**МіністерствоосвітиінаукиУкраїни**

**Західноукраїнський національний університет**

**Факультет**[соціально-гуманітарний](https://www.wunu.edu.ua/educational-subdivisions/faculty/sgf/)

**Кафедра** психології та соціальної роботи

**ЯНГЕЛЬ Максим Віталійович**

**«ПСИХОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ТА ДЕФОРМАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ**

**ПРИ ВИНИКНЕННІ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО ТРЕМОРУ»**

спеціальність \_\_053 Психологія\_\_

освітньо-професійна (наукова) програма

кваліфікаційна робота за освітнім ступенем «магістр»

Виконав студент

групи\_\_ПСзмчн-21

Янгель Максим Віталійович

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

підпис

науковий керівник:

д.психол.н., доцент

Гірняк А. Н.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

підпис

Кваліфікаційну роботу

допущено до захисту

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ р.

Завідувач кафедри

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

підпис

Тернопіль – 2022

**АНОТАЦІЯ**

Янгель М.В. Психологічні зміни та деформації особистості при виникненні функціонального тремору. – Рукопис.

Дослідження на здобуття освітнього ступеня «магістр» за спеціальністю 053 Психологія, освітньо-професійна програма «Психологія» – Західноукраїнський національний університет, Тернопіль, 2022рік.

У роботі проведено теоретичний аналіз поняття «функціональний тремор» та його сутність;опрацьовані новітні вітчизняні та іноземні наукові джерела; досліджено психологічні фактори, що сприяють змінам та деформаціям особистості людей з функціональним тремором;розроблено практичні рекомендації для ефективної психотерапевтичної роботи з особами, у яких є функціональний тремор.

**ANNOTATION**

Yangel M.V. Psychological changes and deformations of personality in the event of functional tremor.– Manuscript.

A Thesis to obtain Master's degreewith the title053Psychology, educational and professional program «Psychology».– West Ukrainian National University, Ternopil, 2022.

In the work the theoretical analysis of the concept of "functional tremor" and its essence is carried out; the latest domestic and foreign scientific sources are processed; psychological factors that contribute to changes and deformations of the personality of people with functional tremor are investigated; practical recommendations for effective psychotherapeutic work with people with functional tremor are developed.

**ЗМІСТ**

**ВСТУП**………………………………………………………………………..5

**РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО ТРЕМОРУ**……………………………………………..9

* 1. . Аналіз категорійно-понятійного поля піднятої проблематики ...........9
  2. . Різновиди тремору та їх класифікація ………………..…………........11
  3. . Систематика чинників виникнення функціонального тремору …....20

**Висновки до першого розділу** …………………………………………....23

**РОЗДІЛ 2. МЕХАНІЗМ ТРАНСФОРМАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ ПІД ВПЛИВОМ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО ТРЕМОРУ**……………………………..24

* 1. Психосоматичні механізми виникнення функціонального тремору.24
  2. Формопрояви впливу функціонального тремору на психологічні зміни та деформації особистості ……………………..………….………………..29
  3. Особливості виникнення та прояву функціонального тремору на різних етапах онтогенезу…………………………………………………………..34

**Висновки до другого розділу** ………………….………………………………...44

**РОЗДІЛ 3. ПРИКЛАДНІ АСПЕКТИДОСЛІДЖЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО ТРЕМОРУ**……………………………………………45

3.1. Система рекомендацій щодо попередження виникнення неврологічних розладів……………………………………………………………45

3.2. Корекційні впливи і техніки саморегуляції, що застосовуються при виникненні функціонального тремору …………………………………………..49

**Висновки до третього розділу** ………………….………………………………57

**ВИСНОВКИ** ……………………………………………………………………...60

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ** ……………………………………..63

**ДОДАТКИ**……………………………………………………………….………..69

**ВСТУП**

**Актуальність теми.**Світ неможливо собі уявити без прагнення людей до активності та приручення природи. Все, що створило та чим користується людство на сьогоднішній момент – культурний та соціальний код, спільні плоди цієї діяльності. Воно спромоглося досягти цього не тільки завдяки розвитку неокортексу (нової кори великих півкуль), а ще й за допомогою свідомих рухів власного тіла. Власне, неокортекс тому й виник, що люди щось постійно робили руками, й використовували їх в якості жестової мови.

Існує думка, що мозок зокрема, а центральна нервова система загалом, є органом психіки, матеріальним її носієм. Це так, але ми не повинні забувати, що органом психіки є не якась анатомічна структура, раз і назавжди топографічно зав’язана на певну ділянку організму. Органом психіки можна вважати все, що допомогає активно та колективно перетворювати природу та интеріорізовувати культуру. Саме тому здатність робити вольові рухи є дуже важливою умовою для подальшого розвитку людства.

Важливість вивчення порушення рухів внаслідок саме психологічних, а не органічних причин стала основним рушійним фактором при виборі теми дослідження.Адже відомо, що до 30% пацієнтів, які звертаються за допомогою до лікарів-неврологів, скаржаться на порушення довільної моторики та психосоматичних симптомів, але ніяких органічних дефектів не виявляється.

Ми вбачаємо в цій статистиці не стільки проблему діагностики, скільки необхідність для психологічної професійної спільноти теоретично пояснити сутність цих порушень саме з точки зору феноменології, а не нозології. Цеуможливлює краще розуміння проблематики та надає можливості ефективніше працювати саме з такими симптомами. Уполе нашої уваги потрапив феномен довільної моторики, на який пацієнти поліклінічних відділень скаржаться найчастіше. Він має назву *тремор.*

Тремор – це мимовільні, ритмічні, швидкі, зворотньо-поступальні рухи частин тіла, опосередковані одночасними скороченнями протилежних за функцією м’язів (наприклад двоголового та триголового м`язів, musculusbicepsbrachii, musculustricepsbrachii відповідно)[14;52;53]. Якщо людина постійно відчуває тремтіння м`язів, коли сидить вдома, в затишному кріслі та стані спокою, то це може вказувати саме на органічний тремор, тобто на структурні порушення роботи мозку.

Але тремор є також і психологічним, тобто мати психологічні причини. В медичній літературі він дістав назву *«функціональний (чи психогенний)».*Він дуже часто виникає, коли увага людини та лікаря прикута до кінцівки, що вражена тремором. Але як тільки увагу вдається відволікти, симптом зникає*.*

Функціональний тремор – це феномен, який неможливо пояснити структурними ураженнями мозку. Суть цього феномену, який ми пов’язуємо з психікою, полягає втому, що у людини виникає саме несвідома ідея руху, яка є тісно узгодженою з мотивом (який символічно виконуєякусь значущу для людини функцію). На тілесному рівні вона пов`язана з переробкою нервових імпульсів, які аналізатори надсилають до мозку, а мозок відповідно надсилає команди до м’язів-ефекторів – їх виконавчих органів. Протиріччя між несвідомим символом руху, який відпрацьовує невротизовані мотиви, та очікуваним свідомим результатом руху, на який сподівається людина (наприклад, що в ситуації соціальної взаємодії в неї тремору не виникне), викликає відчуття порушення контролю за власними м`язами, тому що увага людини прикута не до самої ситуації, а до поведінки власної кінцівки. А це може викликати невротичний страх перед тремором та зумовити закріплення умовного рефлексу на його виникнення.

Ми встановили, що рух у просторі аналізується за допомогою лімбічної системи, таламо-кортикальних шляхів і сенсомоторної кори, і якщо якась емоційна подія, що виникла в минулому, не була перероблена лімбічною системою, це може спричинити порушення зв`язків між моторними шляхами та пам`яттю [7;47].

Проблемою функціональних моторних симптомів займався, перш за все, засновник психоаналізу Зігмунд Фройд, його вчитель Жан Мартен Шарко, Карл Густав Юнг та ціла плеяда психоаналітиків та лікарів соматичної медицини. Граничними з функціональними моторними симптомами є психосоматичні формопрояви, якими займалися Йоганн Крістіан Август Хайнрот, М. Якобі, Франц Александер та інші. Ці феномени також були детально розглянуті в цій роботі [41].

**Метароботи** –дослідження психологічнихзмін і деформацій особистостіпри виникненні функціонального тремору тарозробка практичних рекомендацій для психотерапевтичної роботи з особами, які страждають на цей розлад.

Для досягнення мети поставлені такі**завдання дослідження**:

1. Опрацювати новітні вітчизняні та іноземні наукові джерела таздійснити аналіз категоріально-понятійного поля піднятої проблематики;
2. Здійснити теоретичний аналіз факторів і психологічних чинників, що сприяють змінам і деформаціям особистості людей з функціональним тремором;
3. Розробити практичні рекомендації для ефективної психотерапевтичної роботи з особами, у яких присутній функціональний тремор.

**Об’єктом нашогодослідження**є людина, яка страждає на функціональний тремор.

**Предметдослідження**– особливості перебігу психологічних змін і деформацій особистості при виникненні функціонального тремору.

**Методи дослідження**: аналізпсихологічних факторів виникнення функціонального тремору, класифікація причин тремору за етіологією, топографією та впливом на психіку; систематизація даних науково-психологічної літератури; порівнянняособливостей виникнення та прояву функціонального тремору на різних етапах онтогенезу; ранжування та теоретичне моделювання; теоретичне узагальнення; нестандартизоване спостереження за клієнтами [24].

**Наукова новизна** одержаних результатів полягає в тому, що було ретельно та детально проаналізовані органічні, психологічні та соціальні фактори виникнення функціонального тремору.

**Практичне значення** полягає в розробці психотерапевтичних стратегій роботи з функціональним тремором, формулюванні системи рекомендацій щодо попередження виникнення неврологічних розладів, а також обгрунтуванні корекційних впливів і технік саморегуляції, котрі можуть застосовуватися при виникненні функціонального тремору.

Результати магістерського дослідження апробовані у формі написання двох тез доповідей для двох Міжнародних науково-практичних конференцій: «Психологічний супровід особистості в умовах сучасних викликів постмодерного суспільства: теоретичні засади та прикладні аспекти» (ДВНЗ «Донбаський державний педагогічний університет», 25 листопада 2022 р.); «Психосоціальні ресурси особистісного та соціального розвитку в епоху глобалізації» (Західноукраїнський національний університет, 4-5 листопада 2022 р.).

**Структура роботи.**Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, інформаційних джерел (61 найменування) та 5додатків. Основний зміст випускної кваліфікаційної роботи викладено на 51 сторінці. Загальний обсяг роботи становить 75 сторінок.

**РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИДОСЛІДЖЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО ТРЕМОРУ**

* 1. **Аналіз категорійно-понятійного поля піднятої проблематики**

На протязі всієї історії людства рухливі феномени хвилювали розум багатьох людей. Жести, міміка, особливості рухів тіла – все це викликало й продовжує викликати інтерес. Зокрема, перші згадки про такий помітний феномен як тремор (тремтіння м'язів) належать Аюрведі. Це філософске вчення, яке виникло приблизно 5000-3000 років до нашої ери в Індії [3].

Згадки про тремтіння ми знаходимо також у Старому Заповіті. Еклезіаст у главі 12, вірші третьому пише:«У той день, коли затремтять ті, що охороняють дім, і зігнуться мужі сильні; і перестануть молоти ті, що мелють, тому що їх мало залишилося» [2].

У псаломі 98, пісні 1 читаємо: «Царює Господь, і народи тремтять, сидить на Херувимах, і трясеться земля!»[28].Вочевидь, слово *тремтить*використовується тут в контексті людського страху перед небесними створіннями і Господом.

Інтерес к тремору проявляли також письменники і художники. Так, в знаменитій п'єсі Вільяма Шекспіра «Троїл і Кресида» один із героїв, Уліс, говорить наступне:

Проте Ахілл гукає: «Браво!

Точно, Це Нестор!

А тепер нам покажи,

Як устає він при нічній тривозі».

І тут Патрокл ну кашлять і плюваться,

Тремтячими руками застібать

Уявні лати (смішки із старого!),

А наш герой аж умирає[44].

У приведеному фрагменті йде річ про літню людину, у якої від тривоги виникло тремтіння рук.

Відомий художник Леонардо із міста Вінчі писав: «Можна бачити, як у людей, стиснутих внутрішнім напруженням, тремтить голова разом із кінцівками, без дозволу їх душі, яка з усієї сили чинить спротив, але не може цьому завадити [52;53].

Зважаючи на вищевикладене, зазначимо, що тремор – це такий моторний акт, який з одного боку тісно пов'язаний з емоційний станом людини, а з іншого – далеко не завжди піддається вольовому контролю, якщо він вже приведений організом у дію.

Відомий фізик і астроном Галілео Галілей у своїх записках, датованих 1610 роком, відмічав, що кардіобалістичні і дихальні рухи здатні визивати тремтіння зображення, яке можна побачити в телескопі: «…інструмент потрібно утримувати дуже міцно, і для того, щоб уникнути тремтіння рук, який виникає внаслідок коливань артерій і дихання, бажано фіксувати трубу телескопа на стабільній опорі» [59].

У 1897 році американський лікар Август Ешнер запропонував декілька способів демонстрації фізіологічного тремору у здорових осіб, одним із яких було утримування стакана з водою та спостереження за його поверхнею чи використання механічного записуючого пристрою.

Однак найбільш великий вклад у вивчення тремору вніс давньоримський медик Клавдій Гален (129-216 рр).У другому столітті він написав трактат «Detremore»,де під даним рухливим феноменом розумів мимовільний рух кінцівок вверх і вниз, який виникає підчас м'язової дії та є результатом пригнічення сили, яка підтримує функціональний стан тіла та рухає його [58].

І хоча Гален розмірковував у вірному напрямку, можна стверджувати, що його погляд на це питання виявився достатньо поверхневим, оскільки у 1680 году голандський вчений Франциск де ле Бое виділив тремор дії (motustremulous)та тремор спокою (tremorcoactus) [53].

Перше електрофізіологічне дослідження тремору було проведено Хорслі і Шафером,які виявили, що постійна м`язова активність, яка виникає добровільно чи за допомогою електричної стимуляції моторного тракту в препаратах тварин, всюди характеризується накладеними 10-герцовими тремтячими посмикуваннями (Horsley and Schafer, 1886)[51].З тих часів наука накопичила достатньо знань про тремор, тому ми можемо дати його сучасне визначення.

Тремор – це мимовільні, ритмічні, швидкі, зворотньо-поступальні рухи частин тіла, опосередковані одночасними скороченнями м`язів агоністів та антагоністів.

Антагоністи – це м`язи, які виконують протилежну функцію. Наприклад, при згині передпліччя двоголовий м`яз плеча, біцепс(musculusbicepsbrachii) скорочується, а триголовий м`яз плеча, тріцепс (musculustricepsbrachii) розслабляється. Та навпаки, при розгинанні передпліччя біцепс розслабляється, а тріцепс скорочується.Агоністі – це м`язи, які виконують подібну, допоміжну функцію. В нашому прикладі агоністами є усі м`язи, які допомагають скорочувати чи розслабляти плечо.

З вищевикладеного слідує, що при треморі одночасно можуть скорочуватись як агоністи, так і антагоністи. Якщо людина підніме предмет і якийсь час буде тримати його на відстані витягнутих рук, у нього почнеться тремор, тому що біцепс і тріцепс, а також інші групи м`язів в даний час скорочуються, намагаючись втримати предмет.

Тремор є найбільш поширеним моторним актом. Він може розглядатися як ізольований симптом при психоемоційних розладах, бути варіантом норми при втомі, сильному емоційному збудженні, надлишку кофеїну в крові, переохолодженні, а також одним із характерним ознак деяких неврологічних захворювань (паркінсонізму, дистонії, патології мозочка, хворобі Мінора і так далі)[25].

* 1. **Різновиди тремору та їх класифікація**

Тремор класифікується за топографії (в залежності від того, в яких частинах тіла виникає), характером (тремор спокою, що виникає при розслабленому стані м'язів, і тремор дії, що з'являється або посилюється при будь-якій довільній напрузі м'язів). Останній в свою чергу розпадається на підгрупи: постуральний тремор, що виникає при підтримці пози, і кінетичний, що з'являється в ході виконання довільного руху. Різновидами кінетичного тремору є простий кінетичний тремор, що з'являється при будь-яких довільних рухах, та інтенційний, що виникає при цілеспрямованих рухах і посилюється в міру наближення до мети. Крім того, виділяють і більш рідкісні підтипи тремору дії - наприклад, ізометричний тремор і тремор, що виникає при виконанні певних професіональних рухів (task-specifictremor).

За синдромною класифікацією виділяють простий фізіологічний тремор (низько-амплітудний тремор частотою 8-12 Гц, невидимий оком, реєстрований у здорових осіб і є складовою нормального механізму моторного контролю), а також різні варіанти патологічного тремору: есенціальний, паркінсоничний, мозочковий, дистоничний, невропатичний, тремор Холмса, ортостатичний, тремор м'якого піднебіння, функціональний і деякі інші типи тремору. Розглянемо ці види тремору більш детально.

***Есенціальний тремор(хвороба Мінора)***є найпоширенішим видом тремтіння. Його поява частіше за все викликана спадковим, генетичним фактором. Основний прояв хвороби – постуральне тремтіння (спроба втримати позу тіла), найчастіше в руках. Інколи він поєднується з тремором голови та\чи мімічних м`язів, язика, губ, голосових зв`язок, ніг, тулуба, діафрагми. Найчастіше постуральний тремор при цій хворобі поєднується з інтенційним (посилення тремтіння при наближенні до мети, наприклад коли людина пробує вдіти нитку у вушко голки). Найчастіше він розглядається як моносимптомна хвороба (тільки тремтіння), але буває, що протікає разом з цервікальною дистонією чи спазматичним стисканням повік (блефароспазм).

**Найбільш характерною ознакою *паркінсонічноготремору***є тремтіння у стані спокою. В дуже рідких випадках можна бачити більш високочастотний тремор, який переважає над тремором спокою. Це основний симптом при хворобі Паркінсона.

***Первинний ортостатичний тремор* -** це унікальний синдром, характерною рисою якого є виникнення тремтіння при під’йомі з положення лежачи чи сидячи, що призводить до різко підкресленої нестійкості.

Інколи людина так сильно тремтить, що, опираючись на ноги, вона одразу падає. У тяжких випадках така нестійкість залишається при ходьбі. Цей тремор має дуже високу частоту (до 18 Гц), яка реєструється у всіх м’язах.

*Первинний писальний тремор*виникає у руці тільки підчас письма. У деяких випадках цей вид тремору виникає при виконанні професійних складних рухів (гра на флейті або інших інструментах, шитті, в'язанні та інше).

*При дистонічному треморі*відбувається постійне спазматичне скорочення м'язів, яке зачіпає протилежні за функцією м'язи (наприклад біцепс та тріцепс). Це переважно постуральне та\або кінетичне тремтіння, яке локалізується у тій частині тіла, яка була уражена дистонічним тремором.

*Мозочковий тремор* характеризується інтенційним (наближенням до мети) тремтінням, яке поєднується з постуральним (збереженням пози, наприклад витягнутих рук) тремором, але не з тремором спокою.

Рисою *тремору Холмса* є поєднання тремтіння спокою, постурального та інтенційного, яке часто переривається множинними здриганнями.Нерідко він виникає після судинного ураження середнього мозку, мозочка або зорового бугра, виникая через деякий час після інсульту. Також відомі випадки розвитку тремору Холмса при розсіяному склерозі або хворобі Вільсона (гепатолентикулярній дегенерації – порушення обміну міді).Якщо при цьому улюдини вражений таламус, то тремор набуває дистонічного характеру (спазматичне скорочення м'язів).

Для *тремору м’якого піднебіння* характерні ритмічні рухи musculuslevatorvelipalatini (м'яза, який підіймає завіску м'якого неба) зі специфічним клацанням у вусі.Інші м'язи в цей тремор не залучаються. Він обумовлений ураженням стволу мозку та\або мозочка. Причиною *медикаментозного і токсичного тремору* є отруєння лікарськими препаратами (наприклад антидепресантами, нейролептиками, резерпіном, флунаризином, солями літію).

*Тремор при невропатіях* викликан, як правило, ураженням нервових волокон, які входять до складу різних нервів, в тому числі черепних і проявляється симетричними млявими паралічами та порушеням чутливості.

*Ізольований тремор голосу* інколи обумовлений торсіонною дистонією або есенціальним тремором.

*Психогенний (чи функціональний) тремор*інколи називають невротичниим. Цей вид тремору має психологічні корні. Вмедицині для нього розроблені наступні критерії діагностики:

а) раптовий початок;

б) спонтанне зникнення;

в) незвичайне клінічне поєднання тремору спокою з постуральним або інтенційним тремором;

г) зменьшення тремтіння при відволіканні уваги;

ґ) варіації частоти тремору при відволіканні, при довільних рухах протилежною рукою, а також в моменти, коли людина впевнена, що за нею не спостерігають;

д) виникнення додаткових і не пов'язаних з тремором неврологічних та психічних симптомів;

е) позитивний ефект при навіюванні і плацебо.

Необхідно уточнити поняття *«функціональний».* В літературі, яка присвячена дослідженням проблематики тремору, це слово використовується для позначення стану, при якому не виявляється органічний дефект центральної нервової системи. Однак її моторні відділи, які відповідають за рухи м'язів, можуть давати їм помилкові команди, і в результаті скорочуються м'язи, які у даний час скорочуватися не повинні. Наприклад, функціональний параліч означає тимчасову нездатність м'язів виконувати рухи, але кінцівки цих м'язів органічно не уражені. Тобто сама здатність виконувати рухи у людини збережена.

У той же час для опису тремору дослідники часто використовують слово «*психогенний*», маючи на увазі порушення рухів, які не підпадає під розряд органічних дефектів: психогенний тремор, психогенна дистонія, психогенний паркінсонізм тощо. Таким чином вони висувають ідею, що причину даних станів потрібно шукати в порушенні психічної діяльності людини. Як ми бачимо, слова функціональний та психогенний викликають плутанину, тому що на перший погляд вони синонімічні [46].

Під порушенням психічної діяльності в даному випадку ми розуміємо відрив деяких вищих психічних функцій від єдності свідомості та діяльності, в результаті чого вони не можуть бути інтегрованими психікою на когнітивному рівні, узагальнені в понятті та мати особистісний сенс. Цей механізм має назву *дисоціація*.

Наведемо визначення даного терміну. Дисоціація – це механізм психологічного захисту, при якому якесь нестерпне переживання постійно повторюється, але не може бути інтегровано психікою, тому воно, щоб оминути психологічний захист, перетворюється, наприклад, у м’язове тремтіння [43, с.94].

Поняття *функціональний* більш широке, тому що дозволяє розглядати тремор не тільки як прояв психічного дефекта, але і як генетичного і навіть фізичного (травми, хірургічні втручання) [55].

Але оскільки в даній роботі досліджується зв'язок між структурою особистості, емоційними та когнітиними особливостями і виникненням функціонального тремору, то ми свідомо не беремо до уваги фізичні, медичні та генетичні фактори, про які було сказано вище. Тому вони виключені із дослідження.

Про саме психогенез тремору можна свідчити, якщо підвищений тонус тієї чи іншої групи м'язів, в яких виникає напруження та тремтіння, не пояснюється власне захворюванням м'язів, органічним дефектом центральної нервової системи, яка регулює усі системи організму, ні захворюванням нейроендокринної системи, яка продукує гормони адреналіну та норадреналіну, ні дефектом наднирників (феохромоцитома).Мова йде виключно про суб’єктивну інтерпретацію подій, в яких людина психологічно знаходиться та реагує на них тремтінням. Але це повинна бути такая інтерпретація, з якою психіка звичним чином (через розуміння) не справляється. Іншими словами, якщо в момент інтерпретації події відбувається вклинювання якогось раптового і сильного переживання,яке застає людину зненацька,і за ним слідує збій нейроендокринної системи, яка і дає м'язам команду тремтіти, можна свідчити саме про функціональний характер симптому.

Як вже було сказано вище, функціональний тремор – це один із характерних симптомів дисоціативного (конверсійного) розладу моторного типу. Він кодується під шифром F44.4 [17]. Такий традиційний погляд історично зобов’язаний психоаналізу. Приведемо пояснення цьому терміну.

Психоаналіз – це психологічна теорія і метод лікування психічних розладів, що була заснована відомим австрійським психіатром і неврологом Сіґізмундом Шломо Фройдом [12;37].Саме Фройд вперше запропонував ідею конверсії (від лат.Conversio – перетворення, заміна). Згідно цієї ідеї, психологічний конфлікт, який людина не може здолати, спочатку витісняється зі свідомості, а потім із великим імпульсом знову прямує до неї. Але оскільки працюють захисні механізми, які не дають імпульсу знову потрапити на поверхню, він суттєво спотворюється і людина його не помічає. Через деякий час цей спотворений імпульс набуває форму тілесного симптому, насамперед м’язового.

Таким чином, психологічний конфлікт перетворюється за допомогою механізму конверсії в його фізичний еквівалент, набуваючи символічного значення на рівні тіла.

Фройд розглядав психічну діяльність як театр військових дій, де його учасники весь час знаходяться в русі, компенсують нестачу ресурсів в одній зоні надлишком їх в іншій та захищаються від інстинктивних сил природи. Людина в розумінні Фройда протиставляє себе природі за принципом реальності, борючись з тваринними, антисоціальними прагненнями, мета яких - принцип задоволення.

Створена вченим система динамічна. Якщо представити її у вигляді трьохкомпонентної структури, то в її центрі ми побачимо Его (Я, принцип реальності, свідомість), зверху знаходиться інстанція Супер-Его (Над-Я, мораль, етика, норми поведінки, заборони), а внизу та еволюційно першим розташовується Ід (Воно, несвідоме, інстинкти життя та смерті, принцип задоволення), які прагнуть до життя (сексуальні імпульси) та смерті (імпульси руйнування та агресії). Це прояв роботи тваринного організму.

Над-Я являє собою сукупність норм і правил поведінки в суспільстві, вкладені в свідомість дитини та асимільовані їм як істинні.

Ід – це основна структура, з якої виводиться вся теорія психоаналізу. Зміст несвідомого не може бути представлений у вигляді знака і не може мати значення, тобто воно не закріплюється в слові чи понятті. Головна відмінність Ід від інших компонентів полягає в тому, що інстинктам невідомі поняття темпоральності та ентропії. Іншими словами, зміст Ід не впорядкований за часом та хаотичний.

В теорії Фройда інстинкти життя та смерті незалежно від причин прагнуть увірватися до свідомості, однак захисні механизми Его з одного боку, та етичні норми поведінки Супер-Его з іншого не дають Ід захопити контроль над свідомістю.

Якщо людина відчуває внутрішній конфлікт між культурою та інстинктом, прагнення несвідомого затопити Его суттєво посилюється, тому що вони протиставлені одне одному і кожен з них намагається взяти ситуацію під свій контроль. Крім того, захисні механізми Его приводяться до дії прямо пропорційно загрозі з Ід.

Оскільки вищезгадана конверсія відноситься до області тілесного та є захисним механізмом, який звільняє психіку від неприпустимого внутрішнього змісту, остільки тіло являє собою другий плацдарм атаки Ід на структури Его. Відповідно до цього людина, яка не вербалізує конфлікт, не позначає його знаками, не проговорює та, відповідно, не усвідомлює його, через деякий час стикається з тим, що емоційні переживання про конфлікт нівелюються і на деякий час їй становиться краще.

Але це може призвести до того, що нівельовані та потьмарені переживання перейдуть з одного якісного стану в інший. Тобто з незрозумілих психічних переживань, батьківщина яких – несвідоме, до тілесного симптому, який мов би конвертує, замінює ядро психічних переживань на тілесний дискомфорт.Однак це ілюзія: ядро психічних переживань залишається, маскуючись під тілесний симптом.

Продовжуючи розмову про конверсію, неможливо не згадати, що цей захисний механізм являє собою так би мовити партизанську діяльність, сили якої досить складно визначити. Адже якщо у людини з’являється тілесний симптом, то його причина витісняється зі свідомості.

Ця причина, важким камінням потрапляючи в хаотичне несвідоме, заряджається додатковою енергією, обростає бронею інстинктивних сил і вже звідти продовжує свій наступ. Їй під силу взяти контроль над функціями центральної нервової системи, тобто перехватити контроль над регуляцією діяльності скелетних м’язів, які, як відомо, контролюються свідомістю.

Нагадаємо, що за допомогою скелетних м’язів переміщуються всі кінцівки тіла, а за допомогою гладких м’язів здійснюється регуляція діяльності внутрішніх органів, головним керуючим яких є автономна нервова система. Скелетні м’язи знаходяться під контролем Его – людина може здійснювати будь-які рухи тіла за бажанням. На противагу скелетним, гладкі м’язи під прямим контролем свідомості не знаходяться, а управляються рефлекторно (серце б’ється без нашого бажання, шлунковий сік виділяється завжди, коли ми відчуваємо голод).

Потрібно зазначити, що найчастіше Фройд зустрічав функціональні симптоми у хворих на істеричний невроз, та на основі багатьох клінічних даних запропонував гіпотезу про конверсію. Але з цього не потрібно робити висновок, що психогенність тремору обумовлена тільки наявністю істеричного радикала в особистості.Цей феномен зустрічається також як прояв сильної тривоги. Дійсно, у людини з тривожно-депресивними проявами тремор дуже нагадує тремтіння у істерика.

І хоча істерія як медичний діагноз вже не використовується, тим не менш в міжнародній класифікацї хвороб 10 перегляду (МКХ-10) вона разпадається на декілька класів:

а) тривожна істерія (F41.8);

б) дисоціативні (конверсійні) розлади (F44);

в) гістрионічний (раніше істеричний) розлад особистості (F60.4).

*Тривожна істерія*, яка належить до класу тривожних розладів, характеризується наявністю у людини фобії і пов'язаною з нею тривоги, але при цьому доповнюється конверсійними симптомами, які не зводятся до тривоги.

Загальними рисами *дисоціативних (конверсійних) розладів* є часткова або повна втрата нормальної інтеграції міжспогадами про минуле, усвідомленням власної ідентичності та безпосередніми відчуттями, а також контролем над тілесними рухами.Всі типи дисоціативних розладів мають тенденцію до зникнення через кілька тижнів або місяців, особливо якщо їх початок пов'язаний з травматичною життєвою подією.Більш хронічні розлади, зокрема паралічі та втрата чутливості, можуть розвиватися, якщо їх початок пов'язаний з нерозв'язаними проблемами або міжособистісними труднощами.

Симптоми часто відображають уявлення людини про те, як може проявлятися фізична хвороба, але медичний огляд та обстеження не виявляють наявності будь-якого відомого фізичного або неврологічного розладу. В цей розділ включені тільки розлади фізичних функцій, які зазвичай знаходяться під добровільним контролем, і втрата відчуттів. Все це, як було вказано вище, регулюється тим відділом центральної нервової системи, який регулює всю розумну діяльність людини за допомогою неокортексу, сенсомоторної кори тощо.

Клінічна картина *гістріонічного розладу особистості* (раніше істерична психопатія) досить яскрава:неглибока і лабільна афективність, самодраматизація, театральність, перебільшення вираження емоцій, сугестивність, егоцентризм, потурання собі, відсутність уваги до оточуючих, легко ранимі почуття, постійне прагнення до схвалення і уваги.

* 1. **Систематика чинників виникнення функціонального тремору**

Для того, щоб розуміти психологію функціонального феномену, який ми вивчаємо, необхідно спочатку розібратися, як виникає і що собою являє фізіологічний тремор. Було вказано, що фізіологічний тремор є властивістю функціонування м’язів у людей та тварин. Він пов’язаний з флуктуацією і вібрацією м’язових волокон, являє собою механізм нормального моторного контролю. Зазвичай він не помітний неозброєним оком, за виключенням ситуацій, коли людина сильно хвилюється, її раптово перелякала якась подія, коли їй холодно чи вона відчуває голод.

Також фізіологічний тремор виникає при надмірному споживанні кофеїну чи внаслідок передозування деякими лікарськими засобами. У цих випадках до поняття *фізіологічний* додається слово *«посилений (чи акцентований)».* Як правило, усунення основної причини посиленого фізіологічного тремору веде до повного його зникнення.

На сьогоднішній день відомі такі механізми генерації тремору: центральний та периферічний. Розглянемо їх.

а) Периферічний механізм.

Він є пасивним. М'язи кінцівок здатні створювати механічні осциляції, проте тремор на частоті 8-12 Гц не помітний. Це лише показник працюючих м'язів;

б) Центральний механізм.

Його можна описати наступним чином: в організмі людини чи тварини головну роль беруть на себе так звані *центральні осцилятори* – це групи нервових клітин, які формуються в головному мозку та мають здатність до генерації самостійних імпульсів, які можуть призвести до тремтіння. Ці групи нервових клітин розвиваются у клітинах нижньої оливи і таламуса (оливо-церебральні шляхи). Центральна нервова система, а саме моторна кора генерує нервові імпульси, направляючи їх вниз до спінальних мотонейронів, які відповідають за рефлекторні рухи, і до кінцівок. У свою чергу кінцівки замеханізмом зворотнього зв’язку уточнюють своє положення в просторі, порівнюють його за очікуваним результатом дії (акцептор результату дії), надсилаючи до ЦНС сигнали у відповідь. Таким чином відбувається підстроювання м’язової діяльності людини під необхідну програму руху. Це явище носить назву *рефлекторна дуга*[21].

Існує ще один центральний механізм, який пов’язаний з виникненням інтенційного тремора (цілеспрямованих рухів). Він обумовлений контролем, активацією і гальмуванням протилежних за функцією м’язів (наприклад біцепса і тріцепса) при виконанні довільних локомоцій. В нормі таке підлаштування послідовності напруження та розслаблення здійснює мозочок. Він же керує точними рухами тіла, використовуючи інформацію про необхідну програму рухів з кори головного мозку – відділу, який відповідає за розумну поведінку людини. В деяких випадках зростає затримка цих зв’язків, тому необхідні м’язи не встигають тонко підлаштовуватися під необхідну програму руху. Це призводить до надлишкового руху спочатку в одному напрямку, а потім в іншому, а тремор – це спроба мозку прорахувати середнє арифметичне значення цих напрямків, та підлаштуватися під нього.

Потрібно зазначити, що у деяких людей поява тремору обумовлена генетично ослабленим гальмівним механізмом регуляції екстрапірамідної і мозочкової структур головного мозку. Це може призводити до порушення відношення між швидкістю розслаблення і скорочення м’язових волокон та посилити тремтіння, наприклад, через тривогу.В таких випадках функціонально порушується обмін адреналіну і норадреналіну, підвищується активність адренергічної (збуджуючої) системи, внаслідок чого надмірно синтезується циклічний аденозинмонофосфат (цАМФ). Його мета – передавати сигнал про збудження до клітин та активувати адренорецептори, чутливі до адреналіну. Наднирники за командою гіпоталямуса, а потім гіпофіза виділяють адреналін, адренорецептори тепер готові його приймати, а він у свою чергу здатен викликатискорочення та тремтіння м’язів, тому що саме там він згоряє.

Однак якщо знизити вплив цього фізіологічного механізму збуждення за допомогою пропранололу (анапріліну), то за механізмом негативного зворотнього зв’язку виникає відповідне зниження рівня цАМФ і адреналіну. У свою чергу, адренергічна система приходить до базових значень, зникає надмірне збудження і тремор значно знижується або зникає.

В нашому дослідженні вивчається функціональний тремор – феномен, причини якого не лежать у площині об’єктивній (ліки, кофеїн чи температурний фактор). Скоріше за все, можна стверджувати, що його причини лежать у площині суб’єктивного сприйняття дійсності та функціонального порушення вольового моторного контролю [49;57;60].

Моторні конверсійні розлади, такі як функціональний тремор, характеризуються рухливими симптомами без неврологічного базису. Конверсійні рухи використовують нормальні вольові моторні шляхи, проте людина переживає ці симптоми як мимовільні та позбавляється можливостідо контролю за ними.

Самоконтроль - це переживання того, що людина є причиною своїх власних дій. Вважається, що зіставлення передбачень наслідків моторної дії та фактичного сенсорного зворотнього зв’язку приводить до виникнення відчуття самоконтролю і частково пов’язаний з правою нижньою тім’яною корою. Більше того, у деяких експериментах було показано, що при виникненні функціонального тремтіння лімбічна система, яка відповідає за емоції, та система зворотнього зв’язку меньш активна. Відсутність сигналу зворотнього зв’язку є можливою інтерпретацією зниження зв’язку між сенсомоторною корою, яка аналізує сенсорні стимули довкілля, і мозочком, який регулює точні м’язові рухи[47].

Таким чином, оскільки в оцінці функціонального руху м’язів лімбічна система і сенсомоторна кора меньш активні, це дає підставу стверджувати, що функціональний тремор являє собою результат невідповідності очікуваного результату руху з фактичним. Інакше кажучи, нервова система вважає цю невідповідність аномалією та запускає моторний симптом як спосіб усунути цю помилку.

Але виникає питання: чому лімбічна система, яка відповідає за емоції та система зворотнього зв’язку, яка відповідає за загальну координацію рухів, працюють мов би вибірково, то краще, то гірше в залежності від соціальної ситуації? Який результат руху очікується та чому? Що спрямовує цей рух? Спробуємо знайти відповіді на ці питання в другому розділі.

**Висновки до розділу 1**

В цьому розділі ми розглянули історію поняття *тремор*, його види та тілесні механізми. Нами було показано, що він може бути простим та посиленим, розділятися за характером на тремтіння спокою та дії, бути фізіологічним чи функціональним за причиною впливу. Джерелом фізіологічного тремору найчастіше виступають зовнішні фактори, такі як голод, холод, деякі лікарські засоби, сильне емоційне напруження або страх чи органічні захворювання наднирників або щитоподібної залози (феохромоцитома, гіпертиреоз тощо).

Функціональний тремор часто не пов’язаний з факторами довкілля - при його виникненні головну роль відіграєсаме психічна діяльність. І хоча ми не виключаємо,що він може виникати внаслідок хірургічних втручань чи фізічних або генетичних дефектів, все ж таки у більшості випадків основним джерелом його виникнення є не перероблений та витіснений зі свідомості психічний матеріал, який порушує функцію центральної нервової системи.

Ми розглянули психогенний тремор з позиції психоаналізу, де нами було показано, як психіка прагне захиститися від неприємних переживань психічної травми та не допустити їх прориву у свідомість. Теоретичне дослідження в першому розділі привело нас до проблеми, яку ми поставили: чому лімбічна система, яка відповідає за емоції, та сенсомоторна система, яка координує аналізовані сенсорні стимули та надає моторні відповіді на них, відпрацьовують неналежним чином, коли людина потрапляє в специфічні соціальні ситуації. Та чому це викликає тремор?

**РОЗДІЛ 2. МЕХАНІЗМ ТРАНСФОРМАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ ПІД ВПЛИВОМ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО ТРЕМОРУ**

**2.1. Психосоматичні механізми виникнення функціонального тремору**

Єдність душі та тіла – це те, що підкреслювали філософи ще з часів стародавньої Греції. У Сократа, який вустами Платона залишився в вічності, читаємо: «Як не можна приступити до лікування ока, не думаючи про голову, чи лікувати голову, не думаючи про весь організм, так не можна лікувати тіло, не лікуючи душу»[42].

Засновник медицини Гіпократ стверджував, що організм – це єдина структура та підкреслював важливість діагностики людських страждань не тільки з погляду тіла, але й беручи до уваги їх причину, тобто душевні потрясіння. Сам Платон висловив свій погляд на проблематику так: «Величезною помилкою в лікуванні захворювань є те, що є лікарі для тіла і лікарі для душі, оскільки одне неможливо відділити від іншого... Адже там, де ціле почуває себе погано, частина його не може бути здоровою»[26].

Зіґмунд Фройд красномовно та лаконічно описав механіку класичного психосоматичного симптому: «Якщо ми женемо проблему в двері, вона у вигляді симптому лізе у вікно». Він мав на увазі, що якщо людина не актуалізує свої переживання, не використовує для їх позначення символи та знаки, не наділяє їх сенсом, вони будуть шукати альтернативні шляхи для виходу з психічної площини до соматичної. І коли це станеться, людина відчує на собі одразу дві проблеми: на перший план вийде фізичний дефект у вигляді соматичної хвороби, а на другий – психічна причина, внаслідок якої виникле фізичне страждання, стане більш потужною у своєму впливі. Крім того, соматична хвороба запустить вторинні невротизації, які в свою чергу, посилять первинну психічну причину та призведуть до дії так звані вторинні вигоди. Вторинні вигоди – це несвідомі мотиви, мета яких полягає у задоволенні матеріальних чи психологічних потреб людини [43, с.49].

І хоча психосоматичних концепцій накопичено вже достатньо багато, тим не менш, для розуміння психологічних механізмів функціонального тремору потрібно дати визначення терміну «психосоматика», варіантів якого існує теж доволі багато.Взагалі, назву для органічних хвороб, причину яких потрібно шукати в психічній діяльності, запропонував у 1818 році лікар Йоганн Крістіан Август Хайнрот. Він вперше вжив слово «психосоматичний», а згодом інший відомий лікар М. Якобі доповнив його словом «соматопсихічний», маючи на увазі вторинні психічні дефекти, які розвиваються вже внаслідок органічної хвороби. Ми бачимо, що обидва терміни не виключають один одного, а розглядають функціональні та органічні патології в континуумі [41].

Дослідники психології і психотерапії трактують їх, виходячи з різних позицій та теоретичних поглядів. На наш погляд, найбільш влучнета сучасне визначення поняття *психосоматика* виглядає так:«…- напрямок у медицині тапсихології, який займається вивченням впливу психологічних (в першу чергупсихогенних) факторів на виникнення та подальшу динаміку соматичнихзахворювань. Згідно основному постулату цієї науки, в основіпсихосоматичного захворювання лежить реакція на емоційне переживання, щосупроводжується функціональними змінами та патологічними порушеннями ворганах. Відповідна схильність може впливати на вибір органу або системи, щоуражуються»[7].

Зазначимо, що на сьогоднішній момент існують такі психосоматичні феномени:

а) Конверсійні симптоми (вони не пояснюються фізичними причинами, але вражають моторні відділи та органи чуття: паралічі, парестезії, втрати чутливості, тремор, больові відчуття, глухота, сліпота та інше); Виникають внаслідок несвідомих конфліктів як спроба символічного їх вирішення за допомогою симптому;

б) Функціональні синдроми. За Францем Александером, це так звані «органні неврози», які не викликають органічного порушення органів і систем, а є лише функціональними, зворотніми;

в) Класичні психосоматичні хвороби (психосоматози). В цю групу захворювань входить класична «свята сімка»: бронхіальна астма, виразковий коліт, нейродерміт, ревматоїдний артрит, гіпертонія, гіпертиреоз, виразка дванадцятипалої кишки. Пізніше цей список було доповнено деякими онкологічними та інфекційними захворюваннями, туберкульозом[7;41].

Одже, психосоматика займається вивченням та лікуванням органічних хвороб, які маніфестуються психічними причинами, а не органічними. Але якщо розглядати функціональний тремор з позиції психосоматики, то потрібно зазначити, що мова йде лише про конверсійний симптом, а не психосоматичну хворобу. Зрештою, органічних змін, які зазвичай виявляють при класичних психосоматозах, не спостерігають при конверсіях.

З вищевикладеного слідує, що здебільшого психосоматичні симптоми, реакції або хвороби тісно пов’язані з емоційним станом людини. Якщо вона тривалий час переживає емоції, які не може переробити, зробити власним знанням, якщо вони повторюються у типових життєвих ситуаціях, це може свідчити про саме емоційні проблеми, які обов’язково перетворяться в конкретні фізичні страждання: спочатку функціональні і зворотні, а згодом органічні та незворотні.

Зазначимо, що існують такі психосоматичні реакції, емоційна складова яких відсутня. Наприклад, вид лимона – це прямий подразник, який викликає в організмі слиновиділення. Соматична основа для цього процесу - перша сигнальна система (ПСС).

ПСС – це сукупність нервових процесів, які виникають у корі великих півкуль мозку під час безпосереднього впливу на сенсорні системи чинників зовнішнього та внутрішнього середовища. Анатомічною основою першої сигнальної системи є аналізатори. Ця сигнальна система забезпечує сприйняття навколишнього світу через органи чуття[23;27;32;35]. Але можна не бачити лимон за допомогою органів чуттів, а лише уявити собі його, щоб виникла ідентична реакція слиновиділення.

Чому це відбувається? Річ у тім, що уявлення – це перш за все психічний, а не фізіологічній процес. За О.П. Сергєєнковою, уявлення є чуттєвим образом предметів або явищ дійсності, що утворився внаслідок попереднього їх відображення відчуттями чи сприйманнями. Інакше кажучи, уявлення – це образи *раніше сприйнятих* предметів, явищ, думок чи фантазій людини [32].

А це означає, що коли людина бачить щось та переробляє побачене за допомогою психічних процесів (сприймання, мислення, пам`яті тощо), вона повинна наділити предмет якоюсь характеристикою, назвати його, щоб мати змогу віднести сприйнятий предмет до певного узагальненого класу предметів. А щоб мислити та уявляти цей предмет в майбутньому, людина повинна впізнавати його, виділяти серед інших психічних уявлень за допомогою уваги. І допомагає їм у цьому друга сигнальна система (ДСС).

ДСС – це сукупність нервовихпроцесів, що виникають у корі великих півкуль мозку на слова й позначені ними поняття. Вона визначається рефлекторними реакціями на слова. Анатомічною основою другої сигнальної системи є зорова та слухова сенсорні системи.

Друга сигнальна система з'явилася у людини в зв'язку з розвитком мови та колективної діяльності. Сигналами в цій системі є слова, якими можна характеризувати і узагальнювати різні ознаки предметів і явищ. Словами можна описувати будь-які процеси, характеризувати найскладніші відчуття. Словами людина позначає все, що сприймає за допомогою органів чуття[22; 35, с. 227-228].

Іван Петрович Павлов, автор концепцій сигнальних систем, позначавдругу як *сигнали сигналів,* визначаючиїї як еволюційно найвищу точку розвитку вищої нервової діяльності – матеріальної основи психіки [23].

Ми встановили, що сприйняття людиною об’єктів навколишнього середовища забезпечуються сигнальними системами. Але функціональний тремор не є безпосереднім результатом їх роботи. Це справедливо саме для фізіологічного тремору, який виникає або внаслідок біохімічних чи фізичних факторів (голод, холод, низький рівень глюкози тощо), або емоційних (тривога та страх).

Емоційний фактор, щоб він призвів до появи фізіологічного тремору, повинен бути спочатку віднесений до певного класу факторів, небажаних для людини. Людина повинна чітко розуміти, що її тривожить та лякає, щоб виникла нормальна фізіологічна реакція у вигляді тремтіння. В цьому їй і допомагають сигнальні системи: перша готує фізіологічне підгрунтя у вигляді сенсомоторних реакцій аналізаторів, а друга відносить об’єкт до класу тривожних, наділяє певними психологічними властивостями та узагальнює його. І коли людина бачить, наприклад пацюка чи змію, при умові, що вона раніше бачила цих тварин та лякалася, в неї виникає захисна реакція у вигляді тремтіння: м’язи надмірно напружуються та скорочуються, щоб захистити її від реальної чи уявної небезпеки.

Зовсім інша справа – функціональний тремор. Пояснюючи його психосоматичну основу, важливо пам’ятати, що він виникає не внаслідок стандартної переробки інформації та віднесення певного об’єкта до класу тривожних. В ньому основну роль відіграють захисні механізми. Зіґмунд Фройд, автор конверсійної моделі психосоматичних симптомів, вбачав в механізмі конверсії витіснення та перетворення психічних переживань у тілесний вимір[7;37;60].

Як вже було сказано вище, ця концепця передбачає, що спочатку людина реагує витісненням зі свідомості якогось болючого переживання, відриває його від загального потоку психічної діяльності, а згодом трансформує його в фізичний симптом. Трансформація психічного в соматичне відбувається за рахунок символізації переживання, тобто наділення його якимось символом, який буде основою для мови тілесної, але незрозумілої для психіки.

Таким чином, мова тіла стає символічною, а довільна мускулатура підпорядковується цій мові, тому що «розуміє» її. Роботою довільних м`язів керують чутливі та моторні відділи кори великих півкуль та ділянки стовбура мозку, які відповідають як за м’язовий тонус (рівень А за М.О. Бернштейном), так і за найтонші, інтелектуальні рухи (рівень Е) [21]. Оскільки вищезгадані органі є продуктом розвитку психіки, ми можемо бачити, що психологічні символи та мова симптому функціонально пов’язані з мозковими структурам.

**2.2.** **Формопрояви впливу функціонального тремору на психологічні зміни та деформації особистості**

Перш ніж перейти до аналізу психологічних факторів виникнення функціонального тремору та його впливу на психічну діяльність, потрібно пригадати, що таке, власне, психіка взагалі та психічна діяльність зокрема.

Отже,*психіка*(від дав.-гр. ψυχή, «дихання, душа» та лат. суфікс *-ic*) – це система явищ суб'єктивного внутрішнього світулюдини та тварин; буквально, те що притаманне психеї, душевне або те, завдякичому формуються ідеальні образи реальної дійсності. Психіка виконуєкогнітивну (пізнавальну), регулятивну, мотиваційну та комунікативну функції[10;30].

Психіка виступає як інструмент пізнання всесвіту. Завдяки психіці людина регулює свою поведінку, відчуває необхідність прагнути до чогось вищого, досягати поставлених цілей, тобто задовольняти не тільки біологічні потреби (їжа, вода, сон, продовження роду), але й бути активним членом суспільства. І для того, щоб це успішно відбувалося, існує комунікативна функція, адже досягати цілей неможливо без спілкування. Спілкування здійснюється за допомогою символів, знаків та інших каналів передачі інформації (музика, образотворче мистецтво тощо). Саме завдяки комунікації люди навчились розуміти один одного та активно розвивати культуру.

Психічна діяльність – це форма, в яку виливається весь суб’єктивний зміст людини. Вона являє собою не дзеркальне відображення об’єктивної дійсності, а активний багатоактний процес. Традиційно психічну діяльність поділяють на декілька умовних формопроявів, таких як процеси, стани та властивості. Зазначимо, що останнім часом до класичних формопроявів відносять і психічні *тенденції*, які представлені такими полярними характеристиками особистості як: адаптованість чи дазадаптованість;проактивність чи асоціальність;самоповага чи самозневага; самовизначенняабо уникнення вибору; конструктивне чи деструктивне самоствердження; внутрішня актуаліазація чи слабкість; психодуховне зростання або занепад[10].

До психічних процесів відносять когнітивні та емоційно-вольові. Когнітивні процеси представлені відчуттям та сприйманням, увагою, пам’яттю, уявою, мисленням та мовою. У свою чергу, емоційно-вольові процеси – це воля, емоції та почуття.

До психічних станів відносять: характер і темперамент; потреби і мотиви; свідомість – світогляд, самосвідомість; здібності, таланти, знання, вміння, навички тощо.Тобто спочатку людина вбирає в себе як губка закони всесвіту та культури, а вже потім визначає себе як окрему особистість у цьому всесвіті, який вона здатна змінити;

Психічні стани – дуже важливий формопрояв психіки. Умовно вони поділяються на емоційні (хвилювання, настрій, афект), вольові (безпорадність, стриманість, збудження, рішучість, втома тощо) та пізнавальні (впевненість, сумнів, концентрація, рефлексія, замисленість і таке інше). Отже, ми дали визначення психіки та психічної діяльності, а також розглянули її основні формопрояви. Тепер розглянемо, яким чином та в яких формах проявляє себе функціональний тремор, як він впливає на психіку та як вона змінюється внаслідок виникнення цього рухливого феномену.

Якщо ми кажемо, що психіка виконує когнітивну (пізнавальну), регулятивну, мотиваційну та комунікативну функції, то будь-який ідеальний феномен, який стає «об’єктом» її уваги, активно долучається до конструювання психічної реальності людини, стає суб’єктивно переробленим відбитком реальності з особистісним, неповторним сенсом. Наприклад, когнітивна функція існує для того, щоб людина активно розвивалася, була зацікавленою в пізнанні законів всесвіту. Вона забезпечує інструментальні (фізіологічні та психічні) можливості для пізнання.

Перша поява функціонального тремору викликає у індивіда сильний стрес та непорозуміння, тому він спрямовує усі зусилля для того, щоб усунути неприємний симптом. Як правило, саме перша поява «незвичайного» симптому, який неможливо ні пояснити, ні вилікувати, створює підґрунтя для його закріплення. Індивід намагається з’ясувати причину тремору, більше комунікувати з лікарями соматичної медицини, зокрема з лікарями-неврологами та ендокринологами, приймає міорелаксанти та фітопрепарати, але це не допомагає, а тремор дедалі укорінюється в психіці та тілі.

Сам по собі тремор не впливає на психічне відображення, не порушує когнітивні функції. Людина має можливість логічно мислити, конструювати образ потребного майбутнього, шукати найкращі рішення для досягнення результату. Проте з укоріненням симптому, а точніше із суб'єктивним відчуттям наявності незрозумілого і не виліковного хворобливого чогось, що сильно навантажує психіку, разом із тим змінюється функція всіх структур психіки, які відповідають за відображення об'єктивної реальності.

Справедливо, що функціональний тремор не розриває мислення суб'єкта, як це буває при шизофренії, і не сприяє відчуттю біполярності емоцій (від гіпоманії до манії і до депресії). Проблема лише в тому, що тремор набуває характеру нав'язливого і закріплюється в ЦНС як умовний рефлекс на певне семантичне поле, в яке людина постійно потрапляє і реагує тремтінням. Наприклад, людина не тремтіла, спілкуючись із друзями в теплій, довірчій атмосфері, але потім це раптово сталося. Звісно, багато що залежить від самої людини, чи зможе вона не соромитися і не намагатися "сховати" симптом від очей друзів.

Однак найчастіше тремор зачіпає настільки тонкі, базисні параметри функціонування душі, що здається малоймовірним стверджувати, що при друзях можна нічого не соромитися. Радше йдеться вже про базове відчуття себе як належного до певної соціальної групи, в якій "необхідно" бути здоровим, а будь-які непосильні проблеми зі здоров'ям, особливо такі, що самій людині видаються неадекватними та незрозумілими, можуть змусити її відчувати постійний сором та, врешті-решт, - замкнутися в собі.

У цьому полягає вплив функціонального тремору на психіку: не порушення мислення, конструювання образів, не наявність гіпер- чи гіпотонусу центральної нервової системи, а побудова невротичного поля, захисного прошарку, через який людина намагається спілкуватися із соціумом.

Внутрішня картина здоров'я, коли тремор уже сприймається людиною як проблема, суттєво змінюється. Що таке внутрішня картина здоров'я (ВКЗ)? Це суб'єктивне сприйняття свого фізичного стану та специфічне ставлення до нього, яке супроводжується чуттєвим та емоційним забарвленням. Також ВКЗ - це продукт особистісної та пізнавальної діяльності людини, відчуття цінності свого здоров'я [9].

Зміна в особистості відбувається тому, що людина відчуває обтяженість симптомом, який не піддається корекції, тому сприйняття свого здоров'я викривлюється в бік хвороби. Людина відчуває свою хворобливість, неадекватність, слабкість, відчуває сором, провину та безсилля у спробах подолати цю проблему. Водночас функціональний тремор не розвивається далі, а залишається на одному рівні прояву, але при цьому розвивається соціальна ізоляція індивіда, а, отже, тривожно-депресивні тенденції.

Мислення людини також суттєво перебудовується. Більшість розумових операцій, пов'язаних із плануванням своєї діяльності, видозмінюється і набуває "обережних" рис. Людина думає не про те, як успішно спланувати свою діяльність і досягти потрібного результату, а про те, щоб її тремтіння ніхто не помітив. Мотив досягнень і успішності відходить на другий і навіть третій план, а на перший план виступають базові соціальні потреби, які й були причиною виникнення функціонального тремору: соціальне прийняття, самооцінка і повага до себе.

Мотиваційний компонент мислення також змінюється, адже тепер домінуючим мотивом життя людини стає соціальна мімікрія, тобто спроба здаватися здоровим і таким як усі. І тут міститься ще одна риса, яка відображає зміну структури її особистості: індивід справді вірить, що він нездоровий.

Я-концепція, яку ввели в науковий обіг Вільям Джемс і Карл Ренсом Роджерс, проливає світло на проблему функціонального тремору. Розглянемо цей психологічний конструкт з точок зору різних авторів. За Джемсом, емпірична частина Его, яка є складовою частиною Я-концепції – цесукупність матеріальної, соціальної та духовної складових, що формують унікальний образ уявлення про себе як про особистість.

Католик Г. В. та О. Фурман розглядають Я-концепцію особистості в онтогенетичному ракурсі як сукупність інтерналізованих часток різних інтерперсональних взаємодій, що екстерналізуються у вигляді взаємодій з іншими та становлять зміст її самопрезентацій[19].

Традиційно особистість з погляду Я-концепції поділяють на такі конструкти: ідеальне Я, реальне Я, дзеркальне Я (соціальне). Ідеальне Я - це уявлення про себе, якому хотілося б відповідати і до якого постійно прагнути. Дзеркальне Я (або соціальне), на думку соціолога Ч. Кулі, містить у собі експресії, реакції суспільства на поведінку індивіда в соціумі. Реальне Я являє собою поле, на якому відбувається аналіз і рефлексія себе, усвідомлення своїх потреб, бажань, мотивів [19;34;39;45].

Таким чином, можна зробити висновок, що Я-концепція являє собою цілісне відчуття себе як особистості, яка проявляється у світі на різних рівнях.

Як Я-концепція пов'язана з функціональним тремором? Як було зазначено вище, цей симптом суттєво змінює внутрішню картину здоров'я зокрема, та особистість загалом. Зміна внутрішньої картини здоров'я видозмінює і Я-концепцію. Наприклад, замість того, щоб прагнути до ідеального образу себе у світі, людина прагне лише до того, щоб соціум не навісив на неї ярлик "хворий". Реальне Я людини впадає в ще більшу залежність від Дзеркального Я, тому що індивід не може вижити поза соціальною групою, до якої він належить. Істотний розрив між Дзеркальним і Реальним Я призводить до такого ж розриву між Реальним та Ідеальним Я. Це виражається або у відсутності спроб досягнення будь-яких результатів у житті, або в невротично-компенсаторному збільшенні рівня домагань - прагненні досягти того результату, до якого людина вважає себе здатною.

Однак, оскільки вона перебільшує свої можливості, і оскільки досягнення результату потрібне радше для того, щоб довести, що людина "здорова", це ще сильніше підриває здоров'я, тому що втрачається згаданий вище зв'язок між Ідеальним і Реальним Я. Індивід стає настільки нечутливим до справжніх потреб, забуваючи про свої справжні можливості та обмеження, що це парадоксальним чином призводить до ще більшого нездоров'я.

**2.3. Особливості виникнення та прояву функціонального тремору на різних етапах онтогенезу**

Потрібно зазначити, що проблемами класифікацій займалися багато великих учених.Так, Піфагор (VІ ст. до н.е.) виділяв чотири періоди життя людини: веснуяк становленняособистості – віднародження до 20 років, літо (молодість) – від 20до 40 років, осінь(розквіт сил) – 40-60 років та зиму(старіння) – від 60років до смерті. Сучасна психологічна наука містить досить велику кількість класифікацій періодів індивідуального розвитку особистості.

Арнолд Лусіус Гезелрозглядав закономірності індивідуального розвитку людини в рамках біологічного підходу, спираючись на такі поняття як ритм і темп внутрішнього розвитку організму. Ось приклад характеристики юнацького віку:

10 років - золотий вік, дитина довірлива, рівна у спілкуванні, мало піклується про зовнішність, легко сприймає життя;

11 років - активне дозрівання вторинних статевих ознак, негативізм, бунт проти батьків;

12 років - негативізм і конфлікти слабшають, дитина намагається піти від сім'ї, з'являється її автономія;

13 років - виникає почуття гумору, з'являється інтерес до протилежної статі.

Інший відомий психолог, Стенлі Хол (1846-1924), піонер американської психологічної науки, розробив теорію рекапітуляції та антиципації (скороченого повторення етапів розвитку людства) в дитячих іграх [15]. Гра, на думку Хола, допомагає долати інстинкти минулого, ставати цивілізованішими. Прихильники цієї теорії та дослідники сприймають гру і ігрову атрибутику як редуковану діяльність, тобто як відтворення образу життя, культових церемоній далеких предків.

Так виглядають стадії дитинства за Холом:

А) тваринна фаза (немовля);

Б) епоха полювання і рибальства (дитинство);

В) кінець дикості та початок цивілізації (8-12 років);

Г) період "бурі й натиску" (від 12-13 до 22-25 років - юність);

Варта згадки також знаменита теорія етапів психосексуального розвитку дитини, запропонована Зіґмундом Фройдом. Як відомо, основною ідеєю автора теорії психоаналізу є рух енергії лібідо - життєвої сили, що переміщується в тілі подібно переміщенню нервової енергії, підкоряючись при цьому всім біофізичним, хімічним і основним законам термодинаміки.

Лібідо, на думку Фройда, має дуже важливе значення для розвитку характеру дитини. Воно має не тільки енергетичний потенціал, а й спрямованість, яка може перетікати з однієї царини в іншу. Скажімо, сексуальна енергія, яка не знайшла виходу, може переспрямовуватися в іншу царину психічної діяльності (впливаючи на так звану психічну динаміку). Так було запропоновано ідеї конверсії, витіснення й сублімації.

Іншою, не менш важливою ідеєю, яку висунув Фройд, є концепція сензитивності. Сензитивність - це особливий період індивідуального розвитку людини, що характеризується підвищеною сприйнятливістю і чутливістю в конкретному віці до всякого роду впливів (навчання, гри). Результатом такого впливу в певному сензитивному періоді і буде фіксація дитини на ньому, що закладає основи її характеру.

Фройд виділяв такі фази психосексуального розвитку дитини:

1. Оральна фаза розвитку. Основне джерело задоволення для немовляти на цій фазі - його рот (смоктання, кусання тощо) (від 0 до 1.5 років);

2. Анальна фаза розвитку – дитина починає контролювати свої спонукання (акти дефекації) відповідно до вимог культури. Через контроль цього процесу у дитини вперше з'являється самоконтроль, саморегуляція (від 1 до 3 років);

3.Фалічна фаза розвитку дитини. Головне психологічне завдання цього віку – це адекватна статева ідентифікація. Дитина починає усвідомлювати генітальні відмінності та задоволення, що викликається стимуляцією генітальної зони, як у випадку мастурбації.Хлопчик у цьому віці має подолати свій несвідомий потяг до матері ("Едіповий комплекс"), а дівчинка - до батька ("комплекс Електри") (від 3 до 5 років);

4. Латентна фаза (4-7 років). Ця фаза триває аж до початку статевого дозрівання. Вона характеризується зниженням сексуальних реакцій. Фрейд вважав, що на цій фазі сексуальність дрімає, поступаючись формуванню свідомого "Я" і предметних інтересів дитини.

5. Генітальна (7-12 років) –фаза, під час якої лібідо починає шукати собі задоволення адекватним способом. Це період статевого дозрівання. Характеризується посиленням інстинктивних сексуальних потягів, ослабленням батьківських прихильностей і виникненням конфліктів із підлітками.

Фройд вважав, що якщо людина проходить перші три стадії без психічної травми, то найімовірніше вона буде психологічно здоровою особистістю. Однак, якщо під час проходження цих стадій якісь із базисних потреб фруструються, розвиток особистості буде затриманий, або, інакше кажучи, відбудеться фіксація, і особистість буде спотворюватися на всіх наступних стадіях розвитку [12;37].

Нам видається вдалою класифікація Еріка Еріксона (1902-1984) - відомого неофрейдиста, який розширив розуміння Фройдом стадій психосексуального розвитку людини. На відміну від свого вчителя, Еріксон розглядав розвиток індивіда не стільки в рамках протидії Его інстинктивним силам природи (Ід) і моральних вимог Супер-Его, скільки розвитку самого Его. Він стверджував, що людина розвивається все життя, а не тільки до генітальної фази, як стверджував Фройд.Крім того, поряд з успішним або неуспішним проходженням різних стадій (оральної, анальної, фалічної тощо) відбувається і паралельний розвиток Его, яке в майбутньому допомагає людині розвиватися, справлятися з життєвими труднощами за допомогою розуму.

Фактично Еріксон поставав проти біологізму та фаталізму, що був притаманний усій теорії засновника психоаналізу, та вважав, що проходження кожної стадії розвитку, незважаючи на те, що має позитивні чи негативні наслідки, все ж таки не є назавжди заданою умовою, а може бути зміненою за певних обставин.

Нижче буде представлено таблицю періодизації Еріка Еріксона, вякій особливу увагу буде приділено негативному результату вирішення конкретної стадії розвитку людини.

*Таблиця2.1.*

**Періодизація психічного розвитку за Е.Еріксоном[9;40]**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Період** | **Соціальна група** | **Задача розвитку** | **Сильні якості особистості** | **Слабкі якості особистості** |
| 0-1 рік  (немовляцтво) | Матір | Довіра | Базова довіра | Базова недовіра |
| 1-3 роки  (ранній вік) | Всі дорослі члени сім’ї | Здобуття автономії | Сильна воля | Слабка воля, прагнення до влади, нав’язливість |
| 3-5 років  (ігрова стадія, дошкільний вік) | Однолітки | Набуття ініціативи | Ініціативність, цілеспрямованість | Почуття провини, пасивність |
| 6-11 років (шкільний вік) | Вчителі, однокласники | Навчитися вчитися | Почуття компетентності | Невпевненість у собі |
| 12-18 років (підлітковий або юнацький вік) | Однолітки | Набуття  его-ідентичності | Вірність самому собі | Дифузія ідентичності |
| 18- 25 років (молодість) | Друзі, кохані | Опанування близьких відносин | Любов | Почуття винятковості |
| 26 – 65 років (Дорослість, зрілість) | Професія, сім’я | Продуктивність | Турбота | Самотність |
| 66 – до смерті (Старість) | Людство | Друге набуття его-ідентичності | Мудрість | Презирство |

Однак, перш ніж перейти до аналізу вікових періодів, необхідно дати визначення поняттю "критичний період (або криза)".

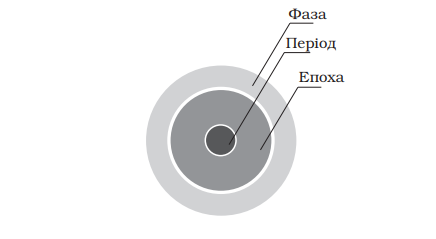
*Критичний період* - це вузлова точка, перебуваючи в якій і проходячи яку людина наражається на істотний ризик вийти з неї з набором негативних якостей, оскільки ця криза передбачає високу чутливість до неадекватних подразників. Водночас позитивне проходження критичного періоду дає змогу індивіду вийти на вищий особистісний рівень розвитку. Ба більше, в особистості дитини, яка підходить до завершення певної стадії, виникає стійке новоутворення. Воно вбудовується в психіку, стає частиною характеру і є ніби сумою проміжних позитивних чи негативних рішень, які приймала людина, проходячи дану кризову ділянку.

Задля справедливості зауважимо, що позитивне проходження кризи не позбавляє людину ймовірності особистісно регресувати: негативні стимули та тенденції завжди перебуватимуть на тлі, перевіряючи на міцність згадані вище новоутворення. Основні та найчутливіші кризові періоди в розвитку дитини - один, три ,сім та дванадцять років. Необхідно також розрізняти такі поняття як хронологічний і психологічний вік.

*Хронологічний вік*– це кількість прожитих людиною років від її народження.

*Психологічний вік*– це рівень розвитку психіки та сприйняття світу. За визначенням Сергієнкової, психологічний вік являє собою конкретний, обмежений в часі етап психічного розвитку індивіда, що характеризується сукупністю закономірних типових психологічних змін та якостей.Хронологічний вік часто не збігається з психологічним через низку причин, які буде розглянуто нижче.

Необхідно зазначити, що умовно весь індивідуальний розвиток людини (онтогенез) можна розділити на три великі епохи: дитинство, дорослішання і дорослість. Своєю чергою, кожна з епох містить у собі періоди, зокрема чутливі. Періоди ж складаються з окремих фаз розвитку.



**Рис.2.1. Одиниці поділу онтогенезу людини**

Ілюстративно це можна представити у вигляді схеми [33].Тепер розглянемо детальніше основні чутливі періоди в індивідуальному розвитку людини, оскільки це важливо для розуміння психогенезу функціонального тремору.

Криза першого року - це перший і головний період життя немовляти, від результатів проходження якого залежить, яке світосприйняття буде унеї в майбутньому. Провідна діяльність тут - спілкування з матір'ю, задоволення фізіологічних потреб.

Якщо, скажімо, у стосунках із первинним об'єктом (з матір'ю) немовля відчуватиме тепло та довіру, проекція світу, що формується у цей час, буде позитивною. Однак, якщо на цьому етапі виникають труднощі, базисним почуттям у взаєминах зі світом буде недовіра та тривожність. Відповідно, проекція цього почуття у світ буде з негативним відтінком: світ видаватиметься людині небезпечним і таким, що не вартий довіри.

На цьому етапі може виникати тремор як спосіб захисту від тотальної недовіри до світу і первинного об'єкта. Тут він ще не набуває функціональної ролі, а виникає виключно як організмічна реакція на емоційне відчуження від світу.

Криза трьох років – другий за важливістю період у житті дитини. Провідна діяльність на цьому етапі – набуття самостійності. Індивід виходить за рамки спілкування з первинним об'єктом і поширює свої стосунки на всіх близьких дорослих людей. Щойно сформована проекція розширюється, а психіка збагачується новими знаннями про людей. Стосунки з ними та зі світом загалом залежать як від того, чи є базисна довіра до юніверсуму, так і від результатів проходження поточного періоду розвитку. Якщо дитина добре проходить цей період, в неї формується автономія і сильна воля. Якщо ж ні, її воля недостатньо розвивається, з'являється пасивність і компенсуюче прагнення до влади, а також нав'язливість як один зі способів заявити про себе.

На цьому етапі вперше виникають і чітко усвідомлюються дитиною такі почуття, як сором і провина. Водночас розвивається нарцисизм, який може суттєво спотворити Я-концепцію і надалі привести дитину до думки, що вона виключна без достатніх для цього підстав.

На думку багатьох психологів, сором - це почуття, що виникає одночасно з почуттям провини і означає переживання власного Я, яке може бути вперше видно оточуючим (М. Якобі) [5].

Е. Еріксон (як і Гегель) розглядав почуття сорому як гнів, звернений на самого себе, і пов'язував його з кризою автономії, коли дитині забороняли проявляти себе, робили за неї те, що вона могла робити сама або навпаки, вимагали від неї того, чого вона ще не вміла робити. Автор також вбачав у прояві сорому факт гострого усвідомлення дитиною свого Я-образу.

Оскільки сором виникає як результат розвитку самосвідомості, остільки дитина, уразі якщо батьки не дозволяли їй проявляти автономію, може відчувати в собі почуття сумніву як полярне почуттю впевненості та самостійності.

Почуття провини виникає внаслідок ставлення до вчинку, який здійснює дитина, як до такого, що суперечить її власним настановам і настановам суспільства, в якому та живе. Але на відміну від сорому, почуття провини охоплює лише ставлення до самого вчинку, а не до особистості загалом.

Почуття сорому, провини і формування нарцисизму психологічно пов'язане з виникненням функціонального тремору. Річ у тім, що нестача розвитку автономії, а отже, виникнення пасивності та сумніву, може призвести дитину до компенсуючої поведінки. Йдеться не про вчинки, для яких необхідна воля і подолання сумнівів, а про спроби обійти ці інтеріоризовані обмеження у вигляді образів батьківських об'єктів, що карають.

Крім того, ситуація розвитку індивіда може погіршуватися у разі, якщо на цьому етапі розвитку батьки часто порівнюють дитину з іншими, ніби вкладаючи в її голову суперечливі та болісні установки: "щоб бути кращим, ти маєш завжди порівнювати себе з іншими" та "ти завжди будеш недостатньо кращий, скільки б ти себе не порівнював".

Психіка прагне за допомогою фантазій, що заміщують біль, полегшити долю індивіда, що розвивається. Так може формуватися нарцисизм як фантазія про могутність на противагу глибокому почуттю неповноцінності. Однак дійсний стан справ свідчить про інше: скільки б дитина не фантазувала і не намагалася сховатися за фальшивою маскою зовнішнього благополуччя, її Я-образ міститиме в собі елемент порожнечі й неповноцінності в ситуаціях соціальної взаємодії, оскільки почуття сорому завжди неминуче виникає саме в таких ситуаціях. Отже, що гостріша у людини потреба бути кращою за інших і "не вдарити в бруд обличчям", то сильніше відчуватиметься внутрішній провал, а відтак - тим гостріше відчуватиметься сором.

Як відомо, на фізіологічному рівні переживання сорому супроводжується почервонінням шкіри і прискоренням артеріального тиску. Ми можемо з упевненістю додати, що функціональний тремор тут виникає як спроба захиститися, сховатися за кам'яною стіною власних м'язів за допомогою їхнього затвердіння. І саме тут тремор уперше набуває семіотичних обрисів, наділяючись певним психологічним значенням і смислом.

Третій етап розвитку індивіда - дошкільний вік. Він охоплює період від трьох до п'яти років і характеризується тісним спілкуванням з однолітками. Провідна діяльність на цьому етапі - гра як спосіб вироблення і закріплення соціальних ролей. Завдання розвитку - поява ініціативності та цілеспрямованості. Якщо цього не відбувається, виникає гостре почуття провини та пасивність. Водночас закріплюється почуття сорому, яке вперше виникло на попередньому етапі розвитку, а отже - виникнення тремору в ситуаціях соціальної взаємодії.

Наступний етап розвитку людини - шкільний вік, який триває з шести до одинадцяти років. Провідна діяльність цього етапу - навчання. Авторитети представлені вчителями, деякими однокласниками. Якщо дитина долає цей етап успішно, у неї розвивається почуття компетентності та впевненості. В іншому разі виникає гостре відчуття неповноцінності, яке, залежно від результатів проходження минулих періодів, може або посилюватися, або виникати вперше.

Тремор, оскільки вже набув семіотичних рис і тісно пов'язаний із почуттям сорому, виступає тут як індикатор успішності або неуспішності подолання кризового періоду: його поява та страх перед ним закріплює в людини впевненість не у своїх силах, а у своїй некомпетентності та знедоленості з боку соціальної групи, в якій вона функціонує.

Підлітковий вік, що являє собою ще один важливий кризовий період у житті дитини, знаменує собою появу почуття его-ідентичності. На цьому етапі людина вперше усвідомлює себе, починає ставити собі незручні запитання: "Хто я?", "Навіщо я живу?" тощо. Успішне проходження цього етапу передбачає пошук і знаходження відповідей на ці запитання, і набувається непорушна впевненість і вірність самому собі.

Неуспішні пошуки відповідей ведуть до виникнення дифузії ідентичності: людина не знає, хто вона, у чому її роль і навіщо вона живе. Водночас розвивається тривожність і депресивність, а відчуття сорому за внутрішню "зіпсованість" посилюється, що призводить до гострого відчуття себе вигнанцем, якого засуджують і виганяють, а отже, тремор знову виникає як спосіб захиститися від злого та вимогливого світу.

Період від вісімнадцяти до двадцяти п'яти років - пора молодості, яка межує з ранньою зрілістю. На цьому етапі людина вибудовує або поглиблює близькі стосунки з друзями, заводить сім'ю, кохає. Негативний бік цього періоду - поява невротичного відчуття винятковості, яка межує з нарцисизмом. Знецінювальні тенденції, властиві цій установці, мають на меті знизити або усунути душевний біль, пов'язаний із переживанням глибокого почуття неповноцінності.

Функціональний тремор, початковим завданням якого є захист психіки від будь-яких загроз (зовнішніх і внутрішніх), наділяється додатковим семантичним смислом: прагнення привернути досебе увагу за допомогою "втечі у хворобу". У такий спосіб людина психологічно задовольняє вторинну вигоду, пов'язану з нестачею любові та турботи з боку інших людей. Продемонструвавши симптом, людина сподівається на те, що на неї звернуть увагу, вважатимуть її незвичною, нещасною і пом'якшаться до неї.

Наступний етап - найтриваліший у житті людини. Він характеризується максимальною трудовою активністю, внесенням у світ своєї лепти. Поглиблюються близькі стосунки, людина на цьому етапі піклується про близьких, виявляє любов і увагу до них. Зворотний бік цього періоду - гостре відчуття самотності, яке проявляє себе, якщо близькі стосунки їй побудувати не вдалося.

Разом із виникненням самотності розвиваються компенсаторні реакції заміщення болю: надмірне поглиблення уроботу, хобі, пристрасть до азартних ігор, алкоголю, наркотиків. Посилюється тривожно-депресивна компонента, можливі порушення роботи внутрішніх органів, астено-невротичні реакції (зокрема поява тремтіння та панічні атаки). На щастя, на цьому етапі ці реакції повністю зворотні.

Останній хронологічний етап, який виділяв Е.Еріксон, охоплює період від шестидесяти шести років і до глибокої старості. Цей період інтегрує результати проходження всіх попередніх етапів, щоб людина могла зробити висновок, чи задоволена вона прожитим життям. Якщо вона відповідає на це запитання позитивно, у неї виникає друга его-ідентичність, а разом із нею й мудрість. Якщо ні, вона переживає глибоке почуття відчаю як гостре усвідомлення того, що в минуле повернутися, щось змінити і почати жити заново вже не можна.

Водночас у зневіреної людини виникає й презирство до світу, який не виправдав її очікувань, не дав їй необхідних можливостей для реалізації. Її локус контролю залишається зовнішнім, оскільки усвідомлення того, що людина сама в усьому винна, занадто болісне. Функціональний тремор на цьому, останньому етапі може набувати стійких рис і ще сильніше пов'язуватися із вторинною вигодою.

**Висновки до розділу 2**

Таким чином, ми розглянули основні віхи індивідуального розвитку особистості з позицій різних авторів. Було виявлено ключові епохи, періоди та фази розвитку особистості. Епоха містить у собі певний період, а він, своєю чергою, поділяється на більш дрібні фази. Ми зупинили свій погляд на концепції Еріка Еріксона, вікова періодизація якого нам здалася надзвичайно точною й такою, що відповідає цілям нашого теоретичного дослідження.

Також ми розглянули особливості виникнення та прояву функціонального тремору на різних стадіях онтогенезу. Було показано, що до дошкільного віку тремор характеризується загальним напруженням центральної нервової системи та ще не містить у собі елементи особистісного сенсу, не пов'язаний із почуттям глибокої неповноцінності та переживанням сорому.

Однак щойно людина вступає досоціальної взаємодії та відчуває на собі гострий інтеріоризований погляд соціуму, функція центральної нервової системи в деяких її ланках змінюється: контроль за моторними компонентами немов би перехоплюється зовнішньою по відношенню до неї силою, що й являє собою неусвідомлювану фантазію, спосіб захисту від цього соціуму.

У третьому розділі ми розглянемо профілактичні заходи щодо попередження виникнення неврологічних розладів та розробимо ефективні психотерапевтичні інтервенції, які можуть бути використані практикуючими спеціалістами в роботі з людьми, які страждають на функціональний тремор.

**РОЗДІЛ 3.ПРИКЛАДНІ АСПЕКТИДОСЛІДЖЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО ТРЕМОРУ**

**3.1. Система рекомендацій щодо попередження виникнення неврологічних розладів**

Неврологія - галузь медицини, яка займається вивченням, діагностикою та лікуванням розладів центральної та периферичної нервових систем. Коротко опишемо морфологію її структур.

Центральна нервова система - це основна частина нервової системи. Вона відповідає за загальну координацію організму, безперешкодну роботу простих і складних рефлексів. ЦНС складається з головного та спинного мозку, нервових клітин (нейронів), їхніх відростків (аксонів і дендритів) і гліальних клітин, що виконують функцію живлення нейронів [20, с.85;54].

Периферична нервова система - ділянка, яка лежить за межами центральної, тобто за межами головного і спинного мозку. Вона складається зі спинних і мозкових нервів і містить у собі вегетативну нервову систему, яка розташовується по всій довжині хребетного стовпа і представлена в ній своїми нервами і сплетіннями. Основне призначення периферичної нервової системи - з'єднання центральної з органами тіла.

Периферична нервова система (ПНС) поділяється на соматичну, вегетативну (автономну) і сенсорну [20;54]. Соматичний відділ ПНС відповідає за доставку до головного центру переробки даних, що міститься в головному мозку, аферентної інформації про ті чи інші стимули, які на даний момент подразнюють певні ділянки тіла, щоб центр ухвалив рішення щодо необхідності рефлекторної відповіді на дане подразнення. Афферентне волокно ще називають чутливим і морфологічно розташовується в задніх рогах спинного мозку. Відповідь здійснюється еферентними (руховими) волокнами, що йдуть із передніх рогів спинного мозку і являють собою конкретну м'язову відповідь.

Вегетативна нервова система, яку називають також автономною, являє собою систему внутрішньої регуляції органів, систем органів і функціональних систем, що здійснюються за рефлекторним і гуморальним принципами, тобто як за допомогою замкнутої системи нервових імпульсів, так і за допомогою ендокринних залоз. Тому, наприклад, якщо людина хвилюється, система регуляції ніколи не працює автономно: нервові імпульси ВНС стимулюють ендокринні залози, ті виділяють в кров адреналін, які розносяться нею до всіх систем організму та потрапляють до м'язів, де спалюються протягом 30 хвилин після початку дії стимулу. Звідси й назва: нейроендокринна регуляція. Доречі, якщо адреналін потрапляє укров через дію стимулу, який вже не є актуальним для людини (внаслідок звикання до нього чи уникнення), симптоми тривоги все одно ще будуть відчуватися деякий час, поки адреналін не спалиться у м’язах.

У найзагальнішому вигляді вегетативна нервова система поділяється на симпатичний і парасимпатичний відділи. Симпатичний відповідає за реакції "бий, біжи або завмри", посилює серцебиття, піднімає артеріальний тиск тощо. Тобто активація цього відділу стимулює мобілізаційні ресурси організму. Парасимпатичний відділ діє у зворотному напрямку: розширює судини, стимулює роботу шлунково-кишкового тракту, знижує серцебиття й артеріальний тиск. Людина розслабляється. Найчастіше стимуляцію парасимпатичного відділу можна спостерігати після денного обіду, коли після прийому їжі хочеться спати.

Сенсорні системи організму інакше називаються аналізаторами і виконують функції опрацювання будь-якої інформації: зорової, слухової, дотикової, нюхової та смакової. Також відомі аналізатори тиску, хімічні, температурні, больові тощо.

Неврологічні розлади - група захворювань центральної або периферичної нервових систем будь-якої етіології: біохімічної, електричної, морфологічної або ідіопатичної. Розкриття повного переліку неврологічних захворювань не співвіднесено з метою нашого дослідження, однак, якщо класифікувати їх у найзагальнішому вигляді, цей перелік має такий вигляд:

а) захворювання головного мозку (афазія, апраксія, дизартрія, агнозія, амнезія тощо) і конкретної його частини (потиличної, лобової, тім'яної, скроневої) або ділянки (мозочка, стовбура мозку);

б) захворювання спинного мозку;

в) розлади черепних нервів;

г) розлади периферичної нервової системи;

ґ) порушення роботи вегетативної нервової системи;

д) епілепсія;

е) розлади руху (хвороба Паркінсона, есенціальний чи дистонічний тремор, розсіяний склероз, синдром Туретта тощо);

є) розлади сну;

ж) мігрені та різні болі в спині й шиї;

з) нейропсихічні розлади, пов'язані з травмою нервової системи, що впливає на психічні функції (увага, пам'ять, мислення тощо) [25].

Якщо з першими трьома причинами виникнення розладів більш менш зрозуміло, то ідіопатична причина потребує нашого пояснення. У клінічній неврології під ідіопатичними розуміють такі захворювання, причину яких не можна встановити за допомогою інструментальних досліджень і симптоми яких не відповідають діагностичним критеріям. Наприклад, неврологічний симптом підходить під органічну класифікацію, однак при ретельному обстеженні ніякої органічної патології не виявляється. Тому його називають функціональним і часто відносять до дисоціативних або конверсійних [51;55;57;60].

Людина, у якої виникає конверсійний симптом, є його автором. Сам симптом бере свій початок не з патофізіологічних чи патоморфологічних дефектів, які запускають його, а з уявлень людини про те, як *повинно виглядати* те чи інше захворювання. Тобто конструювання симптому, як і його мотив - результат психологічної, а не соматичних роботи.

Незважаючи на досить великий список неврологічних захворювань, описаних у міжнародній класифікації хвороб, ми можемо стверджувати, що будь-яка хвороба в принципі є психосоматичною. Хворіє не нервова система людини, а людина, що має нервову систему. Так, в діагностиці намітилися великі кроки вперед, але все ж у медичному світі досі присутній біологічний редукціонізм. Багатьох студентів-медиків, як і раніше, вчать недооцінювати психологічні особливості особистостей пацієнтів, навчаючи их переоцінювати значення патоморфологічних і патофізіологічних. Справедливо, що органічне захворювання потребує насамперед медичного лікування, проте не меншу роль відіграє середовище, в якому перебував або перебуває пацієнт. Ба більше, відома істина втому, що хворобу легше попередити, а не лікувати.

З огляду на те, що описів існуючих захворювань накопичено дуже велику кількість, а клінічна картина й лікування кожного з них різняться, ми не можемо навести тут профілактику кожного з них. Цього і не потрібно, якщо розглядати всерйоз думку про те, що будь-який розлад нервової системи (центральної або периферичної) являє собою органічний дефект лише формально. Повторимося: хворіє не нервова система, а людина з нервовою системою. Тому як попереджувати, та і лікувати людину потрібно згідно біопсихосоціальної парадигми, яка передбачає багатоаспектну діагностику, в тому числі враховуючи навіть онтологічні та гносеологічні властивості тієї чи іншої особи. Ми повинні невтомно ставити питання: «Чому захворіла саме ця людина?»«Як можна через глибоке розуміння своєї хвороби навчити її радіти життю?». Ми повинні допомогати людям знаходити сенс в їхньому житті, тому що хвороба – це лише зупинка, яка допомагає переосмислити себе.

Загальними рекомендаціями для профілактики неврологічних розладів можуть бути такі: більше гуляти на свіжому повітрі, займатися помірним фізичним навантаженням; розвиватися інтелектуально; спілкуватися з людьми спокійно, вміти аргументувати свою точку зору; дбайливо ставитися до свого внутрішнього світу, дослухатися до своїх почуттів та емоцій; вживати в їжу більше свіжих овочів та фруктів, у яких міститься багато вітамінів і мінералів; обмежити чи вилучити кофеїн-вмісні продукти, алкоголь і нікотин; регулярно робити гімнастику для шиї та спини.І найголовніше: вчитися любити, поважати і приймати інших. Але домогтися цього можна, лише почавши з себе.

Nosceteipsum [29].

**3.2. Корекційні впливи і техніки саморегуляції, що застосовуються при виникненні функціонального тремору**

Коли говорять про терапевтичний вплив на функціональний симптом, зазвичай мають на увазі тривалу роботу з психотерапевтами різних модальностей. Історично так склалося, що першим почав роботу з такими людьми саме психоаналіз. Фройд спостерігав клієнтів (у психоаналізі їх називають пацієнтами) із кінцівками, що тремтять, не знаходячи органічних причин для цього, спостерігав як здорові на вигляд люди раптово відчували напади паралічу в ногах. Усе це наштовхувало вченого на думку, що в цих пацієнтів була прихована психологічна причина для того, щоб їхні кінцівки тремтіли або втрачали зв'язок із моторними відділами мозку.

У той час як гістологія і фізіологія різних відділів організму не давала змоги судити про те, що потрібне лікування органічної недуги, психічна динаміка наполегливо демонструвала свою гегемонію, перехоплюючи контроль за сенсомоторними відділами і навіть за вегетативними функціями організму.

Психоаналітичне лікування цих недуг передбачає глибинну роботу з виявлення неусвідомлюваної психічної динаміки, яка викликає рухові відповіді та пов'язана з несвідомими мотивами. Щоб дістатися до дисоційованого травматичного переживання, недостатньо простої душевної розмови. Необхідний доступ до несвідомого. Такий доступ можна отримати за допомогою знаменитого методу вільних асоціацій та аналізу сновидінь. Піддаючись цим методам, пацієнти рано чи пізно приходять до глибинного джерела травми, витісненого емоційного досвіду, проживають його наново, і симптоми зникають разом із новим розумінням себе і свого місця у світі.

Відомий піонер психотерапії, Поль Шарль Дюбуа (28.11.1848 − 4.11.1918 рр.) запропонував інший метод лікування психічних розладів, зокрема роботу з феноменом, який ми розглядаємо. Він назвав свій метод сократівським діалогом, або "переконливою діалектикою". У наш час цей підхід називають раціональною психотерапією, який лежитьв основі знаменитої раціонально-емотивно-поведінкової психотерапії Альберта Еліса[31]. Дюбуа вважав, що хворі, які страждають на невроз (він називав його психоневрозом), володіють низькою здатністю до послідовного логічного мислення, а відтак їхні уявлення про світ, соціум та себе в ньому суттєво викривляються міфічними уявленнями, егоцентричним мисленням та катастрофізаціями.

Говорячи про міф, ми не маємо на увазі віру в Едіпа, Геракла або Посейдона. Міф у нашому розумінні - дологічна стадія мислення, яку долає (чи ні) будь-яка людина в онтогенезі. Спочатку це міф у могутність батьків. Потім це міф у власне безсмертя. Простіше кажучи, конструювання образів і віра в них породжує у людей страх всесильності цих образів. І справді, людині з невротичною структурою особистості простіше повірити в абсурдне, безглузде й нелогічне твердження, такий собі софізм, ніж змусити себе розібратися в його тонкощах, що воно абсурдне. Так формується міф, який підміняє реальність вигадкою.

Суть лікування за допомогою раціональної психотерапії Дюбуа полягає в простих бесідах про симптоми, на які страждає людина, їх переконливому роз'ясненні, аби в людини не лишилося причин і матеріалу для добудовування своєї психічної реальності відповідно до міфу, в який та повірила. В даному випадку, з міфом про всесильність і непереможність тієї чи іншої хвороби, а також міфом про власне безсилля.

Інший відомий підхід, який має назву Метакогнітивна терапія (МКТ), розроблений Адріаном Велсом, допомагає в лікуванні тривожно-депресивних розладів і може бути корисним при роботі з функціональним тремором. Він є більш прогресивною формою когнітивно-поведінкового (КПТ)підходу, розробленого Аароном Беком[16]. КПТ, у якому теоретичним базисом є визнання ролі помилок у повсякденному мисленні людей, суворо постулює, що саме зміст мислення, помилки в операціях аналізу й узагальнень, катастрофізацій приводять людину до хибних висновків про себе та світ, а за цими висновками слідують негативні емоції, що запускають різноманітні симптоми.

Однак на відміну від КПТ, метакогнітивний підхід Велса дає змогу відійти від звичного висновку про те, що зміст мислення є важливим [61]. Насправді, не зміст тієї чи іншої думки призводить до проблем, а те, що людина думає про своє мислення (мислення про мислення). Звідси й термін "мета", що в лінгвістиці означає - опис однієї мови за допомогою іншої мови (мета - узагальнений). Велс визначає поняття метакогніція так: "...- це когніція, що діє стосовно іншої когніції. Вона відстежує, контролює й оцінює процес роботи свідомості та її плоди"[61].

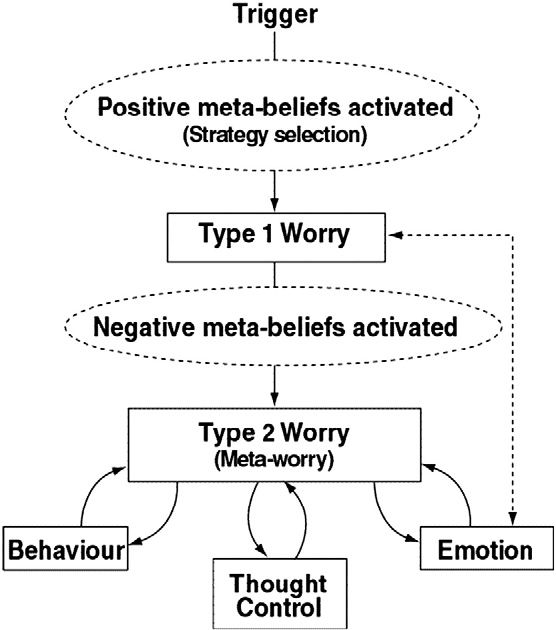
Одним із ключових конструктів МК-терапії Велса є поняття CAS (Cognitive-Attentional Syndrome, Когнітивний атенційний синдром), що складається із замкнених ланцюжків занепокоєння, румінацій, підвищеної уваги до свого стану та непотрібних стратегій самоконтролю. CAS ніби змушує мислення людини варитися у власному соку, в рамках патологічного стилю мислення метарівня, з якого і створюються вторинні когнітивні стилі, що призводять до симптомів тривоги і депресії.

Наприклад, працюючи з клієнтом, у якого діагностовано депресію, і який вважає себе нецінним і даремним, терапевт класичного КПТ-підходу запитає в нього, чому той вирішив, що він не цінний. Очевидна робота зі змістом переконання клієнта "я не цінний".

Метакогнітивний підхід спирається не на зміст переконання, а на стиль мислення (і реакції на нього!), який і запускає будь-які переконання, що на метарівні відповідатимуть і притягуватимуть (як липкою стрічкою) усі негативні переконання. А ті, своєю чергою, запускатимуть негативні емоції та симптоми, що є логічним кроком психіки. Терапевт у МКТ підході запитає того ж клієнта: "Чому вам важливо оцінювати свою цінність?".

На наш погляд, цей підхід досить ефективний у роботі з функціональним тремором. Однак необхідно прояснити деякі теоретичні моменти, пов'язані з метавіруваннями людей щодо свого тремору.

Коротко теоретична схема в МКТ підході має такий вигляд: А→М→CAS→B→С, де А - інтерпретація події, її образ, ставлення до події; М - метакогнітивні стилі (часто некоректні та призводять до симптомів); CAS - когнітивний атенціональний синдром (румінації, занепокоєння та даремні стратегії самоконтролю); B - переконання, пов'язані з метакогнітивними стилями; С - емоції та поведінка, які логічно випливають із попереднього ланцюжка стилів мислення та переконань щодо них. Важливо підкреслити, що емоції та поведінка є цілком закономірними та логічними. Дефектними є саме стилі.



**Рис. 3.1. Метакогнітивна модель генералізованого тривожного розладу [45]**

Розглянемо цю схему детальніше. Людина саме з психогенним тремором переконана, що тремтіння проявиться в ситуаціях соціальної взаємодії. Отже, подія-тригер (А) - інтерпретація якоїсь соціальної ситуації як такої, де тремор може проявитися, наприклад думка: "Умене зараз тут затрясеться голова". Далі, людина вдається до індивідуального метакогнітивного стилю мислення (М), виробленого нею в онтогенезі. Наприклад, людина може подумати: "Я маю здаватися спокійним, у жодному разі не демонструвати свій страх". Потрібно зазначити, що в багатьох культурах тремтіння сприймається саме як прояв сильного страху. Зі свого боку, метакогнітивний стиль запускає CAS, і людина починає без кінця обмірковувати свої думки, акцентувати увагу на своїй тривозі, м'язах шиї тощо. Відповідно до схеми CAS приводить її до переконання у своїй підвищеній тривожності, неадекватності та хворобливості. А це, своєю чергою, запускає цілий каскад емоцій сорому, страху, презирства до себе, почуття провини і, як наслідок, стимулює вироблення поведінкової стратегії уникнення.

У роботі з клієнтом, у якого є функціональний тремор, у рамках МКТ підходу важливо ставити запитання, які змусять його по-іншому подивитися на свою тривогу. Наприклад, можна поставити таке запитання: "Для чого вам оцінювати свій стан у соціальних ситуаціях?". Як ми бачимо, це запитання змушує людину думати не над прямою відповіддю на запитання "Чому ви тривожитеся?", а над самим стилем мислення, який і продукує це запитання. Ми ніби відходимо вбік від ланцюжка когніція-емоція-поведінкова реація, і сприймаємо її як наслідок, а не причину.

Нижче ми представимо перелік спеціальних питань, які допомагають у роботі з функціональним тремором. І хоча вони не пов'язані безпосередньо з МКТ підходом, проте можуть бути корисними для проникнення в глибину і сутність тремору.

1. Як відчувається симптом?

2. До кого він звернений?

3. Як він зачіпає іншого?

4. Що він хоче сказати іншому?

5. Як він структурує поле значущих стосунків?

Також представляємо авторську вправу для людей з симптомами тривоги на основі екзистенціального підходу.

**Мета його:**

а)Усвідомлення сенсу тривоги взагалі та її симптомів зокрема;

б)Розвиток креативного мислення щодо бачення свого життя з різних боків;

в)Пошук нових особистих смислів, які допоможуть не боятися симптомів тривоги;

г)Можливість зробити переоцінку цінностей власного життя.

**Структура:**

1. Задати клієнту такі запитання:

* Для чого вам потрібна ваш симптом?
* Від чого він вас захищає?
* Яке ваше відношення до симптому?
* На що схожий ваш симптом? Як і де саме він проявляється в тілі?
* Що буде, якщо усі побачать ваш симптом? Це зруйнує вас чи ви зможете це витримати?
* Ви можете приділяти увагу симптому значно більше, ніж зараз? Не 3 години на добу, а 10?
* Чи можете ви представити свою тривогу, пов’язану з симптомом (вторинну тривогу) як щось кумедне? Наприклад, представити його як якесь дивне смішне створіння карликового зросту, помістити це непорозуміння за своєю спиною, та сказати: «Що ти балакаєш, не чую тебе зовсім! Кажи гучніше!»
* Потім знову спитати себе, чи дійсно цей карлик зможе вас від чогось захистити? Чи можливо допомога потрібна вже йому, а не вам?
* Якщо так, то…для чого?

2. Коло запитань замкнулося. Отримати від клієнта зворотній зв’язок. При необхідності проговорити ще раз усі запитання. Основна мета: десенсибілізувати переживання тілесного аспекту тривоги, зробити переоцінку її значення для свого життя.

3. Коли клієнт зможе по-іншому відноситися до своєї тривоги, коли вона вже не буде центром його уваги, це дасть змогу приділити трохи більше уваги самому життю. Але складність в тому, що людина звикає до своєї тривоги і може з’явитися почуття пустоти. Тоді ми говоримо клієнту дивну фразу: «Не ми чогось повинні чекати від життя. Це життя чекає чогось від нас! А чого чекає життя від вас?» [36].

Досі ми розглядали ментальні методи роботи із симптомом тремтіння. Однак існує ще один спосіб корекції психіки людини, у якої виник функціональний тремор. Суть цього способу, як це не дивно, в тому, щоб дозволити всім м'язам тремтіти, даючи змогу через тіло знімати напругу з психіки. Адже зв'язок тіла і психіки непорушний. Що є в психіці, обов'язково відбивається в тілі. І навпаки.

Цей підхід розробив Девід Берцелі, який багато років провів у гарячих точках військових конфліктів та бачив, як люди за допомогою природни механізмів тремтіння долають занадто важний стрес. Нижче буде представлено основні вправи, які необхідно робити, щоб симптоми тремтіння стали менш виражені або зникли [50].

**TRE-вправи (TraumaReleasingExercises) для зняття стресу шляхом нейрогенного тремтіння**

**Вправа 1**

Зігніть обидві стопи (взуття і шкарпетки краще зняти) в однаковому напрямі, ставши на ваші бічні частини стоп. У цьому положенні однією стопою ви стоїте на її зовнішній бічній стороні, а іншою - на її внутрішній бічній стороні. Стійте в цій позі 30 секунд (або два-три глибокі вдихи), а потім переведіть корпус в інший напрямок і знову залишайтеся 30 секунд у положенні з зігнутими стопами. Продовжуйте згинання стоп обох ніг по п'ять разів у кожному напрямку. Потім встаньте на обидві ноги і добряче їх струсіть.

**Вправа 2**

Перенесіть вагу на одну стопу, інша стопа залишається на підлозі для балансування рівноваги. Якщо вам важко тримати рівновагу, можете спертися однією рукою об стіну. Підніміть п'яту стоячої ноги якомога вище і потім знову опустіть її на підлогу. Повторюйте цей рух так часто, поки за шкалою навантаження від 1 до 10 ви не досягнете вашого персонального навантаження до рівня 7. При цьому іноді може виникнути напруга, печіння або легкий біль у литковому м'язі. Це абсолютно нормально, проте ви можете злегка зменшити навантаження. Потім встаньте на обидві ноги і гарненько струсіть працюючу ногу, щоб звільнитися від болю, печіння і напруги. Після цього попрацюйте іншою ногою.

**Вправа 3**

Візьміть стопу рукою тієї ж сторони позаду корпусу. Зігніть у коліні опорну ногу якомога сильніше, наче ви хочете присісти, і знову випряміться (присідання). П'ятка залишається на підлозі. Повторюйте цей рух так часто, поки і тут, за шкалою навантаження від 1 до 10 ви не досягнете вашого персонального навантаження до рівня 7.

**Вправа 4**

Поставте ноги на такій ширині, щоб ви відчули напруження внутрішніх м'язів ніг. Нахиліться вперед, поки не торкнетеся підлоги. Ви маєте відчути розтягнення у внутрішньому боці стегна (привідні м'язи) і в підколінних западинах (підколінне сухожилля). Зробіть три глибокі вдихи. Обома долоньками потихеньку переберіться до однієї стопи. Затримайтеся на цій позі, зробивши три повільних і глибоких вдихи. Потім, обома долоньками потихеньку переберіться до іншої стопи. Затримайтеся в цій позі, зробивши три глибокі вдихи. Після цього переберіться долоньками до центру і простягніть руки між ногами назад. У цій позі також затримайтеся, зробивши три глибокі вдихи. Наприкінці вправи повільно поверніться у вихідне пряме положення.

**Вправа 5**

Стисніть два кулаки й покладіть їх ззаду на верхню частину вашого таза. Натисніть на таз злегка вперед, щоб вийшов легкий вигин у спині. Ви маєте відчути розтягнення в передній частині стегна. Потім плавно поверніться від стегон назад, відкрийте рот і подивіться при цьому позаду себе в кут кімнати. Знову поверніться від стегон у протилежний бік і подивіться назад. Наприкінці вправи знову поверніться у вихідне пряме положення.

**Вправа 6 (тремтіння біля стіни)**

Спершись спиною на стіну так, ніби під вами стоїть стілець, ви навантажуєте мускулатуру стегон (чотириголовий м'яз). Стійте в цій позиції. Можливо, за кілька хвилин ви відчуєте легкий біль, печіння, напруження або навіть тремтіння в цих м'язах. Щойно трохи відчуєте біль, підніміться по стінці приблизно на 5 см вгору. Може бути, що тремтіння посилиться, а біль зменшиться. Приблизно через 5 хвилин тремтіння відірвіться від стіни й перекиньте верхню частину корпусу вперед. Можливо, тремтіння посилиться, залишайтеся в цьому положенні близько трьох-чотирьох хвилин.

**Вправа 7 (тремтіння на підлозі) (переважно лежати на маті)**

Ляжте на мат на підлозі, упріть одна в одну підошви, відкривши коліна. Підніміть на хвилину таз від підлоги і зверніть увагу на те, щоб коліна залишалися розслабленими і широко відкритими. Покладіть таз на підлогу і залиште коліна на наступну хвилину у відкритому розслабленому положенні. Наблизьте коліна одне до одного приблизно на 5 см. Знайдіть положення, в якому може виникнути тремтіння. Дозвольте мимовільним рухам тремтіння або вібрації просто минути, доки ви не відчуєте, що настав час припинити. Для закінчення вправи, випряміть ноги. Існує інша можливість, якщо ви рівно поставите підошви на підлогу. Тримайте коліна злегка відкритими і тремтіння, і вібрація продовжаться. Нехай цей рух пошириться далі на область вашого таза та нижньої частини спини. Щоб закінчити вправу, опустіть ноги ковзанням донизу так, щоб вони лежали рівно на підлозі. Ви можете повернутися на бік, якщо вам таке положення більше подобається. Якщо під час вправи у вас виникне якесь неприємне відчуття (думки, внутрішні картинки, відчуття тіла), ви можете в будь-яку хвилину перервати механізм тремору, опустивши ноги вниз.

**Висновки до розділу 3**

Важливо розуміти, що тільки комплексний підхід до роботи з функціональним тремором може бути корисним і ефективним. Зовсім недостатнім є тільки медикаментозна терапія або тільки психотерапевтична. Необхідно пам'ятати, що людина з даною проблемою не є психічно нездоровою в строгому сенсі цього слова, як і хворою на органічну патологію.

Цей симптом є межовим і перебуває на стику таких наук, як загальна, медична та соціальна психологія, психіатрія та неврологія і навіть філософія, оскільки сам симптом є відображенням проблем часу, в якому ми живемо.

З часів стабільного середньовіччя, де людина точно знала, хто вона і для чого народжена, минуло понад чотирьохсот років. Тепер людина вільна, але відчуває тиск ізоляції та відсутність розуміння хто вона, чим хоче займатися і куди рухатися далі. Разом зі зростанням науково-технічного прогресу і розвитку суспільства зросла і соціальна самотність, нарцисична погоня за успіхом.

Тривога, як і будь-яке її фізичне втілення, водночас є відображенням соціальної ізоляції, і саме на плечах сучасних фахівців (психологів, психіатрів, соціальних працівників) лежить завдання допомогти людині віднайти свій власний сенс, який би відповідав її Я-концепції, ідеалу свого розвитку. Ми віримо, що таке завдання цілком нам під силу. Ми віримо в мудрість людей, які можуть у важкій проблемі тривоги побачити підказку, що допоможе їм посісти своє місце в цьому світі та приносити користь суспільству.

Отже, у третьому розділі ми розглянули деякі ефективні, на наш погляд, та сучасні стратегії роботи з функціональним тремором. Показали, яким чином людина формує в собі патологічні ланцюжки мислення, на основі яких та у зв’язку з якими формуються негативні емоції та стратегії уникнення соціального життя.

Також ми повинні пам’ятати, що тіло – це дім для душі. Але дім, який не сліпо копіює та відзеркалює як епіфеномен все, ще відбувається в психічній діяльності, але й має власні механизми закріплення умовних рефлексів, автоматичних реакцій, м’язової пам’ятті на негативні стимули. Це твердження справедливо й у зворотньому напрямку: свідомість та все, що відбувається в психіці не є тількі чутливим відбитком тілесних реакцій. Казати так – значить стверджувати давно застарілі позиції грубого матеріалізму та редукції психічного до фізіологічного. Але також ми не повинні йти зворотнім шляхом та надмірно психологізувати проблему, яку досліджували.

Тому ми впевнені, що однієї роботи з ментальною сферою чи тільки з біохімічною недостатно. Тільки комплексна робота з мисленням, тілом та емоціями дасть ефективний результат.

**ВИСНОВКИ**

Метою цього дослідження було вивчення зв'язку між функціональним тремором і психологічними чинниками, які впливають на його виникнення. Вивчення новітніх вітчизняних і зарубіжних джерел, а також теоретичний аналіз, дали нам глибоке розуміння феномену функціонального тремору і підтвердило наші гіпотези.Ми довели, що:

1. Функціональний тремор, хоча він може бути наслідком перенесених хірургічних операцій або генетичних дефектів, все ж таки найчастіше спричиняється саме психологічними причинами;

2. Оскільки це так, то психологічні причини, які сприяють виникненню функціонального тремору, можуть бути найрізноманітнішими;

3. Ми зробили спробу знайти певні кореляції між згаданими психологічними чинниками, незважаючи на виражену індивідуальність кожної людини - носія цього симптому;

4. Було встановлено, що вплив онтогенезу на виникнення будь-яких невротичних реакцій на глибинний хронічний стрес, до яких ми зараховуємо і функціональний тремор, дуже високий;

5. Детально проаналізовано механізм генерації образу-Я, який у майбутньому є "комфортним" ґрунтом для виникнення таких рис характеру, як підвищена тривожність, недовірливість. Також ми побачили, що приблизно з трьох до п'яти років, у разі невдалого проходження дитиною цього етапу, розвивається сором, сумніви, пасивність і недовіра до світу. Це сильно сприяє нарощуванню почуття недовірливості та підвищеній увазі до власної персони. Особливо до прояву "дивних" реакцій свого організму і ретельного відстеження їх на предмет несхвалення з боку соціуму.

Сором і почуття провини, що розвиваються тут, підживлюють почуття негідності в очах суспільства, які до цього моменту інтеріоризуються, стають "врощеними всередину" інтроектами, завдяки чому людина дивиться на світ і на себе очима соціуму. Отже, якщо реакції організму (тремтіння, пітливість, будь-які прояви тривоги тощо) проявляються частіше, ніж зазвичай, це може породити відчуття, що соціум "ретельно слідкує" за людиною, за кожним рухом її тіла і соромить її. Однак це прояв захисних механізмів психіки, які прагнуть відігнати від себе згадані інтеріоризовані образи.

Ми з'ясували, що проблема людини з функціональним тремором не в тому, що вона тремтить у соціальних взаємодіях, а в тому, як саме вона інтерпретує та структурує семантичний простір довкола себе в момент цієї взаємодії, яким особистісним смислом, логікою та системою "знак-значення" вона оперує, коли в неї виникає тремор. Найчастіше це категорії "я не хочу виглядати хворим в очах оточуючих", "мене вважатимуть неадекватним і не приймуть у суспільстві";

6. Було детально розглянуто фізіологічні механізми розвитку функціонального тремору, виникнення патологічних осередків осциляторної активності в моторних відділах, оливоцеребральних ділянках, додатковій моторній ділянці, лімбічній системі, талямусі. Однак ця патологічна активність не є органічною і не може бути діагностована як органічна патологія, а отже, лікування тремору не повинно бути суворо медичним. Частіше це робота в рамках біопсихосоціального підходу, де особливу роль мають відігравати саме психологи-психотерапевти, соціальні працівники, а не лише медики, які призначатимуть препарати-блокатори, що впливають на потенціал-залежні канали мембран клітин, які й запускають підвищену осциляторну активність;

7. Ми запропонували психотерапевтичні вправи в рамках кількох підходів. Зокрема, було розглянуто дуже ефективний підхід когнітивної терапії, названий метакогнітивною психотерапією Адріана Велса. Він може бути корисним під час досліджень мислення щодо мислення, а не змісту думок, як прийнято працювати в рамках класичного когнітивно-поведінкового підходу Арона Бека.

Також було презентовано спеціальні вправи TRE (Tensing/TraumaReleasingExercises), спеціально розроблені Девідом Берцелі для опрацювання наслідків посттравматичного стресового розладу, задіюючи природні ресурси організму, а саме - тремтіння.

Нарешті, головною тезою цієї роботи є те, що функціональний тремор, через свою загадковість і таємничість, не слід вважати симптомом симулянтів, які хочуть отримати матеріальну або якусь іншу вигоду. Це справжній симптом, але симптом не органічного захворювання і не психіатричного. Людина з цим симптомом справді страждає і не симулює це, незважаючи на те, що ключовим аспектом його появи є спроба привернути до себе увагу лікарів і людей загалом. З цього не випливає також, що він - діагноз загалом, і діагноз виключення зокрема.

Ми наголошуємо, що цей феномен необхідно продовжувати досліджувати саме психологічно, а не за допомогою функціонального магнітно-резонансного томографа, як це модно зараз (як, утім, і все інше модно зводити до біології та фізіології). Налице фізіологічний редукціонізм, у якому стираються межі між психологією і фізіологією. Перша завжди страждає через наївний і грубий матеріалізм, у який простіше повірити (адже простіше повірити в те, що бачиш сам, аніж мислити якісь абстракції), однак цей симптом і є логічною абстракцією, конструктом психіки, а не нейронних ансамблів. Однак ми не повинні також впадати і в крайній суб'єктивізм і психологізм, відкидаючи дані об'єктивних досліджень.

Лікування, отже, має здійснюватися фахівцями щонайменше кількох напрямів: психологами, психотерапевтами, неврологами та соціальними працівниками. Причому внесок перших двох є ключовим. Адже функціональний тремор - це продукт індивідуальної несвідомої творчості, загадку якої нам, як справжнім поціновувачам цього мистецтва, належить дослідити та інтерпретувати.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**

1. Александер Ф. Психосоматична медицина. Принципи і практичне застосування. / Пер. з англ. С. Могилевського. М .: Вид-во ЕКСМО-Прес, 2002. 352 с.
2. Ангелова А. Позитивні аспекти іудейської моделі старості. *Релігія та соціум* № 3-4. 2016. С.84-92.
3. Аюрведа. Вікіпедія – вільна енциклопедія. URL: <http://bit.ly/3tQqSqz>(дата звернення: 27.11.2022)
4. Балл Г.О., Зливков В.Л., Копилов С.О. [та ін.]. Становлення ідентичності фахівця : монографія. за ред. В. Л. Зливкова. К. Кіровоград : Імекс-ЛТД, 2014. 260 с.
5. Боднарчук Л. Вплив розвитку самосвідомості на прояв сорому. *Магістерський науковий вісник*. 2017. № 25. С.83-84.
6. Буняк Н.А. Загальна психологія : лекції. Тернопіль : ТНТУ ім. І. Пулюя, 2017. 300 с.
7. Васківська С. Технологія роботи з психосоматичними симптомами та конверсійним розладом в психотерапії та консультуванні.*Психосоматична медицина та загальна практика*. 2021. № 6 (2).C.11.
8. Вознюк О.В. Розвиток особистості педагога в умовах цивілізаційних змін: теорія і практика : Монографія. Житомир. Вид-во ЖДУ імені Івана Франка,2013. 614 с.
9. Гасюк М., Щурик І. Особливості психологічної корекції внутрішньої картини здоров'я підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія “Психологічні науки”*. Херсон, 2018. Вип. 5. С. 260-265.
10. Гірняк А. Н., Бабій Л.І. Формопрояви психічної діяльності та їх параметричні інваріанти. *Трансформаційні процеси соціально-гуманітарної сфери сучасної України в умовах війни: виклики, проблеми та перспективи:* зб. матеріалів міжнар. наук. конф., Тернопіль, 2-3 червня 2022 р. / під заг.ред.: О. Є. Гомотюк. Тернопіль: Університетська думка, 2022. С. 58-60.
11. Гірняк А., Пущак Ю., Демків В. Визначення категорійно-понятійного поля проблематики емоційної напруженості. *Вітакультурний млин*. 2014. Модуль 17. С. 63-68.
12. Гірняк А.Н. Психоаналіз Зиґмунда Фройда як теорія, система і соціокультурне явище. *Психологія і суспільство*. 2008. №4. С. 40−51.
13. Гірняк А.Н.Різновиди міжсуб’єктної взаємодії та їх психологічний аналіз.*Психологія і суспільство.* 2017. № 4. С. 82-86.
14. Гриб В.А. Есенційний тремор: Огляд літератури і власні дослідження. *Український вісник психоневрології.* 2014. № 4 (81) Том 22 URL:<https://bit.ly/3T2NteA>
15. Гузій Л.М. Теоретичні засади використання ігротерапевтичних методів у соціальній реабілітації дітей з тяжкими психофізичними порушеннями.*Студентський науковий вимір соціально-педагогічних проблем сьогодення*: збірник матеріалів Міжнародної студентської науковопрактичної конференції. За заг. ред. О.В. Лісовця. Ніжин : НДУ ім. М.Гоголя. 2017. С. 74.
16. Дерев’янко С. П. Сучасна проблематика когнітивно-поведінкової терапії. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія».* Серія *«Психологія» : науковий журнал*. Острог :Вид-во НаУОА, 2021. № 13. С. 104–109.
17. Десятий перегляд Міжнародної статистичної класифікації хвороб і проблем, пов'язаних зі здоров'ям. Клас V. Розлади психіки і поведінки. URL: <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/F40-F48>(дата звернення: 24.11.2022)
18. Дуткевич Т.В. Загальна психологія. Теоретичний курс. [текст] навч. посіб. / Т. В. Дуткевич. К.: Центр учбової літератури, 2017. 388 с.
19. Католик Г.В. Деякі особливості формування концепції Я в часопросторовому вимірі у час пандемії. *Психологія і особистість*. 2021. № 2 (20). С. 93-116.
20. Кепіт У. Фізіологія людини: атлас-розмальовка / Уин Кепіт, Роберт Мейсі, Есмаїл Мейсамі; [пер. з англ. С. Грозовського]. Москва: Ексмо, 2019. 348 с.C.85.
21. Кокун О.М. Психофізіологія: Навчальний посібник. К.: Центр навчальної літератури, 2006. 184 с.
22. Макаренко М.В. Друга сигнальна система. Енциклопедія Сучасної України : енциклопедія [електронна версія]. ред.: І. М. Дзюба, А. І. Жуковський, М. Г. Железняк та ін.; НАН України, НТШ. Київ: Інститут енциклопедичних досліджень НАН України. 2008. Т. 8. URL:

<https://esu.com.ua/article-21887>(дата перегляду: 27.11.2022)

1. Максименко С.Д. Теорія вищої нервової діяльності І. П. Павлова. *Про-блеми сучасної психології*. 2017. №38. C.15.
2. Медвідь В. Ю., Данько Ю. І., Коблянська І. І. Методологія та організація наукових досліджень (у структурно-логічних схемах і таблицях): навч. посіб. Суми: СНАУ. 2020. 220 с.
3. МКХ-10: Клас VI. Хвороби нервової системи. Вікіпедія–вільна енциклопедія. URL: <https://bit.ly/3gbc6r7>(дата звернення: 14.11.2022)
4. Напрєєнко О.К., Винник М.І., Влох І.Й. Психіатрія і наркологія : підручник / за ред. проф. О.К. Напрєєнка. К.: ВСВ “Медицина”, 2011. 528 с.
5. Нервова система. Вікіпедія – вільна енциклопедія.URL: <http://bit.ly/3gn2vOl>. (дата звернення: 25.11.2022)
6. Переклад Біблії Івана Огієнка. Вікіпедія – вільна енциклопедія. URL: <https://cutt.us/IodWr> (дата звернення: 27.11.2022)
7. Пізнай самого себе. Вікіпедія – вільна енциклопедія. URL: <http://bit.ly/3tX67JG>(дата звернення: 26.11.2022)
8. Психіка. Вікіпедія – вільна енциклопедія. URL: <https://cutt.us/ZkDy6>

(дата звернення: 27.11.2022).

1. Раціонально-емоційно-поведінкова терапія. Вікіпедія – вільна енциклопедія.URL:<https://cutt.us/acOyk>(дата звернення: 20.11.2022)
2. Сергєєнкова О.П., Столярчук О.А., Коханова О.П., Пасєка О.В. К. Загальна психологія: навч. посіб. К. : Центр учбової літератури, 2012. 296 с.
3. Сергєєнкова О. П., Столярчук О. А., Коханова О. П., Пасєка О. В. Вікова психологія. Навч. посіб. К.: Центр учбової літератури, 2012. 376 с.
4. Скиба А.С. Взаємозв’язок самооцінки підлітків та комунікативних навичок. Кваліфікаційна робота випускника освітнього ступеня «Магістр»спеціальності «Психологія». Національний авіаційний університет. Київ. 2020. 137 c. URL: <https://er.nau.edu.ua/handle/NAU/45069>
5. Соболь В. Біологія: підруч. для 8 кл. загальноосвіт. навч. закл. Кам’янець-Подільський: Абетка, 2017. С. 227-228.
6. Франкл В. Людина в пошуках справжнього сенсу. Психолог у концтаборі. Популярне видання: Книжковий Клуб «Клуб Сімейного Дозвілля». Харків, 2016. 160 с.
7. Фройд З. Вступ до психоаналізу / Зиґмунд Фройд ; пер. з нім. П. Таращука. Харків : Книжковий Клуб «Клуб Сімейного Дозвілля», 2015. 480 с.
8. Фром Е. Втеча від свободи: Книжковий Клуб «Клуб Сімейного Дозвілля»; Харків, 2019. 288 с.
9. Фурман О. Я-концепція як предмет багатоаспектного теоретизування [Текст] / Оксана Фурман. *Психологія і суспільство*. 2018. № 1-2. C. 38-67.
10. Х’єл Л., Зіглер Д. Теорії особистості / Л. Х’єл, Д. Зіглер. 3-є вид. СПб.: Пітер, 2007. 607 с.
11. ЧервинськаО.Психосоматика.Психосоматичнірозлади.Психосоматичний підхід. *Український науково-медичний молодіжний журнал*. № 2(73).2013. С. 70-71.
12. Чура С.Г. Т., Корчинський І.О. Теоретичні основи холістичного управління економічною безпекою підприємства. *Держава та регіони: науково-виробничий журнал. Серія економіка та підприємництво.*2020. Вип. 5 (116). С. 45-49.
13. Шагар В.С. Сучасний тлумачний психологічний словник. X.: Прапор, 2007. 640 с.
14. Шекспір В. Твори в шести томах. Том 4. Багато галасу з нічого; Як вам це сподобається; Дванадцята ніч, або Як собі хочете; Юлій Цезар; Троїл і Крессіда; Кінець діло хвалить; Міра за міру. / Перекл. з англ.; Післямови О. Алексєєнко. К.: Дніпро, 1986. 678 с.
15. Яковець А.В. Гендерні особливості розвитку Я-концепції у молодших школярів. Дипломна робота на здобуття освітнього ступеня бакалавра спеціальності «Психологія». Національний авіаційний університет. Київ. 2022. 46 с.
16. Янгель М.В. Неорганічний тремор. Функціональний чи психогенний? *Психосоціальні ресурси особистісного та соціального розвитку в епоху глобалізації* : матеріали Міжнародної науково-практичної конференції (м. Тернопіль, Західноукраїнський національний університет, 4-5 листопада 2022 р.) в 2 т. Тернопіль : ЗУНУ, 2022. Т.1. 252 с. С.202-204.
17. Edwards, M. J., Adams, R. A., Brown, H., Pareés, I., & Friston, K. J.A Bayesian account of 'hysteria'.*Brain: a journal of neurology*.Vol. 135 (11).2012. P. 3499-3505.
18. Gordon L., Tarsy D. Chapter 62. Tremor: Henderson M.C, Tierney L.M Jr., Smetana G.W. eds. *The Patient History: An Evidence-Based Approach to Differential Diagnosis*.The McGraw-Hill Companies.2012. P.641-650.
19. Hallett M. Physiology of psychogenic movement disorders. *Journal of clinical neuroscience : official journal of the Neurosurgical Society of Australasia*. Vol.17(8). 2010. P.959-965.
20. Heath R., Beattie, J. Case report of a former soldier using TRE (tension/trauma releasing exercises) for post- traumatic stress disorder self-care. *Journal of Military and Veterans Health*.Vol.27(3). 2019. P. 35–40. URL: <https://bit.ly/3s3glay>
21. Horsley V., Schäfer EA. Experiments on the character of the Muscular Contractions which are evoked by Excitation of the various parts of the Motor Tract. *The Journal of physiology.*Vol. 7(2).1886.P. 96-110.
22. Hubble Jean. The History of Tremor.*Essential Tremor: What the Experts Say*.3rd Edition.International Essential Tremor Foundation. 2014. P. 15-16.
23. Lanska D. J. Chapter 33: the history of movement disorders. *Handbook of clinical neurology*.Vol. 95.2010. P. 501–546.
24. Maton A., Hopkins J., McLaughlin C.W., Johnson S., Warner M.Q., LaHart D., Wright J.D. *Human Biology and Health*. Englewood Cliffs, New Jersey, USA: Prentice Hall, 1993. 256 p.
25. Nicholson TRJ, Stone J., Kanaan RAA. Conversion disorder: a problematic diagnosis. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 2011. Vol. 82.P. 1267-1273.
26. Pearce JM. Aspects of the history of Parkinson's disease.*Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry.*Vol. 52*.*1989. P. 6-10.
27. RoelofsK., PasmanJ. Chapter 13 - Stress, childhood trauma, and cognitive functions in functional neurologic disorders.Editor(s): Mark Hallett, Jon Stone, Alan Carson.*Handbook of Clinical Neurology, Elsevier*.Vol. 139. 2016. P. 139-155.
28. Sider D., McVaugh M. Galen on tremor, palpitation, spasm, and rigor.*Trans Stud Coll Physicians Phila*.Vol.1(3).1979. P.183-210.
29. Stillman D. Galileo at work : his scientific biography. Chicago : University of Chicago Press, 1978.586p.P. 147.
30. Voon V., Gallea C., Hattori N., Bruno M., Ekanayake V., Hallett M. The involuntary nature of conversion disorder. *Neurology*. 2010. Vol. 74(3) P. 223-228.
31. Wells A. Cognition About Cognition: Metacognitive Therapy and Change in Generalized Anxiety Disorder and Social Phobia,*Cognitive and Behavioral Practice.*Vol. 14, Issue 1. 2007.P.18-25.

**ДОДАТКИ**

**Додаток А**

**Вправа для людей з симптомами тривоги на основі екзистенційного підходу**

**«Сізіф»**

**Мета**:

* Усвідомлення сенсу тривоги взагалі та її симптомів зокрема;
* Розвиток креативного мислення щодо бачення свого життя з різних боків;
* Пошук нових особистих смислів, які допоможуть не боятися симптомів тривоги;
* Можливість зробити переоцінку цінностей власного життя.

**Структура:**

1. Задати клієнту такі запитання:

* Для чого вам потрібна тривога?
* Від чого вона вас захищає?
* Яке ваше відношення до своєї тривоги?
* На що схожа ваша тривога? Як і де саме вона проявляється в тілі?
* Що буде, якщо усі побачать вашу тривогу? Це зруйнує вас чи ви зможете це витримати?
* Ви можете приділяти увагу тривозі значно більше, ніж зараз? Не 3 години на добу, а 10?
* Чи можете ви представити свою тривогу як щось кумедне? Наприклад, представити її як якесь дивне смішне створіння карликового зросту, помістити це непорозуміння за своєю спиною, та сказати: «Що ти балакаєш, не чую тебе зовсім! Кажи гучніше!» Потім знову задати собі питання із пункту 2.
* Чи можливо, що тепер не тривога захищає вас, а ви виявите бажання захищати свою тривогу?
* Якщо так, то…для чого?

2. Коло запитань замкнулося. Отримати від клієнта зворотній зв’язок. При необхідності проговорити ще раз усі запитання. Основна мета: десенсибілізувати переживання тілесного аспекту тривоги, зробити переоцінку її значення для свого життя.

3. Коли клієнт зможе по-іншому відноситися до своєї тривоги, коли вона вже не буде центром його уваги, це дасть змогу приділити трохи більше уваги самому життю. Але складність в тому, що людина звикає до своєї тривоги і може з’явитися почуття пустоти. Тоді ми говоримо клієнту дивну фразу: «Не ми чогось повинні чекати від життя. Це життя чекає чогось від нас! А чого чекає життя від вас?»

**Додаток Б**

**TRE-вправи (TraumaReleasingExercises) для зняття симптомів стресу шляхом нейрогенного тремтіння**

**Вправа 1**

Зігніть обидві стопи (взуття і шкарпетки краще зняти) в однаковому напрямі, ставши на ваші бічні частини стоп. У цьому положенні однією стопою ви стоїте на її зовнішній бічній стороні, а іншою - на її внутрішній бічній стороні. Стійте в цій позі 30 секунд (або два-три глибокі вдихи), а потім переведіть корпус в інший напрямок і знову залишайтеся 30 секунд у положенні з зігнутими стопами. Продовжуйте згинання стоп обох ніг по п'ять разів у кожному напрямку. Потім встаньте на обидві ноги і добряче їх струсіть.

**Вправа 2**

Перенесіть вагу на одну стопу, інша стопа залишається на підлозі для балансування рівноваги. Якщо вам важко тримати рівновагу, можете спертися однією рукою об стіну. Підніміть п'яту стоячої ноги якомога вище і потім знову опустіть її на підлогу. Повторюйте цей рух так часто, поки за шкалою навантаження від 1 до 10 ви не досягнете вашого персонального навантаження до рівня 7. При цьому іноді може виникнути напруга, печіння або легкий біль у литковому м'язі. Це абсолютно нормально, проте ви можете злегка зменшити навантаження. Потім встаньте на обидві ноги і гарненько струсіть працюючу ногу, щоб звільнитися від болю, печіння і напруги. Після цього попрацюйте іншою ногою.

**Вправа 3**

Візьміть стопу рукою тієї ж сторони позаду корпусу. Зігніть у коліні опорну ногу якомога сильніше, наче ви хочете присісти, і знову випряміться (присідання). П'ятка залишається на підлозі. Повторюйте цей рух так часто, поки і тут, за шкалою навантаження від 1 до 10 ви не досягнете вашого персонального навантаження до рівня 7.

**Вправа 4**

Поставте ноги на такій ширині, щоб ви відчули напруження внутрішніх м'язів ніг. Нахиліться вперед, поки не торкнетеся підлоги. Ви маєте відчути розтягнення у внутрішньому боці стегна (привідні м'язи) і в підколінних западинах (підколінне сухожилля). Зробіть три глибокі вдихи. Обома долоньками потихеньку переберіться до однієї стопи. Затримайтеся на цій позі, зробивши три повільних і глибоких вдихи. Потім, обома долоньками потихеньку переберіться до іншої стопи. Затримайтеся в цій позі, зробивши три глибокі вдихи. Після цього переберіться долоньками до центру і простягніть руки між ногами назад. У цій позі також затримайтеся, зробивши три глибокі вдихи. Наприкінці вправи повільно поверніться у вихідне пряме положення.

**Вправа 5**

Стисніть два кулаки й покладіть їх ззаду на верхню частину вашого таза. Натисніть на таз злегка вперед, щоб вийшов легкий вигин у спині. Ви маєте відчути розтягнення в передній частині стегна. Потім плавно поверніться від стегон назад, відкрийте рот і подивіться при цьому позаду себе в кут кімнати. Знову поверніться від стегон у протилежний бік і подивіться назад. Наприкінці вправи знову поверніться у вихідне пряме положення.

**Вправа 6 (тремтіння біля стіни)**

Спершись спиною на стіну так, ніби під вами стоїть стілець, ви навантажуєте мускулатуру стегон (чотириголовий м'яз). Стійте в цій позиції. Можливо, за кілька хвилин ви відчуєте легкий біль, печіння, напруження або навіть тремтіння в цих м'язах. Щойно трохи відчуєте біль, підніміться по стінці приблизно на 5 см вгору. Може бути, що тремтіння посилиться, а біль зменшиться. Приблизно через 5 хвилин тремтіння відірвіться від стіни й перекиньте верхню частину корпусу вперед. Можливо, тремтіння посилиться, залишайтеся в цьому положенні близько трьох-чотирьох хвилин.

**Вправа 7 (тремтіння на підлозі) (переважно лежати на маті)**

Ляжте на мат на підлозі, упріть одна в одну підошви, відкривши коліна. Підніміть на хвилину таз від підлоги і зверніть увагу на те, щоб коліна залишалися розслабленими і широко відкритими. Покладіть таз на підлогу і залиште коліна на наступну хвилину у відкритому розслабленому положенні. Наблизьте коліна одне до одного приблизно на 5 см. Знайдіть положення, в якому може виникнути тремтіння. Дозвольте мимовільним рухам тремтіння або вібрації просто минути, доки ви не відчуєте, що настав час припинити. Для закінчення вправи, випряміть ноги. Існує інша можливість, якщо ви рівно поставите підошви на підлогу. Тримайте коліна злегка відкритими і тремтіння, і вібрація продовжаться. Нехай цей рух пошириться далі на область вашого таза та нижньої частини спини. Щоб закінчити вправу, опустіть ноги ковзанням донизу так, щоб вони лежали рівно на підлозі. Ви можете повернутися на бік, якщо вам таке положення більше подобається. Якщо під час вправи у вас виникне якесь неприємне відчуття (думки, внутрішні картинки, відчуття тіла), ви можете в будь-яку хвилину перервати механізм тремору, опустивши ноги вниз.

**ДодатокВ**

**«Декларація доброчесності»**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, підтверджую, що сам написав цюроботу і не використовував жодних інших, окрім цитованих, джерелінформації. Дослівні вирази або фрази, які цитуються, позначаються як такі;інші недослівні запозичення чи ремінісценції, наведені в тексті цієї роботи,містять актуальну інформацію щодо первинних джерел наведеного контенту.Робота у цій безпосередньо або змістовно аналогічній формі не була раніше опублікована чи оприлюднена. Усе зазначене вище посвідчую власноручним підписом.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Дата) (Підпис)