоматики тривоги й депресії: *Госпітальна шкала тривоги й депресії (HADS) та Торонтська шкала алекситимії TAS-26.*

Метою формування дослідницької групи є окреслення основних повторюваних мотивів сновидінь пацієнтів в контексті домінуючої симптоматики для структурування змісту сновидінь, кращого заглиблення в їх контекст і виокремлення афективної компоненти був використаний опитувальник “План опрацювання сновидіння У. Філіпса (модифікація М.Компанович)” (Додаток Д). Важливим аспектом цієї роботи виступає завдання - порівняти отримані результати з наративами сновидінь отриманими в контрольній групі. **Контрольна група** - 10 респондентів, що погодились надати нам матеріали сновидінь, які наснилися їм в ході життя й мали

найбільший емоційний відгук для досліджуваних. Учасники контрольної групи не мали клінічно визначених ознак тривоги й депресії на момент участі в дослідженні.

2.2. Методи дослідження

1) Напівструктуроване інтерв'ю

Процедура в досліджуваній групі:

В ході проведення інтерв'ю учасникам було запропоновано записати найбільш значимі сновидіння їх життя, покладаючись на схему У.Філіпса, які наснилися пацієнтам після перших проявів їх симптомів, так як більшість опитаних пацієнтів перебували в ремісії, а також лікуються мінімум більше 5 років (стаціонарно й лабораторно). Це дало можливість зібрати динаміку розвитку символізації сновидінь в часовій перспективі.

Також було зібрано дані про самопереживання (самоствалення) пацієнтів в контексті хвороби та перебування на лікуванні в стаціонарі. Для подальшого контент-аналізу сновидінь їх запис здійснювався з допомогою деталізованого плану опису сновидіння У. Філіпса (модифікація М.Компанович), що визначає такі сфери:

- опис сновидіння в теперішньому часі з наведенням його ключових моментів у стислій формі: обставини, персонажі, події, реагування, завершення.
- емоційний фон уві сні та після прокидання, особливості самопереживання уві сні;
- Его-ствалення до подій у сновидінні.

Після інтерв'ю досліджуваним було запропоновано зібрати загальне емоційне враження про образи й деталі переживання сновидіння з використанням Метафоричних асоціативних карт.

2) Опитувальник

Після інтерв'ю обом досліджуваним групам було запропоновано пройти два опитувальники - Госпітальна шкала тривоги й депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) розроблена в 1983 році двома авторами (Zigmond A.S. і

Snaith R.P.). Складається з 14 тверджень, які обслуговують дві підшкали: тривоги й депресії.

Торонтська шкала алекситимії TAS-26 - це інструмент самозвіту з 20 пунктів, розроблений Грацом і Ремером (2004)

2.3. Досліджувана та контрольні групи

Дослідження проводили з листопада 2022 по березень 2023 року, досліджувану вибірку склали 20 осіб віком від 22 до 64 років, з них 12 жінок та 8 чоловіків.

Формування контрольної групи: до контрольної групи увійшли 10 осіб, що погодились регулярно надавати серії сновидінь (кожен надав 5 сновидінь), записаних за опитувальником: *“План опрацювання сновидіння У.Філліса (модифікація М.Компанович)” (Додаток А)*. Також досліджувані заповнили опитувальники *Госпітальна шкала тривоги й депресії (HADS)* та *Торонтська шкала алекситимії TAS-26* - вагомим фактором при формуванні контрольної групи був низький рівень вираження показників тривоги й депресії, а також відсутність вираженого рівня алекситимії.

Формування досліджуваної групи: групу склали 10 пацієнтів, що проходили лікування в межах стаціонару Комунального некомерційного підприємства Львівської обласної ради **“ЛЬВІВСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПСИХОНЕВРОЛОГІЧНИЙ ДИСПАНСЕР”** Стаціонар №1, у кожного було зібрано мінімум 5 сновидінь, які мали найбільше емоційне значення для пацієнтів в контексті їх симптомів.

Вік пацієнтів від 23 до 64 років, тривалість захворювання пацієнтів коливалась від першої маніфестації симптоматики (збереження симптомів від чотирьох тижнів) до хроніфікації з частковою ремісією, зокрема, пацієнти, що хворіють більше 5 років. В дослідженні брали участь чоловіки та жінки. Вибірка будувалась на основі вільної згоди пацієнтів взяти участь у дослідженні за ключовою ознакою - наявність симптомів тривоги та депресії за результатами обстеження лікарем психіатром.

Тенденція до запам'ятовування сновидінь: варто зазначити, що більшість опитаних нами досліджуваних відзначали, що мають труднощі з запам'ятовуванням сновидінь, зокрема, пов'язуючи це з вживанням медикаментів, а також, лише 20% опитаних пацієнтів перебувають у тривалій терапії, де мали можливість систематично аналізувати свої сновидіння, відтак, при формуванні дослідницьких гіпотез, було прийнято рішення - відібрати до аналізу ті сновидіння, які пацієнти вважають найбільш емоційно значущими в контексті їх життя та прояву симптоматики, а також найбільше запам'яталась.

Показники тривоги й депресії в досліджуваній групі: Проаналізувавши результати опитувальника HADS (шкали тривоги й депресії), а також опитувальника Торонтської алекситимічної шкали, було встановлено, що у 30% досліджуваної групи є виражений рівень алекситимії, 50% перебувають у зоні ризику.

Тривога - у 20% опитуваних виявлено субклінічний рівень тривоги, 50% середній рівень важкості симптомів, у 30% відзначають високий рівень тривоги.

Депресія - у 15% опитуваних виявлено субклінічний рівень депресії, 50% середній рівень важкості вираження симптомів депресії, у 35% визначали важку депресію. Варто зазначити, що на результати опитувальників прямо впливають результати медикаментозного лікування, а також час госпіталізації, більшість опитаних пацієнтів не були первинними. Відтак, основним джерелом для формування вибірки є медичне заключення лікаря психіатра.

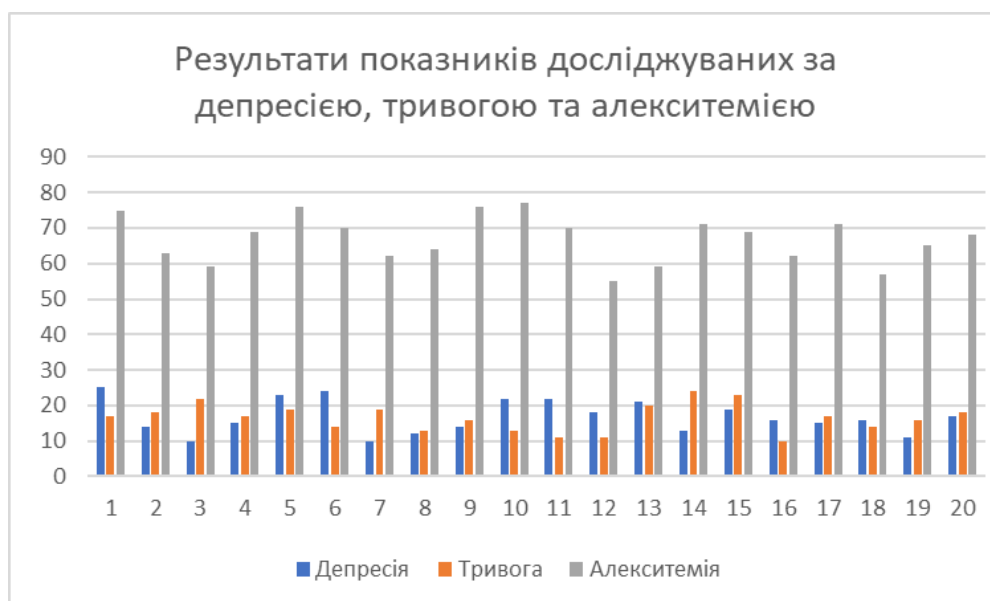


Рис 2.3.1. Показники за шкалами HADS та Торонтської алекситимічної шкали в досліджуваній групі

Показники тривоги й депресії в контрольній групі:

Проаналізувавши результати опитувальника HADS (шкали тривоги й депресії), було встановлено, що у контрольній групі в 10% досліджених субклінічно виражений рівень тривоги, та у 7% субклінічно виражений рівень депресії, сновидіння опитаних нами досліджених з вищим рівнем показників було вилучено з матеріалів дослідження. За результатами опитувальника встановлено, що 30% опитуваних перебувають у зоні ризику прояву алекситемії.

2.4. Опис процедури аналізу даних

Аналіз отриманих даних в ході напівструктурованого інтерв'ю за опитувальником У.Філліпса в роботі здійснено згідно з запропонованою в основі моделі опитувальника схемою, що дозволяє охарактеризувати основні сценічні елементи сновидіння, зокрема, відслідкувати особливості Я-репрезентації досліджуваних через контент зібраних сновидінь за У.Філліпсом, а також відобразити характерні відмінності Его-позиції сновидця в контексті симптоматики тривоги й депресії

Рис 2.4.1 Схема аналізу сновидіння на основі опитувальника У.Філіпса
А також дозволяє відокремити основні патерни, що мають тенденцію до повторення в контексті тривожно-депресивної симптоматики

Рис 2.4.2 Структурна модель аналізу сновидіння за Ройслером 2020 (Roesler, 2020)

Опираючись на теорію запропоновану Ройслером, в роботі здійснено акцент не лише на аналіз повторюваних символів та елементів, а саме на структуру сну (елементи та порядок дій) дозволяють визначити динамічну модель сну (Roesler, 2020).

2.5. Емпіричні гіпотези дослідження

Для перевірки гіпотез дослідження було використано метод контент-аналізу сновидінь на основі методу структурного аналізу за Ройслером (сценарій протагоніста в динаміці сновидіння, трансформаційні Его-патерни), на основі опитувальника У. Філіпса було зібрано дані щодо особливостей емоційних переживань стосовно змісту сновидінь, а також самопереживання в контексті хвороби). Ці дані було поміщено в контекст, враховуючи особливості анамнезу пацієнтів, а також інших деталей (особливості конфліктних переживань, сімейної ситуації) зібраних в межах інтерв'ю.

Гіпотеза 1: Домінуючі, переважно негативно забарвлені, переживання під впливом симптомів тривоги й депресії суттєво впливають на відгук про емоційне забарвлення сновидінь й знаходять відображення в символах: катастрофізації, тривоги, провини, втрати й самопошкодження.

Гіпотеза 2: Симптоми тривоги й депресії впливають на динаміку трансформаційних патернів сновидного-Его та Его-сценаріїв, зокрема, в звужені стратегій до переваги занепаду й дезорганізації.

Гіпотеза 3: В сновидіннях пацієнтів знаходять відгомін особливості самоставлення до хвороби й прогнозу щодо можливого одужання.

Висновок до другого розділу

Таким чином, на основі запропонованої моделі було проведене напівструктуроване якісне дослідження, що складається з двох етапів - 1) проведення інтерв'ю та збору сновидінь пацієнтів, 2) контент-опрацювання зібраного матеріалу за запропонованою схемою аналізу даних (на основі схеми дослідження сновидіння Ройслера і опитувальника Філіпса).

В результаті було зібрано 50 сновидінь пацієнтів, які вони вважали найбільш емоційно вагомими в контексті прояву симптомів тривоги й депресії, а також 50 сновидінь пацієнтів контрольної групи.

Відтак, отримані дані матеріалу сновидінь записані не лише в текстовому варіанті, а за опитувальником Філіпса було категоризовано за запропонованою в роботі емпіричною моделлю (*рис 2.4.1 та рис 2.4.2*).

РОЗДІЛ III ДИСКУСІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

3.1. Загальні закономірності емоційного відреагування на сновидіння в контексті симптоматики тривоги й депресії

З метою перевірки першої гіпотези дослідження про переважання в сновидіннях досліджуваної групи переважно негативно забарвлених переживань під впливом симптомів тривоги й депресії, що суттєво впливають на відгук про емоційне забарвлення сновидінь й знаходять відображення в символах: катастрофізації, тривоги, провини, втрати й самопошкодження, для перевірки цієї гіпотези були проаналізовані самозвіти пацієнтів, щодо емоційного реагування на зміст сновидіння на основі опитувальника У. Філіпса методом контент-аналізу й виокремлення ключових слів, на основі отриманих даних було виокремлено сформульовані нижче ключові тенденції. Серед 20 досліджуваних пацієнтів, після прокидання на кожен сон з серії сновидінь відзначають такі емоції: 16% досліджуваних реагували страхом на зміст пригадуваних сновидінь, 8% не могли назвати свої переживання, що частково можна пояснити високим відсотком рівня алекситимії в досліджуваній групі, 4% реагували на зміст сну тривогою та огидою, 2% реагували позитивно на зміст сну, відчували порожнечу, а також застрягання переживань страху й тривоги, ніби зі змісту сну “неможливо вибратись” (рис 3.1).

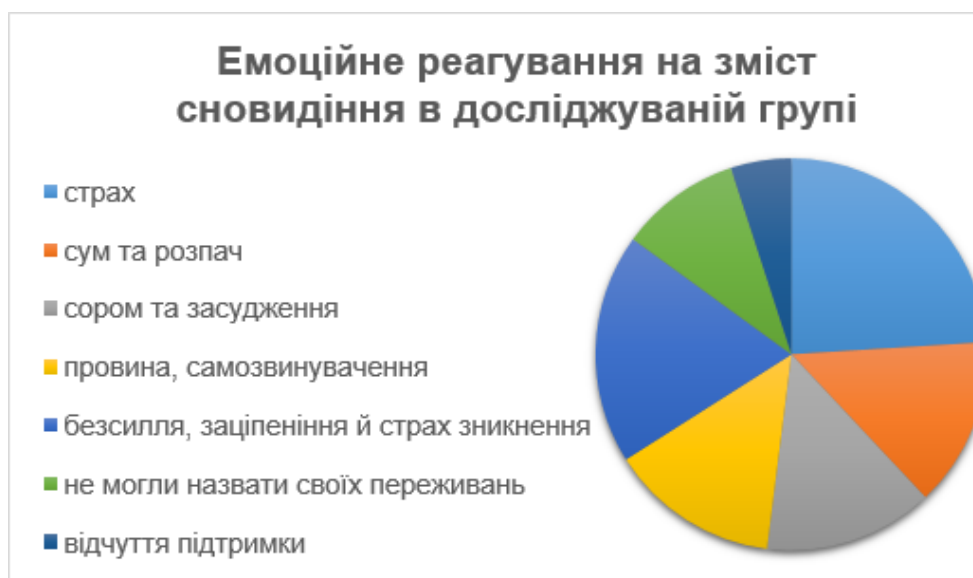


Рис 3.1 Порівняння емоційного реагування на зміст сну після прокидання на основі опитувальника У. Філіпса в досліджуваній та контрольній групах

Для відстежування специфічного емоційного відгуку пацієнтів досліджуваної групи на зміст й символи сновидіння було зібрано дані про емоційні переживання уві сні.

У 23% загальної вибірки відзначали переживання страху до подій сновидіння, ще 14% фіксовано сум та розпач, також 14% відчували сором та засудження, ще 14% відчували провину, самозвинувачення, відчуття власної поганості, показовим у цьому випадку є кейс пацієнта В 28 років, що хворіє на тривожно-депресивний розлад з 2018 року, в контексті осуду пацієнт наводить тематичне сновидіння “суд-гріхів”, яке називає одним з найвизначніших сновидінь свого життя:

Я помираю і потрапляю на суд-гріхів, що нагадує космічну станцію забарвлену білим місячним світлом, ні що у сні не було схоже на реальне, а персонажі більше нагадували грецьких богів, в якийсь момент мені здалось, що я потрапив на колесо сансари. Згодом на космічній станції починає з’являтися багато душ померлих людей і починається суд: хто з якими гріхами, але фактичного судді немає, це відбувається само по собі. Суд ніби відбувається безкінечно у часі, а персонажі є абсолютно

позбавленими мовлення. Я виконую роль пасивного спостерігача (Пацієнт В-28 років)

Незважаючи на те, що пацієнт зазначив, що уві сні він виконував роль пасивного спостерігача, в ході аналізу емоційного відгуку на зміст сновидіння відзначив багато осуду щодо самого себе, а також перенесення цього ефекту на денні переживання, ніби зовнішній суд відбувається над ним самим щодня. Стосовно проблематики провини демонстративним є кейс пацієнтки О, 32 років, у якої симптоми тривоги маніфестували 4 місяці тому на фоні напруженої ситуації в сім'ї, дзеркальною цій ситуації є сцена наведеного пацієнткою сновидіння:

Я готую їжу для всіх в родині, це звичайний обід, але нічого нового, вся сім'я за обідом, а потім раптово всі отруюються і звинувачують мене в цьому (Пацієнтка О - 32 роки).

Також 18% досліджуваних під час сну переживали відчуття безсилля, заціпеніння й страху зникнення, зокрема, прикладом є кейс пацієнтки Б:

....я прогулююсь весняним завітчаним фіолетовою барвою полем, відчуваю на собі теплоту сонечка й, одягнена в легку літню сукенку, раптом бачу, що на мене біжить темна як ніч чорна рогата велика корова, я починаю втікати від неї. Раптом завітчане поле обриває темна, брудна й дуже широка річка, яку я не можу перейти, я просто падаю у річку, німію і не можу навіть плавати, дуже повільно я тону (Пацієнтка Б - 62 роки).

Серед досліджуваної групи 9 % не могли назвати своїх переживань, ще 4% згадували про відчуття підтримки, ці кейси стосувались пацієнтів, які згадували позитивно забарвлені сновидіння, до прикладу кейс пацієнтки М 38 років, що почала хворіти півроку тому, наявність симптомів пояснює гормональними

збоями. Сновидінь практично не запам'ятовує, може відтворити окремі фрагменти:

....я часто бачу повторюване сновидіння про роботу в бухгалтерії, проте, як я виконую методичну ручну роботу, рахую цифри і їм печиво. Навколо гарна весняна погода (Пацієнтка М - 38 років).

Ще 4% згадували про відчуття втрати у сновидінні, зазвичай це сні, що стосувались близьких людей, а також втрати сновидного Его (рис.3.1.2)



Рис 3.1.2. Порівняння емоційного реагування на зміст сну після прокидання на основі опитувальника У. Філіпса в досліджуваній та контрольній групах

Стосовно результатів контрольної групи, 15% опитуваних відзначали відчуття провини стосовно змісту сновидінь, особливо, якщо ці сновидіння було важко відтворити як у випадку досліджуваної О:

... пригадую наснилось, що я маю відповідати на екзамені, до якого я дуже добре підготувалась, і це була моя улюблена викладачка, я відкриваю файл на комп'ютері й починаю підглядати, але раптом замість

мого підготовленого тексту з'являється файл з виступом на стенд-ап і я різко починаю лаятись і кидати масні жарти на всю аудиторію й висміювати університет.. після цього сновидіння було багато провини, що я зробила, щось не так (Досл О - 23 роки)

Велику увагу при аналізі контенту сновидінь ми надали агресивним символам в контрольній групі, зокрема, 15% опитаних відзначали, що робили багато агресивних дій у сновидінні, але це не викликало у них провини після прокидання, а навпаки, вольове піднесення, як на прикладі досліджуваної Х:

.... дуже важко відтворити сон, у цьому сні я поїхала відпочивати у будиночок, але раптом, почались ігри на виживання, люди почали вбивати один одного в лісі, спочатку когось розчавила машина, потім, коли сцена сновидіння змінилась, я почала розуміти, що теж починаю вбивати людей, я не пам'ятаю чи я когось одного вбила чи просто втекла....

Наступне сновидіння серії:мені наснилось, що я розлікую вбивства, а потім сама стаю цією вбивцею... (Досл Х -23 роки)

Емоційний відгук на цю серію сновидінь від досліджуваної Х:

Я почувалась дуже добре, коли прокидалась, так було багато агресії в цьому сні, але мені подобалось, що зі мною все добре.

Ще у 15% контрольної групи виникли труднощі з диференціацією емоцій після сновидіння, зокрема, доречним у цьому випадку є кейс досліджуваної Н:

....Це було темне гніздо маленької птахи. Все було дуже звужено, ніби через мікроскоп, мало тільки чорно-коричневий колір. В гнізді були безпорадні пташки, які тільки вилупились, вони були ще мокрі. Навколо була шкарлупа. Мені точно запам'яталась одна трішки більша пташка, схожа чи то на горобчика, чи пересмішника, чи перепела. Я відчувала себе

цією пташкою, їй було дуже огидно й холодно в цьому сні (Досл Н, 25 років)

Після прокидання стосовно змісту цього сну досліджувана відзначила досить амбівалентний відгук:

...спочатку мені було дуже огидно й холодно бути таким створінням, але, коли я прокинулась, це сновидіння принесло багато теплих відчуттів і переживалось мною як щось знакове...

у 25% відзначали інтерес й здивування, 30% мали позитивні емоційні переживання після прокидання.

Для уточнення впливу перенесення денних переживань на сновидне життя, ми запитали про те, наскільки часто пацієнти фіксують схожі переживання до переживань уві сні і з якими ситуаціями вона пов'язані, та порівняли їх з результатами отриманими в контрольній групі, відтак, встановили такі результати:

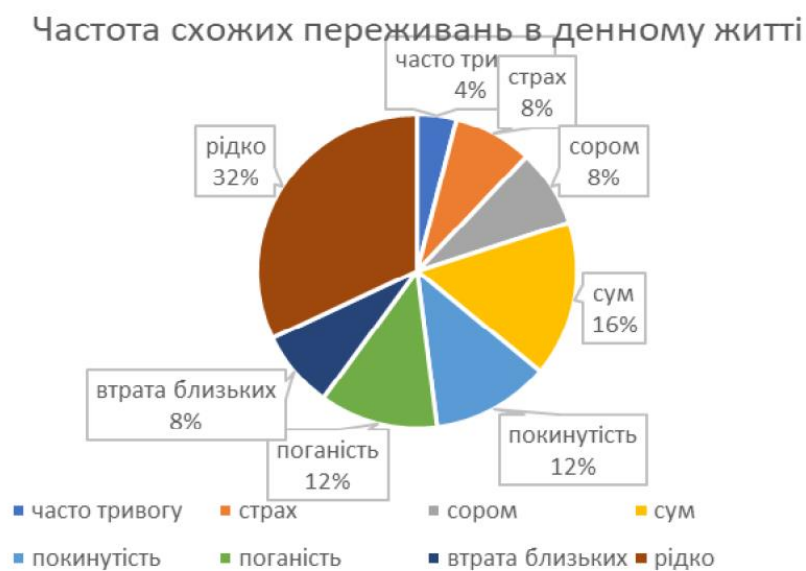


Рис 3.1.3. Перенесення денних переживань на емоційні переживання уві сні на основі опитувальника Філліпса в досліджуваній групі

Згідно з отриманими даними 32% пацієнтів рідко фіксують схожі переживання у денному житті, 12 % мають відчуття покинутості, а також 12% фіксують відчуття поганості, сором 8%, страх 8%, також 8 % мають денні

переживання стосовно втрати близьких, заглиблюючись в особливості інтерв'ю, категоріальними відмінностями є наявність фантазії про смерть живих родичів чи близьких, смерть, що відбулась у минулому часі, а також об'єктивна загроза життю й здоров'ю близької людини, зокрема, через події війни. Наприклад, у випадках пацієнки Д. 56 років, зять якої перебуває на фронті, а також пацієнтки К. 26 років, що має фантазію про можливу смерть бабусі через важку хворобу.

Також пацієнти загалом мають схильність до фантазії про втрату близьких, до прикладу, кейс пацієнтки О, 32 років (сновидіння про смерть сина 5 років на фоні загострення сепараційної тривоги), а також загальну тенденцію до фантазії про смерть рідних осіб, наприклад, кейс пацієнтки Б 59 років про смерть, ще живого батька, що раптово встає з могили та пацієнта А, 50 років, що страждає на рекурентну депресію з 45 років, і має часте сновидіння про смерть батьків.

Стосовно проблематики сновидінь воєнного часу в досліджуваній вибірці лише 4% опитуваних стверджували про вплив дених переживань через війну на зміст їх сновидінь, зокрема, це відображено в кейсі пацієнта С. віком 54 роки, симптоми тривоги зберігались з 2020 року, повторна госпіталізація в лютому 2023, сон повторюваний в ході початку повномасштабного вторгнення:

....я спускаюсь з гори до свого рідного міста, де розташована військова частина і з цієї гори, почуваю себе як на підвищенні, і бачу, що внизу відбуваються військові дії, бігає багато людей, навколо метушня, всі щось несуть, б'ються, є багато зброї. Потім розумію, що це відбувається біля мого дому (Пацієнт С - 54 роки)

Варто також зазначити, що пацієнт проживає поруч з військовою частиною і тривога про можливий обстріл є для нього практично перманентно фоною.

В контрольній групі нам вдалось встановити такі результати: 20% досліджуваної групи зробили на перенесенні страху, та ще 20% відчутті сорому, що часто відображається у схильності програвати в сновидіннях тривожні переживання дня, на прикладі кейсу досліджуваної Ю:

Мені наснився виступ у виставі, яку вони вже давно планували зіграти з колегами, центр Довженка був відтворений в найменших деталях, але раптом я помічаю, що інші актори вдягнуті якось кумедно, в напіврозірваному одязі, і наприкінці, на виставу абсолютно ніхто не приходить...(Досл Ю - 35 років)

Також досліджувана Ю пов'язує зміст цього сновидіння з ймовірними передбаченнями повномасштабного вторгнення - як виразник тривоги про те, що не варто починати нічого нового.

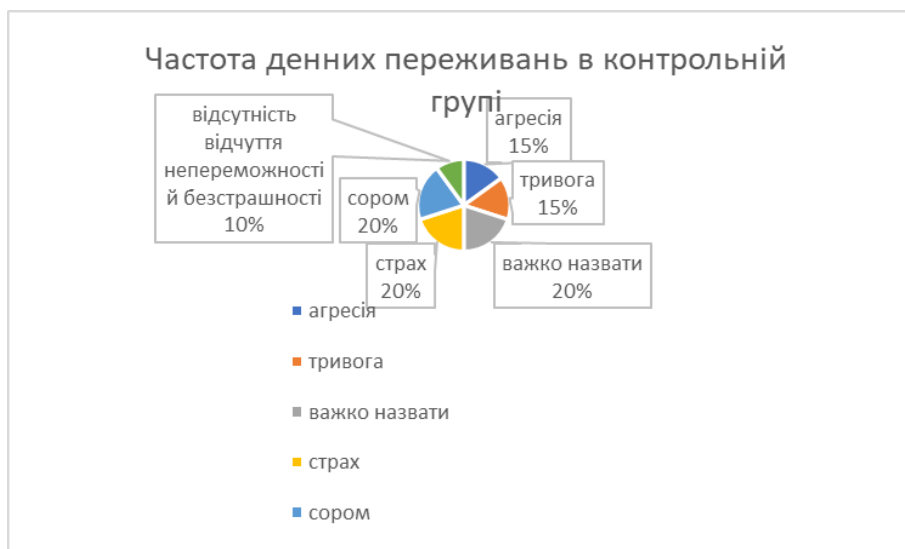


Рис 3.1.4. Перенесення денних переживань на емоційні переживання уві сні на основі опитувальника Філіпса в досліджуваній групі

У 20% контрольної групи встановлено труднощі з називанням власних переживань, 10% відсотків стверджують, що в сновидінні на протипагу денним перебуванням в них з'являється відчуття непереможності й безстрашності, 15% у сновидінні, як правило, виражають залишки невисловлених денних переживань. Зокрема, це відображено в кейсі досліджуваної О, 23 років, що пов'язує наведене нижче сновидіння з постійним страхом зазнати обману на роботі:

...мені наснився будинок моєї бабусі, раптом там з'являється мій керівник, спочатку я бігаю за ним лабіринтом і намагаюсь наздогнати, раптом бачу, як він залізає на другий поверх і кличе мене, туди веде велика драбина, я ступаю і він скидає мене з цієї драбини (Досл О - 23 роки).

Таким чином, нам вдалось здійснити узагальнення емоційного фону пацієнтів стосовно сновидінь у трьох площинах: реагування у теперішньому часі, емоційне ставлення до подій уві сні, та відбиток денних переживань і їх вплив на зміст сновидінь та підтвердити першу гіпотезу дослідження. Проте, вагому тенденцію, яку вдалось виокремити на основі порівнянь групи пацієнтів та контрольної групи в учасників якої не було ознак тривоги й депресії, це частота появи емоційного відгуку стосовно переживання агресії в контрольній групі, яка є основною диференційною характеристикою, адже після прокидання пацієнти стаціонару одразу тяжіють до заглиблення в переживання сорому й провини, практично не дозволяючи агресії знаходити відгук в їх емоційному житті. Наступним вагомим аспектом виступає ступінь афективного навантаження матеріалу сновидінь, адже пацієнти диспансеру описують власні емоційні переживання в застряганні між часом й простором, часом надаючи їм ригідності й константності, й зниження плато загального емоційного фону до негативного полюсу, в той час як в контрольній вибірці спостерігається тенденція до широкого спектру наповнення емоційних переживань в динаміці сновидіння, наприклад, переживання суму й сорому часто змінюється.

Для перевірки другої гіпотези дослідження було використано метод структурного аналізу сновидінь, проаналізувавши домінуючі елементи серій сновидінь, які записали пацієнти. Вагомим фактором, який ми отримали змогу окреслити на основі проаналізованих даних є також особливості Его-позиції в сновидінні.

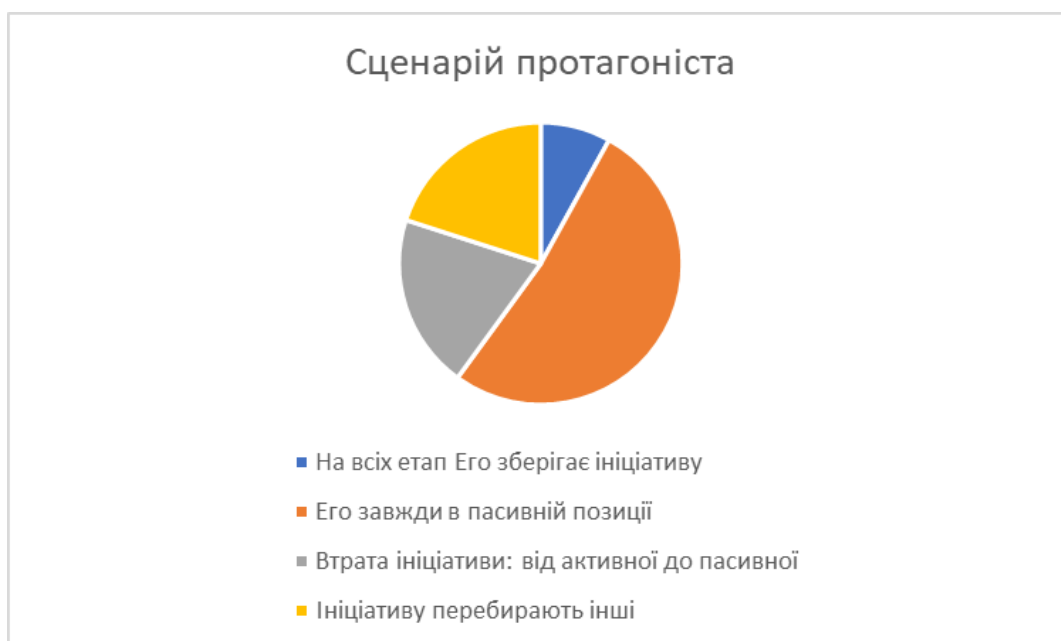


Рис 3.1.5. Сценарій сновидної Его-позиції згідно з Ройслером (Roesler, 2020) в досліджуваній групі

Згідно з отриманими даними на основі контент-аналізу зібраних серій сновидінь та того як пацієнти самотужки визначали своє Его переживання подій уві сні, отримано такі дані: 52% досліджуваних відзначали пасивну позицію, зокрема, в таких площинах: пасивне спостереження, втрата надії, відчуття безсилля та відчаю, відчуття застигання, переживання болю, загибель сновидного Его зокрема, таким чином, пасивно-спостерігальну позицію у сновидінні описує Пацієнтка Д, наводячи приклад повторюваного сну:

Мені сниться рідний будинок, я ніби спостерігаю, як хтось чужий вибиває скло у вікні її будинку, продирається і все краде. Після цього картина змінюється і весь мій будинок зруйнований, в пилюці і закритий плівкою, шиби вибиті..(Пацієнтка Д - 56 років)

Також вагомою є тенденція переходу від активної Его позиції на початку сновидіння до втрати Его ініціативи, що описує 20% досліджуваної групи, відповідний контекст знаходимо на прикладі кейсу Пацієнтки В, що описує зміст сновидіння такою реплікою:

...все починалось добре й погано закінчилось, хотілось аби хтось вигнав цих зомбі, але цього не сталося.

Зміст сновидіння в зміні сцени від активного Его до Его, що застигає знаходимо в описі нижче:

Я знаходжусь в дзеркальному залі своєї школи, але в старшому віці разом зі своїми одногрупниками це нагадує урок балету, але я дуже дивуюсь цьому, бо ніколи не займалась балетом. День погожий і кімната залита рожевим світлом від фіранок, раптом в кімнату вриваються зомбі, або щось схоже на дементорів, і нападають на мене, пригадую, що на цьому моменті я ніби застигаю ... (Пацієнтка В, 25 років)

Наприкладі кейсу Пацієнтки Д можемо виокреслити таку закономірність переходу від активної Его-позиції до загибелі сновидного Его:

...Я прогуляюсь весняним завітчанним фіолетовою барвою полем, відчуваю на собі теплоту сонечка й одягнена в легку літню сукенку, раптом бачу, що на мене біжить темна, як ніч, чорна рогата велика корова, я починаю втікати від неї. Раптом завітчане поле обриває темна, брудна й дуже широка річка, яку я не можу перейти, тоді я просто падаю у річку і німію, не можу навіть плавати, дуже повільно я розумію, що тону (Пацієнтка Д - 56 років)

Ще один із патернів Его-переживання уві сні, що спостерігався у 20% досліджуваної групи є - ініціатива, яку перебирають інші, зокрема, показовим у цьому випадку є кейс пацієнта В, що більше 5 років страждає на тривожний розлад і має труднощі з укладанням романтичних стосунків, в цьому кейсі маємо змогу зустрітись з маніфестарними кастраційними символами у сновидінні:

Я потрапляю на шкільну екскурсію до музею, раптом гублюсь від всіх дітей і не можу знайти свого класу. Розумію, що хочу до вбиральні,

тривалий час блукаю сходами і не можу її знайти, нарешті, я йду помочитись у кутку в музеї, як раптом помічаю, що не маю геніталій. Далі з'являється вчителька і тут я бачу свої геніталії прикріпленими до картини як музейний експонат... (Пацієнт В, 28 років)

Це сновидіння можна розглядати в декількох контекстах, але найвизначнішим є емоційний відгук пацієнта про зміст цього сновидіння: *“що з'явилась жінка, яка відібрала у нього геніталії”*

Схожий кастраційний елемент знаходимо у кейсі пацієнта А, 50 років:

...в мою садибу приходить сусідка, з якою в нас часто виникають конфлікти, сусідка має намір забрати мою садибу й хату для свого молодшого й кращого за мене сина. Коли сцена змінюється сусідка перекидається на стару відьму, я сиджу німичним і кволим в кріслі, а відьма здійснює наді мною ритуал, я ніяк не можу цьому перешкодити (Пацієнт А - 50 років)

Ще у 8% описаної групи сновидне Его постійно зберігає ініціативу, ніколи не втрачаючи суб'єктності - таким є кейс пацієнтки Б згідно з її емоційним відгуком щодо сновидіння про пожежу:

Я з радістю їду до рідного дому, дорога світла, погожий день, раптом сцену сновидіння огортає велике й чорне полум'я, з якого я помічаю, як горить сусідська хата. Я десь знаходжу воду й намагаюсь гасити полум'я, але коли вогонь зникає залишається багато попелу. Потім я довго порпаюсь в цьому попелі... (Пацієнтка Б - 62 роки)

В контрольній групі отримано такі результати: в 40% випадків сновидне Его зберігає ініціативу, в 15% Его в пасивній позиції, в 20% випадків відбувається втрата ініціативи від активної до пасивної позиції, і 15% ініціативу перебирають інші.



Рис 3.1.6. Сценарій сновидної Его-позиції згідно з Ройслером (Roesler, 2020) в контрольній групі

Проте вагомою відмінністю між обома групами, можемо виокреслити те, що в контрольній групі практично не зустрічаються символи загибелі чи пошкодження сновидного Его, а втрату ініціативи чи пасивну позицію виокремлено в стосунковий компоненті, тобто, вагомою відмінністю в кейсах пацієнтів диспансеру є суттєве уникнення стосунків, зокрема, конфліктних, а також суттєве зменшення кількості взаємодії з іншими людьми в межах сновидіння.

Отже, на основі проаналізованих узагальнених тенденцій, можна стверджувати про підтвердження другої гіпотези дослідження: симптоми тривоги й депресії впливають на динаміку трансформаційних патернів сновидного-Его та Его-сценаріїв, зокрема, в звужені стратегій до переваги занепаду й дезорганізації.

3.2. Сновидіння як виразник самоствавлення до хвороби

Для перевірки третьої гіпотези дослідження в ході аналізу сновидінь про власний стан пацієнтів з симптомами тривоги й депресії за основу було обране припущення, висловлене Когутом, стосовно проблематики тлумачення сновидінь про хворобу. Згідно з Когутом (1977), сновидіння про власний

стан частково можна порівняти зі сновидіннями дітей або осіб, які страждають на травматичний невроз або лихоманку, і, отже, асоціації з образами в цих сновидіннях не розкривають прихованого сенсу "в кращому випадку вони дають нам подальші образи, які залишаються на тому ж рівні що й явний зміст сновидіння". Істотний сенс сновидінь про власний стан розкривається через метафоричне розуміння їх явного змісту, а не класичним аналізом асоціацій.

Проаналізувавши також основні трансформаційні Его-патерни за Ройслером (Roesler, 2020) на основі основних припущень про такі динамічні стани сновидного Его: безперервність (Его не зазнає дестабілізації), процес зростання та оптимізації, протилежний до нього - процес спадання, реструкція та інтеграція Его, апробація, фрустрація, адаптація, було отримано такі дані в контексті наявності у пацієнтів симптомів тривоги й депресії у сновидіннях:



Рис 3.2. Трансформаційні Его-патерни за Ройслером (Roesler 2020)

Внаслідок чого можемо прослідкувати загальну закономірність в переважанні процесу спадання як тенденції Его до дезінтеграції, а також переважання фрустрації.

Велику увагу в роботі ми надаємо саме тому як пацієнти самотужки трактують сновидіння в контексті власної хвороби, зокрема, пацієнт В з сновидіння про суд-гріхів називає символічним до власного Его-переживання в стосункових ситуаціях й прямо ідентифікується з символами сновидіння, ще

одне сновидіння є символічним до перспективи власної хвороби, яке він метафорично характеризує в смисловому значенні як *“сєнс цього сновидіння полягає в тому, що я боюсь провалитись у житті”*, відображення цього змісту знаходимо у сцені сновидіння:

Я виходжу на балкон власної квартири після важкої хвороби. до цього був прикованим до ліжка й лежав під крапельницею. В кімнаті були відкриті двері, в які ніхто не заходив. Я піднімаюсь з ліжка, кімната освітлена, а зовні падає дощ. Виходжу на балкон і помічаю, як балкон починає під мною поступово руйнуватись, і я падаю разом з балконом... (Пацієнт В - 28 років)

Класичними також виступають елементи в переживанні тривоги й депресії, які зустрічаємо в контексті фрустрації та дезінтеграції, зокрема, вагомою є тенденція про погіршення емоційного стану пацієнтів після сновидінь, за словами досліджуваних сновидіння тільки підсилюють відчуття фатальності, глибину переживання пустки, підвищують тривогу, а сновидіння про смерть рідних, або загибель Еґо-сновидця часто трактується як *“поганий знак”* і тенденцію до катастрофізації майбутнього.

Проте, вагомим аспектом в аналізі сновидінь про власний стан є пропрацювання невротичних конфліктів, які часто лежать в основі симптоматики пацієнтів і не можуть бути позірно протракованими на маніфестарному рівні, до прикладу, таким є сновидіння пацієнтки О:

Я готую їжу для всіх в родині, це звичайний обід, але нічого нового, вся сім'я за обідом, а потім раптово всі отруюються, і винять в мене в цьому (Пацієнтка О - 32 роки)

в якому зустрічаємо тенденцію до програвання конфлікту в декількох площинах - маніфестарній через розігрування власної поганості, а також невротичній через переживання сім'ї отруйною та отруєною, а також ряд інших символів.

Ще одне відображення невротичного конфлікту знаходимо у сновидінні пацієнтки В, що страждає на більш виражену obsесивно-компульсивну симптоматику, яка проявляється в страху зараження й забруднення.

..мені сняться ракети, які застрягають в повітрі, не можуть впасти, просто нависають над головою. Далі я опиняюсь в квартирі де зараз живу, там є батько, який вже давно переїхав і його друзі алкоголіки, вони багато п'ють, грають карти і кидають масні жарти, насміхаються наді мною. Потім я починаю бачити, як квартиру починає затоплювати вода з труб, я бігаю зі ганчірками і ніяк не можу цьому зарадити, води стає все більше, стіни стають мокрими й покриваються пліснявою (Пацієнтка В - 25 років)

У цьому сновидінні зустрічаємо класично невротичні елементи - батьківська фігура і фігура його друзів, що кидають масні жарти, затоплення як можливий динамічний символ наростання конфлікту і пліснява, що часто відображає зісутість. Важливим також є емоційний відгук пацієнтки, який проявляється в переживанні сорому стосовно батька та його друзів й бажанні якнайшвидше стерти це сновидіння.

В кейсовому аналізі рідко зустрічаємо сновидіння, де пацієнт успішно проходить апробацію і доходить до позитивного прогнозу щодо власного стану. Показовим у цьому аспекті є сновидіння пацієнтки Н 64 років, що перебуває в стаціонарі вперше після смерті чоловіка, яка відбулась 4 місяці тому, зараз у пацієнтки наявність симптомів тривоги й депресії, що не досягають рівня розладу, але пацієнтка схильна до невротичних реакцій в момент переживання втрати близьких людей, саме тому її кейс був обраний до аналізу:

...сниться померлий чоловік, який забирає мене на риболовлю в погожий весняний день, спочатку він дарує мені черевики, які є властиво більш схожі на чоловіче взуття, й відходить далеко від мене, я практично не можу бачити його силуету, раптом сцена сновидіння змінюється, ми підходимо разом до озера, води в якому практично не видно, я бачу заплутану сітку,

на яку мені вказує чоловік і каже, що сітку потрібно розплутати до настання темноти (Пацієнтка Н - 64 роки)

Таким є приклад яскраво манифестного сновидіння, яке за словами пацієнтки каже їй про необхідність “розплутатись”, зокрема, перестати горювати.

Таким чином, беручи до уваги наведені нами аргументи, можна констатувати: в сновидіннях пацієнтів знаходять відгомін особливості самоствалення до хвороби й прогнозу щодо можливого одужання - третя гіпотеза була підтверджена.

3.2.1 Основні контекстуальні патерни сновидінь пацієнтів з симптомами тривоги й депресії: смерть та втрата близьких людей

У сновидінні третини досліджуваних серій сновидінь фігурують символи смерті, частою причиною через втрату близьких осіб, зокрема, особливу увагу надаємо тому, що у 40% відсотках кейсів про смерть близьких осіб вона програється на фантазійному рівні в контексті стосунків батьки-діти.

Варто зазначити, що сновидіння про втрату близьких осіб є досить частими з точки зору аналітичної теорії і не є демонстративними виключно в контексті досліджуваної вибірки. Проте, в межах дослідження вагомим є погіршення та покращення стану пацієнтів після появи символів смерті у сновидіннях.

В кейсі пацієнтки Н, описано сновидіння, що передувало смерті її матері, на момент цього сну пацієнтка не бачила об’єктивних ознак хвороби матері, тому називає це сновидіння символічним стосовно передбачення майбутнього:

... я приходжу на цвинтар і бачу свою тітку, яка стоїть над розкопаною свіжою могилою, ця могила накрита дошкою і для мене очевидно, що вона пуста.... в наступній сцені я бачу фотокартку матері з чорною стрічкою з боку, яка лежить на сусідній могилі (Пацієнтка Н - 64 роки)

За відгуком пацієнтки саме після цього сновидіння в неї з'явилися інтенсивні симптоми тривоги, панічні атаки й загальне соматичне нездужання, тобто цей кейс належить до сновидінь передвісників появи симптоматики у пацієнтів.

Ще одним кейсом про припущення щодо смерті живих батьків у сновидінні пацієнтів є випадок пацієнтки Б, хворіє більше 15 років на тривожно-депресивний розлад, сон наснився два роки тому:

Я знаходжусь на похороні батька, де зустрічаю багато знайомих обличчя родичів і друзів (батько пацієнтки станом на момент сновидіння був живий). Під час співання парастасу батько сідає з гробу, сцена сновидіння змінюється ніби пусту могилу батька розкопують з цвинтаря й перезахоронюють, на місці чужих поховань. До завершення сну я шукаю небіжчика, але це так і не вдається зробити (Пацієнтка Б - 64 роки)

В емоційному відгуку пацієнтки зустрічаємо такі змісти: найбільший страх полягав у тому, аби побачити батька мертвим, пацієнтка переживала багато провини за цю сцену, а особливо, за перезахоронення батька в чужу могилу почувала себе безсиллою. У кейсі пацієнта А, смерть батьків пов'язана з символізмом втрати дому - цитований сон наснився за 2 тижні до потрапляння в стаціонар диспансеру в ході загострення симптоматики депресії:

Я проживаю самотнім в рідному селі, в батьківському будинку, мені точно більше років ніж зараз, переживаю себе шістдесятирічним старим, мої батьки мертві, і тіла їх лежать розкладеними вже досить давно.. (Пацієнт А - 50 років)

Щодо зв'язку з деними переживаннями й переживаннями у сновидінні пацієнт дає коментар проте, що практично щодня переживає страх стосовно того, що хтось може йому щось заподіяти.

Також виділено загальну закономірність щодо переживання власної загибелі пацієнтів у сновидінні, як правило, від фізичного пошкодження (хірургічні операції, катастрофи, смертельні травми, напад тварин і стихій), більшість досліджуваних відзначали, що ці сновидіння пов'язані з високим рівнем тривожних й депресивних переживань вдень і їм важко надати символічного значення. Як на прикладі пацієнтки Б:

Я потрапила в лікарню після довготривалої хвороби, шпиталізація проходила радісно, стіни й атмосфера лікарні були світлими, обличчя усміхненими, раптом опиняюсь на хірургічному кріслі й починаю стікати кров'ю. Не можу навіть покликати про допомогу, ніхто не приходить і я помираю (Пацієнтка Б - 64 роки)

Хоча описані патерни не були гіпотезою нашого дослідження, проте, є суттєвими в межах розширення розуміння символізації суб'єктивного світу сновидця. Таким чином, у цьому підрозділі вдалось встановити загальні закономірності прояву мотивів смерті у сновидіннях досліджуваної групи.

3.3. Дискусія результатів

Кожен з описаних в роботі Его-патернів, спираючись на опору в нашому дослідженні теорію Ройслера, можна розглядати як зображення здатності Его впоратися з та/або контролювати емоції, мотивації та комплекси (як необізнані частини психіки). Ступінь Его-мобільності та креативного інструментарію еквівалентна психоаналітичному терміну - сила та зрілість Его (Roesler, 2020). Зокрема, відмінність між цими тенденціями добре відображена в порівнянні результатів досліджуваної групи пацієнтів диспансеру та контрольної групи - в ході аналізу нарративів обох груп вдалось виявити тенденцію відмінності в Его-реагуванні, наприклад, в обох досліджуваних групах зустрічались наративи пов'язані з деструктивними тенденціями стосовно переживань сновидного Его - мотиви смерті, вбивства й втрати, проте в контрольній групі Его сновидців

тяжіло до більш конструктивних тенденції у розрішенні внутрішньо- психічних конфліктів - Его приймає форми вираження тіньових аспектів і тим самим досягає успіху в тому, щоб змусити ці аспекти відмовитися від своєї загрозливої позиції (Roesler, 2020). В більшості описаних сновидінь пацієнтів диспансеру - сновидне Его загрожене тіньовими аспектами, переслідуване ними й здійснює втечу від них й в кульмінації не може генерувати креативного вирішення загрози. З цієї тенденції випливає, що сновидіння стають якісним відзеркаленням підходу до вирішення внутрішньо- психічних труднощів для обох груп - в контрольній групі, учасники якої практично не мали виражених симптомів тривоги й депресії - сценарії сновидця більш виграшні, навіть якщо Его відчуває огиду до окремих тіньових аспектів, тенденція до переслідування успішно завершується. В протилежному випадку в наративах пацієнтів, що зараз перебувають в межах лікування, спостерігаємо тенденцію до того, що сновидне Его використовує більш деструктивні тенденції - відтак, не здатне вчасно розпізнати небезпеку, яка походить від тіньових аспектів та має труднощі з активацією структур, що забезпечують внутрішньо психічний баланс і безпеку. Отже, перенесення денних конфліктних переживань й тенденцій до їх коупінгу суттєво резонує в наративі сновидінь, тому найбільшу увагу в роботі ми надали не повторюваним мотивам, а тенденціям до їх коупінгу, адже навіть той самий мотив загрози життя сновидця трактується в обох групах в контексті абсолютно різних категорій. Ця тенденція також знаходить відгомін в описаних нами виразниках емоційного ставлення до змісту матеріалу сновидінь: зокрема, незважаючи на те, що в контрольній групі також зустрічаються досить схожі переживання до групи пацієнтів диспансеру - контрольна група краще давала собі раду з інтерпретацією цих емоційних переживань, зокрема, через менш виражений рівень алекситимії в контрольній групі.

Для можливого обґрунтування отриманих закономірностей щодо суттєвого звуження стратегій до переваги занепаду й дезорганізації Его-патернів та стратегій динамічної трансформації Сновидного-Его пацієнтів з симптомами тривоги й депресії, підтверджених у другій гіпотезі дослідження, можемо

звернутись до твердження висловленого Юнгом про те, що в сновидіннях проявляються частини особистості, які ще неінтегровані або маніфестують через конфліктні змісти, що представляють неінтегровані комплекси та можуть проявлятися в персоніфікованому вигляді (Jung, 1971). В поясненні патернів щодо пасивної позиції сновидного Его: втрати ініціативи, перебирання ініціативи іншими, тенденції до поразки й зменшення продуктивних стратегій боротьби з конфліктними елементами в сновидінні, які ще можемо назвати суттєвим зниженням “креативності” до вирішення труднощів сновидного Его, переважання фрустрації у сновидінні та негативного емоційного відгуку в ході сновидіння та після прокидання - звертаємось до твердження висловленого Попп, Люборскі та Крітс-Крістофом про те, що зміст сновидінь структурований за допомогою несвідомих патернів стосунків, які є домінуючими для сновидця, таким чином, цей феномен можна пояснити гіпотезою безперервності у психічному функціонуванні від неспання до сну, відтак, через представлені образи відображається сила Его справлятися з викликами на афективному рівні, зважаючи на це, можемо виокреслити закономірність втрати Его-ініціативи, що виникає внаслідок симптомів розладу (Popp, Luborsky and Crits-Christoph, 1990).

Зважаючи також на отримані результати щодо частини досліджуваних в сновидіннях переважає Его, що перебуває в пасивній-Его позиції, а також загроженого Его, звертаючись до тексту Ройслера в специфіці пояснення симптоматики невротичних розладів і їх проявів у сновидінні - для цієї групи пацієнтів характерний розвиток “помилкового” компенсаторного Я, що зокрема виражається в таких патернах як фізичне ураження, прояви фізичної смерті або мотиви смерті. З психодинамічної перспективи ці патерни можна трактувати як боротьбу нарцистично ослабленого Его з афективною компонентою, що виникає від механізмів захисту, імпульсів та комплексів, а також девальвації інтроєктів. В значенні психотерапії - в зміні символізації сновидіння до полюсу переваги протагоніста й трансформаційних Его-процесів характеризується зростанням сили его, якої стає більше Его більш здатне

справлятися з загрозовими частинами психіки і прийняття їх як невід'ємних частин особистості (Roesler, 2020).

Також в роботі окрему увагу представлено опису основного мотиву серій сновидінь пацієнтів з симптоматикою тривоги й депресії, зокрема - смерті близьких людей, що супроводжується горюванням сновидця. З точки зору Фрейда, цей феномен частково можна пояснити як давно витіснена фантазія чи бажання щодо втрати близької людини, що мала місце в психічному житті сновидця і є надзвичайно поширеною в межах загальнолюдської популяції і немає специфікації в контексті окремих симптомів. Зокрема, цей мотив ми зустрічаємо в обидвох групах, і саме цей мотив ми не можемо позірно трактувати за відсутності особистісного індивідуально контексту, тому можемо підтвердити наявність такої тенденції, що потребує більш детального розгляду, таких як: вплив спотворюваної дії цензури сновидіння й особливості дії захисних механізмів сновидіння за Фрейдом.

ВИСНОВКИ

В запропонованому нами дослідженні вдалось реалізувати поставлену мету й завдання роботи - а саме: обґрунтувати доречність використання наративного підходу до дослідження сновидінь в клінічній практиці як одного з можливих елементів розширення психодинамічного знання під час пізнання й дослідження переживань пацієнтів у психотерапевтичній практиці. З метою перевірки

виокремлених в дослідженні гіпотези було здійснено перевірку наративів серій сновидінь в двох групах - пацієнти стаціонару, що мають симптоми тривожно-депресивного розладу, а також контрольна група добровольців в яких не відзначали симптомів виражених на клінічному рівні. В результаті вдалось відзначити такі закономірності:

- частота появи емоційного відгуку стосовно переживання агресії в контрольній групі - є основною диференційною характеристикою, адже після прокидання пацієнти стаціонару одразу тяжіють до заглиблення в переживання сорому й провини. В той час як емоційні патерни групи пацієнтів є більш ригідними.
- Симптоми тривоги й депресії впливають на динаміку трансформаційних патернів сновидного-Его та Его-сценаріїв, зокрема, в звужені стратегій до переваги занепаду й дезорганізації.
- В більшості описаних сновидінь пацієнтів диспансеру - сновидне Его загрожене тіньовими аспектами, переслідування ними й здійснює втечу від них й в кульмінації не може генерувати креативного вирішення загрози. В контрольній групі, учасники якої практично не мали виражених симптомів тривоги й депресії - сценарії сновидця більш виграшні, навіть якщо Его відчуває огиду до окремих тіньових аспектів, тенденція до переслідування успішно завершується. В протилежному випадку в наративах пацієнтів, що зараз перебувають в межах лікування, спостерігаємо тенденцію до того, що сновидне Его використовує більш деструктивні тенденції - відтак, не здатне вчасно розпізнати небезпеку, яка походить від тіньових аспектів та має труднощі з активацією структур, що забезпечують внутрішньо психічний баланс і безпеку.

Обмеження результатів

1. В отриманих результатах вдалось встановити повторювані тенденції, мотиви та патерни на обмеженій досліджуваній вибірці, отриманих результатів недостатньо для встановлення чітких закономірностей, адже отримані результати не підлягають узагальненню через високий рівень вираження контекстуальної суб'єктивізації.
2. Вплив стресового фактору госпіталізації та поміщення в умови стаціонару міг суттєво вплинути на емоційний відгук щодо матеріалу сновидінь пацієнтів, а саме, в їх негативно забарвленій компоненті.
3. Специфіка наративу сновидінь як клінічного матеріалу загалом має тенденцію до забарвлення негативними тенденціями й символами, незалежно від наявності у сновидця клінічно виражених симптомів тривоги й депресії, відповідно, на його основі важко побудувати структурну модель, яка б точно відтворювала проблематику тривожно-депресивного розладу. Відтак, кожен описаний нами випадок, необхідно розглядати виключно в межах контексту анамнезу наданого нам досліджуваними.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Фройд З. *Тлумачення снів*. Фоліо, 2019. 608 с
2. Agargun M. Y., Cartwright R. REM sleep, dream variables and suicidality in depressed patients. *Psychiatry Research*. 2003. Vol. 119, no. 1-2. P. 33–39.
3. Brawman-Mintzer O, Lydiard RB, Emmanuel N, et al: Psychiatric comorbidity in patients with generalized anxiety disorder. *Am J Psychiatry* 1993; 150:1216–1218
4. Allgulander C., Allebeck P., Brandt L. Antecedents of anxiety syndromes in a cohort of 50,465 young men in Sweden. A prospective analysis of self-reported and professionally assessed psychosocial characteristics. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1992. Vol. 85, no. 2. P. 147–152.
5. Armitage et al. (1995). Dream recall and major depression: A preliminary report. *5(3)*, 189–198.
6. Barlow D. H., Campbell L. A. Mixed anxiety-depression and its implications for models of mood and anxiety disorders. *Comprehensive Psychiatry*. 2000. Vol. 41, no. 2. P. 55–60.
7. Bimmel, A. L. (1997). The link between sleep and depression: The effects of antidepressants on EEG sleep. *Journal of Psychosomatic Research*, 42(6), 555–564.
8. Boeker H., Hartwich P., Northoff G. Introduction. *Neuropsychodynamic Psychiatry*. Cham, 2018. P. 1–5.
9. Brawman-Mintzer O, Lydiard RB, Emmanuel N, et al: Psychiatric comorbidity in patients with generalized anxiety disorder. *Am J Psychiatry* 1993; 150:1216–1218
10. Brown R. J., Donderi D. C. Dream content and self-reported well-being among recurrent dreamers, past-recurrent dreamers, and nonrecurrent dreamers. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1986. Vol. 50, no. 3. P. 612–623
11. Cartwright, R. D., & Wood, E. (1993). The contribution of dream masochism to the sex ratio difference in major depression. *Psychiatry Research*, 46(2), 165–173

12. Clark L. A., Watson D. Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*. 1991. Vol. 100, no. 3. P. 316–336.
13. Coplan J. D. Treating comorbid anxiety and depression: Psychosocial and pharmacological approaches. *World Journal of Psychiatry*. 2015. Vol. 5, no. 4. P. 366.
14. Das-Munshi, J., Goldberg, D., Bebbington, P. E., Bhugra, D. K., Brugha, T. S., Dewey, M. E., Jenkins, R., Stewart, R., & Prince, M. (2008). Public health significance of mixed anxiety and depression: beyond current classification. *British Journal of Psychiatry*, 192(3), 171–177.
15. Demacheva Irina, Zadra Antonio. Dream content and its relationship to trait anxiety. *International Journal of Dream Research*. 2019. No. 12(2). P. 1–7.
16. Dunner DL: Management of anxiety disorders: the added challenge of comorbidity. *Depress Anxiety* 2001; 13:57–71
17. Emmanuel J., Simmonds S., Tyrer P. Systematic review of the outcome of anxiety and depressive disorders. *British Journal of Psychiatry*. 1998. Vol. 173, S34. P. 35–41.
18. Farnam, A., Farhang, S., Bakhshipour, A., & Niknam, E. (2011). The five factor model of personality in mixed anxiety–depressive disorder and effect on therapeutic response. *Asian Journal of Psychiatry*, 4(4), 255–257.
19. Fava M, Alpert JE, Carmin CN, et al: Clinical correlates and symptom patterns of anxious depression among patients with major depressive disorder in STAR*D. *Psychol Med* 2004; 34:1299–1308
20. Goldberg, D. P., Wittchen, H. U., Zimmermann, P., Pfister, H., & Beesdo-Baum, K. (2013). Anxious and non-anxious forms of major depression: familial, personality and symptom characteristics. *Psychological Medicine*, 44(6), 1223–1234.
21. Goldberg D. P., Prisciandaro J. J., Williams P. The primary health care version of ICD-11: the detection of common mental disorders in general medical settings. *General Hospital Psychiatry*. 2012. Vol. 34, no. 6. P. 665–670.

22. Goldberg, D. P., Reed, G. M., Robles, R., Minhas, F., Razzaque, B., Fortes, S., Mari, J. d. J., Lam, T. P., Garcia, J. Á., Gask, L., Dowell, A. C., Rosendal, M., Mbatia, J. K., & Saxena, S. (2017). Screening for anxiety, depression, and anxious depression in primary care: A field study for ICD-11 PHC. *Journal of Affective Disorders*, 213, 199–206
23. Glucksman, M.D M. L. The Dream A Psychodynamically Informative Instrument. *The Journal of psychotherapy practice and research*. 2001. No. 10(4). P. 223–30
24. Hauri, P. (1976). Dreams in patients remitted from reactive depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 85(1), 1–10.
25. Hobson J. A. REM sleep and dreaming: towards a theory of proto-consciousness. *Nature Reviews Neuroscience*. 2009. Vol. 10, no. 11. P. 803–813.
26. Hill, C. E. (1996). *Working with dreams in psychotherapy*. New York: Guilford Press.
27. Jung, C.G. (1971). General viewpoints on the psychology of dreams. *GW vol. 8*. Olten: Walter.
28. Jung, C.G. (1981). The archetypes and the collective unconscious. *GW vol. 9/I*. Olten:Walter.
29. Karim A. Commentary on “The neurobiology of consciousness: Lucid dreaming wakes up” by J. Allan Hobson. *International Journal of Dream Research*. 2010. Volume 3, No. 1. P. 17–20.
30. Kalin N. H. The Critical Relationship Between Anxiety and Depression. *American Journal of Psychiatry*. 2020. Vol. 177, no. 5. P. 365–367.
31. Kavalier, S. (1987). Nightmares and object relations theory. In H. Kellerman (Ed.), *The nightmare: Psychological and biological foundations* (pp. 33–57). Columbia University Press.
32. KESSLER, R. C., BRANDENBURG, N., LANE, M., ROY-BYRNE, P., STANG, P. D., STEIN, D. J., & WITTCHEN, H.-U. (2005). Rethinking the duration requirement for generalized anxiety disorder: evidence from the

- National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*, 35(7), 1073–1082.
33. Kessler RC, Sampson NA, Berglund P, et al: Anxious and non-anxious major depressive disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2015; 24:210–226
34. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, et al: Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52:1048–1060
35. Klein, D. N., Kotov, R., & Bufferd, S. J. (2011). Personality and Depression: Explanatory Models and Review of the Evidence. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7(1), 269–295.
36. Knudson R. M., Adame A. L., Finocan G. M. Significant dreams: Repositioning the self narrative. *Dreaming*. 2006. Vol. 16, no. 3. P. 215–222.
37. Kudryavtseva, N. N., Shurlygina, A. V., Galyamina, A. G., Smagin, D. A., Kovalenko, I. L., Popova, N. A., Nikolin, V. P., Ilnitskaya, S. I., Melnikova, E. V., & Trufakin, V. A. (2019). Immunopathology of Mixed Anxiety/Depression Disorders: An Experimental Approach to Studies of Immunodeficiency States (review). *Neuroscience and Behavioral Physiology*, 49(3), 384–398.
38. Lamers, F., van Oppen, P., Comijs, H. C., Smit, J. H., Spinhoven, P., van Balkom, A. J. L. M., Nolen, W. A., Zitman, F. G., Beekman, A. T. F., & Penninx, B. W. J. H. (2011). Comorbidity Patterns of Anxiety and Depressive Disorders in a Large Cohort Study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 72(03), 341–348. <https://doi.org/10.4088/jcp.10m06176blu>
39. Levin R. Psychoanalytic theories on the function of dreaming: A review of the empirical dream research. *Empirical studies of psychoanalytic theories*. 1990. Vol. 3. P. 1–52.
40. Luborsky, L., Barber, J. P., & Crits-Christoph, P. (1990). Theory-based research for understanding the process of dynamic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(3), 281–287.
41. Meltzer, D. (1984). *Dream-life: A re-examination of the psycho-analytical theory and technique*. Great Britain: The Clunie Press

42. Nofzinger, E. (2013). Chapter 24 - Functional neuroimaging of primary insomnia from Section 5 - Neuroimaging of sleep disorders. Cambridge University Press.
43. Pesant N., Zadra A. Working with dreams in therapy: What do we know and what should we do?. *Clinical Psychology Review*. 2004. Vol. 24, no. 5. P. 489–512.
44. Picard-Deland, C., Carr, M., Paquette, T., Saint-Onge, K., & Nielsen, T. (2018). Sleep spindle and psychopathology characteristics of frequent nightmare recallers. *Sleep Medicine*, 50, 113–131.
45. Rimsh, A, Pietrowsky R. Dreams in anxiety disorders and anxiety. *International Journal of Dream Research*. 2020. Volume 13, no. 1. P. 7–11.
46. Roesler C. Jungian theory of dreaming and contemporary dream research – findings from the research project ‘Structural Dream Analysis’. *Journal of Analytical Psychology*. 2020. Vol. 65, no. 1. P. 44–62.
47. Roesler C. The structural approach to the empirical investigation of the meaning of dreams – Findings from the research project „Structural Dream Analysis“. *International Journal of Dream Research*. 2020. Vol 13, No 1 (April 2020). P. 46–55.
48. Schredl, M. (2009). Dreams in patients with sleep disorders. *Sleep Medicine Reviews*, 13(3), 215–221.
49. Shevlin, M., Hyland, P., Nolan, E., Owczarek, M., Ben-Ezra, M., & Karatzias, T. (2021). ICD-11 ‘mixed depressive and anxiety disorder’ is clinical rather than sub-clinical and more common than anxiety and depression in the general population. *British Journal of Clinical Psychology*
50. Sheehan D. V., Sheehan K. H., Raj B. A. The speed of onset of action of alprazolam-XR compared to alprazolam-CT in panic disorder. *Psychopharmacol Bull*. 2007. No. 40(2). P. 63–81.
51. Shorter E (2013) How everyone became depressed: the rise and fall of the nervous breakdown. Oxford University Press, Oxford

52. Solms, M. (1995). New findings on the neurological organization of dreaming: Implications for psychoanalysis. *Psychoanalytic Quarterly*, 64, 43–67.
53. Solms, M. (1997). *The neuropsychology of dreams: A clinical-anatomical study*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
54. Spinhoven P., Willem van der Does A. J. Somatization and somatosensory amplification in psychiatric outpatients: An explorative study. *Comprehensive Psychiatry*. 1997. Vol. 38, no. 2. P. 93–97.
55. Trenholme I., Cartwright RD, & Greenberg G. (1984). Dream dimension differences during a life change. *Psychiatry Research*, Elsevier, (12), 35–45.
56. Tribl, G. G., Wetter, T. C., & Schredl, M. (2013). Dreaming under antidepressants: A systematic review on evidence in depressive patients and healthy volunteers. *Sleep Medicine Reviews*, 17(2), 133–142.
57. Tyrer, P., Seivewright, N., Ferguson, B., & Tyrer, J. (1992). The general neurotic syndrome: a coaxial diagnosis of anxiety, depression and personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85(3), 201–206.
58. Wu, J., Li, H., Huang, Y., Tong, G., Tian, M., Wu, Y., Yu, C., Yang, J., Fan, R., Sun, T., Li, X., & Zhuang, J. (2021). Chinese contribution to NEJM, Lancet, JAMA, and BMJ from 2011 to 2020: a 10-year bibliometric study. *Annals of Translational Medicine*, 0.
59. Yu C. K.-c. Neuroanatomical Correlates of Dreaming: The Supramarginal Gyrus Controversy (Dream Work). *Neuropsychoanalysis*. 2001. Vol. 3, no. 1. P. 47–59.
60. Yu C. K.-C. Classification of typical dream themes and implications for dream interpretation. *Neuropsychoanalysis*. 2016. Vol. 18, no. 2. P. 133–146.
61. Zavodnick A. D., Ali R. Lamotrigine in the Treatment of Unipolar Depression with and Without Comorbidities: A Literature Review. *Psychiatric Quarterly*. 2012. Vol. 83, no. 3. P. 371–383.
62. Ziebold, C., Mari, J. J., Goldberg, D. P., Minhas, F., Razzaque, B., Fortes, S., Robles, R., Lam, T. P., Bobes, J., Iglesias, C., García, J. Á., & Reed, G. M. (2019). Diagnostic consequences of a new category of anxious depression and a reduced

duration requirement for anxiety symptoms in the ICD-11 PHC. *Journal of Affective Disorders*, 245, 120–125.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Інформована згода на участь в дослідженні

Інформація про дослідження

Нижче наводиться опис дослідження. Будь ласка, прочитайте його перед тим, як погодитися взяти в ньому участь.

Метою даного дослідження є визначити, які існують відмінності у тому, як змінились ваші сновидіння після появи ознак психічного нездужання і початку лікування в стаціонарі. Ваша участь в дослідженні дозволить психологам і психотерапевтам краще зрозуміти переживання пацієнтів.

Відтак, ми запропонуємо Вам заповнити кілька опитувальників у форматі паперового опитувальника та взяти участь у індивідуальному інтерв'ю.

Учасниками цього дослідження можуть бути чоловіки та жінки, які готові пройти опитування та протягом 2ох тижнів записувати щоденник сновидінь, запропонованих дослідником.

Що саме і в якій послідовності буде відбуватись:

Очікується, що заповнення опитувальників потребуватиме 15-20 хв часу, а перше інтерв'ю – до 20. Основна частина дослідження це протягом 2ох тижнів записувати протокол сновидінь, які вам наснилися щоденно, будь ласка ознайомтесь з протоколом запису сновидіння перед початком дослідження, навіть якщо ви не пригадуєте нічого зі сновидінь, записати це у протокол. За можливості, ви можете намалювати фрагмент свого сновидіння, або яким воно вами переживалось. Дослідник домовиться з Вами про зручний час для другого інтерв'ю. Письмове опитування та інтерв'ю буде відбуватись в умовах стаціонару і дозволено завідувачем стаціонарного відділення. Під час інтерв'ю дослідник буде робити письмові записи, аудіо та відео фіксація не відбуватиметься.

Інформація про участь у дослідженні Що Ви повинні знати перед тим як погодитися взяти участь у дослідженні?

- ✓ Ви маєте право на додаткові роз'яснення щодо Вашої участі у дослідженні.
- ✓ Ви можете не брати участі або погодитися на участь, а пізніше змінити своє рішення.
- ✓ Ваше рішення є цілком добровільним і не матиме жодних наслідків.

Якщо у вас виникне потреба у психологічній консультації ви можете звернутись до дослідника з цим запитом.

На скільки конфіденційною буде отримана від мене інформація?

Ні у формі опитувальників, ні в протоколі сновидіння жодна персональна інформація про вас зберігатися не буде (лише дані про Ваш вік та стать). В процесі опрацювання результатів дослідження ваше ім'я так само буде зміненим.

ЗГОДА НА УЧАСТЬ У ДОСЛІДЖЕННІ

Будь ласка, прочитайте Інформацію про дослідження, яка додається до цієї Згоди. Якщо Ви погоджуєтесь взяти участь у дослідженні, поставте підпис знизу. Я ознайомлений (-а) з умовами та метою даного дослідження та мав (-ла) можливість задати питання, котрі мене цікавили.

Я усвідомлюю, що моя участь у дослідженні є цілком добровільною, і що я можу відмовитися від участі в будь-який момент без жодних негативних наслідків для себе.

Я розумію, що отримані від мене дані будуть використовуватися для написання наукової роботи і жодна персональна інформація про мене поширюватися не буде.

Я погоджуюся взяти участь у цьому дослідженні:

Підпис учасника дослідження

Дата

ДОДАТОК Б

План запису сновидіння У. Філіпса (модифікація М. С. Компанович)

СЬОГОДНІ: день тижня _____ число _____ місяць

Після прокидання запиши сновидіння за запропонованим планом

1. Опиши сновидіння в теперішньому часі з наведенням його ключових моментів у стислій формі:

Обстановка: опис місця, часу доби, пори року, історичного періоду, погоди та настрою _____

Персонажі: складання списку основних персонажів або їхніх груп, тварин, рослин _____ чи _____ мінералів

Події: що відбувалось уві сні?

Реагування: Як було відреаговано на основну подію в сновидінні? Якщо ти не був учасником сновидіння, то як відреагувала головна дієва особа?

Завершення: що ти пам'ятаєш зі сновидіння після прокидання?

2. По завершенні сновидіння, після прокидання які в тебе були емоційні переживання або можливо ти переживав одну емоцію яскраво (радість; подив; інтерес – хвилювання; горе; гнів; відраза; презирство; страх; сором; провина)? Оціни інтенсивність за десятибальною шкалою

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____
 9 _____ 10 _____

оцінка інтенсивності емоційних переживань (чи конкретної емоції)

3. Використовуючи характеристики «пасивна», «спостерігальна», «дієва» оціни, за десятибальною шкалою, свою включеність у сновидіння?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____
 9 _____ 10 _____

пасивна

спостерігальна

дієва

4. Використовуючи не більше п'ятих слів, дай назву сновидінню, що охарактеризує його сенс

Назва сновидіння: _____

5. Чи унікав ти чогось у сновидінні? Якщо так, то що це було і чому тобі доводилось уникати чогось?

6. Чи спостерігається у сновидінні вибір полярності між:

● підпорядкуванням та індивідуальністю _____

● надлишком та нестачею _____

● волею та обмеженням _____

● відокремленням та об'єднанням _____

- приховуванням та оприлюдненням _____
- вразливістю та різкістю _____
- нестійкістю та рівновагою _____
- чесністю та неправдою _____
- рішучістю та невпевненістю _____
- бажанням та стриманістю _____
- силою та безсиллям _____
- смертю та відродженням _____
- конфліктом та уникненням _____
- відданістю та зрадою _____
- або між _____ та _____

7. Склади список найбільш значимих образів, що виникли у сновидінні та коротко опиши

кожен _____

8. Спершу склади список учасників ключової події. Потім запиши короткий девіз кожного, хто представляє точку зору цього персонажу або групи. Учасники

а) _____ = _____ б) _____ = _____

в) _____ = _____

г) _____ = _____

9. Зроби «миттєве фото» найбільш емоційної сцени твого сновидіння.

10. Перенестись у своїй уяві в сцену, яку ти щойно описав. Після слів «Я переживаю...» коротко опиши свої емоційні переживання

11. В яких ситуаціях в реальному житті я переживаю емоції, схожі до описаних у пункті 10?

12. Що тебе більш за все хвилювало перед сном? За що ти на тепер більш за все переживаєш в житті? Чи є якісь складнощі?

13. Якщо б тобі довелось ще раз побачити це ж сновидіння сьогодні уночі, щоб ти змінив?

а) Перегляд після зробленого тобою «миттєвого фото» у відповіді на пункт №9 включаючи будь-які зміни, які б ти бажав внести

б) Умовний перегляд – якщо завершення твого сновидіння було цілком прийнятним для тебе, поміркуй над тим, що за твоїм бажанням повинно було б відбутись далі

14) Як ти можеш перенести поліпшений варіант свого сновидіння в реальність? Що ти можеш зробити саме зараз, щоб поліпшити реальну ситуацію?

САМОПОЧУТТЯ РАНКОВИЙ ЧАС

ЕМОЦІЙНІ ПЕРЕЖИВАННЯ ПОДІЇ (Коротко опиши ситуацію чи події, що стали причиною виникнення емоційних переживань та оціни їх за характеристикою «позитивні» чи «негативні»)

САМОПОЧУТТЯ ОБІДНІЙ ЧАС ЕМОЦІЙНІ ПЕРЕЖИВАННЯ ПОДІЇ (Коротко опиши ситуацію чи події, що стали причиною виникнення емоційних переживань та оціни їх за характеристикою «позитивні» чи «негативні»)

САМОПОЧУТТЯ ВЕЧІРНІЙ ЧАС ЕМОЦІЙНІ ПЕРЕЖИВАННЯ ПОДІЇ
(Коротко опиши ситуацію чи подію, що стали причиною виникнення емоційних
переживань та оціни їх за характеристикою «позитивні» чи «негативні»)

Місце для вияву емоційних переживань через малюнок