

Додаток 6

СТАМБУЛЬСЬКИЙ ПРОТОКОЛ

ГЛАВА VI. ПСИХОЛОГІЧНІ ДОКАЗИ ТОРТУР

А. ЗАГАЛЬНІ ЗАУВАЖЕННЯ

1. Центральна роль психологічної експертизи

Згідно з широко поширеною думкою, тортури – це надзвичайна подія, що призводить до різноманітних фізичних і психологічних страждань постраждалого. Більшість лікарів і дослідників згодні з тим, що надзвичайний характер тортур такий сильний, що негативні психічні й емоційні наслідки будуть незалежно від того, який психологічний стан був у потерпілого до тортур.

Психологічні наслідки тортур виникають у контексті особистого сприйняття того, що сталося, рівня розвитку особистості, а також соціальних, політичних і культурних чинників. Через це не можна вважати, що всі форми тортур матимуть однакові наслідки. Наприклад, психологічні наслідки імітації страти відрізняються від наслідків сексуального насильства, а одиночне ув'язнення або ізоляція навряд чи матимуть такі само наслідки, як і фізичні тортури. Не можна стверджувати, що утримання під вартою і тортури дорослий сприйматиме так само, як і дитина.

Проте є групи симптомів і проявів психологічних реакцій, які зустрічаються регулярно і документуються стосовно осіб, що стали жертвами тортур. Ті, хто вдається до катувань, часто намагаються виправдати свої дії – тортури і жорстоке поводження – необхідністю отримати інформацію. Така концептуалізація заважає зрозуміти мету тортур і її передбачувані наслідки. Одна з основних цілей тортур полягає в тому, щоб довести жертву до стану крайньої безпорадності і душевного страждання, що може призвести до порушення її когнітивних, емоційних і поведінкових функцій.

Тортури – це один зі способів посягання на основні види психологічної і соціальної активності людини. За таких обставин особи, що вдаються до тортур, прагнуть не лише вивести людину з ладу фізично, але й зруйнувати її особистість. Вони намагаються знищити в жертви здатність усвідомлювати себе частиною сім'ї і суспільства, людиною, в якій є мрії, надії і плани на майбутнє. Грубо пригнічуючи і послаблюючи волю своїх жертв, особи, що вдаються до тортур, лякають тих, хто в майбутньому спілкуватиметься з жертвою. Таким чином, за допомогою тортур можна ослабити або подавити волю і єдність цілих громад. Крім того, тортури можуть глибоко зачепити особисті стосунки між подружжям, батьками, дітьми, іншими членами сім'ї і стосунки між жертвами та їхніми громадами. Важливо

зазначити, що не в кожного, хто став жертвою тортур, розвиваються й діагностуються психічні захворювання. Проте в багатьох жертв є сильні емоційні переживання і психологічні симптоми розладів.

Основними психіатричними розладами, пов'язаними з тортурами, є **посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) і глибока депресія**. Ці розлади зустрічаються серед населення загалом, але вони значно частіше поширені серед людей, що пережили травмівні події. Культурні, соціальні й політичні наслідки тортур для кожної людини унікальні, вони впливають на його або її здатність описувати тортури і розповідати про них. Ці наслідки є важливими чинниками, що сприяють психологічному і соціальному впливу тортур, їх потрібно враховувати під час оцінювання стану людини, що представляє іншу культуру. Дослідження, що проводилися у межах декількох культур, свідчать про те, що феноменологічні або описові методи найбільш раціональні для оцінювання психологічних або психіатричних розладів. Те, що в межах однієї культури вважається розладом поведінки або захворюванням, у рамках іншої культури може патологією не вважатися.

З часу Другої світової війни вдалося багато чого досягти в розумінні психологічних наслідків насильства. В осіб, що пережили тортури та інші види насильства, були відзначені й документально зафіксовані певні психологічні симптоми або групи симптомів. В останні роки діагноз посттравматичного стресового розладу ставлять все більшій кількості людей, що страждають від наслідків найрізноманітніших видів насильства. Але у рамках не західних культур корисність цього діагнозу ще не встановлена. Проте є докази, що дозволяють припускати наявність високого рівня посттравматичного стресового розладу і депресивних симптомів серед травмованих груп біженців різного етнічного і культурного походження. Корисна інформація міститься в дослідженні депресії у різних культурах, проведеному Всесвітньою організацією охорони здоров'я. Незважаючи на те, що деякі симптоми можуть зустрічатися в різних культурах, вони можуть не відноситися до симптомів, що мають для людини найбільше значення.

2. Контекст психологічної експертизи

Експертизи проводяться в різних політичних контекстах, що обумовлює появу важливих відмінностей у способах її здійснення. Лікар або психолог мають адаптувати нижче наведені керівні принципи до конкретної ситуації і мети експертизи (див. главу III, розділ С.2). Можливість без ризику задавати певні запитання багато в чому залежить від ситуації, а також від того наскільки може бути забезпечена конфіденційність і безпека. Наприклад, огляд, що проводиться запрошеним лікарем у в'язниці і обмежений 15 хвилинами, не можна здійснювати за тією ж схемою, що й судово-медичну експертизу в приватній установі, яка інколи триває декілька годин. При спробі оцінки того, чи є психологічні симптоми або особливості поведінки патологічними або адаптивними, виникають додаткові проблеми. Якщо людина, яку оглядають, перебуває в ув'язненні або переживає сильний страх чи пригнічення, деякі симптоми у неї можуть бути адаптивними. Наприклад, можна зрозуміти зниження інтересу

до активної діяльності і відчуття відчуження в особи, що перебуває в одиночному ув'язненні. Так само людям, що живуть у суспільстві з репресивним режимом, можуть бути необхідні надмірна пильність і реакція уникнення.

Проте обмеження, що існують щодо деяких умов для проведення опитування, не виключають прагнення до застосування керівних принципів, викладених у цьому посібнику. Особливо важливо домогтися, щоб у важких умовах уряд і відповідні органи влади якомога ретельніше дотримувалися цих стандартів.

В. ПСИХОЛОГІЧНІ НАСЛІДКИ ТОРТУР

1. Попередні зауваження

Перед тим, як приступити до технічного опису симптомів і психіатричних класифікацій, слід зазначити, що психіатричні класифікації прийнято вважати західними медичними концепціями, і їхнє застосування, пряме або непряме, стосовно населення незахідних країн створює певні труднощі. Можна стверджувати, що західні культури надмірну увагу надають медичним аспектам психологічних процесів. Ідея про те, що душевні страждання це розлад, що характеризується низкою типових симптомів, може виявитися неприйнятною для багатьох людей незахідних спільнот. Проте є безліч доказів біологічних змін, що відбуваються при посттравматичному стресовому розладі, і з цієї точки зору посттравматичний стресовий розлад – це синдром, який можна діагностувати, і який піддається біологічному і психологічному лікуванню.

У міру своєї можливості лікар чи психолог, що проводить експертизу, повинен спробувати реагувати на душевні страждання в контексті уявлень і культурних норм цієї особистості. Мається на увазі повага до політичного контексту, а також до культурних особливостей і релігійних переконань. Враховуючи жорстокість тортур і їхніх наслідків, здійснюючи психологічну експертизу, потрібно використовувати підхід, що передбачає вивчення отриманої інформації, а не намагатися відразу поставити діагноз і визначити відповідну категорію. В ідеалі такий підхід дозволить жертві зрозуміти, що його або її скарги і страждання визнаються, і в даних обставинах його чи її розуміють. Чуйність і співчуття можуть допомогти постраждалому частково позбутися відчуття відчуження.

2. Розповсюджені психологічні реакції

а) Повторне переживання травми

Жертва може подумки повертатися до минулих подій або страждати від нав'язливих спогадів, в яких вона знову переживає травмівну подію, навіть якщо ця людина не спить і перебуває в стані свідомості; або відчувати повторювані нічні кошмари, що включають елементи цієї події в її реальній або символічній формі. Душевний біль, що викликається всім, що

символізує перенесену травму або нагадує про неї, часто проявляється у вигляді недовіри і страху перед особами, наділеними владою, включаючи лікарів і психологів. У країнах або в ситуаціях, в яких до порушень прав людини причетна влада, недовіру і страх перед представниками влади не слід вважати патологією.

b) Уникнення й емоційна загальмованість

i) Прагнення уникнути будь-якої думки, розмови, діяльності, місця або людини, які пробуджують спогади про пережиту травму. ii) Глибока емоційна скутість. iii) Глибока особиста відчуженість і соціальна відстороненість. iv) Нездатність згадати той чи інший важливий аспект травми.

c) Перезбудження

i) Проблеми із засинанням або сном. ii) Дратівливість або спалахи гніву. iii) Труднощі з концентрацією уваги. iv) Надмірна підозрілість, посилення реакції здригання. v) Загальне занепокоєння. vi) Прискорене дихання, пітливість, сухість у роті або запаморочення, шлунково-кишкові розлади.

d) Симптоми депресії

Можуть відзначатися наступні симптоми депресії: пригнічений настрій, емоційна анестезія (помітне зниження інтересу до активної діяльності або до одержання від неї задоволення), розлад апетиту або втрата ваги, безсоння або підвищена сонливість, психомоторне збудження або загальмованість, втома і занепад сил, відчуття нікчемності й провини, труднощі в зосередженні уваги, концентрації або пригадування, думки про смерть, поява ідеї самогубства або спроба самогубства.

e) Порушення самооцінки й обмеження перспективи

Жертва суб'єктивно вважає, що їй завдано непоправної шкоди, і що її особистість зазнала незворотних змін. Він або вона сприймають майбутнє в обмеженій перспективі – без надії на кар'єру, шлюб, дітей або нормальну тривалість життя.

f) Дисоціація, деперсоналізація і нетипова поведінка

Дисоціація – це руйнування цілісності свідомості, самосприйняття, пам'яті і вчинків. Людина може не пам'ятати певні свої вчинки або не усвідомлювати їх, чи відчувати роздвоєння особистості, ніби спостерігаючи за собою збоку.

Деперсоналізація – це відчуття відчуженості від самого себе або від власного тіла.

Проблеми, що виникають в області контролю імпульсів поведінки, призводять до вчинків, які той, хто переніс тортури, вважав би вельми нетиповими для своєї особистості до заподіяння травми. Особа, що раніше проявляла обережність, може своєю поведінкою наражати на ризик.

г) Соматичні симптоми

Серед тих, хто переніс тортури, поширені соматичні симптоми, наприклад, біль, у тому числі головний, або інші фізичні нездужання, незалежно від того, чи є для цього об'єктивні підстави. Біль може бути єдиним явним симптомом, він може змінювати локалізацію і мати різну інтенсивність. Соматичні симптоми можуть бути викликані безпосередньо фізичними наслідками тортур або мати психологічну природу. Наприклад, будь-який біль може бути прямим фізичним наслідком тортур або мати психологічну причину. До типових соматичних симптомів відносяться біль у спині, кістково-м'язовий біль і головні болі, часто від травм голови. Головні болі дуже характерні для осіб, що пережили катування, і часто призводять до хронічного посттравматичного головного болю. Вони також можуть бути викликані або посилені напруженням чи стресом.

h) Сексуальні розлади

Сексуальні розлади характерні для осіб, що пережили катування, зокрема для тих, хто піддався сексуальному тортурам або зґвалтуванню, але не тільки для них (див. розділ V, розділ D.8).

i) Психоз

Культурні та мовні відмінності інколи можна сприйняти як симптоми психозу. Перш ніж визнати, що в когось психоз, наявні симптоми необхідно оцінити в унікальному культурному контексті цієї особи. Психотична реакція може бути короткою або тривалою, і відповідні симптоми можуть виникнути в той час, коли ця особа перебуває в ув'язненні і піддається тортурам, або пізніше.

Можливі такі прояви: i) нав'язливі ідеї; ii) слухові, зорові, дотикові і нюхові галюцинації; iii) аномалії у здатності сприймати ідеї й поведінку; iv) ілюзії або викривлене сприйняття, що можуть набувати форми псевдогалюцинацій і межувати зі справжнім психотичним станом. Хибне сприйняття і галюцинації, що виникають у людини, коли вона засинає або прокидається, загалом зустрічаються серед населення і не свідчать про психоз. Найчастіше жертви тортур заявляють, що час від часу вони чують пронизливі крики, що їх окликають по імені, або що вони бачать тіні, проте у них немає яскраво виражених ознак або симптомів психозу; v) параноя і манія переслідування; vi) повторний прояв психотичних розладів або різка зміна настрою з елементами психозу можуть розвиватися в тих, хто раніше переніс психічне захворювання. Особи, які в минулому страждали від повторюваного маніакально-депресивного синдрому, глибокої депресії з елементами психозу, шизофренії або шизоафективного синдрому, можуть пережити приступ цього розладу.

j) Зловживання алкоголем і наркотиками

У тих, хто пережив тортури, часто спостерігається вторинне зловживання алкоголем і наркотиками, що є способом стерти в пам'яті болючі спогади, стримати емоційну реакцію і вгамувати тривогу.

к) Нейропсихологічні розлади

Під час катування можна заподіяти фізичну травму, що викликає мозкові розлади різного ступеня. Удари по голові, задушування і тривале недоїдання можуть призвести до тривалих неврологічних та нейропсихологічних наслідків, які інколи важко оцінити під час медичного обстеження. Як і у всіх випадках мозкових розладів, які не можна діагностувати за допомогою сканування голови або інших медичних процедур, нейропсихологічна оцінка і тестування бувають єдиним надійним способом документального відображення наслідків. Часто симптоми, що виявляються під час такої оцінки, в значній мірі збігаються із симптоматикою посттравматичного стресового розладу і глибокого депресивного розладу. Зміни або недостатність рівня свідомості, орієнтації, уваги, концентрації, пам'яті та координації можуть бути викликані як функціональними розладами, так і органічними причинами. Щоб визначити такі відмінності, необхідно володіти спеціальними навичками в області нейропсихологічної оцінки й усвідомлювати проблеми в області застосування механізмів нейропсихологічної оцінки у представників різних культур (див. Розділ С.4).

3. Діагностична класифікація

Незважаючи на те, що основні скарги і найбільш часті їхні прояви спостерігаються серед осіб, що пережили катування, дуже різні і пов'язані з індивідуальним життєвим досвідом відповідної людини і його або її культурного, соціального і політичного середовища, експертам необхідно ознайомитися з діагнозами розладів, що найчастіше зустрічаються в осіб, які пережили катування і травми. Крім того, нерідко в однієї людини спостерігається декілька психічних розладів, оскільки психічні розлади, пов'язані з травмою, часто бувають одночасно. Найбільш загальними симптомами, що виникають у результаті катування, є різні прояви неспокою і депресії. Нерідко наведена вище симптоматика класифікується в рамках таких категорій, як занепокоєння і перепади настрою. Є дві основні класифікаційні системи – Міжнародна класифікація хвороб (МКБ-10), Класифікація психічних і поведінкових розладів та Діагностичне і статистичне керівництво з психічних розладів Американської психіатричної асоціації (ДСР-IV). Для того щоб скласти повне уявлення про діагностичні категорії, потрібно звернутися до МКБ-10 і ДСР-IV. В цьому огляді основна увага надається найбільш поширеним діагнозом, пов'язаним із травмою: посттравматичному стресовому розладу (ПТСР), глибокій депресії і стійким змінам особистості.

а) Депресивні розлади

Серед осіб, що пережили катування, депресивний стан зустрічається майже завжди. В контексті оцінювання наслідків тортур проблематично стверджувати, що ПТСР і глибокий депресивний розлад належать до двох різних категорій захворювань із чітко відмінною етіологією. До депресивних розладів відносять глибокий депресивний розлад, що проходить у формі одиничного нападу або періодично повторюваних нападів. Депресивні розлади можуть супроводжуватися психотичними, кататонічними, меланхолійними або атиповими

ознаками або протікати без них. Відповідно до ДСР-IV, для того щоб поставити діагноз глибокої депресії, необхідно протягом двотижневого періоду спостерігати п'ять або більше із нижченаведених симптомів, що свідчать про зміни порівняно з попередньою поведінкою (принаймні одним із цих симптомів має бути пригнічений настрій або втрата інтересу, або здатності радіти): 1) пригнічений настрій; 2) помітне зниження інтересу або здатності отримувати задоволення у всіх або майже у всіх життєвих проявах; 3) втрата ваги або зміна апетиту; 4) безсоння або надмірна сонливість; 5) психомоторне збудження або загальмованість; 6) втома або занепад сил; 7) відчуття нікчемності або надмірної чи безпричинної провини; 8) зниження здатності думати або зосередитися; і 9) нав'язливі думки про смерть або самогубство. Для того, щоб можна було поставити такий діагноз, ці симптоми повинні викликати серйозне нездужання чи бути перешкодою соціальної або професійної діяльності, не бути пов'язаними з будь-яким фізіологічним розладом і не пояснюватися будь-яким іншим діагнозом відповідно з ДСР-IV.

б) Посттравматичний стресовий розлад

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – діагноз, що найчастіше асоціюється з психологічними наслідками тортур. Зв'язок цього діагнозу з тортурами глибоко вкоренився у свідомості працівників охорони здоров'я, імміграційних судів і обізнаних непрофесіоналів. У результаті склалося помилкове і спрощене уявлення, що ПТСР є головним психологічним наслідком тортур. Визначення ПТСР, що міститься в ДСР-IV, багато в чому ґрунтується на наявності розладів пам'яті, викликаних отриманою травмою, наприклад, нав'язливих спогадів, нічних кошмарів і нездатності згадати важливі аспекти травми. Людина може виявитися не в змозі точно пригадати конкретні деталі подій, пов'язаних із тортурами, але бути здатною згадати основні моменти пережитих тортур. Наприклад, жертва може згадати, що її кілька разів гвалтували, але не може вказати точні дати, місце, де це відбувалося, і докладно описати обстановку або гвалтівників. За таких обставин нездатність згадати точні деталі не викликає недовіри до розповіді жертви, а швидше підтверджує достовірність. Основні моменти цієї розповіді будуть підтверджені під час повторного опитування.

Діагноз ПТСР у МКБ-10 дуже схожий на діагноз у ДСР-IV. Згідно ДСР-IV, ПТСР може бути гострим, хронічним або уповільненим. Симптоми мають спостерігатися протягом більше, ніж одного місяця, і стан занепокоєння має викликати серйозний розлад або порушення функціонування організму. Для того щоб можна було поставити діагноз посттравматичного стресового розладу, людина має бути учасником травмивної події, пов'язаної з ризиком для її життя або інших осіб, що викликала сильний страх, стан безпорадності або жах. Страдання, пов'язані з цією подією, повинні постійно заново переживатися в одній або в декількох із перерахованих нижче форм: спогади про подію мають бути нав'язливими, заподіювати душевний біль; постійні болісні сни, що стосуються цієї події; поведінка або відчуття, ніби подія відбувається знову, включаючи галюцинації, ретроспекції й ілюзії; сильне психологічне сум'яття при нагадуванні про подію і повторення фізіологічної реакції, що мала місце під час тортур, у відповідь на стимули, що нагадують чи символізують певні аспекти цієї події.

Той, хто переніс тортури, постійно демонструє уникання подразників, що асоціюються з травміюною подією, або проявляє загальне притуплення реакцій, про що свідчать, принаймні, три з наступних факторів: 1) прагнення уникати думок, відчуттів або розмов, пов'язаних із травмою; 2) прагнення уникати вчинків, місць або людей, які нагадують про травму; 3) нездатність згадати той чи інший важливий аспект події; 4) зниження інтересу до важливих видів діяльності; 5) відчуженість або віддалення від інших людей; 6) обмеженість афекту і 7) обмежене сприйняття перспективи.

Ще однією причиною для постановки діагнозу ПТСР за ДСР-IV є постійна наявність симптомів підвищеної збудливості, яких не було до травми, про що свідчать щонайменше два з наступних факторів: проблеми із засинанням або сном, дратівливість або вибухи гніву, труднощі із зосередженням уваги, надмірна підозрілість і надмірна реакція здригання. Симптоми ПТСР можуть бути хронічними або змінюватися протягом тривалих періодів часу. В певні періоди в клінічній картині домінують симптоми надмірного збудження і дратівливості. У цей час той, хто пережив катування, зазвичай, повідомляє також про те, що почастішали нав'язливі спогади, нічні кошмари і явища ретроспекції. В інші періоди у жертви можуть бути нечисленні симптоми або вона може бути емоційно скутою і замкнутою. Необхідно враховувати, що, якщо діагностичні критерії ПТСР не встановлено, це не означає, що тортури не застосовувалися. Відповідно до МКБ-10 у певних випадках ПТСР може протягом багатьох років протікати в хронічній формі і поступово перейти в стійку зміну особистості.

с) Стійка зміна особистості

Після катастрофічного або тривалого надзвичайного стресу в осіб, що раніше не страждали від особистісних порушень, можуть розвинути порушення особистості. До видів надзвичайного стресу, що можуть призвести до зміни особистості, відносяться утримання в концентраційному таборі, стихійні лиха, тривале перебування в полоні за умови безпосередньої ймовірності втратити життя або в ситуації, пов'язаній із загрозою для життя, наприклад, жертва терору або тортури. У відповідності з МКБ-10 діагноз стійкої зміни особистості слід ставити лише в тих випадках, коли є докази певної, істотної і стійкої зміни системи сприйняття, реагування або судження людини про навколишню дійсність і про себе, пов'язане з негнучкою і не здатною до адаптації поведінкою, яка не спостерігалася до травми. Цей діагноз виключає зміни, що є наслідком іншого психічного розладу або залишковим симптомом якогось психічного розладу, що був у минулому, а також зміни особистості та поведінки внаслідок хвороби, порушення нормальної діяльності або пошкодження головного мозку.

Для того щоб у відповідності з МКБ-10 поставити діагноз стійкої зміни особистості після пережитого страждання, зміни особистості повинні зберігатися не менше двох років після стресу, пов'язаного з цим стражданням. У МКБ-10 вказується, що стрес має бути таким сильним, щоб «для пояснення його глибокого впливу не було необхідності враховувати вразливості конкретної особистості». Така зміна особистості характеризується ворожим або підозрілим ставленням до навколишнього світу, соціальною замкнутістю, відчуттям безцільності

або безнадійності, хронічним почуттям «роздратування», відчуттям, ніби постійно загрожує небезпека, і відчуженістю.

d) Зловживання алкоголем і наркотиками

Медики відзначають, що у тих, хто пережив торттури, часто як вторинний прояв розвивається зловживання алкоголем і наркотиками, для того щоб придушити болючі спогади, впо-ратися з неприємними емоціями і вгамувати тривогу. Хоча відомо, що ПТСР часто зустрічається паралельно з іншими розладами, в систематичних дослідженнях рідко піднімають питання стосовно зловживання алкоголем і наркотиками збоку жертв торттур. У роботах про групи населення, постраждалого від ПТСР, нерідко розглядаються й особи, що пережили катування, наприклад, біженці, військовополонені та ветерани збройних конфліктів, що може сприяти розумінню цього питання. Дослідження цих груп свідчать про те, що поширеність зловживання алкоголем і наркотиками різна залежно від приналежності до тієї чи іншої етнічної або культурної групи. Колишні військовополонені, що страждають від ПТСР, схильні до підвищеного ризику зловживання алкоголем і наркотичними речовинами, а серед ветеранів війни часто зустрічається поєднання посттравматичного стресового розладу зі зловживанням алкоголем і наркотиками. Підбиваючи підсумки, можна сказати, що існує значний масив даних щодо інших груп населення, що піддаються ризику посттравматичного стресового розладу. Це свідчить про те, що зловживання алкоголем і наркотиками є можливим побічним діагнозом для осіб, що пережили катування.

e) Інші діагнози

Як свідчить перелік симптомів, наведений у розділі VI, розділ В, крім посттравматичного стресового розладу потрібно розглянути і інші діагнози, наприклад глибокий депресивний розлад і стійка зміна особистості (див. відповідний розділ).

У перелік інших можливих діагнозів, який не є вичерпним, входять: i) синдром загального занепокоєння, що характеризується надмірною тривогою і хвилюванням з приводу низки різних подій і видів діяльності, м'язовим напруженням і підвищенням автономної активності; ii) синдром паніки, що виявляється у вигляді повторюваних і несподіваних приступів сильного страху або занепокоєння, включаючи такі симптоми, як потіння, задуху, тремтіння, прискорене серцебиття, запаморочення, нудоту, озноб або приступоподібні відчуття жару; iii) гострий стресовий синдром, що має в основному ті ж симптоми, що і ПТСР, але щодо якого діагноз ставиться через місяць після впливу травмивної події; iv) психосоматичні розлади, що характеризуються фізичними симптомами, які не можуть бути віднесені на рахунок якогось-небудь захворювання; v) маніакально-депресивний синдром, що характеризується маніакальними або гіпоманіакальними періодами, поєднаними з піднесенням, експансивним або роздратованим настроєм, манією величі, зниженням потреби в сні, зміною ідей, психомоторним збудженням і асоційованими психотичними явищами; vi) розлади внаслідок загального стану хворого, часто в формі враження головного мозку, що викликає коливання або недостатність рівня свідомості, орієнтації, уваги, концентрації, пам'яті та координації; vii) фобії, наприклад, страх спілкування або відкритого простору.