

УДК 159.9

DOI <https://doi.org/10.51547/ppp.dp.ua/2023.4.14>

Швець Владислава Володимирівна,
кандидат психологічних наук,
психолог КНП «Уманська центральна міська лікарня»,
відділення «Клініка, дружня до молоді»
ORCID ID: 0000-0001-7384-2039

ОСОБЛИВОСТІ ЗДІЙСНЕННЯ СЕНСОРНОЇ РЕІНТЕГРАЦІЇ ЖИТТЄВОГО ДОСВІДУ МОЛОДІ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

PECULIARITIES OF SENSORY REINTEGRATION OF THE LIFE EXPERIENCE OF YOUNG PEOPLE UNDER MARTIAL LAW

У статті розкрито питання впливу захворювань центральної нервової системи на тип запиту клієнта щодо психологічної допомоги та на процес сенсорної інтеграції життєвого досвіду молоді в умовах воєнного стану. Метою статті є дослідження впливу генетичної схильності до захворювань на прояв здійснення сенсорної реінтеграції досвіду молоді в умовах воєнного стану. В основі здійснення дослідження лягли теоретичний (аналіз та синтез результатів досліджень), системний, функціональний, конкретно-соціологічний методи дослідження. Наведено приклади досліджень фахівців відділення «Клініка, дружня до молоді» та міжнародних центрів охорони здоров'я. Здійснено компаративний аналіз даних з метою визначення динаміки їхнього впливу на соціальну картину розвитку міжособистісних відносин у державі. На основі статистичних та аналітичних даних, наведених у статті, розроблено висновки щодо розбіжностей в очікуваннях та нормах надання психологічної допомоги клієнтами та нормами здійснення повноцінного обстеження клієнта. Розбіжності в системі діагностики та ведення випадку призводять до дестабілізації соціального благополуччя населення та реінтеграції в життєвий досвід вроджених та інших захворювань ЦНС. Саме ці захворювання стають причиною розвитку психіатричних маркерів погіршення ментального та фізичного здоров'я українців. Дана дестабілізація буде мати прояви у наступних поколіннях, що знайдемо у індикаторах смертності, навченості, захворюваності та рівня соціалізації покоління, яке виросло на зміцених векторах цінностей та норм. Проведення патопсихологічного обстеження даної вибірки клієнтів сприяє створенням умов для визначення адаптивних моделей реінтеграції травматичного досвіду молоді з огляду на генетичну схильність та наявність захворювань, що потребують постійного нагляду медичних працівників. З метою збереження ремісії, та підвищення рівня соціальної включеності молоді (за умови врахування протипоказань) можливим стає дослідження прихованих мотивів індивіда, що є вершиною реакції. З метою повернення клієнта до стану усвідомленості, необхідно здійснити якісну діагностику психоемоційного стану, патопсихологічне та клініко-діагностичне обстеження, зняти рівень тривоги, ворожості до терапевта. Вже на етапі діагностики варто в'ясувати яким чином поведінка іншої людини впливає на клієнта, та що в таких ситуаціях клієнт усвідомлює про себе.

Ключові слова: психотерапія, актуальні цінності, когнітивні депривація адаптація, молодь, соціалізація, пристосування, регуляція, реадaptaція, епілепсія, внутрішньо переміщені, булінг, невротичний спектр, діагностика.

The article deals with the influence of central nervous system diseases on the type of client's request for psychological assistance and on the process of sensory integration of the life experience of young people under martial law. The purpose of the article is to study the influence of genetic predisposition to diseases on the manifestation of sensory reintegration of youth experience under martial law. The study was based on theoretical (analysis and synthesis of research results), systemic, functional, and specific sociological research methods. Examples of research conducted by specialists of the Youth Friendly Clinic and international health centers are presented. A comparative analysis of the data is carried out to determine the dynamics of their impact on the social picture of the development of interpersonal relations in the state. Based on the statistical and analytical data presented in the article, conclusions are drawn about the differences in the expectations and norms of psychological assistance to clients and the norms of a full examination of the client. Discrepancies in the system of diagnosis and case management lead to destabilization of the social well-being of the population and reintegration into the life experience of congenital and other diseases of the central nervous system. It is these diseases that cause the development of psychiatric markers of deterioration in the mental and physical health of Ukrainians. This destabilization will be manifested in future generations, as seen in indicators of mortality, education, morbidity and the level of socialization of the generation that grew up. The pathopsychological examination of this sample of clients helps to create conditions for determining adaptive models of reintegration of the traumatic experience of young people, taking into account genetic predisposition and the presence of diseases that require constant supervision by medical professionals. In order to maintain remission and increase the level of

social inclusion of young people (subject to contraindications), it is possible to study the hidden motives of the individual, which is the culmination of reactions. In order to return the client to a state of awareness, it is necessary to carry out a qualitative diagnosis of the psycho-emotional state, pathopsychological and clinical diagnostic examination, and to reduce the level of anxiety and hostility towards the therapist. Already at the diagnostic stage, it is necessary to find out how the behavior of another person affects the client, and what the client is aware of in such situations.

Key words: psychotherapy, current values, cognitive deprivation, adaptation, youth, socialization, adaptation, regulation, readaptation, epilepsy, internally displaced persons, bullying, neurotic spectrum, diagnosis.

Відсоткове співставлення звернень чоловіків та жінок до фахівця збереження ментального здоров'я дозволяє зробити висновки, що жінки частіше звертаються за допомогою до психолога, ніж чоловіки. Основними запитами звернень жінок до психотерапевта можна виокремити наступні: проблеми у відносинах з дітьми; психосоматика дітей; емоційна нестійкість; з питань підбору методів контрацепції (14–18 років); проблеми загальних відносин з оточенням; проблеми з батьками.

Метою статті є дослідження впливу генетичної схильності до захворювань на прояв здійснення сенсорної реінтеграції досвіду молоді в умовах воєнного стану.

Завданням дослідження є деталізоване вивчення даного питання на різних рівнях державної реалізації, здійснення порівняльного аналізу даних аналітичного матеріалу, зібраного спеціалістами відділення «Клініка, дружна до молоді», проведення порівняльного аналізу отриманих даних.

Методи дослідження: теоретичний (аналіз та синтез результатів досліджень), системний, функціональний, конкретно-соціологічний.

Порівняльна характеристика відвідувачів КДМ показала, що динаміка змін у системі запитів має таку пропорційну закономірність. Аналіз звернень був здійснений з огляду на систему перенаправлень та самозвернень (рис. 1–5).

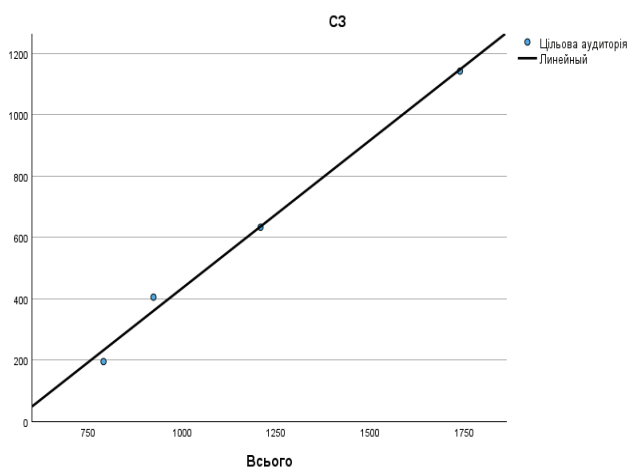


Рис. 1. Самостійні звернення

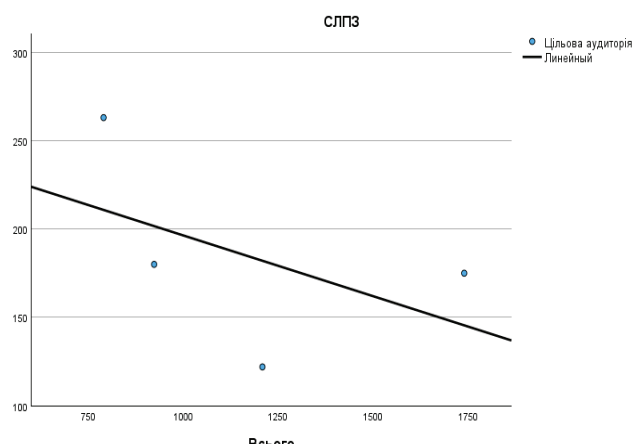


Рис. 2. Клієнти, направлені спеціалістами лікувально-профілактичних закладів

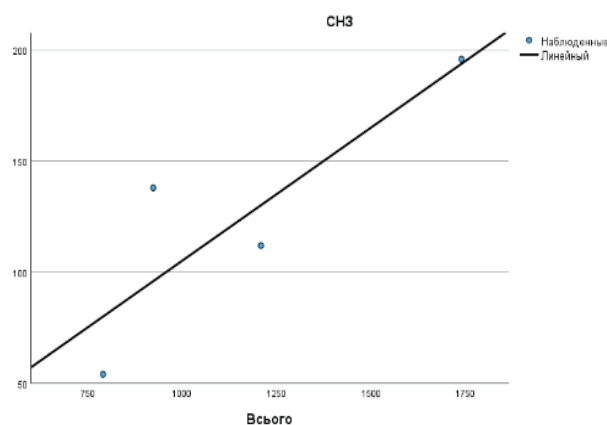


Рис. 3. Клієнти, направлені фахівцями навчальних закладів

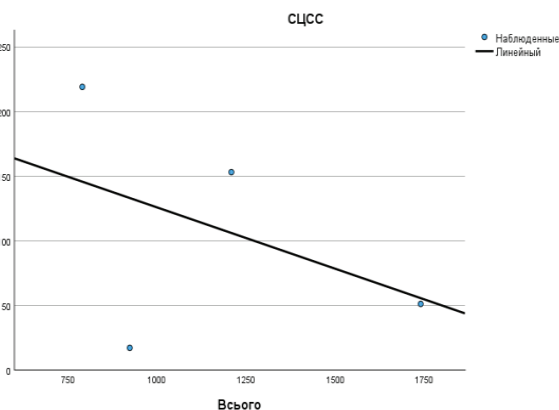


Рис. 4. Клієнти, направлені спеціалістами Центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді

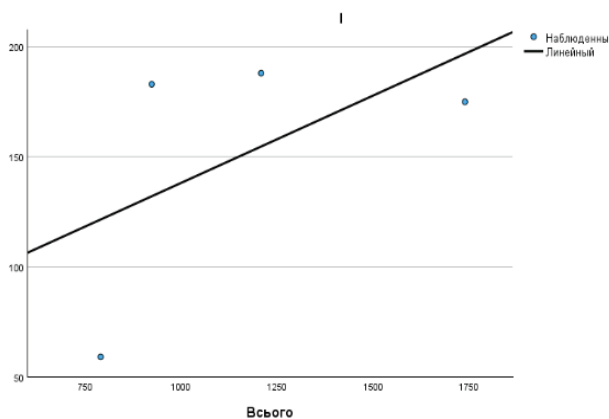


Рис. 5. Клієнти, направлені іншими неурядовими організаціями

З даних рисунків видно, що показники за СЗ, СЗО, І істотно втратили свою частоту у зв'язку із зовнішніми змінами та міграцією населення, тоді як дані за показниками СЦСС та СЛПЗ істотно збільшилися через збільшення випадків фіксації емоційно-нестійких розладів особистості, підозр на психіатричні захворювання, станів, пов'язаних із внутрішньою міграцією.

Аналіз звернень чоловіків зі статусом ВПО до неурядових гуманітарних організацій, зокрема «Карітас Спасе» показав, що основними потребами у 2022 році стало забезпечення *продуктовими наборами; засобами індивідуальної гігієни; товарами для догляду; дитячими наборами по догляду; дитячим харчуванням; продуктами харчування для дітей із непереносимістю лактози; послугами перекваліфікації; фінансовим забезпеченням; житлом на безоплатній основі чи мінімальній для оплати*. З розрахунку відмови від психотерапії в чистому вигляді, психологи були включені до штату гуманітарних місій та здійснювали терапевтичний вплив засобами трудотерапії, шляхом залучення ВПО до роботи місій та гуманітарних штабів, що стимулювало молодих людей приходити до волонтерів та включатися в процес терапії. Такий формат взаємодії на етапі встановлення психологічного альянсу був можливими для молоді віком 24–35 років, тоді як категорія 14–18 років категорично відмовлялася від такого виду взаємодії. Зміна місця проживання, умов проживання, формату взаємодії з однолітками, неналежні умови харчування та побуту (частина переміщених осіб змушена була проживати у неоплачених будинках в сільській місцевості, де вони придбали житло), показала, що найкращим видом терапії є ті форми роботи, які дозволяють розвинути навички логічного, наочно-дієвого, наочно-образного мислення. Розвиток прогалін у форму-

ванні вказаних видів мислення, навички яких мають бути сформовані до 9 років, дозволяють розвинути інтерес у молоді до активної діяльності та реагування у стресових ситуаціях. Створення нових проєктів, ремонт будинку, отримання навичок з сільського господарства та будівельної справи дозволяє клієнту отримати новий продукт, який виникає на периферії основної діяльності. Саме така підказка несвідомого, яка виникає в результаті діяльнісного підходу показує найкращий терапевтичний ефект. Прикладом цього є казки, історії про козаків, досвід Спарти, які підтверджують важливість переходу хлопчика до діяльнісного та образно-логічного способу життя. Саме такий перехід здатний розвивати латеральне мислення (за Е. де Боно), концептом якого є твердження «Щоб щось знайти, треба рухатися по колу».

Типовими розладами жінок з числа ВПО, (від 24 років) є *іпохондричні страхи* (захворювання онкологічними захворюваннями, страх ненормальності, порушення при пологах); *функціональні порушення генітальної системи (ригідність, вагінізм, розлади менструального циклу, болі, вагінальні виділення без органічної природи); спазм (виражене неприйняття жіночої ролі, захисний механізм від власних імпульсів кастрації), проблеми у відносинах з матір'ю/донькою*. Саме на останньому питанні зосередимо детальну увагу. Серед основних категорій у погіршенні фізичного стану жінок з таким зверненням можна виокремити *нетипову депресію, іпохондричну тривогу, епілептичні приступи*. Ці симптоми характеризуються відмовою від жіночності, неприйняття інтелектуальної / професійної діяльності, ранні відносини з чоловіками. Причиною таких проявів є принцип зосередження уваги, яка фокусується не на любові, а на особистості. Акцентуація уваги на особистості іншої людини, її діях та поведінці запускає зворотній процес: переможений ображається на переможця, відчуває заздрість чи злість на досягнення суперниці (матері/доньки), боротьба за владу в родині стає ціннішою за саму родину. Манера одягатися є додатковою мовою, яка демонструє когнітивні депривації, управління ними, а саме – транслювання сорому, невпевненості, злоби, буденності життя, бунту, емоційного збудження чи бажання сховатися (бути страшною, непримітною, чемною). Іще однією прихованою мовою, є харчування. Розлади харчової поведінки – як додаткове повідомлення, щодо витіснення бажань, яке є наслідком тривоги. Додатковим катализатором тривоги стає несумісність з нормами сучасного людства поведінка. Саме поведінка, яка вважається непринятною, проте

в основі якої лежить епілепсія, є джерелом додаткового вивчення та висвітлення.

Однією із проявів прихованої тривоги стає прихована (тролінг) чи відкрита форма агресії (булінг). У дівчат віком 14–18 років тролінг та булінг в основній масі скеровується на лідерів колективу з метою витіснення суперниці. Процес витіснення заміщує прагнення до визнання, що знаходить прояв у надмірній демонстративній поведінці, побудові нових відносин, які не мають шансу на тривалу перспективу у збереженні. У клієнток, які мали в анамнезі конфлікти з матерями, ускладнений процес побудови гармонійних відносин з іншими людьми через страх залежності. Бажання зберегти емоційну незалежність, (можливість розірвати відносини з друзями у будь-який момент, без пояснення причин) демонструє фіксацію на еротичному періоді розвитку особистості, перенесенні існуючого конфлікту на діяльнісну площину, відсутність мотивації до змін у власному житті. Клієнти живуть за схемою подвійного самообману, тобто за правилами «4 НІ» (Рис. 6.).



Рис. 6. Система «4-НІ»

З малюнку бачимо, що клієнтка будує життя за принципом відсутності видимих бажань (життя унормоване, підпорядковане нормам батьків), життя не має змісту, сенсів (демонстрація намагання досягти успіху, проте зовнішні умови не дозволяють цього зробити, від чого мотивація знижується), демонстративне горювання (помста за відсутність можливості будувати власні відносини та стиль поведінки). Такого роду мазохізм, який пов'язаний зі страхами, і знаходить заспо-

коєння у самозреченні, заборонах на активність, запереченню страху через показовий оптимізм, забезпечує отримання мнимої любові – особливий вид заспокоєння, який використовується мозком з метою зняття триггеру в мигдалевидному тілі. Перебування під дією страхів, конфліктних відносин з матір'ю формує біполярні висновки, від яких залежить демонстрація поведінкових реакцій матері чи дитини. Розглянемо їх у таблиці 1.

Консультування жінок з емоційно-нестійким розладом можна порівняти з теорією А. Голіцина, яка використовується в маркетингу. Згідно такого підходу, терапія має полягати у пошуку вирішення питання поза межами знайомого інформаційного поля (рис. 7).

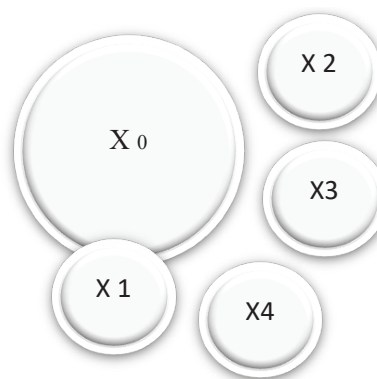


Рис. 7. Способи вирішення питання

Примітка: X0 – інформаційне поле клієнтки, X1, X2, X3, X4 – рішення, які лежать поза межами звичного інформаційного поля клієнтки.

Пошук за допомогою психотерапевта відповідей, які є згубними для клієнтки, проте знаходяться в межах її інформаційного поля (є очікуваними), нівелює ефективність психотерапії. Психотерапія жінок має включати в себе розвиток навичок нових реакцій на ситуації, які повторюються. З метою зручності використання методики BASIC Ph в ході терапевтичного процесу та з метою виконання домашніх завдань нами було уніфіковано шкалу та трансформовано у техніку Ч.У.Д.О. І. В.И.. Ч.У.Д.О. І. В.И. складається з наступних елементів, які клієнт мають стати усвідомленими (табл. 2.)

Таблиця 1

Наслідки мазохізму як фактори ускладнених відносин

Динаміка «-»	Динаміка «+»
Блокування сексуальності Блокування емоцій та їх прояву Відмова від дітей (якщо діти є сенсом життя для жінки) Сприйняття жінки як негідної, обмеженої в правах та свободах Відчуття економічної залежності Обмеження сфер життя	Надмірна сексуальність Приналежність до ЛГБТІК спільноти Надмірна самопрезентація Показова демонстрація переваги жінки Економічна/емоційна незалежність Емоційна тупість Надмірне прагнення до соціального визнання

Ч.У.Д.О. І. В.И.

Номінація	Характеристика	Запитання
Ч	Почуття, емоції	Що відчуваю? Якими є мої емоції?
У	Розум, думки	Про що думки? Що я знаю/думаю про себе? Що я думаю про інших?
Д	Дії, реакції	Як реагує тіло? Що з ним? Чому саме це?
О	Спілкування	Як я говорю? Чому саме так? В чому мій біль?
І	Інтерес	Що цікаво у цій ситуації?
В	Віра	У що вірю?
И	І що з цим будемо робити?	І як тепер спробую реагувати при подібних ситуаціях?

Діагностично-терапевтична техніка «Ч.У.Д.О. і В.И.» дозволяє показати клієнті шлях з відновлення контролю над тілом, усвідомити реакції, розширити спектр когнітивних процесів, активізувати уяву (фантазування) та взяти відповідальність за власне життя та реакції на себе. Такий підхід вимагає пошук нових підходів до реагування, а отже і запускання нового інтересу у житті клієнтки.

Якщо розглядати позицію «І» – інтерес, то можна відмітити серед відповідей клієнток закономірність: аби уникнути незадоволення матері вони: захоплюються сублімованою і схваленою матір'ю діяльністю; відчувають відразу до дозволеного (гуртки, екскурсії, секції); внаслідок надмірного захоплення сублімованою справою втрачають ресурс на навчальну діяльність; проявляють емоційну відстороненість («все ок», «все добре», «нічого»); проявляють гомосексуальні схильності у відносинах (протекція). Клієнтки істинно вірять, що така форма поведінки забезпечить спокій, врівноважить відносини рівно до того періоду, поки хтось із членів родини матиме змогу на сепарацію та відділення. Наслідками такого «І» та «В» на тілесному рівні стають (позиція «Д») холод в тілі, анемія, головні болі, сльозливість, неможливість довго концентрувати увагу на певному виді діяльності, пасивність, відстороненість. «О» проявляється у бажанні мовчати, у суб'єктивному відчутті дискомфорту в горлі, в грудях, в кишківнику, неможливості висловлюватися, або надмірному підвищенню тональності при розмові (огризання). Власне формат захисту у мовленні мотивований почуття провини, страхом перед покаранням, ворожими очікуваннями. Примітивні імпульси запускають почуття провини до матері та образу на неї. Оскільки більшість з них витіснена соціальними нормами чи правилами, регламентованими родиною, вони зберігаються на рівні інфантилізму, що робить дорослішання утрудненим (почуття провини не дозволяє реалізувати розвиток особистості).

Конкуренція з матір'ю призводять до посиленого бажання сепарації у ранньому віці (ранні статеві відносини), що посилює постійні конфлікти з батьками (внаслідок потреби у заміщенні ролі одного із бать-

ків), педагогами (відстоювання права на територію, власне волевиявлення, визнання, любов, пораду та прийняття). Така поведінка стимулює розвиток невроту характеру, який охоплює всі сфери життя особистості і знаходить прояв у *пасивно-агресивному розладі, нарцисичному, гістріонному, шизоїд типовому, залежному, уникаючому, obsесивно-компульсивному розладах* поведінки. При чому, для різних сфер життя та діяльності особистості можуть бути властиві різні прояви розладів, як спосіб надмірної компенсації, тобто захисту. Людина з неврозом не здатна отримувати задоволення від звичних речей, відносин з іншими людьми, життям, оскільки відчуває потребу у накопиченні та збільшенні потреб. В період прив'язаності до людини ускладнено сприймає бажання іншої людини до сепарації, втрачає контроль над дотриманням поваги до особистісних кордонів партнера. Ілюзія людини щодо повної самовіддачі є прихованим бажанням контролювати страх власної непотрібності, ущербності, претензії до себе. Страх відторгнення стимулює до усамітнення та емоційного відсторонення від інших людей, ідей, потреб та нових форм взаємодії, зокрема і від терапії. Невротична потреба у любові змушує людину з неврозом фіксувати увагу на особистості мами з метою забезпечення стійкого прагнення до любові, якої не було отримано у необхідному форматі в ранньому віці. Такий невротичний стан оточенням клієнтки оцінює як егоїзм. Під час надмірної тривоги та в умовах надзвичайних подій, зокрема в умовах воєнного стану, така невротична прив'язаність лише посилюється. У разі реальної небезпеки життю клієнти здатні раціонально оцінювати свою поведінку та змінювати акцент у поведінці, проте через незначний період часу, звичні форми поведінки та потреба у матері та її схваленні/любви знову повертають до прогресу невроту.

Терапія родин з невротичним спектром, який виникає внаслідок конфлікту «мати-дитина» ускладнений через неготовність працювати над зміною поведінки, когніцій кожного члена родини. Фіксація на житті та діяльності/бездіяльності іншої людини робить процес довготривалим та болісним. Часто клієнти відмовляються від терапії після 3–5 сесій, коли відчули, що у них з'явився ресурс на протисто-

яння і вони іще можуть продовжити звичну форму взаємовідносин. Найчастіше примусова терапія виникає після соціально неприйнятних інцидентів (спробах здійснити суїцид, селфхармі, активному булінгу, направленню від служб соціального супроводу чи поліції). Примусова терапія показує низьку ефективність, оскільки конфронтація з матір'ю є прихованою формою любові від якої клієнти не готові звільнитися і змінювати фокус уваги бояться. Саме конфлікт трьох страхів (страх перед матір'ю, страх залежності від терапевта, страх неприйняття успіху дитини матір'ю) змушує зберегти видиму участь у терапевтичному процесі, проте не показувати досягнень, що було описано на рисунку 1.

Іншою важливою складовою вивчення даного питання є епілепсія в анамнезі (встановлено чи не було діагностовано, проте згідно слів клієнтів, була в родині).

За даними Центру Громадського здоров'я МОЗ України «в Україні на початку 2018 р. було зареєстровано 52482 хворі на епілепсію (0,12% від загальної кількості населення), що відповідає рівню захворюваності 123,7 на 100000 осіб [1]». За даними ВООЗ у світі від епілепсії страждає «50 млн осіб [2]». Окрім основних причин захворювання причиною додаткового вивчення дослідження є: пошкодження мозку у передродовий період чи перинатальний період (гіпоксія чи родова травма, низька маса тіла при народженні); вроджені відхилення від норми; генетична схильність; генетичні аномалії, що призвели до аномалій розвитку головного мозку. Так, у статті дослідників Білень Я.Є., Романів О.П., Надь Б.Я. «Симптомокомплекс психічних розладів при епілептичній хворобі як один із чинників впливу на якість життя дітей із даним захворюванням» маємо твердження, що підтверджує важливість нашої тези: «Однією з основних проблем, з якою стикаються епілептики – це внутрішнє несприйняття своєї реальності (депресія, замкнутість, страх перед новим приступом), соціальної адаптації (питання навчання, працевлаштування, особистого життя), пошук «свого» лікаря та шляху лікування (знайти адекватний спосіб поєднати хворобу із повноцінним життям). У випадку дитячої епілепсії важливою проблемою є питання соціалізації в шкільне середовище, що часто супроводжується випадками відмови прийому у дитячі садки, школи, недостатньою обізнаністю педагогічного колективу, щодо медичної та психологічної допомоги таким дітям та інше. Діти з епілепсією часто мають ознаки шкільної неуспішності та потребують спеціальної педагогічної підтримки, яка враховує їхні психологічні та психофізіологічні особливості. Причинами цього можуть бути порушення психіки

та поведінки, які мають високий рівень коморбідності з епілепсією – аутизм, специфічні затримки розвитку мовленнєвої функції, порушення поведінки, пізнавальних функцій, розлади з дефіцитом уваги та гіперреактивністю, депресивність, тривожність тощо. Саме коморбідні психічні розлади, а не епілептичні напади, часто зумовлюють обмеження життєдіяльності, зокрема особливі потреби під час навчання. За наявності коморбідних порушень психіки та поведінки діти з епілепсією потребують фахового супроводу навіть у разі ремісії епілептичних нападів [3, 2]». Якщо врахувати, що генетична схильність до епілепсії є у 10% населення, то необхідно зазначити, що з кожною новою популяцією, ознаки епілепсії будуть зміненими в анамнезі особистості. Для прикладу розглянемо лінію розвитку симптомокомплексу, визначену на одній із родин. У родині N у анамнезі бабуся, мама (мамина лінія), дідусь та батько (батькова лінія) мали епілепсію в анамнезі (рис. 3).

На прикладі аналітичних даних даної родини можемо прослідкувати процес сенсорної інтеграції епілепсії в анамнез особистості та процес її онтогенезу. За відсутності даних патопсихологічного обстеження (спираючись лише на суб'єктивні висновки клієнтів), висновки лікарів, медичну статистику та техніки саморегуляції Ч.У.Д.О. і В.И. можемо зробити висновки, що емоційні розлади молоді, стрімкий показник приросту психіатричних захворювань є наслідком прояву психіатричних та вегетативних, хронічних, генетичних захворювань, прогрес яких був спричинений зовнішніми стресовими індикаторами війни. Відтак, вважаємо за доцільне здійснити результати патопсихологічного обстеження даної вибірки, аби визначити адаптивні моделі реінтеграції травматичного досвіду молоді, з огляду на генетичну схильність та наявність захворювань, що потребують постійного нагляду медичних працівників, з метою збереження ремісії, та підвищення рівня соціальної включеності молоді (за умови врахування протипоказань).

Приховані мотиви є лише вершиною реакцій, у більшості з яких криється страх. У кожного клієнта страх різний, він може стати рушійною силою обмежень, покарань і стереотипної поведінки, або бути наслідком діяльності ЦНС. Аби повернути клієнта до стану усвідомленості, необхідно здійснити якісну діагностику психоемоційного стану, патопсихологічне та клініко-діагностичне обстеження, зняти рівень тривоги, ворожості до терапевта. Вже на етапі діагностики варто в'яснити яким чином поведінка іншої людини впливає на клієнта, та що в таких ситуаціях клієнт усвідомлює про себе.

Порівняльна таблиця результатів інтеграції епілепсії в анамнез родини

Прояви	Причини	Наслідки
<i>Покоління 1 (баба)</i>		
Втрата свідомості внаслідок потемніння в очах	Фізичне виснаження організму, вплив дії високої температури, непосильна фізична праця на сонці, незбалансоване харчування, РХП, агресивність, постійна фізична активність попри заборону лікарів	Часті струси мозку, внаслідок падіння; з 46 років погіршення зору, мігрені, болі в серці; слабкість кінцівок, біль в м'язах, проблеми зі сном, виникнення пухлини в головному мозку, призвела до інсульту у 75 років (часткового паралічу правої половини тіла); розгальмованості нервової системи
<i>Покоління 2 (донька баби/мама)</i>		
Мігрені	Нестача кисню, робота в погано провітрюваних приміщеннях, емоційна тупість, плаксивість, РХП	Погіршення зору і посилення головних болей після ЧМТ у віці 45 років;
<i>Покоління 1 (дід)</i>		
Нічні носові кровотечі	Тривале перебування на сонці	Збалансоване харчування, режим діяльності дозволило уникнути погіршення здоров'я до віку 85 років. У 85 років відбувся вивих стегна внаслідок падіння (втрата свідомості). Помер у віці 92 роки.
<i>Покоління 2 (син діда/батько)</i>		
Інфаркт міокарда (4), мікроінсульт, втрата чутливості кінцівок, часті падіння внаслідок відмовляння нижніх кінцівок	Вживання алкоголю, кульове поранення грудної клітки, незбалансоване харчування; страхи; фізичне навантаження	Часті забої внаслідок падіння, задуха, болі в області серця, з 35 років – слабкість м'язів (неможливість довго ходити, нетримання сечі), ускладнене дихання, емоційне ущільнення, неконтрольовані спалахи гніву (особливо зранку), відсутність критики при висловлюванні власної думки щодо діяльності інших людей; відсутність друзів; 30 років прожив без потреби виходити з будинку, 3 з яких був у лежачому стані. Частота падіння з роками збільшилася до 3-х за тиждень. Помер у віці 65 років.
<i>Покоління 3 (дочка батька/онука діда)</i>		
Судоми ніг, спазмування м'язів обличчя під час фізичного навантаження, сильні головні болі в області лобної долі, часткова втрата зору та носові кровотечі після болей та втрати зору; Слабкість; часті захворювання; асоціальність	Купання у відкритих водоймах, тривале фізичне та інтелектуальне навантаження.	Уникання активного способу життя (біг, носіння підборів); м'язова слабкість (нетримання сечі під час стрибків та бігу, чхання), посилене бажання до сечовипускання під час тривалої ходи та фізичного навантаження; тремтіння чи затерпання лівої половини обличчя під час тривалої інтелектуальної діяльності; з 30 років погіршення пам'яті, агресивність, асоціальна форма поведінки, емоційна тупість, агресія, жарти-образи; сильні болі в суглобах, затерпання губ, кінцівок під час розслаблення, посилення судом із затерпанням половини тіла увісні.
<i>Покоління 4 (внук/правнук/син)</i>		
РДУГ, емоційно-нестійкий розлад особистості, схильність до психопатії, неконтрольовані приступи агресії, підвищена агресивність щодо критики дій дитини, надмірне бажання захищати батьків від уявної небезпеки світу; бажання віддати життя за безпеку друга, ускладнена соціалізація; головні болі на шум та гучні звуки, уникання яскравого освітлення та багатолюдних місць	Страхи за життя рідних та себе, відсутність графіку зміни діяльності; емоційна холодність матері, інтоксикація у ранньому віці, ЧМТ,	Постійна зміна закладів навчання, у 5 років діагностовано РДУГ, емоційно-нестійкий розлад особистості, ускладнена соціалізація, слабкість м'язів (пересувається на транспорті, оскільки від ходьби болять м'язи ніг); низький рівень успішності, потреба у постійних обіймах та цілунках як способу зняти тілесну напругу та внутрішню тривогу; ОКР, алергічний реніт, сезонна та продуктова алергія, РХП, дискалькулія, дисграфія, опозиційна поведінка

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Епілепсія. *Центр громадського здоров'я МОЗ України*. URL: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan-neinfekciyni-zakhvoryuvannya/inshi-neinfekciyni-zakhvoryuvannya/epilepsiya> (дата звернення: 28.07.2023).
2. Епілепсія. *Аналітичний звіт ВООЗ*. <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy> (дата звернення: 28.07.2023).
3. Білень Я.Є., Романів О.П., Надь Б.Я. Симптомокомплекс психічних розладів при епілептичній хворобі як один із чинників впливу на якість життя дітей із даним захворюванням. URL: <https://dSPACE.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/23108/1/89-90.pdf> (дата звернення: 28.07.2023).