

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Західноукраїнський національний університет
Соціально-гуманітарний факультет
Кафедра психології та соціальної роботи

ВІЧКОВСЬКА Олена Ярославівна

**Завдання, зміст та особливості корекційної роботи із психосоматично
акцентуєваними клієнтами / Tasks, content and peculiarities of collection
work with psychosomatically focused clients**

спеціальність: 053 – Психологія
освітньо-професійна програма – Психологія
Кваліфікаційна робота

Виконала студентка групи ПСЗм-21
О.Я. Вічківська

Науковий керівник:
к.психол.н., доцент
М.Б. Бригадир

Кваліфікаційну роботу
допущено до захисту:

«___» _____ 20__ р.

Завідувач кафедри
_____ А.В. Фурман

ТЕРНОПІЛЬ-2020

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ КОРЕКЦІЙНОЇ РОБОТИ ІЗ ПСИХОСОМАТИЧНИМИ КЛІЄНТАМИ	
1.1. Аналіз поняття «психосоматика».....	6
1.2. Основні форми психосоматичних порушень.....	13
1.3. Психологічні особливості психосоматичних клієнтів.....	19
Висновки до 1 розділу.....	25
РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ КЛІЄНТІВ	
2.1. Сучасні методи корекційної роботи із психосоматичними клієнтами.....	27
2.2. Практика майндфулнес в роботі з психосоматичними клієнтами	34
2.3. Психотерапевтична допомога при артеріальній гіпертензії	37
Висновки до 2 розділу.....	40
РОЗДІЛ 3. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ КЛІЄНТІВ	
3.1. Організація емпіричного дослідження та характеристика вибіркової групи.....	42
3.2. Мета та задачі корекційної роботи із психосоматичними клієнтами.....	45
3.3. Результати проведення корекційної роботи із психосоматичними клієнтами.....	62
Висновки до 3 розділу.....	66
ВИСНОВКИ.....	68
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	72
ДОДАТКИ.....	77

ВСТУП

Актуальність дослідження. Сучасна людина щодня переживає багато стресових ситуацій, в порівнянні з нашими предками навіть в недалекому минулому. Все це викликає перенапруження функцій життєво важливих систем організму людини, вона не в змозі адаптуватися до них, внаслідок чого виникають соматичні та психічні розлади. Але багато людей, що мають проблеми зі здоров'ям, навіть не підозрюють, що ці проблеми можуть бути спровоковані саме через психологічне перенапруження або внутрішньо-особистісні конфлікти. Психіка і соматика – дві сторони єдиного процесу, і якщо виникло психосоматичне захворювання, то процес між двома складовими розірваний - настає деяка неузгодженість.

У сучасній науці розділ психосоматики представляють дослідження, що висвітлюють роль стресу в патогенезі соматичних захворювань, зв'язок патохарактерологічних і поведінкових особливостей з чутливістю або стійкістю до певних соматичних захворювань, залежність реакції на хворобу від типу особистісного складу, віку, вплив деяких методів лікування на психічний стан особистості.

Дослідженням психосоматичних хворих займаються такі сучасні зарубіжні дослідники Е. Вульф, К. Кіскер, М. Лінден, В. Мейнснер, Р. Персаунд, Г. Розе, Г. Фрейбергер, Е. Шортер, Д. Бекоева (особливості психосоматичного дослідження), С. Дьомін (дослідження особистісних особливостей пацієнтів з різними психосоматичними станами), Б. Карвасарский (дослідження симптомів при психосоматичних хворобах), Н. Русіна (психотерапія пацієнта психосоматичного профілю), Д. Колесніков, С. Рапопорт, Л. Вознесенська (дослідження особливостей психосоматичних захворювань) та ін.

Серед українських вчених, що вивчають психосоматичних хворих можна відзначити Д. Харченко (дослідження психологічних та психофізіологічних особливостей осіб із психосоматичними розладами), К. Проноза (дослідження

особливостей психокорекції психосоматичних хворих), Л. Перетятко та М. Тесленко (дослідження психосоматичних розладів), І. Савенкова (хронопсихологічне прогнозування перебігу захворювань у психосоматичних хворих), А. Шевчук (психосоматичні порушення у постраждалого населення внаслідок надзвичайної ситуації) та ін.

Незважаючи на різноманітні дослідження, в Україні недостатньо висвітлюється тема психосоматичних захворювань. Людей не інформують, що хвороби можуть виникати не тільки спадково, або через не правильне харчування чи не правильний спосіб життя, а також через певні психологічні проблеми. Тому багато людей котрі хворіють – заперечують що їхні хвороби можуть бути пов'язані з психогенною природою.

В багатьох випадках коли людина звертається до лікаря і їй діагностують певну хворобу, її починають лікувати, але результату від лікування немає. В такому випадку потрібна комплексна допомога, що включає консультації психотерапевта або клінічного психолога. Спектр психосоматичних порушень дуже великий, різноманітний, вимагає ретельної діагностики, а як наслідок і кропіткої роботи над усіма симптомами. Надання корекційної допомоги починається з обстеження клієнта, метою якого є точне визначення симптоматики, причин та факторів виникнення захворювання. Фахівцю дуже важливо правильно організувати корекційну роботу. Актуальність зазначеної проблеми обумовили вибір теми магістерської роботи «Завдання, зміст та особливості корекційної роботи із психосоматичними клієнтами».

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити завдання, зміст та особливості корекційної роботи із психосоматичними клієнтами.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати теоретичні підходи до проблеми дослідження особливостей корекційної роботи із психосоматичними клієнтами.
2. Дослідити особливості психосоматичних клієнтів.
3. Визначити ефективні методи корекційної роботи із психосоматичними

клієнтами.

Об'єкт дослідження – клієнти, які страждають на психосоматичні розлади.

Предмет дослідження – корекційна робота з психосоматичними клієнтами.

Методи дослідження. У роботі були використані теоретичні методи (аналіз літератури з обраної наукової проблеми, узагальнення, систематизація наукових даних); психодіагностичні; математично-статистичні.

Наукова новизна. Дослідження полягає у теоретичному аналізі та обґрунтуванні організації корекційної роботи із психосоматичними клієнтами.

Практичне значення. Матеріали дослідження можуть бути використані: при організації освітнього процесу для майбутніх психологів; в організації корекційної роботи із психосоматичними клієнтами;

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ КОРЕКЦІЙНОЇ РОБОТИ ІЗ ПСИХОСОМАТИЧНИМИ КЛІЄНТАМИ

1.1. Аналіз поняття «психосоматика»

Впродовж свого існування людина зустрічається із проблемами порушення нормального функціонування тіла. Вони проявляються на кількох рівнях: соматичному, психічному, психосоматичному. Вони становлять невід'ємну частину культури кожного народу, знаходять відображення в сформованих у різних народів уявленнях про вплив захворювань на душевний стан людини і, навпаки, про можливість виникнення тілесних хворіб внаслідок «душевних хвилювань». Канони давньогрецької медицини мали на увазі неподільність тілесного і психічного. Кожен орган описувався і розглядався в тісному зв'язку з відповідною емоцією (печінка - гнів, серце - страх, шлунок - печаль і туга і ін.). Таким чином, хвороба органу впливає на емоційний стан людини, негативні почуття і емоції сприяють захворюванню конкретного органу.

В 1818 р. психіатр Йоганн - Христіан Гейнрот одним з перших використав термін «психосоматичний». А в 1822 р. М. Якобі доповнив цю область поняттям «соматопсихічний». Сьогодні психосоматика визначається як напрям у медицині (психосоматична медицина) і психології, що вивчає вплив психологічних чинників на виникнення і перебіг соматичних (тілесних) захворювань. Сучасні уявлення про психосоматику мають очевидний міждисциплінарний характер.

В галузі психосоматичної медицини працювали Ф. Александер, С. Джеліфф, Ф. Данбар, Е. Вейсс, О. Інгліш і ін. У 1939 році в США почали видавати журнал «Психосоматична медицина». У 1950 р. було створено Американське психосоматичне товариство. Науковці та практики намагались

інтегрувати психологічні (переважно гуманітарні) і медичні соматичні та психіатричні (переважно природничо-наукові) позиції розуміння природи психосоматичних феноменів. При цьому не завжди багатовимірні співвідношення між психічним і соматичним трактувались як причинно-наслідкові взаємодії (соматопсихічної або психосоматичної спрямованості).

Ф. Александер, вважав, що симптом – це нормальний фізіологічний супровід хронізованих емоційних станів. Будь-яка емоційна реакція, яка не знайшла виходу в даний момент, має свій відносно чітко окреслений соматичний еквівалент. Дослідник виділяє три основні форми психогенних захворювань: істеричні конверсії, вегетативні неврози і психосоматичні захворювання. Для кожної групи хворіб, характерний свій інтрапсихічний конфлікт, якому відповідають певні емоційні переживання зі своїми фізіологічними корелятами. Наприклад, хворий нейродермітом пригнічує бажання фізичної близькості, пацієнти з виразковою хворобою переживають конфлікт між потребою в залежності, опіки і прагненням до автономності, незалежності [1, с. 250]. Таким чином, згідно з твердженнями Ф. Александера, поява і перебіг будь-якого захворювання залежить від конфліктної ситуації.

Ф. Данбар розробила теорію «профілю особистості». Вона дослідила 1600 хворих з різною патологією і прийшла до висновку, що люди, які страждають на певну хворобу, схожі за їх особливостями, і що саме ці особливості їхньої особистості спричиняють виникнення хвороби. Дослідниця описала різні типи особистості, такі, як «гіпертонічний», «коронарний», «алергічний», «схильний до пошкоджень» та інші. На її думку уявлення про особистість можуть дати лише багато факторів в комплексі – взяті разом: відносини з оточуючими, соціальний статус, освіту, історія минулих хворіб, сімейна ситуація (розлучення, втрата батьків, відносини з ними), частота хворіб у родичів і ін. [54].

У межах теорії «профілів особистості» здійснено багато досліджень, в яких описані психологічні особливості хворих з певною соматичною

патологією, тому ця концепція стала поштовхом для багатьох експериментальних пошуків.

Важливим кроком в поясненні психосоматичних хвороб стала теорія десоматизації-ресоматизації, яку сформулював в кінці 20-х років ХХ століття М. Шур. В її основі лежить уявлення про нерозривність соматичних і психічних (емоційних) процесів у людини в ранньому дитинстві. У міру дорослішання дитини, цей зв'язок слабшає, тобто нормальний розвиток, на думку М. Шура, відповідає поняттю «десоматизації», а патологічний - «ресоматизації». Таким чином, схильність до психосоматичних захворювань спричиняється недостатньою диференціацією емоційних і соматичних процесів у людей з ознаками інфантилізму. У них будь-яке емоційне зрушення легко трансформується в порушення соматичних функцій. Для профілактики психосоматичних захворювань дуже важливо створювати умови, при яких відбувається адекватне психологічне дозрівання особистості [43, с. 22]. Отже, помилки батьків у вихованні дитини потрібно вважати одним з основних факторів у генезі соматичних хворіб.

Недостатня диференціація емоційних процесів визначається як «алекситимія». Цей термін описує психологічний стан, коли особистість не здатна оцінювати і описувати власні емоції. Для того, щоб мати цілісне уявлення про власне життя, індивід повинен усвідомлювати і розрізняти, що він відчуває. Однак є люди, які до цього не здатні - вони не розуміють, в яких ситуаціях у них виникає та чи інша емоція. Особливості алекситимії проявляються у таких людей в ті моменти, коли їх охоплює гнів, смуток або будь-яке інше сильне почуття, яке вони не в змозі визначити і висловити [14, с. 51-59]. Вперше термін «алекситимія» запропонував в 1973 році П. Сіфнеос, що описав особливості пацієнтів психосоматичної клініки, які виражалися в труднощах поіменування своїх почуттів. Даний термін піддавався критиці, проте часто зустрічається в літературі, присвяченій психосоматичним захворюванням, а пов'язана з ним концепція алекситимії набуває все більшої популярності [17].

В даний час поняття «алекситимія» визначається як нездатність пацієнта адекватно сприймати і вербалізувати свої емоції, що супроводжується рядом додаткових рис. Алекситимія як комплексна психологічна характеристика включає в себе наступні основні складові:

- 1) проблема з визначенням (ідентифікації) і описом своїх почуттів;
- 2) труднощі в визначенні відмінностей між почуттями і тілесними відчуттями;
- 3) зниження здатності до символізації, про що свідчить бідність фантазії та інших проявів уяви;
- 4) фокусування в більшій мірі на зовнішніх подіях, ніж на внутрішніх переживаннях.

Механізм впливу алекситимії на розвиток фізичних симптомів полягає в тому, що нездатність усвідомити свої емоції призводить до:

- 1) фокусування уваги людини на фізичних еквівалентах емоційного збудження (емоційне збудження сприймається як соматичний симптом), що веде до посилення фізіологічної реакції на стресові ситуації, яка, в свою чергу, створює умови для розвитку психосоматичних розладів;
- 2) накопиченню тілесних проявів емоцій, які не отримали розрядки , надлишок яких є джерелом психосоматичних захворювань.

Можна зробити висновок, що алекситимія вважається важливим фактором виникнення психосоматичних захворювань.

Згідно з Р. Келнером, алекситимія розглядається як наслідок недостатнього зв'язку лівої (свідомого, мовного) і правої (підсвідомого, невербального, емоційного) півкуль. Дослідник стверджує, що людина ніби живе в стані безперервного внутрішньо-психічного (міжпівкульового) конфлікту, тобто у такої особистості значною мірою виражено домінування мовленнєвої півкулі і придушення невербального, несвідомого . Тобто, ми можемо зробити висновок, що фізіологічною основою алекситимії є порушення функціональної асиметрії півкуль головного мозку. З прикладної точки зору концепція алекситимії має важливе значення для прогнозування і профілактики

психосоматичних розладів: в даний час існують різні методи психологічної діагностики алекситимії, найбільш відомим з яких є «Торонтська Алекситимічна Шкала».

Питанням єдності психічного і соматичного займалися радянські та російські дослідники: Г. В. Морозов і М. С. Лебединський, Ф.В. Бассін, В. В. Ніколаєва та інші.

В. В. Ніколаєва стверджувала, що є два види патогенного впливу соматичної хвороби на психіку:

1) соматогенні (за допомогою інтоксикаційних впливів на центральну нервову систему, спостерігається лише в разі окремих соматичних захворюваннях, при важких формах хвороб);

2) психогенні (гостра реакція особистості на захворювання і наслідки). Основною формою впливу соматичного захворювання на психіку людини є психогенна - важка психологічна реакція особистості на хворобу і її наслідки [26, с. 167].

В своїй роботі психолог Л. Лекрон акцентує увагу на причинах психосоматичних захворювань:

1) протистояння двох протилежностей особистості (на несвідомому рівні) призводить до внутрішнього конфлікту;

2) ознаки фізичних нездужань можуть виражатися в ряді фраз: «нестерпний головний біль», «не можу переварювати», «не знаю, як буду ходити», в той момент у людини з'являється якась хвороба (можуть виникати головні болі, порушується робота шлунково-кишкового тракту та ін.);

3) дуже незвичайним є власний інтерес або отримання, будь-якої вигоди. (Сюди відносять проблеми зі здоров'ям, які дають певну умовну вигоду їх власнику).

4) ідентифікація може бути пов'язана з сильною емоційною прихильністю до людини, яка знаходиться присмерті або вже померла.

5) навіювання - це визнання (на несвідомому рівні, без критики) ідеї про власну хворобу, даний симптом можуть нав'язати люди, які володіють

великим авторитетом для цієї людини або випадково опинилися поруч в момент особливого емоційного напруження;

б) психосоматичний симптом може відігравати роль несвідомого само покарання, даний симптом пов'язаний з реальною чи уявною провинною, самопокарання полегшує переживання провини, але може істотно ускладнити життя [19, с. 63].

Серед сучасних українських досліджень психосоматичних хворих слід відзначити роботи О. Хаустової, Д. Харченко, К. Проноза, Л. Перетятко, М. Тесленко, І. Грицюк, І. Савенкова, А. Шевчук, Т. Єременко, Т. Хомуленко та ін.

Д. Харченко досліджуючи психологічні та психофізіологічні особливості осіб із психосоматичними розладами виділив такі фактори впливу на психосоматичні розлади: 1) психосоціальні - соціально-психологічні стреси (люди, в яких за певний період накопичується багато стресогенних подій, мають схильність до соматичних скарг); 2) поведінкові – копінг-стратегії подолання труднощів у різних сферах психічної діяльності; 3) індивідуально-типологічні – властивості темпераменту, рівень алекситимії, особистісні особливості та акцентуації; 4) нейродинамічні – розбалансованість процесів збудження й гальмування нервової системи (нейродинамічними облігатними факторами психосоматозів є слабка або сильна невірноважена нервова система). [48, с. 280]. Тобто, психосоматичні захворювання залежать від динамічної багатофакторної взаємодії психосоціальних, поведінкових, індивідуально-типологічних та нейродинамічних чинників.

А. Шевчук досліджуючи психосоматичні порушення у постраждалого населення внаслідок надзвичайної ситуації стверджує, що вони можуть з'явитися в результаті стресу, проблем у взаєминах, тривалого конфлікту або інших нефізіологічних причин, часто викликаних зовнішніми факторами або людьми. Велике значення для розвитку цих порушень має характер і інтенсивність стресових ситуацій. Динаміка психопатологічних наслідків залежить від фізіологічних та психологічних особливостей учасника

надзвичайної ситуації та його адаптаційних резервів [50, с. 312]

Т. Хомуленко досліджуючи проблеми психосоматики, вважає, що хвороба є тілесним відображенням внутрішніх конфліктів і вікових криз. Дослідниця запропонувала методику «Вербалізація тілесного Я». Вона спрямована на проективну діагностику ознак психосоматичної компетентності. Останню авторка визначає як систему здатностей когнітивного компоненту тілесного Я, що пов'язана із прийняттям свого тіла як складової цілісного організму та зумовлює саморегуляцію, засновану на досвіді застосування внутрішнього діалогу з тілесним Я. У якості ознак психосоматичної компетентності визначено: обізнаність - знання про тіло взагалі та про власне тіло як продукт пізнання і аналізу власного тілесного досвіду; прийняття - позитивне та адекватне ставлення до тіла, яке проявляється в почуттях зацікавленості, турботи, дружелюбності, впевненості, захищеності, спокою; інтрацептивність - здатність фіксувати та концентрувати увагу на внутрішніх відчуттях, яка проявляється в їх диференційованій вербалізації; метафоричність - здатність до застосування образних порівнянь та аналогій для характеристики власного тіла, заснована на асоціативності мислення; каузальність - здатність вбачати у тілі причину і наслідок подій внутрішнього та зовнішнього простору людини; діалогічність - здатність вести внутрішній діалог між «Я в тілі» і «Я тіло»; суб'єктність - здатність до суб'єктної внутрішньої комунікації та взаємодії з тілесним Я; інтегративність - включеність психіки і тіла в процеси один одного та їх взаємовплив [46, с. 264].

Таким чином, аналіз наукових джерел дозволив виокремити головні підходи щодо розуміння природи психосоматичних феноменів: психоаналітична орієнтована психосоматична медицина; теорія «специфічних для хвороби психодинамічних конфліктів»; теорія «профілю особистості»; теорія десоматизації – ресоматизації та ін. У проблемі психосоматичних взаємин виділяються два великих аспекти: вплив психічних факторів на соматичну сферу людини; вплив соматичних чинників на психіку людини. Психосоматичні розлади залежать від психосоціальних, поведінкових,

індивідуально-типологічних та нейродинамічних факторів, що взаємодіють між собою.

Психосоматику можна визначити як міждисциплінарний науковий напрям, в якому вивчаються психологічні, соціальні і культурні фактори виникнення тілесних захворювань.

1.2. Основні форми психосоматичних порушень

Взаємозв'язок між психічним і фізичним (соматичним) є природним інтегруючим механізмом функціонування людини. Однак найбільшу увагу психосоматичні і соматопсихічні співвідношення залучають тоді, коли вони пов'язані з проявами хвороби - патологічними феноменами. Загальноприйнята класифікація психосоматичних порушень та розладів відсутня, хоча робляться зусилля з їх інтеграції в єдину патогенетично обгрунтовану систему. Впродовж всього розвитку вивчення психосоматичних розладів, ці психопатологічні стани не виділялися в силу їх емоціогенного походження і, відповідно, нозологічної адресності [2, с. 560].

Традиційно згадуються 3 групи психосоматичних захворювань:

- 1) психосоматичні функціональні розлади - межові, невротичні;
- 2) органічні психосоматичні розлади - класичні психосоматози;
- 3) психосоматичні розлади в ширшому сенсі - схильність до травматизму, пов'язана з індивідуально-особистісними особливостями [38, с. 23-31].

П. И. Сидоров і А. В. Парняков доповнюють цю еkleктичну тріаду психосоматичними реакціями і конверсійними симптомами [39, с. 864].

Розглянемо більш детально дану класифікацію психосоматичних порушень.

Психосоматичні функціональні розлади – це загальні і системні неврози (або неврози органів). Такі стани, як правило, виникають на тлі стресу і нервового перенапруження і проявляються у вигляді різних соматичних скарг (наприклад, біль в серці, голові або животі). Насправді органи людини ніяк не

уражені, але в результаті порушень роботи вегетативної нервової системи, в них з'являються неприємні відчуття. При загальних неврозах провідне місце в клінічній картині займають психічні порушення. При системних неврозах переважають вегетативні та соматичні розлади. Слід відзначити нечіткість розмежування системних неврозів (психогенний енурез, психогенні тіки, заїкання) і неврозів органів (кардіоневроз, імпотенція і ін.) [42, с. 228-234].

Ще до однієї підгрупи психосоматичних розладів відносять психічні розлади, в структурі яких більшу частину займають тілесні відчуття. Яскравим прикладом є конверсійні розлади, коли у людини в певних (як правило, «умовно вигідних») ситуаціях виникають виражені соматичні симптоми. У найяскравіших випадках може навіть тимчасово губитися чутливість або рухова функція кінцівок, пропадати зір. До цієї ж групи належать тілесні симптоми, що виникають при іпохондричному розладі, а також сенестопатії (неприємні відчуття у внутрішніх і зовнішніх органах), нерідко супроводжують розлади шизофренічного спектру.

Органічно-безумовні психосоматози - психосоматичні захворювання, спочатку представлені були як «чиказька сімка», а потім все більш широким колом розладів: виразкова хвороба шлунка та 12-палої кишки, виразковий неспецифічний коліт, ревматоїдний артрит, гіпертонічна хвороба, інфаркт міокарда, стенокардія, бронхіальна астма, остеохондроз, екзема, псоріаз, оперізуючий лишай). Діагноз «органічні» ставиться лише до пізніх стадій психогенного захворювання з провідним психосоматичним синдромом [51, с. 313-321].

У цю ж групу включаються умовно психосоматичні захворювання, що виникають в тих випадках, коли психологічні та поведінкові фактори змінюють неспецифічні реакції організму [51, с. 313-321]. Як стверджує В. Бройтігам, психосоматика проявляє чітке прагнення до розширення своєї компетенції з включенням груп хвороб, які традиційно належали до внутрішніх, інфекційних, неврологічних і власне психічних захворювань [4].

Лікуванням класичних психосоматозів займаються вже соматичні лікарі, а не психіатри. Психічні чинники тут грають важливу пускову роль в розвитку цих захворювань і сприяють погіршенню стану (наприклад, загострення псоріазу на тлі стресу).

Психосоматичні розлади, які проявляються саморуйнівною (самодеструктивною) поведінкою – алкоголізм, наркоманія, схильність до травматизму, схильність до нещасних випадків. По суті - це соматичні ускладнення психічних захворювань і поведінкових девіацій [5, с. 62-73].

Ще однією формою психосоматичного порушення – є іпохондричний розлад, головним симптомом якого страх чимось захворіти: серцево-судинним, онкологічним або будь-яким іншим захворюванням. Переживаючи, людина постійно прислухається до себе, до свого тіла і, як це зазвичай буває, через деякий час починає «відчувати» дивні або неприємні відчуття в ньому. Наше тіло влаштовано так, що коли уважно прислухатися до його роботи, обов'язково можна щось відчути. У психології цей механізм називається законом соматосенсорної ампліфікації: коли людина відчуває біль і концентрує свою увагу на ньому, він стає нестерпним, а якщо відволікається, тоді він відходить на задній план. У відповідь на появу неприємних фізичних відчуттів посилюється тривога, і людина біжить до лікаря, перевіряється, чи немає у неї якоїсь страшної хвороби. Хвороба не виявляється, пацієнт на якийсь час заспокоюється, але ненадовго. Через нетривалий період вона знову починає відчувати тривогу, прислухатися до себе, і коло замикається. Найголовнішим завданням в наданні допомоги таким пацієнтам є своєчасне направлення до компетентного психіатра або психотерапевта [6, с. 55-66].

Класифікація Ю. М. Губачева і Е. М. Стабровського, враховуючи багато причинність психосоматичної патології, ґрунтується на провідній ролі найбільш «вагомих» патогенних факторів і включає ситуаційний, особистісний, психопатологічний, церебральний і соматичний варіанти психосоматичних захворювань [10, с. 216].

У класифікації В. Я. Гіндікіна використовується нозологічний підхід. При цьому психосоматичні розлади розглядаються в тих чи інших нозологічних координатах, найбільше відповідає завданням медичної практики з точки зору вибору терапії і прогнозу її ефективності. Що стосується дослідження взаємозалежності психічних і соматичних захворювань, на думку автора, можуть бути виділені 3 варіанти їх співвідношень:

1) відносно незалежне виникнення соматичних і психічних розладів – комбінації соматичного і психічного захворювання, яке не виключає їх взаємного впливу;

2) з превалюванням етіологічної і патогенетичної ролі психічного фактора – включає психосоматичні захворювання і соматизовані психічні розлади (ранні вікові функціональні психічні розлади, соматоформні розлади невротичного рівня і психосоматичні замасковані розлади);

3) з переважанням етіологічної і патогенетичної ролі соматичного чинника [8, с. 256].

Ця класифікація видається в певній своїй частині найбільш зрозумілою і зручною для сприйняття. Термін соматоформний є досить чітким для позначення розладів психогенно-невротичного рівня, соматизований - для ендогенної патології, але вони об'єднані під загальним терміном - соматизовані, який є наповнений конкретним змістом [51, с. 313-321]. У МКБ-10 «соматизований розлад» розглядається як підгрупа «соматоформних розладів», хоча вона має відмінності і може виділятися як самостійна діагностична категорія [22]. Включення останнього в одну групу з невротичними і стресовими порушеннями виправдано щодо рівня розладів, але не щодо патогенезу (психогенезу) [51].

У МКБ-10 психосоматичні розлади розкидані по різних рубриках, що не тільки не прояснює місце цієї широко поширеної патології, але ще більш зменшує шанси її адекватного діагностування та терапії [10].

Психосоматичні розлади - група хворобливих станів, що з'являються в результаті взаємодії психічних і фізіологічних чинників. Сюди відносять

психічні розлади, які проявляються на фізіологічному рівні, фізіологічні розлади, що проявляються на психічному рівні, або фізіологічні патології, що розвиваються під впливом психогенних факторів [24, с. 27-38].

При соматоформних розладах виявляються фізичні хворобливі симптоми, які нагадують соматичне захворювання, але при цьому вони не утворюють ніякої цілісної картини відомого органічного захворювання. Головною ознакою соматоформних розладів є постійне виникнення фізичних симптомів з обов'язковими вимогами медичних обстежень, але у даній симптоматики відсутня фізична основа. Соматоформні розлади відрізняються від психосоматичних обов'язковою присутністю надмірної тривоги за своє фізичне здоров'я [23, с. 118-129].

А. Б. Смулевич також зазначає, що клінічні прояви, які визначаються поняттям «психосоматичні розлади», відрізняються значним поліморфізмом. Однак, незважаючи на різноманіття, їх об'єднує загальна ознака: «перекривання» розладів психічної і соматичної сфери. Використовуючи як критерій різні рівні коморбідності соматичної і психічної патології, він виділяє дві групи психосоматичних розладів:

1) психосоматичні стани – перекриття на рівні соматизованих, відповідних соматичним симптомам, розладів. Включає варіанти, що складають континуум психосоматичних і соматопсихічних патологічних станів.:

- соматичну патологію, посилену конверсійними, тривожно-фобічними та іншими психічними розладами;

- соматичну патологію, дубльовану атрибутивними (що ситуаційно виникають) соматоформними розладами;

- психічну патологію, яка редукується до рівня соматоформних розладів ;

2) психореактивні стани – включає психогенні реакції (нозогенні і соматогенні) [С40, с. 35-40].

Систематика психосоматичних розладів для лікарів загальної практики включає такі психосоматичні реакції :

1) початкові прояви психосоматичних розладів;

2) функціональні психосоматичні синдроми

3) психосоматичні захворювання або психосоматози з морфологічними змінами в органах. По суті, у даній класифікації представлена динаміка несприятливо поточного психосоматичного синдрому (реакції - стійкі патологічні стани - психосоматичні захворювання з органічними змінами), яка в разі психогенної природи розладів може не збігатися з динамікою психогенії - загальною для всієї групи хвороб психогенної етіології [37, с. 320].

У сучасній психосоматичній медицині, соматопсихіатрії і неврології виділяють наступні види психосоматичних і соматопсихічних порушень:

1) психосоматичні розлади - соматичні порушення, що виникають внаслідок впливу комплексу психосоціальних факторів при наявності біоконституціональної схильності;

2) нозогенні розлади - патологічні особистісні реакції на психотравмуючий факт хвороби і її наслідків;

3) ятрогенні розлади - емоційно-особистісні розлади, що розвиваються в зв'язку з необережними зауваженнями лікаря і проявляються переважно неправильним інтерпретуванням симптомів і впевненістю в наявності серйозного захворювання;

4) соматогенні розлади - психічні порушення, що розвиваються внаслідок нейротоксичного ефекту соматичного захворювання;

5) психічні розлади, що ускладнюються соматичною патологією (наприклад, алкоголізм, розлади харчової поведінки);

6) соматоформні розлади - психічні розлади, що проявляються соматичними скаргами, які не мають об'єктивно реєстрованої органічної основи або за своєю тяжкістю і стійкістю не відповідають соматичним розладам, що проявляються;

7) диссоціативні (конверсійні) розлади рухів і відчуттів - психічні розлади, що проявляються порушенням рухових і сенсорних функцій, які

імітують органічну патологію і не можуть бути пояснені структурним ураженням нервової системи [46].

Необхідно також враховувати такий варіант співвідношень соматичних і психічних порушень, коли психічний розлад провокується соматичним захворюванням, тобто, маніфестує або загострюється на тлі соматичної патології. Соматичні скарги також можуть відзначатися при будь-яких психічних розладах, в структурі психопатологічних синдромів як невротичного, так і психотичного рівнів .

Аналізуючи сучасні класифікації психосоматичних розладів, не можна не погодитися з висновком В. Я. Гіндікіна про те, що до теперішнього часу відповідний категоріальний апарат втратив чіткість, а відсутність єдиної класифікації психосоматичних розладів відображає недостатню ясність механізмів їх патогенезу, співвідношень окремих клінічних форм і динаміки [8].

1.3. Психологічні особливості психосоматичних клієнтів

В даний час психосоматика визначається як вплив психологічних чинників на виникнення різних хронічних захворювань; а під соматопсихікою – розуміють вплив хронічних захворювань (або перенесених) на психічний стан людини. Психологічний стан можна визначити як відображення особистістю ситуації у вигляді стійкого цілісного синдрому (сукупності) в динаміці психічної діяльності, що виражається в єдності поведінки і переживання в континуумі часу. Психосоматичне захворювання - це таке захворювання, в основі якого лежать як фізіологічні, так і психологічні причини, але це захворювання з усіма симптомами, що вимагає медичного втручання [33, с. 608]. Необхідно відзначити і так званий механізм «замкнутого кола», при якому порушення, що з'являються в соматичній сфері, викликають психопатологічні реакції, які в подальшому стають причиною соматичних порушень. Тому якщо дотримуватися тільки традиційного лікування, хвороба не пройде, триватимуть

рецидиви, оскільки рецидив при адекватному лікуванні - один з характерних ознак психосоматики. Отже, найбільш правильний підхід до психосоматичних захворювань - одночасно з лікуванням проводити роботу над проблемою з психологом.

Психосоматика – велика галузь знань, яка містить в собі кілька основних напрямків. Найбільш відомим з них є спеціальна психосоматика. Спеціальна психосоматика займається вивченням психологічних особливостей хворих з різними психосоматичними захворюваннями. Тут фахівець в першу чергу буде визначати картину особистості хворого (його психологічний портрет), особливості психологічної діагностики та психотерапевтичні підходи, що здатні дати позитивний результат в кожному окремому випадку. Як правило, психосоматична особистість (людина, схильна до певного психосоматичного захворювання або реагування) володіє стійкими психологічними характеристиками, знання яких може допомогти в психотерапевтичній роботі з конкретним симптомом [52, с. 14-16].

Тривалий час підкреслювалося значення особливостей особистості у виникненні психосоматичних порушень. Наприклад, Ф. Данбар описав "коронарну", "алергічну", "гіпертонічну", "ревматоїдну" і ін. особистості [54]. Пізніше вважали, що виникнення конкретних психосоматичних порушень зумовлено стійкістю певних емоційних станів. Один з основоположників психосоматичної медицини, В. Вайзеккер, стверджував, що злість і запеклість обумовлюють виникнення хворіб серця; безсилля і залежність призводять до розладів травного тракту; сексуальна напруга сприяє порушенню системи дихання і ін [55, с. 265-266].

В даний час вчені (Родермель; Савенкова; Харченко та ін.) схиляються до концепції багатофакторного патогенезу психосоматичних порушень і пояснюють їх не особистісною структурою, а специфічними психологічними, генетичними і соціальними чинниками. Підкреслюється значення генетично заданих властивостей людини (в тому числі і психічних), підвищеної вразливості окремих органів (обумовленої родовими травмами, соматичними

захворюваннями і фізичними ушкодженнями в дитинстві та юності), стосунків у сім'ї, способів реагування особистості в критичних ситуаціях [7, с. 512].

Іноді психосоматичні скарги людини здаються безпідставними і не бентежать лікарів загальної практики, які в усьому схильні звинувачувати «нерви». Проте найчастіше за цими скаргами приховані не вигадані, а реальні конфлікти, кажучи точніше, специфічна стійкість несприятливих відносин. Характер психосоматичної реактивності в значній мірі індивідуальний. Одні люди при емоційному навантаженні реагують серцево-судинними симптомами у вигляді тахікардії, відчуттям стиснення в області серця і т.д., а інші - реакціями травного тракту, пітливістю або м'язовими спазмами [14, с. 51-59]. Тобто завжди йдеться тільки про негативні емоції, які люди не можуть або не вміють проявляти. Сучасній людині доводиться бути стриманою, придушувати свою агресію і приховувати страх, а це призводить до розвитку захворювань.

Зазвичай люди прагнуть до припинення поганих взаємин, але психосоматичний клієнт поводиться інакше. Така людина може дуже довго терпіти відносини, які вимотують і знищують її особистість. Але не можна сказати, що психосоматичні клієнти мають мазохістські риси, адже тоді від таких відносин людина отримувала б задоволення, а не психосоматичні симптоми. Природу психосоматичних симптомів можна пояснити придушенням ворожості, агресивності, злості, оскільки психосоматична людина придушує злобу і продовжує відносини. Зовні може здаватися, що вона навіть не страждає, проте фахівець може пересвідчитися в проблемах у її тіла [14, с. 51-59]. Ось чому психологи говорять про користь правильного емоційного реагування, так необхідного для підтримки гарного самопочуття. При великому бажанні і при підтримці досвідченого фахівця кожна людина здатна навчитися психологічній переробці емоцій і конструктивного їх висловлення.

В 1972 р. психіатр П. Сіфнеос описав алекситимічну особистість, що має «емоційну безграмотність». Така особистість нездатна розпізнати і виразити свої внутрішні переживання і емоції, вона не має достатнього рівня

символічного мислення [17]. Риси алекситимічної особистості слугують серйозною перешкодою в консультиванні і психотерапії, оскільки такий клієнт відмовляється від зв'язку соматичних скарг і конфліктів в емоційній сфері. Така людина скаржиться на різноманітні болі, багато мовчить, не проявляє ніякої мотивації до співпраці, явно орієнтована на медикаментозне лікування [28, с. 94-99].

Важливим аспектом психологічного дослідження психосоматичної особистості є вивчення її сімейних відносин, оскільки в людину переходять стереотипи, патерни і моделі поведінки, що запозичені в батьків. Особливості взаємовідносин в родині можуть продукувати у дитини відношення до хвороби як до цінності. Хвороба буває надійним, часом єдиним засобом звернути на себе увагу оточуючих, домогтися їх співчуття, допомоги та підтримки. Так, в роботі С. Ю. Купріянова було показано, що таке психосоматичне захворювання, як бронхіальна астма, формується в сім'ї з несприятливими міжособистісними відносинами, де батьки зайняті з'ясуванням взаємин, не приділяють дитині достатньої уваги. Вони звертають на неї увагу тільки тоді, коли вона демонструє появу психосоматичного симптому, зокрема нападу задухи. Увага і любов, яку дитина отримує від батьків під час нападу, сприяють закріпленню умовно-рефлекторного зв'язку між потребою в любові і маніфестацією симптому. В подальшому симптом з'являється в тих випадках, коли людина потребує підтримки, співчуття і розуміння з боку близьких [18, с. 24-28].

У психологічних дослідженнях показано, що наявність соматичних розладів змінює нормальний хід особистісного розвитку людини. Вивчено психологічні особливості дітей і дорослих з такими захворюваннями, як діабет, захворювання легень, гіпертонія, виразкова хвороба шлунку, серцево-судинні захворювання і ін. Розглянемо деякі дослідження психологічних особливостей психосоматичних хворих на прикладі декількох захворювань.

А. В. Михальський досліджуючи психологічні особливості хворих гіпертонічною хворобою, стверджує, що особистість, яка має підвищений

артеріальний тиск зазвичай тримається зовні спокійно, але висловлює багато скарг і часто буває імпульсивною. Оскільки, особа відверто не виражає гнів, у неї ця злість може накопичуватися, що в свою чергу сприяє накопиченню і хроніфікації стресових впливів. [23, с. 118-129].

Дослідження О. С. Юрценюк людей з ішемічною хворобою серця показало, що вони характеризуються поспіхом у веденні справ, нетерпінням, почуттям постійної нестачі часу і високою відповідальністю за доручену справу. Вони володіють невпевненістю в собі, емоційною лабільністю, їх характеризує «відхід у роботу», так як ні на що інше у них просто не вистачає часу [53, с. 133-135].

Згідно дослідження Ю. М. Мостового, в появі бронхіальної астми істотне значення мають істеричні особистісні риси і усвідомлювана тривога. У симптомах бронхіальної астми вбачають символічне вираження внутрішньо-особистісних конфліктів між потребою хворої людини в ніжності і страхом перед нею, а також суперечливість у вирішенні проблеми «брати і давати». Найчастіше в сім'ях таких хворих батьки прагнуть до контролювання і придушення ініціативи своїх дітей, забороні спонтанних емоційних проявів, так як в такій сім'ї вважається непристойним проявляти свої справжні почуття [24, с. 27-38].

Відносно цукрового діабету є дослідження Т. В. Константинович про те, що розвитку цього захворювання сприяють внутрішньо-особистісні конфлікти, які компенсаторно задовольняються актом їжі. Тут проявляється символічна психологічна формула: їжа дорівнює любові. Це веде до стабільної гіперглікемії, яка послаблює секреторну діяльність острівців Лангерганса підшлункової залози. Одночасно, як наслідок ототожнення їжі з любов'ю, знищується емоція голоду. Стан голоду посилюється незалежно від прийняття їжі. Формується «голодний» метаболізм, який відповідає метаболізму хворого на діабет [16].

Сприяють діабету і неусвідомлювані страхи, що призводять до постійного стресового реагування з гіперглікемією. Діабет тут може

розвиватися з початкової гіперглікемії, оскільки реальна реалізація психологічної напруги відсутня. Психічні прояви гіпоглікемічного стану різноманітні - розлади свідомості деліріозного типу, деперсоналізаційні і дереалізаційні феномени, галюцинаторно-параноїдні епізоди, ейфорія. Нерідко зустрічаються різноманітні розлади сприйняття: розлади схеми тіла, зміни відчуття часу та ін. Гіпоглікемія негативно впливає на когнітивні здібності хворих [16].

Згідно Ф. Г. Філака, до виразкової хвороби може призводити неспецифічний стрес, який обумовлює гіперактивність шлунку, в результаті чого формується виразка. В осіб з хронічним запаленням і виразками товстого кишківника переважають компульсивні особистісні риси. Ці хворі охайні, люблять порядок, пунктуальні, а свій гнів висловлюють вельми стримано [44, с. 282-287]. Ф. Александер вважає, що в таких особистостей ключовим моментом є також фрустрована потреба своєї залежності. Агресивні тенденції по відношенню до об'єкта своєї залежності призводять до несвідомого почуття провини і тривоги. У 60% хворих загострення передують депресивно забарвлені життєві ситуації з переживанням дійсної або уявної втрати об'єкта. Хворі частіше походять із сімей, в яких взагалі мало говорять про почуття. У них присутня низька самооцінка і вони дуже чутливі до власних невдач [1, с. 250].

Т. Єременко досліджувала психосоматичні прояви агресії в юнацькому віці та відзначила, що як і схильність до агресивності, так і підвищений ризик розвитку психосоматичних розладів, в даній віковій категорії ґрунтуються на низці спільних причинних факторів. Також дослідниця визначила, що особи юнацького віку з психосоматичними розладами, маючи низьку фрустраційну толерантність і високу ймовірність відкритої агресії, не здатні проживати агресивні імпульси через адекватні емоційно-поведінкові реакції. Вони схильні до непрямой агресії, опозиційних реакцій (негативізму, що проявляється в пасивному опорі соціальним нормам і вимогам) та підозрливості, накопичення почуття образи, обумовленої гнівом і тривогою. Т. Єременко довела, що особи

юнацького віку, які страждають на психосоматичні розлади, відрізняються низкою особистісних характеристик, які об'єднує емоційна нестабільність, викривлення Я-образу (особистісна непевність, нестабільність самооцінки, хиткість бажань, переваг, цінностей та їх залежність від зовнішніх чинників), висока ймовірність порушень міжособистісних стосунків і тенденція до накопичення негативного афекту [11, с. 20].

Таким чином, знання психологічних особливостей хворих з психосоматичними захворюваннями може допомогти лікарю та медичному психологу знайти правильний індивідуальний підхід до кожного пацієнта, і тим самим підвищити якість його життя.

Висновки до 1 розділу

1. Аналіз наукових джерел дозволив виокремити головні підходи щодо розуміння природи психосоматичних феноменів: психоаналітична орієнтована психосоматична медицина; теорія «специфічних для хвороби психодинамічних конфліктів»; теорія «профілю особистості»; теорія десоматизації – ресоматизації; психосоматичний підхід, біопсихосоціальний підхід та ін. Психосоматичні захворювання залежать від психосоціальних, поведінкових, індивідуально-типологічних та нейродинамічних чинників, що взаємодіють між собою. Психосоматику можна визначити як міждисциплінарний науковий напрям, в якому вивчаються психологічні, соціальні і культурні фактори виникнення тілесних захворювань.

2. Загальноприйнята класифікація психосоматичних порушень та розладів відсутня, хоча робляться зусилля для їх інтеграції в єдину патогенетично обґрунтовану систему. Традиційно згадуються 3 групи психосоматичних захворювань: 1) психосоматичні функціональні розлади - межові, невротичні; 2) органічні психосоматичні розлади - класичні психосоматози; 3) психосоматичні розлади в ширшому сенсі - схильність до травматизму,

пов'язана з індивідуально-особистісними особливостями. Також виділяють психосоматичні реакції і конверсійні симптоми, іпохондричний розлад.

Що стосується дослідження взаємозалежності психічних і соматичних захворювань, можуть бути виділені 3 варіанти їх співвідношень: 1) відносно незалежне виникнення соматичних і психічних розладів; 2) з превалюванням етіологічної і патогенетичної ролі психічного фактору; 3) з переважанням етіологічної і патогенетичної ролі соматичного чинника.

РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ КЛІЄНТІВ

2.1. Сучасні методи корекційної роботи із психосоматичними клієнтами

Аналізуючи літературні джерела з проблем психосоматики, ми дійшли до висновку, що на сьогоднішній час існує багато психологічних напрямків роботи з цією проблематикою, але найактуальніші, на наш погляд є наступні: когнітивно-поведінкова терапія, символдрама та гештальт-терапія.

Деякі сучасні підходи до вивчення психосоматичних розладів ґрунтуються на «теорії оціночного стресу», яка підкреслює роль причинно-наслідкової атрибуції та атрибутивних стилів. Залежно від того, як пояснюються причини стресу, впоратися з ним або фокусуватись на проблемі (намагатись змінити ситуацію), або зосередити увагу на емоційній стороні пережитої події (намагатись змінити почуття, що були наслідком стресу). Найважливішими детермінантами причинної атрибуції є особистісний атрибутивний стиль та локус контролю.

Когнітивно-поведінкові терапевти припускають, що психопатологічні та психосоматичні розлади є результатом неточної оцінки подій, а отже, зміна оцінки цих подій повинна призвести до зміни стану клієнта. Когнітивно-поведінкова терапія вчить клієнтів по-різному реагувати на ситуації, які викликають тривогу або агресію. У цьому випадку усуваються ірраціональні судження, які виникли на фоні тривоги та опосередковано підтримують їх, оскаржуючи їхню актуальність. Біхевіоральна терапія як систематичний підхід до діагностичної оцінки та лікування психологічних розладів з'явилася наприкінці 50-х років . Сучасна поведінкова терапія включає наступні підходи:

- прикладний аналіз поведінки;
- не поведінкова модель посередника «стимул - реакція»;

- теорія соціального навчання;
- модифікація когнітивної поведінки.

В межах поведінкової терапії соматичні та психічні симптоми розуміються як завчена поведінка, яку можна «забути». Таке трактування ґрунтується на класичній обумовленості. У той же час передбачається, що поведінка при захворюванні визначається впливом певних умовних подразників (реакція на засвоєну поведінку) та через певні позитивні наслідки їх збереження (об'єктивно завчена поведінка). Останні роботи вказують на те, що певні думки та пізнання одночасно призводять до розвитку соматичних симптомів і сприяють їх постійності [4].

Новим етапом розвитку поведінкової терапії є долучення до неї когнітивної складової. Мета чисто поведінкової терапії – зміна поведінки, а когнітивної зміна сприйняття себе та навколишньої дійсності.

Клінічна сфера, яка об'єднала когнітивний та поведінковий підходи – це невротична депресія. Аарон Бек (1967), спостерігаючи за пацієнтами з невротичною депресією, звернув увагу на те, що в їх досвіді постійно лунали теми поразки, безнадії та неадекватності. А. Бек зробив висновок, що депресія розвивається у людей, які сприймають світ у трьох негативних категоріях:

- негативний погляд на сьогодення: незалежно від того, що трапиться, депресивна людина зосереджується на негативних аспектах, хоча життя приносить задоволення більшості людей;
- безнадію стосовно майбутнього: пацієнт із депресією, малюючи майбутнє, бачить у ньому лише похмурі події;
- знижена самооцінка: хворий на депресію сприймає себе недієздатним, недостойним і безпорадним.

Натомість Альберт Еліс, засновник раціонально-емоційної терапії, припускає, що тривожність, почуття провини, депресія та інші психологічні проблеми викликаються не травматичними ситуаціями самі по собі, а тим, як люди сприймають ці події, що вони думають про них. Терапія А. Еліса полягає в тому, щоб спочатку виявити в клієнта не правильні думки, а потім допомогти

Йому замінити ці дезадаптивні моделі мислення на більш реалістичні, використовуючи моделювання, підкріплення та логіку. Як і в когнітивній терапії А. Бека, раціональна емоційна терапія А. Еліса робить великий акцент на поведінкових техніках, включаючи домашні завдання.

Біхевіоральна терапія є кращим лікуванням сексуальних проблем в чоловіків і жінок, таких як імпотенція, передчасна еякуляція, оргазм та дисфункція вагінізму. Завдяки численним практикам виявлені специфічні моделі поведінки, які збільшують ризик серцево-судинних захворювань.

Факторами ризику, на які спрямовані програми лікування в межах когнітивно-поведінкового підходу є куріння, надмірна вага, недостатня фізична активність, стрес, гіпертонія та надмірне вживання алкоголю. Методи поведінкової терапії застосовуються як до пацієнтів (індивідуально чи в групі), так і до здорових для профілактики серцево-судинних захворювань.

Поведінкові методи також успішно застосовуються при таких проблемах, як головний біль, порушення харчування (нервова анорексія та нервова булімія), астма, епілепсія, розлади сну, нудота у онкохворих через променеви терапію, страх госпіталізації та операції у дітей тощо [25].

Однією з технік когнітивно-поведінкової терапії є техніка майндфулнес. Це практика усвідомленої медитації, яка поєднує в собі філософію, практику буддизму і передбачає глибоке акцентування уваги зосередженості на тілесному і ментальному досвіді. Такий підхід передбачає здатність розуміти і усвідомлювати свої вчинки, і як наслідок релевантно реагувати на зовнішні подразники. Основоположником практики вважається американський професор Джон Кабат-Зінн. Основу даної методики склало поняття набуття здатності до дисциплінованого, регулярного усвідомлення кожного моменту життя, незалежно від подій, що відбуваються.

«Дослідження показують, що майндфулнес не тільки позитивно впливає на боротьбу з вигоранням, стресом і тривожністю, а й розвиває емпатію, співпереживання, підвищує якість життя в цілому», - говорить Карен Лібенгут, тренер по майндфулнес.

Гештальт-терапія, форма психотерапії, яка розроблена Фредеріком Перлсом. Вона спрямована на розширення обізнаності людини, на краще розуміння та прийняття себе, досягнення більшої внутрішньоособистісної цілісності, а також більшу реалізацію та усвідомленість життя, покращення контакту із зовнішнім світом.

Експерименти гештальт - психологів показали, що сприйняття людини не визначається механічним підсумуванням зовнішніх подразників, а має свою організацію. Сам організм обирає те, що для нього важливо і цікаво, це завжди пов'язано із провідним образом (коханою людиною, почуттям голоду, тощо). Усі інші об'єкти в цей момент зливаються, стають невиразними і переходять у фон [13, с. 18-27].

У гештальт-терапії, все згруповано навколо двох основних напрямків роботи. Їх називають принципами та іграми. Принципи впроваджуються на початковому етапі терапії і їх не надто багато, тоді як кількість ігор не обмежена. Принципи вказують на бажану поведінку та умови, які сприяють розширенню обізнаності та найповнішому контакту з оточенням та самим собою.

Основні принципи гештальт - терапії такі:

1. Принцип "тут і тепер" - це функціональна концепція того, що і як робить людина на даний момент. Наприклад, акт згадування далекого минулого є частиною теперішнього, а те, що відбулося кілька хвилин тому - це не зараз.

2. Принцип «Я - ти». Висловлює бажання відкритого та прямого контакту між людьми. Часто члени психотерапевтичної групи надсилають свої заяви не конкретному учаснику, а стороні або в повітря, що виявляє їхній страх говорити прямо і відверто. Терапевт заохочує членів групи безпосередньо спілкуватися.

3. Принцип суб'єктивізації тверджень. Психотерапевт пропонує клієнту замінити об'єктивовані форми («щось тисне у грудях») суб'єктивними («я пригнічую себе»).

4. Континуум свідомості. Він є невід'ємною частиною всіх технічних процедур, але також може використовуватися як окремий метод. Це концентрація на спонтанному потоці змісту переживань, метод приведення індивіда до безпосереднього досвіду та відмова від вербалізацій та інтерпретацій. Усвідомлення почуттів, тілесних відчуттів та спостереження за рухами тіла сприяють орієнтації людини на себе та її зв'язки із оточенням.

Технічні процедури називаються гештальт-іграми. Це різні дії, які виконуються клієнтами за пропозицією психотерапевта, вони сприяють більш прямому протистоянню змісту та переживанням. Ці ігри дають можливість експериментувати з собою та іншими членами групи. У процесі гри учасники групи «приміряють» різні ролі, вступають у різні образи, ототожнюються з почуттями та переживаннями, які є важливими для них. Метою експериментальних ігор є досягнення емоційного та інтелектуального уточнення, що веде до інтеграції особистості. Емоційне усвідомлення – це момент самореалізації, коли людина каже: «Ага!» За Ф. Перлсом, «ага» - це те, що відбувається, коли щось застигає на місці; щоразу, коли гештальт «закривається», це клацання «звучить». У міру накопичення фактів емоційного з'ясування настає інтелектуальне з'ясування.

У індивіда, психічне або фізичне здоров'я якого порушено, відзначається порушення узгодженості між окремими фізіологічними і психічними процесами, констатується порушення гомеостатичної рівноваги (життєво важливі потреби організму не задоволені в силу зовнішніх або внутрішніх причин) і порушення здатності до творчого пристосування (використання власних можливостей і можливостей середовища для задоволення потреб). Відповідно, у гештальт-терапії метою терапевтичних заходів є відновлення гомеостатичного балансу організму і здатності до творчого пристосування.

Головними цілями індивідуальної психотерапії є спільне усвідомлення пацієнтом і психотерапевтом найбільш значущих фрустрованих потреб, які

призвели до психічних і психосоматичних порушень, і пошук варіантів поведінки, які дозволять задовільнити ці потреби.

Серед напрямків психотерапії та психокорекції у лікуванні психосоматичних розладів, клінічно високоефективним виявився метод глибинної психологічно орієнтованої психотерапії, названий символдрамою, або кататимо-уявною психотерапією. Як метафору її можна охарактеризувати як психоаналіз із використанням снів, що прокидаються.

Використання символдрами доречно при таких патологічних станах та порушеннях, як: нейро- та психо - вегетативні розлади, психосоматичні захворювання середньої тяжкості; стани страху та фобії; депресивні неврози; неврози з переважно психічним проявом (за винятком обсесивно-компульсивного розладу); невротичний розвиток особистості, порушення адаптаційних здібностей; психоневротичні розлади та невротичний розвиток особистості в дитячому віці; порушення адаптаційної здатності у підлітковому та юнацькому віці.

Недостатній інтелектуальний розвиток; гострі або хронічні психози або стани, близькі до психозу; це ребро - органічні синдроми; важкі депресивні розлади; відсутність мотивації; чітко виражені істеричні неврози; нарцисистські синдроми – такі діагнози є недоречними для терапії в методі символдрами.

Необхідною умовою успішної психотерапії є абсолютна добровільність, при якій частина відповідальності за успіх лікування може бути перекладена на клієнта. Розуміння та передбачуваність сприятливі для людей, які досить відверті, звикли до активної роботи.

Метод символдрами розроблений відомим німецьким психотерапевтом Гансом Лейнером [20]. Його підґрунтя формують вільні фантазії у вигляді образів - «картинок» на тему, задану психотерапевтом. При цьому психотерапевт виконує контрольну, супроводжуючу, направляючу функцію. Загальноприйняті символічні драматичні мотиви: луг, струмок чи озеро, лісовий край, квітка, ідеальний Я, будинок, подорож у глибину тіла та пошук болісного місця, хмара, гора, лев, печера, вулкан, тощо.

У цьому випадку саморозкриття психіки відбувається в процесі потоку інерційної проекції. Розгортання процесів аутосимволії здійснюється відповідно до потоку настроїв та емоцій клієнта. Символдрама як метод дуже близький до роботи з мріями в аналітичній психотерапії Юнга: мотиви, застосовані в її сеансах, можна розглядати як архетипні.

Сам Г. Лейнер визначає такі терапевтичні фактори при роботі в символдрамі:

1. образне уявлення, фокусування уявних сцен та їх емоційного тону з метою свідомого їх розуміння та артикуляції;
2. опредметнення (візуальне зображення, конкретизація) і переміщення змісту образів від повних фантазій до дійсно обумовлених уявлень зі спонтанною самоінтерпретацією символів;
3. звільнення почуттів і емоцій, аж до катарсису;
4. ефект зворотного зв'язку (який став об'єктом конфліктів і стимулювання їх творчого розкриття). [20, с. 253.]

Психотерапія методом символдрами може бути представлена як своєрідна тривимірна система координат, де одна вісь – це робота з конфліктами (перша складова), друга – робота, спрямована на задоволення архаїчних потреб (другий компонент), а третя – це робота, спрямована на розвиток творчості (третя складова). У кожному конкретному випадку роботи з клієнтом психотерапевт, рухається в цій системі координат, знаходячись ближче до тієї чи іншої осі, використовуючи різні прийоми драматизації символів.

При роботі з **пацієнтами**, що страждають психосоматичними розладами, виправдала себе методика образного уявлення хворого органу або відповідної частини тіла із вказівкою, що там повинна виявитися якась зміна. У розпорядженні психотерапевта є дві техніки: навіювання; медетативної уяви.

Дослідження зарубіжних психотерапевтів і психіатрів, які використовують метод символдрами у роботі з психосоматичними клієнтами, доводять його високу ефективність, зокрема при гінекологічних

захворюваннях, сексуальних порушеннях, мастопатії, онкологічних захворюваннях, ендогенних депресіях, страхах і фобіях.

2.2. Практика майндфулнес в роботі з психосоматичними клієнтами

Майндфулнес – це практика безоцінкового усвідомлення тривалого теперішнього часу, що допомагає розпізнати свої думки, почуття і дії в момент їх виникнення, не переходячи на автоматичні реакції.

Подібна практика ґрунтується на наступних семи принципах:

1. Утримання від категоризації і оціночних суджень щодо пережитого і усвідомлюваного досвіду.
2. Толерантність щодо свого розуму і свого тіла, своїх бажань і прагнень.
3. Прийняття установки «розум новачка» або «цікавий розум».
4. Довіра як базова установка щодо себе і своїх почуттів, своєї інтуїції на противагу опорі на зовнішні авторитети.
5. Відмова від прагнень і цілепокладання в ході практики усвідомленої медитації.
6. Прийняття речей і явищ такими, якими вони є зараз.
7. Неприв'язаність щодо ідей і тих елементів досвіду, за які чіпляється наш розум і фокусується увага прагнення сприймати весь досвід як рівнозначний.

У лікуванні тривожних розладів і симптомів тривоги доведена ефективність даного методу. За допомогою «майндфулнес» пацієнт навчається тому, як бути «тут і тепер», як зупиняти нав'язливі думки, що турбують. Контролювати емоції, підвищувати емоційну стійкість до стресу і отримувати задоволення від життя.

МВСТ це підхід, розроблений на базі програми зниження стресу MBSR, і з'єднує концепцію усвідомленості (mindfulness) з ідеями когнітивної психології,

для вирішення психологічних проблем клієнтів. Основна мета даного підходу - звільнити клієнтів від схильності автоматично реагувати на думки, емоції, події життя. Програма довела свою ефективність при депресіях, підвищеній тривожності, біполярному афективному розладі, синдромі хронічної втоми, безсонні, порушенні харчової поведінки [12].

Основним завданням програми є освоєння навичку усвідомленості шляхом медитації (mindfulness meditation). Структура програми, вправи, методичні рекомендації, стиль навчання запозичені з програми зниження стресу MBSR. Теоретичні моделі депресії (та інших розладів) взяті з когнітивно - поведінкової терапії [34].

В даний час програма визнана на офіційному рівні як ефективний засіб терапії, рекомендується National Institute for Clinical and Health Excellence (NICE) в Британії.

Депресія – це довготривалий емоційний стан розуму, при якому звичайний смуток перетворюється в стан безнадійності, апатії, відсутності мотивації і постійної втоми. Вона може варіюватися за формою: від легкої до вкрай важкої. При легкій депресії клієнт просто зайвий раз зосереджується на своїх недоліках (або недоліках оточуючих). Він може більшу частину часу відчувати співчуття, роздратування, гнів, жаль до себе і необхідність підбадьорення. У важких випадках депресія може проявитися в фізичних симптомах і навіть захворюваннях.

Дослідження показують, що напад депресії включає в себе поганий настрій, негативне мислення (думки типу «я - невдаха») відчуття втоми і млявості в тілі. Після нападу фізичні симптоми зникають, і настрої відновлюються. Але після кількох таких нападів утворюється зв'язок між відчуттями і настроєм з одного боку, і негативними моделями мислення з іншого. Це призводить до того, що невеликий спад настрою (з будь-якої причини) виступає в якості тригера, що запускає старі негативні розумові патерни. Людина знову починає думати про свої невдачі, хоча це і не відповідає реальній ситуації. В кінцевому результаті, всередині розгортається і

наростає по спіралі повний цикл, який може призвести до повноцінного рецидиву депресії. Відкриття факту, що зв'язок між негативними думками і поганим настроєм існує і готовий проявитися в будь-який момент, навіть коли людина себе почуває чудово, має величезне значення. Це значить, що для запобігання рецидиву депресії необхідно зуміти не дозволити поганому настрою вийти з-під контролю і розвиватися по спіралі.

Для боротьби з нападами депресії, на думку авторів МВСТ - підходу, необхідно виробити наступні 4 навички:

1. Навчитися виходити з кола нав'язливих розумових шаблонів.
2. Навчитися розпізнавати психічні стани і процеси, що ведуть до нового нападу депресії, і стати більш усвідомленими щодо їх причин, ходу, особливостей протікання.
3. Навчитися знаходити нові способи взаємодії з тими аспектами життя, які викликають депресію.
4. Навчитися повертатися обличчям до труднощів і зацікавлено проживати складні періоди життя.

Чому ми описали саме депресію? Та тому що гіпертонія є наслідком депресії і тривоги. А в нашому дослідженні всі клієнти з підтвердженою гіпертонією.

Як і програма MBSR, програма МВСТ зазвичай триває близько 8 тижнів, заняття проходять 1 раз в тиждень, в групах до 12 осіб, по 2 години. Втім, оскільки мова йде про психотерапевтичний підхід, можлива також індивідуальна робота. Кожен учасник бере на себе зобов'язання практикувати 45 хвилин щодня. Багато програм включають один повний день практик усвідомленості ближче до кінця курсу. Програма вправ, методичні рекомендації повністю запозичені з програми MBSR.

У МВСТ особлива увага приділяється концепції «автопілоту» - здатності психіки виконувати частину повсякденних завдань не усвідомлено (рухові завдання, емоційні реакції, розумові шаблони). Ця здатність приносить, з одного боку, масу еволюційних переваг, але, з іншого боку, іноді створює

значний розрив між реальністю і нашими звичними уявленнями про неї. Виявлення тих моментів, коли «автопілот» діє неадекватно і використання в цих випадках усвідомленості – завдання вирішуються програмою МВСТ.

Пряме усвідомлення процесів, що протікають в тілі, вважається станом «тут і зараз» і є першим кроком до спостереження за думками і емоціями.

Перша половина курсу спрямована на те, щоб навчитись спостерігати за внутрішніми процесами та усвідомлювати їх. У другій половині програми акцент робиться на навчанні застосування навичок в ситуаціях повсякденного життя.

Британський National Institute of Clinical Excellence не так давно схвалив МВСТ як ефективний засіб профілактики рецидивів депресії.

У 2000 році було проведено перше дослідження ефективності програми МВСТ. За опублікованими даними Teasdale et al. 2000, для людей, які пережили 3 і більше епізоди депресії, терапія за допомогою МВСТ знижує вдвічі ризик ще одного нападу (рецидив пережили 66% людей, які пройшли звичайний курс терапії, і тільки 37% учасників програми МВСТ). Для людей з 2 епізодами в історії, суттєвої різниці в ефективності підходів не виявлено, але оскільки програма проводилася груповим методом, на кожну людину в середньому витрачалось близько 5 годин, що помітно нижче звичайної терапії.

У 2004 році за результатами першого дослідження Ma & Teasdale, були підтверджені: 78% рецидивів у випадку звичайної терапії і 36% рецидивів для учасників програми МВСТ, для осіб з 3 і більше епізодами в історії.

У 2006 році Марк Вільямс з колегами досліджували ефективність МВСТ для боротьби з суцидальними нахилами. Віллем Кюкен з колегами встановив, що програма МВСТ дає такий самий ефект, як і прийом курсу антидепресантів.

2.3. Психотерапевтична допомога при артеріальній гіпертензії

Дані медичної статистики свідчать про те, що близько 70% пацієнтів, котрі звертаються до лікарів, страждають на психосоматичні захворювання.

Найбільш поширеними є ішемічна хвороба серця, артеріальна гіпертонія, серцеві аритмії, бронхіальна астма, цукровий діабет, виразкова хвороба шлунку та дванадцятипалої кишки, ревматоїдний артрит, різні види дерматитів і дерматозів і онкологічної патології.

З однією з перерахованих хворіб зіткнулися наші клієнти, які і взяли участь в нашому дослідженні, а саме з артеріальною гіпертонією. Гіпертонія або артеріальна гіпертензія – це клінічний синдром, що характеризується хронічно підвищеним рівнем артеріального тиску за відсутності очевидної органічної причини. Синдром має прогресуючий перебіг, починаючи з ранніх стадій, коли артеріальний тиск коливається від низького до високого, і до пізніх стадій, коли тиск стабілізується на високому рівні у разі пошкодження нирок та судин [27, с. 89-91].

Можливість психотерапевтичної допомоги при артеріальній гіпертензії (АГ) обговорюється в професійному співтоваристві з моменту визнання ролі нейро і психогенних факторів у її виникненні і перебігу. У вітчизняній медицині увагу до психогенних чинників у розвитку АГ привернув Г. Ф. Ланг, який сформулював в 1920-ті роки нейрогенну концепцію гіпертонічної хвороби. Відповідно до цієї концепції, в хронізації підвищеного артеріального тиску (АТ) ключову роль грає тривале нервово перенапруження, обумовлене негативними емоціями .

Зарубіжна традиція інтерпретації психосоматичних взаємин при артеріальній гіпертензії складалася під впливом психоаналітичних ідей. У той же час ключові ідеї даного напрямку близькі до нейрогенної теорії Г. Ф. Ланга: артеріальна гіпертензія розглядається як результат хронічного емоційного напруження і подавленого гніву [29, с. 191].

Результати сучасних широкомасштабних досліджень у певній мірі узгоджуються з висновками класиків медицини та психології. Дійсно, стан психічного стресу, перш за все хронічного (на противагу гострого), і сьогодні є важливим чинником у формуванні ризику артеріальної гіпертензії. Використовуються різні визначення і методичні підходи до оцінки психічного

стресу. Стрес розглядається і як стан психофізіологічного напруження, що виникає при впливі психогенних факторів, так і стресогенних. Однак незалежно від способів оцінки психічного стресу, дослідження в цілому підтверджують його значення в розвитку серцево-судинної патології.

Зарубіжні дослідники в результаті аналізу сучасних досліджень роблять висновок, що є переконливі свідчення взаємозв'язку стресу, асоційованого з професійною діяльністю, нестачі соціальної підтримки, переживання самотності, порушень сну і ймовірності розвитку артеріальної гіпертензії. На підставі метааналітичного дослідження вони також роблять висновок про роль тривоги і тривожних розладів як чинників ризику артеріальної гіпертензії [41, с. 350].

Закономірним наслідком ідей, сформульованих піонерами в області вивчення психогенних факторів АГ, а також результатів емпіричних досліджень є необхідність психологічного або психотерапевтичного втручання для профілактики захворювання і його несприятливого перебігу.

В даний час методи психокорекції та психотерапії застосовуються в цій галузі в зв'язку з вирішенням наступних завдань:

- забезпечення профілактики АГ (мова йде перш за все про первинну профілактику);
- зниження артеріального тиску у пацієнтів з АГ;
- формування толерантності до потреби лікування при АГ;
- профілактика та корекція органічних та психічних розладів як ускладнень АГ. Кожна з цих завдань носить комплексний характер і може вирішуватися з використанням різноманітних психологічних і (немедикаментозних) психотерапевтичних підходів. Їх можна класифікувати наступним чином:

- поведінкова терапія - втручання, спрямовані на безпосередню зміну моделі поведінки і психічного стану:

- методи психофізіологічної саморегуляції (біологічний зворотний зв'язок), аутогенне тренування, прогресивна м'язова релаксація;

- інші методи, орієнтовані на безпосередню корекцію психічного стану (музикотерапія, йога, ароматерапія і інше);
 - когнітивно-поведінкова терапія - втручання, спрямовані на корекцію психічного стану і моделей поведінки за допомогою трансформації уявлень, переконань, когнітивних установок і тому подібного;
 - особистісно-орієнтована психотерапія (психодинамічна або екзистенційно-гуманістична) - втручання, спрямовані на корекцію особистості з урахуванням психологічних факторів і механізмів її формування, глибинних аспектів переживань і відносин;
 - методи профілактики і корекції когнітивних розладів - когнітивні тренінги, методи нейропсихологічної корекції і нейрореабілітації;
 - освітньо-просвітницькі (медико-психолого-педагогічні) методи.

В даний час спектр методів, які використовуються в психологічному супроводі лікування АГ і підлягають оцінці в рамках рандомізованих контрольованих досліджень, обмежений поведінковими і когнітивно-поведінковими підходами. Їх очевидні переваги полягають у високій регламентованості, які полегшують створення однакових умов для учасників, забезпеченість адекватними концептуальними моделями, зручність для організації досліджень з оцінки ефективності.

Висновки до 2 розділу

В практиці роботи із психосоматичними клієнтами, найчастіше психотерапевти послуговуються методами, які розроблені в межах когнітивно-поведінкового напрямку, гештальту та символдрами.

Когнітивно-поведінкова психотерапія є однією з найбільш поширених і досліджених форм психотерапії. Вона поєднує в собі два види терапії: когнітивну терапію і поведінкову терапію. Який метод лікування використовується залежно від проблеми клієнта. Основний принцип лікування завжди один і той самий: те, про що ми думаємо, як ми себе відчуваємо і

ведемо, прямо пов'язане між собою. Ці фактори мають вирішальний вплив на наше самопочуття. Когнітивна поведінкова терапія використовується для лікування депресії, тривожних станів, компульсивних розладів і залежностей. Вона також може застосовуватися і при фізичних розладах, таких як хронічний біль, шум у вухах і ревматизм. Цей метод допомагає краще справлятися з дискомфортом.

Гештальт-терапія – напрям психотерапії, який спрямований на розширення обізнаності людини і завдяки цьому на краще розуміння та прийняття себе, досягнення більшої внутрішньоособистісної цілісності, більшої реалізації та усвідомлення життя, покращення контакту із зовнішнім світом.

Символдрама – один з видів індивідуальної та групової психотерапії, в основі якого лежать теорія класичного психоаналізу, аналітична психологія К.Г.Юнга. Суть символдрами полягає в тому, що людина уявляє образи на тему, задану терапевтом. Ці образи дозволяють розкрити конфлікти і суперечності, які ховаються в індивідуальному несвідомому.

РОЗДІЛ 3.

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ КЛІЄНТІВ

3.1. Організація емпіричного дослідження та характеристика вибіркової групи

В нашому магістерському дослідженні для підтвердження висунутої нами гіпотези, ми використали такі методи: експериментально-психологічний, клініко-психопатологічний та статистичний .

Спочатку нами було здійснено ряд діагностичних процедур за анкетною та за тестами (опитувальник А.Бека та шкала самооцінки Спілбергера-Ханіна), діагностування проводилось двічі - на початку і по завершенню терапевтичної програми. Для діагностики депресивних станів - ми застосували тест Шкала Депресії А. Бека. Даний тест розроблений на основі клінічних спостережень, котрі дозволили виявити обмежений набір найбільш релевантних і значимих симптомів депресії, які найчастіше озвучуються клієнтами. Опитувальник включає в себе 21 категорію симптомів і скарг. Кожна категорія складається з 4-5 тверджень, відповідних специфічним проявам депресії (Див. додаток А). Відповідно до ступеня вираження симптому, кожному пункту привласнюються значення від 0 (симптом відсутній) до 3 (максимальне вираження симптому). При інтерпретації даних враховується сумарний бал за всіма категоріями:

0-9 – відсутність симптомів;

10-15 – легка депресія;

16-19 – помірна депресія;

20-29 – виражена депресія;

30-63 – важка депресія;.

Також ми використовували ще одну додаткову методичку «Шкала самооцінки Спілбергера-Ханіна», досліджували рівень тривожності учасників, як реакцію на стан хвороби і як особистісну рису – тривожність.

Показники високої особистісної тривожності корелюють з невротичним конфліктом, емоційними і невротичними зривами та соматичними захворюваннями. Шкала самооцінки складається з 2-х частин, окремо оцінюється тривожність реактивна (РТ, номери висловлювань з 1 по 20) і особистісна тривожність (ОТ, номери висловлювань з 21 по 40) (Див. додаток Б). На кожне з висловлювань треба дати один з чотирьох варіантів відповіді: 1 - майже ніколи, 2 - іноді, 3 - часто, 4 - майже завжди.

Після проведення першого діагностичного обстеження в Медичному Центрі «ДельтаМед», нами було запропоновано учасникам експерименту тренінгову програму, яка ґрунтується на методі МВСТ. Це один із методів когнітивно поведінкової терапії (КПТ) – МВСТ (mindfulness-based cognitive therapy). Даний метод був розроблений Джоном Кабат-Зинном в Медичному центрі при Масачусетському університеті, для того щоб допомогти людям, які страждають на депресію. Клінічні дослідження довели ефективність цього методу. Техніка МВСТ ґрунтується на медитації усвідомлення. З англійської мови майндфулнес означає «повна свідомість» це в певній мірі здатність бути вповні присутнім та свідомим, можливість приймати реальність з цікавістю, щирістю, доброзичливістю. Стан майндфулнес можна порівняти із станом доброї координації психічних процесів - регуляції уваги, сприйняття, мислення, емоцій, розуміння себе та інших.

Наукові дослідження вказують на те, що регулярна практика майндфулнес веде до ряду позитивних змін в психологічному та фізичному здоров'ї людини. Зміцнюється імунітет, покращується стресостійкість, когнітивні та творчі здібності, що загалом підвищує якість життя та надає більшого відчуття щастя.

Майндфулнес - втручання є частиною протоколу психотерапії в методі КПТ (когнітивно-поведінкової терапії), для цілого ряду психічних розладів, зокрема депресії, тривожних розладів, ПТСР та ін..

Для проведення експерименту, нами було підготовлене спеціальне приміщення, ізольоване від шуму і всього що відволікає увагу. Зроблене

спеціальне освітлення та зібраний відповідний інвентар. Найважливішим моментом є підготовка, розробка і уточнення інструкцій. Остання перевіряється на зрозумілість і простоту.

Швидкість розуміння інструкції залежить від індивідуальних когнітивних здібностей, особливостей темпераменту і та.ін.

В нашому експерименті взяло участь 10 осіб віком від 26 до 58 років, з них 8 жінок і 2 мужчин. Їхня участь була добровільною. У всіх респондентів присутня депресивна симптоматика та виставлений діагноз гіпертонія.

Гіпертонія або артеріальна гіпертензія – це клінічний синдром, який характеризується хронічно підвищеним рівнем артеріального тиску за відсутності очевидної органічної причини. Синдром має прогресуючий перебіг, починаючи з ранніх стадій, коли артеріальний тиск коливається від низького до високого, і до пізніх стадій, коли тиск стабілізується на високому рівні у разі пошкодження нирок та судин.

Підвищений артеріальний тиск у людей пов'язаний насамперед із психічно перенапруженою діяльністю та стресом, які спричиняють порушення в корковому та підкірковому регулюванні механізмів контролю артеріального тиску (АТ). Багато в чому саме розумова діяльність визначає функції серця та судин. Зміни активності та відпочинку, сну та безсоння, позитивні та негативні емоції безпосередньо пов'язані з різними станами системи кровообігу.

Депресія часто пов'язана з негативним впливом не тільки на настрій і самопочуття хворого, але і ураженням його органів і систем, що підтверджено багатьма дослідженнями. Важливе місце серед опосередкованих депресією патологій займає артеріальна гіпертензія, яка спричиняє підвищення ризику розвитку серцево-судинної патології у пацієнтів. Останні дані щодо взаємозв'язку депресії та артеріальної гіпертензії свідчать про залученість в обидва процеси біотрансформації амінокислот в організмі. Є дані про зниження продукції або відносній нестачі амінокислот (серотоніну, норадреналіну і дофаміну) в центральній нервовій системі. Це знаходить підтвердження у впливі антидепресантів на нейротрансмітери.

Дофамін та інші амінокислоти вивільняються спеціальними клітинами нейротрансмітерами, які володіють антигіпертензивним ефектом. Нестача дофаміну в певних ділянках головного мозку призводить до підвищення артеріального тиску і може бути пусковим фактором для розвитку депресії. Обговорюється і зворотний зв'язок, коли у хворих з серцево-судинною патологією внаслідок ішемічних змін в мозку може підвищуватися схильність до розвитку депресивних станів.

Психосоматична природа гіпертонії досить добре вивчена сучасною наукою. Дослідники відзначають важливість психологічного консультування для пацієнтів з високим кров'яним тиском. Окрім симптоматичного лікування, необхідно з'ясувати, які особисті проблеми є у пацієнта, що його турбує і що заважає нормальній роботі серцево-судинної системи. Серед найбільш характерних психологічних чинників, які сприяють розвитку гіпертонії, було виділено наступні: підвищений ступінь тривожності, хронічні депресивні стани, висока емоційна збудливість, неможливість розслабитися після психологічних стресів, переважаючий песимізм, неадекватна оцінка власних сил та бажання досягти більшого всіма способами, надмірна вимогливість до себе та інших, Неадекватна скромність і сором'язливість, агресивність, дратівливість, трудоголізм.

3.2. Мета та задачі корекційної роботи із психосоматичними клієнтами.

Нами була розроблена спеціальна програма на базі МВСТ, котра складається з 8 занять. Кожне заняття тривалістю 2 години, проводиться 1 раз на тиждень. Дана програма розрахована на 2 місяці, так як згідно досліджень – через такий період часу в людському мозку формуються нові нейронні зв'язки, що повинно дати змогу людині відчувати реальні зміни в її житті. Мета цієї програми – позбавити клієнтів проявів гіпертонічної хвороби.

Заняття проводились в тренінговій групі з тренером і ко-тренером .

ПЕРШИЙ ТИЖДЕНЬ

Всі учасники групи познайомились один з одним і розповіли короткі історії про своє життя та що привело їх сюди. Кожному учаснику видавалась 1 ягода малини і було поставлене завдання, перед тим як з'їсти ягоду- потримати її в руці, відчутти її запах, побачити колір, форму, вагу. Покрутити малину пальцями, відчутти її фактуру а вже після цього спробувати її скуштувати. Не поспішаючи покласти її в рот і відстежувати всі відчуття. Не розжовувати її відразу. А коли будете готові – почніть жувати, звертаючи увагу на всі відчуття, які є в організмі. Після цього, потрібно було записати на аркуші паперу свої відчуття.

Майже всі учасники відповіли одноголосно, що вони ніколи не отримували такого задоволення від процесу їжі, також звертали увагу на те, яка малина гарна, на її ворсинки, форму і який в неї солодкий смак. Більшість людей зауважила , що завжди їли малину жменями, ніколи не задумуючись над тим, яка вона смачна і взагалі над всім процесом.

Таким методом, ми хотіли донести до учасників, те що більшість всього що вони роблять кожного дня, зокрема їдять, чистять зуби, миють посуд та ін.. відбувається в них на автопілоті. Скільки всього вони пропускають в своєму житті. В нас є тільки один момент, в якому ми живемо – теперішній, але більше всього люди живуть або в минулому або в майбутньому, не зосереджуючись на тому що відбувається «тут і тепер».

Також після медитації з малиною, кожному учаснику було запропоновано вибрати для себе одне заняття, яке буде робити усвідомлено кожного дня на протязі тижня (наприклад чистити зуби, пити чай або каву, прибирати та ін.).

Ще одним завданням на першому занятті була медитація «Усвідомленість тіла і дихання».

Підготовка.

Потрібно зайняти зручне положення сидячи, спина повинна бути випрямленою, але не напруженою.

Концентрація на тілі.

Потрібно зосередитись на відчуттях в тих точках, де тіло доторкається до крісла, до підлоги, відчути вагу, тиск. Побути в такому стані декілька секунд.

Далі направляємо увагу на стопи, починаємо з відчуттів пальців, кожного окремо... далі переключаємо увагу на відчуття в гомілках... колінах. Якщо в цих зонах немає жодних відчуттів – то це цілком нормально. Наше завдання не придумувати відчуття, а просто фіксувати те що є.

Тепер переключаємо увагу на відчуття, які є в животі – відчуваємо дихання, як повітря заходить і виходить. Якщо в цей час ви помітили, що мислення почало блукати і ви більше не зосередженні на відчуттях свого тіла – подякуйте собі за свою увагу і далі переходьте до спостереження свого тіла.

Скануємо всі відчуття в своєму тілі – руки, спину, можливо відчуваємо серцебиття, шию, підборіддя, щоки, ніс, ніздрі ... можливо у ніздрях є більш сильні відчуття – помічайте їх. Також досліджуємо відчуття, які йдуть з чола...

Наступні декілька хвилин сконцентруйте увагу на всьому своєму тілі. Дозвольте всім відчуття бути такими, якими вони є...

Тепер зосереджуємо увагу на відчуттях в животі і диханні. На ритм дихання, на те як піднімається і опускається живіт... Не потрібно контролювати дихання і шукати якісь спеціальні відчуття. Просто спостерігайте.

Таке завдання учасники повинні виконувати самостійно двічі на день - 6 днів. Спочатку може здаватись що це даремна трата часу, і його можна використати набагато ефективніше, але не потрібно піддаватись цим думкам.

ДРУГИЙ ТИЖДЕНЬ

Наступний крок – стати ще кращим, навчитися стежити за реакцією свідомості і потрібно вміти ставитися до цього обережно. Саме в тілі ви можете відчути перше «ворушіння» емоційно заряджених думок. І замість того, щоб діяти як підсилювач, тіло може стати чутливим емоційним радаром або системою раннього попередження, яка повідомляє про тривогу, стрес і відчай ще до їх виникнення. але щоб навчитися читати і розуміти сигнали свого тіла, спочатку потрібно вчитися послідовно зосередитись на тих його частинах,

звідки вони походять. Ці сигнали можуть з'являтися в будь-якій частині тіла. Це означає, що нам потрібна медитація, яка охоплює всі частини тіла, нічого не пропускаючи і намагаючись встановити контакт. Ми будемо використовувати для цих цілей медитацію «сканування тіла».

Медитація «сканування тіла» надзвичайно проста. Це допомагає об'єднати тіло і розум в потужне єдине ціле. У процесі медитації слід перенести фокус уваги на своє тіло, поки що коротко затримавшись на кожній з його частин і завершення до повного «сканування». Ця вправа розвиває здатність до концентрації уваги. Найкраще виділити 15 хвилин двічі на день і повністю присвятити їх «скануванню тіла», і робити це шість днів із семи, щоб зробити 12 таких медитацій до кінця тижня.

Медитація сканування тіла

Знайдіть місце, де вам буде тепло і де вас ніхто не відволікатиме. Ляжте на спину, щоб вам було зручно. Можливо, ляжте на ліжко або на підлогу з килимком. Вкрийтеся ковдрою, якщо вам так зручніше. Вам може бути простіше медитувати із закритими очима, якщо ні, залиште їх відкритими. Ви можете відкрити очі в будь-який час, коли відчуваєте, що засинаєте.

Зверніть увагу на фізичні відчуття в тілі, особливо в тих точках, де воно торкається поверхні, на якій ви лежите. Нехай ваше тіло стає важким з кожним видихом...Обережно нагадуйте собі, що медитація - це можливість пробудити, а не приспати увагу. Вона дозволяє повністю зосередитися на досвіді яким він є насправді, а не таким, яким він є для вас. Не намагайтеся змінити те, що відчуваєте, немає потреби намагатися заспокоїтись. Мета цієї практики у концентрації уваги на всіх відчуттях, на кожній частині вашого тіла. Іноді у вас не буде таких відчуттів, і тоді вам потрібно просто визнати це. Не варто намагатися уявляти те, чого немає.

Тепер зосередьтеся на відчуттях в животі під час вдиху та видиху. Слідкуйте за животом як він піднімається і опускається коли ви вдихаєте і видихаєте...Встановивши зв'язок з цими відчуттями, зберіть вашу увагу до одного моменту і перемістіть її вниз – до кінчиків пальців. Усвідомте кожен

палець ноги, проявляйте інтерес до кожного з них. Оцініть якості цих відчуттів. Ви можете помітити як пальці ніг, торкаються один одного, або відчувати поколювання, тепло чи оніміння, а можливо ви нічого не відчули. Щоб ви не відчували це нормально, і немає необхідності оцінювати це будь-яким чином. Просто нехай ці відчуття будуть такими, якими вони є.

Під час вдиху спробуйте уявити або відчути, як повітря наповнює ваші легені і рухається вниз по ногах до кінчиків пальців. Під час видиху спробуйте уявити або відчути, як повітря повертається в стопи, ноги, тулуб і виходить назовні через ніс. Так продовжуйте наступні кілька разів...Спочатку це може бути складно, тому робіть як подобається і не сприймайте дуже серйозно.

На наступному видиху переведіть свою увагу до стоп. Спокійно і з цікавістю спостерігайте за відчуттями у них, потім у ногах. Ви можете помітити деякий тиск в місці, де стопи торкаються з килимком або ліжком...просто слідкуйте за цими відчуттями...зробіть глибокий вдих і направте його в обидві ноги, на видиху закінчіть дослідження ніг та зосередьтесь на гомілках.

Продовжуйте вивчати своє тіло, по черзі затримуючись на кожній його ділянці. Після гомілок зверніть увагу на коліна і внутрішню поверхню стегон, а потім до тазостегнової області: паху, сідницях і стегнах. Сконцентруйтеся на попереку, животі, верхній частини спини і нарешті на грудях і плечах. Тепер зверніть увагу на обидві руки. Спочатку можете вивчити відчуття в кінчиках пальців, поступово рухаючись вниз у напрямку до долоні. Потім зосередьте увагу на зап'ястях, передпліччях, ліктях, плечах. Тепер спробуйте відзначити відчуття в шиї і на обличчі (рухаючись від щелепи до губ, щік, вух, очей і нарешті до чола), а потім зібрати всі відчуття в області голови.

Кожній ділянці тіла варто приділити від 20 до 30 секунд. Однак вимірювати відрізки часу або рахувати вдихи та видихи не обов'язково - просто утримуйте увагу стільки, скільки здається природним...Якщо ви відчуєте в будь-якій частині тіла сильні відчуття, наприклад напругу, спробуйте направити туди дихання, щоб дослідити їх ще глибше. На вдиху сконцентруйте увагу на цих відчуттях, а потім простежте, чи змінюється щось на видиху.

Час від часу ви неминуче будете відволікатися від спостереження за диханням і тілом – це абсолютно нормально. Помітивши це, спокійно прийміть цей факт, відзначте про себе, про що саме ви задумалися, і обережно направте увагу до тієї частини тіла, на якій зупинилися. «Відсканувавши» таким чином кожен частину тіла, протягом наступних декількох хвилин усвідомте його як єдине ціле і спробуйте зрозуміти, як виявляється ця цілісність. Утримуйте всі відчуття в просторі, спостерігаючи за вдихом і видихом. Ця медитація допомагає розслабитися – іноді настільки, що деякі люди засинають. І ще одна вправа, яку потрібно виконати на другому тижні – сходити на прогулянку як мінімум на 15 хвилин хоча б один раз.

ТРЕТІЙ ТИЖДЕНЬ

- Восьмихвилинна медитація «усвідомлений рух», потім ще одна восьмихвилинна медитація «дихання і тіло».
- «Трихвилинна медитація», яку потрібно виконувати двічі на день.
- Вправа на позбавлення від звичок «Як навчитися цінувати телевізор».

Рух може так само глибоко впливати на свідомість і заспокоювати її, як і «сканування тіла». За своєю суттю це просто медитація, яка фокусує увагу на рухах тіла. Вона як лабораторія (або ігровий майданчик), де можна досліджувати всі тонкощі роботи нашої свідомості.

Ці вправи можна виконувати босоніж або у взутті – як вам зручніше. Поставте ноги на ширині плечей, а стопи паралельно одна одній, трохи зігніть ноги в колінах...Витягніть руки вгору... Потім на вдиху поволі і зосереджено розведіть руки в сторони, щоб вони були паралельно підлозі, після чого, видихнувши, продовжуйте повільно піднімати їх на вдиху. Постарайтеся вловити відчуття в м'язах у міру того, як ви будете піднімати руки, і витягувати їх вгору... Дихайте вільно в комфортному для вас ритмі, продовжуючи тягнутися вгору кінчиками пальців і утримуючи стопи на підлозі. Відчуйте розтягнення в м'язах і суглобах – починаючи від стоп і ніг у напрямку до тулуба, плечей, рук, кистях і пальцях... Поки ви тримаєте цю позу, поспостерігайте за своїм диханням: воно повинно бути вільним. Зустрічайте

будь-які зміни у відчуттях відкрито, з кожним вдихом і видихом, продовжуючи утримувати розтяжку. Якщо ви помітите як наростає напруга або дискомфорт, постарайтеся прийняти їх ... У певний момент, коли ви будете готові, повільно – дуже повільно – на видиху опустіть руки. Робіть це поступово, щоб відчуті зміни у відчуттях і, можливо, контакт шкіри з одягом. Уважно стежте за своїми відчуттями, поки руки не повернуться в початкове положення... Якщо до цього моменту ваші очі були відкриті, постарайтеся зараз їх закрити і після кожної наступної розтяжки концентруватися на диханні і відчуттях у всьому тілі, особливо тих, що виникнуть в результаті кожної вправи.

«Дістаньте фрукт з гілки»

Тепер відкрийте очі і витягайте вгору кожну руку по черзі, як ніби хочете дістати з гілки фрукт, який висить занадто високо, повністю зосередьтеся на відчуттях в тілі і диханні. Дивіться вгору, трохи вище пальців. Витягаючи вгору праву руку, підніміть п'ятку лівої ноги, щоб відчуті розтягування по всьому тілу, від витягнутих пальців однієї руки до пальців на протилежній нозі. Щоб вийти з цієї пози, спочатку опустіть п'ятку, потім руку, проводячи поглядом руку, якщо вам так комфортно, і помічаючи кольори і форми, на які впаде погляд. Потім подивіться перед собою, закрийте очі і спробуйте відчуті ефект від цього розтягування, не забуваючи про дихання. Тепер виконайте те ж саме іншою рукою...

Далі повільно і зосереджено покладіть руки на бедра і нахиліться в ліву сторону, при цьому трохи змістивши стегна вправо, щоб тіло утворило невелику дугу або півмісяць. Уявіть, що спереду і ззаду знаходяться дві скляні панелі, тому вам потрібно тримати тіло в одній площині, не дозволяючи йому нагинатися вперед або назад. На вдиху поверніться у вихідне положення, потім на видиху нахиліться вправо. Не так важливо, як далеко ви можете нахилитися (ви можете взагалі не рухатися), набагато важливіше якість уваги, яку ви приділяєте цим рухам, та що ви відчуваєте в результаті цього розтягування.

Для початку розслабте руки. Тепер максимально високо підніміть плечі вгору, до вух, відведіть їх назад, як ніби хочете з'єднати лопатки, опустіть

плечі, а тепер зведіть їх до переду. Постарайтеся виконувати цю вправу так, щоб рухи збігалися з ритмом дихання – вдихайте на половині руху і видихайте на другій половині. Продовжуйте обертати плечима, по можливості плавно і зосереджено, спочатку в одному напрямку, а потім в зворотному... Закінчивши зупиніться і прислухайтеся до відчуттів в своєму тілі, перш ніж переходити до наступної медитації, яка виконується сидячи.

«Трихвилинна медитація» - незважаючи на те що вона проста і коротка, про неї треба згадати в потрібний момент. У цієї медитації подвійний ефект: перш за все, вона допомагає розставити акценти протягом дня, щоб вам було легше підтримувати усвідомлене ставлення до будь-якої ситуації.

Ви можете виконувати цю медитацію сидячи або стоячи, але обов'язково розправте плечі і випрямте спину. По можливості закрийте очі. Потім зверніть увагу на те, що відбувається у вас всередині, і прийміть це. Для цього задайте собі запитання: що я зараз відчуваю?; які думки у мене в голові? (намагайтеся ставитися до своїх думок просто як до подій, які відбуваються у вашій свідомості); які почуття я відчуваю? (якщо ви відчуваєте дискомфорт або неприємні відчуття, зізнайтеся собі в цьому і не намагайтеся їх змінити); які тілесні відчуття я відчуваю? (можливо, варто просканувати своє тіло на предмет точок напруги або скутості, приймаючи ці відчуття, але не намагаючись в них нічого не змінювати).

Тепер сконцентруйте увагу в одній точці і направте її на відчуття в животі, що виникають в процесі дихання, коли живіт піднімається на вдиху і опускається на видиху. Простежте за тим, як рухається повітря всередині вашого тіла... Використовуйте кожен вдих як можливість стати на якір і залишатися в теперішньому моменті. Якщо ви відволіклися, просто продовжуйте спокійно стежити за диханням... Тепер спробуйте розширити сферу усвідомленості навколо дихання, щоб відчути тіло як єдине ціле, включаючи вашу позу і вираз обличчя. Уявіть, як ніби все ваше тіло дихає. Якщо ви помітили напругу або дискомфорт, спробуйте зосередитися на цих відчуттях, направивши туди своє дихання. Тим самим ви допомагаєте собі

вивчити ці відчуття і подружитися з ними, а не намагатися змінити їх. Якщо вони більше не потребують вашої уваги, поверніться до відчуттів свого тіла і продовжуйте стежити за ними.

Вправа по позбавленню звичок: як навчитися цінувати телевізор.

Звичка дивитися телевізор іноді стає такою сильною, що ми починаємо сприймати це заняття як щось само собою зрозуміле і перестаємо цінувати його. Немає нічого простішого, ніж прийти додому з роботи, сісти на диван, включити телевізор. При цьому ви можете розуміти, що є речі набагато цікавіші, але чомусь ніяк не виходить за них взятися.

Домашнє завдання: виділити час, для того щоб подивитися конкретний фільм або передачу по телевізору, а не бездумно дивитись його годинами на протязі дня.

ЧЕТВЕРТИЙ ТИЖДЕНЬ

Перші три тижні програми були спрямовані на тренування свідомості і допомогли закласти фундамент для усвідомленості і уважності, які дозволяють перебувати тут і зараз, а не просто плисти за течією. На четвертому тижні ми продовжили відточувати це вміння: навчилися краще відчувати сигнали тіла або розуму про негативні емоції і самокритику, які неминучі, коли власні реакції затягують в цей вир емоцій.

Практика четвертого тижня

- Восьмихвилинна медитація «дихання і тіло», а потім восьмихвилинна медитація «звуки і думки». Ми рекомендували виконувати цю послідовність двічі на день.
- «Трихвилинна медитація», необхідно виконувати двічі в день і в будь-який інший час, коли у клієнтів буде в цьому потреба.

Медитація «звуки і думки»

Сядьте прямо – так, щоб ваш хребет ні на що не опирався, але при цьому не був занадто скутий... Розслабте плечі, тримайте голову і шию прямо, а підборіддя трохи опустіть... На кілька хвилин зосередьте увагу на диханні, щоб

як слід розслабитися і заспокоїтися. Тепер розширте сферу уваги, щоб вона включала в себе все тіло, ніби воно все дихає. Так вам буде легше відстежити всі відчуття, що виникають в тілі. Наступні кілька хвилин усвідомлено спостерігайте за тілом і диханням, пам'ятайте, що протягом всієї практики ви можете повертатися до свого тіла і дихання, якщо ваша свідомість стане занадто часто відволікатися або ви будете відчувати занадто сильні емоції.

Звуки

Тепер дозвольте вашій увазі переміститися від відчуттів в тілі до звуків і будьте відкриті до всіх звуків, які виникають. При цьому не варто спеціально прислухатися і намагатися почути певні звуки, слухайте звуки, які доносяться звідусіль – поруч, далеко від вас, спереду, позаду, збоку, зверху, знизу. Так ви зможете відчувати весь простір звуків навколо вас. Можливо, ви помітите, як легко очевидні звуки можуть витіснити інші. Зверніть увагу на паузи між ними – моменти відносного спокою... Постарайтеся сприймати звуки просто як звуки. У багатьох з нас є звичка визначати джерело звуків, як тільки ми їх чуємо (машина, потяг, голос, кондиціонер, радіо). Спробуйте зафіксувати той момент, коли вам захочеться якось ідентифікувати звук, а потім знову зосередьте на ньому увагу...Можливо, в якийсь момент ви зрозумієте, що думаєте про звуки. В цьому випадку спробуйте переключити увагу на сенсорні якості звуків (висоту, тембр, гучність і тривалість), ігноруючи їх значення, вироблений ними ефект або асоціації, які вони викликають... Якщо ви помітили, що ваша увага переключилася на щось інше, відзначте, на що саме, і подумки поверніться до звуків, які з'являються і зникають.

Думки

Тепер прийшов час переключитися на думки – спробуйте побачити в них події, що відбуваються у свідомості. Весь цей час ви намагалися усвідомити появу звуків, їх присутність та зникнення. Тепер виконайте те ж саме з думками – простежте, як вони виникають, і поспостерігайте за їх поведінкою в свідомості (їх можна порівняти з хмарами, що плывуть по небу і небо в даному випадку - це наша свідомість). Можливо, вам вдасться зловити момент, коли ці

думки розчиняться... Не намагайтеся спеціально продукувати думки або відігнати їх, нехай вони з'являються і зникають самі, як і звуки... Як хмари бувають темними і штормовими або світлими і пухнастими, так і наші думки можуть приймати різні форми. Іноді вони заповнюють собою весь простір, але буває і таке, що вони всі розчиняються, залишаючи безхмарне небо. Крім того, ви можете стежити за думками, ніби їх показують у кіно. Уявіть, що ви сидите в залі, дивитесь на екран і чекаєте появи думки або картинки. Коли вона з'явиться, приділіть їй увагу, а коли зникне, просто відпустіть її. Іноді ці думки будуть настільки вас затягувати, що ви раптом виявите себе на екрані. Якщо ви помітили це, привітайте себе, а потім поверніться на своє місце в залі для глядачів і терпляче чекайте наступних думок – ось побачите, вони не зможуть себе довго чекати... Якщо певні думки пробуджують в вас сильні почуття або емоції, приємні або неприємні, відзначте про себе їх емоційний заряд та інтенсивність, але не намагайтеся їх якось змінити. Пам'ятайте: якщо у вас ніяк не виходить зосередитися або ви опиняєтеся занадто занурені у власні думки, сконцентруйтеся на ритмі дихання і відчутті свого тіла як єдиного цілого і використовуйте його в якості прив'язки до теперішнього.

П'ЯТИЙ ТИЖДЕНЬ

Ці завдання слід виконувати шість днів в тиждень. На цьому тижні вам належить виконати три медитації, кожна з яких плавно переходить в наступну:

- Восьмихвилинна медитація «дихання і тіло»;
- Восьмихвилинна медитація «звуки і думки»;
- Десятихвилинна медитація «дослідження складної ситуації», описана нижче.

Медитація «дослідження складної ситуації»

Сядьте так, щоб вам було зручно. Протягом декількох хвилин зосередьтеся на диханні, а потім розширте сферу уваги, щоб вона включала все тіло (медитація «дихання і тіло»). Тепер сконцентруйтеся на звуках і думках. Якщо ви помітите, що ваша увага перескакує з дихання (або іншого відчуття, на якому ви вирішили сфокусуватися) на неприємні думки, у вас буде можливість

спробувати підхід, який дещо відрізняється від того, що ми практикували раніше. По-перше, потрібно дозволити цим думкам або відчуттям залишитися в «буфері обміну» вашої свідомості. По-друге, спробуйте змістити центр уваги з дихання всередину тіла, щоб вловити будь-які фізичні відчуття, які супроводжують певну думку або емоцію. По-третє, постарайтеся свідомо сконцентруватися на тій частині тіла, де відчуття проявляються найсильніше. В цьому вам допоможе дихання. Так само, як ви це робили в медитації «сканування тіла», спокійно і дружелюбно направте усвідомлену увагу до цієї частини тіла. Для цього уявіть, що повітря заповнює її на вдиху і виходить з неї видиху.

Як тільки ваша увага буде повністю зосереджена на відчуттях в тілі, нагадайте собі, що не слід намагатися їх змінити. Дбайливо досліджуйте їх і поставтеся до них просто як до відчуттів, які з'являються в тілі і зникають. Ви можете сказати про себе: «Це нормально, якими б не були мої відчуття, я можу просто відчувати їх». Потім спробуйте поспостерігати за цими відчуттями і вашою реакцією на них ще якийсь час.

Чи помічаєте ви, що намагаєтеся позбутися цих відчуттів, або ж ви здатні направити на них всю свою увагу, дихати разом з ними, приймати їх? Можливо, вам варто повторити кілька разів про себе: «Все в порядку, це нормально. Якими б не були мої відчуття, я можу просто спостерігати за ними», використовуючи кожен видих для того, щоб розслабитися і прийняти їх. Якщо під час медитації у вас не виникає думок про неприємні ситуації або проблеми, але вам хочеться досліджувати цей новий підхід, спробуйте спеціально згадати про будь-який неприємний випадок або подію у вашому житті, про яку ви можете подумати кілька хвилин. Це не обов'язково має бути щось дуже важливе, згадайте будь-яке непорозуміння, суперечку або випадок, коли ви відчували злість, жаль або провину за те, що сталося, або переживали про те, що може трапитися. Якщо нічого такого не приходить в голову, можливо, у вас в минулому, була подібна ситуація, яка викликала неприємні емоції. Тепер, коли ви згадали непросту ситуацію, помістіть її в «буфер обміну» вашої

свідомості, а потім переведіть увагу всередину тіла і постарайтеся помітити будь-які фізичні відчуття, які вона викликає. Якщо вам вдалося їх помітити, спробуйте до них наблизитися. Усвідомте ці відчуття, направивши увагу на ту частину тіла, де вони проявляються найсильніше, наповнюючи її диханням на вдиху і звільняючи її на видиху. Поспостерігайте за відчуттями і за тим, як змінюється їх інтенсивність під впливом вашої усвідомленої уваги. Щоб посилити відчуття відкритості своїх відчуттів, час від часу повторюйте про себе: «Це відчуття тут, немає нічого страшного в тому, що я це відчуваю, щоб це не було, воно вже тут, і я готовий це відчувати»

Тепер постарайтеся зберегти усвідомленість цих відчуттів і свого ставлення до них: дихайте разом з ними, прийміть їх, дайте їм побути такими, якими вони є. Відпустіть напругу і скутість. На видиху повторюйте про себе: «Я розслабляюся і приймаю нові відчуття».

Коли ви помітите, що відчуття в тілі більше не притягують до себе увагу, як раніше, направте його на дихання і продовжуйте там утримувати. Якщо протягом наступних кількох хвилин у вас не виникне жодних сильних відчуттів в тілі, спробуйте направити кілька вдихів і видихів до будь-яких, самих незначних відчуттях, навіть якщо здається, що вони ніяк не пов'язані з певними емоціями.

ШОСТИЙ ТИЖДЕНЬ

На цьому тижні нова десятихвилинна «дружня медитація», для підготовки до неї можна використовувати медитації з першого і третього тижнів. Якщо хочете, можете спробувати робити її без підготовки.

Крім того: Продовжуємо робити коротку медитацію принаймні двічі на день. Спробуйте також виконати одну з вправ позбавленню від звичок.

«Дружня медитація»

Виконуйте цю медитацію в теплому і зручному місці, де ніщо не буде вас відволікати і де ви зможете одночасно розслабитися і зосередитися. Дайте собі кілька хвилин, щоб налаштуватися на медитацію. Знайдіть для себе таку позу, яка наповнює вас почуттям власної гідності і сприяє активному сприйняттю.

Якщо ви будете медитувати сидячи, випряміть спину, розслабте плечі і відведіть їх назад, тримайте голову прямо... На кілька хвилин зосередьтеся на диханні, а потім на всьому тілі, поки не відчуєте, що готові до медитації. Якщо ваша увага буде відволікатись на різні думки, відзначте про себе, на які саме та пам'ятайте, що тепер у вас є вибір: ви можете або повернути свою увагу туди, де вона повинна бути, або переключити її на відчуття в тілі, щоб зрозуміти, де саме локалізована проблема або тривога. Для підготовки до цієї медитації ви можете використовувати будь-які попередні.

Коли будете готові, повторіть про себе такі фрази (якщо потрібно, ви можете змінювати слова, щоб вони були актуальні саме для вас і щоб вони допомагали вам виховувати дружелюбність до самого себе).

Нехай я буду вільний від страждань. Нехай я буду настільки здоровий і щасливий, наскільки це можливо. Нехай мені живеться легко. Не поспішайте... Уявіть кожен фразу в вигляді камінця, який падає в глибокий колодезь. Ви кидаєте кожен камінь по черзі, а потім прислухаєтеся до будь-яких реакцій в думках, почуттях, відчуттях в тілі або імпульсах, що спонукають до дії. Але не потрібно оцінювати власні реакції – вони призначені тільки для вас.

Якщо вам складно проявити дружні емоції перед самим собою, згадайте людину (або навіть домашнього улюбленця), який колись любив або як і раніше любить вас. Усвідомивши його любов до вас, спробуйте запропонувати цю любов самому собі. Ви можете затриматися на цьому етапі стільки часу, скільки вам потрібно. Потім згадайте кохану людину і побажайте їй те ж саме: «Нехай він буде вільний від страждань, нехай він буде настільки здоровий і щасливий, наскільки це можливо, нехай йому живеться легко».

Ще раз поспостерігайте за тим, що відбувається у вашій свідомості і тілі, поки ви думаєте про цю людину і направляєте побажання на її адресу. Не поспішайте, нехай реакція сформується сама. Приділіть цьому стільки часу, скільки потрібно, робіть паузи між словами і прислухайтеся уважно. Коли будете готові, переходите до наступного етапу.

Тепер, якщо ви хочете продовжити цю медитацію, спробуйте уявити людину, з якою у вас зараз або в минулому були складні відносини. Однак не обов'язково вибирати того, хто є для вас найбільш проблемним. Тепер дозвольте цій людині перебувати у вашій свідомості, у вашому серці і прийміть той факт, що вона теж може хотіти бути щасливою і вільною від страждань.

На завершення приділіть кілька хвилин на відчутті в тілі, ясно усвідомлюючи теперішній момент. Якими б не були результати вашої сьогоднішньої практики, похваліть себе за сміливість і за те, що знайшли час для такого важливого заняття.

Включення в коротку медитацію неприємних думок.

На цьому тижні ми спробуємо по-іншому ставитися до власних думок. Цього разу, закінчивши медитацію, на кілька хвилин сконцентруйте увагу на своїх думках і почуттях. Спробуйте взаємодіяти з ними по-іншому.

Ви можете:

- записати свої думки;
- поспостерігати за тим, як вони приходять і йдуть;
- поставитися до своїх думок як до думок, а не об'єктивної реальності;
- позначити характер думок, наприклад «похмурі», «тривожні» «неспокійні» або просто «думки»;
- запитайте себе безпосередньо: можливо ви дуже втомилися, робите поспішні висновки, занадто узагальнюєте ситуацію або перебільшуєте її значимість чи необґрунтовано очікуєте досконалості?

Вправа по позбавленню від звичок

Виберіть одну з вправ, описаних нижче, і постарайтеся виконати її хоча б один раз на цьому тижні. Якщо хочете, можете виконати обидві.

1. Поверніть собі своє життя. Згадайте той період вашого життя, коли ви були не так завантажені, як зараз, або до того, як трапилася якась неприємність. Максимально детально згадайте те, чим ви тоді займалися: самостійно (читали улюблені журнали, слухали улюблену музику, ходили гуляти або каталися на велосипеді), з друзями або з сім'єю (грали в настільні ігри або ходили в театр).

Виберіть одне з цих занять і заплануйте його на цей тиждень. Воно може займати п'ять хвилин або п'ять годин, це може бути щось істотне або буденне, ви можете робити це в компанії або самостійно. Важливо тільки, щоб це було те, що дозволить вам повернутися до того етапу вашого життя, який ви забули, і до тієї частини вашої особистості, яку ви, здавалося втратили. Не чекайте, поки вам захочеться зробити це, просто зробіть і подивіться, що вийде.

2. Зробіть щось гарне для іншої людини. Чому б вам не зробити добру справу? Це не повинно бути щось особливе чи масштабне. Ви можете допомогти колезі прибратися на робочому столі, допомогти сусідові або сусідці донести продукти або зробити за свою кохану людину те, що їй не подобається робити. Якщо ви закінчили читати хорошу книгу або газету, чому б не залишити її в автобусі, щоб хтось ще міг її прочитати.

Ви можете позбутися від речей, які вам більше не потрібні і лише захащають квартиру. Але замість того щоб викидати, спробуйте знайти тих, кому вони будуть потрібні. Є ще безліч способів допомогти іншим. Подумайте про своїх друзів, близьких, колег, що можна зробити, щоб трохи покращити їх життя?

Не чекайте, поки вам цього захочеться, поставтеся до цього дійства як до медитації, яка дозволяє чогось навчитися і досліджувати свої власні реакції. Поспостерігайте, які відчуття з'являються у вашому тілі, і запам'ятайте їх.

СЬОМИЙ ТИЖДЕНЬ

На цьому тижні ми пропонуємо виконувати по три медитації протягом шести днів. Однак самим можна сформуванати практику, вибравши дві медитації з тих, що робили раніше.

Виберіть одну медитацію, від якої ви відчули істотне покращення: наприклад, вона допомогла вам розслабитися або примиритися з навколишньою дійсністю. А другу виберіть ту, яку ви, можливо, не змогли зрозуміти з першого разу: вона здалася важкою або у вас є відчуття, що вам буде корисно її повторити. Виділіть від 20 до 30 хвилин в день на обидві медитації, ви можете виконувати їх одну за одною або по одній в різний час дня. Неважливо, в якому

порядку ви будете їх робити, не забувайте, що ставлення до медитації набагато важливіше, ніж дотримання всіх деталей.

Перша ідея цього тижня полягала в тому, щоб звернути увагу на співвідношення у вашому житті занять, які забирають енергію і наповнюють нею, і оптимізувати їх. Друга ідея впливає з першої: об'єднавши «трихвилинну медитацію» з конкретними діями, ви зможете кардинальним чином змінити своє ставлення до будь-якої ситуації. Ця медитація може стати чимось більшим, ніж просто можливістю налаштуватися на свою усвідомленість, вона також допомагає діяти усвідомлено і мудро.

ВОСЬМИЙ ТИЖДЕНЬ..

Рекомендації на подальше життя:

Починайте свій день усвідомлено. Розплющивши очі, витримайте невелику паузу, а потім зробіть п'ять повільних вдихів. Це дозволить вам налагодити контакт зі своїм тілом. Якщо ви втомилися, у вас тривожний стан, поганий настрій або вас мучать якісь інші почуття, спробуйте поставитися до них як до таких, що відбуваються у свідомості подій, які з'являються і розчиняються в просторі усвідомленості. Якщо у вас щось болить, поставтеся до цих відчуттів саме як до відчуттів і не більше. Спробуйте прийняти всі свої думки, почуття і відчуття м'яко і бережно. Не потрібно намагатися змінити їх, прийміть їх, тому що вони вже тут, у вашому тілі. Тимчасово відключивши таким чином свій автопілот, ви можете протягом декількох хвилин «Просканувати» своє тіло, зосередитися на диханні або потягнутися, перш ніж вставати з ліжка. Використовуйте «короткі медитації», щоб повертатися до усвідомленості протягом дня. Виконання даної медитації в певний час допомагає сфокусуватися на сьогоднішньому, щоб мудро і з співчуттям ставитися до власних думок, почуттів і відчуттів.

Продовжуйте практику усвідомленої медитації, в міру можливості виконуючи повноцінні медитації, які будуть доповнювати короткі медитації і допоможуть зберігати усвідомлену увагу в повсякденному житті.

Подружуйтеся зі своїми почуттями, якими б вони не були, намагайтеся поставитися до них відкрито і по-доброму.

Не забувайте, що навіть до найболучіших емоцій – втоми, страху, фрустрації, смутку, почуттю втрати або провини – потрібно поставитися привітно. Це перетворить каскад реакцій в ланцюжок усвідомленого вибору.

Коли ви відчуваєте втому, роздратування, занепокоєння, злість або інші сильні емоції, влаштуйте собі коротку медитацію. Це допоможе «приземлити» думки, розсіяти негативні емоції і налагодити зв'язок з відчуттями в тілі. Після цього ви зможете приймати рішення більш обдуманно. Наприклад, якщо ви відчуваєте, що втомилися, можете виконати кілька розтяжок, щоб підбадьоритися.

В кінці проходження практики учасники поділилися своїми відчуттями, які порівняли до і після тренінгових занять. На початку, кожного з клієнтів турбував підвищений артеріальний тиск, головний біль, запаморочення і нудота. Ці симптоми проявлялись досить часто і їм доводилося приймати медичні препарати. Проте після практики у них значно зменшилася частота прояву симптомів. 8 з 10 людей припинили приймати лікарські препарати. Крім цього учасники відзначали покращення у всіх сферах життя, змінилися стосунки з людьми, стали більш ефективними в роботі, покращився емоційний стан і загальне самопочуття.

3.3. Результати проведення корекційної роботи із психосоматичними клієнтами

Після першого діагностичного обстеження за методикою А.Бека, ми отримали результати, які відображені на рисунку 3.1

У кожного з учасників була підтверджена гіпертонія. В опитувальнику тривожності А.Бека були шкали тривожності такі як: відсутність депресії (0-9 балів); легка депресія (10-15 балів); помірна депресія (16-19 балів); виражена депресія середньої важкості (20-29 балів); виражена важка депресія (30-63

балів).

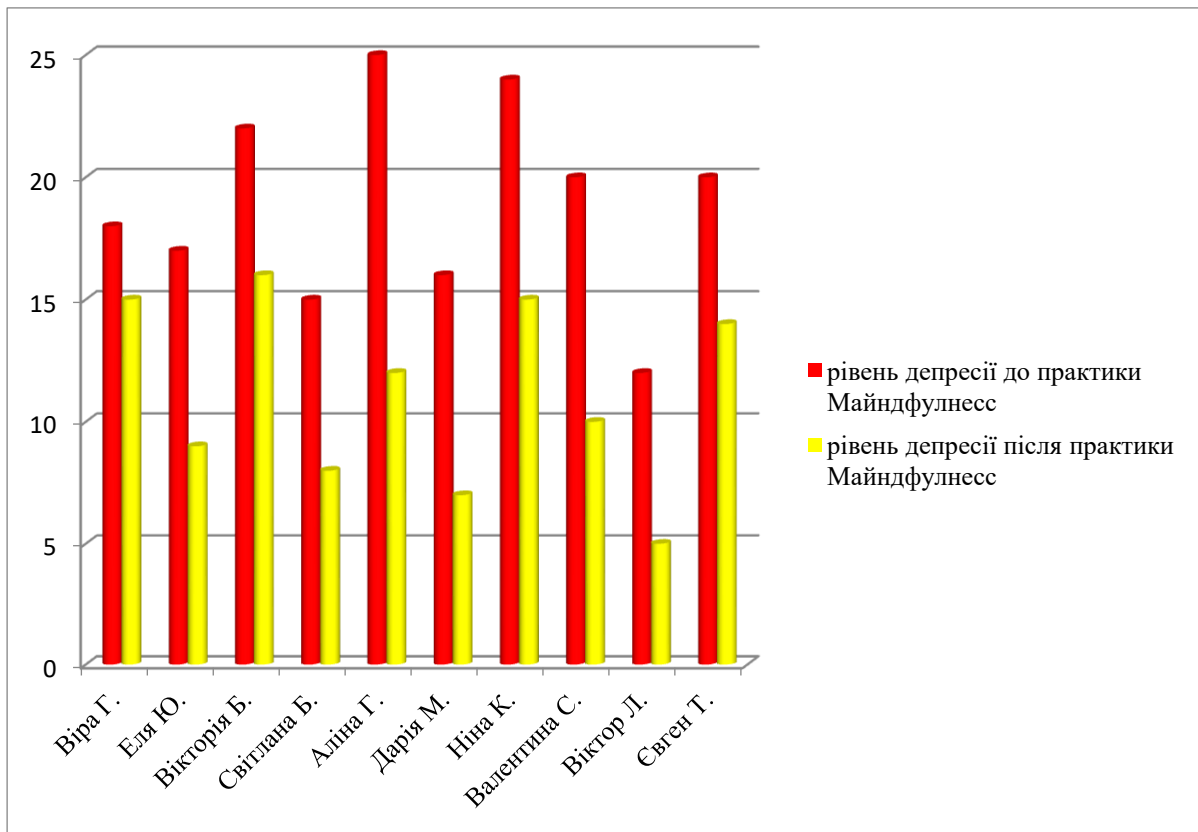


Рис. 3.1. Результати дослідження за методикою А. Бека до і після практики майндфулнес.

За результатами опитування депресії А.Бека, можна зробити висновок про те, що у 20% клієнтів легка депресія, у 30% помірна депресія і у 50% виражена депресія.

Після проведення восьми тижневої практики майндфулнес, нами знову був проведений тест депресії Бека, і ми отримали наступні результати: у 40% учасників відсутня депресія, у 40% легка депресія і у 20% помірна депресія.

Клієнтам з депресією характерна схильність до сприйняття широкого кола ситуацій як загрозливих своїй самооцінці, престижу, самоповазі або життєдіяльності. Схильність реагувати на такі ситуації станом тривоги. Чутливість щодо тих негативних подій або невдач які ймовірно можуть відбутися або відбулися.

На рисунку 3.2 відображені результати за методикою Спілбергера - Ханіна до і після проходження практики майндфулнес.

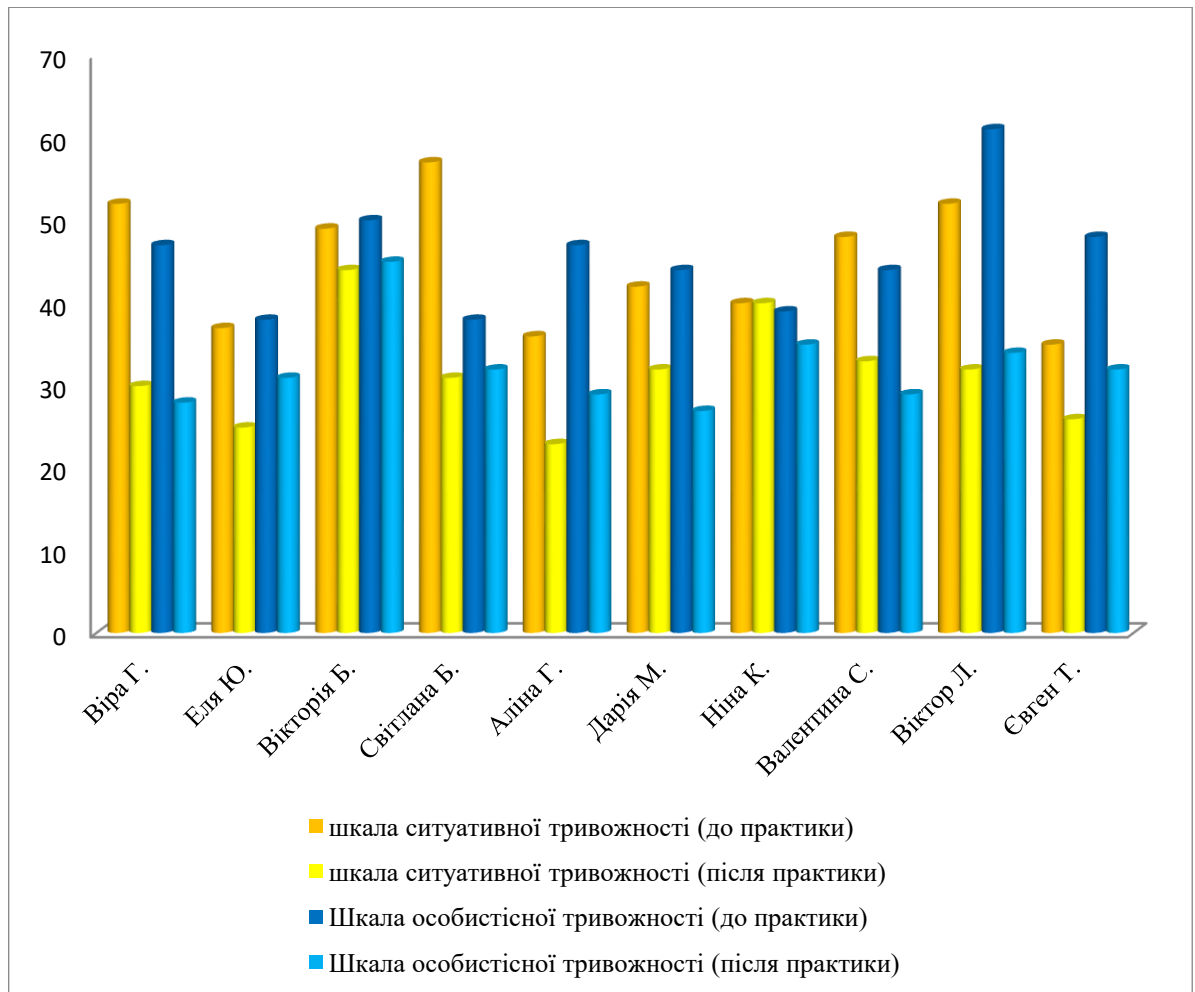


Рис. 3.2. Результати дослідження за методикою Спілберга-Ханіна до і після практики майндфулнес.

Високий рівень ситуативної тривожності у клієнтів свідчить про переживання внутрішнього неспокою, стурбованості, напруженості, незадоволеності, відчуття втрати сил і можливостей.

Високий рівень особистісної тривожності свідчить про схильність до сприйняття широкого кола ситуацій як загрозливих своїй самооцінці, престижу, самоповазі або життєдіяльності. Схильності реагувати на такі ситуації станом тривоги. Вразливості до тих негативних подій або невдач які ймовірно можуть трапитися або відбутися.

У таблиці 1 показані середні результати до і після практики, та також представлена динаміка.

Таблиця 1

Зміна рівня особистісної та ситуативної тривожності, а також рівня депресії в кінці експерименту

Методика		До	Після	% динаміка	Т-критерій Стьюдента
Бека		18,9	11,1	-41,3%	2,1
Спілбергера	ситуативна тривожність	44,3	31,6	-28%	2,1
	особистісна тривожність	45,6	32,2	-29,3%	2,1

Після проведення практики майндфулнес показники особистісної та ситуативної тривожності мали достовірні відмінності. Скоротився рівень ситуативної тривожності на 28%, а особистісної на 29,3%, що вказує на позитивну динаміку.

Так само показники депресії мали достовірні результати. Скоротився рівень депресії на 41,3%, це також вказує на позитивну динаміку. Дану тенденцію ми пов'язуємо з позитивним впливом практики майндфулнес на учасників.

Після проведення повторної діагностики, клієнти були направлені на повторну діагностику гіпертонії, де теж відзначалася позитивна динаміка.

Якщо розглядати не тільки середні показники, які ми отримали в ході дослідження, а показники кожного окремо, то варто сказати, що у двох клієнтів, практично ніяк не змінилися показники тривоги і депресії, що може свідчити про те, що техніка майндфулнес не підійшла для даних людей, можливо це

пов'язано з темпераментними особливостями, можливо виконання техніки було не зовсім правильним або їм потрібні індивідуальні заняття, а не групові сеанси.

За результатами порівняння середніх, ми бачимо значні покращення в показниках депресії і тривоги. Це свідчить про те, що практика майндфулнес виявилася дієвою для наших клієнтів. У 80% відзначаються зміни в показниках по депресії і тривожності. У 20% показники практично не знизилися.

Висновки до 3 розділу

Для перевірки гіпотези нами було обрано такі методи дослідження: Шкала депресії А.Бека, а також Опитувальник депресії Спілбергера-Ханіна і сама техніка майндфулнес.

Ми проводили дослідження в медичному центрі «Дельта Мед». Свою увагу ми зосередили на одному з методів когнітивно поведінкової терапії (КПТ) – МВСТ (mindfulness-based cognitive therapy). Даний метод був розроблений Джоном Кабат-Зинном в Медичному центрі при Массачусетському університеті, для того щоб допомогти людям, котрі декілька разів пережили приступи депресії, вийти з неї. Клінічні дослідження доказали ефективність цього методу і зниження ризику депресії вдвічі в тих людей, котрі страждають нею в важкій формі.

Нами була розроблена спеціальна програма на базі МВСТ, котра складається з 8 занять . Кожне заняття тривалістю 2 години, проводиться 1 раз на тиждень. Дана програма розрахована на 2 місяці, так як згідно досліджень – через такий період часу в людському мозку формуються нові нейронні зв'язки, що повинно дати змогу людині відчувати реальні зміни в її житті. Мета цієї програми – позбавити клієнтів проявів гіпертонічної хвороби.

Учасниками були 10 осіб віком від 26 до 58 років, з них 8 жінок і 2 чоловіків, вони брали участь в нашому дослідженні добровільно. Всі

респонденти спочатку були з депресивними симптомами. У кожного з них була підтверджена гіпертонія.

Гіпертонія або артеріальна гіпертензія - це клінічний синдром, що характеризується хронічно підвищеним рівнем артеріального тиску за відсутності очевидної органічної причини. Синдром має прогресуючий перебіг, починаючи з ранніх стадій, коли артеріальний тиск коливається від низького до високого, і до пізніх стадій, коли тиск стабілізується на високому рівні у разі пошкодження нирок та судин.

Перш за все, перед проведенням техніки майндфулнес, нами були продіагностовані клієнти на рівень депресії і тривоги.

За результатами опитування депресії А.Бека, можна зробити висновок про те, що у 20% була легка депресія, у 30% була помірна депресія і у 50% виражена депресія.

Результати за методикою Спілбергера-Ханіна - рівні ситуативної тривожності: у 50% помірна тривожність, також у 50% високий рівень ситуативної тривожності.

Рівні особистісної тривожності: у 50% помірна тривожність, також у 50% високий рівень ситуативної тривожності.

Після проведення восьмижневої практики майндфулнес, нами знову був проведений тест депресії А.Бека, і ми отримали наступні результати: у 40% клієнтів відсутня депресія, у 40% легка депресія і у 20% помірна депресія.

Результати за методикою Спілбергера-Ханіна - рівні ситуативної тривожності: у 70% помірна тривожність, також у 30% низький рівень ситуативної тривожності.

Рівні особистісної тривожності: у 60% помірна тривожність, також у 40% низький рівень ситуативної тривожності.

ВИСНОВКИ

Психосоматика - напрям в медицині і психології, що займається вивченням впливу психологічних (переважно психогенних) чинників на виникнення і подальшу динаміку соматичних захворювань. Питання корекції психоемоційного та психофізіологічного стану і надання психологічної допомоги в кризових життєвих ситуаціях, в екстремальних умовах життя або при виконанні професійних завдань в екстремальних професіях, займають увагу сучасних теоретиків і практиків. Внутрішні конфлікти, невротичні типи реакцій, обумовлюють картину розвинутого захворювання. Психосоматичні стани, традиційно розглядаються або, як психоцентричні, що виникли внаслідок гострого і хронічного психічного стресу або внаслідок особливостей особистості, або соматоцентричні - обумовлені комплексом психотравмуючих подій, пов'язаних з соматичним захворюванням.

Актуальність вивчення психосоматичних захворювань обумовлена не тільки високою поширеністю таких розладів, але і недостатнім вивченням проблеми в цілому.

В даний час до психосоматичних захворювань і розладів відносять конверсійні розлади (істеричні паралічі і парестезії, психогенна сліпота і глухота, блювота, больові феномени). Демонстративність появи симптомів, які мають символічний характер, є спробою вирішення невротичного конфлікту. Функціональні синдроми з переважанням нечітких скарг з боку серцево-судинної, травної, дихальної систем, сечостатевої або рухового апарату не супроводжуються органічними змінами в органах. Александер описав їх як прояви органних неврозів, як наслідок емоційної напруги. Психосоматози мають в основі первинну тілесну реакцію на конфліктне переживання. Відповідна схильність може впливати на вибір органу.

Термін «психосоматика» (душа і тіло) позначає науковий напрямок в медичній психології та медицині, який встановлює взаємини між психікою і тілесними функціями, досліджує, як психологічні переживання впливають на

функції організму і можуть викликати ті чи інші порушення. Психосоматика є міждисциплінарним науковим напрямом: в рамках медицини, фізіології, психології, соціології. Як структурна складова психології вона досліджує поведінкові реакції, пов'язані із захворюваннями, психологічні механізми, що впливають на фізіологічні функції; як розділ психотерапії вона шукає способи зміни деструктивних способів емоційного реагування та поведінки.

Причини психосоматичного порушення багатофакторними. Є багато причин та факторів, які впливають на психосоматичні порушення. Захворювання виникає при взаємодії, як фізичних, так і психосоціальних факторів. Було визначено інтегральний психосоматичний підхід в теорії виникнення хвороби. Фактори, що впливають на виникнення психосоматичних розладів, визначають методи їх психотерапії, яких існує на даний момент близько півтисячі. Психотерапевтичні підходи мають різні концепції: тілесно орієнтовані, когнітивні, особистісно-орієнтовані, директивні, недирективні.

У нашому дослідженні брали участь клієнти з гіпертонією. Ми проводили дослідження в медичному центрі «Дельта Мед». Нами була розроблена спеціальна програма на базі МВСТ, котра складається з 8 занять. Кожне заняття тривалістю 2 години, проводиться 1 раз на тиждень. Дана програма розрахована на 2 місяці, так як згідно досліджень – через такий період часу в людському мозку формуються нові нейронні зв'язки, що повинно дати змогу людині відчувати реальні зміни в її житті. Мета цієї програми – позбавити учасників проявів гіпертонічної хвороби.

Учасниками були 10 осіб віком від 26 до 58 років, з них 8 жінок і 2 чоловіків, вони брали участь в нашому дослідженні добровільно. Всі респонденти спочатку були з депресивними симптомами. У кожного з них була підтверджена гіпертонія.

Гіпертонія або артеріальна гіпертензія - це клінічний синдром, що характеризується хронічно підвищеним рівнем артеріального тиску за відсутності очевидної органічної причини. Синдром має прогресуючий перебіг, починаючи з ранніх стадій, коли артеріальний тиск коливається від низького до

високого, і до пізніх стадій, коли тиск стабілізується на високому рівні у разі пошкодження нирок та судин.

Суть нашого дослідження полягала в тому, щоб довести ефективність техніки майндфулнес для психосоматичних клієнтів з гіпертонією. Перед початком проведення техніки нами була проведена діагностика рівнів депресії і тривожності.

Майндфулнес - це практика безоціночного усвідомлення тривалого теперішнього часу, що допомагає розпізнати свої думки, почуття і дії в момент їх виникнення, не переходячи на автоматичні реакції.

Початкові показники тривоги і депресії були такі:

- За результатами опитування депресії А.Бека, можна зробити висновок про те, що у 20% клієнтів була легка депресія, у 30% помірна депресія і у 50% виражена депресія.
- Результати за методикою Спілбергера-Ханіна. Рівні ситуативної тривожності: у 50% помірна тривожність, також у 50% високий рівень ситуативної тривожності. Рівні особистісної тривожності: у 50% помірна тривожність, також у 50% високий рівень ситуативної тривожності.

Після проведення практики майндфулнес показники особистісної та ситуативної тривожності мали достовірні відмінності. Скоротився рівень ситуативної тривожності на 28%, а особистісної на 29,3%, що вказує на позитивну динаміку.

Так само показники депресії мали достовірні результати. Скоротився рівень депресії на 41,3%, це також вказує на позитивну динаміку. Дану тенденцію ми пов'язуємо з позитивним впливом практики майндфулнес на наших учасників.

Після проведення повторної діагностики, клієнти були направлені на повторну діагностику гіпертонії, де також відзначалася позитивна динаміка.

Результати даного дослідження підтверджують очевидну необхідність проведення подальших досліджень з використанням техніки майндфулнес в роботі з психосоматичними клієнтами.

Перелік використаних джерел

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение. / пер. с англ. с. Могилевского. М.: ЭКСМО-Пресс, 2002. 250 с.
2. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Лечение детей с психосоматическими расстройствами. СПб.: Речь, 2002. - 560 с.
3. Бассин Ф.В. Сознание, «бессознательное» и болезнь / Ф.В. Бассин // Вопросы философии. 1972. № 9. с. 31–42.
4. Бройтигам В. Психосоматическая медицина / В. Бройтигам, П. Кристиан, П. Рад. М.: ГЭОТАР-Медицина, 1999.
5. Бугайова Н.М. Психосоматичні і соматопсихічні взаємовпливи в генезі захворювань та їх роль у розвитку суїцидальної поведінки // Психологічна теорія і технологія навчання. Актуальні проблеми психології. Том 8. Вип. 2. 2006. с. 62-73.
6. Візнюк І. М. Психологічні детермінанти розвитку іпохондричних розладів у людини за психодіагностичними параметрами / Проблеми сучасної психології. 2017. Випуск 35. – с.55-66.
7. Гавенко В. Л. Психіатрія і наркологія : підручник / В.Л. Гавенко, В.С. Бітенський, В.А. Абрамов та ін. ; за ред. В.Л. Гавенка, В.С. Бітенського. 2-ге вид.,переробл. і допов. К. : ВСВ "Медицина", 2015. — 512 с.
8. Гиндикин В.Я. Справочник: соматогенные и соматоформные психические расстройства (клиника, дифференциальная диагностика, лечение). М., Изд-во «Триада - X», 2000. - 256 с.
9. Грицюк І. М. Психосоматичні прояви психологічних порушень у дітей, що пережили психотравмуючу ситуацію // "Наука і освіта", №2-3, 2016. с.121-124.
10. Губачев Ю.М., Стабровский Е.М. Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений. Л.: Медицина, 1981. 216 с.

11. Єременко Т. Б. Психосоматичні прояви агресії в юнацькому віці: автореф. дисертації на здобуття наук. ступ. канд. психол. наук: 19.00.04. / Т. Б. Єременко. Київ, 2017. 24 с.
12. Замалиева С., Еричев А. Сила момента: Mindfulness: принципы осознанности для нового качества жизни. – Издательские решения, 2016.
13. Йонтеф Г. Гештальт-терапия: введение // Гештальт 2002 : сборник материалов Московского гештальт института за 2001 год. М. : Московский гештальт институт, 2002. С. 18–27.
14. Компанович М. С. Ретроспективний аналіз досліджень емоційних переживань як складової психосоматичних захворювань // Медична психологія: теоретичні та прикладні питання. Т. 1. Вип. 8. 2017. с.51-59.
15. Кондаков И.М. Психология. Иллюстрированный словарь. СПб.: Прайм-ЕВРОзнак, 2007. 783 с.
16. Константинович Т. В. Психологічний статус хворих на бронхіальну астму та методи його корекції // Газета «Новости Медицины И Фармации». 2008 URL: <http://www.mif-ua.com/archive/article/51866>.
17. Кочунас Р. Основы психологического консультирования. М., 1999.
18. Куприянов С.Ю. Системный подход к оценке роли нервно-психических факторов в развитии и течении бронхиальной астмы // Вест. АМН СССР. 1989. №2. с. 24–28.
19. Лекрон Л. Добрая сила. Самогипноз. / Перевод с англ. В. Полякова. М., Вокруг света», 1992. – 63 с.
20. Лейнер, Ханскарл. Кататимное переживание образов: Основная ступень; Введение в психотерапию с использованием техники сновидений наяву; Семинар: Пер. с нем. – М.: Эйдос, 1996. – 253 с., схемы.
21. Любан-Плоцца Б. Психосоматический больной на приеме у врача. СПб, 1996. 256 с.
22. Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). URL: mkb10.su/.

23. Михальський А. В. Психологічні особливості хворих гіпертонічною хворобою // Проблеми сучасної психології. 2010. Випуск 9. с. 118-129.
24. Мостовой Ю. М. Психосоматичні розлади у хворих на бронхіальну астму та хронічне обструктивне захворювання легень: діагностика та підходи до лікування / Рациональная Фармакотерапия № 2 (27) 2013. с. 27-38.
25. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика - Справочник практического психолога. 2005.
26. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику / В.В. Николаева. М., 1987. 167 с.
27. Никольская И.Н., Гусева И.А., Близневская Е.В. и др. Роль тревожных расстройств при гипертонической болезни и возможности их коррекции. *Лечащий врач*, 2007, с. 89-91.
28. Олейник Н. О. Психологічні особливості алекситимічного радикалу в структурі особистості //Науковий вісник Херсонського державного університету. Вип.3 Т.1. 2018. С.94-99.
29. Оганов Р. Г. Артериальная гипертония. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. 191 с.
30. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия / Н. Пезешкиан. – М.: Институт позитивной психотерапии, 2006. 464 с.
31. Пиаже, Ж. Генетическая эпистемология / Ж. Пиаже. СПб.: Питер, 2004. 160 с.
32. Проноза К. В. Особливості психокорекції психосоматичних хворих середнього віку: електронний ресурс/ К. В. Проноза. <URL://mp2.umo.edu.ua/wp-content/uploads/2012/04Pronoza.pdf>.
33. Прохоров А. О. Психология состояний. Хрестоматия/Под ред. А.О.Прохорова. М.: ПЕР СЭ; СПб.: Речь, 2004. 608 с.
34. Пуговкина О.Д., Шильникова З.Н. Концепция mindfulness (осознанность): неспецифический фактор психологического благополучия // Современная зарубежная психология. 2014. №2. с.18–28.
35. Перлз Ф., Гудман П. Теория гештальт-терапии / Институт общегуманитарных исследований. М., 2001. 384 с.

- 36.. Родермель Т.А., Шумилова Е.А. Психологический взгляд на причины происхождения психосоматических заболеваний // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2016. № 8-2. С. 180-184.
37. Савенкова І.І. Хронопсихологічне прогнозування перебігу захворювань у психосоматичних хворих. К.: Київ. ун-т ім. Б.Грінченка, 2014. 320с.
38. Сегеда О. О. Психосоматичні захворювання як предмет психологічної експертизи / Питання психології. 2012. Вип. 43 (1). С.23-31.
39. Сидоров П.И., Парняков А.В. Клиническая психология: Учебник, 2-е изд., дополн.М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. 864 с.
40. Смулевич А.Б. Психосоматические расстройства (клиника, терапия, организация медицинской помощи) // Психиатрия и психо-фармакотерапия. 2000. № 2. С. 35-40.
41. Старшенбаум Г.В. Психосоматика и психотерапия: Исцеление души и тела. Ростов: Феникс, 2014. 350 с.
42. Ткачук Т. О. Функціональні психосоматичні розлади у дітей дошкільного віку // Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Випуск 4(49). 2016. с.228-234.
43. Урванцев Л. П. Психология соматического больного. - Ярославль, 2000. 215 с.
44. Філак Ф.Г. Психосоматичні особливості особистості хворих на виразкову хворобу 12-палої кишки і після резекції шлунка / Ф.Г. Філак, Я.Ф. Філак // Матеріали III міжнародної науково-практичної конференції «Слов'янська культура і писемність: минуле та сучасність», 2013. 282-287 с.
45. Фрейд З. О клиническом психоанализе. Избранные сочинения. М., «Медицина», 1991.
46. Хамуленко Т. Б. Психосоматика: культурно-історичний підхід./ Т. Б. Хомуленко, Ю. Г. Падафет, О. В. Скориніна. - Х :ВД "Інжек", 2015. - 264 с.

47. Харченко Д. М. Психологічні та психофізіологічні особливості осіб із психосоматичними розладами: автореф. Дис. канд. наукового ступеня доктора психологічних наук: 19.00.04 К., 2011. – 41 с.
48. Харченко Д. М. Психосоматичні розлади. Теорії, методи діагностики, результати досліджень : навчальний посібник / Д. М. Харченко. К. : Видавничий Дім «Слово», 2015. – 280 с.
49. Чекрякова С. В. К вопросу о развитии психосоматических теорий / С. В. Чекрякова // Вестник Красноярского государственного педагогического университета им. В.П. Астафьева. 2007. С. 89-94.
50. Шевчук А.М. Психосоматичні порушення у постраждалого населення внаслідок надзвичайної ситуації // Проблеми екстремальної та кризової психології. 2011. Вип. 10. С. 303-314.
51. Шелег Л. С. Класифікація концепцій та основні ознаки психосоматичних розладів // Актуальні проблеми психології. Т. 12. Вип 21. 2015. с. 313-321.
52. Шмигель Н.Е. Взаимосвязь души и тела // РиТМ Психология для всех. – 2012. № 3. с. 14-16.
53. Юрценюк О. С. Проблема психосоматичних співвідношень у хворих на ішемічну хворобу серця // Здобутки клінічної і експериментальної медицини. 2016. № 4. с. 133-135.
54. Dunbar H.F., Psychosomatic Diagnosis, P.B. Hoeber, Inc., (New York), 1943.
55. Weizsacker V. Psychosomatic Medicine. 1957 Volume 19 Issue 4 P. 265-266.

ДОДАТКИ

Додаток А

Шкала депресії А.Бека

Інструкція: цей опитувальник складається з групи тверджень. Прочитайте, будь ласка, кожен групу тверджень і виберіть те, яке найбільш точно характеризує ваше самопочуття, мислення і настрої на сьогодні. Обведіть колом номер вибраного твердження. Зверніть увагу, що спершу необхідно прочитати усі твердження в одній групі і лиш тоді робити вибір.

Ім'я:	Дата заповнення:
1	0. Мені не сумно 1. Мені сумно, я чуюсь пригніченим 2. Я увесь час чуюсь сумним, пригніченим і не можу відволіктись від цього стану. 3. Я відчуваю нестерпний сум та тугу.
2	0. Я спокійно думаю про майбутнє 1. Думки про майбутнє викликають в мені страх та тривогу 2. Мені нема чого чекати від майбутнього і на що надіятися. 3. Я відчуваю, що в моєму майбутньому нема нічого доброго нічого не можу змінити.
3	0. Я не відчуваю себе невдахою. 1. Я відчуваю, що в мене більше невдач, ніж у інших людей. 2. Моє життя – це суцільна низка невдач та помилок. 3. Я абсолютний невдаха у всьому.
4	0. Я отримую задоволення від улюблених занять і речей. 1. Я не тримую такого задоволення як раніше від улюблених занять та речей. 2. Я ні від чого не отримую задоволення. 3. Будь-яке заняття викликає в мені нудьгу та тугу.
5	0. Я не відчуваю відчуття провини. 1. Я доволі часто відчуваю провину. 2. Я дуже часто чуюсь поганою людиною і мене мучить відчуття провини. 3. Мене мучить постійне відчуття провини.
6	0. Я не вважаю, що заслуговую покарання. 1. Я допускаю, що заслуговую покарання.

	<p>2. Я вважаю, що маю бути покараний</p> <p>3. Я відчуваю, що доля карає мене.</p>
7	<p>0. Я в основному задоволений тим, ким я є</p> <p>1. Я незадоволений собою.</p> <p>2. Я гидкий собі.</p> <p>3. Я ненавиджу себе.</p>
8	<p>0. Я не думаю, що я гірший, ніж інші люди.</p> <p>1. Я критикую себе за слабкості та помилки.</p> <p>2. Я постійно докоряю собі за різні помилки.</p> <p>3. Я докоряю собі за все погане, що діється навколо.</p>
11	<p>0. Я не дратуюсь частіше, ніж звичайно.</p> <p>1. Я дратуюся легше, ніж звичайно.</p> <p>2. Я постійно відчуваю роздатування т почуття внутрішнього незадоволення.</p> <p>3. Те, що раніше дратувало мене, тепер мені стало байдуже.</p>
12	<p>0. Я не втратив цікавості до людей.</p> <p>1. Люди цікавлять мене менше, ніж раніше.</p> <p>2. Я майже повністю втратив інтерес до людей.</p> <p>3. Люди мені глибоко байдужі.</p>
13	<p>0. Мені не є важче, ніж звичайно приймати рішення.</p> <p>1. Тепер частіше, ніж раніше я зволікаю з прийняттям рішень.</p> <p>2. Мені дуже важко приймати будь-яке рішення.</p> <p>3. Я не в стані приймати ждних рішень</p>
14	<p>0. Я не вважаю, що виглядаю гірше, ніж звичайно.</p> <p>1. Мене турбує, що я виглядаю дещо гірше ніж звичайно і старшим, ніж на свій вік.</p> <p>2. Я відчуваю, що з кожним днем виглядаю все гірше.</p> <p>3. Я переконаний, що виглядаю жахливо.</p>
15	<p>0. Мені працюється так, як і раніше.</p> <p>1. Тепер мені часто доводиться змушувати себе братися до праці.</p> <p>2. Я з великою трудностю змушую себе взятися до праці.</p> <p>3. Я не в стані працювати.</p>
16	<p>0. Я сплю не менше і не гірше, ніж раніше.</p> <p>1. Я сплю гірше, ніж раніше.</p> <p>2. Я буджуся на 1-2 години раніше, ніж звичайно і мені важко знову заснути.</p> <p>3. Я буджуся на декілька годин раніше, ніж звичайно і вже не можу заснути.</p>
17	<p>0. Я не втомлююся більше, ніж звичайно.</p> <p>1. Я втомлююся значно швидше ніж раніше.</p> <p>2. Я втомлююся від будь-якого заняття.</p> <p>3. Я чуюся настільки втомленим, що не в стані будь-чим займатися.</p>
18	<p>0. В мене нормальний апетит.</p> <p>1. В мене погіршився апетит.</p> <p>2. В мене майже відсутній апетит.</p>

	3. В мене зовсім немає апетиту.
19	0. Моя вага залишається незмінною. 1. За останній час я схуд більше ніж на 3 кг. 2. За останній час я схуд більше ніж на 5 кг. 3. За останній час я схуд більше ніж на 7 кг.
20	0. Моє тілесне здоров'я є добре. 1. Мене турбують наявні в мене фізичні симптоми (напр.. болі в животі , запори та ін..) 2. Я дуже занепокоєний наявними в мене фізичними симптомами. 3. Я настільки занепокоєний станом свого тілесного здоров'я, що практично не можу думати ні про що інше.
21	0. Мій інтерес до статевого життя за останній час не зменшився. 1. Статеве життя мене цікавить зараз менше, ніж звичайно. 2. Мій інтерес до статевого життя значно зменшився. 3. Я повністю втратив інтерес до статевого життя.

Примітки :

Загальна кількість балів :

Додаток Б

МЕТОДИКА СПІЛБЕРГЕРА-ХАНІНА
для оцінювання рівня тривожності

Інструкція. Прочитайте уважно кожне з наведених нижче висловлювань та обведіть відповідну цифру залежно від того, ЯК ВИ СЕБЕ ПОЧУВАЄТЕ В ДАНИЙ МОМЕНТ. Над запитаннями довго не замислюйтеся, оскільки правильних чи неправильних відповідей немає.				
запитання	ні, це не так	напевно так	так	так точно
1. Я спокійний	1	2	3	4
2. Мені нічого не загрожує	1	2	3	4
3. Я напружений	1	2	3	4
4. Я відчуваю переживання	1	2	3	4
5. Я відчуваю себе свobodно	1	2	3	4
6. Я сумний	1	2	3	4
7. Мене турбують можливі невдачі	1	2	3	4
8. Я відчуваюсь відпочившим	1	2	3	4
9. Я стривожений	1	2	3	4
10. Я відчуваю внутрішнє задоволення	1	2	3	4
11. Я впевнений в собі	1	2	3	4
12. Я нервуюсь	1	2	3	4
13. Я не нахожу собі місця	1	2	3	4
14. Я напружений	1	2	3	4
15. Я не відчуваю напруги	1	2	3	4
16. Я задоволений	1	2	3	4
17. Я зтурбований	1	2	3	4
18. Я дуже збуджений і відчуваюсь погано	1	2	3	4
19. Мені радісно	1	2	3	4
20. Мені приємно	1	2	3	4

Інструкція. Прочитайте уважно кожне з наведених нижче висловлювань та обведіть відповідну цифру залежно від того, ЯК ВИ СЕБЕ ПОЧУВАЄТЕ ЗВИЧАЙНО. Над запитаннями довго не замислюйтеся, оскільки правильних чи неправильних відповідей немає.				
запитання	майже ніколи	інколи	часто	майже завжди
21. Я відчуваю радість	1	2	3	4
22. Я дуже швидко замучуюсь	1	2	3	4
23. Я легко можу розплакатись	1	2	3	4
24. Я хочу бути таким щасливим, як і інші	1	2	3	4
25. Часто я програю через те, що дуже довго обдумую рішення	1	2	3	4
26. Переважно я відчуваюсь бадьоро	1	2	3	4

