І. В. СЕРЕДА

ОСНОВИ ПСИХОСОМАТИКИ

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Миколаївський національний університет
імені В. О. Сухомлинського

І. В. Середа

ОСНОВИ ПСИХОСОМАТИКИ

Навчально-методичний посібник для самостійної роботи студентів з курсу за змішаною формою навчання

Миколаїв
Видавець Румянцева Г. В.
2022

УДК 378.147:376
С 32

Рецензенти:

Чугуєва І. Є., кандидат психологічних наук, доцент кафедри соціально-гуманітарних дисциплін Національного університету кораблебудування імені адмірала Макарова;

Астремська І. В., доктор філософії в галузі соціальних та поведінкових наук, доцент кафедри психології Чорноморського національного університету імені Петра Могили

Рекомендовано до друку рішенням вченої ради МНУ імені В. О. Сухомлинського, протокол № 12 від 26 грудня 2022 року

Середа І. В.

С 32 Основи психосоматики : навчально-методичний посібник для самостійної роботи студентів з курсу за змішаною формою навчання / І. В. Середа. – Миколаїв : Видавець Румянцева Г. В., 2022. – 156 с.

ISBN 978-617-729-103-8

У навчально-методичному посібнику представлені матеріали для самостійної роботи студентів з вивчення курсу «Основи психосоматики» за змішаною (очно-дистанційною) формою навчання для студентів VI курсу спеціальності 016 Спеціальна освіта. Наведено навчальну програму дисципліни, інструктивно-методичні матеріали, плани практичних та лабораторних занять. Висвітлено основні теоретичні аспекти з відповідних тем курсу та практичні рекомендації з психопрофілактики. Запропоновано завдання для самостійної роботи студентів та тестової перевірки їх знань із курсу. До посібника включено словник основних термінів. У додатках подано матеріали для самопідготовки.

Видання буде корисним викладачам і студентам при вивченні курсу «Основи психосоматики», а також педагогам-практикам, які працюють з дітьми з особливими освітніми потребами та їх батьками, у пошуку шляхів оволодіння ефективними засобами профілактики психосоматичних захворювань.

УДК 378.147:376

© Середа І. В. 2022

ISBN 978-617-729-103-8 © МНУ імені В. О. Сухомлинського, 2022

ЗМІСТ

ВСТУП…… 4
Програма навчальної дисципліни «Основи психосоматики»……7
РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПСИХОСОМАТИКИ
1.1. Психосоматика як галузь науки ……..……..11
1.2. Теорії та моделі виникнення психосоматичних розладів ……..……..17
1.3. Фактори розвитку та механізм психосоматичних захворювань…….....27
1.4. Класифікація психосоматичних розладів ……..……30
1.5. Психосоматичні порушення: загальна характеристика, причини та прояви……..39
1.6. Стресові розлади як вид психосоматичних захворювань ……..44
1.7. Діагностика психосоматичних захворювань ……..63
1.8. Психотерапія та психопрофілактика психосоматичних розладів……..70
РОЗДІЛ 2
ПРАКТИКУМ З ОСНОВ ПСИХОСОМАТИКИ
2.1. Практичні роботи……..78
2.2. Лабораторні роботи……..83
РОЗДІЛ 3
ПИТАННЯ ТА ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ
СТУДЕНТІВ З КУРСУ
3.1. Методичні рекомендації з виконання самостійної роботи……..88
3.2. Карта самостійної роботи студента……..91
3.3. Питання для самоперевірки та підготовки до заліку……..92
3.4. Тестові завдання для перевірки знань з курсу……..94
РОЗДІЛ 4
РЕКОМЕНДАЦІЇ З ПСИХОПРОФІЛАКТИКИ
4.1. Діагностичні методики дослідження тривожності та стресостійкості…97
4.2. Методики саморегуляції……101
4.3. Прийоми саногенного мислення……..104
4.4. Екологія спілкування ……..109
4.5. Розвиток емоційного інтелекту……..119
СЛОВНИК ТЕРМІНІВ……..131
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ……137
ДОДАТКИ……141

ВСТУП

Стародавні тибетські мудреці були впевнені, що людина подібна яйцю – його важко розбити ззовні, бо курка сидить на яйці і нічого з ним не трапляється, але в той же час його легко розбити зсередини, як це з легкістю робить маленьке курча. Негативні емоції, переживання, страхи – це те саме курча, яке може зламати нашу психіку зсередини. Не тиск суспільства – а саме наші власні кошмари і невирішені проблеми.

Для того, щоб боротися з цим тиском зсередини, вчені придумали різні методи саморегуляції, які, як правило, досить прості, і кожному під силу освоїти їх.

Згідно зі статистикою ВООЗ протягом останніх років у розвинутих країнах Америки і Європи спостерігається своєрідна епідемія психосоматичних захворювань та неврозів. Психосоматичні розлади зустрічаються в середньому з частотою від 15 до 50 %. Майже 50 % ліжок терапевтичного профілю займають психосоматичні хворі. Психосоматичні захворювання – це вторинні функціональні й органічні розлади внутрішніх органів і систем, першопричиною виникнення і загострення яких є психогенні чинники. Такими чинниками є несприятливі для людей форми емоційного напруження, зокрема, емоційні стреси, конфлікти, кризові стани.

Стреси та інші психогенні чинники сприяють розвитку різноманітних патологій - від карієсу до злоякісних пухлин. Серед найпоширеніших психосоматичних захворювань фахівці виділяють гіпертонічну хворобу, виразкову хворобу шлунку, бронхіальну астму, ревматоїдний артрит, нейродерміт, тиреотоксикоз, інфаркт міокарда, мігрень та ін.

Психогенні розлади і захворювання набувають стрімкого поширення в усьому світі. Сучасні виклики у вигляді світової пандемії Covid-19, вітчизняної (а по-суті, 3-ї світової) війни, серйозних соціально-економічних криз потребують пошуку потужних засобів збереження ментального здоров'я, забезпечення та відновлення психологічного ресурсу особистості. Важливу роль у попередженні психосоматичних розладів відіграє сучасна психосоматика, - наука, яка стверджує взаємозв'язок психічних та медичних факторів при будь-яких захворюваннях, проголошує біопсихосоціальний підхід як до діагностики, так і до лікування.

У рамках психосоматики досліджувалися і досліджуються зв'язки між характеристиками особистості (конституціональні особливості, риси характеру і особистості, стилі поведінки, типи емоційних конфліктів) і тим чи іншим соматичним захворюванням. Популярною є думка (у тому числі в альтернативній медицині), що всі хвороби людини є наслідком психологічних невідповідностей і розладів, які виникають в душі, підсвідомості, думках людини.

Емоційна стабільність людини в кризових умовах дозволяє їй мислити критично і раціонально, аналізувати потік інформації, ухвалювати більш зважені рішення, адекватно виконувати професійні та інші важливі функції – соціальні, особисті тощо. При цьому суттєво зберігається важливий енергетичний ресурс особистості, який в умовах емоційної нестабільності витрачається на негативні емоції, паніку, істерики, розпач, викликані стресом, виконання незважених і нелогічних дій і вчинків.

Подібні розлади зустрічаються у представників різних професій, але найбільше вони притаманні тим, що стосуються сфери «людина-людина», вимагають підвищеної емоційної напруги, моральної відповідальності, мають високий рівень конфліктогенності. Саме такою є професія спеціального педагога, - фахівця, який здійснює корекційно-педагогічну діяльність, працюючи з дітьми з особливими освітніми потребами та їх батьками.

Спеціальний педагог, щоб бути по-справжньому ефективним і при цьому залишатися психологічно здоровим, має бути готовим до складних викликів сьогодення. Збільшення кількості дітей з порушеннями розвитку, поширення інклюзивного навчання, впровадження нових підходів і технологій, разом із значним психоемоційним навантаженням та несприятливою соціально-економічною ситуацією в суспільстві, вимагають змін не лише у методичних підходах до підготовки фахівців, а й пошуку шляхів оволодіння ними ефективними засобами профілактики психосоматичних захворювань.

Навчально-методичний посібник «Основи психосоматики» - це спроба автора реалізувати зазначені методологічні підходи у професійній підготовці майбутнього спеціального педагога в сучасних умовах. У навчально-методичному посібнику представлені матеріали для самостійної роботи студентів з вивчення курсу «Основи

психосоматики» за змішаною (очно-дистанційною) формою навчання для студентів VI курсу спеціальності 016 Спеціальна освіта. Наведено навчальну програму дисципліни, інструктивно-методичні матеріали, плани практичних та лабораторних занять. Висвітлено основні теоретичні аспекти з відповідних тем курсу та практичні рекомендації з психопрофілактики. Запропоновано завдання для самостійної роботи студентів та тестової перевірки їх знань із курсу. До посібника включено словник основних термінів. У додатках подано матеріали для самопідготовки.

Посібник складається з 4-х розділів: «Теоретичні основи психосоматики», «Практикум з основ психосоматики», «Питання та завдання для самостійної роботи студентів з курсу», «Рекомендації з психопрофілактики». Перший розділ містить базові теоретичні питання курсу, серед яких: психосоматика як галузь науки, теорії та моделі виникнення психосоматичних розладів, фактори розвитку та механізм психосоматичних захворювань, класифікація психосоматичних розладів, психосоматичні порушення: загальна характеристика, причини та прояви, стресові розлади як вид психосоматичних захворювань, діагностика психосоматичних захворювань, психотерапія та психопрофілактика психосоматичних розладів. У другому розділі представлено завдання практичних і лабораторних робіт із курсу. Третій розділ містить загальні рекомендації, питання та завдання самостійної роботи студентів із курсу за змішаною формою навчання. У четвертому розділі представлені практичні рекомендації і засоби психопрофілактики: методики діагностики стресостійкості, техніки та прийоми зниження тривожності, саморегуляції, розвитку саногенного мислення, емоційного інтелекту, екологічного спілкування.

Видання буде корисним викладачам і студентам при вивченні курсу «Основи психосоматики», педагогам-практикам, які працюють з дітьми з особливими освітніми потребами та їх батьками, у пошуку шляхів оволодіння ефективними засобами профілактики психосоматичних захворювань. А також більш широкому колу читачів, які цікавляться проблемами збереження ментального здоров’я та відновлення психологічного ресурсу в кризових умовах.

Програма навчальної дисципліни «Основи психосоматики» (6 курс)

Анотація. Курс «Основи психосоматики» - варіативна навчальна дисципліна психологічного циклу. Предметом вивчення є основні положення психосоматики та актуальні проблеми профілактики психосоматичних захворювань. Курс виступає важливою складовою підготовки магістрів спеціальності 016 Спеціальна освіта за освітньо-професійною програмою Логопедія. Спеціальна психологія. Метою вивчення дисципліни є ознайомлення студентів із базовими принципами, теоріями, поняттями психосоматики; розкриття змісту, причин, механізмів, проявів та наслідків психосоматичних захворювань. Програма курсу передбачає розкриття змісту базових теоретичних засад психосоматики; ознайомлення студентів з аспектами прояву різних психосоматичних захворювань, чинниками та механізмами їх виникнення; ознайомлення з психологічними методами діагностики та психотерапії психосоматичних хворих. Вивчення дисципліни ґрунтується на загальних теоретичних основах медицини і психології. Вона тісно пов'язана зі спеціальною психологією, психотерапією та психокорекцією.

Ключові слова. Класифікація психосоматичних захворювань, механізм психосоматичних захворювань, профілактика психосоматичних розладів, психосоматика, психосоматичні розлади, саногенне мислення, стресостійкість.

Summary. The course "Fundamentals of Psychosomatics" is a variable discipline of the psychological cycle. The subject of study is the main provisions of psychosomatics and current issues of prevention of psychosomatic diseases. The course is an important component of the training of masters in the specialty 016 Special education in the educational and professional program Speech Therapy. Special psychology. The purpose of studying the discipline is to acquaint students with the basic principles, theories, concepts of psychosomatics; disclosure of the content, causes, mechanisms, manifestations and consequences of psychosomatic diseases. The course program provides for the disclosure of the content of the basic theoretical foundations of psychosomatics; acquaintance of students with

aspects of manifestation of various psychosomatic diseases, factors and mechanisms of their occurrence; acquaintance with psychological methods of diagnosis and psychotherapy of psychosomatic patients. The study of the discipline is based on the general theoretical foundations of medicine and psychology. It is closely related to special psychology, psychotherapy and psychocorrection.

Key words. Classification of psychosomatic diseases, mechanism of psychosomatic diseases, prevention of psychosomatic disorders, psychosomatics, psychosomatic disorders, sanogenic thinking, stress resistance.

Програма вивчення варіативної навчальної дисципліни «Основи психосоматики» складена відповідно до освітньо-професійної програми підготовки магістрів спеціальності 016 Спеціальна освіта за освітньо-професійною програмою Логопедія. Спеціальна психологія.

Предметом вивчення навчальної дисципліни є психосоматика та психосоматичні захворювання.

Міждисциплінарні зв'язки: дисципліна ґрунтується на теоретичних основах медицини і психології, тісно пов'язана зі спеціальною психологією, психотерапією та психокорекцією.

Мета курсу полягає в ознайомлення студентів із базовими принципами, теоріями, поняттями психосоматики; розкритті змісту, причин, механізмів, проявів та наслідків психосоматичних захворювань.

Основними завданнями вивчення дисципліни є:

- розкрити зміст базових теоретичних засад психосоматики;
- ознайомити студентів з аспектами прояву різних психосоматичних захворювань, чинниками та механізмами їх виникнення;
- ознайомити з психологічними методами діагностики та психотерапії психосоматичних хворих.

Програмні результати навчання:

ПРН 1. Застосовувати отримані знання в галузі спеціальної та інклюзивної освіти при вирішенні навчально-виховних та науково-методичних завдань з врахуванням вікових та індивідуально-типологічних відмінностей учнів, соціально-психологічних

особливостей учнівських груп та конкретних психолого-педагогічних ситуацій.

ПРН 11. Проводити лекційну та пропагандистську роботу з метою профілактики та подолання відхилень у розвитку дітей.

Згідно з вимогами освітньо-професійної програми студент оволодіває такими компетентностями:

Загальнопредметні компетентності:

ЗК-1.6. Адаптивна. Здатність до адаптації в корекційно-педагогічному середовищі та дії в нових ситуаціях, зокрема тих, що передбачають корекційне навчання, розвиток і виховання та навчальну реабілітацію дітей дошкільного, шкільного віку і підлітків, спілкування з їхніми батьками, комунікації з адміністрацією школи й колегами

ЗК-3.3. Здоров'язбережувальна компетентність. Здатність ефективно вирішувати завдання щодо збереження і зміцнення здоров'я (фізичного, психічного, соціального та духовного) як власного, так і оточуючих. Здатність застосовувати знання, вміння, цінності і досвід практичної діяльності з питань культури здоров'я та здорового способу життя, готовність до здоров'язбережувальної діяльності в корекційно-освітньому, навчально-реабілітаційному середовищі та створення психолого-педагогічних умов для формування здорового способу життя дітей з особливими освітніми потребами.

Фахові компетентності:

ФК.-1 Теоретико-методологічна. Здатність до застосування знань провідних гуманістичних теорій, концепцій, вчень щодо виховання і навчання осіб з обмеженими психофізичними можливостями; здатність відстоювати власні корекційно-педагогічні, навчально-реабілітаційні переконання, дотримуватись їх у житті та професійній діяльності.

ФК.-6. Психологічна компетентність (відповідно нозології). Здатність до застосування сучасних знань про особливості розвитку дітей як суб'єктів корекційно-освітнього і навчально-реабілітаційного процесів на основі знань та вмінь про їхні вікові, індивідуальні особливості та соціальні чинники розвитку і дизонтогенезу.

Програма навчальної дисципліни

Кредит 1. Базові засади психосоматики.

Тема 1. Психосоматика як галузь науки.

Тема 2. Теорії та моделі виникнення психосоматичних розладів.

Тема 3. Фактори розвитку та механізм психосоматичних захворювань.

Кредит 2. Сутність психосоматичних порушень.

Тема 4. Класифікація психосоматичних розладів.

Тема 5. Психосоматичні порушення: загальна характеристика, причини та прояви.

Тема 6. Стресові розлади як вид психосоматичних захворювань.

Кредит 3. Психологічний супровід психосоматичних хворих.

Тема 7. Діагностика психосоматичних захворювань.

Тема 8. Психотерапія та психопрофілактика психосоматичних розладів.

Форма підсумкового контролю успішності навчання: залік.

Засоби діагностики успішності навчання: індивідуальне і фронтальне опитування; самостійні роботи; тестування; контрольна робота; перевірка індивідуальних та групових творчих завдань.

Розділ 1
ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПСИХОСОМАТИКИ

1.1. Психосоматика як галузь науки

Психосома́тика (від грец. душа і тіло) напрям у медицині (психосоматична медицина) та психології, що займається вивченням впливу психологічних (переважно психогенних) факторів на виникнення і подальшу динаміку соматичних (тілесних) захворювань. Згідно основному постулату цієї науки, в основі лежить реакція на емоційне переживання, що супроводжується функціональними змінами і патологічними порушеннями в органах. Відповідна схильність може впливати на вибір органу або системи, що уражуються.

Науковець Н. Пезешкіан пропонує 3 визначення поняття психосоматики:

- у вузькому розумінні: це специфічний науковий та лікувальний напрям, який встановлює взаємозв’язки між душевними переживаннями та реакціями організму. Сюди належать соматичні захворювання та функціональні розлади організму, виникнення та перебіг яких залежить переважно від психосоціальних обставин.
- у широкому розумінні: це напрям, що вивчає комплексний взаємовплив особистості хворого та соціуму.
- у глобальному розумінні: вплив хвороби на життєдіяльність людини у межах всього суспільства та культури [34].

Сучасне визначення психосоматики: це галузь науки, що вивчає соматичні захворювання, які мають психогенне походження, зокрема, викликані порушеннями в емоційній сфері.

Сучасна психосоматика – це галузь міждисциплінарних досліджень (біологічних, фізіологічних, медичних, психологічних, соціальних та ін. наук):

- вона використовується для лікування захворювань, отже, знаходиться в рамках медицини;
- досліджуючи вплив емоцій на фізіологічні процеси, вона є предметом дослідження фізіології;

- як галузь психології вона досліджує поведінкові реакції, пов’язані з захворюваннями та психологічні механізми, що впливають на фізіологічні функції;
- як розділ психотерапії вона шукає способи зміни деструктивних для організму способів емоційного реагування та поведінки;
- як соціальна наука вона досліджує поширеність психосоматичних розладів, їх зв’язок з культурними традиціями та умовами життя.

Об’єктом психологічного дослідження в психосоматиці є особистість психосоматичного пацієнта та психосоматичні прояви в їхньому індивідуально-психологічному та особистісному контексті.

Предметом психологічного дослідження в психосоматиці виступає вивчення генези, структури та функцій психосоматичних явищ як у процесі онтогенетичного розвитку людини, так і при різних формах тілесної та душевної патології (захворюваннях).

Сучасна психосоматика стверджує взаємозв’язок психічних та медичних факторів при будь-яких захворюваннях, проголошує біопсихосоціальний підхід як до діагностики, так і до лікування.

У рамках психосоматики досліджувалися і досліджуються зв'язки між характеристиками особистості (конституціональні особливості, риси характеру і особистості, стилі поведінки, типи емоційних конфліктів) і тим чи іншим соматичним захворюванням. Популярною є думка (у тому числі в альтернативній медицині), що всі хвороби людини виникають унаслідок психологічних невідповідностей і розладів, які виникають в душі, підсвідомості, думках людини.

За оцінкою представників психосоматичної медицини, близько 50 % всіх органічних захворювань в індустріально розвинених країнах мають психогенний характер.

Найбільш вивченими на сьогодні є психологічні чинники таких захворювань і симптомів, як: бронхіальна астма, виразка шлунку і дванадцятипалої кишки, есенціальна артеріальна гіпертензія, ішемічна хвороба серця, головний біль, цукровий діабет, ревматичний артрит, вегетативні розлади (часто «вегето-судинна дистонія»).

Соматичні захворювання, обумовлені психогенними факторами, називають «психосоматичними розладами».

Психосоматичні захворювання – це захворювання, причинами яких є в більшій мірі розумові процеси хворого, ніж безпосередньо будь-які фізіологічні причини. Якщо медичне обстеження не може виявити фізичну або органічну причину захворювання, або якщо захворювання є результатом таких емоційних станів, як гнів, тривога, неврози, депресія, почуття провини, тоді хвороба може бути класифікована як психосоматична.

В останні роки навіть у ветеринарній медицині, завдяки появі нових методів дослідження, стала розвиватися галузь, названа ветеринарною психоневрологією. Вона досліджує системні взаємозв'язки між діяльністю нервової системи як єдиного цілого та іншими органами і системами. Значну частину цієї дисципліни складають дослідження психосоматики.

Історія становлення психосоматики

Історія розвитку інтересу людства до взаємовідносин психіки та тіла почалась уже з утворенням перших людських суспільств. У примітивному суспільстві вважалося, що хворобу викликають духовні сили. Щоб вигнати злого духа застосовували закляття і навіть трепанацію черепа. На думку деяких учених, уже медицина Месопотамії була психосоматичною в усіх проявах.

Історія психосоматики починається від Гіпократа та Аристотеля. Саме Гіпократ поєднував психічне і соматичне, хоча прямо про це і не сказано в його працях. Про це свідчить, наприклад, дане їм визначення меланхолії : «меланхоліки страждають не лише поганим настроєм, але й відчувають біль у животі, ніби їх колять тисячами голок». У діалозі «Хармід» Платон розповідав Сократу про одного юнака, який страждав від головного болю: «Якщо буде добре з очима, то добре буде і з головою, а як буде добре з головою, то буде добре і всьому тілу, а тіло не можна лікувати без душі. Оскільки від душі йде все - як добре, так і зле, як на тіло, так і на всю людину... А душа повинна лікуватися особливими цілебними розмовами...».

У грецькій філософії і медицині була вже поширеною думка про вплив душі та духу на тіло. На зорі розвитку медицини до лікування

будь-якого захворювання підходили з позицій єдності душі (“психо-“) і тіла (“сома-“). Ще Гіппократ розглядав хворобу як порушення відношень між суб’єктом і світом. Власне йому належить постулат про те, що лікувати потрібно не хворобу, а хворого і що лікар зобов’язаний знати, досліджувати і враховувати індивідуальні особливості пацієнта (його поведінку, мову і навіть мовчання). Платон писав “...велика помилка в лікуванні хвороб - те, що є лікарі для тіла і лікарі для душі, оскільки одне невіддільне від другого... Бо там, де ціле почуває себе погано, частина його не може бути здоровою”. Висловлюючись сучасною мовою, можна сказати, що медицина в той час була “психосоціосоматичною”.

Багато хто з філософів протягом віків міркував про взаємовідносини душі і тіла. Безумовно, одним з духовних батьків становлення психосоматичного підходу слід вважати Фрідріха Ніцше. Він створив філософію, яка «виходить з тіла та потребує його, як дороговказної нитки», говорив про «розум тіла», його «багатоманітність з єдиним сенсом». Ніцше не лише випередив ряд концепцій З. Фрейда у вченні про безсвідоме та про аффекти, але і дав багато вказівок лікарям із цього питання.

Розвиток природознавства і утвердження позитивістського світогляду сприяли посиленню “соматичної” складової медицини. Перш за все, завдяки працям Л. Пастера і Р. Коха стала все більше поширюватись думка, що в майбутньому всі соматичні і психічні захворювання можна буде пояснювати і лікувати за допомогою біохімії і фізіології. Навіть З. Фрейд дотримувався таких поглядів, висловлюючи припущення, що його психологічна модель психічних захворювань лише тимчасова теорія, яку рано ачи пізно замінить біохімічно-фізіологічна модель.

Проте через окуляр мікроскопа Л. Пастер бачив світ ніби одним оком, закриваючи друге око, “відповідальне” за розуміння психічних закономірностей. Сьогодні цього недостатньо. Для розуміння природи захворювання необхідно дивитись на явища не тільки “соматичним”, але і “психічним” поглядом, а також залучати при цьому і “третє око” – “відповідальне”, в даному контексті, за розуміння соціальних взаємин.

Однак, класична медицина, не звертаючи уваги на філософські міркування, продовжувала накопичувати знання про окремі органи та системи. Лише у XIX столітті вчені знову повернулися до давньогрецької ідеї про цілісність організму і того, що необхідно лікувати хворого, а не хворобу.

Одним з перших термін «психосоматичний» в 1818 році використав лікар Йоган-Крістіан Гейнрот (Хейнрот, Heinroth). А в 1822 році Якобі (Jacobi) доповнив цю галузь поняттям «соматопсихічних». Сучасна психосоматика вивчає ці обидва аспекти взаємовідносин психіки та тіла.

Новаліс створив своєрідну «психофізіологію», яка являє собою уявлення про хворобу, яке інтуїтивно поєднує тіло, душу та дух індивідуума. Він вважав поняття «психосоматичний хворобливий стан» неточним, стверджуючи, що хвороби повинні розглядатися як тілесне божевілля, зокрема як нав'язлива ідея» (1897). Новаліс захищав максимально широку концепцію психосоматики і вважав, що «будь-яке захворювання можна називати психічним» (1898).

У наш час психосоматичний підхід набув поширення в 20-50-х роках XX століття. У галузі психосоматичної медицини працювали Ф. Александер, С. Джеліфф, Ф. Данбар, Е. Вейсс, О. Інгліш та ін. У 1939 році в США почалося видання журналу «Психосоматична медицина». У 1950 році було створено Американське психосоматичне товариство.

Зигмунд Фройд досліджував психосоматичні захворювання, що сформувало його теорії про «несвідоме» і «витіснення». Багато відомих захворювань були раніше класифіковані як «істеричні» або «психосоматичні», наприклад, астма, алергії, уявна вагітність і мігрені. З приводу деяких захворювань ведуться суперечки, включаючи хімічну чутливість, синдром війни в затоці і синдром хронічної втоми. Деякі люди вважають, що стигмати – це психосоматичне захворювання, засноване на ототожненні з біблійними муками Христа.

Після 1920 р. у різних регіонах Німеччини виник великий інтерес до психофізіологічних досліджень. У дослідах з гіпнозом Густавом Хейєром та Е. Вітковером було відкрито відносно специфічний вплив психічних подразників на соматичні функції, наприклад, на діяльність шлунку та жовчного міхура. З середини XIX століття дослідження

психіки і соматики продовжились уже в рамках психології: вже до кінця 50-х рр. В американській науковій літературі було опубліковано близько 5000 статей про соматичну медицину очима психологів, а у 1950 р. Олександр Мічерліх відкрив у Гейдельберзі першу психосоматичну клініку при університеті.

У вітчизняній науці багато вчених займались питаннями психосоматики, використовуючи теорію І. Павлова. Так, зокрема, В. Бехтєрєв не лише проголошував, а і доводив у своїх працях можливість виникнення соматичних розладів під впливом психічних змін, більше того, він був переконаний, що до наукового визначення організму входить середовище, яке на нього впливає.

Також вивченням питань психосоматики у медичному напрямі займались: Крель (об'єктом лікування стала особистість хворого, вивчав вплив аффектів на тілесні функції та соматичні захворювання), Вайцзеккер (увів категорію суб'єкта в галузь патології, завдяки чому з'явилася можливість урахування життєвої ситуації в патогенезі), Бергман (відкрив стадію «функціонального порушення спонукань» та довів її значимість для патогенезу психосоматичних захворювань.

Термін «психосоматичний» набув дещо негативного значення в сучасній медицині, тому що його плутають із симуляцією, психічним розладом або відвертим шахрайством. Психосоматичний біль важко відрізнити від станів, зазначених вище, але справжній психосоматичний біль викликаний скоріше несвідомим розумом, ніж симптомами хвороби або пораненням. Психосоматичне захворювання може з'явитися в результаті проблем у взаєминах, стресу або інших нефізіологічних причин, часто викликаних зовнішніми факторами або людьми.

Для лікування психосоматичних захворювань використовуються різні види психотерапії і альтернативна медицина. У деяких випадках психосоматичні захворювання можуть загостритися або зникнути після заяви, зробленої визнаним для людини авторитетом. У даний час лікування в основному проводиться транквілізаторами або антидепресантами у поєднанні з психотерапією. На відміну від іпохондрії, яка деякими помилково вважається психосоматичним захворюванням, хворі психосоматичними захворюваннями відчувають

справжній біль, справжню нудоту або інші справжні фізично відчутні симптоми, але без діагностованої причини.

Отже, значне зростання психосоматичних розладів в загальній структурі захворюваності відображає сучасну тенденцію до зміщення психічних розладів із сфери психіатричної допомоги до загальносоматичної медицини та практичної психології, що вимагає глибокого та всебічного вивчення даної проблеми.

Питання та завдання для самостійного опрацювання:

1. Дайте визначення термінам «психосоматика» та «соматопсихіка». Співставте на прикладах принципи психосоматичного та соматопсихічного підходів.
2. Схематично зобразьте зв’язки психосоматики з іншими науками. Опишіть міждисциплінарний характер психосоматики.
3. Перелічте філософські передумови розвитку психосоматики.
4. Дайте визначення поняттям: «організм», «індивід», «тіло», «психосоматичний розвиток», «психосоматичний симптом».
5. У чому полягає суть концепції психосоматичної єдності?
6. Перелічте основні завдання психологічного дослідження в психосоматиці.

1.2. Теорії та моделі виникнення психосоматичних розладів

Під психосоматичними розладами розуміються симптоми і синдроми порушень соматичної сфери (різних органів і систем), обумовлені індивідуально-психологічними особливостями людини і пов'язані зі стереотипами її поведінки, реакціями на стрес і способами переробки внутрішньоособистісних конфліктів,

Існує кілька моделей формування психосоматичних розладів: а) психофізіологічна, 6) психодинамічна, в) системно-теоретична, г) соціопсихосоматична.

Базові теоретичні положення **психодинамічної концепції** психосоматичних розладів були сформульовані Зигмундом Фрейдом (1856-1939). Однак, слід зазначити, що сама психосоматична проблема

ніколи не була в центрі уваги засновника методу психоаналізу і його найближчих послідовників. Трактування психосоматичних відносин зустрічається в ранніх роботах Фрейда і обмежене вузькою сферою істеричних розладів.

На думку З. Фрейда, психопатологічні симптоми підтримуються динамікою несвідомих сил - енергії (лібідо) і афекту (катексиса), обмежених у своєму зовнішньому прояві соціальними нормами. Побачити ці енергетичні процеси в психіці методами, застосовуваними в емпіричній клінічній психології, неможливо: вони набувають речової форми тільки у вигляді символічних знаків.

Істерія як психопатологічний синдром викликається, на думку З. Фрейда, недозволеним емоційним конфліктом (психічною травмою), усвідомлення якого не заохочується соціальними нормами і емоційно придушуються людиною. Однак викликана афектом енергетична напруга нікуди не дівається і перетворюється на хворобливий симптом. Звідси виникає уявлення про конверсійний (conversion - звернення, перехід з одного стану в інший) механізм істеричних розладів, коли хворобливий симптом виступає символічним вираженням емоційного конфлікту. Порушення тілесної функції є соматизованим вираженням несумісних з усвідомленими «Я» ідей.

Не розв’язаний конфлікт витісняється емоційно, і такий внутрішньоособистісний конфлікт стає енергетичним резервуаром, що підживлює хворобу. Отже, для припинення істеричного розладу необхідне усвідомлення цього конфлікту, домогтися чого можна за рахунок актуалізації особистісних ресурсів самого пацієнта.

Якщо узагальнити зміст психосоматичної хвороби за Зигмундом Фрейдом, то:

- по - перше, з її появою полегшується несвідомий конфлікт;
- по-друге, хвороба дає можливість отримувати різні переваги від ролі хворого;
- по-третє, людині стає зрозумілою послідовність подальших дій. Вона лікується, а її внутрішній конфлікт відходить на задній план. Прийом ліків і лікування дає відчуття набуття контролю над власним життям, який бло втрачено в результаті психотравмуючої ситуації.

Подальший розвиток психодинамічної концепції психосоматичних розладів відбувалося в декількох напрямках: теорія особистісних профілів Ф. Данбар, теорія психосоматичної специфічності Ф. Александера, теорія психосоматичного Его.

Концепція особистісних профілів Ф. Данбар

Теорія особистісних профілів пов'язана з ім'ям Ф. Х. Данбар. У 1935 р. нею були опубліковані результати дослідження про зв'язок соматичних розладів з певними типами емоційних реакцій, до яких вважають за краще вдаватися люди з тими чи іншими характерологічними рисами. Вона звернула увагу на укорінену в особистості схильність до реагування на психологічний конфлікт конкретним соматичним розладом.

Ф. Данбар припустила, що кожне соматичне захворювання, що розвинулося внаслідок нерозв’язаного психологічного конфлікту, пов'язане з цілком певним набором характерологічних рис і патернів міжособистісної взаємодії. Данбар були виділені коронарний, гіпертонічний, алергічний і схильний до пошкоджень типи особистості.

Для коронарного типу особистості (людей, які схильні до розвитку у них серцево-судинної патології) характерна підвищена агресивність, жорстокість, дратівливість, прагнення завжди бути лідером і переможцем, змагальність, нетерпіння, ворожість по відношенню до інших. Провідною причиною серцевих розладів у «коронарної» особистості Ф. Данбар вважала придушення в силу соціальної чи емоційної заборони емоції гніву. У 1974 р. американські кардіологи Роузенманн і Фрідман назвали поведінку коронарної особистості «поведінкою типу А».

Для гіпертонічного типу особистості, за Данбар, властиві підвищене безглузде почуття провини за власні ворожі імпульси, виражена потреба в схваленні з боку оточуючих, особливо - авторитетних або керівних осіб.

У структурі алергічного типу особистості часто зустрічаються такі риси, як підвищена тривожність, незадоволена потреба в любові і захисті, конфліктне поєднання прагнення до залежності і незалежності, підвищена сексуальність.

У соціальному психоаналізі Франкфуртської школи концепція Ф. Данбар була модифікована в теорію «хворого суспільства» (Е. Фромм, Дж. Холлідей). Дж. Холлідей виділяє два види причин психосоматичного розладу: структура особистості та її соціальне оточення. Він вважає, що психосоматичні розлади в підлітковому і дорослому віці відбуваються від фрустрації дитини на самих ранніх стадіях життєвого циклу і неадаптованого психологічного захисту, що виникає у відповідь на цю фрустрацію. Пусковим фактором хвороби Дж. Холлідей вважає «злам» якого-небудь одного або декількох базових патернів соціальної взаємодії: сімейного, ігрового, гендерного, релігійного, економічного, професійного, політичного. Тому відповідно до теорії «хворого суспільства» необхідно проводити комплексне дослідження не тільки профілю особистості, а й контексту соціальної взаємодії хворої дитини.

У дослідженнях Ф. Данбар була продемонстрована роль психологічних факторів розвитку психосоматичних розладів, проте її теорія не давала відповіді на основне питання: яким чином несвідомий внутрішньоособистісний конфлікт запускає чи підтримує захворювання? Відповідь на це запитання спробував дати Ф. Александер.

Теорія психосоматичної специфічності Ф. Александера

Гіпотеза про психосоматичну специфічність, висунута Ф. Александером, спиралася на три базових положення.

1. Психологічний конфлікт поєднується з фізіологічними і біохімічними факторами, що призводять до захворювання.

2. Несвідомий конфлікт активізується під впливом особливо значущих життєвих подій.

3. Супроводжуючі внутрішньоособистісний конфлікт негативні емоції виражаються на фізіологічному рівні, що і призводить до розвитку хвороби.

Дослідження, що проводилися послідовниками Ф. Александера, виявили психосоматичні відносини в патології органів дихання, серцево-судинної та ендокринної систем, шкіри та кістково-суглобової системи.

У сучасній клінічній психології під психосоматичними розладами слідом за Ф. Александером розуміють об'єктивно діагностовані органічні ураження, у виникненні яких, принаймні, у частини пацієнтів, істотну роль відіграють психологічні та поведінкові фактори. Їх нерідко називають «психогенними». Психічні порушення, які супроводжують психогенні органічні захворювання, зазвичай, є слабко виражені і тривало існуючими (наприклад, тривалий неспокій, хронічні емоційні конфлікти, постійно виникаючі погані передчуття і т. п.).

Антропологічний напрям

У цьому випадку до вивчення психосоматичних явищ і психосоматичної патології підходять з позицій аналізу буття. Зберігає своє значення пошук символічного сенсу фізичних хворобливих розладів, хоча дослідження цього сенсу здійснюється вже не психоаналітично, а спеціальним антропологічним методом. Представники антропологічного напряму своє завдання вбачають у розумінні сенсу хворобливого симптому в зв'язку з духовною екзистенцією хворого, а сама хвороба розглядається як екзистенційний тяжкий стан у внутрішній історії життя людини. Сенс симптомооутворення важливіший, ніж визначення соматичної форми його прояву. І психоаналітики, і антропологи провідним у своїй роботі вважають глибинно-психологічний аналіз історії переживань хворого з метою розуміння змістовного сенсу хвороби і немає принципової різниці в тому, яким шляхом вони це роблять. Якщо один із них прагне зрозуміти хворого аналітичним, то інший - антропологічним методом, що використовується для розуміння буття. Поширенню антропологічного напряму в психосоматиці певною мірою перешкоджала філософська, релігійно-містична мова цих праць, з великою кількістю метафор і неологізмів, що істотно ускладнює їх розуміння не тільки практичними лікарями, а й фахівцями.

Концепція алекситимії є однією з теорій, які розвинулися на основі ідей психосоматичної специфічності Ф. Александера. Термін «алекситимія» ввів Сіфнеос в 1973 р. Алекситимія буквально означає: «без слів для почуттів» (або в близькому перекладі - «немає слів для назви почуттів»).

Алекситимія є психологічною характеристикою, з якою пов'язана нездатність словесно визначити і описати почуття, що виникло. Неідентифіковане почуття викликає фізіологічну напругу, що викликає зміни на соматичному рівні. Людина не може розрізнити власне почуття і тілесне відчуття і фокусує свою увагу на тілесних відчуттях, що тільки підсилює напругу і призводить до соматичних порушень внаслідок психофізіологічного перевантаження. Через те, що сильна емоція не піддається вербальній символізації і, отже, залишається недоступною свідомості, вона починає безпосередньо впливати на організм, завдаючи несприятливих наслідків.

На психологічному рівні алекситимія проявляється зниженням здатності до символізації, убогістю змісту фантазій та інших проявів уяви, великим фокусуванням на зовнішній стороні подій, а не на внутрішніх переживаннях у зв'язку з ними.

Алекситимія може виникати як психологічний захист на емоційний стрес («вторинна алекситимія») і розвиватися за відсутності психофізіологічних механізмів (біохімічний дефіцит), що відповідають за функції уяви («дефіцітарна алекситимія»). Те, що кваліфікується як алекситимія, в деяких випадках може виявитися культурною або субкультурною характеристикою.

Рівень алекситимії вимірюється за допомогою спеціального опитувальника - Торонтської Алекситимічної Шкали, адаптованої в Інституті ім. В. М. Бехтерева.

Теорія психосоматичного Его

Ідея тілесного «Я» отримала розвиток в психосоматичній концепції німецького психотерапевта Г. Аммона. Психосоматичний розлад розуміється тут як прояв аномального особистісного розвитку внаслідок неблагополучних («патогенних») відносин з матір'ю в періоді раннього дитинства.

Неструктуроване Его немовляти може розвиватися в двох напрямках в залежності від характеру відносин з матір'ю.

«Хороша» мати, що забезпечує достатню любовну турботу, адекватно реагує на сигнали, що йдуть від дитини. Адекватне реагування з боку матері поряд з емоційно насиченим спілкуванням, в ході якого немовля засвоює модальність ставлення до нього,

дозволяють дитині скласти правильну тілесну схему свого тіла і сформувати мотивацію до його пізнання. Тим самим дитина переходить в стадію первинного нарцисизму, що завершується формуванням розвинутого тілесного «Я». На основі розвиненого тілесного «Я» складається особистісний механізм сприйняття свого тіла, а також визначаються умови задовільної взаємодії «Я» з зовнішнім світом.

«Психосоматогенна» мати відчуває часткову безпорадність в реагуванні на сигнали дитини. Вона не в змозі адекватно розпізнати, про які незадоволені потреби сигналізує їй немовля, не приділяє йому достатньо уваги і турботи. Між матір'ю і дитиною встановлюється одностороння комунікація. Як результат, у дитини в такій системі відносин з матір'ю складається дефектне, розірване тілесне «Я», в якому представлені тільки окремі, ізольовані тілесні функції, оскільки мати реагувала на одні й ті ж потреби не завжди, а тільки в разі крайньої необхідності. Не представлені в тілесному «Я» функції починають проявляти себе у вигляді таких симптомів хвороби, оскільки у дитини не виявляється іншого шляху «достукатися» до своєї матері.

Таким чином, психосоматичний розлад, згідно з концепцією Г. Аммона, є результатом негативного ставлення індивіда до окремих елементів свого «Я», викликаного неконструктивними відносинами зі значущими людьми з найближчого оточення. Виникнення психосоматичних реакцій на травмуючі життєві події виявляється пов'язаним тут з нерозвиненою здатністю людини встановлювати чіткі межі своєї ідентичності, розділяти свою і чужу думку про саму себе.

У сучасній психодинамічній концепції психосоматичні розлади пов'язані з порушеними відносинами з матір'ю на самих ранніх етапах розвитку і збереженням психотравмуючих відносин з близькими протягом усього життя. Через це у психосоматика розвивається аутовороже і жорстоке Супер-Его, що перетворює почуття тілесного «Я» на щось «чуже», «не властиве» особистості, низьке й огидне. Тому психосоматичні симптоми мають компенсаторну функцію і виступають еквівалентом психотичної дезінтеграції Его, коли несвідомі

самодеструктівні сили (енергія і негативний афект) замикаються в обмеженій сфері соматичної хвороби, зберігаючи людині психічне здоров'я.

Відмінною рисою справжніх психосоматичних розладів від конверсійних розладів є те, що психосоматичний симптом обов'язково супроводжується об'єктивними органічними ураженнями. Висновком, який випливає з такого трактування психосоматичних розладів, можна вважати те, що «відхід в органічну хворобу» нерідко служить природним захистом від розвитку психотичного розладу. У процесі життя у психосоматика може спостерігатися феномен зсуву соматичних порушень в процесі медичної терапії (коли замість одного усунутого симптому виникає інший), поки, нарешті, зсув не перейде в психічний розлад, характерний для психотичних реакцій, що обумовлено проміжним становищем психосоматозів між неврозами і психозами.

За Г. Аммоном, психологічна характеристика дійсних психосоматичних хворих є такою:

• Вони не бачать зв'язку між соматичними симптомами і проблемами, які вони відчувають у житті.

• Іноді вони виглядають як шизоїдні особистості, проте пожвавлюються, як тільки у них з'являється можливість поговорити про свої соматичні розлади.

• Вони вимагають до себе підвищеної уваги і турботи, демонструють потребу в симбіотичній залежності. Якщо ці потреби не задовольняються, вони виглядають пригніченими, пред'являють різні претензії до оточуючих, але одночасно не відчувають реального інтересу до інших людей і речей.

Теорія життєвих криз

Ця теорія, по суті, виходить із психоаналітичних уявлень про стадії формування особистості, однак, містить і еволюційні уявлення про біологічну адаптацію, і епігенетичний підхід Е. Еріксона. Кризи визначаються тут і як великі події, і як кардинальні життєві зміни.

Виникнення психосоматичного розладу в період життєвої кризи залежить від дисбалансу між труднощами і особистісною значимістю проблеми, з одного боку, і з відсутністю ресурсів для її вирішення, з

іншого. Зростання напруги проявляється в нападі тривоги, страху, провини, сорому, що настає через відчуття залежності від волі обставин. У його перебігу криза проходить окреслені фази:

1. Початкове зростання напруги зі спробою використовувати звичне рішення проблеми.

2. Відсутність успіху, що супроводжується зростанням напруги, «нападу» і почуттям неефективності.

3. Подальше зростання напруги з мобілізацією всіх внутрішніх і зовнішніх ресурсів, пошуком нових методів вирішення проблеми.

4. Якщо проблема не вирішується або не робиться спроб зміни колишніх підходів до її вирішення (продовження звичного способу життя і ігнорування його неефективності), наростає внутрішньоособистісна дезорганізація, яка відображується в захворюванні.

У рамках цієї концепції захворювання розглядається як сигнал організму про необхідність життєвих змін або зміни позиції особистості по відношенню до наявної проблеми.

Соматопсихічний напрямок

У рамках цього напрямку клініко-психологічних досліджень було встановлено, що є два шляхи патогенного впливу соматичної хвороби на психіку: власне соматогенний (інтоксикаційний вплив на ЦНС) і психогенний (гостра реакція особистості на захворювання і його наслідки).

Слід звернути увагу на важливий механізм соматопсихічних відносин - механізм «замкнутого кола». Він полягає в тому, що порушення спочатку виникає в соматичній сфері, викликає психопатологічні реакції, що дезорганізують особистість, а ці реакції, в свою чергу, виступають причиною подальших соматичних порушень. Ця ідея також розкривається в понятті «психосоматичного циклу», коли періодична актуалізація психологічних проблем і пов'язаних з ними тривалих або інтенсивних переживань призводить до загострення хронічного соматичного розладу або формує новий соматичний симптом.

Останнім часом розрізнені положення всіх розглянутих концепцій психосоматичних розладів об'єднуються в рамках

біопсихосоціальної моделі хвороби Дж. Енгеля. Психосоматичний розлад слід розглядати як функцію безлічі факторів, серед яких психологічні відіграють провідну етіологічну роль з урахуванням конкретних життєвих обставин конкретної людини.

Фактори, що відповідають за розвиток психосоматичних розладів: вроджена конституція тіла, робота ендокринних, фізіологічних і нервових систем; родові травми; органічні захворювання в дитинстві, в результаті чого певний орган стає вразливим; тип догляду за дитиною в дитинстві (як заколисували, привчали до туалету, годували, спілкувалися і т. ін.); випадкові фізичні травми в дитинстві; випадковий досвід психотравмуючих переживань у дитинстві; емоційний клімат в родині в поєднанні з особистісними якостями батьків і сиблінгів (братів і сестер); фізичні травми в дорослому віці; дорослий досвід психотравмуючих переживань у особистих і професійних відносинах.

З 1980 р. для позначення соматичних симптомів, які мають виключно функціональну природу, але при цьому у пацієнта не вдається виявити значущих психологічних чинників, введено поняття соматоформних розладів.

Питання та завдання для самостійного опрацювання:

1. Схарактеризуйте суть психоаналітичної концепції виникнення психосоматичних розладів.

2. Опишіть теорію профілів особистості Ф. Данбар.

3. Дайте визначення «алекситимії», опишіть основні ознаки, розкрийте її роль у походженні психосоматичного симптому.

4. Опишіть теорію життєвих криз.

5. У чому полягає роль концепції стресу в розробці проблем психосоматики?

1.3. Фактори розвитку та механізм психосоматичних захворювань

Картина розвитку (етіологія) психосоматичних розладів дуже складна та визначається такими факторами:

- Неспецифічна спадковість та вроджена обтяженість соматичними порушеннями та дефектами (хромосомні мутації).
- Спадкова схильність до психосоматичних розладів існує при: артеріальній гіпертензії (22-62%), бронхіальній астмі (65-85%), нейродерміті (66%), виразковій хворобі, ревматоїдному артриті, тиретоксикозі.
- Порушення у центральній нервовій системі, що ведуть до нейродинамічних зрушень.
- Особистісні особливості (замкненість, стриманість, недовірливість, тривожність, сенситивність (чутливість), схильність до легкого виникнення фрустрацій (розчарувань), переважання негативних емоцій над позитивними, невисокий рівень інтелектуального функціонування у поєднанні з вираженою нормативністю та установкою на досягнення високих результатів).
- Психічний та фізичний стан під час психотравмуючих подій. Виникнення в момент переживання життєвих труднощів почуття безвиході, зневіри у власних силах, відчуження, відсутності активності та підприємливості веде до захворювання, тоді як енергетична позиція у ставленні до того, що відбувається, здатність брати на себе відповідальність, упевненість у можливості керувати подіями відмічається у тих, хто залишається здоровим.
- Фон несприятливих сімейних та інших соціальних факторів. Якщо число подій, що ведуть до серйозних змін у житті індивіда, зростає більше, ніж удвічі, порівняно з середньою кількістю, то вірогідність захворювання складає 80 %. Всі зміни сімейних стосунків, які заважають розвитку індивідуальності дитини, не дозволяючи їй відкрито виявляти свої емоції, роблять її вразливою по відношенню до емоційних стресів. У той же час, наявність міцної соціальної підтримки сприятливо відображається на опірності до захворювань. Порушені внутрішньосімейні контакти у ранньому віці, особливо між матір'ю та

дитиною, у подальшому збільшують ризик розвитку психосоматичних захворювань.

- Особливості психотравмуючих подій. Перелічені фактори не лише беруть участь у генезі пихосоматичних розладів, але кожний окремо або в різних комбінаціях роблять людину вразливою до емоційних стресів, ускладнюють психологічний та біологічний захист, полегшують виникнення й ускладнюють протікання соматичних розладів.

Механізм психосоматичних захворювань

Зміни у психосоматичній регуляції полягають в основі виникнення психосоматичних захворювань, або психосоматозів. У загальному вигляді механізм виникнення психосоматозів може бути представлений наступним чином: психічний стрессовий фактор викликає афективне напруження, що активізує нейроендокринну та вегетативну нервову систему з наступними змінами у судинній системі та внутрішніх органах. Спершу ці зміни носять функціональний характер, однак, за тривалого та частого повторення вони можуть стати органічними, незворотними.

Схема патогенезу психосоматичних захворювань містить такі елементи:

1. Особистісні особливості, неадекватний спосіб реагування на стрес.
2. Емоційні порушення, хронічне афективне напруження.
3. Психовегетативний синдром.
4. Психосоматичні розлади.
5. Органічна недостатність мозкових систем, невротичні зміни особистості.
6. Зміна реактивності органа-мішені.
7. Психосоматичне захворювання [38].

Серед індивідуальних особливостей особистості, які сприяють виникненню захворювань у результаті зовнішніх впливів, виділяють темперамент. Такі його сторони, як низький поріг чутливості до подразників, інтенсивність реакцій, труднощі адаптації до нових

вражень з переважанням негативних емоцій роблять людину (особливо дитину) дуже чутливою до стресів.

Серед тих, що захворіли після перенесених стресів, переважають ті особи, які відрізняються більшим нігілізмом, почуттям безсилля, відчуженістю, непідприємливістю.

Активність збільшує шанс сприятливого результату після впливу стресу, відмова від пошуку виходу з ситуації робить організм уразливим до виникнення захворювань.

Зменшують патогенний вплив агрессорів почуття власної значущости, енергійна позиція по відношенню до оточення, здатність брати на себе більші зобов'язання, впевненість у можливості контролювати події.

Хронічні негативні емоції приводять до змін функціонування організму. Невідреагований гнів, подавлена агресія, реалізуючись через симпатичну нервову систему, приводять до гипертонічної хвороби, артритів, мігрені, гіпертиреозу, діабету. Нереалізовані прагнення до залежності, визнання, задоволення сексуальних потреб за допомогою парасимпатичної нервової системи перетворюються на виразкову хворобу, виразковий коліт, бронхіальну астму.

Провідним фактором, що викликає психовегетативний синдром, є психогенні захворювання, отже, очевидною є провідна роль гострого або хронічного емоційного стресу. Клініка цього синдрому складається з: пароксизмальних вегетативних розладів (коливання АТ, порушення сердцевого ритму, відчуття нестачі повітря, віддишка, порушення діяльності шлунково-кишкового тракту, гіпергідроз, терморегуляційні розлади, розлади сечовипускання та ін.), ендокринних порушень (незначні тиреотоксичні прояви, коливання рівня цукру, дисменоррея), емоційні порушення (тривога, страх, знижений настрій, підвищена втомлюваність, порушений сон). Всередині психовегетативного синдрому зберігаються стосунки між порушеною мотиваційно-емоційною системою та неадекватним (надлишковим або недостатнім) вегетативним супроводом. Ступінь психовегетативних розладів добре відображає рівень порушення адаптивної, пристосувальної діяльності, яку забезпечує головний мозок, і особливо, лімбіко-ретикулярний комплекс.

При психосоматичних станах функціональні та органічні порушення в органах та системах у більшості випадків клінічно верифіковані. Гомеостаз, який визначався на основі данних кардиоінтервалографії, був порушений у 92 % обстежених. Майже 70 % хворих психосоматичними розладами мали порушення з переважанням тонусу парасимпатичного відділу вегетативної нервової системи, що параклінічно підтверджує наявність емоційних порушень.

Питання та завдання для самостійного опрацювання:

1. Порівняйте шкідливість основних факторів психосоматичних розладів. Які з них, на ваш погляд, найбільш шкідливі у дитячому та підлітковому віці?

2. Опишіть особистісні особливості, що підвищують психосоматичний ризик.

3. Перелічте соціальні фактори, вплив яких на здоров'я виявляється незворотним.

4. Схарактеризуйте роль дитячого віку та сімейних стосунків у виникненні та розвитку психосоматичних захворювань.

5. Опишіть механізм виникнення психосоматичного розладу та психосоматичного захворювання.

1.4. Класифікація психосоматичних розладів

Які ж захворювання можна вважати психосоматичними? Чітко кажучи, і у походженні, і в перебігу всіх захворювань беруть участь психогенні компоненти. Емоційні переживання впливають на морфологічні структури через вегетативну нервову систему, гормональну і імунну.

Психосоматичні захворювання – це вторинні функціональні й органічні розлади внутрішніх органів і систем, першопричиною виникнення і загострення яких є психогенні чинники [15].

Психосоматичні розлади (психосоматичні хвороби) - розлади функцій різних органів і систем, що виникають під впливом

психотравмуючого фактора. У ролі останнього можуть виступати стреси, конфлікти, кризові стани [5].

Психосоматичні розлади зустрічаються з частотою від 15 до 50 %. За даними ВООЗ, майже 50 % ліжок терапевтичного профілю займають психосоматичні хворі. В свою чергу, соматичні зміни впливають на психічний стан. За даними О. Напрієнко, у майже 70 % хворих із соматичною патологією виявляють психічні порушення різного ступеня важкості.

Поширені психосоматичні захворювання:

- ♦ гіпертонічна хвороба
- ♦ бронхіальна астма
- ♦ ревматоїдний артрит
- ♦ нейродерміт
- ♦ тиреотоксикоз
- ♦ інфаркт міокарда
- ♦ мігрень
- ♦ нервова анорексія і булімія
- ♦ алкоголізм та інші.

Побутує думка, що *«всі хвороби від нервів»*. Конфлікти, стреси, хвилювання не проходять безслідно, вони знаходять слабке місце в організмі і провокують розвиток захворювання.

У когось слабке місце – серце. Часті стреси провокують розвиток гіпертонічної хвороби або інфаркту міокарда. Інший з дитинства страждає алергічними реакціями, часто хворіє гострими респіраторними інфекціями, якщо ще й перенервувати, то можуть з'явитися симптоми бронхіальної астми. Таким чином безпідставні хвилювання «з'їдають» нас зсередини, сприяючи розвитку захворювань внутрішніх органів.

Ні для кого не є секретом те, що гіпертонічна хвороба та інфаркт міокарда - захворювання, які розвиваються внаслідок сильних хвилювань. Дуже часто сильний стрес призводить до того, що людина може впасти в запій, поступово звичка «запивати горе горілкою» переходить у залежність, і розвивається алкоголізм. Інтенсивний

головний біль (мігрень) теж може виникати як відповідна реакція на стресову ситуацію.

Здавна вважалося, що все, що впливає на мозок, впливає і на тіло. Але в 17 ст. медики та вчені розділили дві незалежні складові людини: тіло і розум. Відповідно, хвороби були або душевні, або тілесні, і лікували їх абсолютно різними способами. Сьогодні знову є тенденція до повернення до колишньої точки зору на зцілення людини. Людина несе відповідальність як за свої хвороби, так і за своє одужання. У медичній літературі описано багато прикладів зцілення важко хворих людей, якщо вони вірили в можливість свого одужання, а головне – у можливість самостійно впливати на перебіг хвороби та її кінцевий результат. Навіть таке захворювання, як рак, що вважається невиліковним, у деяких випадках піддається лікуванню.

• *Хвороби серця* найчастіше виникають як наслідок нестачі любові та безпеки, а також від емоційної замкнутості. Людина, що не вірить у можливість любові або ж забороняє собі виявити свою любов до інших людей, неодмінно зіткнеться з проявами серцево-судинних захворювань.

• *Артрити*, як помічено, вражають людей, які не можуть сказати «ні» і звинувачують інших у тому, що їх експлуатують.

• *Гіпертонія* нерідко виникає через самовпевнене бажання взяти на себе непосильне навантаження, працювати без відпочинку, потребою виправдати очікування оточуючих людей, залишитися значущим і шанованим у їх очах, у зв'язку з чим відбувається витіснення власних глибинних почуттів і потреб.

• *Проблеми з нирками* бувають викликані осудом, розчаруванням, невдачею в житті, критицизмом. Цим людям постійно здається, що їх обманюють і зневажають. Подібні почуття та емоції призводять до нездорових хімічних процесів у тілі.

• *Збій імунної системи* і, як наслідок, застуда є для людини сигналом з боку організму: «Зупинися, зроби перепочинок, ти занадто багато намагаєшся встигнути!»

• *Астма, проблеми з легенями* бувають викликані невмінням (або небажанням) жити самостійно.

• *Шлункові проблеми* - виразковий коліт, запори - є наслідком переживання помилок минулого, небажання відпустити старі ідеї і взяти на себе відповідальність за сьогодення. Шлунок чутливо реагує на наші проблеми, страхи, ненависть, агресивність і заздрість. Придушення цих почуттів, небажання признатися собі в них, спроба проігнорувати і «забути» їх замість осмислення, усвідомлення та дозволу, можуть стати причиною різних шлункових розладів.

• Тривале роздратування, яке має місце в стані стресу, веде до *гастриту*.

• *Запори* свідчать про надлишок накопичених почуттів, уявлень і переживань, з якими людина не може або не бажає розлучитися, не може звільнити місце для нових.

• *Печія* – свідчення витісненої агресивності.

• *Проблеми із зором* – небажання щось бачити, неприйняття навколишнього світу таким, яким він є. Аналогічно - *проблеми зі слухом*. Недочування, глухота наступають тоді, коли ми намагаємося ігнорувати інформацію, яка приходить до нас на аудіальному рівні.

• *Інфекційні захворювання*. Пусковими механізмами є роздратування, злість, досада. Будь-яка інфекція вказує на душевний розлад. Слабка опірність організму, на яку накладається інфікування, пов'язана з порушенням душевної рівноваги.

• *Ожиріння* - прояв тенденції захищатися від чогось. Почуття внутрішньої порожнечі часто пробуджує апетит. Процес поглинання їжі забезпечує багатьом людям відчуття «придбання». Але душевний дефіцит не заповниш їжею.

• *Проблеми з зубами* найчастіше бувають викликані нерішучістю, невмінням приймати самостійні рішення. Така людина боїться наслідків своїх рішень. Карієс віднімає в зубів твердість. Саме таким чином імунна система людини реагує на внутрішню нестійкість мрій, невпевненість у досягненні обраної мети, усвідомлення «нездоланності» життєвих труднощів.

• *Проблеми зі спиною* можуть бути наслідком пережитого, нестачі підтримки, внутрішнього перенапруження, зайвої вимогливості до себе.

• *Безсоння* – втеча від життя, небажання визнавати його тіньові сторони. Потрібно знайти істинну причину занепокоєння, навчитися підводити підсумки дня, повернути собі нормальний ритм, дозволити собі ввечері догляд і сон – все це допоможе вирішенню проблеми.

• *Смуга нещасних випадків* свідчать про те, що людина відчуває себе в чомусь винною і рефлекторно карає себе.

Класифікації психосоматичних захворювань

Першим класифікацію психосоматичних розладів запропонував М. Блейлер (1970 р.), який поділив їх на три види.

1. Органічні соматичні захворювання (класичні психосоматози, психосоматичні хвороби) в розвитку яких вирішальну роль має психогенний компонент. Як правило, сюди належать гіпертонічна хвороба, виразка шлунка і дванадцятипалої кишки, інфаркт міокарда, мігрені, бронхіальна астма, ревматоїдний артрит, виразковий коліт і нейродерматит.

2. Психогенні функціональні розлади, є короткотривалими і менш вираженими, знаходяться на межі норми, інколи їх відносять до числа невротичних захворювань. Це кардіореакції, виражена пітливість, заїкання, тіки, блювання, закрепи, енурез, сексуальні розлади.

3. Психосоматичні розлади, що випливають з особливостей особистості (аномальної) і її переживань. Це приводить до такої поведінки, результатом якої є порушення здоров'я.

3.1. Схильність до травм - в осіб з підвищеною схильністю до травм, які мають дефект точності і ретельності.

3.2. Ожиріння. Прийом їжі стає не тільки біологічним і фізіологічним актом, викликає відчуття блаженства у гурманів, звичайну цікавість в інших людей, а у деяких – відразу. Несмачні дієтичні страви одні хворі з'їдають із задоволенням, усвідомлюючи, що дієтичне харчування є важливою складовою успішного лікування, в успіх якого вони вірять, а інші сприймають дієту, як неприємний атрибут, що супроводжує захворювання. Якість і кількість їжі може бути індикатором соціального престижу; повнота часто людьми підсвідомо розцінюється, як ознака солідності і розсудливості. Збільшене вживання їжі може бути заміною, підсвідомою компенсацією незадоволення в одній або в більшості потреб

(самоствердженні, визнанні, безпеці, еротичному задоволенні), компенсацією досить надійною, бо в більшості випадків вона є легкодоступною (принаймні була до останніх часів). Так, жінка з ожирінням, яку обстежували Р. Конечний і М. Боухал, висловилась про таку компенсацію короткою, але точною фразою: “Ви дивуєтесь, що я так люблю їсти? Але хіба в мене є на світі щось, крім їжі?” Зрозуміло, що ці компенсації мають місце також і при фактичних психічних розладах, а саме депресіях (особливо скритих) і неврозах.

Процес приймання їжі визначається не тільки внутрішніми причинами, але і різного виду соціальним тиском. Дітей часто примушують залишати після їди пусту тарілку. Пізніше це перетворюється на звичку. Деяких людей мучить совість від того, що викидаються продукти, які вони не доїли. Один пацієнт розказував, що в дитинстві батьки заставляли його доїдати шматочок хліба, погрожуючи, що інакше цей шматочок буде за ним бігати. Багато людей згадують при цьому голодуючих, про яких часто розказували в дитинстві, коли дитина не хотіла їсти. Важливу роль відіграє і те, що багато батьків висловлюють свою любов через пропонування їжі або солодощів. За допомогою солодощів вони прагнуть втішити дітей, коли останні в поганому настрої.

3.3. Третім типом цієї групи психосоматичних розладів є стан залежності від токсичних речовин, таких, як нікотин, етанол і ліків. Данек узагальнив літературні дані про куріння і в цьому зв’язку згадує про компенсацію деяких незадоволених бажань. Наприклад, посилення куріння при відсутності стимулів до життя (від нудьги), куріння часто буває жестом, яким людина хоче підкреслити дорослість. При зловживанні алкоголем велике значення має приємне почуття ейфорії, усунення перешкод, сумнівів і сорому, а також підтримка примітивної дружби і солідарності пияків і втеча від реальних проблем.

За найпоширенішою нині класифікацією психосоматичні захворювання поділяють на 3 групи:

- соматоформні порушення;
- психосоматичні захворювання органів і психофізіологічні порушення;
- порушення поведінки із соматичними наслідками.

І. Соматоформні порушення – це психогенні функціональні порушення органів, при яких не спостерігається яких-небудь морфологічних або структурних порушень цих органів. Наприклад, тахікардія при кардіоневрозі може приносити нестерпні страждання і викликати сильний страх, особливо, коли “серце готове вирватися з грудей”, хоч помітних змін у роботі серця не відбувається. Проте, якщо подібний стан спостерігається впродовж тривалого часу, то можуть з’явитися вторинні морфологічні зміни в органах. Наприклад, при психогенному зниженні активності певної групи м’язів потім може відбутися їх атрофія.

ІІ. Про психосоматичні захворювання і психофізіологічні порушення в організмі можна говорити, коли з’являються органічні зміни у хворому органі. Психічний фактор визначає, як правило, лише частину причин, які призвели до подібних захворювань. Серед інших факторів важливого значення набувають також генетичні, соматичні і соціальні причини. В такому випадку можна говорити про мультифакторну етіологію захворювання.

Серед багатьох психосоматичних захворювань традиційно виділяють найбільш досліджену групу з, так званих, “семи священних корів” психосоматики, до якої належать :

- виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки;
- неспецифічний виразковий коліт;
- бронхіальна астма;
- тиреотоксикоз (Базедова хвороба);
- ессенціальна гіпертонія;
- ревматоїдний артрит;
- нейродерміт.

Початковим пунктом психосоматичного процесу є відповідний психічний стан або зміна психічних станів, які викликають фізіологічну реакцію організму. Вираженішою ця реакція буває при емоційних станах і афектах, наприклад, при радості, гніві , страху. Деякі автори в цьому плані говорять про “мову органів”. Для розуміння причин і механізмів в розвитку психосоматичних розладів доцільно нагадати особливості нормальних психосоматичних відносин.

В звичайній розмовній мові це відображається в ряді виразів: “це хапає за серце”, “це роздирає серце”, “упав камінь з серця”, “стиснулось серце”, “що у тебе на серці”, “у нього немає серця”, “від цього болить серце”, “у нього розривається серце”, “безпорадно захрипів”, “від жаху волосся встало дибки”, “вона тремтіла від страху”, “він заціпенів від жаху”, “людина без хребта”, “він облився холодним потом”.

Соматичні реакції на психічні емоційні процеси підтверджуються результатами експериментів. Якщо людину в чомусь звинуватити, то при емоції обурення і гніву відмічається прискорення пульсу, підвищення кров’яного тиску, збільшення об’єму крові (Голлман). У студентів під час екзаменів підвищується рівень холестерину. Вигляд лимона викликає слинотечу.

Фізіологічні реакції на психічні процеси можуть виникати в різних ділянках і системах організму.

1. Серцево-судинні зміни: прискорення серцебиття, зміна кров’яного тиску (здебільшого підвищення), звуження або розширення судин, видимим результатом чого є блідість або почервоніння шкіри.

2. Зміни дихання: затримка, сповільнення або прискорення дихання, зміна його глибини.

3. Реакції органів травлення: посилена моторика шлунка, схильність до блювання, підвищена перистальтика кишечника із схильністю до проносів (“ведмежа хвороба” при переляках), сповільнення моторики з пригніченням шлунково-кишкової активності і з запорами. Підвищена секреція слини або, навпаки, зниження виділення слини (депресія) з відчуттям сухості в роті. Барклі підкреслює, що шлунок є одним з найчутливіших органів тіла і реагує майже на всі емоції.

4. Сексуальні реакції. При сильному сексуальному переживанні прояви статевого збудження можуть розвинутись без реального сексуального подразника, досить однієї лише уяви.

5. Пітливість і, особливо, долонь є загальновідомою реакцією при емоційних переживаннях.

III. Порушення поведінки із соматичними наслідками.

Порушення поведінки у аномальної особистості може викликати соматичні захворювання, при яких на пізніх стадіях також можуть відбуватися органічні зміни. Наприклад, при захопленні схудненням – порушенні харчової поведінки, яке найчастіше зустрічається у дівчаток в підлітковому віці при статевому дозріванні (підліткова нервова анорексія) - сильне схуднення призводить до загрозливого для життя стану, особливо внаслідок втрати білка, руйнування внутрішніх органів, а також через порушення мінерального обміну, що відображається на роботі серцево-судинної системи. Захоплені схудненням пацієнтки почувають себе, в основному, добре і дуже активні, навіть коли вони вже багато втратили у масі тіла. Якщо захворювання не лікувати, то часто бувають навіть випадки смерті.

Основна відмінність різних психосоматичних захворювань – характер взаємодії між психотравмівним чинником і самою хворобою. Стрес може запускати розвиток хвороби, хвороба може по-різному сприйматися нами, супроводжуючись психічними порушеннями. Так, і самі захворювання внутрішніх органів можуть призводити до розвитку психічних розладів.

Тому серед психосоматичних розладів виділяють 4 основні групи станів:

- ♦ соматоформні розлади або соматизовані психічні реакції;
- ♦ нозогенії (психогенні реакції);
- ♦ психосоматичні захворювання в традиційному їх розумінні;
- ♦ соматогенії або симптоматичні психози [10].

Можливо, термін соматоформні розлади і є надто науковим, зате про вегетосудинну або нейроциркуляторну дистонію чув кожен. А це одне і те ж.

При соматоформних розладах можуть виникати різні прояви: всілякі болі, перепади артеріального тиску, припливи жару, прискорене серцебиття, часте сечовипускання, проноси, бурчання в животі і багато інших симптомів.

Нозогенії за своєю суттю є реакцією людини на захворювання. Можна поставитися зневажливо до своєї хвороби, а можна, навпаки, зациклитися на ній. Деякі діагнози асоціюються з малою тривалістю життя, близькою смертю (наприклад, рак, СНІД). При надлишкових

переживаннях внаслідок поставленого (або запідозреного) діагнозу можуть з'явитися невротичні та афективні ознаки. Також можуть виникнути патохарактерологічні симптоми, які проявляються у вигляді патологічного заперечення хвороби або надцінних ідей здоров'я (як це я міг так серйозно захворіти? Зроблю все, щоб одужати!).

Психосоматичні захворювання в традиційному їх розумінні - гіпертонічна хвороба, мігрень, бронхіальна астма, інфаркт міокарда. Всі ми знаємо, що потрібно вести здоровий спосіб життя, але дуже рідко дотримуємося його. Зловживання жирною їжею, сидячий спосіб життя, надмірна вага – ті чинники, які провокують розвиток ішемічної хвороби та інфаркту міокарда. Людина може тривало піддаватися цим факторам, але суттєвих змін у стані її здоров'я відбуватися не буде. Але в якийсь момент з'являться конфлікти в сім'ї (зрада одного з подружжя) або на роботі виникають проблеми, і ось стрес провокує розвиток інфаркту міокарда.

При симптоматичних психозах процеси, що відбуваються в організмі, токсично впливають на мозок. Прикладом соматогенії може бути інфекційний делірій. Коли внаслідок вираженої інтоксикації розвивається психічний розлад з порушенням свідомості, появою галюцинацій, дезорієнтацією в часі.

1.5. Психосоматичні порушення: загальна характеристика, причини та прояви

Клінічні прояви найпоширеніших психосоматичних розладів

Виразкову хворобу шлунка і дванадцятипалої кишки можуть викликати найрізноманітніші причини: стрес, нічна праця, а також безсвідомі внутрішні конфлікти. Сьогодні виразкова хвороба успішно і ефективно лікується за допомогою медикаментозної терапії. При цьому використовуються також препарати, які мають сильну психотропну дію (наприклад, еглоніл). Важливу роль у виникненні і перебігу захворювання відіграють також психічні впливи, причому при виразці дванадцятипалої кишки вони ще більш виразні, ніж при виразці шлунка. Проведення супутньої психотерапії істотно покращує лікування захворювання. Біль у животі, в тому числі і хронічний, іноді

має психічне підгрунтя, наприклад, психопатологічна симптоматика, яка супроводжується психалгією, інколи є причиною апендектомії при нормальному червоподібному відростку.

Неспецифічний виразковий коліт є важким запальним ураженням товстої кишки з болем у животі, проносом, часто з сильними кров'янисто-гнійними виділеннями. Подібне захворювання, що уражає, головним чином, тонкий кишківник, називається хворобою Крона – психосоціальні проблеми, дистрес, пригнічений настрій, навіть невзаємна закоханість нерідко передують початку і рецидивам цієї хвороби (термінальний ілеїт). Поряд з втратою крові, яка може призвести до анемії, ці серйозні захворювання можуть викликати й інші ускладнення. Виразки можуть уражати стінки кишківника аж до прориву. Велика вірогідність переродження виразки в злоякісні новоутворення. Хоча неспецифічний виразковий коліт і хвороба Крона виникають тільки тоді, коли наявна відповідна соматична схильність, у той же час вони містять деколи незначні, а іноді й істотні психогенні складові. Хвороба перебігає нападоподібно. Загострення може викликатися психічним напруженням, наприклад, розлукою з близькою людиною. Психотерапія в комбінації з медикаментозним лікуванням може виявити сприятливий вплив на перебіг хвороби. В окремих випадках, не дивлячись на психотерапевтичне лікування, необхідна операція на кишківнику.

Бронхіальна астма – це тяжке і, на жаль, дуже поширене серед дітей захворювання. Для неї характерні напади задухи, що виникають в результаті спазму дрібних бронхів. У зв'язку з цим виникає своєрідний клапанний ефект: вдих ще відносно вільний, а видих утруднений. Астма перебігає нападоподібно, проте окремий астматичний напад може тривати і багато днів. У клінічній картині захворювання, очевидно, присутні алергічний, генетичний, кліматичний та інфекційний компоненти. Алергічний фактор в генезі бронхіальної астми набуває сьогодні все більшого значення, поряд з цим на виникнення схильності до астми і окремих астматичних нападів виявляють вплив психотичні компоненти. Нерідко астматичні напади вперше виникають і рецидивують під впливом гніву, страху, збудження. Часто наперед важко передбачити, чи буде психотерапія

успішною в кожному конкретному випадку. Проте вже накопичений досвід, коли при її допомозі вдається домогтися значного покращення. Як правило, психотерапію комбінують з медикаментозним лікуванням. В експериментах показано психічний вплив на появу алергічних реакцій. Наприклад, у пацієнтки з алергією на сіно, характерна для бронхіальної астми симптоматика з'являлась при уяві образу скошеного літнього лугу, хоч реального алергена в приміщенні не було.

Гіперфункція щитоподібної залози виражається в змінах основного обміну, в нервозності і зниженні маси тіла, в збільшенні частоти серцевих скорочень. Це захворювання успішно лікується за допомогою медикаментів. Раніше вважалось, що психічні фактори є однією з причин гіперфункції щитоподібної залози. Чи насправді це так, достовірно невідомо.

Серцево-судинна система. До поширених психосоматичних розладів належить ішемічна хвороба серця, яка удвічі частіше зустрічається у "коронарних особистостей" (Ф. Данбар), для яких характерними рисами є честолюбність, постійна поспішність і дефіцит часу, зосередження на життєвих обмеженнях, заборонах, надмірна втома. З психосоціальних чинників суттєва роль належить соціально-економічним та ситуаційно-стресовим негараздам.

У таких людей виникають стенокардія, аритмія, коронароспазми з атиповими загрудинними болями, тахікардією, задишкою на фоні поглибленої тривоги, панічних розладів. При інфаркті міокарда з'являється тривога, а пізніше – безсоння, втома, іпохондричність.

Виникнення деяких форм гіпертонії також залежить від впливу психічних факторів. Підвищений кров'яний тиск призводить з часом до важких судинних порушень з небезпекою виникнення інсульту, інфаркту міокарда і захворювання нирок, унаслідок яких виникає вторинне підвищення кров'яного тиску, яке в подальшому стабілізується. Важливо зауважити, що функція нирок може при цьому небезпечно порушитись. У деяких хворих з підвищеним тиском вдається домогтися зниження його рівня за допомогою психотерапії. Правда, дуже часто використовувати її буває запізно, якщо підвищений кров'яний тиск набув стійкого характеру через порушення роботи нирок. У цій ситуації психотерапія може сприятливо впливати на те, як

пацієнт живе і вправляється з уже існуючою хворобою. Психотерапевт може також допомогти переконати пацієнта в необхідності регулярного прийому лікарських препаратів.

Хронічне ревматоїдне запалення суглобів (артрит) - виявляють вплив такі психічно напружені ситуації, як кризи в міжособистісних взаєминах, дистрес, депресія, гнівливість. Патогенетично ревматоїдний артрит – це автоімунне захворювання. Сьогодні можна вважати доведеним, що психічні фактори впливають на імунну систему. Так, біль посилюється, коли загальний настрій погіршується. І, навпаки, загальний психічний стан може покращуватись, коли слабшають болі.

Хронічна екзема (нейродерміт) – це спадкове захворювання, яке у формі так званих молочних струпів часто зустрічається уже в грудних дітей. Проте питання, чи беруть участь у виникненні нейродерміту психічні фактори, досі вважається спірним. Більш вірогідно, що зміни на шкірі дитини впливають на те, як поводиться мама з цією дитиною. Це вторинно призводить до появи психічних змін, які, в свою чергу, можуть впливати на перебіг захворювання. Правда, спостерігаються також випадки хронічної екземи, при яких захворювання вперше проявляється значно пізніше, у дорослому віці. Психотерапія, як правило, хоч і може сприятливо впливати на перебіг хвороби, проте саме захворювання при цьому повністю не виліковує. Деколи вдається перевести хворобу назад в прихований (латентний) стан, при якому в пацієнта зникають шкірні прояви. Проте пізніше вони можуть знову проявлятися. Способи лікування хронічної екземи, які б унеможливили повернення симптомів, до цього часу невідомі.

Нервові хвороби. В клініці нервових хвороб найпоширенішою є психогенна гіперестезія. Вона проявляється підвищеною чутливістю шкіри, загостренням слухових, зорових, нюхових, смакових відчуттів, що доходять до “больової гіперпатії” або навпаки - зниження чутливості до аналогічних подразників, аж до повної анестезії (при істерії). Гіперестезія може поєднуватись з психогенною невралгією і міалгією, а при локалізації її в лівому міжребер’ї часто призводить до іпохондричної фіксації – кардіофобії, онкофобії, які відзначаються “блукаючим” характером, що свідчить проти органічної природи

відчуттів, або вказують на “масковану” депресію. Афективні розлади лежать в основі психогенних дискінезій: м’язевого спазму кисті руки (при писанні), спазму у музикантів (піаністів, скрипалів і т.д.), доярок, литкових м’язів у балерин, кривошиї та ін.

Акушерство і гінекологія. У першому і третьому триместрах у вагітних спостерігаються психогенні страхи перед пологами. Депресія може стати першопричиною викиднів. Бажана вагітність набуває “зовнішніх ознак вагітності” у безплідних істеричних осіб при реальній відсутності її.

Передменструальний синдром (дратівливість, тривога, депресія), (болючість молочних залоз, дискомфорт) з’являються за декілька діб до менструації, а після її початку зникають. У перші дні після пологів у багатьох жінок з’являється надмірна емоційна лабільність (від пригніченого до депресивного настрою, напруження, дратівливість), а через 10-12 днів у породіль може бути післяпологовий психоз, який схожий за клінікою і перебігом на ендогенні захворювання (МДП, шизофренія, психоорганічний розлад) або ж є їх початком. Інколи буває агресія до новонароджених, або байдужість та суїцидальні наміри.

Ступінь вияву і тривалості психоемоційних відхилень залежить від таких факторів:

1) гострого або повільного початку соматичного захворювання;

2) локалізації соматичної патології (захворювання серця, судин, легень, шлунка);

3) віку хворого;

4) фізичного і психічного здоров’я перед захворюванням;

5) особливостей особистості хворого (рівня інтелектуального розвитку, освіченості, загальної культури, виховання, моральності, особливостей темпераменту і характеру);

6) від елементарної медичної грамотності;

7) від своєчасної і кваліфікованої медичної допомоги [21].

1.6. Стресові розлади як вид психосоматичних захворювань

Психогенні захворювання – це збірна група психічних розладів, що виникають у результаті дії зовнішніх психогенних чинників, які опосередковано або прямо впливають на діяльність головного мозку, що в свою чергу призводить до психічного захворювання непсихотичного рівня [25].

Згідно зі статистикою ВООЗ протягом останніх років в розвинутих країнах Америки і Європи спостерігається своєрідна епідемія захворювань, викликаних, головним чином, несприятливими для людини формами емоційного напруження, так званими емоційними стресами. Передусім, це психосоматичні захворювання та неврози. Доведено, що стреси сприяють розвитку будь-якої патології - від карієсу і атрофії ясен до злоякісних пухлин.

Згідно з даними Національної ради здоров'я та добробуту Швеції, однієї з найбільш індустрійно розвинених і багатих країн Європи з високим рівнем соціального захисту, кожен третій дорослий страждає від недомагання, порушення сну, втоми, депресії або тривожності; у кожної третьої чотирирічної дитини мають місце симптоми соціального неблагополуччя (надмірна агресивність, нічні кошмари, енурез тощо); кожен десятий страждає алкоголізмом; дві тисячі людей в рік покінчують з собою, а двадцять тисяч здійснюють спробу самогубства (при населенні 8,3 млн).

Згідно з даними Президентської комісії з психічного здоров'я США, майже 15 % населення цієї країни потребує відновлення психічного здоров'я; 5-15 % дітей віком від 5 до 15 років мають стресогенні порушення поведінки або затримку психічного розвитку; приблизно 10 млн. американців зловживають спиртними напоями, а кожен четвертий страждає від депресії, тривожності та емоційного дискомфорту.

Структура захворюваності на психічні розлади в Україні характеризується неухильним зростанням розповсюдження захворювань на непсихотичні розлади, серед яких переважають невротичні, соматоформні та стресові розлади. За даними ВООЗ, до 10 млн українців (кожний 4-й) можуть страждати від розладів психічного

здоров'я через війну. Йдеться про психічні розлади – від тривоги до посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

Г. Сельє визначив **стрес** як неспецифічну реакцію організму на будь-яку вимогу, що надійшла до нього. На його думку, відповідь на стрес минає такі стадії: реакція тривоги (alarm reaction), спротив або адаптація (resistance/adaptation) і виснаження (exhaustion) [46].

Стресогенними чинниками, або стресорами, можуть бути фізичні, хімічні, біологічні, соціальні й психологічні впливи. "Причиною стресу в рівній мірі може бути і болючий копняк і пристрасний поцілунок". Патогенетична роль стресорів неоднозначна. В звичайних умовах реакція організму на стресор має адаптаційно-пристосувальний характер, що є універсальним фізіологічним механізмом взаємодії системи організм – оточення: має позитивне значення, підтримує функціональний тонус організму та запобігає детренованості. Хворобливого характеру стресори набувають за неадекватної реакції на них – дистреси, які негативно впливають на організм.

Дистрес розвивається за умови надмірної тривалості дії стресора, або його інтенсивності, спричиняє вплив на психічну сферу людини, а за перевищення адаптаційних можливостей ЦНС призводить до психічних розладів. Найбільш вразливі до стресорів акцентуйовані, інфантильні та психопатичні особистості [47].

У виникненні психогенних захворювань провідну роль відіграють два основних компоненти: психотравмівний чинник (сила і тривалість) та особистість, яка зазнає його впливу (індивідуальний бар'єр адаптації). Саме ці чинники визначають здоров'я чи хворобливий стан.

Серед основних ***психогенних чинників*** є: 1) психічна травма; 2) емоційна напруга; 3) емоційний стрес.

Психотравмівні чинники діляться на три групи:

1) раптові (масивні, катастрофічні), що мають загальносоціальне значення. Це природні, транспортні і техногенні катастрофи, соціальні зміни, війни тощо;

2) гострі ситуаційні, що мають конкретне особисте значення, це втрата соціальних, матеріальних гараздів, трагічні випадки тощо;

3) хронічні ситуаційні чинники відносно малої інтенсивності, які діють тривалий період або постійно (родинні, побутові, виробничі тощо).

Всі вони зачіпають сферу найзначніших стосунків особистості (у 50 % випадків торкаються сімейно-побутового життя, у 20 % - це неприємності на роботі, у 30 % - змішані проблеми).

Загальні закономірності клінічних проявів психогенних захворювань дав К. Ясперс (1923 р) у вигляді тріади:

- захворювання розвивається внаслідок психотравм та збігається у часі початку захворювання;

- зміст психопатологічної симптоматики відображає зміст психотравмівного чинника;

- регрес психопатологічної симптоматики залежить від завершення психотравмівної ситуації (дезактуалізації психотравми).

Порушення в психічній сфері поділяють на:

- психогенні реакції в межах фізіологічної норми;

- неадекватні реакції на певний вплив, вони більш тривалі та інтенсивні.

Тривалість реакції - від кількох годин до кількох діб і повністю зникає при припиненні дії чинника.

За кілінічними проявами такі реакції поділяють на:

- непсихотичні – невротичні, неврозоподібні, психопатичні, психопатоподібні. Вони критично осмислюються;

- психотичні – параноїдні, галюцинаторні, присмеркові, афективні, психомоторні. Критична осмисленість – часткова.

За перебігом невротичні розлади поділяють на:

- невротичні реакції;

- стійкі невротичні стани;

- невротичний розвиток особистості.

На сьогодні загальновизнаною є теорія поліфакторності етіології (багаторівневий підхід) пов’язаних із стресом розладів. Виділяють *фактори:*

- біогенні (спадкові, преморбідні та інтеркурентні захворювання, компенсаторно-адаптаційні можливості);

- психологічні (конституційно-типологічні акцентуації особистості, екзогенно-психотравмівні);

- соціальні (макро- і мікросоціальні, професійний статус, міжперсональні та сімейні взаємостосунки).

Визнається системно-рівневий патогенез психогенних захворювань:

- нейрофізіологічний рівень (тип ЦНС та стан нейроінтегральних систем, відповідальних за регуляторні, адаптивні, мотиваційні й активаційні функції);

- нейрохімічний рівень (дисбаланс катехоламінів);

- психофізіологічний рівень (центральні емоційно-вегетативні регуляторні системи підкіркового рівня, периферичні, соматовегетативні корелянти);

- патопсихологічний рівень (виникнення психологічного конфлікту, який особистість не здатна залагодити.

Розлади, пов'язані зі стресом (психогенні розлади), поділяються на 3 групи:

1. Непсихотичні порушення психіки (неврози).
2. Психічні розлади, пов'язані зі стресом.
3. Соматоформні розлади [42].

Невротичні розлади

Неврози - це порушення вищої нервової діяльності й нейровегетативних функцій, що розвиваються переважно в емоційній сфері, під впливом психічних травм або тривалого емоційного напруження, коли зміни мислення і загальної поведінки спричинені станом афекту [27].

Зрив вищої нервової діяльності виникає внаслідок того що змінюється стан і взаємозв'язок між основними нервовими процесами, а саме між їх силою і рухливістю, якщо до них ставлять надто високі вимоги. На неврози здебільшого хворіють особи з меланхолічним і холеричним темпераментом, тоді як при сангвінічному і флегматичному темпераменті зриви спостерігаються рідко. Розвитку неврозів сприяють соціальні умови, соматичний і психічний стан у момент психотравми, загальна перевтома.

Для всіх видів неврозів характерні:

1. Розлади самоконтролю: дискомфорт, головний біль, відчуття розбитості (особливо після сну), підвищена втомлюваність, зниження працездатності, знесилення.

2. Емоційні розлади: лабільність настрою, сенситивність, подразливість, схильність до депресивних реакцій, страхів і настирливих побоювань, бурхливі афективні спалахи з подальшим виснаженням, неадекватність емоційної реакції силі подразника.

3. Розлади ефекторно-вольової сфери і потягів: порушення апетиту і сексуальної функції, настирливі потяги і дії, недостатній контроль за поведінкою.

4. Розлади інших психічних функцій:

4.1. Уваги (підвищене виснаження, розсіяність, відволікання або прикованість до неприємних відчуттів);

4.2. Пам'яті (забудькуватість, затруднення при запам'ятовуванні і відтворенні інформації);

4.3. Мислення (настирливі думки, афективне мислення, концентрація думок навколо своєї хвороби);

4.4. Відчуття і сприймання (гіпер-, гіпо- і анестезії, парестезії, сенестопатії, неприємні відчуття в органах і частинах тіла з розладами їх діяльності, функціональна сліпота, глухота);

4.5. Свідомості і самосвідомості (афективне звуження свідомості при психотравмуючих обставинах).

5. Соматовегетативні розлади: гіпергідроз, припливи жару, посилений дермографізм, тахікардія, лабільність пульсу і артеріального тиску, запори, нудота, почащення сечовипускання, енурез, задуха, функціональні парези і паралічі, заїкання, тремор тіла тощо.

Основними *різновидами неврозів* є: неврастенія, невроз нав'язливих (настирливих) станів та істерія. Розвиток певного виду неврозу значною мірою залежить від типу вищої нервової діяльності. У людей з художнім типом, в яких перша сигнальна система (підкіркові процеси) переважає над другою (кора великого мозку), здебільшого розвивається істеричний невроз. До неврозу нав'язливих станів схильні особи з розумовим типом вищої нервової діяльності, в яких

друга сигнальна система превалює над першою. Більшості людей властивий змішаний тип нервових процесів, найчастіше у них та у осіб з преморбідно-астеноневротичним типом акцентуації розвивається неврастенія.

Неврастенія характеризується наявністю різноманітної симптоматики: соматичної, неврологічної, психопатологічної. Соматична симптоматика не пов'язана з яким-небудь захворюванням внутрішніх органів, проте часто така виразна, що змушує хворого постійно звертатися до лікарів.

Вегетативні розлади спостерігаються в сферах серцево-судинної системи: тахікардія, іноді сповільнення пульсу, відчуття болю, завмирання або стискання в ділянці серця, гіпо-гіпертензії тощо. Частими є порушення діяльності органів травлення: зниження або "примхи" апетиту, голод, нудота, розлади випорожнень. Іноді спостерігається почащення сечовипускання без збільшення діурезу. У жінок можуть з'явитися ті чи інші відхилення в менструальному циклі, у чоловіків - явища імпотенції, які проявляються різними формами порушення статевого потягу та ерекції.

Із загальних симптомів можна виділити гіперестезію до зовнішніх подразників (світла, звуку тощо) і погане самопочуття, яке хворим іноді важко описати. Виникають також відчуття важкості в голові ("мутна голова"), головний біль, що обперізує голову (шолом неврастеніка) і підсилюється при натисканні на шкіру голови в поєднанні з гіперстезією волосяного покриву, іноді невизначеної локалізації, запаморочення тощо. Характерні порушення сну: хворі довго не можуть заснути, часто прокидаються, сон не досить глибокий, з неприємними сновидіннями, тому не приносить задоволення, навіть якщо тривалість його достатня. Хворі декомпенсуються у чеканні кожної ночі, яка не приносить відпочинку (емоційна напруга у чеканні безсоння).

Неврологічний статус характеризується підвищенням сухожилкових рефлексів, тремором витягнутих рук, сильною пітливістю та іншими ознаками подразнення вегетативної нервової системи.

Психопатологічна симптоматика неврастенії добре визначається терміном "дратівлива слабкість". Характерними є поганий настрій та емоційна лабільність, яка, на відміну від такої при істерії, поєднується із швидким виснаженням нервових процесів. Емоційні "вибухи" виникають легко і нерідко з незначного приводу. Після цього хворий розкаюється у своїй поведінці, ніяковіє. Типовою є також схильність до плаксивості, навіть у чоловіків. Працездатність, насамперед розумова, знижена, однак нерідко хворий під впливом тонізуючих психічних чинників може "зібратися" і виконати належний обсяг роботи. При неврастенії немає якісних інтелектуальних порушень. Хворі скаржаться на забудькуватість, порушення запам'ятовування, особливо в повсякденному житті, і болісно переживають це. Такі розлади є наслідком порушення уваги, слабкості її концентрації і минають без сліду. Загальна поведінка хворих неврівноважена, зокрема під час спілкування з людьми, що пов'язано з емоційною нестійкістю.

Розрізняють дві форми неврастенії: гіпер- і гіпостенічну. При гіперстенічній формі переважають симптоми дратівливої слабкості, втомлювальність при розумовій праці, зниження працездатності. При гіпостенічній - явища астенізації нервової системи (загальна і фізична слабість, млявість, непереносимість будь-яких подразників і навантажень, зниження загального життєвого тонусу, виснаження після мінімальних зусиль, які супроводжуються болями у м'язах і неможливістю розслабитися). При обох типах, як правило, спостерігаються й інші неприємні фізичні відчуття. Звичайно є також заклопотаність з приводу розумової і фізичної недостатності, роздратування, втратою почуття радості і насолоди тощо.

Невроз нав'язливості – це хворобливий стан невротичного рівня, який характеризується перевагою в клінічній картині настирливих думок, спогадів, сумнівів, страхів, дій, що виникають всупереч бажанням хворого, але з усвідомленням їхньої хворобливості і з критичним ставленням до них.

Незважаючи на розуміння неприродності, алогічності цих проявів хворі не можуть подолати їх в своїх спробах.

Обсесії (думки, ідеї, образи) і компульсії (дії), або обидва синдроми разом, мають такі загальні ознаки:

- хворий усвідомлює їх як хворобливі, що виникли в його власній свідомості, а не пов'язані зовні з будь-якими сторонніми особами або силами;

- нав'язливості багаторазово повторюються, оцінюються як безглузді і неприємні для хворого;

- пацієнт пробує протистояти їм, хоча й безуспішно, протистояння з часом слабшає і приносить лише короткочасне послаблення емоційного напруження і тривоги;

- обсесії або компульсії викликають дистрес, заважають соціальному та індивідуальному функціонуванню хворого за рахунок марної втрати часу;

- обсесії або конвульсії не є наслідком інших психічних захворювань (шизофренії, афективних розладів) та завжди психогенні за походженням.

Нав'язливі сумніви – це невпевненість у правильності здійснюваних або здійснених дій, що настирливо виникає всупереч логічним доказам. Наприклад, хворий сумнівається в тому, чи правильно написаний документ, чи вимкнуті електроприлади тощо, незважаючи на неодноразову перевірку ним виконаної дії, сумніви не зникають, а викликають психологічний дискомфорт.

Нав'язливі спогади - це надокучливі спогади про сумну, неприємну або ганебну для хворого подію всупереч намаганням про неї не думати.

Нав'язливі уявлення - це поява неправдоподібних уявлень, які хворий сприймає за реальність попри їхню абсурдність. Наприклад, хворий переконаний, що відчуває страждання "уявно померлого" в могилі, як ніби похований родич був живий, „спостерігає" власну похоронну церемонію, при цьому все уявляє і болісно переживає.

Нав'язливі потяги (схильності) - це потяги здійснити якусь вкрай небажану дію, яка супроводжується почуттям жаху й паніки через неможливість звільнитися від таких потягів. Хворого охоплює бажання кинутися під поїзд або штовхнути під нього близьку людину, вбити жорстоким чином свою дитину чи дружину, причому він відчуває

нестерпний страх від того, що такі думки виникають (контрастні потяги), що та чи інша дія буде реалізована.

Нав'язливі почуття антипатії – це нічим не обумовлена неприязнь, відраза хворого до конкретної знайомої, або близької людини, цинічні, огудні думки та уявлення стосовно поважних осіб, а у релігійних пацієнтів - стосовно святих та служителів церкви.

Нав'язливі страхи (фобії) - це нав'язлива і безглузда боязнь висоти, великих вулиць, відкритих або обмежених просторів, скупчення людей, страх захворіти на невиліковну хворобу (нозофобія – кардіофобія, СНІДофобія, онкофобія) або несподівано померти. Нерідко вони супроводжуються ритуалами - одноманітними діями із заклинаннями. Такі дії хворі виконують із метою захисту від нещастя всупереч критичному ставленню до них. Наприклад, обминаючи арку, замість того, щоб іти під нею, хворий нібито захищає близьких від лиха; розпочинаючи якусь справу, хворий повинен двічі ляснути пальцями або вимовити "заповітне" слово (для того, щоб унеможливити невдачу).

Специфічні ізольовані фобії – це нав'язливі страхи, які обмежені конкретними об'єктами та ситуаціями (побоювання висоти, тварин, мишей, тарганів тощо). Пацієнти намагаються уникати тих конкретних ситуацій, які викликають страх і відповідно не мають тривоги й занепокоєння. Складнішою є ситуація при соціофобії (страх виступити перед аудиторією, почервоніти при спілкуванні, людних місць). Побороти тривогу важко, оскільки вона виникає завжди в присутності людей. Нав'язливі страхи нерідко супроводжуються розвитком ритуалів з метою захисту від того чи іншого очікуваного нещастя або неуспіху. Ритуали, поєднані з нав'язливостями, є достатньо стабільною системою і існують багаторічно. Поява первинної фобії може призвести до розвитку вторинних і третинних фобій.

Нав'язливі дії - це рухи, які хворий робить всупереч своєму бажанню, незважаючи на зусилля утриматись від їх виконання. Одні з нав'язливих дій заповнюють його думки доти, доки не будуть реалізовані, інші не помічаються ним. Для того, щоб утриматись від нав'язливих дій, хворий повинен невідступно стежити за собою, хоча

для нього це дуже обтяжливо, особливо коли вони стають об'єктом уваги оточення.

Контрасні нав'язливості („агресивні обсесії") – огудні думки, страх завдати собі або оточуючим шкоду, вони образні з яскраво вираженою афективною насиченістю і уявленнями, які опановують свідомістю хворого. Характерним є почуття чужості, абсолютної немотивованості змісту, поєднання з нав'язливими потягами та діями. Це можуть бути нездоланна наполегливість додати до почутих реплік закінчення, які надають сказаному неприємний та загрозливий зміст, вигукнути слова та фрази (нецензурного змісту), які суперечать власним настановам та загальноприйнятій моралі, страх гострих предметів, страх збожеволіти, нав'язливості сексуального змісту (недозволених уявлень про сексуальні перверзії, об'єктами яких є їхні діти, тварини, представники тієї ж статі.

Нав'язливі моносимптоми моторних дій – це кліпання очима, трясіння головою, жести руки (ніби поправляючи волосся на голові) тощо.

Особливості розвитку нав'язливого неврозу

Перша стадія – нав'язливі страхи виникають тільки під час безпосереднього впливу психотравмуючого подразника. Пацієнт активно спрямовує свою увагу і сили на уникнення психотравмуючого подразника, логічно переконує себе.

Друга стадія – нав'язливі страхи виникають також і у випадках очікування зустрічі з психотравмуючою ситуацією. Страхи поєднуються з нав'язливими думками, спогадами, уявленнями. Переважає наполегливе бажання хворих не зустрічатися з психотравмуючими факторами. Використовуються пасивні форми боротьби за допомгою переключення уваги або використання ритуалів, задіяння до захисних сил близьких осіб.

Третя стадія – нав'язливості виникають навіть під впливом одних лише уявлень про можливу зустріч з психотравмуючими обставинами, з'являються нав'язливі сумніви та контрастні нав'язливості. Використовується пасивна боротьба і захисні ритуали.

Істеричні розлади – це симптомокомплекс психічних, вегетативних, рухових і сенсорних порушень, що існують ізольовано

або в сполученні одне з одним, виникають у зв'язку з психічною травмою і характеризуються відходом від неприємної ситуації у хворобу.

Поява істеричних розладів співпадає у часі зі стресовими подіями, проблемами або потребами, що не вирішуються або обумовлені порушеними стосунками, а соматоневрологічні – проявляються на фоні загальних критеріїв істеричних розладів при відсутності об'єктивних фізичних порушень, тобто є психогенними за походженнями.

Дисоціативні (конверсійні) розлади є індивідуальними засобами подолання стресу, який неможливо перенести інакше (несвідома мотивація, вторинна вигода) тобто має захисний для хворого характер відповідно до конкретної психотравмуючої ситуації, оскільки дають змогу позбутися якогось іншого важкого переживання. Через це істерію можна розглядати як своєрідне фізіологічне захисне явище, що виникає під впливом стресорів у особистості, для якої характерно:

- самодраматизація, театральність, легка емоційна вразливість і їх лабільність;
- егоцентричність, постійне прагнення до неадекватної звабливості у зовнішньому вигляді і поводженні, заклопотанність фізичною привабливістю;
- постійне бажання бути визнаним і знаходитись у центрі уваги;
- схильність легко підпадати під вплив інших людей або обставин (легка навіюваність);
- постійне потурання самому собі і маніпулятивна поведінка.

Клінічна картина хвороби характеризується значною лабільністю емоцій і переходом психічного компонента в соматоневрологічний. Це єдина форма неврозу, при якій можливі якісні зміни свідомості. Практично всі симптоми істерії мають захисний для хворого характер відповідно до конкретної психотравмуючої ситуації.

Емоційна лабільність при істерії проявляється різкою зміною емоцій, нестійкістю їх, однак, на відміну від неврастенії, вони дуже потужні, майже невичерпні, незважаючи на бурхливі прояви. Хворий, який голосив, плакав, поринав у відчай, часто без особливих зусиль заспокоюється, крім того, до нього досить легко може повернутись

добрий настрій. Така лабільність емоцій може призвести до нестійкості у бажаннях, намірах, поведінці, симпатіях і антипатіях.

Значні сила і лабільність емоцій можуть іноді зумовлювати порушення свідомості за типом сновидно затьмареної (істеричний делірій) і хворобливо звуженої (істеричний запаморочливий стан). Запаморочливий стан при істерії являє собою чистий тип хворобливо звуженої свідомості без оглушення та інших ознак її порушення.

Із соматичних симптомів спостерігають тахікардію, задишку, відчуття завмирання серця, стан, що нагадує непритомність, часте сечовипускання, порушення апетиту, блювання, нудоту, пронос, у жінок - розлади менструального циклу.

Класифікація дисоціативних розладів:

1. Дисоціативна амнезія
2. Дисоціативна фуга
3. Дисоціативний ступор
4. Дисоціативні трансі та стани оволодіння
5. Дисоціативні розлади руху
6. Дисоціативні судоми
7. Дисоціативна втрата чутливого сприйняття

Дисоціативна амнезія – часткова або повна втрата пам'яті на недавні події чи проблеми, що були або на даний час залишаються стресовими. Амнезія ретроградна, стійка, хоч її глибина і поширеність може змінюватись, не супроводжується затьмаренням свідомості та симптомами інших захворювань. Перебігає на фоні загальних симптомів істерії.

Дисоціативна фуга – неочікуване або організоване залишення місця перебування чи від'їзд із зовні збереженою поведінкою та наступною амнезією епізоду, на фоні загальних критеріїв дисоціативних розладів.

Дисоціативний ступор – гостре послаблення або відсутність довільних рухів та мови із збереженням м'язового тонусу, статичної пози, дихання, реакції на світло, шум і дотики.

Трансі та стани оволодіння

Трансі – тимчасові зміни почуття особистої ідентичності та звуження усвідомлення безпосереднього оточення або вузька і

вибіркова концентрація уваги на стимулах оточення з обмеженням рухів, мови і поз.

Стан оволодіння – переконання хворого, що в нього вселився дух, сила, божество або інша особистість при відсутності розладів пов'язаних з іншими захворюваннями (шизофренія, афективні розлади, психопатії, епілепсії, інтоксикації психоактивними речовинами) або трансами релігійно і культурально прийнятими ситуаціями.

Дисоціативна втрата чутливого сприйняття – часткова або повна втрата деяких видів шкірної чутливості ділянки або всього тіла до дотику, уколу, вібрації, температури, або втрата зору, слуху, нюху тощо.

Неврологічні симптоми істерії дуже різноманітні. Їх поділяють на явища подразнення і явища випадання в руховій та чутливій сферах, а також у ділянці різних аналізаторів. Явища подразнення в чутливій сфері й у ділянці аналізаторів характеризуються різким підвищенням чутливості до всіляких подразників (гіперестезія до світла, звуків, дотику, больового подразнення тощо), у рефлекторній сфері - підвищенням рефлексів із розширенням їх зони, в руховій сфері - тіками, сіпанням, тремором, хореїформними та іншими рухами. До явищ випадання належать істеричні сліпота, глухота, глухонімота.

Дисоціативні судоми – раптові і несподівані спастичні рухи, що нагадують епілептичні судоми, але без втрати свідомості, прикушування язика, ушкодження внаслідок падіння та мимовільного сечовипускання.

Медичні працівники, які працюють в дитячих закладах (дитячі відділення лікарень, дитячі дошкільні заклади, школи, літні табори відпочинку і т.п.) нерідко зустрічаються з таким непсихотичним розладом психіки, який, згідно з МКХ-10, називається *"тривожний розлад у зв'язку з розлукою в дитячому віці".*

Для немовлят і дітей дошкільного віку є нормальною поява певного ступеня тривоги у зв'язку з реальною або загрожуючою розлукою з людьми, до яких вони прихильні. Цей розлад вважають патологічним лише тоді, коли тривога сягає ступеня, який виходить за межі звичайних проявів і створює значні проблеми в плані соціального

функціонування дитини, та її сім'ї і дитячого закладу, де перебуває ця дитина.

Такі тривожні розлади можуть набувати форми:

- нереального неспокою, який поглинає всі емоції, помисли й уявлення дитини, думок про те, що її розлучають із близькими людьми, загублять, вкрадуть, навічно залишають у стаціонарі, вб'ють;

- впертого небажання йти до дитячого дошкільного закладу або школи через страх розлуки, а не через інші причини, наприклад, низьку успішність або погане ставлення з боку ровесників;

- впертого небажання або відмови спати без особи, до якої дитина відчуває велику прихильність, неадекватного страху самотності або страху залишитись самій удома, нічних жахів, які часто повторюються;

- рецидивної появи соматичних і вегетативних симптомів (нудоти, болю в животі, блювання, проносу, головного болю тощо) при розлуці з особою, до якої дитина відчуває надмірну прихильність (коли потрібно йти до дитячого дошкільного закладу, школи тощо);

- повторних надмірних емоційних дистресів, що проявляються тривогою, плачем, подразливістю, стражданнями, апатією або соціальною аутизацією при передчутті під час або відразу після розлуки з особою, до якої дитина відчуває прихильність.

Нерідко в маніпуляційних кабінетах мають місце психогенні знепритомнення, які називають специфічними невротичними розладами. Ці непсихотичні розлади психіки досить часто спостерігаються у молодих чоловіків під час забору венозної крові для аналізів або внутрішньовенних ін'єкцій.

Психічні розлади, пов'язані із стресом. Реактивні та постстресові розлади

Реактивні розлади - це патологічні реакції психотичного рівня на психічні травми або несприятливі ситуації, що викликають страх, тривогу, образу, тугу чи інші негативні емоції. В класифікації хвороб вони мають назву "Реакції на сильний стрес і порушення адаптації" [42].

Вирішальне значення для розвитку реактивних розладів мають характер і сила психічної травми, преморбідне тло. Реактивні розлади найчастіше виникають в осіб, які хворіють на психопатію, перенесли

черепно-мозкову травму, а також в ослаблених інфекційними, соматичними захворюваннями, інтоксикаціями, тривалим безсонням.

Серед реактивних розладів розрізняють:

- афективно-шокові реакції;
- реактивну депресію;
- реактивний параноїд;
- істеричні розлади;
- постстресові розлади.

Афективно-шокові психогенні реакції викликаються раптовим сильним афектом, що звичайно супроводжується страхом у зв'язку із загрозою для життя (пожежа, землетрус, повінь тощо). Клінічно ці реакції проявляються психогенним збудження і психогенним ступором. При психогенному збудженні раптово виникає хаотичне немотивоване психомоторне збудження. Хворий кидається в різні сторони, кричить, благає про допомогу. Таку поведінку спостерігають при психогенному запаморочливому стані свідомості з порушенням орієнтування і подальшою амнезією.

Реактивний ступор (психогенний) проявляється заціпенінням, що виникає раптово: людина завмирає, не може зробити жодного руху, сказати хоча б слово (мутизм). Він триває від декількох хвилин до кількох годин, інколи довше. При цьому часто розвивається виражене напруження м'язів. Хворий лежить в ембріональній позі або витягується на спині. Очні щілини, як правило, широко розкриті, міміка відображає переляк чи безмежний відчай. При згадці про психотравмуючу ситуацію хворий блідне або червоніє, вкривається потом, у нього з'являється тахікардія. Цей стан закінчується сном і амнезією. Психомоторна загальмованість може не досягати ступеня ступору. В цих випадках хворі частково контактують з людьми, хоча відповідають коротко, розтягуючи слова. Рухи скуті, повільні. Свідомість звужена або є оглушення.

Рідко у відповідь на раптову і сильну психотравмуючу дію настає так званий емоційний параліч - тривала апатія з байдужим ставленням до загрозливої ситуації і навколишнього середовища.

Затяжні психогенні розлади проявляються реактивною депресією та реактивним параноїдом.

Реактивна депресія (психогенна). Смерть близької людини, тяжкі життєві невдачі здатні викликати реакцію депресії. В цьому стані хворі пригнічені, вираз обличчя в них скорботний, хода повільна, можуть тривалий час сидіти в одноманітній позі з опущеною головою або лежати, підібравши ноги, байдужі до всього, спілкуються мало і неохоче. Переживання сконцентровані навколо обставин, які пов'язані з психічною травмою. Думки про неприємну подію невідступні, деталізуються, стають надцінними, а інколи трансформуються в маячення. Психомоторна загальмованість часом сягає рівня депресивного ступору. Коли до туги приєднується тривога, страх або гнівливість, може розвинутись психомоторне збудження: хворі голосно плачуть, заламують руки, б'ються головою об стіну, роблять спроби самогубства. Психоз проходить через певний час після вирішення психотравмуючої ситуації або після примирення з її наслідками. При розвитку реактивної депресії хворого повинен оглянути лікар-психіатр, щоб госпіталізувати його в психіатричну лікарню для запобігання самогубству й організації належного лікування.

Реактивний параноїд (психогенний) – це патологічна реакція психотичного рівня на психічну травму чи несприятливу ситуацію у вигляді маячного синдрому.

Клінічно він може проявитись різноманітними симптомами. В одних випадках виникають маячні ідеї переслідування, стосунків, впливу при вираженому страху і розгубленості. При цьому зміст маячних ідей, як правило, відображає психотравмуючу ситуацію. Навколишнє середовище піддається маячній інтерпретації, набуває особливого значення. В інших випадках, крім маячних ідей, у хворих виникають слухові галюцинації такого самого змісту. Поведінка хворих визначається не реальним оцінюванням дійсності, а їх маячними переконаннями.

Виділяють і деякі атипові форми реактивного параноїду.

В осіб, які страждають на психопатію, під впливом психотравми може виникнути кверулянтне (сутяжне) маячення. Такі хворі схильні активно боротися з усілякими, здебільшого уявними, недоліками, пишуть у різні інстанції скарги, протести, вимоги, з великою підозрою ставляться до всіх, кого ця "справа" прямо чи опосередковано

стосується. У людей із поганим слухом може розвинутись маячення переслідування приглухлих. У них виникає стійка тривожна підозріливість, ідеї стосунків, переслідування. Такі розлади можливі й у тому випадку, коли людина потрапляє в іншомовне оточення і незнання чужої мови створює їй труднощі в спілкуванні. Тривалість реактивного параноїду найчастіше обмежується днями, але інколи психоз затягується на місяці.

Посттравматичний стресовий розлад

Екстремальні ситуації негативно впливають на стан психічного здоров'я через ураження не тільки специфічними екологічними чинниками (фізичні, хімічні, біологічні, соціальні), але й супутніми психогеннотравмуючими обставинами. До них належать:

- безпосередня загроза життю або здоров'ю;
- опосередкований вплив подібної загрози внаслідок чекання її реалізації;
- сексуальне або фізичне насилля;
- участь у воєнних операціях;
- тероризм або його чекання;
- ситуації депривації (емоційної, соціальної, сенсорної, рухової тощо), зумовлені зміною умов життя, розлукою з близькими, втратою роботи, можливості навчання, зміною місця проживання, хронічним болем, втратою фізіологічних функцій.

Патогенність ситуацій-стресорів визначається: раптовістю виникнення, інтенсивністю, тривалістю, значущістю для конкретної особи. Мають значення також конституційно-типологічні властивості особистості (інфантильність, акцентуйованість, психопатичність), соматоневрологічне обтяження та неадекватність механізмів психологічного захисту в ситуації.

Психогенні розлади при цих ситуаційних стресорах, як вже відмічалось в попередньому розділі, проявляються психогенними реакціми, невротичними станами, невротичними і психопатичними розвитками та психогенними психозами, які проявляються :

1) гострими (афективно-шокові реакції, ступор, психомоторне збудження, сплутаність, істеричні стани), як відставлені або затяжні реакції на стрес;

2) підгострими (переважно знижується інтенсивність реакцій першого періоду, але у декого переходять в невротичні (неспецифічні-маніакальні, тривожно-фобічні, астенічні, депресивні, іпохондричні, істеричні) стани;

3) посттравматичний – виникає після завершення дії стресора – відбувається складне емоційне і розумове переосмислення пережитої ситуації, посилюються гіркота втрат, різноманітні страхи, тематично пов'язані з екстремальною ситуацією та нав'язливі спогади пережитого, які стають центральними в житті людини, змінюють спосіб її життя та соціального функціонування, а тому набуває медико-соціального значення.

Посттравматичний стресовий розлад – це затяжна реакція на стресогенну ситуацію виняткового загрозливого або катастрофічного характеру, яка може зумовити дистрес у будь-якої людини [36].

Термін ввели у 1980 р. M. Hozowitz з співавторами, згодом його введено в діагностичну категорію МКХ-10. Синдром було визначено на основі аналізу переживань у вояків після війни у В'єтнамі, аналогічні спостереження описувались на основі обстеження вояків 1-ої світової війни, атомного бомбардування в Хіросімі (O.I.Liston 1967).

Симптоми посттравматичного стресового розладу:

- спалахи яскравих спогадів, ніби людина заново переживає ситуацію;
- кошмарні сни, що виникають на фоні хронічного "заціпеніння" й емоційного притуплення;
- здригання від голосного звуку або коли хтось несподівано підходить із-за спини;
- почуття пригнічення, коли щось своїм виглядом нагадує психотравму;
- відсутність реакції на оточення, нездатність виявити любов, чи мати будь-які сильні почуття (радості, насолоди – ангедонія);
- труднощі в зосередженні уваги, мислення;
- занепокоєність, настороженість, тривога або страх: враження ніби людина знову перебуває в небезпеці;
- труднощі контролю емоцій - при спогадах виникають тривога і смуток;

- страх і уникнення того, що нагадує про психотравму;

- гострі спалахи страху, паніки або агресії, що провокуються стимулами, які навіюють несподівані спогади і супроводжуються посиленням вегетативної збудливості (тремтіння, гіпергідроз, тахікардія, тощо);

- суїцидальні тенденції та зловживання психоактивними речовинами.

Посттравматичний стресовий розлад виникає після латентного періоду на третьому етапі від кількох тижнів до шести місяців. Перебіг хвилеподібний до кількох років після психотравми. У більшості випадків хворі одужують або хвороба переходить в розлад особистості з ознаками дезадаптації, що призводить до порушення міжособистісного, соціального і професійного функціонування та зниження якості життя.

Діагностичні критерії:

- ворожість або недовіра до оточуючого світу;
- соціальна відгородженість, уникаюча поведінка, відчуження;
- відчуття спустошення і безнадії;
- хронічний стан тривоги, хвилювання від постійної загрози існування “на межі”.

Як приклад, можна навести випадок посттравматичного стресового розладу, який розвинувся при загибелі корабля “Адмірал Нахімов” у жінки, на очах якої втопився її чоловік, гинули сотні інших дорослих і безпомічних дітей. Вона пережила посттравматичний стрес, який перебігав хвилеподібно з гострими періодами близько трьох років. Стан завершився одужанням, але навіть після цього тривалого періоду спогади про море викликали у неї тривогу.

Ознаки посттравматичного стресового порушення спостерігалися у 94 % жінок протягом тижня після згвалтування, а через півроку зберігалися у 47 %. На сьогодні визнано, що першочерговою причиною стресу серед дорослих є робота (39 %), на другому місці – сім’я (30 %), проблеми із здоров’ям (10 %), економічні проблеми (9 %), міжнародні конфлікти та тероризм (4 %).

Особливого занепокоєння набуває зміщення на перше місце таких стресогенних чинників, як глобалізація і пов’язані з нею масові

впливи (зміни режимів, економічні та військові сутички, наркоманізація, тероризм тощо). Так, після терористичного акту в Нью-Йорку і загибелі 2870 людей, психіатричні наслідки – посттравматичний стресовий розлад мали: безпосередньо 28-35 % , після атаки - більше 40 % жителів США, а через 5-6 тижнів їх кількість подвоїлася, порівняно з початком. Аналогічна ситуація спостерігалась після терористичного акту в Мадриді в березні 2004 р. внаслідок одночасного вибуху в чотирьох приміських поїздах (загинуло 190 і поранено 1800 чоловік), та після захоплення заручників в школі міста Беслау та теракту в театрі міста Москви і ін.

Стресогенними, мимовільними співучасниками терористів стають засоби масової інформації, які подають через аудіовізуалізовану інформацію, що швидко проникає в усі домівки і є реалістичною. Емоційна стресова хвиля жаху виникає одразу ж після сприймання зорового образу ситуації і ускладнює весь ланцюг когнітивного процесу: емоційний шок, спровокований сценами ситуації; далі співчуття жертвам та емоційна підтримка рятівників; у кінці - масовий траур. Це спричиняє у великої кількості людей стрес та чекання повторення аналогічної ситуації. Терористичні акти заздалегідь спрямовуються на психічне насильство, або загрозу його з метою викликати гострий страх або абсолютний жах у цілої популяції людей, а тому, як і багато інших стресорів сучасності, наслідком яких є психічні розлади, можна ідентифікувати як посттравматичні стресові розлади.

1.7. Діагностика психосоматичних захворювань

Основними методиками при виявленні психосоматики представляються дві моделі діагностування:

- бесіда, в ході якої психотерапевт діагностує захворювання;
- психологічні тести, що дозволяють визначити напрямок проблеми (використовується як додаткова методика).

Анамнез, виявлений у ході бесіди з пацієнтом, аналізується і вибудовується взаємозв’язок подій і симптоматики соматичного захворювання.

Точкою відліку в діагностуванні є період первинного прояву симптомів захворювання та зв'язок зі значущими для пацієнта стресовими ситуаціями, кризами, конфліктами та іншими ситуаціями, які могли спровокувати сплеск перманентних емоцій.

Наступним кроком у діагностиці психосоматичного захворювання є з'ясування психотерапевтом, наскільки сам пацієнт сприймає цей взаємозв'язок між захворюванням і ситуацією, що спровокувала його. Попередньо, спеціаліст «знайомиться» з людиною, вивчає її особистісні якості, характер, соціалізацію в різних вікових періодах, що спливає в пам'яті пацієнта в даному часі, ступінь актуальності пережитих проблем з урахуванням минулого часу.

При застосуванні тестування (комплекс методів) основними принципами є такі:

- обсяг тексту не повинен бути дуже ємним, для можливості швидкого проведення та аналізу;
- простота і зрозумілість матеріалу;
- отримана інформація в ході тестування повинна повністю відповідати на питання, пов'язані з вирішуваною проблемою;
- використання декількох методик допускається і застосовується при їх взаємозв'язку;
- результат дослідження повинен мати високий показник валідності;
- методики повинні максимально відображати (бути сприйнятливими) будь-які зміни в організмі пацієнтів [15].

Діалог пацієнта та психотерапевта, в першу чергу, орієнтований на встановлення дійсного стану пацієнта, на тривожні моменти і загальний стан його здоров'я. Залежно від психотипу, фахівець обирає тактику ведення розмови, щоб пацієнт відчував себе розкуто, і бесіда проходила у невимушеному форматі. По можливості психотерапевт намагається з'ясувати:

- як пацієнт трактує своє захворювання, якою інформацією він володіє відносно своєї недуги;
- наскільки значуще захворювання в даний період часу і як позначається на повсякденному житті;

• яку відповідальність покладає хворий на родичів, лікарів, самого себе, ще кого-небудь за своє захворювання і чи покладає взагалі;

• наскільки схожі знання про хвороби пацієнта і психотерапевтична оцінка;

• загальну картину здоров'я протягом усього життя, які захворювання були перенесені раніше, як хворий ставився до попередніх проблем зі здоров'ям;

• чи є генетична схильність до захворювань;

• чи є у пацієнта близька людина, з якою він може поділитись будь-якими емоціями, розповісти про те, що відчуває, чого боїться, чому радіє;

• чи підходить пацієнт під типові випадки або має місце унікальний «сценічний» характер;

• що більше притаманне пацієнту, експансивна або навпаки більш контрольована поведінка, наскільки продуктивна психотерапія в конкретному випадку [21].

Психотерапевт оцінює на основі міміки, жестів, постави і манери розмови, наскільки людина налаштована на бесіду та який ступінь допустимості психотерапевта в інтимні нюанси.

Вже протягом першої бесіди фахівець у змозі визначити зв'язок психосоматичних розладів, якщо які-небудь питання залишаються відкритими, або психотерапевт оцінює результат бесіди як незадовільний, і діалог проводиться вдруге. За результатами бесіди з пацієнтом обговорюються варіанти лікування. Більшість захворювань, які мають психосоматичну спрямованість, добре піддаються лікуванню, якщо пацієнт сам налаштований позбутися своєї недуги.

Діалог з психотерапевтом дозволяє людині розслабитися і вже в перші хвилини позбутися від збентеження, навіть торкаючись дуже особистих тем. Початковий психотерапевтичний ефект відбувається відразу, на першому прийомі, в той момент, коли людина «позбавляється» від своїх проблем, висловлюючи їх.

Аналізуючи і пов'язуючи в єдине ціле анамнез, соматичні обстеження і висновки, результат бесіди і тестування, фахівець разом з пацієнтом приймає рішення щодо методів лікування.

Для психотерапевта іноді найбільш важливим стає завдання донести до розуміння пацієнта, що, наприклад, при виразці шлунку необхідно «лікувати голову». Відчуваючи якусь «прихильність» до симптомів свого захворювання, людина не бачить раціональної зв'язку своїх емоцій і цих симптомів. Переконані у своїй правоті і не отримавши від фахівця підтвердження свого соматичного діагнозу, деякі хворі починають пошуки іншого психотерапевта.

Проблема в тому, що багато пацієнтів бояться навішування ярликів психічних відхилень. Міф про «пристойності» захворювань, про те, що органічні недуги не мають такого широкого засудження в соціумі, як психічні відхилення, накладає деякі обмеження і труднощі позбавлення від психосоматичних захворювань.

Поряд із діагностичною бесідою, за необхідності доповнити відомості про пацієнта і його особистісні якості, про природу його захворювання, застосовується тестування. Це стандартизована психологічна процедура, багато в чому представляє корисний інструмент для психотерапевта, але не застосовується автономно, оскільки має цінність тільки як додатковий спосіб діагностики.

Тести дозволяють зробити об'єктивну оцінку, незалежну від думки дослідника. Значна частина популярних тестів розроблена у вигляді анкет. Сукупність тестових методик дозволяє визначити відсутні відомості, такі, як особистісні конфлікти, психопатичний тип пацієнта, соціальна інверсія та інші відомості, які дозволяють знайти найбільш ефективний спосіб лікування.

Психотерапевт вирішує проблему, керуючись знаннями про пацієнта. Чим більше нюансів зможе виявити фахівець, тим результативнішим може виявитися лікування.

Особливості розвитку психосоматичних хвороб диктують і своєрідність терапевтичного втручання. Необхідно купірувати безпосередню сомато-вегетативну реакцію організму (підйом артеріального тиску, біль у серці, порушення функції органу, тілесний дискомфорт тощо). За призначенням, необхідно приєднати психотропні засоби (транквілізатори, антидепресанти, снодійні, ноотропи), які опосередковано стабілізують фізіологічні функції і безпосередньо впливають на нервову систему. Крім того, весь процес

лікування психосоматичних захворювань обов'язково має супроводжуватися курсом психотерапії, спрямованої на корекцію особистісних рис хворого, його реакції на навколишнє, розв’язання психотравмуючої ситуації, врегулювання взаємин у сім'ї, усунення дії інших стресових факторів та ін.

Нагадаємо, що усунення психічних стресорів передбачає два можливих підходи: усунення психотравмуючої ситуації або зміну ставлення особистості до цієї ситуації. У свою чергу, усунення психотравмуючої ситуації можливо також двома способами: або ситуація може бути змінена у бажаному для особистості напрямі, або особистість йде з цієї ситуації.

Найчастіше психотравмуючі ситуації виникають у міжособистісних відносинах. У цьому випадку, коли об'єктом системи протистресових заходів є окремий індивід, зміст їх повинен включати роботу з тими особами, які в тій чи іншій мірі причетні до ситуації. У повсякденному житті цими людьми найчастіше бувають члени сім'ї та співробітники.

Інший шлях усунення емоційного стресу представляє собою вихід із травмуючої ситуації, якщо її уникнення є малоефективним. Індивід нерідко не може піти з неї. Це відбувається, наприклад, при загибелі близьких людей. Іноді труднощі догляду пов'язані з подоланням моральних установок, почуття обов'язку, відповідальності. Навіть якщо пацієнту вдається це зробити, то йому в цьому випадку загрожує внутрішній конфлікт, що часом не знімає проблему емоційного стресу, а посилює її. Тому найбільш ефективним способом вирішення виниклої ситуації може бути корекція внутрішнього конфлікту з позиції відносин. За своєю суттю, таким підходом може бути патогенетична психотерапія, яка враховує зв'язок між особливостями особистості хворого і специфікою психотравмуючої ситуації. Патогенетична психотерапія дуже багатогранна і складна. Вона може бути успішною за обліку всієї глибини і своєрідності особистості хворого, розуміння якого можливо при повному контакті лікаря, психолога і пацієнта.

Найважливішим завданням психотерапевта стає виявлення хворих із різними соматичними скаргами на тлі незначних емоційних розладів. Найбільш суттєва допомога в цих випадках полягає в простій

людській підтримці, заспокоєнні і підбадьорюванні. До цього ж контингенту хворих слід віднести і тих пацієнтів, які потребують допомоги більше у відповідному вихованні, ніж у ліках, і повинні шукати зцілення в належній владі над собою.

Навіть при повній упевненості в суто психогенній природі соматичних розладів, необхідно заспокоїти хворого, подолати відчуття безвиході. Найменший натяк на недовіру, неповагу лікаря до скарг і суб'єктивних відчуттів хворого, скептичне ставлення до них призводять до втрати довіри до лікаря.

Завданнями патогенетичної психотерапії є:

1) всебічне вивчення особистості хворого;

2) виявлення етіопатогенетичних механізмів, що сприяють виникненню емоційних розладів;

3) досягнення у хворого свідомості й розуміння зв'язків між особливостями особистості і захворювання;

4) зміна ставлення хворого, корекція неадекватних реакцій і форм поведінки, досягнення зазначених цілей здійснюється методами індивідуальної та групової патогенетичної психотерапії [38].

Тільки оптимальний для конкретного пацієнта лікувальний комплекс може сприяти одужанню. Для втілення цього комплексу в життя потрібна консультація і допомога психотерапевта. Крім того, ті особи, які страждають від негативних наслідків стресу, як і при психосоматичній патології, опановують, під керівництвом психотерапевта, методи релаксації та саморегуляції, отримуючи інструменти не тільки для профілактики стресу, але й для лікування багатьох психосоматичних захворювань. І, що особливо цінно, часом це може реально бути ефективною альтернативою традиційним методам терапії зазначених розладів, там, де звичайні методи лікування виявилися безперспективними.

Отже, основним методом лікування є психотерапія. Психотерапія психосоматичних розладів повинна ґрунтуватися на таких принципах:

- загальне заспокоєння хворого (боротьба з невротизацією пацієнта),
- корекція його афективних розладів,

- побудова оптимальної з точки зору терапії внутрішньої картини хвороби,
- навіювання хворому віри в сприятливий результат терапії,
- дотримання режиму,
- посилення захисних сил організму [21].

При психосоматичних захворюваннях перевага надається різним видам невербальної психотерапії (тілесно-орієнтована терапія, гештальт-терапія, трансова терапія та ін.)

Психотерапія проводиться паралельно з медикаментозним лікуванням.

Необхідно розуміти, що лікування психосоматичних захворювань - дуже індивідуальна річ. Перш за все, необхідно переконатися, що це саме психосоматика. Зробити це може тільки досвідчений психотерапевт або ж сам пацієнт, проаналізувавши свої відчуття. При цьому необхідно пам'ятати, що психосоматика - це зовсім не симуляція або придумування проблеми, це дійсно серйозне захворювання, але лікування може трохи відрізнятися від класичного.

Якщо помічено психосоматичне захворювання у дитини чи підлітка, то це сигнал для лікування всієї родини. Адже для усунення захворювання необхідно усунути його причину, а причина найчастіше криється в несприятливій атмосфері в родині. При лікуванні дорослих людей також часто доводиться залучати членів їх сімей, радити їм змінити обстановку, роботу і навіть місце проживання.

Дуже важливо поєднувати психотерапію з правильно підібраним медикаментозним лікуванням. Часто соматична складова захворювання заходить настільки далеко, що впоратися з нею виходить тільки за допомогою ліків. А вирішити проблему з поверненням симптомів допоможе психотерапія. Тому важливо одночасно консультуватися у різних фахівців.

Обов'язковою умовою успішного купірування психосоматичних порушень служить, перш за все, встановлення повного контакту з пацієнтом. Хворий повинен мати можливість докладно розповідати про себе і свій стан ("виговоритися"), він повинен відчути, що його уважно слухають, що йому співчувають і хочуть допомогти, його розуміють. Особливого значення при цьому набуває спрямованість

психотерапії на позитивну перезарядку емоційної сфери пацієнта, можливість вселити в нього надію на успіх у проведеній терапії.

На сьогодні вже доведено високу ефективність психотерапії при лікуванні астми і алергічних захворювань, а також багатьох захворювань ШКТ. Якщо правильно поєднувати психотерапію та медикаментозне лікування, можна назавжди позбутися багатьох проблем зі здоров'ям.

1.8. Психотерапія та психопрофілактика психосоматичних розладів

Психопрофілактика – розділ загальної профілактики, в рамках якого здійснюються заходи, спрямовані на попередження виникнення психічних розладів [24].

Завданнями профілактики будь-яких захворювань і розладів, включаючи психічні, є:

1) запобігання дії на організм хвороботворних чинників;

2) попередження розвитку захворювання шляхом ранньої діагностики і лікування;

3) попереджувальне лікування і проведення заходів, що запобігають рецидивам хвороб і переходу їх у хронічні форми.

Психопрофілактичні заходи прийнято ділити на три етапи, або рівні, залежно від того, чи здорова людина, чи страждає скоро-минущими психічними розладами; або ж є чинники ризику психічного захворювання чи то навіть виявляється стійка виражена патологія психіки.

Первинна психопрофілактика – це система заходів, спрямованих на попередження виникнення психічних розладів. Вона в рівній мірі поширюється як на, власне, психічні хвороби (ендогенні), так і на розлади, пов'язані з органічною патологією головного мозку, патологією особистості і психогеніямн. До таких заходів відносяться, в першу чергу, загальнопрофілактичні (соціальні, медичні, психологічні): поліпшення екології, усунення інфекційних захворювань, гострих і особливо хронічних інтоксикацій (зокрема алкогольної та наркотичної), покращення медичної і психологічної

допомоги населенню в цілому, попередження травматизму на виробництві і в побуті, стабілізацію соціально-економічного становища в країні та ін.

Первинна психопрофілактика, спрямована на охорону психічного здоров'я нинішнього і майбутніх поколінь, займається питаннями попередження психічних захворювань, гігієни шлюбу та зачаття, профілактики можливих шкідливих впливів на вагітність, організації допомоги породіллі, раннього виявлення вад розвитку у новонароджених і своєчасного застосування методів лікувально-педагогічної корекції на всіх етапах розвитку дитини.

Психопрофілактичні заходи, що сприяють підвищенню стійкості психіки до шкідливих впливів, – це правильне виховання дитини, боротьба з дитячими інфекційними захворюваннями і психогеніями, здатними викликати затримку або асинхронію психічного розвитку, психічний інфантилізм, невротичні порушення.

Можливості попередження ендогенних психічних захворювань, виникнення яких пов'язане в основному зі спадковою схильністю, обмежені медико-генетичним консультуванням та пренатальною діагностикою вроджених вад плоду, чим забезпечується своєчасна діагностика деяких форм розумової відсталості.

Первинна профілактика психічних порушень при органічній патології головного мозку і соматичних захворюваннях полягає в своєчасному виявленні і адекватному лікуванні основної патології.

Психопрофілактика психосоматичних захворювань повинна бути орієнтована на особистісні особливості людини, схильної до патологічних вегетативно-соматичних реакцій на стресові ситуації, що викликають відчуття образи, страху, агресії. Необхідне навчання саногенній поведінці, що дозволяє нормалізувати систему відносин особистості, усунути патологічні механізми неадекватних психосоматичних реакцій. З цією метою повинні ширше використовуватися медико-психологічне консультування і, за необхідності, методи психокорекції і психотерапії.

Основними причинами зростання психогенних розладів, пов'язаних зі стресом, порушенням адаптації, є несприятлива

соціально-економічна обстановка в країні, соціальна незахищеність, безробіття, міжнаціональні конфлікти та ін.

Одне з найважливіших завдань психопрофілактики межових психічних розладів полягає в навчанні людей, що потрапили в складні життєві обставини або переживають внутрішньоособистісний конфлікт, як упоратися зі стресом.

На думку багатьох фахівців, що займаються проблемами стресу, основне правило подолання стресу полягає в здатності людини боротися з неприємностями, не ставитися до них пасивно, але в той же час не озлоблюватися і не звинувачувати в них інших. Реакція на стрес повинна бути осмисленою і зваженою. Не можна піддаватися першому емоційному імпульсу, слід бути витриманим і холоднокровним, дивитися на навколишній світ реалістично і також реалістично діяти.

Певний інтерес представляють поради американського психотерапевта Д. Пауела (1996), як пережити стрес з найменшими втратами.

1. Пригадайте, як ви себе почували, коли все було добре. Коли уявляєш себе в комфортній ситуації, з'являються відчуття, пов'язані з нею.

2. Розслабтеся фізично. Якщо тіло і м'язи розслаблені, то і психіка не може бути в напруженому стані.

3. Постарайтеся бути реалістичнішими, описуючи собі або близьким ситуацію, в якій знаходитеся. Уникайте таких слів, як „ніколи", "завжди", "ненависть".

4. Живіть сьогоднішнім днем. Встановіть цілі на сьогодні і досягайте їх.

5. Не дозволяйте собі "потонути" в жалості до себе, не відмовляйтеся від допомоги. Любов, дружба і допомога – могутні засоби в боротьбі зі стресом.

6. Примусьте стрес працювати на вас. Багато людей перемогли стрес, відмовившись стати такими, що програли. Вони зустріли випробування з піднятою головою. Якщо ви зможете прийняти негативну подію (наприклад, втрату роботи) як необхідність зробити позитивну дію (наприклад, знайти кращу роботу), ви переможете стрес його ж зброєю.

7. Прагніть не думати про минулі події як про поразку.

8. Ставтеся до стресу як до джерела енергії. Кожну проблему, яку ставить життя, сприймайте як виклик.

9. Ви не можете відповідати за поведінку інших, але можете контролювати свою реакцію на їх учинки. Ваша головна перемога – це перемога над своїми емоціями.

10. Не прагніть догодити всім, це нереально, ви повинні час від часу догоджати собі.

11. Намалюйте в думках картину свого майбутнього і порівняйте її з тією невеликою за часом кризою, яку ви переживаєте зараз.

Для зняття психічної напруженості і перевтоми рекомендується використовувати метод "відключення", спрямований на тимчасове забуття складних, стресогенних проблем, перенесення уваги на відпочинок, захоплення (хобі), заняття фізичними вправами. Важливо під час перерв у роботі, відпочинку повністю відключитися від службових справ, послухати музику, подивитися легку телепередачу, провести невелику фізичну розминку (зробити пішу або велосипедну прогулянку). Гумор у відносинах з оточуючими допомагає зняти зайву напругу.

Зменшують напругу та внутрішній неспокій різні способи розслаблення і самонавіювання, навчатися яким доцільно під керівництвом досвідченого психолога або психотерапевта.

Основні види психопрофілактичної допомоги:

• виховання психологічної освіченості, проведення просвітницької роботи, що стосується питань стресу, його наслідків та методів психопрофілактики;

• навчання загальнодоступним методам подолання стресових станів;

• напрацювання навичок звільнення від негативних звичок, девіантних форм поведінки;

• зміна порушених міжособистісних стосунків (групова, сімейна психотерапія);

• освоєння прийомів саморегуляції (аутогенного тренування, методів релаксації, регулювання сну та ін.).

Різні форми і методи надання психопрофілактичної допомоги реалізуються через систему медико-психологічних служб (психогігієнічні кабінети, кабінети психологічної допомоги при територіальних поліклініках і на підприємствах, центри психологічного консультування, кризові центри та ін.).

Вторинна профілактика – система заходів, спрямованих на усунення виражених чинників ризику, які за певних умов (зниження захисних сил організму, перевтома, додаткові психотравмуючі ситуації) можуть призвести до загострення або рецидиву захворювання, зокрема до виникнення розладів, небезпечних для здоров'я або життя самого хворого або оточуючих (суїцидальні, агресивні тенденції), а також попередження несприятливого перебігу (хроніфікації) захворювання.

Вторинна профілактика включає ранню діагностику і лікування виявлених порушень, застосування адекватних методів корекції з метою досягнення якнайповнішої і тривалішої ремісії, подальшу підтримуючу терапію, психокорекцію, що дозволяють попередити загострення або рецидив хвороби. Сюди входить і своєчасна психологічна або психіатрична допомога хворим з психогенними розладами в результаті впливу медичного працівника або медичного середовища. Найбільш ефективним методом вторинної психопрофілактики є диспансерне спостереження, що включає виявлення ранніх ознак загострення захворювання, динамічне спостереження, спрямоване лікування, реабілітаційні заходи.

Третинна психопрофілактика – комплекс заходів, направлених на попередження формування негативних психічних розладів (психічного дефекту) та інвалідизації при хронічних психічних захворюваннях. Велику роль у цьому відіграє правильне використання лікарських та інших засобів, лікувальна і педагогічна корекція. Метою заходів третинної психопрофілактики є реабілітація хворих, що втратили можливість повноцінної життєдіяльності.

Саногенне і патогенне имислення

На думку Ю. М. Орлова, будь-яка емоція є згубною, стресогенною, якщо вона повністю керує поведінкою людини, цілком опановує її.

Однак емоції - продукт розуму, тому від розумової поведінки може залежати й вплив негативних емоцій на психіку.

За так званого **патогенного мислення** стрес, напруженість можуть посилюватися й підвищувати ймовірність виникнення психічних розладів. Роздуми, думки, уявлення, пов'язані з образою, соромом, заздрістю, невдачею, страхом, ревнощами та іншими негативними емоційними переживаннями людини, становлять зміст патогенного мислення. Патогенному мисленню властиві цілковита свобода уяви, відсутність контролю над вільним перебігом образів і думок, відсутність рефлексивного аналізу свого мислення та неусвідомленість тих розумових операцій, які породжують емоцію. Отже, патогенне мислення має певні риси, через які можуть породжуватися розлади психіки - як її коливання в межах норми, так і патологічні відхилення.

Саногенне мислення, навпаки, сприяє подоланню негативних емоцій та психологічному оздоровленню людини. **Саногенне мислення** – (лат. sanitas - здоров'я і гр. genesis - походження) мислення, яке свідомо спрямовується на подолання негативних емоційних розладів і психічне оздоровлення людини. При цьому суб'єкт ніби відокремлює себе від власних переживань і, спостерігаючи за ними, виробляє форму пристосування до них. Це мислення, яке зменшує внутрішній конфлікт, дозволяє контролювати емоції, потреби та бажання і, відповідно, стає на заваді хворобам [49].

Для саногенного мислення характерний динамізм зв'язку особистості зі світом образів, у якому відображуються життєві ситуації. В процесі цього виду мислення суб'єкт відокремлює себе від власних переживань і спостерігає за ними; відтворює стресову ситуацію на тлі спокою та концентрації уваги, пристосовується до неї. Важливим є також розуміння людиною тих психічних станів, які контролюються (скажімо, розуміння природи страхів, сорому, образи тощо), Інакше кажучи" саногенне мислення вимагає досить високого рівня розвитку психологічної культури особистості. Саногенне мислення є одним з ефективних засобів розв'язування психотравмуючих проблем, який базується на свідомій їх постановці та розгляді, свідомому

рефлексивному аналізі власних емоцій та емоціогенних (стресогенних) факторів.

Саногенне мислення можна вважати одним з варіантів більш широкого поняття, такого як позитивне мислення (М. Мольц). Йдеться про створення й постійну підтримку, підкріплення позитивного образу власного "Я" внаслідок впливу успішних вчинків і загалом життєвих успіхів. На думку М. Мольца, всі наші дії, почуття, вчинки, навіть здібності узгоджуються з цим образом власного "Я" через як свідомі, так і підсвідомі механізми саморегуляції. Саме тому так важливо, щоб цей образ був позитивним і не руйнувався в разі невдачі або інших "помилок" у поведінці, діяльності, навіть у житті. Однак для створення й підтримки позитивного образу власного "Я" необхідні такі риси інтелекту, як творче мислення й творча уява, тобто творчий механізм.

Наприклад:

1. детально уявіть позитивне переживання, наприклад, від навчання або творчості, і відтворіть його образ у свідомості (робочий стіл, підручники, простір сцени і т.п.);
2. чітко уявіть позитивні результати зробленого і досягнення очікуваної мети;
3. зосередьте свої думки на тому, що сам процес роботи не менш цікавий, ніж результат;
4. скажіть собі, що нагороджуєте себе за те, що виконали все так, як уявляли.

Позитивні емоції зумовлюють почуття радості, активізують, надають впевненості, сприяють комфортним стосункам із оточенням.

Кілька порад від відомого фізіолога, дослідника механізму стресу Г. Сельє [47]:

- Починай день з усмішки. Стоячи перед дзеркалом, згадай щось приємне, налаштуй себе на добрі стосунки з близькими.
- При будь-якому роздратуванню зроби «приховану гімнастику»: відведи плечі назад кілька разів.
- Прагнучи хороших стосунків з усіма навколишніми, все-таки намагайся не заводити дружби з неприємними людьми.
- Зіштовхнувшись із важкою ситуацією, подумай, чи варто боротися.

- Якщо дуже неприємної справи не можна уникнути – не відкладай її.
- Навіть після нищівної поразки борися із пригніченим станом, згадуючи свої перемоги. Це відновить твою віру в себе, необхідну для майбутніх перемог.
- Фіксуй свою увагу на світлих сторонах життя, уникай розмов про неприємності, свої або чужі.
- Зменшуй стрес за допомогою контрастного душу, хорошого фільму, книжки, вистави, душевного співрозмовника.
- Шукай, де б посміятися, гумор – це захист від багатьох негараздів.

РОЗДІЛ 2
ПРАКТИКУМ З ОСНОВ ПСИХОСОМАТИКИ

2.1. Практичні роботи

Практичне заняття № 1
Тема: Психосоматика як галузь науки

План

1. Психосоматика як наука: об'єкт, предмет, основні категорії.
2. Психосоматика як міждисциплінарна галузь. Зв'язок з іншими науками.
3. Історія становлення психосоматики.
4. Сучасні напрями досліджень та перспективи психосоматики.

Завдання:

1. Схематично зобразити зв'язок психосоматики з іншими науками.
2. Скласти таблицю «Етапи розвитку психосоматики».

Теми для повідомлень:

Внесок (...науковця, дослідника-практика – *за матеріалами лекції, підручників чи інтернет-джерел – на вибір*) у становлення і розвиток психосоматики. Можна доповнити презентацією.

Література:

1. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: кратк. учебн. / Пер. с нем. Г.А.Обухова, А.В.Брунека; Предисл. В.Г.Остроглазова. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999.
2. Исаев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста. – СПб: Специальная литература, 1996. 454 с.
3. Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей. СПб.: Питер, 2000.
4. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. М.: Изд-во Эксмо, 2005. 992 с.
5. Психосоматика: Взаимосвязь психики и здоровья. Хрестоматия / Сост. Сельченок К.В. Минск, 1999.
6. Психосоматика: основи психодіагностики та психотерапії: навчальний посібник: [для вищих навчальних закладів] / Л. І. Дідковська. Львів: Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2010. 264 с.

7. Франц Александер «Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение». /Пер. с англ. С. Могилевского.; М.:Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. 352 с.

Практичне заняття № 2 (№ 1 для ЗФН)
Тема: Фактори розвитку та механізм психосоматичних захворювань

План

1. Фактори розвитку психосоматичних захворювань.
2. Механізм виникнення психосоматичного розладу та психосоматичного захворювання.

Завдання:

1. Порівняйте шкідливість основних факторів психосоматичних розладів. Які з них, на ваш погляд, найбільш шкідливі у дитячому та підлітковому віці?
2. Перелічте соціальні фактори, вплив яких на здоров'я виявляється незворотним.
3. Схематично зобразьте механізм виникнення психосоматичного розладу та психосоматичного захворювання.

Теми для рефератів і повідомлень:

1. Особистісні особливості, що підвищують психосоматичний ризик.
2. Роль дитячого віку та сімейних стосунків у виникненні та розвитку психосоматичних захворювань.

Література

1. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: кратк. учебн. / Пер. с нем. Г.А.Обухова, А.В.Брунека; Предисл. В.Г.Остроглазова. М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999.
2. Исаев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста. СПб: Специальная литература, 1996. 454 с.
3. Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей. СПб.: Питер, 2000.
4. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. М.: Изд-во Эксмо, 2005. 992 с.
5. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство. М.: «МЕДпресс-информ», 2002. 592 с.
6. Психосоматика: Взаимосвязь психики и здоровья. Хрестоматия / Сост. Сельченок К.В. Минск, 1999.
7. Психосоматика: основи психодіагностики та психотерапії: навчальний посібник: [для вищих навчальних закладів] / Л. І. Дідковська. Львів: Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2010. 264 с.

8. Франц Александер «Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение». /Пер. с англ. С. Могилевского. М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. 352 с.

Практичне заняття № 3 (№ 1 для ЗФН)

Тема: Психосоматичні порушення: загальна характеристика, причини та прояви

План

1. Психогенні розлади.
2. Найпоширеніші психосоматичні захворювання, їх особливості та клінічні прояви:

- *виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки;*
- *неспецифічний виразковий коліт;*
- *бронхіальна астма;*
- *тиреотоксикоз;*
- *ессенціальна гіпертонія;*
- *ревматоїдний артрит;*
- *нейродерміт.*

3. Порушення поведінки з соматичними наслідками.

Завдання:

Підготуватись до захисту в аудиторії рефератів (див. Карту самостійної роботи студента, завдання до кредиту № 2).

Обирати тему, керуючись пунктом плану № 2 практичного заняття, перелік розширити (включити до нього: *цукровий діабет; інфаркт міокарда, онкологічні захворювання, гінекологічні захворювання; інфекційні захворювання; алергічні захворювання; вегетосудинну дистонію; нервову анорексію і булімію; ожиріння; залежність від токсичних речовин та ін.*). Реферати можна доповнити презентаціями.

Література

1. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: кратк. учебн. / Пер. с нем. Г.А.Обухова, А.В.Брунека; Предисл. В. Г.Остроглазова. М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999.

2. Исаев Д. Н. Психосоматические расстройства у детей. СПб.: Питер, 2000.

3. Кулаков С. А. Основы психосоматики. СПб., 2003.

4. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. М.: Изд-во Эксмо, 2005. 992 с.

5. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство. М.: «МЕДпресс-информ», 2002. 592 с.

6. Психосоматика: Взаимосвязь психики и здоровья. Хрестоматия / Сост. Сельченок К. В. Минск, 1999.

7. Психосоматика: основи психодіагностики та психотерапії: навчальний посібник: [для вищих навчальних закладів] / Л. І. Дідковська. Львів: Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2010. 264 с.

8. Репина Н. В., Воронцов Д. В., Юматова И. И. Основы клинической психологии. Ростов н/Д, 2003. С. 203-233.

Практичне заняття № 4 (№ 2 для зфн)
Тема: Стресові розлади як вид психосоматичних захворювань

План

1. Емоційний стрес як провідний фактор психосоматичних розладів.
2. Механізми психологічного захисту особистості.
3. Порушення адаптації, дистрес. Основні психогенні чинники
4. Розлади, пов’язані зі стресом:
   - Непсихотичні порушення психіки (неврози);
   - Психічні розлади, пов’язані зі стресом;
   - Соматоформні розлади.

Завдання:

1. Заповнити таблицю: «Механізми психологічного захисту особистості».
2. Скласти алгоритм першої психологічної допомоги людині, яка переживає психічний розлад, пов’язаний зі стресом (у гострій, підгострій, посттравматичній формі – на вибір).

Література

1. Олександрівський Ю. А. та ін. Психогенії в екстремальних умовах. М.: Медицина, 1991. С. 96.

2. Олександрівський Ю. А. Прикордонні психічні розлади: Керівництво для лікарів. Ростов-на-Дону: Фенікс, 1997. 576 с.

3. Алієв Х. М. Захист від стресу: як зберегти і реалізувати себе в сучасних умовах. М., 1996.

4. Гіссен Л. Д. Час стресів. М., 1990. С. 52.

5. Грегор О. Як протистояти стресу. Стрес життя: Збірник. СПб.: ТОВ «Лейла», 1994. С. 7-114.

6. Лебедєв В. І. Особистість у екстремальних умовах. М.: Политиздат, 1989. 304 с.
7. Мільман В. Е. Стрес і особистісні фактори регуляції діяльності / / Стрес і тривога в спорті. М., 1983.
8. Сельє Г. Стрес без дистресу. М.: Прогрес, 1979. 123 с.

Практичне заняття № 5
Тема: Психотерапія та психопрофілактика психосоматичних захворювань

План

1. Діагностика психосоматичних захворювань.
2. Психотерапія психосоматичних розладів.
3. Попередження психосоматичних розладів. Види психопрофілактики: первинна, вторинна, третинна.
4. Патогенне і саногенне мислення.
5. Засоби релаксації та саморегуляції.

Завдання:

1. Визначити найважливіші принципи (правила) саногенного мислення (не менше 7-10 принципів).
2. Підготувати (стисло описати) та творчо представити в аудиторії власні найефективніші засоби саморегуляції та релаксації (не менше 3-5 засобів).

Література

1. Алексєєв А. В. Психом'язове тренування-метод психічної саморегуляції. М., 1979.
2. Алієв Х. М. Захист від стресу: як зберегти і реалізувати себе в сучасних умовах. М., 1996.
3. Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю. С. Психосоматичні розлади та патологічні звичні дії у дітей та підлітків. М., НГМА, 2000. 320 с.
4. Брязгунов І. П. Між здоров'ям і хворобою. М., 1995. 224 с.
5. Лебедєв В. І. Особистість у екстремальних умовах. М.: Политиздат, 1989. 304 с.
6. Леонова А. Б., Кузнєцова А. С. Психопрофілактика стресів. М.: МГУ, 1993.
7. Розін В. М. Психологічна допомога. Психотехніки. М.: РОУ, 1995.
8. Фонтану Д. Як упоратися зі стресом. М., 1995.

2.2. Лабораторні роботи

Лабораторна робота № 1
Тема: Теорії та моделі виникнення психосоматичних розладів

Мета: розшити знання студентів щодо основних моделей, концепцій та теорій формування психосоматичних розладів; розвинути уміння порівнювати різні концепції, виявляти їх сутність, характеристики, визначати роль для теорії психосоматики.

Теоретична частина

1. Визначення психосоматичних розладів.
2. Моделі формування психосоматичних розладів:
    - психофізіологічна;
    - психодинамічна;
    - системно-теоретична;
    - соціопсихосоматична.
3. Концепції та теорії формування психосоматичних розладів:
    - Психодинамічна концепція З.Фрейда.
    - Теорія особистісних профілів В. Данбар.
    - Теорія «хворого суспільства».
    - Теорія психосоматичної специфічності Ф. Александера,
    - Теорія психосоматичного Его.
    - Антропологічний напрям.
    - Концепція алекситимії.
    - Теорія життєвих криз.

Практична частина

Обрати 2 концепції (теорії) формування психосоматичних розладів (на вибір) та здійснити їх порівняльний аналіз, враховуючи такі моменти:

1) історичний період виникнення концепції, її автори; 2) суть кожної з концепцій; 3) спільні риси та розбіжності, приклади; 4) роль цих концепцій (теорій) для теорії психосоматичних розладів.

Можна оформити завдання у вигляді розгорнутої порівняльної таблиці.

Література

1. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: кратк. учебн. / Пер. с нем. Г. А. Обухова, А. В. Брунека; Предисл. В. Г. Остроглазова. М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999.

2. Исаев Д. Н. Психосоматическая медицина детского возраста. СПб: Специальная литература, 1996. 454 с.

3. Исаев Д. Н. Психосоматические расстройства у детей. СПб.: Питер, 2000.

4. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. М.: Изд-во Эксмо, 2005. 992 с.

5. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство. М.: «МЕДпресс-информ», 2002. 592 с.

6. Психосоматика: Взаимосвязь психики и здоровья. Хрестоматия / Сост. Сельченок К. В. Минск, 1999.

7. Психосоматика: основи психодіагностики та психотерапії: навчальний посібник: [для вищих навчальних закладів] / Л. І. Дідковська. Львів: Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2010. 264 с.

8. Франц Александер «Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение». /Пер. с англ. С. Могилевского.; М.:Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. 352 с.

Лабораторна робота № 2 (ЗФН № 1)

Тема: Класифікація психосоматичних розладів

Мета: розглянути та порівняти найбільш відомі класифікації психосоматичних розладів, визначити спільні риси та розбіжності.

Теоретична частина

1. Найпоширеніші психосоматичні розлади та їх характерні прояви.
2. Відомі підходи до класифікації психосоматичних розладів.

Практична частина

Обрати 3 відомі класифікації психосоматичних розладів та захворювань (не обов’язково ті, що давались в лекції) та виконати завдання:

1. Представити класифікації у вигляді структурних схем, зазначити авторів.
2. Порівняти класифікації, враховуючи аспекти: чинники, на основі яких класифікуються психосоматичні розлади; повнота їх представлення; чіткість та структурованість класифікацій; зручність практичного використання.
3. Зробити обґрунтований висновок щодо власного пріоритетного вибору тієї чи іншої класифікації.

Література

1. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: кратк. учебн. / Пер. с нем. Г. А. Обухова, А. В. Брунека; Предисл. В. Г. Остроглазова. М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999.

2. Исаев Д. Н. Психосоматическая медицина детского возраста. СПб: Специальная литература, 1996. 454 с.

3. Исаев Д. Н. Психосоматические расстройства у детей. СПб.: Питер, 2000.

4. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. М.: Изд-во Эксмо, 2005. 992 с.

5. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство. М.: «МЕДпресс-информ», 2002. 592 с.

6. Психосоматика: Взаимосвязь психики и здоровья. Хрестоматия / Сост. Сельченок К. В. Минск, 1999.

7. Психосоматика: основи психодіагностики та психотерапії: навчальний посібник: [для вищих навчальних закладів] / Л. І. Дідковська. Львів: Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2010. 264 с.

8. Франц Александер «Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение». /Пер. с англ. С. Могилевского.; М.:Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. 352 с.

Лабораторна робота № 3
Тема: Стресові розлади. Стресостійкість

Мета: узагальнити знання студентів про психосоматичні розлади, пов'язані зі стресом; сформувати вміння визначати рівень стресостійкості та сприяти зниженню рівня тривожності.

Теоретична частина

1. Емоційний стрес як провідний фактор психосоматичних розладів.
2. Механізми психологічного захисту особистості.
3. Порушення адаптації, дістрес. Основні психогенні чинники
4. Розлади, пов'язані зі стресом:
   - Непсихотичні порушення психіки (неврози);
   - Психічні розлади, пов'язані зі стресом;
   - Соматоформні розлади.

Практична частина

1. Визначити рівень стресостійкості (власний і своїх близьких – не менше 2-х осіб). Провести міні-дослідження, використовуючи 3

методики (на виявлення стресостійкості та реактивної і особистісної тривожності).

2. Проаналізувати та порівняти результати, зробити висновки.

3. Розробити рекомендації щодо підвищення рівня стресостійкості та зниження рівня тривожності.

Література

1. Психосоматика: основи психодіагностики та психотерапії: навчальний посібник: [для вищих навчальних закладів] / Л. І. Дідковська. Львів: Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2010. 264 с.

2. Олександрівський Ю. А. Прикордонні психічні розлади: Керівництво для лікарів. Ростов-на-Дону: Фенікс, 1997. 576 с.

3. Алієв Х. М. Захист від стресу: як зберегти і реалізувати себе в сучасних умовах. М., 1996.

4. Гіссен Л. Д. Час стресів. М., 1990. С. 52.

5. Грегор О. Як протистояти стресу. Стрес життя: Збірник. -СПб.: ТОВ «Лейла», 1994. С. 7-114.

6. Лебедєв В. І. Особистість у екстремальних умовах. М.: Политиздат, 1989. 304 с.

7. Мільман В. Е. Стрес і особистісні фактори регуляції діяльності / / Стрес і тривога в спорті. М., 1983.

8. Сельє Г. Стрес без дистресу. М.: Прогрес, 1979. 123 с.

Лабораторна робота № 4 (№ 2 для ЗФН)
Тема: Психопрофілактика психосоматичних розладів

Мета: систематизувати та узагальнити знання студентами основ психопрофілактики психосоматичних захворювань та сприяти оволодінню ними основними засобами психопрофілактики.

Теоретична частина

1. Попередження психосоматичних розладів.
2. Види психопрофілактики: первинна, вторинна, третинна.
3. Саногенне мислення
4. Прийоми саморегуляції.

Практична частина:

Підготувати портфоліо «Програма особистої психопрофілактики виникнення психосоматичних розладів», до якого внести:

- стислий опис програми (мета, зміст, структура);
- підібрані з науково-методичних джерел відповідні матеріали діагностичного (тести, анкети, інші методики), психотерапевтичного

та психопрофілактичного характеру (вправи, методики, відео- та аудіоматеріали, аутотренінги та ін., загальна кількість – не менше 10 матеріалів).

Підготуватись до творчої презентації та захисту своєї програми на занятті.

Література

1. Алексєєв А. В. Психом'язове тренування-метод психічної саморегуляції. М., 1979.

2. Алієв Х. М. Захист від стресу: як зберегти і реалізувати себе в сучасних умовах. М., 1996.

3. Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю. С. Психосоматичні розлади та патологічні звичні дії у дітей та підлітків. М., НГМА, 2000. 320 с.

4. Брязгунов І. П. Між здоров'ям і хворобою. М., 1995. 224 с.

5. Лебедєв В. І. Особистість у екстремальних умовах. М.: Политиздат, 1989. 304 с.

6. Леонова А. Б., Кузнєцова А. С. Психопрофілактика стресів. М.: МГУ, 1993.

7. Розін В. М. Психологічна допомога. Психотехніки. М.: РОУ, 1995.

8. Фонтану Д. Як упоратися зі стресом. М., 1995.

Розділ 3
ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ З КУРСУ

3.1 Методичні рекомендації щодо організації самостійної роботи студентів за змішаною (очно-дистанційною) формою навчання

Підготовка висококваліфікованих фахівців, конкурентоспроможних на ринку праці, а також здатних до компетентної, відповідальної й ефективної діяльності за своєю спеціальністю, неможливе без якісної самостійної роботи студентів, спрямованої на стимулювання їх професійного зростання та розвиток творчої активності.

Самостійна робота студента (СРС) – невід'ємна складова підготовки фахівців у вищих закладах освіти. СРС є однією з форм оволодіння навчальним матеріалом поза межами обов'язкових навчальних занять. Її спрямовано на закріплення теоретичних знань, отриманих студентами під час навчання, їх поглиблення, набуття і удосконалення практичних умінь і навичок, загальних та спеціальних компетентностей щодо відповідних спеціальностей та напрямів.

Навчальний час, відведений на самостійну роботу студента, регламентується робочим і навчальним планом і повинен складати не менше, ніж 1/3 і не більше, ніж 2/3 загального обсягу навчального часу, відведеного на вивчення окремої навчальної дисципліни.

Головною *метою самостійної роботи студентів* є формування їхньої пізнавальної активності, засвоєння основних умінь та навичок роботи з навчальними матеріалами, поглиблення та розширення вже набутих знань, підвищення рівня самоорганізації тощо.

Основними *завданнями самостійної роботи студентів* є засвоєння в повному обсязі освітньої програми та послідовне вироблення навичок ефективної самостійної професійної (науково-теоретичної й практичної) діяльності на рівні світових стандартів.

Зміст самостійної роботи студентів визначається навчальною програмою вивчення конкретної дисципліни, завданнями та рекомендаціями викладача. В умовах реалізації змішаної (очно-

дистанційної) форми навчання, запровадженої в закладах освіти з огляду на стрімке поширення коронавірусної інфекції COVID-19 та воєнний стан внаслідок російської агресії, організація самостійної роботи набуває першочергового значення. З огляду на збільшення частки дистанційного навчання студентів у загальному освітньому процесі, відповідно збільшується і частка самостійної роботи студентів. Тому надзвичайно важливо не просто переносити необхідні завдання самостійної роботи на платформу дистанційного навчання, а адаптувати їх для такої форми освітнього процесу. Необхідно чітко визначати їх обсяг і терміни виконання, надавати інструкції щодо методики виконання самостійної роботи, розміщувати необхідні матеріали на платформі, давати відповідні посилання на наявні актуальні освітні ресурси, передбачати форми зворотного зв'язку та перевірки якості виконання завдань тощо.

Самостійна робота студентів традиційно здійснюється за кількома ***типами,*** які можуть бути адаптовані й використані за змішаної форми навчання:

1. Самостійна робота з теоретичним і практичним матеріалом – це самостійне поза-аудиторне письмове (або в електронному форматі) виконання ряду завдань для засвоєння навчального матеріалу на рівні «відтворення» і «розуміння».

Можливі види завдань: анотування (аналітичні огляди) рекомендованих джерел; формулювання власних висновків і підсумків; відповіді на запитання і самостійне формулювання запитань (тестових завдань) до навчальної теми; заповнення таблиць; складання структурно-логічних схем; складання міні-глосарію з тем курсу; наведення прикладів, опис ситуацій; завдання на аналіз, синтез, дослідження, порівняння, класифікацію, узагальнення, конкретизацію, інтерпретацію теоретичного матеріалу.

2. Самостійна робота з підготовки до практичних і лабораторних занять та закріплення їх результатів – самостійне поза-аудиторне виконання (в письмовому або електронному форматі) ряду завдань для засвоєння навчального матеріалу на рівні «застосування» і «створення».

Можливі види завдань: аналіз і вирішення ситуацій, вправи, спостереження, міні-експерименти, проведення психодіагностичних методик та аналіз їх результатів, підготовка до мікровикладання в режимі оф-лайн (відеозаписи фрагментів виступів студентів) та он-лайн (наприклад, з використанням конференцій Zoom), оформлення міні-звіту до практичного чи лабораторного заняття, підготовка тестів, допоміжних таблиць, виконання творчих завдань дослідницького характеру тощо.

3. Робота на практичних (лабораторних) заняттях – індивідуальне чи групове виконання ряду завдань під керівництвом викладача на рівні засвоєння навчального матеріалу «застосування» і «створення».

Можливі види завдань: дискусії і бесіди; виступи з міні-доповідями; вирішення задач і ситуацій; психодіагностика, інтерпретація й аналіз результатів виконання психодіагностичних методик; представлення результатів спостережень; мікровикладання; дидактичні ігри (адаптовані для очно-дистанційної форми навчання).

4. Контрольна робота – індивідуальне виконання (в письмовому або електронному форматі) ряду контрольних завдань для перевірки реалізації навчальних цілей – досягання запланованих рівнів засвоєння навчального матеріалу теоретичного і практичного блоків тем.

Можливі види завдань: дидактичні тести, усні і письмові відповіді на запитання, аналіз і вирішення ситуацій, задач, співбесіди, звіти з самостійної роботи.

Платформа дистанційного навчання Moodle дозволяє досить гнучко підходити до організації і проведення різних форм самостійної роботи студентів. Зокрема, визначати формат, обсяг терміни і час виконання завдань. Надає можливість реалізації зворотного зв’язку викладача і студентів у вигляді листування, коментарів, обговорення в форумі тощо. Також система дозволяє відображати результати оцінювання окремих завдань та загальної успішності студентів в курсі, і навіть використовувати мотиваційні інструменти – зокрема, схвальні коментарі та систему відзнак.

3.2. Карта самостійної роботи студента

Кредит та тема	Академічний контроль (форма представлення)*	Кількість балів (за видами роботи)**	Кількість балів всього за кредит	Термін виконання (тижні)***	Викладач (підпис)
Кредит № 1 Тема 1. Психосоматика як галузь науки. Тема 2. Теорії та моделі виникнення психосоматичних розладів. Тема 3. Фактори розвитку та механізм психосоматичних захворювань.	Творче есе з теми «Роль психічних чинників у виникненні соматичних розладів»	20	70		
	Презентація «Теорії та концепції психосоматичних захворювань (1 на вибір – розподілити в групі)	30			
	Словник термінів з курсу (не менше 20 термінів)	20			
Кредит № 2 Тема 4. Класифікація психосоматичних розладів. Тема 5. Психосоматичні порушення: загальна характеристика, причини та прояви. Тема 6. Стресові розлади як вид психосоматичних захворювань.	Таблиця «Класифікація психосоматичних розладів» (розгорнута)	20	60		
	Міні-дослідження на виявлення стресостійкості, реактивної і особистісної тривожності (3 методики).	20			
	Реферат «Причини та загальна характеристика психосоматичного захворювання» (1 на вибір – розподілити в групі)	20			
Кредит № 3 Тема 7. Діагностика психосоматичних захворювань Тема 8. Психотерапія та психопрофілактика психосоматичних розладів	Контрольна робота	40	80		
	Індивідуальне науково-дослідне завдання – підготувати портфоліо «Програма особистої психопрофілактики виникнення психосоматичних розладів»	40			
Всього балів за самостійну роботу		**210 балів**	**210**		
ВСЬОГО за семестр – 64 год.					

Карту отримав (ПІБ студента)

3.3. Питання для самоперевірки та підготовки до заліку

1. Психосоматика як наука: об’єкт, предмет, основні категорії.
2. Психосоматика як міждисциплінарна галузь.
3. Зв’язок з іншими науками.
4. Історія становлення психосоматики.
5. Сучасні напрями досліджень та перспективи психосоматики.
6. Етапи розвитку психосоматики.
7. Фактори розвитку психосоматичних захворювань.
8. Механізм виникнення психосоматичного розладу та психосоматичного захворювання.
9. Особистісні особливості, що підвищують психосоматичний ризик.
10. Роль дитячого віку та сімейних стосунків у виникненні та розвитку психосоматичних захворювань.
11. Психогенні розлади.
12. Найпоширеніші психосоматичні захворювання, їх особливості та клінічні прояви.
13. Порушення поведінки з соматичними наслідками.
14. Емоційний стрес як провідний фактор психосоматичних розладів.
15. Механізми психологічного захисту особистості.
16. Порушення адаптації, дистрес.
17. Основні психогенні чинники.
18. Розлади, пов’язані зі стресом.
19. Непсихотичні порушення психіки (неврози).
20. Перша психологічна допомога людині, яка переживає психічний розлад, пов’язаний зі стресом.
21. Діагностика психосоматичних захворювань.
22. Психотерапія психосоматичних розладів.
23. Попередження психосоматичних розладів.
24. Види психопрофілактики: первинна, вторинна, третинна.
25. Патогенне і саногенне мислення.
26. Засоби релаксації та саморегуляції.
27. Принципи (правила) саногенного мислення.
28. Визначення психосоматичних розладів.

29. Моделі формування психосоматичних розладів: психофізіологічна; психодинамічна; системно-теоретична; соціопсихосоматична.

30. Концепції та теорії формування психосоматичних розладів.

31. Теорія особистісних профілів В. Данбар.

32. Теорія психосоматичної специфічності Ф. Александера.

33. Концепція алекситимії.

34. Теорія життєвих криз.

35. Підходи до класифікації психосоматичних розладів.

3.4. Тестові завдання для перевірки знань з курсу

1. До основних психогенних чинників не належить:
А) життєва криза;
Б) психічна травма;
В) емоційна напруга;
Г) емоційний стрес.

2. Збільшує шанс сприятливого результату після впливу стреса:
А) нігілізм;
Б) активність;
В) термінове звернення до психологів;
Г) відмова від пошуку виходу з ситуації.

3. Ступінь вияву і тривалості психоемоційних відхилень не залежить від:
А) особливостей початку соматичного захворювання;
Б) локалізації соматичної патології;
В) віку хворого;
Г) соціального статусу пацієнта.

4. У людей із художнім типом мислення здебільшого розвивається:
А) істеричний невроз;
Б) невроз нав'язливих станів;
В) неврастенія;
Г) будь-який із видів неврозу.

5. Найбільшу роль в появі та формуванні невротичних розладів відіграють властивості:
А) вищої нервовової діяльності;
Б) темпераменту;
В) характеру;
Г) особистості.

6. Посттравматичний стресовий розлад виникає після латентного періоду на третьому етапі у проміжку:
А) від кількох днів до кількох місяців;
Б) від кількох тижнів до шести місяців;
В) від шести місяців до року;
Г) від одного до трьох років.

7. Механізм захисту, який полягає у перенаправленні емоції, схвильованості чимось або поведінки з першочергового об'єкту на інший називається:
А) зміщення;
Б) ізоляція;

В) сублімація;
Г) анулювання.

8. Психосоматичні захворювання формуються, як правило, внаслідок :
А) гострих психічних травм;
Б) хронічних психічних травм;
В) внутрішньоособистісного конфлікту;
Г) міжособистісного конфлікту.

9. Галузь науки, що вивчає соматичні захворювання, які мають психогенне походження, зокрема, викликані порушеннями в емоційній сфері – це;
А) психосоматика;
Б) соматопсихіка;
В) патопсихологія;
Г) психогігієна.

10. Робить організм уразливим до виникнення захворювань:
А) нігілізм;
Б) активність;
В) термінове звернення до психологів;
Г) відмова від пошуку виходу з ситуації.

11. Посттравматичний стресовий розлад пов’язаний, у першу чергу, з:
А) стресом повсякденного життя;
Б) подіями, які виходять за межі повсякденного життєвого досвіду;
В) сімейно-побутовими конфліктами;
Г) події, що зачіпають кар’єру людини.

12. Першочерговою причиною стресу серед дорослих людей є:
А) робота;
Б) сім’я;
В) проблеми зі здоров’ям;
Г) економічні проблеми.

13. Психологічна втеча в інший стан свідомості характеризує незрілий механізм захисту:
А) заперечення;
Б) примітивну ізоляцію;
В) примітивну ідеалізацію;
Г) проективну ідентифікацію.

14. Основними діагностичними методиками при виявленні психосоматики є:
А) спостереження і самоаналіз;
Б) бесіда та психологічні тести;

В) бесіда та спостереження;
Г) аналізи та психологічні тести.

15. Система заходів, спрямованих на попередження виникнення психічних розладів – це;
А) психопрофілактика;
Б) первинна психопрофілактика;
В) вторинна психопрофілактика;
Г) третинна психопрофілактика.

16. Невідреагований гнів, подавлена агресія, реалізуючись через симпатичну нервову систему, приводять до:
А) гипертонічної хвороби та артриту;
Б) виразкової хвороби та виразкового коліту;
В) алергії;
Г) бронхіальної астми.

17. Неспецифічна реакція організму на будь-яку вимогу, що надійшла до нього, за Г.Сельє – це:
А) стрес;
Б) дистрес;
В) криза;
Г) розлад.

18. Мислення, яке свідомо спрямовується на подолання негативних емоційних розладів і психічне оздоровлення людини – це;
А) саногенне мислення;
Б) патогенне мислення;
В) позитивне мислення;
Г) креативне мислення.

19. В звичайних умовах реакція організму людини на стресор має характер:
А) патогенний;
Б) хворобливий;
В) адаптаційно-пристосувальний характер;
Г) імітаційно-наслідувальний.

20. Життєва подія, яка зачіпає значущі сторони існування людини і призводить до глибоких психологічних переживань, називається:
А) стресом;
Б) дистресом;
В) психотравмою;
Г) посттравматичним синдромом.

РОЗДІЛ 4
РЕКОМЕНДАЦІЇ З ПСИХОПРОФІЛАКТИКИ

4.1. Діагностичні методики дослідження тривожності та стресостійкості

Тест на визначення рівня стресостійкості

Відповідаючи на питання тесту, вкажіть, як часто ви перебуваєте у перелічених нижче станах за такою шкалою: часто - 3 бали, інколи - 2 бали і рідко - 1 бал. Пам'ятайте: чим щиріші будуть відповіді, тим об'єктивнішим буде результат.

№ з/п	Запитання	Відповідь
Рідко	Інколи	Часто
	Я думаю, що в колективі мене недооцінюють	
	Я намагаюся працювати незважаючи на стан здоров’я	
	Я вболіваю за якість своєї роботи	
	Я буваю агресивним	
	Я не терплю критики в свою адресу	
	Я буваю роздратованим	
	Я намагаюсь бути лідером там, де це можливо	
	Мене вважають людиною наполегливою і напористою	
	Мене непокоїть безсоння	
	Своїм недугам я можу дати відсіч	
	Я емоційно і боляче переживаю неприємності	
	Мені бракує часу на відпочинок	
	У мене виникають конфліктні ситуації	
	У мене недостатньо влади, щоб реалізувати себе	
	Мені бракує часу, щоб займатися улюбленою справою	
	Я все роблю швидко	
	Я відчуваю страх	
	Я дію зопалу і потім переживаю за свої справи та вчинки	

Підрахуйте суму балів і визначте рівень стресостійкості за шкалою:

Рівень стресостійкості	Сума балів	
Кількісна оцінка	Якісна оцінка	
	Дуже низький	
	Низький	50-53
	Нижче за середній	46-49
	Трохи нижче за середній	42-45
	Середній	38-41
	Трохи вище за середній	34-37
	Вище за середній	30-33
	Високий	26-29
	Дуже високий	22-25

Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності (ШРОТ)

Методика є інформативним способом самооцінки рівня тривожності в даний момент (реактивна тривожність, як стан) і особистісної тривожності (як стійка характеристика людини). Розроблена Ч.Д. Спілбергером і адаптована Ю.Л. Ханіним.

А. Шкала самооцінки реактивної тривожності

Інструкція: "Прочитайте уважно кожну з приведених нижче тверджень і закресліть відповідну цифру праворуч від кожного з тверджень залежно від того, ***як Ви себе почуваєте в даний момент.*** Над питаннями довго не замислюйтесь, оскільки правильних чи неправильних відповідей немає".

№ з/п	Твердження	Варіанти відповідей			
		Ні, це не так	Мабуть, так	Вірно	Цілком правильно
1	Я спокійний	1	2	3	4
2	Мені ніщо не загрожує	1	2	3	4
3	Я знаходжуся в стані напруги	1	2	3	4
4	Я відчуваю жаль	1	2	3	4
5	Я почуваю себе вільно	1	2	3	4
6	Я засмучений	1	2	3	4
7	Мене хвилюють можливі невдачі	1	2	3	4

8	Я почуваю себе відпочившим	1	2	3	4
9	Я собою не вдоволений	1	2	3	4
10	Я відчуваю внутрішнє задоволення	1	2	3	4
11	Я впевнений у собі	1	2	3	4
12	Я нервую	1	2	3	4
13	Я не знаходжу собі місця	1	2	3	4
14	Я напружений	1	2	3	4
15	Я не почуваю скутості, напруженості	1	2	3	4
16	Я задоволений	1	2	3	4
17	Я занепокоєний	1	2	3	4
18	Я занадто збуджений і мені не по собі	1	2	3	4
19	Мені радісно	1	2	3	4
20	Мені приємно	1	2	3	4

Б. Шкала самооцінки особистісної тривожності

Інструкція: "Прочитайте уважно кожну з приведених нижче тверджень і закресліть відповідну цифру праворуч від кожного з тверджень залежно від того, ***як Ви себе почуваєте звичайно.*** Над питаннями довго не замислюйтеся, оскільки правильних чи неправильних відповідей немає".

№ з/п	Твердження	Варіанти відповідей			
		Ні, це не так	Мабуть, так	Вірно	Цілком правильно
21	Я відчуваю задоволення	1	2	3	4
22	Я дуже швидко втомлююся	1	2	3	4
23	Я легко можу заплакати	1	2	3	4
24	Я хотів би бути таким же щасливим, як і інші	1	2	3	4
25	Я програю від того, що недостатньо швидко приймаю рішення	1	2	3	4
26	Звичайно я почуваю себе бадьорим	1	2	3	4
27	Я спокійний, холоднокров-ний і зібраний	1	2	3	4
28	Очікувані труднощі звичайно дуже тривожать мене	1	2	3	4

29	Я занадто переживаю через дрібниці	1	2	3	4
30	Я цілком щасливий	1	2	3	4
31	Я приймаю все занадто близько до серця	1	2	3	4
32	Мені не вистачає впевненості в собі	1	2	3	4
33	Звичайно я почуваю себе в безпеці	1	2	3	4
34	Я намагаюся уникати критич-них ситуацій і труднощів	1	2	3	4
35	У мене буває хандра	1	2	3	4
36	Я задоволений	1	2	3	4
37	Усякі дрібниці відволікають і хвилюють мене	1	2	3	4
38	Я так сильно переживаю свої розчарування, що потім довго не можу про них забути	1	2	3	4
39	Я врівноважена людина	1	2	3	4
40	Мене охоплює сильне занепокоєння, коли я думаю про свої справи і турботи	1	2	3	4

Обробка результатів

Показники реактивної тривожності (РТ) та особистісної тривожності (ОТ) підраховуються окремо по формулах:

1. РТ = $\Sigma_1 - \Sigma_2 + 50$,

де Σ_1 – сума закреслених на бланку цифр по пунктах шкали 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18;

Σ_2 – сума інших закреслених цифр (пункти 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16,19, 20).

2. ОТ = $\Sigma_1 - \Sigma_2 + 35$,

де Σ_1 – сума закреслених цифр на бланку по пунктах шкали 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40;

Σ_2 – сума інших цифр по пунктах 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39.

Інтерпретація результатів

Для інтерпретації результатів використовуються такі орієнтовані оцінки:

0-30 балів – низька тривожність;

31-45 балів – помірна тривожність;

вище 45 балів – висока тривожність.

4.2. Методики саморегуляції

Серед класичних методик саморегуляції можна виокремити наступні: медитація; релаксація; самонавіювання; десенсибілізація; аутогенне тренування. В результаті саморегуляції у людини можуть виникати три основних ефекти: ефект заспокоєння (усунення емоційної напруженості); ефект відновлення (ослаблення проявів втоми); ефект активізації (підвищення психофізіологічної реактивності) [48]. Існують природні способи регуляції організму, серед яких: тривалий сон, їжа, спілкування з природою і тваринами, масаж, рух, танці, музика та багато іншого. Але подібні засоби не можна використовувати, наприклад, на роботі, безпосередньо в той момент, коли виникла напружена ситуація або накопичилась утома.

Своєчасна саморегуляція, особливо в кризових умовах, запобігає накопиченню залишкових явищ перенапруження, сприяє повноті відновлення сил, нормалізує емоційний фон діяльності і підсилює мобілізацію ресурсів організму. Природні прийоми регуляції організму є одними з найбільш доступних способів саморегуляції: сміх, посмішка, гумор; роздуми про хороше, приємне; різні рухи типу потягування, розслаблення м'язів; спостереження за пейзажем; розглядання квітів у приміщенні, фотографій, інших приємних або дорогих для людини речей; купання (реальне чи уявне) в сонячних променях або водні процедури; вдихання свіжого повітря; висловлювання похвали, компліментів та ін.

Крім природних прийомів регуляції організму, існують і інші способи саморегуляції. В умовах серйозних криз та глобальних катастроф надзвичайно важливо, щоб вони були максимально простими і доступними, діяли швидко та ефективно. Розглянемо деякі з них.

Техніка усвідомленого дихання *«Квадратне дихання».* Ситуація тривоги відображається на тілесних проявах, особливо на диханні. Тому, щоб опанувати тривогу, зробити можливість переведення емоцій в аналіз

ситуації, необхідно «взяти паузу» і почати «правильне дихання». Суть вправи полягає у чергуванні вдиху/видиху та затримки дихання у певній послідовності протягом 4-х секунд кожне (на рахунок 4).

Вправа *«Візьміть себе в руки».* Якщо ви відчуваєте, що вас щось непокоїть, ви занадто агресивні, хочеться когось вдарити, щось кинути, є дуже простий спосіб довести свою силу: потрібно взятися долонями за лікті і сильно притиснути руки до грудей. Це – поза сильної духом людини.

Вправа «П'ятірка». Можна виконувати вправу цілком або частинами, протягом необхідного часу – від 10 до 30 секунд. Зробіть паузу. Озирніться довкола і зверніть увагу на п'ять об'єктів різних кольорів, які ви бачите. Зосередьтеся і прислухайтеся – які п'ять звуків доносяться до вас? Відзначте п'ять тілесних відчуттів, які ви відчуваєте в даний момент (відчуття одягу на плечах, зіткнення спини з кріслом і т. д.). Якщо увагу почне вислизати (напевно), просто зауважте це і поверніться до виконання завдання. Якщо в голову будуть приходити думки, скажіть про себе: «Дякую, я тебе почув» – і знову поверніться до завдання.

Техніка візуалізації (спрямованого використання образів). Наш організм дуже довіряє тим образам, які ми створюємо в психіці. Пам'ятайте, будь ласка, про це, якщо любите програвати в голові картинки зі страшними наслідками. І не дивуйтеся, що стає реально тривожно. Як можна використовувати цю особливість? Якщо коротко, то, бажаючи стати, наприклад, більш бадьорим, ми повинні уявити себе саме таким (і бажано супроводити це образами – наприклад, як сонце посилає енергію через свої промені і вони наповнюють нас енергією). Якщо ж потрібно розслабитися – тоді до ваших послуг інші образи – наприклад, як після лазні або масажу ви п'єте ароматний чай. А ще уява допоможе відреагувати емоції, наприклад гнів: необов'язково бити посуд або техніку в реальності, можна зробити все це подумки, ефект полегшення теж буде.

Ключові типи відновлення енергії за А. Розквас [41]

Кожна людина з часом відчуває втому та повну нестачу сил, ніби розрядилась її "батарейка". У такі моменти важливо знайти заняття, які допоможуть відновити ресурс.

Існує 4 ключових способи поповнення свого внутрішнього заряду.

Для каждої людини тип “енергобусту” унікальний. Те, що може підійти вашому другу (подрузі), не завжди може допомогти вам, як би сильно ви не намагалися, наприклад, медитувати.

Фізичний. Все, що пов’язане з фізичними навантаженнями і рухом. Це може бути як тривала прогулянка з помірним темпом ходьби, так і танці або заняття в спортзалі. Головне, щоб рух надавав вам сили.

Когнітивний (розумовий). Такий тип «підзарядки своєї батареї» допомагає заспокоїти розбурхані думки. Проте не забувайте робити перерви від розумового навантаження, ходіть на прогулянки, медитуйте, візуалізуйте бажання. Можна читати детективи, розв’язувати головоломки.

Сенсорний. Цей тип пов’язаний з органами відчуттів. Вам можуть допомогти аромотерапія, тепла ванна, музика, іграшки-антидепресанти і т.д. Також сюди можна додати якісний сон та проведення часу зі своїми домашніми улюбленцями.

Емоційний. Ви маєте визначити, які дії викликають у вас позитивні емоції. Прогулянки з друзями, розмови з рідними, заняття творчістю та ін. Ви маєте знати, що заряджає вас позитивом, уникати стресу і негативу.

Отже, щоб «підзарядитися», спочатку визначте свій тип «енергобусту», заплануйте, що будете робити, й виконуйте завдання почергово.

4.3. Прийоми саногенного мислення

У світі немає нічого доброго чи поганого,
все залежить від нашого ставлення (В. Шекспір).

Пусковим механізмом розвитку психосоматичних захворювань є надмірне емоційне реагування (переважно негативне) людини на певні чинники: події, стосунки тощо. На думку Ю. Орлова, загалом будь-яка емоція є згубною, стресогенною, якщо вона повністю керує поведінкою людини, цілком опановує її [48]. Проте емоції – продукт розуму, тому саме від особливостей розумової поведінки, сприйняття людиною тих чи інших явищ може залежати і вплив негативних емоцій на психіку. З огляду на це науковці виділяють 2 протилежних типи мислення: патогенне і саногенне.

Зміст патогенного мислення становлять роздуми, уявлення, пов'язані з образою, соромом, заздрістю, невдачею, страхом, ревнощами та іншими негативними емоційними переживаннями людини. За такого типу мислення стрес, напруженість посилюються й підвищують ймовірність виникнення психосоматичних розладів. Саногенне мислення, навпаки, свідомо спрямовується на подолання негативних емоційних розладів і сприяє психічному оздоровленню людини [49]. При цьому людина ніби відокремлює себе від власних переживань і, спостерігаючи за ними, виробляє форму пристосування до них. Таке мислення зменшує внутрішній конфлікт, дозволяє контролювати емоції, потреби та бажання і, відповідно, стає на заваді хворобам.

Навчання саногенній поведінці дозволяє нормалізувати систему відносин особистості, усунути патологічні механізми неадекватних психосоматичних реакцій. З цією метою використовуються методики психодіагностики («Визначення типу темпераменту» (за Айзенком), «Визначення ступеня схильності до стресу», «Шкала реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч. Спілбергера - Ю. Ханіна та ін.), елементи психологічного консультування, ознайомлення із загальними методами психокорекції і психотерапії, заснованими на прийомах саногенного мислення і різних видах саморегуляції.

Результатом системної роботи в цьому напрямі стала «Програма особистої психопрофілактики», складена студентами при виконанні завдання лабораторної роботи «Психопрофілактика психосоматичних розладів» та винесена на загальне обговорення в групі.

Основні методи і прийоми формування саногенного мислення і саморегуляції були апробовані також під час проведення майстер-класу «Позитивне мислення та основи само-ефективності майбутнього спеціального педагога» в рамках проведення Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції «Сучасна логопедія: інноваційні технології» (м. Миколаїв, 10 червня 2021 року). Метою майстер-класу була активізація вміння мислити позитивно як ресурсу саморегуляції та досягнення успіху. В процесі його проведення було з'ясовано сутність поняття «позитивне мислення»; вироблено правила позитивного мислення й оптимізму; студенти і викладачі, учасники семінару, навчилися перетворювати негативні фрази і думки на позитивні. Застосування ігрових, інтерактивних, тренінгових форм дозволило забезпечити стійку мотивацію та інтерес слухачів, їх активну участь у обговоренні й виконанні ігрових і тренінгових завдань. Особливий інтерес викликали теми «Гормони щастя» (позитивні емоції), «Різновиди позитивного мислення», «Правила позитивної мови»; вправи на формулювання позитивних афірмацій і налаштувань; техніки позитивного опрацювання неприємних ситуацій «Чарівні запитання», «Рецепт позитивних думок»; метод рефреймінгу; гра «Скептики й оптимісти»; створення портрета улюбленця долі; творче завдання «Скарбничка оптимізму» та ін.

Посмішка і позитивний настрій - найкраща профілактика багатьох захворювань. Щоб не псувати своє здоров'я, пропонуємо виконувати кілька простих правил і прийомів.

Частіше посміхатися.

Прокинувшись вранці і бачачи за вікном похмуре небо, на весь день може зіпсуватися настрій. Так, сонце сховалося за хмарки, а це означає, що майбутній день буде свіжим і бадьорим. Подивіться на себе в дзеркало, кого ви побачили? Гарну, щасливу і привабливу людину, яка може показати собі смішну пику і посміхнутися, і обов'язково це зробіть. Посміхайтеся людям! Отримавши у відповідь привітну

посмішку, відразу покращите настрій. У стані депресії часто просто неможливо щиро посміхнутися, в цьому випадку потрібна консультація психолога.

Скажемо «ні» поганим думкам.

Обмежте спілкування з людьми, які постійно ниють і вихлюпують на вас негатив або зовсім перестаньте з ними спілкуватися. Хай це не здається вам поганим вчинком - обмежуючи себе в потоці «поганої» інформації, ви впускаєте у своє життя радість, будете помічати більше позитивних моментів, ніж було раніше. Якщо раптом у вас виникли важкі думки, ви почали нервувати, засмутилися або сердитеся на кого-небудь, постарайтеся відволіктися на приємні справи. Дуже добре допомагає фізична активність - можна перебрати речі в шафі, зробити прибирання, попрасувати білизну або просто покататися на велосипеді. Коли ми даємо собі фізичні навантаження, організм всі поживні речовини переробляє в енергію, йому просто не залишається сил на вироблення гормонів стресу.

Вчимося висловлювати свою особисту думку.

Люди, які тримають в собі свої переживання, найчастіше страждають від різних психосоматичних захворювань. Потрібно навчитися не тримати свої думки в собі, не переживати мовчки, приховуючи від усіх свої проблеми. Важливо розповідати про свої переживання, щоб вони не тиснули на вас. Ви засмучені вчинком чоловіка? Скажіть йому про це, нехай він про це знає. Ви переживаєте через якусь майбутню подію? Поговоріть про неї з близькою для вас людиною, щоб привести думки в порядок.

Забути про минуле і жити сьогоденням.

Дуже часто події минулих років довгий час не дають нам спокою, повертають в колись пережиті події. Якщо це болючі спогади, то вони принесуть тільки біль, якщо щасливі, то можуть призвести до того, що ви почнете порівнювати минуле життя зі справжнім.

Частіше посміхайтеся, думайте про хороше і мрійте.

Як розслабитися.

Якщо ви схильні до психосоматичних хвороб, важливо вміти знімати стрес. Ось проста вправа, яке допоможе в цьому.

Зручно сядьте, розслабтеся. Дихайте животом (слідкуйте, щоб грудна клітка практично не піднімалася).

Потім сповільнюйте дихання, роблячи вдих і видих на рахунок – наприклад, вдих – на раз-два, видих – раз-два-три. Повільно, протягом декількох хвилин, доведіть рахунок на видиху до п'яти або шести, що не подовжуючи вдих.

Уважно прислухайтеся до себе, відчуйте, як дихання стає більш вільним. Виконуйте по 10-20 хвилин вранці і ввечері.

Як впоратися з негативними думками, що викликають стресс.

Припустимо, ви збираєтеся взяти кредит, влаштуватися на нову роботу або здати важливий іспит і сильно нервуєте через ймовірну невдачу. Нічого страшного ще не сталося і, можливо, не відбудеться, але вас уже переповнюють тривожні думки, ви майже в паніці. Щоб уникнути цього, необхідно знецінити для себе негативні наслідки. Уявіть, що найгірше вже трапилося. Що ви будете робити в цьому випадку, як зможете звести наслідки до мінімуму? Знайдіть декілька варіантів виходу з негативної ситуації ще до того, як опинитеся в ній.

Робота з афірмаціями.

Афірмація (від лат. Affirmatio – підтвердження) – коротка фраза, що містить вербальну формулу, яка при багаторазовому повторенні закріплює необхідний образ або установку в підсвідомості людини, нібито сприяючи поліпшенню її психоемоційного фону і нібито стимулюючи позитивні зміни в її житті.

Рекомендації, які дозволяють запустити работу аффірмаций:

- по можливості, ввімкніть розслабляючу музику;
- закрийте очі;
- зробіть кілька глибоких вдихів і видохів;
- уявіть, що ви сидете на березі лісового озера: подивіться на воду й спробуйте заспокоїтись;
- усвідомте спочатку смисл афірмації, яку ви збираєтесь проговорити;
- повільно і спокійно проговорити афірмацію;
- зробіть паузу;
- проговоріть афірмацію ще раз;

• зробіть ще одну паузу, продовжуйте знаходитись із закритими очима та спостерігати воду лісового озера;

• продовжуйте проговорювати афірмацію вдумливо, спокійно, роблячи паузи, протягом кількох хвилин.

Повільно відкрийте очі й поверніться в наш прекрасний світ. Нехай у цей момент він насправді стане для вас прекрасним.

Найбільш популярні афірмації (жіночий варіант):

Я спокійна.	Я успішна.
Я щаслива.	Я багата.
Я кохана.	Я здорова.
Я гарна.	Я енергійна.
Я вільна.	Я позитивна.

Афірмації можуть бути й у вигляді більш розгорнутих фраз, наприклад: «Я відчуваю, як моє тіло наповнюється здоров'ям», «До мене прийде успіх» та ін. Поєднуючи такі фрази, складають медитації.

Практична рекомендація, яка може підсилити позитивний ефект афірмації: один сеанс – одна фраза. Проговорювати приблизно протягом 5 хвилин. Намагайтеся не говорити за один раз одразу кілька афірмацій. Говоріть те, що відчуваєте або чого найбільше потребуєте в даний момент.

Техніка рефреймінгу («розтяжки мислення»). Наше мислення працює зазвичай за звичними схемами, але далеко не завжди вони найефективніші. Конструктивні думки – це те, що допомагає вирішувати проблеми, досягати цілей і не «заганяти себе» в страхи і негатив. Тому, якщо ви помічаєте у себе схильність до песимізму і тривожності, спробуйте «розтягнути» своє мислення (зробити його більш гнучким) за допомогою розумової гри. Кожен раз, помічаючи у себе думка-катастрофу або думка «як це погано», продовжите її фразою «і це добре, тому що». Ймовірно, ідеї не з'являться «як з рогу достатку», не здавайтеся. Якщо зовсім нічого в голову не приходить, підключіть фантазію: а якби йшлося про іншу планету? Або про інший світ? Наприклад, «сьогодні жахливо холодна погода і це добре, тому що якщо зима стане аномально теплою, то і літа нормального не буде». Або «я знову накосячив зі звітом і це добре, тому що в наступний раз я цю помилку точно побачу і не пропущу». Мета вправи – збити себе з

протоптаних (в тому числі на рівні нейронів) шляхів негативної оцінки ситуації.

Прийоми когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) [57]

При тривозі (напади панічної атаки) над нами гору беруть емоції. Людина занурюється в переживання, починає викривлено сприймати події чи власний стан, через що може здаватися, що виходу немає.

Оскільки емоційний та фізичний стани взаємопов'язані, думки й переконання відбиваються на самопочутті й навпаки. Негативні емоції та непрожитий травматичний досвід, до якого ми повертаємося, заганяють нас у глухий кут. КПТ працює з психо-біо-соціальними факторами становлення людини та допомагає краще розібратися зі способом мислення. Знаходяться та усвідомлюються неточні чи негативні інтерпретації та оцінки ситуації і в процесі коригується поведінка так, щоб об'єктивніше дивитися на складні ситуації та реагувати на них більш позитивно.

«Трамвайчик» - універсальна техніка, що допомагає звільнитися від надокучливих думок і керувати ними. Так, можна уявити, як ви стоїте на зупинці, на яку приходить трамвай, тобто певна думка. Ви вітаєтеся з нею та запитуєте себе, чи корисна вона зараз. З огляду на відповідь, ми сідаємо чи ні в цей трамвай. Якщо «так», то розробляємо план дій, а якщо «ні» – відпускаємо трамвай і дивимося, як він віддаляється. Щоб не повернутися до нав'язливих думок, варто чимось захопити увагу. Наприклад, дихати, слухати музику, подзвонити близьким, приготувати їжу.

4.4. Екологія спілкування

Питання екології на часі стоять дуже гостро. Вони хвилюють людство настільки, що люди почали замислюватися і про екологічність у психологічній площині: екологію душі, мислення, спілкування. Екологічність передбачає безпеку. Це стосується не тільки поводження з природою, захисту навколишнього середовища, але і власних кордонів особистості. Тема екології спілкування до кінця не вивчена і складна, але, тим не менш, є важливим аспектом при виборі людиною свого оточення.

Проблеми, які виникають у взаєминах, з'являються переважно внаслідок непорозуміння. Дружина не може достукатися до чоловіка, батьки до дитини, підлеглий до керівництва. Всі конфлікти, незалежно від масштабу, базуються на непорозумінні, небажанні поставити себе на місце іншого і нехтуванні особистими межами. Часом дружба і спілкування (а в деяких випадках, і особисті стосунки) з іншою людиною приносить лише негативні емоції і знижують самооцінку. Таку взаємодію називають «токсичною». І навпаки, помічено і неодноразово доведено, що людина, яка здатна побудувати міцні екологічні відносини, засновані на повазі та прийнятті інших, оточує себе такими ж людьми і почувається комфортно і безпечно. Цінною валютою за емоційний внесок у дружбу, спілкування або відносини є наші позитивні емоції, довіра до партнера, спільна радість і підтримка у складні часи. Отже, чим же екологічне спілкування відрізняється від токсичного?

Спілкування з окремими людьми може не тільки не приносити радості, а й бути психологічно шкідливим. Таке спілкування позбавляє сил, знижує самооцінку. Токсична людина харчується негативними реакціями, які відчуває інша людина - почуттям провини, слабкістю. Найчастіше, при токсичному спілкуванні негативний вплив на іншу людину досягається з метою підвищення власної значущості, збільшення самооцінки агресора.

Можливо, в дитинстві агресор був на місці людини, яку нині намагається зробити своєю жертвою. Досягатися вплив на іншу людину може за допомогою, наприклад, психологічного тиску, обману, маніпуляцій (як у робочих, так і в особистих, дружніх стосунках). З токсичних відносин - краще виходити. В крайньому випадку, якщо є бажання і сили - можна спробувати дати відсіч агресору. Для цього існує багато прекрасних способів (наприклад, метод амортизації, психологічного айкідо М. Є. Литвака).

Токсичні люди можуть матеріалізовуватися у нашому оточенні у вигляді депресивно налаштованого друга, якому ми безуспішно намагаємося піднімати настрій за рахунок власних ресурсів. Також можуть зустрічатися люди, які занурюють інших у власну безодню тривожності, негативу, безпричинної злості. Напевно, всі люди в тій чи

іншій мірі стикалися з подібними шкідливими психологічними проявами в своєму житті.

Завжди важливо намагатися проводити аналіз і вивчати передумови поведінки людей. Проте вивести токсичних людей на інший рівень свідомості без їх згоди не вийде. Тому для особистого психологічного комфорту безпечніше будувати взаємини з людьми, які готові до екологічних відносин, і дотримуються балансу «брати/давати», а не тільки «беруть» ресурс з інших.

Не допустити сварок, розлучень, образ і хворобливих розривів відносин, а отже, і зберегти ментальне здоров'я у більшості випадків можна. Для цього достатньо прийняти у свій світ філософію екологічного спілкування.

Екологічне спілкування – це спілкування, засноване на принципах поваги до себе і партнера. Таке спілкування розвиває, розкриває потенціал особистості і кращі сторони один одного. Екологічного в спілкуванні партнера можуть охарактеризувати такі фактори, як багате духовно-моральне наповнення особистості (або прагнення до духовного розвитку) і усвідомленість (тобто розуміння наслідків своїх думок і вчинків).

Принципи екологічного спілкування:

Делікатність. При спілкуванні з іншими людьми необхідно бути делікатним. Кожна людина являє собою синтез психо-емоційних реакцій і неможливо передбачити, як відгукнеться різке слово, дія в її душі, які дії за цим послідують.

Повага до себе і партнера. Шанобливе ставлення до себе самого дозволяє з повагою ставитися і до партнера, не допускати прояву неповаги в будь-якій ситуації.

Розвиток себе як особистості, духовний розвиток. Відповідає злом на зло, бажає зла іншій людині, як правило, не розвинена духовно людина, яка не розуміє життєвого закону бумеранга. Якщо ми піддаємося чужому негативному впливу, то лише тому, що всі ми жертви жертв. Гармонійна всередині людина не буде завдавати зло іншому.

Дотримання власних особистих кордонів. Необхідно вміти визначати токсичне оточення і вибудовувати власні кордони у відносинах, важливі для вашого особистого комфортного психологічного стану.

Дотримання особистих меж іншої людини. У спілкуванні кожна людина індивідуальна, розкривається по-своєму. Тому потрібно поважати це її право і з розумінням ставитися до ситуації, коли, наприклад, інша людина дотримується дистанції в спілкуванні, відносинах. Або, в не комфортному для вас темпі, скорочує її. У цьому випадку, потрібно донести партнеру інформацію про те, що для вас комфортно, а що ні.

Емоційна зрілість (емоційний інтелект). Емоції - це фарби нашого життя, саме вони надають нашому життю яскравості. Вміння керувати своїми емоціями, проявляти гнучкість у відносинах, здатність залишатися спокійними і не напруженими - дуже значущі якості в сучасному житті. Їх володарі дуже цінні партнери в спілкуванні.

Психогігієна. Необхідно привносити в своє життя методики, спрямовані на збереження, підтримання і зміцнення психічного здоров'я інших людей (здоровий спосіб життя, знання про фактори психічного здоров'я).

Дотримання балансу «брати/давати». Порушення такого балансу має руйнівні наслідки для обох сторін. Якщо ви більше даєте і мало отримуєте назад - це позбавляє вас сил, енергії і, в кінцевому підсумку, зникає бажання вкладатися в спілкування, відносини. Якщо ви отримуєте більше, ніж даєте натомість, аналогічні почуття відчуває ваш партнер - поступово бажання вкладати більше може бути вичерпано.

Вміння слухати. Людина, яка не тільки говорить про себе, але і вміє слухати і, головне, чути, співрозмовника, дуже цінна і приємна в спілкуванні.

Вміння відстежувати свої і чужі емоції в моменті, не піддаватися їм. Усвідомлена людина розуміє, що приймати рішення в емоціях - не вірний шлях. Необхідно навчитися відстежувати свої емоції, емоції

інших людей, щоб не допускати сварок, конфліктів, вміти дорожити відносинами.

Критерій, згідно з яким можна сформувати розуміння екологічного спілкування у вас з вашим партнером – це емоційний відгук, який ви отримуєте (або не отримуєте) в результаті такого спілкування.

Якщо спілкування вас надихає, підтримує емоційно, додає сил - таке спілкування можна віднести до екологічного. Якщо в результаті спілкування ви відчуваєте втому, воно виснажує вас і забирає сили - таке спілкування, по можливості, варто припинити, воно може бути для вас токсичним і навіть небезпечним з психологічної точки зору.

Техніка ненасильницького спілкування

Кожна друга людина хоча б раз у житті мала справу з емоційним насильством. Бути коректними у спілкуванні та не спричиняти неприємних емоцій своїм співрозмовникам може не завжди вдаватися.

Допомогти в цьому може **ненасильницька комунікація** – практика, що полягає в емпатії та розумінні своїх і чужих почуттів та потреб. Основоположником цієї моделі є американський психолог Маршалл Розенберг. Його тренінги, які розпочались у 1960-х, згодом переросли у заклад Центр NVC (ненасильницької комунікації), що був створений у 1984 році і досі залишається життєво важливим ресурсом для бурхливого світу.

Ми живемо своїм життям від моменту до моменту, але більшу частину часу – на автопілоті, реагуючи звично нам та без усвідомлення. Ненасильницька комунікація – це мова, яка допомагає трансформувати оборону та агресію у співчуття та емпатію, покращуючи якість стосунків.

Ненасильницьке спілкування зосереджується на ***3 аспектах спілкування:***

- *Самопереживання* – глибоке і співчутливе усвідомлення внутрішнього досвіду та почуттів.
- *Емпатія* – здатність слухати іншу людину з розумінням та прийняттям.

- *Чесне самовираження* – здатність висловлюватися правдиво та заявляти про свої потреби, не звинувачуючи та не критикуючи інших.

Методика, описана у книзі Маршалла Розенберга «Ненасильницьке спілкування: мова життя» [58] полягає в 4-х основних кроках, які покращують стосунки з оточенням.

1. Об'єктивно спостерігайте за ситуацією.

У будь-якій ситуації спробуйте спостерігати об'єктивно, не оцінюючи, не звинувачуючи та не засуджуючи морально себе чи іншу людину. Використовуйте свої органи чуття (зір, слух, дотик, смак, запах) для спостереження.

Спостереження без оцінки полягає у здатності помічати конкретні речі та дії навколо нас. Ми вчимося розрізняти судження і відчуття в конкретний момент та просто спостерігати за тим, що відбувається.

Щодня ми бачимо, відчуваємо, торкаємося, чуємо і нюхаємо. Відокремлюючи ці речі від власних обмежених інтерпретацій, думок та оцінок, ми зможемо глибше зрозуміти світ, що нас оточує.

У книзі Розенберг наводить приклади суб'єктивних висловлювань та ділиться практикою для відокремлення спостережень від оцінок:

Невідповідальність за власну оцінку.

Замість «Ти занадто щедрий/-а» можна сказати «Коли я бачу, що ти віддаєш усі гроші на обід іншим, я думаю, що ти занадто щедрий/-а».

Висловлення, що думки, почуття, наміри чи бажання іншої людини єдино можливі.

Замість «Вона не отримає свою роботу» можна сказати «Я не думаю, що вона отримає свою роботу» або «Вона сказала: "Я не отримаю свою роботу"».

Робити категоричні припущення.

Замість «Якщо ви не харчуєтесь збалансовано, хворітимете» можна сказати «Я боюся, що якщо ви не харчуватиметеся збалансовано, ваше здоров'я погіршиться.

Невизначення референтів.

Замість «Наші сусіди не піклуються про своє майно» можна сказати «Я давно не бачив, як сім'я, що мешкає в сусідньому будинку, прибирає двір».

Використання оцінок замість фактів.

Замість «Роналду – поганий футболіст» можна сказати «Роналду не забив гол у 20 іграх».

Використання прислівників та прикметників способами, які не означають оцінку.

Замість «Іполіт страшний» можна сказати «Іполіт мене не приваблює».

Люди можуть не погоджуватися з оцінками, але об'єктивні факти дають їм спільну точку для спілкування. Ви не можете сперечатися щодо фактів, які справді сталися.

2. Сформулюйте, як спостереження породжує у вас почуття.

Коли ми помічаємо речі навколо нас, неминуче відчуваємо різні емоції та фізичні відчуття в кожну конкретну мить. Замість того, щоб засуджувати, критикувати або звинувачувати себе чи іншу людину у своїй голові, визначте та висловіть, які спостереження спричиняє у вас почуття.

Розенберг пропонує подумати, чи виражають почуття такі твердження. Якщо ні, як би ви змінили їх?

«Ти мене не любиш».

«Мені сумно, бо моя потреба бути коханим/-ою не задоволена».

«Мені прикро, що ти йдеш».

«Мені страшно, коли ти це кажеш».

«Коли ти не вітаєшся зі мною, я відчуваю себе пригнічено».

«Я радію, що ти можеш прийти».

«Я почуваюся неправильно зрозумілим/-ою».

«Я почуваюся добре завдяки тому, що ти зробив/-ла для мене».

Або ж, наприклад, якщо ваш/ваша колега запізнюється, а ви це помітили, можете сказати йому/їй «Я бачив, як ти прийшов сьогодні та вчора пізніше. Чи все у тебе добре?».

3. Пов'яжіть це з вашими потребами.

Усі люди мають потреби та цінності, які підтримують та збагачують їхнє життя. Коли ці потреби задовольняються, ви відчуваєте себе комфортно. Розуміння того, що ми та наше оточення маємо ці потреби, є важливим кроком у практиці ненасильницької комунікації та розвитку своєї емпатії.

Пов'яжіть спостереження та почуття з потребою, яка не задовольняється. Те, що відбувається з нами, і наше почуття опісля є результатом нереалізованих потреб. Пов'язуючи свої спостереження та почуття з потребою, можна заявити про свою потребу або спробувати зрозуміти, що потрібно іншій людині.

Знову ж таки, у випадку зі звичним запізненням працівника, ви можете сказати: «Я помітив/-ла, що ти запізнювався/-лася 3 рази на тиждень (спостереження). Я відчуваю занепокоєння (почуття), бо нам потрібно дотримуватися своїх дедлайнів (потреби)».

В особистих стосунках прикладом може бути: «Я помітив/-ла, що під час нашої розмови ти підвищив/-ла голос на мене (спостереження). Мене це засмучує (почуття). Ти був вчора злий/-а, бо я не мав/-ла можливість тобі зателефонувати (потреба)?».

Також Розенберг пропонує подумати, чи визнають такі заяви відповідальність за потреби? Якщо ні, як би ви змінили їх?

«Ви дратуєте мене, коли залишаєте документи компанії на підлозі конференц-залу».

«Мене дратує, коли ви залишаєте документи компанії на підлозі конференц-залу, оскільки мої потреби в безпеці та порядку не задовольняються».

«Я злюся, коли ви це говорите, тому що я хочу поваги і відчуваю, що ваші слова образливі для мене».

«Я відчуваю розчарування, коли ти запізнюєшся».

«Мені прикро, що ви не прийдете на вечерю, адже я сподівався/-лася, що ми зможемо провести вечір разом».

«Я щасливий/а, що ти отримав/-ла цю нагороду».

«Я боюся, коли ти підвищуєш на мене голос».

Визначте конкретну ситуацію у власному житті, коли ваша потреба була задоволена або не задоволена. Скористайтеся формою «Я відчуваю _____, бо моя потреба в _____ є / не задовольняється».

4. Висловіть запит або прохання.

Визначення чітких прохань має вирішальне значення для трансформаційної місії ненасильницької практики. Коли ми вчимося говорити про конкретні дії, які можна здійснити в цей момент, то починаємо знаходити шляхи співпраці та забезпечувати задоволення потреб кожного.

Проговоривши своє спостереження, почуття та потребу, варто чітко запитати, що вам потрібно від іншої людини. Мета полягає у спробі мотивувати людину з готовності та співчуття, а не через страх, провину, сором або зобов'язання.

Наприклад, ви можете сказати: «Я помітив/-ла, що ти запізнювався/-лася 3 рази на тиждень. Я відчуваю занепокоєння (почуття), тому що нам потрібно дотримуватися своїх дедлайнів (потреби). Тобі потрібні декілька вихідних, щоб розібратися в особистих справах вдома (запит)?».

Ви також можете попросити у людини пропозиції чи можливі рішення ситуації: «Що ми можемо зробити для покращення твоєї відвідуваности? У тебе є ідеї, як можна уникнути запізнення на роботу?»

Подумайте також, чи чітко висловлюються наступні твердження, що необхідно вживати конкретних дій? Якщо ні, як би ви змінили їх?

«Я хочу, щоб ви мене зрозуміли».

«Я хотів/-ла би, щоб ви сказали мені одне, що я зробив і що ви цінуєте».

«Я хотів/-ла би, щоб ти відчував більше впевненості в собі».

«Я хотів/-ла, щоб ти кинув пити».

«Я хотів/-ла би, щоб ти дозволив мені бути собою».

«Я хотів/-ла би, щоб ви були чесними зі мною щодо вчорашньої зустрічі».

«Я хотів/-ла би, щоб ви їхали з меншою швидкістю».

«Я хотів/-ла би познайомитися з тобою ближче».

«Я хотів/-ла би, щоб ви виявили повагу до моєї приватності».

«Я хотів/-ла б, щоб ти частіше готував/-ла вечерю».

Із цих чотирьох компонентів Маршалл створив модель для збагачення життя, яка може бути надзвичайно ефективною для вирішення конфліктів із членами сім'ї, друзями, колегами та самими собою. Основний контур моделі такий:

Коли я бачу, що _____

Я відчуваю _____

тому що моя потреба в _____ є / не задовольняється.

Чи готові ви _____?

Слід мати на увазі, що це лише модель і що використання цієї форми та цієї мови не є найважливішим аспектом комунікації. Насправді що частіше ми практикуємось і змінюємо стандартні моделі поведінки, то швидше почнаємо помічати, що всі ці чотири компоненти можуть бути використані одночасно у нашому спілкуванні [58].

4.5. Розвиток емоційного інтелекту

Будь-хто може розізлитись – це легко.
Проте злитися на конкретну людину
саме такою мірою, саме в цей момент,
задля конкретної мети, обравши саме
цей спосіб – це нелегко.
Аристотель «Нікомахова етика»

Добре бачить лише серце. Найголовнішого не побачити очима.
Антуан де Сент-Екзюпері «Маленький принц»

Поняття емоційний інтелект уперше було сформульоване в 1990 році психологами Джоном Маєром (Нью-Гемпширський університет) та Пітером Саловеєм (Єльський університет). Це була по-справжньому революційна ідея, оскільки в той час ключовим показником того, чи стане людина успішною в житті, вважалась оцінка рівня IQ. Ця ідея була підхоплена і активно розвинута Деніелом Ґоулманом [14] на основі досліджень у сфері афективної психофізіології – науки, що вивчає регуляцію емоцій у головному мозку людини. У 1995 році з'явилася його книга під назвою «Емоційний інтелект». Дещо згодом – низка інших: «Робота з емоційним інтелектом» (1998), «Емоційне лідерство: мистецтво управління людьми на основі емоційного інтелекту» (у співавт. Р.Бояцис, Е.Мак-Кі, 2002). Ще одним джерелом наукових теорій про емоційний інтелект був Реувен Бар-Он (Техаський університет в Х'юстоні), автор книги «Довідник емоційного інтелекту».

Емоційний інтелект (EQ або EI) визначається як здатність мотивувати себе і, незважаючи на труднощі, наполегливо йти до мети, вміння стримувати імпульсивні дії та відкладати задоволення, контролювати свій настрій і не дозволяти стражданням блокувати раціональне мислення, співпереживати й сподіватися [14, с. 77]. Згідно Д. Ґоулману, структуру, або ***основу емоційного інтелекту складають:*** *самосвідомість, самоконтроль, соціальна свідомість та вміння налагоджувати стосунки* [14, с. 17].

У той час як емоційний інтелект визначає потенційну здатність людини опановувати основи самовладання тощо, емоційна компетентенція показує, яку частину своїх можливостей людині

вдалось опанувати на такому рівні, щоб розширити вміння, необхідні для виконання своєї роботи [14, с. 17].

Нині фахівці виділяють 3 моделі ЕІ, але існують десятки варіацій.

Перша модель (П.Саловей, Д.Маєр) ґрунтується на традиційному уявлені інтелекту, яке сформувалося ще століття тому на базі перших робіт про IQ.

Друга модель (Рувен Бар-Он) базується на його дослідженні добробуту.

Третя модель (Д.Ґоулман) орієнтована на продуктивність в роботі та розвиток управлінських навичок, об'єднуючи теорію ЕІ з десятиліттям досліджень, присвячених моделюванню компетенцій, які відмежовують прекрасних працівників від просто хороших.

Концепцію Д. Ґоулмана активно підтримали педагоги, започаткувавши програми «соціального й емоційного навчання» (SEL), започатковані в навчальних закладах США, Великій Британії, Японії, Кореї та інших країнах світу. Вони розроблені для різних категорій дітей і роблять акцент на різних соціально-емоційних навичках. Наряду з корекційними програмами у школах США, наприклад, викладають загальноосвітні практичні курси: «Наука про себе» (предмет про почуття – власні і ті, що виникають у стосунках з іншими), «Життєві навички» (уроки емоційної грамотності), «Програма творчого вирішення конфліктів» (зосереджена на розв'язанні шкільних суперечок), «Стимулювання активних стратегій мислення» (усвідомлення емоцій та почуттів як основи ненасильницького спілкування), «Програма соціальної компетентності» (методики розв'язання конфліктів). Таке навчання впливає на формування у дитини систем нервових зв'язків, зокрема, виконавчих функцій прифронтальної кори головного мозку, які керують короткочасною пам'яттю (де ми зберігаємо інформацію в процесі навчання) і гальмують руйнівні емоційні імпульси.

Понад 2 десятки років триває дискусія науковців про те, що важить більше у досягненні успіху – рівень IQ або ЕІ, чи можливо інші змінні. Однозначної відповіді, звичайно, дати неможливо. Проте, можна з упевненістю сказати, що емоційний інтелект стає важливішим за IQ у тих сферах, де розумові здібності є відносно менш значущими

для досягнення успіху – там, де, наприклад, емоційна саморегуляція та емпатія відіграють більшу роль, ніж суто пізнавальні здібності.

Деякі з окреслених вище сфер посідають чи не найважливіше місце в нашому житті. Насамперед, це – здоров'я, у тому розумінні, що тривожні емоції та деструктивні стосунки є потужними факторами ризику у випадку хвороби. Ті, хто може керувати своїм емоційним життям з більшим самоусвідомленням і самовладанням, мають досить помітну перевагу, коли йдеться про здоров'я – нині існує багато досліджень, які це підтверджують.

Ще одна сфера життя, яка залежить від емоцій – це романтичні та особисті стосунки. І ми всі чудово знаємо, що тут навіть дуже розумні люди роблять надзвичайно дурні і нелогічні речі.

Третя сфера охоплює найвищі рівні суперництва, наприклад, спортивні змагання світового класу. Як зауважив спортивний тренер олімпійської збірної США, кожен з них присвячує понад 10 тисяч годин такій практиці, тому успіх залежить, насамперед, від розумової гри спортсмена.

Результати дослідження про лідерство в бізнесі й інших професіях формують дещо складнішу картину. Рівень IQ визначає, чи зможе людина впоратись із когнітивними проблемами. Проте цей показник відходить на 2-й план, коли йдеться про лідерство в інтелектуально вимогливій сфері діяльності, де всі претенденти пройшли добір за рівнем інтелекту і досвіду. І саме емоційні здібності найточніше визначають, хто саме з групи дуже розумниих людей зможе стати вправним лідером. На найвищому рівні моделі компетентного управління, як правило, на 80 чи навіть 100% складаються зі здібностей, котрі грунтуються на емоційному інтелекті.

З'являється дедалі більше доказів того, що фундаментальні моральні погляди на життя формуються під впливом базових емоційних здібностей. Беручи до уваги, що імпульс – це спосіб передачі емоції, а першоджерелом усіх імпульсів є почуття, що прагне виявитись у дії, то:

- ті, над ким імпульс бере гору, кому бракує самоконтролю, страждають від моральних відхилень, адже здатність контролювати імпульс є основою волі і характеру;

- альтруїзм бере свій початок з емпатії – вміння читати емоції інших людей;
- байдужість до чужих потреб чи відчаю пояснюється відсутністю почуття турботи.

Виходячи з цього, критично важливими в наш час, для якого характерні підвищений рівень стресу і як наслідок – рівня агресії і насильства, а також зниження рівня ментального здоров'я в суспільстві, є 2 моральних принципи: *самоконтроль* і *співчуття*.

В процесі еволюції емоції посіли центральне місце в людській психіці. Емоції керують нами в ті моменти, коли ми стикаємося з труднощами чи завданнями, які є занадто важливими, щоб покладатися лише на розум, серед них: небезпека, болючі втрати, наполегливість на шляху до мети всупереч труднощам, налагодження стосунків, створення сім'ї. За кожною емоцією стоїть готовність діяти у певний спосіб. Емоції вказують на той спосіб, який неодноразово допомагав нам успішно впоратись із постійними життєвими труднощами.

Коли йдеться про прийняття рішень чи обмірковування подальших дій, почуття настільки ж важливі, як і раціональне мислення, а можливо, й важливіші. Тому фактично ми маємо 2 розуми – один мислить (раціональний), другий відчуває. Ці два фундаментально різні способи пізнання взаємопов'язані та формують наше розумове життя. На побутовому рівні це називають протистоянням «серця» і «голови». Знати серцем, що це правильно, - зовсім інший ступінь переконаності, глибша впевненість, ніж коли так вважає наш раціональний мозок.

Чим інтенсивніше почуття, тим більше емоційний розум бере гору над раціональним. Це пояснюється тим, що мільярди років у процесі еволюції емоції та інтуїція відповідали за наші миттєві реакції в ситуаціях, коли життя опинялося під загрозою, коли обмірковування подальших дій могло коштувати нам життя.

У нашому емоційному репертуарі кожне почуття відіграє особливу роль, і це підтверджується тим, що всі емоції мають характерний біологічний вимір. Вчені виокремлюють від 4 (за П. Екманом: страх, гнів, сум, радість) до 10 базових емоцій, причому

більша їх частина – негативні. Такий розподіл еволюційно спрямований на виживання людства [44]. Кожна емоція готує тіло до різноманітних реакцій:

- *Лють*: кров приливає до рук, що дозволяє швидко схопити зброю і завдати удару. Сердцебиття пришвидшується, і викид гормонів, таких як адреналін, генерує достатньо енергії для рішучих дій.
- *Страх:* кров приливає до великих груп м'язів, наприклад, до м'язів ніг, що дозволяє нам швидше тікати. Через відтік крові лице блідне, і створюється враження, що «кров холоне в жилах». А тіло на мить ціпеніє, що дає нам кілька секунд для того, щоб оцінити ситуацію і зважити, чи не буде доцільним заховатись. Зв'язки в емоційних центрах мозку викликають викид гормонів, що тримають весь організм насторожі, роблять людину нервовою і готовою до дій, зафіксувавши її увагу на потенційній загрозі, щоб краще оцінити можливі варіанти реакції.
- *Радість:* активізується мозковий центр, який блокує негативні емоції; приплив енергії та пригнічення тих центрів, котрі відповідають за тривогу. Особливих біологічних змін не відбувається, виникає відчуття спокою, що допомагає тілу швидше повернутись у стан рівноваги після біологічного збурення, спричиненого негативними емоціями. Така комбінація дозволяє тілу не тільки відпочити, а й бути готовим з ентузіазмом виконувати будь-які завдання, прагнути більшого та ставити перед собою різноманітні цілі.
- *Любов,* ніжність та сексуальне задоволення супроводжуються збудженням парасимпатичної нервової системи, що є фізіологічною протилежністю до мобілізації організму, «інстинкту самозбереження», який активується, коли ми відчуваємо страх чи гнів. Парасимпатичні реакції, або, іншими словами, «розслаблення», - це набір реакцій, що підтримують загальний стан спокою та задоволення, полегшуючи нашу взаємодію.
- *Подив:* піднімаються брови, що дозволяє розширити поле зору, і більша кількість світла потрапляє на сітківку. Це допомагає отримати більше інформації про неочікувану подію, завдяки чому стає легше зрозуміти, що ж насправді віддбувається, і розробити найкращий план дій у певній ситуації.

• *Огида:* щось є бридким на смак чи погано пахне – прямо або метафорично. Вираз огиди на обличчі, - закопилена верхня губа і трохи наморщений ніс. За спостереженням Дарвіна, це – первісна реакція закрити ніздрі, щоб туди не потрапив згубний запах, та виплюнути отруйну їжу.

• *Сум:* допомага пристосуватися до значних втрат (смерть близьких) чи просто пережити важке розчарування. Коли ми сумуємо, енергія і ентузіазм, що спонукають до дій, особливо розваг, зникають, а коли сум поглиблюється і переростає в депресію, метаболічні процеси сповільнюються. Така інтроспекція, занурення в себе дає можливість оплакати втрату чи поплакати над невиправданими надіями, усвідомити їхні наслідки для нашого життя і, коли енергія повернеться, планувати все спочатку.

Емоційне піратство

Життя – це трагедія для тих, хто відчуває,
І комедія для тих, хто мислить.
Горацій Волпол

Випадки нестриманої емоційної люті неодноразово ставали причинами людських драм і кривавих трагедій. У найбільш критичних випадках їх класифікують як стан афекту.

Такі емоційні вибухи – це приклади піратства в нервовій системі. У такі моменти певний центр у лімбічній системі мозку оголошує надзвичайний стан, підпорядковуючи решту мозку своєму плану дій в екстренних ситуаціях. Піратське захоплення відбувається миттєво, викликаючи реакцію ще до того, як неокортекс, мислячий мозок, зможе загалом оцінити ситуацію, уже не кажучи про те, щоб вирішити, чи доцільно діяти в той чи інший спосіб. Коли критичний момент минає, ті, кого захопили емоції, не можуть чітко сказати, що на них найшло, - це і є ознакою емоційного піратства.

Емоційне піратство не завжди має негативні наслідки. Коли жарт видається нам надзвичайно смішним і ми просто вибухаємо сміхом – це також приклад реакції лімбічної системи. Або, наприклад, коли американський спортсмен Ден Джансен після кількох невдалих спроб завоював оломпійське золото (він поклявся зробити це для своєї смертельно хворої сестри) у змаганні на ковзанах в Норвегії (1994),

його дружина так зраділа, що їй знадобилася термінова допомога медиків.

Одного разу молодий чоловік, перебуваючи на відпочинку в Англії, обідав у кафе поблизу каналу. Прогулюючись після обіду вздовж кам'яних сходів, що спускались до каналу, він раптом побачив дівчинку, котра зі скам'янілим від страху обличчям втупилась у воду. Сам не розуміючи чому, він у своєму пальті і краватці стрибнув у воду. І тільки тоді зрозумів, що дівчинка була шокована, бо побачила немовля, яке впало у воду, а в нього була можливість врятувати маля.

У мигдалеподібному тілі зберігаються емоційні спогади (про те, що нам загрожує або приносить задоволення), - наші несвідомі переконання.

Спрацьовує екстренна магістраль, яка передає сигнали від ока чи вуха до таламуса, а потім до мигдалеподібного тіла, є дуже важливою, коли реагувати потрібно миттєво. Такі рудиментарні реакції базуються на почуттях, які випереджають раціональне мислення. Леду називає це «прекогнітивна емоція». З погляду еволюції цей механізм виправданий. Він є також головним для всіх нессавців та другорядним у ссавців. Зустрічається і у людей, проте обмежується критичними емоційними ситуаціями.

Якщо мигдалеподібне тіло розпізнає якусь інформацію від органів чуттів як ознаку наближення загрози, воно миттєво приймає рішення, викликаючи реакцію ще до того, як отримує докази існування цієї загрози чи будь-які інші підтвердження доцільності такої реакції.

Є 2 рушійні сили емоційного піратства: активація мигдалеподібного тіла і неможливість активізувати неокортикальні процеси, які зазвичай відповідають за збалансовані емоційні реакції, та залучення неокортикальних частин головного мозку в критичній емоційній ситуації. У ці моменти раціональний мозок опиняється під контролем емоційного.

Не дивно, що наші найсильніші емоції так і залишаються для нас загадкою, особливо в моменти, коли ми перетворюємось на їхніх рабів. Коли ми божеволіємо від люті чи страху, мигдалеподібне тіло може відреагувати ще до того, як кора головного мозку отримає інформацію

про те, що відбувається. *Такі сильні емоції виникають незалежно від раціонального мозку і випереджують усвідомлення.*

«Бийся, тікай або замри!» - головні стратегії виживання. Проте якщо для тварин вибір між нападом і втечею є єдино можливим, то для людей це вибір між тим, щоб *напасти чи втекти,* а також між тим, щоб *заспокоїти, переконати, шукати співчуття, змовчати, змусити почуватися винним, скиглити, прикриватися вдаваною хоробрістю, бути зарозумілим* і т. д.

Неокортикальна реакція повільніша, ніж механізм емоційного піратства, адже до процесу залучена більша кількість систем нервових зв'язків головного мозку. Така реакція також може бути розважливішою, бо тут раціональне мислення передує почуттям. Зв'язки між мигдалеподібним тілом (та відповідними структурами лімбічної системи) і неокортексом – це епіцентр усіх битв і договорів про співпрацю між головою і серцем, раціональним та емоційним. Ця система пояснює, чому емоції такі важливі для ефективного мислення – а саме в процесі прийняття рішень та в засвоєнні вміння чітко формулювати свої думки. Почуття є невід'ємною частиною прийняття раціональних рішень – вони скеровують нас у правильному напрямку, а там уже в гру вступає логіка.

Неврологи використовують термін робоча пам'ять на позначення спроможності мозку затримувати інформацію, необхідну для завершення виконання певного завдання. За таку пам'ять відповідає прифронтальна кора головного мозку. Проте система зв'язків, котра існує між лімбічною системою та прифронтальними частками мозку, означає, що сигнали сильних емоцій – тривоги, злості тощо – можуть стати на заваді в нервовій системі та саботувати роботу прифронтальної частки, яка відповідає за робочу пам'ять. Ось чому від засмучених людей можна почути фразу «в мене плутаються думки». Саме тому постійні емоційні стреси у дитячому віці можуть викликати відставання в розумовому розвитку, завдати шкоди здатності до навчання.

Старовинна японська притча

Один войовничий самурай завітав до учителя дзен і зажадав, щоб той пояснив йому, що таке рай і пекло. На це монах глузливо відповів: «Ти просто телепень! Я не можу марнувати час на таких, як ти!»

Це неабияк вразило самураєву гордість: він розлютився і, вихоаивши з піхов меч, крикнув: «Та я міг би вбити тебе за твоє нахабство!»

«Це і є пекло» - спокійно мовив монах.

Вражений правдивістю того, що вчитель сказав про лють, яка його охопила, самурай заспокоївся, вклав меча назад у піхви і схилив голову перед монахом, дякуючи за науку.

«А ось це – рай», - сказав монах.

На перший погляд, наші почуття є очевидними. Проте важлива постійна увага людини до своїх внутрішніх станів – самоусвідомлення. За допомогою саморефлексії наш розум спостерігає за переживаннями (включно з емоціями), аналізує та вивчає їх. Таке розуміння є близьким до того, що З. Фройд описував як метод «вільної уваги» (неупереджене фіксування всього, що відбувається в нашій свідомості, «спостереження за его»).

Самоусвідомлення неможливе без активної участі неокортексу, особливо мовних зон мозку, які відповідають за розпізневання і визначення емоцій. Таке собі холоднокровне усвідомлення своїх пристрастей чи бурхливих почуттів (метапотік) – це немовби перебування над потоком або біля нього, усвідомлення всього, що відбувається, але не пірнаючи і не розчиняючись у цьому потоці. Це різниця між всепоглинаючою люттю, яку ми відчуваємо до іншої людини, і саморефлекторною думкою «Я почуваю гнів» (навіть коли ми скаженіємо від люті). Така реакція – сигнал того, що неокортикальні системи зв’язків активно відстежують наші емоції. А це вже перший крок до того, щоб навчитися їх контролювати.

Якщо мова йде про емоції та вміння їх контролювати, існує кілька характерних сценаріїв поведінки, яких зазвичай дотримуються люди. Д. Маєр виділив 3 такі групи:

1) *Самосвідомі.* Усвідомлення настроїв, які в них виникають, допомагає таким людям побачити повну картину свого емоційного

життя. Чітке розуміння емоцій також підкріплює й інші характерні риси їхньої особистості: вони є автономними і добре розуміють межі свого особистого простору; у них хороше психологічне здоров'я; вони дивляться на життя з позитивом. Коли в них поганий настрій, вони не розмірковують про нього і не мучаться з цього приводу – вони здатні швидко його позбутися. Самоусвідомлення допомагає керувати емоціями.

2) *Поглинені емоціями.* Часто відчувають, що емоції поглинають їх і вони не можуть цьому опиратись, позаяк почуття перебирають контроль на себе. Таких людей не можна назвати емоційно стійкими, і вони не зовсім добре усвідомлюють свої почуття, тому часто розчиняються в них, замість того, щоб рухатися вперед. Вони майже не намагаються боротися зі своїм поганим настроєм, адже переконані, що не мають ніякої влади над своїм емоційним життям. Такі люди часто відчувають, що їх переповнюють емоції, над якими вони не владні.

3) *Смиренні.* Хоча ці люди мають чітке уявлення про те, що відчувають, вони найчастіше приймають свої настрої як щось неминуче й не намагаються їх змінити. Є 2 види таких людей. Одні переважно перебувають у доброму гуморі й тому не мають підстав щось змінювати, інші ж відсторонено приймають свій поганий настрій і, незважаючи на свої страждання, не роблять нічого, щоб його змінити. Ця модель поведінки поширена серед депресивних людей, які скорилися своєму відчаю [14].

Техніки керування гнівом (за Ю. Ворман) [9]

1. Коли відчуєте імпульс до зриву, спробуйте не реагувати на нього. Намагайтеся відтягти час. Якщо є можливість усунутися фізично від об'єкта подразнення - зробіть це. Приблизно через 15 хвилин ви заспокоїтеся.

Відмовляючись реагувати на подразник звичним неекологічним способом, ви даєте собі внутрішню свободу. Ваша початкова реакція – це лише звичка, рефлекс, що формувався із самого дитинства. За бажання ви можете це змінити, поступово відпрацьовуючи нові стратегії поведінки. Для цього вам знадобиться час, терпіння та увага.

2. Якомога точніше визначайте, що ви можете змінити, а що – ні.

Учіться відпускати ситуації, на які ви не можете вплинути. Відмовтеся від нав'язування іншим свого бачення світу. Ваш світ від цього не постраждає.

3. Не наживайте собі ворогів, ображаючи та принижуючи під час спілкування співрозмовника.

Навіть якщо людина не має рації, намагайтеся засуджувати вчинок, а не особистість.

4. Якщо у вас є почуття гумору і ситуація дозволяє – жартуйте. Гумор розчиняє гнів.

5. Намагайтеся подивитися на ситуацію очима співрозмовника і зрозуміти його логіку.

Байдужість до думки опонента говорить про те, що ви не зацікавлені у вирішенні конфлікту, оскільки хочете домінувати над співрозмовником.

6. Якщо все ж таки гнів захлеснув вас, то спрямуйте його енергію на продуктивну діяльність. Наприклад, займіться спортом чи фізичною роботою.

7. Коли виникне гнів, спитайте себе: «Чим насправді я незадоволений? Яка з моїх потреб не задоволена? Що я можу зробити для того, щоб задовольнити цю потребу та покращити своє становище?» Якщо буде можливість, запишіть свої відповіді. Це допоможе вам контролювати свій гнів.

Психологічні прийоми, щоб впоратися зі своїми емоціями [37]

- Припиніть розділяти емоції на "хороші" і "погані", допустимі чи ні. Відчуваєте злість? Зліться, не блокуйте цю емоцію, але постарайтеся направити її в конструктивне русло (спорт, прибирання, відпочинок, а не сварки з оточуючими, шкідливі звички і т. п.).
- Навчіться усвідомлювати свої емоційні реакції та їхні прояви в тілі. Відчуйте, де саме в тілі ви відчуваєте певну емоцію. Наприклад, роздратування відчувається у скронях, агресія – в грудях, гнів – у животі. Це дозволить краще розуміти свої потреби та бажання.
- Виражайте свої емоції – голосом, словами, мімікою, рухами, поглядом. Так у вас буде можливість підібрати найбільш адекватний спосіб вираження почуттів у конкретній ситуації, а не спонтанно реагувати на подразник.

- Досліджуйте свої емоції. Підключайте раціоналізм, аналізуйте ситуації, під час яких в вас пробуджуються певні відчуття. Коли ви усвідомлюєте емоції, то можете зрозуміти, які потреби можуть стояти за ними. Наприклад, якщо щось викликає в вас думку "це надто небезпечно", то це про емоцію страху і потребу в безпеці.

Емоційний серфінг [16]

Емоційний серфінг – це техніка регуляції інтенсивних (здебільшого негативних) емоцій з поведінкової психотерапії. Як правило, відчуваючи сильні емоції, люди або намагаються придушити їх, або автоматично піддаються імпульсу й діють відповідно до емоцій, про що нерідко шкодують згодом.

Техніка «Емоційний серфінг» пропонує не блокувати свої емоції, не реагувати на них звичним автоматичним способом, а приймати емоцію та спостерігати за нею, ніяк при цьому не реагуючи. Як хвилі, емоції приходять і йдуть. Погоджуючись із реальністю і радикально приймаючи негативні емоції, не засуджуючи їх, ми можемо істотно полегшити біль і страждання, не вдаючись до дисфункціональної поведінки.

Хід практики:

Внутрішньо зробіть крок назад і подивіться на свою емоцію.

Назвіть свою неприємну емоцію словами, наприклад: «У мене є тривога/страх/гнів та ін.».

Наскільки сильна емоція за шкалою від 1 до 100?

Спостерігайте за реакціями свого тіла.

Спостерігайте за своїми думками.

Спостерігайте за своїм бажанням реагувати (спонуканням до дії), ніяк не реагуючи при цьому.

У вас є емоція, але ви не сама емоція.

Дихайте, спостерігаючи за диханням.

Почніть знову з п. 1.

Скоро ви помітите, як хвиля спаде.

СЛОВНИК ТЕРМІНІВ

Алекситимія (грец. a - заперечення, lexis - слово, thyme - почуття) **–** нездатність особи називати емоції, пережиті ним самим або іншими людьми, тобто переводити їх у вербальний план.

Акцентуація (характеру) – індивідуально-типологічна особливість характеру, що полягає у надмірній вираженості, загостреності окремих рис характеру.

Афект – форма переживання емоцій, ознаками якої є швидке виникнення, бурхливий та короткочасний перебіг, супроводження порушеннями свідомості, втратою самоконтролю. Викликаються гострими життєвими ситуаціями. Схильність до афектів свідчить про невихованість, невміння володіти собою.

Вигорання – це синдром, що вважають результатом хронічного стресу на робочому місці, з яким не вдалося успішно впоратись.

Внутрішньо-особистісний конфлікт – це конфлікт всередині людини. Він виникає між різними сторонами "Я": між бажаннями, між минущими потребами і тією системою норм і цінностей, яка закладена з дитинства.

Група ризику – термін, що використовується переважно в медицині і соціології. Це визначення є збірним для представників населення, найбільш уразливих до певних соціальних, медичних впливів або впливу довкілля.

Депресія – це захворювання, що характеризується постійним пригніченим станом та втратою цікавості до будь-якої діяльності, що зазвичай приносить задоволення, а також нездатністю виконувати повсякденні справи протягом як мінімум двох тижнів.

Дистрес – стан, при якому людина не в змозі повністю адаптуватися до стресових ситуацій та спричинених ними наслідків і проявляє дезадаптивну поведінку.

Екологічне спілкування – це спілкування, засноване на принципах поваги до себе і партнера.

Емоційний інтелект – здатність мотивувати себе і, незважаючи на труднощі, наполегливо йти до мети, вміння стримувати імпульсивні дії та відкладати задоволення, контролювати свій настрій і не

дозволяти стражданням блокувати раціональне мислення, співпереживати й сподіватися.

Захисні механізми психіки – несвідомий психологічний механізм, який зменшує занепокоєння, що виникає з неприйнятних або потенційно шкідливих подразників.

Істерія – вид неврозу, проявом якого є патологічний стан психіки людини, пов'язаний із надмірною схильністю до навіювання і самонавіювання та слабкістю свідомого контролю поведінки.

Конверсія – це зміщення психічного конфлікту і спроба вирішити його через різні симптоми.

Напруження – негативний психічний стан, який виникає в складних, екстремальних конфліктних ситуаціях чи при їх очікуванні.

Настрій – це найбільш загальний емоційний стан, що охоплює людину протягом певного періоду часу і надає істотний вплив на її психіку, поведінку і діяльність.

Неврастенія – психічний розлад з групи неврозів, серед проявів якого підвищена подразливість, стомлюваність, втрата здатності до тривалого розумового й фізичного зусилля.

Невроз – це патологічні форми реакцій центральної нервової системи на ситуації, які травмують психіку, тому їх ще називають психогенними патологічними реакціями.

Неврози – це порушення вищої нервової діяльності й нейровегетативних функцій, що розвиваються переважно в емоційній сфері, під впливом психічних травм або тривалого емоційного напруження, коли зміни мислення і загальної поведінки спричинені станом афекту.

Невроз нав'язливих станів – психічний розлад, різновид неврозу, для якого характерні повторювані нав'язливі думки (обсесії), які нерідко перетікають у ритуальні дії (компульсії), що здійснюються, щоб зняти внутрішнє напруження, зменшити відчуття тривоги і запобігти лячним подіям.

Невротичний конфлікт – це психогенний розлад, в основі якого лежить непродуктивна та нераціональна суперечність між особистістю та значущими для неї сторонами дійсності, яка супроводжується

виникненням хворобливих, обтяжливих переживань невдач, незадоволених потреб, недосяжності життєвих цілей

Ненасильницька комунікація – практика, що полягає в емпатії та розумінні своїх і чужих почуттів та потреб.

Нозогенії – психічні розлади, пов'язані зі звісткою про важке захворювання.

Особистість – це конкретна людина, яка є представником певного суспільства, певної соціальної групи, займається конкретним видом діяльності, усвідомлює своє ставлення до навколишнього світу і наділена певними індивідуально-психологічними відмінностями.

Патогенність – це потенційна здатність мікроорганізму спричиняти захворювання. Ця властивість характеризує видові генетичні особливості мікроорганізму, його взаємовідносини з певним видом або видами інших організмів.

Психовегетативний синдром – частий варіант синдрому вегетативної дистонії (СВД), за яким найчастіше стоять «тривога», «депресія».

Психогенні захворювання – це збірна група психічних розладів, що виникають у результаті дії зовнішніх психогенних чинників, які опосередковано а бо прямо впливають на діяльність головного мозку, що в свою чергу призводить до психічного захворювання непсихотичного рівня.

Психодинамічна психологія – в найширшому сенсі, це психологічний підхід, який вивчає взаємодію різних частин свідомості людини та її здатність породжувати емоційні та мотиваційні сили, що визначають стан розуму та поведінки людини.

Психопрофілактика – розділ загальної профілактики, в рамках якого здійснюються заходи, спрямовані на попередження виникнення психічних розладів.

Психосоматика – це напрям у медицині (психосоматична медицина) та психології, що займається вивченням впливу психологічних (переважно психогенних) факторів на виникнення і подальшу динаміку соматичних (тілесних) захворювань.

Психосоматична медицина - напрям у медичній психології, що вивчає вплив психологічних факторів на виникнення, перебіг, результат соматичних захворювань.

Психосоматичні захворювання – це захворювання, причинами яких є в більшій мірі розумові процеси хворого, ніж безпосередньо будь-які фізіологічні причини.

Психосоматичні реакції – появляються в напружених життєвих ситуаціях, наприклад: серцебиття закоханого, головокружіння після пережитого нещасного випадку, втрата апетиту під час суму, жар від сорому.

Психосоматичні розлади (психосоматичні хвороби) – розлади функцій різних органів і систем, що виникають під впливом психотравмуючого фактора.

Психосоматизми – первинна реакція організму на конфлікти і стрес.

Психосоматози – класичні психосоматичні захворювання, які супроводжуються виникненням органічної патології під дією психологічних чинників.

Психотерапія – це корекція поведінки та емоцій пацієнта, спрямована на порятунок від певних страхів та комплексів, переосмислення негативних дій, які породжує «его» пацієнта, що призводить до його ж руйнування та виникнення образи чи почуття провини, невпевненості в собі та своїх силах.

Психотерапія – метод впливу лікаря та медичного персоналу словом на психіку хворого з лікувальною метою.

Психотравма – це життєва подія або ситуація, яка впливає на значущі сторони існування людини і приводить до глибокого психологічного переживання. Виникнення психічної травми розглядається як наслідок незавершеності інстинктивної реакції організму на травматичну подію.

Психологі́чна тра́вма, або **тра́вма психі́чна**, **психотра́вма** – травма, що виникла в результаті дії на психіку людини особисто значущої інформації; емоційна дія, яка спричинила психічний розлад; шкода, нанесена психічному здоров'ю людини в результаті

інтенсивного впливу несприятливих факторів середовища або гостро-емоційних, стресових впливів інших людей на її психіку.

Психоцентричний підхід – аналізується вплив на виникнення, клінічні прояви, перебіг і прогноз захворювання гострого і хронічного психічного стресу, а також різноманітних характеристик, пов'язаних з психічним статусом пацієнта.

Реактивні розлади – це патологічні реакції психотичного рівня на психічні травми або несприятливі ситуації, що викликають страх, тривогу, образу, тугу чи інші негативні емоції.

Розуміюча бесіда – лікар надає можливість хворому ведення розмови, сам лише слідує за ним. Бесіда без мети глибинного аналізу.

Самопочуття – загальний психічний показник нашого тілесного і духовного стану в кожну мить; складається з конкретних відчуттів і загальних почувань.

Саногенне мислення – мислення, яке свідомо спрямовується на подолання негативних емоційних розладів і психічне оздоровлення людини.

Симптом – окрема ознака хвороби, не властивий здоровому організму феномен, який можна знайти за допомогою клінічних методів дослідження, що використовується для діагностики і/або прогнозу захворювання.

Синдром – стійка сукупність симптомів із загальним патогенезом. Синдром може складати клінічну характеристику усієї хвороби або її частину, при цьому об'єднуючи прояви патології однієї або декількох систем та органів організму людини.

Соматичні психози – психічні розлади, що виникають при загальних соматичних та інфекційних захворюваннях, інтоксикаціях, порушеннях функцій ендокринних залоз.

Соматоформні порушення – це психогенні функціональні порушення органів, при яких не спостерігається яких-небудь морфологічних або структурних порушень цих органів.

Соматопсихотерапевт – це практикуючий фахівець, який проводить психопрофілактику, психокорекцію та психотерапію психосоматичних розладів та захворювань, виникнення яких

збільшується у зв’язку з розширенням кола психотравмуючих факторів та вжитком багаточисленних психофармакологічних засобів.

Соматоцентричний підхід - вивчаються нозогенні реакції - вплив особливостей клінічних проявів і перебігу хвороби на суб'єктивне сприйняття пацієнтом свого захворювання і особливості психічних розладів, маніфестація яких пов'язана з соматичним стражданням.

Соціопсихосоматичний підхід - доля симптому як при його виникненні, так і при подальшому розвитку залежить від того, що зумовило його прояв, яке значення йому приписується, який характер його вимог і як він впливає на життєву ситуацію.

Стрес – це захисна реакція організму на зовнішні подразники. Вона проявляється психічно, фізично, емоційно та дає змогу адаптуватися до змін.

Стресори – це фактори навколишнього середовища або особисті, дія яких виводить із рівноваги фізіологічні та психічні функції людини, що позначається на нервовій системі організму та спричиняє виникнення стресу.

Трив́ожність – індивідуальна властивість особи, риса характеру, що проявляється схильністю до надмірного хвилювання, стану тривоги в ситуаціях, які загрожують, на думку цієї особи, неприємностями, невдачами, фрустрацією.

Фізіол́огія – наука про життєві процеси, діяльність окремих органів та їх системи і загалом всього організму.

Фрустрація – це психічний стан переживання невдачі, що виникає за умов реальних або уявних непереборних перешкод на шляху до певної мети.

Функціональні синдроми – проблеми з окремими органами або системами, викликані емоційним напруженням.

«Я» (ego) – в психоаналізі визначається як свідомість, розумна, раціональна частина психіки. «Я» формується під впливом суспільства, яке висуває свої вимоги до людини.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Айви А. Е., Айви М. Б., Саймек-Дауенинг Л. Психологическое консультирование и психотерапия. М., 2016. 152 с.

2. Александер Франц «Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение» /Пер. с англ. С. Могилевского.; М.:Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. 352 с.

3. Алексєєв А. В. Психом'язове тренування-метод психічної саморегуляції. М., 1979.

4. Алієв Х. М. Захист від стресу: як зберегти і реалізувати себе в сучасних умовах. М., 1996.

5. Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю. С. Психосоматичні розлади та патологічні звичні дії у дітей та підлітків. М.: НГМА, 2000. 320 с.

6. Антропов Ю. Ф. Психосоматичні розлади. Лекція. Київ. : Інститут психотерапії і клінічної психології, 2001. URL: http://www/psyinst.ru/library.php?part=article&id=1125 (дата звернення 08.10.2020)

7. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: кратк. учебн. / Пер. с нем. Г.А.Обухова, А.В.Брунека. М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999.

8. Брязгунов І. П. Між здоров'ям і хворобою. М., 1995. 224 с.

9. Ворман Ю. Техніки керування гнівом URL: https://elle.ua/otnosheniya/psihologija/yak-keruvati-gnivom-shchob-ne-psuvati-stosunki-z-otochennyam/ (дата звернення: 20.12.2022)

10. Воронов М. В. Психосоматика : практическое руководство; 3-е изд. К. : Ника-Центр, 2011. 254 с.

11. Гільман А. Ю. Саногенне мислення як чинник протидії емоційного стресу в навчальній діяльності студента // Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія і педагогіка», 2015. Випуск 30. С.43-49.

12. Гіссен Л.Д. Час стресів. М., 1990. С. 52.

13. Грегор О. Як протистояти стресу. Стрес життя: збірник. СПб.: ТОВ «Лейла», 1994. С. 7-114.

14. Ґоулдман Д. Емоційний інтелект /Деніел Ґоулдман ; пер. з англ. С. Л. Гумецької. Х.: Віват, 2022. 512 с. (Серія «Саморозвиток»)

15. Дідковська Л. І. Психосоматика: основи психодіагностики та психотерапії : навч. посіб. для вищ. навч. закл. Л. : Вид. центр ЛНУ ім. І. Франка, 2010. 264 с.

16. Емоційний серфінг URL: https://elle.ua/otnosheniya/psihologija/praktika-emotional-surfing-dlya-regulyacii-negativnih-emociy/ (дата звернення: 20.12.2022)

17. Исаев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста. СПб: Специальная литература, 1996. 454 с.

18. Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей. СПб.: Питер, 2000.

19. Карпенко Н. В. Діагностика психічного розвитку дитини в роботі педагога (вчителя, вихователя): навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів / Н. В. Карпенко. К.: Каравела, 2015. 248 с.

20. Карсканова С. В. Екстремальні ситуації: як допомогти собі та іншим // Scientific Journal Virtus 40 (40), p.53-56, 2020.

21. Карсканова С. В. Психотерапія в роботі практичного психолога: Навчальний посібник. Миколаїв: Іліон, 2019. 156 с.

22. Кочюнас Р. Психологическое консультирование и групповая психотерапия. М.: Академический Проект, 2005. 464 с.

23. Лебедєв В. І. Особистість у екстремальних умовах. М.: Политиздат, 1989. 304 с.

24. Леонова А. Б., Кузнєцова А. С. Психопрофілактика стресів. М.: МГУ, 1993.

25. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. М.: Изд-во Эксмо, 2005. 992 с.

26. Матійків І. М. Тренінг емоційної компетентності: навч.-метод. посібник. К.: Педагогічна думка, 2012. 112 с.

27. Менделевич В. Д. Неврозології і психосоматична медицина. М.: Медпресс-інформ, 2002. 608 с.

28. Менегетти А. Психосоматика / пер. с итал. Родик М. А., Ус Е. Н. М.: ННБФ «Онтопсихология», 2002. 328 с.

29. Мільман В. Е. Стрес і особистісні фактори регуляції діяльності // Стрес і тривога в спорті. М., 1983.

30. Наказна І. М. Психосоматика : навч. посіб. Ніжин : вид-во НДУ ім. М. Гоголя, 2010. 132 с.

31. Нещерет В. К. Саморегуляція як системно організований процес внутрішньої психічної активності студентів // «Молодий вчений» • № 4 (44) • квітень, 2017. С. 405-409.

32. Олександрівський Ю. А. Прикордонні психічні розлади: Керівництво для лікарів. Ростов-на-Дону: Фенікс, 1997. 576 с.

33. Олександрівський Ю. А. та ін. Психогенії в екстремальних умовах. М.: Медицина, 1991. С. 96.

34. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия. М., 2006. 448 с.

35. Психосоматика: Взаимосвязь психики и здоровья. Хрестоматия / Сост. Сельченок К. В. Минск, 1999.

36. Психологічна допомога при розладах психічного розвитку // Патопсихологія: Навчальний посібник для вищих навчальних закладів / І. А. Мартинюк. К., 2008. С. 105-150.

37. Психологічні прийоми, щоб впоратися зі своїми емоціями URL: https://lux.fm/lifestyle_t4 (дата звернення: 19.12.2022)

38. Психосоматика: основи психодіагностики та психотерапії: навчальний посібник: [для вищих навчальних закладів] / Л. І. Дідковська. Львів: Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2010. 264 с.

39. Психосоматика: психічне, тілесне, соціальне. Хрестоматія / уклад. Г. П. Мозгова, Т. І. Ханецька. Київ : НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2014. 235 с.

40. Розін В. М. Психологічна допомога. Психотехніки. М.: РОУ, 1995.

41. Розквас А. Ключові типи відновлення енергії. URL: https://vikna.tv/ru/dlia-tebe/psykholohiia/kak-vosstanovit-svoj-vnutrennij-resurs-effektivnye-sovety/ (дата звернення: 20.12.2022)

42. Розов В. І. Адаптивні антистресові психотехнології: Навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. К.: Кондор, 2005. 278 с.

43. Роль екзистенційного чинника свободи в сучасній вітчизняній психотерапії // Методичні рекомендації щодо врахування соціокультурних чинників в теорії та практиці психотерапевтичної допомоги особистості. К., 2013. С. 24-35.

44. Санд Ілсе. Компас емоцій. Як зрозуміти свої почуття / Ілсе Санд; перекл. З англ. Т. Микитюк. Харків: Книжковий Клуб «Клуб Сімейного Дозвілля», 2019. 160 с.

45. Сандомирський М. Психосоматика и телесная психотерапия. Практическое руководство. М., 2007. 592 с.

46. Selye H. The stress of life. New York: McGraw-Hill, 1956. 324 p.

47. Сельє Г. Стрес без дистресу. М.: Прогрес, 1979. 123 с.

48. Середа І. В. Самовиховання і саморегуляція особистості: основи само-ефективності: Методичні рекомендації. Миколаїв: Іліон, 2021. 162 с.

49. Середа І. В. Саногенне мислення і саморегуляція як засоби профілактики психосоматичних захворювань // Scientific Journal Virtus Issue # 60, January, 2022.

50. Sereda I., Karskanova S. Influence of psychological and pedagogical features of students on their activity in self-education // Pedagogika-Pedagogy, Volume 93, Number 8, 2021, 1065-1087. https://doi.org/10.53656/ped2021-8.04

51. Середа І. В., Кутержинська К. М. Казкотерапія в роботі корекційного педагога з дітьми з особливими освітніми потребами. Журнал Вересень", 2021. Номер 1 (88), https://september.moippo.mk.ua/index.php/sept/article/download/127/120

52. Соловйова О. П. Причини виникнення адиктивної поведінки в підлітковому віці та основні напрямки психокорекційної роботи із залежними підлітками // Практична психологія та соціальна робота. 2013. № 4. С. 28-32.

53. Страшенбаум Г. В. Психосоматика и психотерапия : исцеление души и тела. М. : Изд-во Института психотерапии, 2005. 496 с.

54. Терлецька Л. Шкільна психодіагностика // Психолог, 2012, №32-35. 84 с.

55. Фонтану Д. Як упоратися зі стресом. М., 1995.

56. Хозраткулова І. А. Дослідження емоційної сфери дитини з особливими потребами в умовах пісочної психотерапії // Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України, 2009. Т. 7. Вип. 18. С. 418-423.

57. Як побороти панічні атаки. URL: https://mind.ua/openmind/20249226 (дата звернення: 20.12.2022)

58. Як спілкуватися екологічно: 4 правила ненасильницької комунікації. URL: https://bit.ua/2020/11/ecological-communication/ (дата звернення: 15.12.2022)

ДОДАТОК А

КЛАСИФІКАЦІЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ

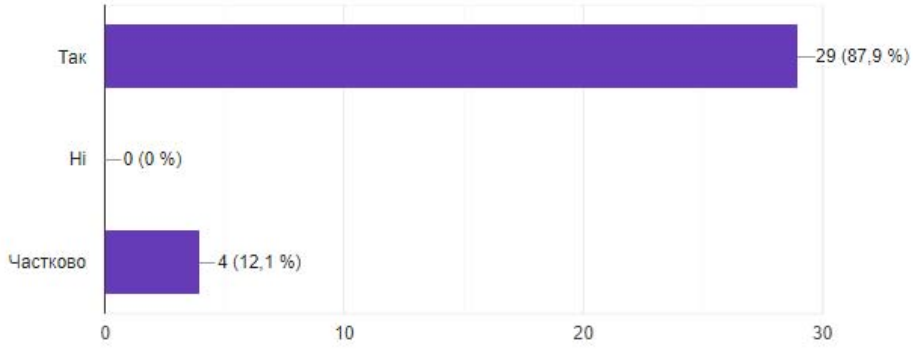
ДОДАТОК Б

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ СТРЕСОСТІЙКОСТІ

1. Психосоматичні захворювання з'являються внаслідок впливу стресів та інших психогенних факторів?

Копировать

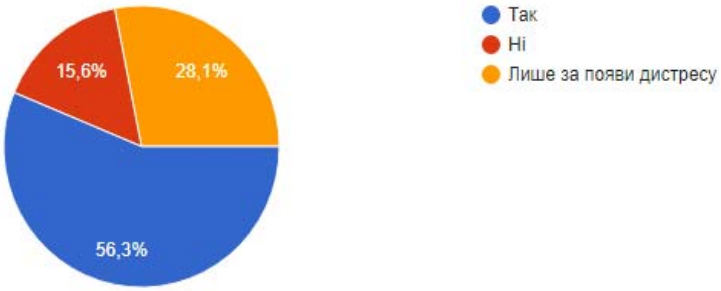
33 ответа



2. Стрес - це деструктивний фактор щодо психічного здоров'я?

Копировать

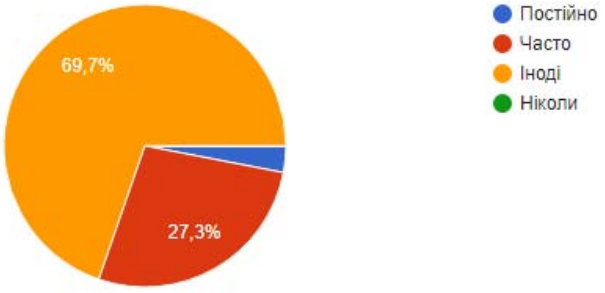
32 ответа



3. Як часто Ви перебуваєте в стресовому стані?

Копировать

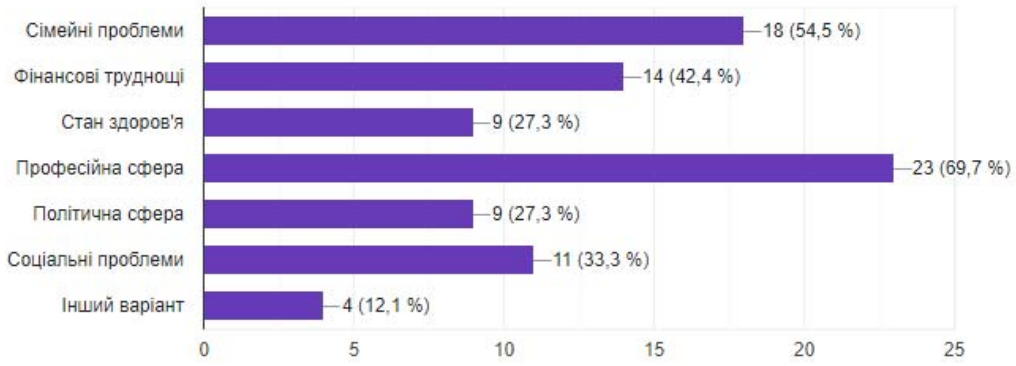
33 ответа



4. Чинники, які найчастіше викликають у Вас стрес?

Копировать

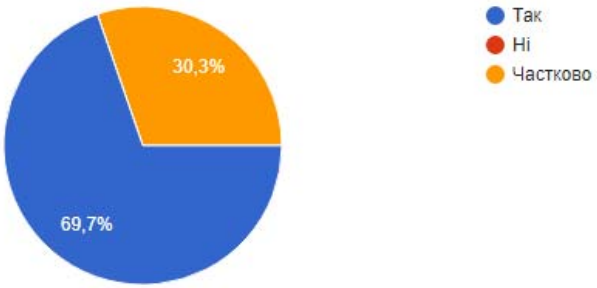
33 ответа



5. Чи намагаєтесь Ви долати стрес та запобігати його появі?

Копировать

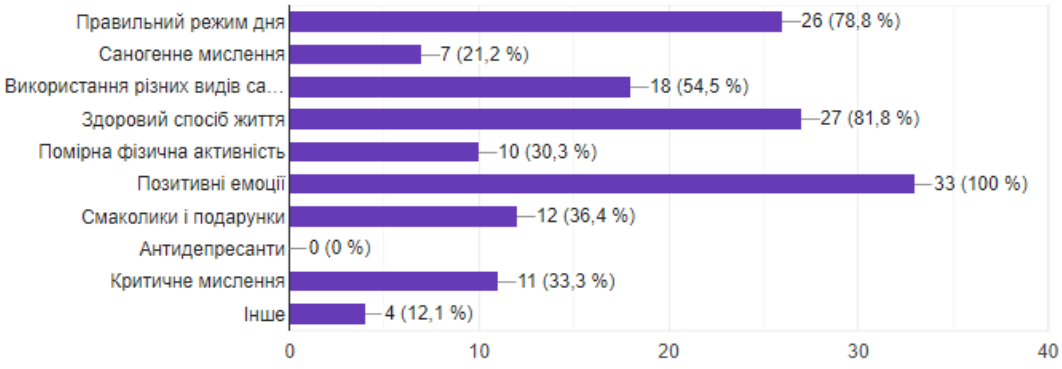
33 ответа



6. Визначте найбільш дієві, на Вашу думку, засоби боротьби зі стресом та профілактики психосоматичних захворювань:

Копировать

33 ответа



7. Ваші побажання щодо використання засобів подолання стресу у профілактиці психосоматичних захворювань:

33 ответа

Найкращий спосіб подолання стресу, для мене, це поїхати до лісу, подихати свіжим повітрям, освіжити свої думки

Завжди виконувати те, що допомагає вам подолати стрес

Для впевненого протистояння стресу важливі кілька факторів:ефективне планування часу, схильність до оптимізму , уміння розслаблятися , розуміння своїх емоцій.

У кожної людини є природні ресурси долати труднощі. Необхідно використовувати позитивні стратегії подолання стресового стану і уникати негативних. Це допоможе відчути себе сильнішими і повернути почуття контролю над ситуацією.

Популяризувати у всіх соціальних сферах як один з видів повсякденної діяльності

Біг,танці, фізичні вправи,прогулянки на свіжому повітрі,релаксація,заняття йогою,прослуховування улюбленої музики

Експерементувати у підборі індивідуальних засобів для подолання стресу та використовувати саме їх.Тому,що кожна людина це індивідуальність .

Позитивне мислення та позитивні емоції найкраща профілактика психосоматичних захворювань

Значит час для себе

Фізичні навантаження, коло справжніх друзів, підтримка родини - і де той стрес подінеться!

не потрапляти в складні життєві обставини, и боротися з
неприємностями, не ставитися до них пасивно, слід бути витриманим.

Бути на позитиві!

Уміння абстрагуватись
Приймати ситуацію такою, як вона є
Вчасно переключатись, або змінити напрям дій та мислення

ПРИДІЛЯТИ СОБІ ЧАС

Запобігання дистресу, який порушує наші захисні имеханізми та викликає порушення в психосоматичній сфері - має дуже велике значення. Тому що засоби подоланя стресу в таких ситуаціях дають змогу запобігти розвитку психосоматичного порушення та стійких негативних впливів на людину.
Потрібно частіше в стані стресу триматися режиму дня, рутинних справ, правильно харчуватися, бувати на свіжому повітрі, мати помірну фізичну активність. Якщо ми контролюємо ситуацію під час стресу, то нам легше його перебороти.

Вчасно реагувати на свій внутрішній стан. Працювати з внутрішнім станом.

Побільше позитиву та менше негативних думок.

Завжди пам'ятати що через деякий час, цв переживання вже не будуть мати такого значення як сьогодні. Спати, здорово харчуватися та прислухатися до себе, щоб розуміти що потрібно на даний час чи то гаряча ванна, чи поїсти фруктів або прогулянка. Та бути чесним з собою щодо своїх почуттів та емоцій

Запровадити профілактичні методи в дитячих та дорослих колективах в повсякденному форматі.

На мою думку, вірний підбір засобів боротьби зі стресом відіграє важливу роль в їх полоданні. Оскільки це суто індивідуально, то і результати будуть різнитися, комусь буде дієвий один спосіб, а для когось він будет подразником, через який будуть виникати нові стреси або тривоги. Отже, головне підібрати те, що дійсно подобається тобі і дає можливість не лише фізично, а і емоційно та психологічно розвантажитись.
Якщо розкривати питання зі сторони професійного підходу, то по-перше потрібно людину наштовхнути на цю думку, тобто не одразу братися до зняття стресу, а підвести людину до того, що вона дійсно емоційно та/або психологічно напружена і дати можливість їй обрати власний спосіб "боротьби зі стресом". Якщо вона не знає, не може, або боїться самотужки це робити, то допомогти визначитися з засобом і переходити безпосередньо до вирішення.

Саногенне мислення, позитивні емоції, дихальні практики, улюблені хоббі

Фізична активність, соціальна активність, правильний режим дня, дихальні гімнастики, арт-терапія

більше часу приділяти приємним людям, спілкуванню, родині. Дивитися на життя через призму добра, віри та релігії.

ДОДАТОК В

Семінар - практикум: «СТРЕС ТА ЙОГО ПРОФІЛАКТИКА»

Важко уявити собі людину, яка розв'язала всі свої проблеми. Ми всі живемо в проблемах, це наше життя. Треба просто визнати їх реальне існування.
В. Леві
«Стрес – це все, що веде організм до швидшого старіння або спричиняє хвороби»
Ганс Сельє
«Людина не обирає свою хворобу, але вона обирає стрес і саме стрес обирає хворобу!»
Ірвін Ялан

Мета: ознайомлення педагогів із поняттям стресу, його ознаками, дослідити стресові фактори в житті людини, проінформувати педагогів про наявні методи профілактики й боротьби зі стресом; сприяти формуванню практичних навичок володіння собою в різних ситуаціях, збагачувати психологічну компетентність педагогів. Показати важливість почуття здорового егоїзму, розвивати навички самоаналізу.

Тривалість: 1 година

Ресурсне забезпечення: презентація "Правила роботи в групі", комп'ютер, диск із музикою, проектор, дошка, ватман, кольорові стікери, папір, ручки.

І. Організаційно-мотиваційний етап (5 хв)

1. Формулювання теми та мети заняття (1 хв)

Сьогодні на нашому занятті ми зробимо спробу виявити фактори, які впливають на розвиток наших емоційних станів, а також спробуємо опанувати деякі техніки для релаксації та боротьби зі стресом.

2. Визначення правил роботи в групі (4 хв)

3. Вправа «Актуальність теми» (5 хв)

Мета: визначення актуальності даної теми особисто для кожного учасника.

За допомогою пальців, покажіть мені, будь ласка, на скільки балів (пальців) актуальна тема зараз?

На скільки балів тема актуальна особисто для вас?

ІІ. Інформаційна частина (35 хв)

1. Загальний огляд поняття «стрес».

Інформаційне повідомлення (5 хв)

Професія вчителя вважається однією з психологічно напружених і виснажливих. І на це є причини: комунікаційне навантаження, величезне емоційне напруження, поява певних «професійних деформації», соціальна незахищеність, часто складний психологічний клімат у колективі, тривале перебування на ногах...

Як наслідок, за відсутності додаткової роботи над собою, без створення певних компенсаторних механізмів, простежується неминуче збільшення психосоматичних захворювань, на основі яких розвиваються всі інші. Це призводить до того, що до 40-45 років мало хто з педагогів може похвалитися своїм здоров'ям.

І справді, з'являється бажання «пожаліти цього бідолашного». Та найгірше, коли таке бажання з'являється в нього самого. Бо саме незадоволеність собою, своєю діяльністю, її наслідками є головною суб'єктивною причиною психологічного неблагополуччя.

Пам'ятайте : якщо не можете змінити ситуацію, змініть своє ставлення до неї!

Можливо, саме цей вислів є рецептом психологічного благополуччя не тільки педагога, а й будь-якої людини взагалі. Навіть і в особистому, і в професійному житті бувають ситуації, які не можна виправити, їх потрібно пережити. Щоб конструктивно розв'язати доступні волі людини проблеми й подолати критичні ситуації, необхідно спочатку вийти з-під влади стресу.

Стрес (тиск, натиск) – це стан напруження, який виникає внаслідок дії сильного подразника або незвичайної ситуації. З одного боку, можна сказати, що стрес необхідний у житті людини. Він допомагає пристосуватися до нових умов, впливає на працездатність, творчість, навчає нас долати перешкоди на життєвому шляху, мобілізувати власні сили й ставати впевненими в собі. Але водночас стрес, якщо він діє довго,

може стати руйнівним для людини, від нього потерпають найслабші органи.

Види стресу:

1. **Еустрес** – це стрес, спричинений позитивними стресорами (непередбачувана перемога у змаганні, олімпіаді). Він активізує та мобілізує внутрішні резерви людини, додає інтересу до життя, змушує діяти більш інтенсивно.

2. **Дистрес** – спричинений негативними стресорами (запізнення на важливий захід, програш у змаганні тощо). Це руйнівний процес, який дезорганізує поведінку людини, активізую глибинні адаптаційні резерви організму. Такий тривалий стрес може перерости в невроз або психоз.

Можливі реакції організму на стрес:

Дезадаптація – людина намагається пристосуватися до стресової ситуації, але їй це не вдається;

Пасивність – виникнення стану безпорадності, безнадії, депресії;

Активний захист від стресу – зміна діяльності з метою досягнення душевної рівноваги (спорт, музика, фізична праця);

Активна релаксація (розслаблення) – підвищує природну адаптацію організму до стресової ситуації.

2. Прегляд відео : «Негативний вплив стресу на здоров'я » (2 хв).

3. Вправа "Продовж речення" (7 хв)

Мета: збирання додаткової діагностичної інформації й матеріалу для корекційно-формуючої роботи.

Педагогам пропонується продовжити речення. На аркуші паперу педагоги записують тільки продовження наступних фраз: «Більше за все я боюся... Мене засмучує... Я нервую, коли…»

Узагальнюються причини стресу:

• Причини, пов’язані з міжособистісними відносинами.

Конфлікт є основною типовою причиною стресу.

• Причини, пов’язані з навколишнім середовищем:

1. Наш мозок страждає від відсутності світла. Восени та взимку в організмі виробляється більше гормону сну – мелатоніну. Саме він відповідає за поганий настрій і бажання спати. Депресії, ожиріння,

ревматичні болі – ось далеко не повний перелік симптомів, спричинених “Сезонним Емоційним Розладом”. Крім того в похмурі дні організм людини недоотримує достатню кількість вітаміну Д, котрий синтезується за допомогою сонячного світла. Його недостача заважає синтезу гормону лептину, котрий сигналізує мозкові про те, що нам вже досить вживати їжу - а це веде до переїдання. Тому потрібно виходити вдень на свіже повітря хоча б на годину.

2. Нестача простору. Ця причина властива мешканцям великих міст, а також людям, які працюють у тісних приміщеннях.

3. Шум. Постійний низькочастотний шум, викликаний офісним устаткуванням чи вуличним транспортом.

- **Причини, пов’язані зі шкідливими звичками.**

Найбільш характерна необхідність саме для педагогів - підвищена потреба в каві, як в психостимуляторові. Краще замінити каву на тепле молоко з медом – воно підвищує в організмі рівень антистресових гормонів.

- **Причини, пов’язані з екстремальними умовами.**

1. Новизна, незвичайність, раптовість впливу.

2. Складність завдання, дефіцит часу, монотонність.

3. Акцентування тестового характеру дії людини в експертній ситуації: завдання, яке виконує людина, стає виміром інтелектуальних та інших здібностей.

- **Причини, пов’язані з професійною діяльністю** дуже різноманітні, отже, виділяється такий вид стресу, як професійний стрес. Установлено, що в різних професійних групах інтенсивність стресу може бути різною.

4. Вправа «Ромб стресу» (7-10 хвилин)

Мета: виявлення форм реакції на стрес відповідно сфер життя, пошук способів виходу зі стресових ситуацій, розвиток навичок самоаналізу.

Незважаючи на всі культурні, соціальні відмінності і особливості кожної людини, ми можемо спостерігати, що всі люди для подолання своїх проблем, звертаються до одних і тих же типових форм реакції на стрес. Якщо у нас є проблеми (ми сердимося, відчуваємо себе пригніченими, живемо в постійній напрузі або не бачимо сенсу в житті).

Всі ці труднощі ми можемо висловити в чотирьох сферах. Вони дають уявлення про те, як людина сприймає себе і навколишній світ.

Застосовуючи рожеві стікери, напишіть як проявляється стрес у кожній зі сфер особисто:

А тепер, використовуючи стікери зеленого кольору, з'ясуємо, як виходити зі стресової ситуації відносно наших сфер життєдіяльності.

5. Опанування технік швидкої антистресової допомоги (10 хвилин)

Психолог: Знання про можливі неприємності, звичайно, допомагає підготуватись до них. І педагогічна діяльність, якій притаманна непередбачуваність, вважається стресовою.

Тому техніка, на якій ми зупинимося, є не тільки способом швидкої антистресової допомоги, а й може бути використана як спосіб профілактики стресу. Ефективність техніки обумовлена певним психологічним феноменом: яскраво уявляючи негативні моменти подій, а також докладно пояснюючи й навіть показуючи собі способи їх подолання, ми готуємо себе до зустрічі з «дивовижним» у реальному житті. Річ у тім, що всі змодельовані моменти ми переживаємо настільки повно, що подібні моменти в реальному житті не викликають зайвої тривоги й неприємних відчуттів. Просто це стає нібито вже пережитим, пройденим етапом. А все, що вже не нове, ми сприймаємо легше.

Як опанувати цю техніку?

Крок 1. Ви переконані, що у вас трапиться якась ситуація з неприємними переживаннями.

Ви можете:

- або тремтіти в передчутті;
- або поставити собі запитання: «Що саме мене так лякає?»,
- Вас віддадуть на сніданок крокодилам?
- Ви залишитесь без даху над головою й замерзнете серед степу?

Тоді запитайте себе, на підставі чого ви дійшли висновку про те, що на вас чекають серйозні неприємності. Чи не витівки фантазії це?

Крок 2. Для цього поставте собі запитання: «Що поганого може трапитись?» Продовжуйте:

а) на рівні образів: уявіть, що побачите в цій ситуації. Наприклад, осудливий погляд, готовий спопелити, перетворити на жменьку попелу! Уявили? Чудово. Йдемо далі;

б) на рівні звуків: запитайте себе: «Що я чую?», наприклад, сказали таке, що тепер життя не має сенсу, я – ніхто тощо. Почули? Чудово. Йдемо далі;

в) на рівні відчуттів відчуйте: «Що я відчуваю в цій ситуації?», наприклад: червонію, блідну, тремчу, вкриваюся потом, серце зупинилося, зомліваю!

Відчули? Чудово! Ваші насичені відчуття – це критерій правильної роботи. Тепер, якщо ви все це відчули по-справжньому й вам так погано, що здається – це кінець, переходимо до наступного етапу.

Крок 3. Заспокойтеся! Зробіть вдих (2 с), паузу (2с), видих (3с).

І серце б'ється (хоч і швидше), і всі частинки тіла на місці. Як це не дивно, ви все ще живі!

Крок 4. Після того, як ви максимально повно уявили можливу неприємну подію, виконайте 1 або краще декілька варіантів її подолання.

Наприклад, якщо суворий погляд директора школи вас нервує, змушує відводити очі або дивитися в підлогу, спробуйте дивитись йому не просто в очі, а на перенісся, це допоможе вам дати лад думкам.

Тепер дуже ретельно продумайте (можете записати ваші припущення):

- що ж мені насправді загрожує;

- наскільки передбачувана загроза несумісна з подальшим життям;

- як саме цю ситуацію можна нейтралізувати або подолати (з особистого досвіду чи досвіду інших людей).

Ця техніка корисна в багатьох ситуаціях:

- під час роботи з «важкими» дітьми;

- під час підготовки важливих переговорів;

- в будь-якій ситуації, думки про яку викликають у вас тремтіння в колінах, тому, що техніка універсальна, але важливо практикувати її розумно.

6. Вправа « Уяви та домалюй » (5 -7 хвилин)

Психолог: Наш мозок здатний продукувати думки, які мають величезний потенціал. Це енергія, яка може впливати на наше здоров'я. Що інтенсивніша думка, то більша енергія. Існують оптимістичні думки, які несуть надію, а також думки, насичені ненавистю, злобливі, думки великої руйнівної сили. Переповнюючи нашу свідомість, останні сприяють нагнітанню емоційного дискомфорту.

Як ми можемо припинити цей процес? Як зупинити негативний внутрішній діалог? Для цього я пропоную вам засвоїти техніку зупинки поганих думок. Під час правильного виконання цієї техніки ви змістите увагу з потоку негативних думок, порушуючи їх вплив і нормалізуючи свій стан.

Пропоную таке:

1. Перемістіть свою увагу назовні, тобто спрямуйте її на зовнішні об'єкти, звуки, відчуття.

2. Переміщуючи увагу, перелічіть усе, що сприймаєте: я бачу.., я чую.., я відчуваю...

3. Просто відпустіть свою увагу в режим вільного польоту, споглядайте навколишній світ у всьому його розмаїтті… Зверніть увагу, те що ви нічого не можете вдіяти – це лише ваш спогад. Саме ваш і саме спогад, а не спостереження.

Щоб переконатися в цьому дозвольте собі побешкетувати :

Психолог : уявіть людину, яку вам неприємно згадувати.

Тепер подумки домалюйте їй котячі вуса й вуха вислюка.

- Як вона вам тепер? Що ви відчуваєте ?

Ваша психіка – чудовий прилад, її зараз люблять порівнювати з комп'ютером, адже він може не тільки викликати негативні емоції, а й усувати їх.

Виберіть спогад з неприємним об'єктом.

Що може зробити ваш «комп'ютер»:

- змінити розміри цього об'єкта;

- змінити його форму;

- перефарбувати в будь-які кольори й нанести візерунок;

- нерухомий образ можна змусити рухатись (раз – і керівник , який вам дошкуляє, починає вальсувати);

- створити звукові ефекти (змусити їх шепотіти, свистіти).

Інакше кажучи, ваші спогади про подію, яка вас травмує, - це лише картина у вашій свідомості. І ви можете змінити в цій картині все, що забажаєте. Внаслідок цього зміниться й ваш психологічний стан.

(Музика)

7. **Релаксація «Водоспад» (3 хвилини)**

Виберіть зручну позу, заплющіть очі. Дихайте рівномірно, спокійно. Звільніться від напруження. Глибоко вдихніть, повільно видихніть. Ви спокійні, ви задоволені.

Уявіть поле й себе на ньому. Ви стоїте босими ногами на теплій землі. Озирніться навкруги, зауважте все, що потрапляє вам на очі. Підніміть голову й подивіться на лагідне сонечко. Воно яскраво-золотисте, тепле. Відчуйте тепло й енергію сонця.

Поверніть голову вправо, знайдіть поглядом водоспад. Це лагідний гірський водоспад. Підійдіть до нього. Подивіться, яка прозора вода, відчуйте свіжість біля водоспаду. Станьте під водоспад і прийміть чистий гірський душ. Відчуйте, як гірська вода омиває ваше тіло з голови до ніг. Вода змиває все неприємне, очищає ваше тіло й душу. Відчувши приємне очищення й задоволення, вийдіть із-під водоспаду. Поверніться на луг і станьте обличчям до сонця.

Глибоко вдихніть і повільно видихніть. Ви змили з себе всі емоційні хвилювання, неприємні спогади й думки. Уявіть, що сонце вам посміхається. Посміхніться йому. Простягніть руки назустріч сонячному промінню, пориньте в нього. Прийміть «сонячний душ» з голови до ніг. Відчуйте, як промінь поступово торкається кожної частики вашого тіла,

наповнюючи його сонячним світлом, сонячною енергією. Ви насичені чистою енергією здоров'я, вам приємно, добре. Вдихніть і, не видихаючи, розкрийте очі.

Ш. Підведення підсумків. (5 хв)

Вправа «Ліцензія на щастя»

МУДРА ПРИТЧА ПРО ТЕ, ЯК ВСЕ ЗАЛЕЖИТЬ ВІД ТВОГО ВИБОРУ

У давні часи в одному торговому місті жив чиновник.

Одного разу, коли він проходив по ринковій площі, до нього швидко підійшов якийсь дивний чоловік і, вигукнувши лайливі слова, плюнув в обличчя чиновникові і втік.

Не виніс чиновник ганьби і захворів.

Так би і помер, але його друзі послали по лікаря, який славився своїм умінням зцілювати душевні рани. Лікар дав хворому п’ять ліків і велів кожну ніч , прокидаючись в призначений час, приймати одне з них.

Настала ніч. Прийняв чиновник перші ліки , і приснилася йому ринкова площа і той, чоловік який плюнув йому в обличчя. Від нестерпного приниження і ганьби страшно закричав хворий і прокинувся.

На наступну ніч прийняв він другі ліки і знову побачив той же самий сон, але замість ганьби він відчув як холоне душа від страху.

Той же самий сон приснився чиновнику і на третю ніч, але ні страху, ні ганьби вже не було, а відчув він глибокий сум.

Здивувався чиновник, але вирішив слідувати вказівкам до кінця і на наступну ніч випив четверті ліки. Звичайно ж, він знову побачив той же сон, але цей сон вже не був таким болісним, як в попередні ночі, і відчув чиновник тільки почуття легкого здивування.

На п’яту ніч несподівано для себе самого чиновник відчув радість. Не знаючи, що думати, він піднявся з ліжка і негайно вирушив до лікаря за порадою і новими ліками.

– Що ти відчував після прийому мого зілля? – Запитав цілитель.

– Всі ночі мені снився один і той же сон про те, як чоловік плюнув в мене, – відповів чиновник, – але щоночі цей сон викликав у мене нове почуття: я відчував то ганьбу, то страх, то печаль, то здивування. А в останню ніч я відчув радість і відчуваю її до сих пір. Тепер я розгублений і не розумію, що ж я повинен відчувати насправді?

Почувши чиновника, засміявся лікар і сказав:

– Неважливо, що сталося з тобою, якщо ти можеш ставитися до того, що трапилося так, як вважаєш за потрібне. Адже тільки від твого вибору залежить, чи будеш ти радіти чи сумувати.

Потім психолог звертається до учасників із пропозицією написати на виданих їм аркушах паперу те, що вони мають право робити, щоб почувати себе щасливими, що при цьому можуть відчувати, про що думати, як поводитися. Після завершення роботи переверніть аркуші, на яких Ви писали. Там (заздалегідь) уже зроблений напис: «Ліцензія на щастя»

Таким чином, кожен учасник одержує власну ліцензію на щастя!

Підсумок. Заключне слово психолога.

На завершення психолог дякує учасникам за активну роботу на занятті й бажає їм творчих успіхів у роботі.

ДОДАТОК Д

ЯК ПОТУРБУВАТИСЯ ПРО ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ВАШОЇ ДИТИНИ

Активно слухайте і тільки потім радьте

Будьте терплячими

Розповідайте про свої почуття, визнаючи почуття дитини

Кажіть правду

Будьте прикладом здорової поведінки

Нехай поруч із дитиною знаходяться здорові батьки

Будьте передбачливими у своїх вчинках, дотримуйтесь обіцянок

Навчить її правилам безпеки

Довіряйте дитині і вірте у неї

Задавайте відкриті питання

Разом робіть вправи для розслаблення

Приділіть у графіку час для сімї

Обмежуйте користування гаджетами для всієї сімї

Обіймайте дитину

Задавайте відкриті питання

Хваліть дитину за правильні рішення

Коли у дитини надлишок емоцій говоріть з нею спокійно

Пам'ятайте, що поведінка дитини – ключ до розуміння почуттів і потреб

Не ухиляйтеся від ігор та вправ

Живіть тут і зараз

Встановлюйте та дотримуйтесь кордонів дозволеного

Переклад: www.4mamas-club.com

© 2018 Mental Fills Counseling Store

Навчальне видання

СЕРЕДА
Ірина Валеріївна

ОСНОВИ ПСИХОСОМАТИКИ

Навчально-методичний посібник для самостійної роботи студентів з курсу за змішаною формою навчання

Формат 60×84$^{1}/_{16}$. Ум. друк. арк. 9,1. Тираж 100 пр. Зам. № 729-103.

ВИДАВЕЦЬ І ВИГОТОВЛЮВАЧ
Поліграфічне підприємство СПД Румянцева Г. В.
54038, м. Миколаїв, вул. Бузника, 5/1.
Свідоцтво МК № 11 від 26.01.2007 р.

Лечим психосоматику

Recipe:

По 1 ложке ..

..сколько хочется раз в день!