

Когнітивні та психоемоційні порушення в умовах хронічного стресу: як вийти із замкненого кола

Хронічний стрес натеper є одним з основних медичних, медико-соціальних і психологічних викликів для людства. Вплив хронічного стресу загалом на організм, зокрема на головний мозок, є провідною проблемою сучасної медицини. У вітчизняній медичній практиці в умовах повномасштабної війни цей чинник набуває особливого значення як, власне, у медичному, так і в медико-соціальному плані. Особлива увага нині приділяється впливу хронічного стресу в патогенезі так званих «хвороб цивілізації» – психосоматичної та цереброваскулярної патології, а також неврозів [13, 23]. Згадані форми патології поєднують первинність ураження центральної нервової системи (ЦНС) на всіх рівнях структурно-функціональної організації мозку – від молекулярного до системного з подальшим розвитком дизрегуляції внутрішніх органів, центрального та периферичного кровообігу. Тому «хвороби цивілізації» також належать до категорії «дизрегуляційної патології».

Необхідно зазначити, що в Україні нині стрімко збільшилася роль хронічного стресу як основного чинника розвитку всіх форм «хвороб цивілізації» [13]. Важливо розуміти, що відбувається вплив хронічного стресу на головний мозок як нейромедіаторний баланс загалом (тобто на механізми центральної регуляції), так і на нейрометаболічні процеси на рівні окремих нейронів, а також на зміни трофічних і пластичних процесів

у ЦНС і, власне, на порушення мозкового кровообігу.

Когнітивні та психоемоційні порушення

Серед основних клінічних синдромів, що розвиваються внаслідок впливу хронічного стресу на ЦНС, слід виокремити такі порушення:

- 1) когнітивні (пам'ять, увага, орієнтація);
- 2) психоемоційні (тривожні розлади, депресія).

Провідне місце серед цих розладів посідає синдром когнітивного дефіциту (послаблення пам'яті, особливо оперативної; уваги; орієнтації; здатності до навчання в поєднанні з психастенічними станами). Саме когнітивний дефіцит належить до найтипівіших клінічних синдромів із боку ЦНС за всіх форм «хвороб цивілізації» [18, 24]. Когнітивні розлади є одними з найбільш ранніх ознак стресового впливу на ЦНС загалом і водночас такими, що суттєво позначаються на якості життя та соціальному функціонуванні людини. І тому можливість комплексної корекції як, власне, стрес-залежної дисфункції головного мозку, так і спричинених нею когнітивних порушень внаслідок нейрометаболічних і нейромедіаторних розладів є в сучасних умовах провідним завданням у практиці як невролога, так і сімейного лікаря.

Когнітивні розлади різного ступеня виразності, коморбідні, наприклад із синдромом тривоги, виникають у 40-50% випадків

когнітивної дисфункції і супроводжуються часто супутніми станами астенії з характерним ослабленням оперативної пам'яті, уваги, концентрації, що може мати суттєвий вплив на десоціалізацію таких пацієнтів [24].

Водночас вони можуть бути наслідком як впливу хронічного стресу і прогресування синдрому тривожного розладу, так і первинними порушеннями в осіб із виразними атеросклеротичними ураженнями мозкових судин, з артеріальною гіпертензією та ін., тобто у всіх випадках хронічної ішемії головного мозку. Це свідчить про потребу в одномоментному ефекті як на когнітивну, так і тривожну і психастенічну симптоматику в таких пацієнтів.

На системному рівні, як відомо, в основі когнітивного дефіциту перш за все лежить ослаблення холінергічних процесів як провідного системного механізму реалізації когнітивних функцій [23].

Однак останнім часом більш важливе значення надається зниженню активності γ-аміномаслянокислотний (ГАМК) і дофамінергічної систем, що визначає необхідність впливу і на них при лікуванні пацієнтів із когнітивними порушеннями [21]. Нейромедіаторний дисбаланс у згаданому випадку найвиразніший у корі та гіпокампі – провідних регіонах забезпечення когнітивної сфери. Суттєву роль у розвитку когнітивної дисфункції відіграють і клітинні (нейрональні) механізми – ослаблення процесів біосинтезу аденозинтрифосфату (АТФ), транспортування кисню, утилізації глюкози, тканинного дихання, тобто всіх процесів, пов'язаних з енергозабезпеченням клітин мозку, знов-таки переважно в корі та гіпокампі [2, 17].

Важливо зазначити, що ці механізми, а саме поєднання нейромедіаторного дисбалансу і порушень енергозабезпечення нейронів лежить в основі поліморбідного з когнітивними розладами астеничного синдрому у вигляді як психічної, так і фізичної астенії, тому на цьому є сенс зупинитися детальніше.

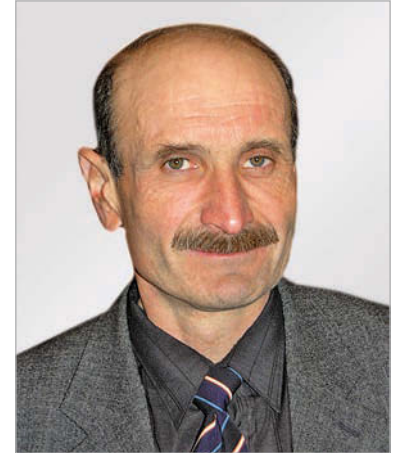
Астеничний синдром

Поширеність астенії в загальній популяції є надзвичайно високою. До 60% усіх скарг хворих під час первинного звернення по медичну допомогу пов'язані з тими чи іншими станами астенії [22].

Астенія – синдром неспецифічний. Описано десятки ознак, характерних для астенії на ґрунті різних стрес-залежних розладів, проте найтипівішою є така тріада: власне астения (підвищена втомлюваність, зниження рівня працездатності, затьажна тривожність) у поєднанні з когнітивними розладами [16].

В основі розвитку астеничного синдрому за будь-якої форми патології лежить системний нейромедіаторний дисбаланс у ЦНС та порушення функції ретикулярної активаційної системи (РАС), що охоплює структури таламуса, гіпоталамуса, мозочка та кори великих півкуль. РАС є провідним компонентом, тобто своєрідним «диригентом» регулювання енергетичного потенціалу організму, а в найширшому значенні цього поняття координатором процесів нейрогуморальної та психічної регуляції [19].

Порушення балансу нейромедіаторних систем у межах РАС і насамперед ослаблення катехоламінергічного активаційного впливу на вищі коркові центри призводить до розвитку відповідного астеничного симптомокомплексу, пов'язаного з порушеннями центральної регуляції енергозабезпечення нейронів різних структур мозку. Тому на клітинному рівні провідним нейромета-



С.Г. Бурчинський

є гіпоксія, що спричинює енергодефіцит нейрональних структур, ослаблення біосинтезу макроергічних сполук, порушення тканинного дихання і, зрештою, активацію процесів вільнорадикального окислення з подальшим ушкодженням зовнішніх нейрональних і мітохондріальних мембран [3, 5].

Насамкінець необхідно наголосити на ролі власне психоемоційних порушень у розвитку стрес-залежних «хвороб цивілізації» і насамперед – на синдромі тривоги, який дуже часто поєднується зі станами астенії та може бути предиктором тяжкого перебігу та погіршення прогнозу згаданих форм патології [4].

Тривожні розлади

У практичному плані важливо згадати про тривожні розлади як окремі нозологічні форми відповідно до Міжнародної класифікації хвороб 10 і 11-го переглядів (МКХ-10 і МКХ-11). Зокрема, це генералізований тривожний розлад (ГТР), тривожно-фобічний і панічний розлад, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) і синдром тривоги в межах різних форм невротичних (неврастенія, психастенія) та соматоформних порушень, а також за психосоматичної патології.

Саме із синдромом тривоги практично щоденно стикаються лікарі загальної практики. На відміну від ГТР і ПТСР, що належать до компетенції психіатрів, тривога на синдромальному рівні в поєднанні з когнітивною дисфункцією потребує від лікаря-практика різного фаху розуміння основних шляхів її розвитку і вибору оптимального інструменту фармакотерапії.

За сучасними уявленнями, розвиток тривоги не є наслідком дисфункції окремо однієї нейромедіаторної системи, навпаки, відображає комплексний регуляторний дисбаланс різних нейромедіаторів на всіх рівнях структурно-функціональної організації ЦНС – від молекулярного рівня до цілісного мозку [14, 20]. Ключове місце у формуванні цього дисбалансу посідає ослаблення ГАМК-ергічної системи – основного регулятора гальмівних процесів у ЦНС. Саме порушення ГАМК-залежних процесів опосередковує дисфункцію інших нейротрансмітерів, що в майбутньому (за подальшого розвитку і прогресування тривоги) е набуває ролі самостійних патогенетичних механізмів. Зокрема, важливе значення в патогенезі тривоги відводиться активації катехоламініна та серотонінергічних систем та ослабленню процесів, що опосередковуються ендogenousніми опіатами [26]. Тобто вирішальним чинником формування клінічної картини тривоги (як і когнітивних, і астеничних розладів) є системний нейромедіаторний дисбаланс між різними збуджувальними (норадреналін,

Ноофен®



Для ефективного відновлення астенизованих, виснажених пацієнтів¹

СКРОЧЕНА ІНСТРУКЦІЯ для медичного застосування лікарського засобу НООФЕН® (NOOFEN). Діюча речовина: фенібутіл 250 мг. Лікарська форма: Таблетки. Фармакогравітативна група: Інші психостимулятори та ноотропні засоби. Код АТХ N06B X02. Показання. Астеничні та тривожно-невротичні стани: неспокій, страх, тривожність, безсоння, нічний неспокій у людей літнього віку. Профілактика стресових станів перед операціями чи болісними діагностичними дослідженнями. Хвороба Меняра, запаморочення, пов'язані з дисфункцією вестибулярного апарату різного походження. Профілактика кінетозу. Зайкання, тині у дітей віком від 8 до 14 років. Як допоміжний засіб під час лікування абстинентного синдрому при алкоголізмі. Протипоказання. Підвищена чутливість до компонентів лікарського засобу. Гостра ниркова недостатність. Період вагітності та годування груддю. Побічні реакції. З боку нервової системи: сонливість (на початку лікування), головний біль та запаморочення (в дозах понад 2 г на день, при зменшенні дози виразність побічної дії зменшується). З боку шлунково-кишкового тракту: нудота (на початку лікування), блювання, діарея, біль в епігастральній ділянці. З боку речовини та жовчовивідних шляхів: гепатотоксичність (при тривалому застосуванні високих доз). З боку імунної системи: реакції гіперчутливості, включаючи кропив'янку, еритему, висип. З боку шкіри та підшкірних тканин: алергічні реакції (висип, свербіж). Порушення психіки: емоційна лабільність, порушення сну (дані побічні реакції можуть спостерігатися у дітей при недотриманні рекомендацій щодо застосування). Фармакологічні властивості. Ноофен® є похідною речовиною γ-аміномасляної кислоти (ГАМК) та фенілетанаміну. Його домінуючим ефектом є антипсихотична та антианестетична дія. Ноофен® поліпшує пам'ять та увагу, сприяючи процесам навчання, підвищує фізичну та розумову працездатність. Психологічні показники (увага, пам'ять, швидкість і точність сексорино-моторних реакцій) під впливом Ноофену покращуються. Встановлено, що Ноофен® збільшує енергетичний потенціал нейрона за рахунок покращення функцій мітохондрій. Також Ноофен® має властивості транквілізатора: усуває психоемоційне напруження, тривожність, страх, емоційну лабільність, дратівливість, покращує сон, подовжує та посилює дію снодійних, наркотичних, нейролептичних і протисудомних засобів. Ноофен® зв'язується в головному мозку виключно з рецепторами ГАМК-В, тому чинить помірну заспокійливу дію, але не умовляє небажаного седативного впливу: сонливості, запаморочення, зниження уваги та працездатності. Ноофен® помітно зменшує прояви астенії та вазовегетативні симптоми, включаючи головний біль, відчуття важкості в голові. У хворих з астеною з емоційно лабільними особі при застосуванні Ноофену покращується самопочуття без збудження. Категорія відпуску. За рецептом. Виробник. АТ «Олайнфарм» / JSC «Olainfarm». Місце знаходження виробника та його адреса місця провадження діяльності. Вуллиця Руніцька, 5, Олайне, LV-2114, Латвія / 5 Rupniec Street, Oline, LV-2114, Latvia.

1. Інструкція для медичного застосування Ноофен®, 22.02.2021

Інформація про лікарський засіб для розміщення у спеціалізованих виданнях, призначених виключно для професіоналів сфери охорони здоров'я, а також для розповсюдження під час проведення семінарів, конференцій, симпозіумів на медичну тематику або у вигляді індивідуально спрямованої інформації згідно з потребами конкретної професійної сфери охорони здоров'я. За підстави на побічні реакції, з питаннями щодо якості та помилки при застосуванні лікарських засобів ТОВ «Олайнфарм-Україна», що мають відношення до викладеного вище, слід звертатися до Дмитра Савченка, адреса: Україна, 02096, м. Київ, вул. Симферопольська, 13, кабінет 211, моб.: +380936312296, ел. пошта: dmytro.savchenko@olainfarm.com

Питання стосовно медичної інформації, будь ласка, надсилайте на електронну адресу: Maryna.Babenko@olainfarm.com
Товариство з обмеженою відповідальністю «Олайнфарм-Україна», 03039, м. Київ, проспект В. Лобановського, 119а, офіс 34

Noofen23032023UA



Olainfarm

глутамат, низка нейропептидів) і гальмівними (ГАМК, аденозін) нейротрансмітерними системами, а також регіонами ЦНС – корою та підкірковими структурами. Вказаний дисбаланс формує замкнене «порочне коло», коли порушення в одній зоні тягнуть за собою ланцюг розвитку подальших змін активності в інших системах.

Тому найефективнішими інструментами фармакотерапії за таких випадків мають бути лікарські засоби, що чинять вплив на згаданий дисбаланс завдяки дії на певні універсальні механізми, які регулюють взаємозв'язок окремих нейромедіаторів та їх фізіологічні ефекти, насамперед, на ГАМК-ергічну систему як на своєрідний «тригер», що спричинює ланцюгову реакцію нейромедіаторної перебудови в ЦНС. Із клінічного погляду тривога виявляється у формі психічних, поведінкових і соматичних симптомів. До психічних і поведінкових ознак належать постійне відчуття неспокою, напруги, агресивності, страху; до соматичних – порушення з боку тієї чи іншої функціональної системи організму, які нерідко маскують, або поєднуються з конкретною формою психосоматичної патології [7, 15].

Найчастіше виникають м'язова напруга, симптоми вегетативної лабільності (тахікардія, кардіалгія, відчуття нестачі повітря, нудота, пітливість), запаморочення, головний біль тощо. Важливо зауважити, що в низці досліджень було підтверджено причинно-наслідковий зв'язок тривоги і соматичних захворювань (як-от артеріальна гіпертензія, інфаркт міокарда, функціональні розлади шлунково-кишкового тракту, респіраторні захворювання, мігрень), що свідчить про серйозні медичні наслідки, пов'язані із широким впливом синдрому тривоги [14, 23]. Треба додати, що соматичні стани в пацієнтів із синдромом тривоги невротичного або соматоформного генезу можуть бути навіть виразніші, ніж при ГТР та інших нозологічних формах тривожних розладів [22].

Лікування та профілактика коморбідних когнітивних, астенічних і тривожних розладів

Зі всього вищезазначеного випливає дуже важливий висновок, що для лікування та профілактики подальшого розвитку коморбідних когнітивних, астенічних і тривожних порушень по можливості необхідно застосовувати мінімальну кількість лікарських засобів, а в ідеалі – *один препарат із комплексними ноотропними, антиастенічними та анксиолітичними ефектами*.

Сьогодні на фармринку України представлено лише один препарат, який має зазначені характеристики – **фенібут (Ноофен®)**. Хоча формально Ноофен® належить до ноотропних засобів, його механізми дії та клінічні можливості набагато перевищують стандартні уявлення про фармакологічний вплив засобів згаданого класу. Це пов'язано з унікальною формулою Ноофену, який одночасно є похідним ГАМК і β-фенілетиламіну (попередника дофаміну в ланцюгу його біосинтезу), тобто має потенціал реалізації як гальмівних, так і стимулювальних (прямого і непрямого) ефектів щодо провідних нейромедіаторних систем мозку (ГАМК, катехоламіни, серотонін, глутамат, опіати тощо). Відповідно, Ноофен® чинить вплив на провідний системний механізм розвитку когнітивних порушень, астенії та тривоги – нейромедіаторний дисбаланс.

Ноофен® являє собою засіб, який, по суті, не має аналогів, зокрема серед похідних ГАМК і серед нейротропних препаратів загалом. Власне, завдяки своїй клітинній (нейрональній) дії він підвищує адаптаційний потенціал нейронів, поліпшує енергетичний обмін, посилюючи синтез макроергічних сполук (АТФ, АДФ), нормалізує співвідношення аеробних та анаеробних процесів [6, 8].

Застосування препарату Ноофен® допомагає значно поліпшити показники оперативної пам'яті, асоціативного експерименту, коректурного тестування, тобто має також позитивний комплексний мнемотропний

ефект і виразну психоенергізуючу та антиастенічну дію [7]. Терапевтичний потенціал Ноофену демонструє суттєве підвищення рівня розумової та фізичної працездатності, насамперед на тлі виразних типових для «хвороб цивілізації» симптомів фізичної та психічної астенії; зменшення відчуття напруги та страху, емоційної лабільності, виразності симптомів фізичної та психічної астенії, та загалом поліпшення якості життя [12, 16].

На відміну від інших ноотропів (як-от пірацетам, аміналон), Ноофен® чинить ноотропну дію вже протягом перших днів лікування. Тоді як при застосуванні «класичних» ноотропів аналогічний ефект настає лише на 2-3-му тижнях приймання. Крім того, Ноофену притаманний нетиповий для класу ноотропів та анксиолітиків прямий вегетостабілізуючий ефект, насамперед щодо стабілізації функцій серцево-судинної системи в межах артеріальної гіпертензії та різних клінічних ознак вегетативної дисфункції за хронічного стресу [9, 10].

Зрештою, винятковою властивістю для ноотропного і анксиолітичного препарату є анагетичну дію Ноофену, особливо якщо згадати про частоту і виразність психогенних больових синдромів за стрес-індукованих соматоформних розладів, що, імовірно, реалізується через вплив на нейромедіаторні процеси, залучені до поширення больових імпульсів (активація ГАМК- та опіатергічних систем у ЦНС, збільшення утворення енкефалінів, зниження активності структур таламуса – своєрідного підкіркового «колектора» відчуття болю (спиноталамічні провідникові шляхи) [11].

Завдяки своїй схожості з природними метаболітами організму Ноофен® не є ксенобіотиком і тому не спричинює клінічно значущих побічних ефектів, за винятком випадків індивідуальної непереносимості та нечастих проявів нудоти, головного болю та сонливості, що робить можливим широко застосовувати його:

а) як *терапевтичний засіб* при всіх формах стрес-залежної патології (психосоматика, неврози, цереброваскулярна патологія), що супроводжуються когнітивними порушеннями, астенічним синдромом і тривожними станами, чи психогенними больовими синдромами;

б) як *фармакопрофілактичний засіб* в осіб, що перебувають в умовах хронічного стресу, і з наявністю когнітивної дисфункції та тривожного розладу на донозологічному рівні, для гальмування подальшого розвитку тієї чи іншої форми стрес-залежної патології.

Застосування Ноофену цілком відповідає тим психологічним і медико-соціальним викликам, які наразі наявні в Україні. Можливість одномоментної корекції когнітивної, астенічної та тривожної симптоматики, мінімізація поліпрагмазії, високий ступінь безпеки лікування – усе це забезпечує Ноофену провідні позиції серед найзатребуваніших нині лікарських засобів в українському суспільстві. Додатковою перевагою препарату Ноофен® також є простота і зручність його застосування – по 1-2 таблетки (0,25 г) тричі на добу упродовж 4-6 тижнів із можливістю повторного курсу 2-3 рази на рік.

Висновки

Підсумовуючи, необхідно ще раз наголосити на актуальності проблеми нервових і психічних розладів в Україні, яка найближчим часом, на жаль, буде неухильно зростати. Тому саме для лікарів первинної ланки особливо важливе володіння критеріями вибору конкретного лікарського засобу для пацієнта. І саме фенібут (Ноофен®) може в багатьох випадках допомогти вийти із «замкненого кола» патогенезу когнітивних і тривожних порушень, запобігти розвитку низки серйозних захворювань і сприяти поверненню значної кількості осіб до повноцінного соціального життя.

Список літератури знаходиться в редакції

Інформація

Новини МОЗ

Поширені проблеми у стосунках та партнерство під час війни

Побудувати здорові, міцні стосунки, а тим паче їх зберегти – не така вже і легка справа. Як і в будь-якій іншій сфері людських відносин, відкрите спілкування є необхідним, коли йдеться про побудову та підтримку здорових стосунків. Люди часто не відчують контакту зі своїм партнером, почуваяться самотніми. Вони переполюються почуттями, які не можуть висловити, та починають вимагати уваги, сердитися або критикувати одне одного.

Про те, як побудувати здорові стосунки розповіла Sue Johnson, клінічна психологиня, авторка методу емоційно фокусованої терапії пар і сімей, почесна професорка кафедри психології в Університеті Оттави, у подкасті «Простими словами» від The Village Україна, що виходить у межах Всеукраїнської програми ментального здоров'я «Ти як?».

Вона поділилася історіями зі свого післявоєнного дитинства в Англії, які заклали основу її інтересу до взаємин між людьми, розповіла про поширені проблеми в стосунках і пояснила, що робити, щоб не втрачати відчуття зв'язку та близькості навіть під час війни.

Здорові стосунки – це які?

Якщо ви почуваетесь в безпеці, якщо ваш партнер вас чує та підтримує, якщо ви розумієте, що б не сталося, ви завжди можете до нього звернутися й довіритися, ваш партнер поставить вас на перше місце й приїде на допомогу – це про здорові стосунки. Ваш партнер хоче знати про ваш внутрішній світ, що вас хвилює й що вам болить, про ваші потреби. У здорових стосунках ви можете вчитися разом і зростати разом як особистості.

Коли люди почуваяться в безпеці одне з одним, вони можуть поділитися тим, що їм дійсно потрібно, своїми вразливостями, і тоді вони фантастично добре вирішують проблеми разом. Вони просто шукають спільні точки та працюють над рішеннями, і в кінці виявляється, що все було не так уже й страшно.

Психологиня наголошує, що ідея про повну самодостатність й незалежність не має нічого спільного з поведінкою здорової людини. Коли ми досягаємо підліткового віку, ми продовжуємо нести із собою прив'язаність до наших батьків, але вже всередині. А потім додаємо до цього мережива стосунків своїх однолітків і романтичних партнерів.

Так ми формуємо ефективну залежність, тобто здатність звертатися до інших людей по допомогу й покладатися на них. Це робить нас сильнішими, а не слабшими. Ми загалом схильні тягнутися до людей, хочемо бути в безпеці поруч із ними, прагнемо зв'язку.

Саме це бажання відчувати прив'язаність, знати, що коли ви до когось звернетесь по допомогу, то вас не відштовхнуть. Це є базовою потребою людини. Коли цієї прив'язаності немає, ми самотні й налякані та часто дуже неефективні.

Партнерство під час війни

Під час жахливих ситуацій, що загрожують життю, є момент, коли потрібно вимкнутися емоційно й повністю зосередитись на завданні, – говорить психологиня про поведінку військових. Так можна працювати, але це не може тривати весь час.

Власне, вони вчать фокусуватися лише на тому, що роблять, але потім треба навчитися відпускати, бо це людська природа – пережити й відпускати. Для цього треба звертатися по допомогу й підтримку, щоб опрацювати ці відчуття. Вимикання емоцій – це фізіологічно важка робота. Це ніби тримати на собі величезну вагу. І проблема в тому, що це насправді не працює: ви відштовхуєте й відтискаєте, але стаєте лише вразливішими до того, чого намагаєтеся уникнути. Тригери з'являються знову й знову, а тиск і навантаження від придушених емоцій стають надмірними.

Sue Johnson каже, що її вражає, як люди в парах вчать підтримувати одне одного сьогодні. У багатьох парах обидва партнери водночас переживають жах, страх, втрати й відчуття непевності. Це дійсно важко, адже, щоб підтримати свого партнера, треба самому утримувати емоційний баланс. Але пари вчать це робити: коли одна людина втрачає «землю під ногами», її партнер чи партнерка приходять на допомогу. І так по черзі. Вони ніби підхоплюють одне одного, коли відчувають, що близька людина зараз перебуває в тяжкому стані.

Люди досі не розуміють, наскільки токсичною є емоційна ізоляція. У час війни це має особливе значення, тому що нам так важливо усвідомлювати, що ми не самотні із цими викликами. Але коли ми не можемо почути одне одного, висловити свої потреби, коли приховуємо свої вразливі сторони, то починають роботу треба саме з відновлення широго зв'язку.

Як приклад Sue Johnson розповіла історію про те, як місто, у якому вона зростала, переживало наслідки Другої світової війни.

«Англіїці змогли виборсатися з наслідків Другої світової, бо тримались одне за одного. Уся суть була в цьому відчутті спільності, яке вони мали впродовж війни та після неї. Я особливо гостро його відчувала серед людей робітничого класу. Я спостерігала за тим, як чоловіки приходять до нашого пабу, вони підходили до мого батька (вони англійці, тому досить стримані щодо емоцій) й били одне одного долонею по плечах й обмінювалися короткими фразами про власні справи. Я це слухала, але за їхніми словами чула мелодію емоцій. Я бачила, що мій тато любить цих чоловіків, а вони приходять до нього не за випивкою, а за зв'язком, за відчуттям, що ти не один».

Тримаймося й підтримуймо один одного, щоб разом вистояти й жити далі. Якщо самі не можете впоратися – звертайтеся по допомогу.

Довідка: Sue Johnson називали найкращою парною терапевткою світу, а її книга **«Пригорни мене міцніше! Сім бесід про кохання тривалістю в життя»** стала світовим бестселером і перевидана в Україні цього року.

Міжнародний центр передового досвіду емоційно фокусованої терапії, засновницею та керівницею якого була науковиця, продовжує навчати фахівців у галузі психічного здоров'я по всьому світу. Участь в новому епізоді подкасту стала одним з останніх публічних інтерв'ю психологині. Sue Johnson померла від раку 23 квітня 2024 року у віці 76 років.

Сезон «Наука стійкості» подкасту «Простими словами» виходить у межах ініціативи першої леді Олени Зеленської з впровадження Всеукраїнської програми ментального здоров'я «Ти як?» Проект реалізовано у співпраці з Координаційним центром із психічного здоров'я Кабінету Міністрів України за підтримки Всесвітньої організації охорони здоров'я.

За матеріалами пресслужби МОЗ України: <https://moz.gov.ua>