**РОЗДІЛ 1**

**ТЕОРЕТИко-методологічний аналіз підходів до проблеми вивчення стратегій психотерапевтичної допомоги при функціональних порушеннях ритму серця як соматоформного розладу**

**1.1. Феномен стресового епізоду як чинник функціональних порушень ритму серця**

У підрозділі розглянуто сутність поняття функціональних порушень ритму серця та їх зв'язок з психологією; виділені психологічні передумови виникнення функціональних порушень ритму серця; розроблено теоретико-графічну модель стресового епізоду; розглянуто структуру стресового епізоду як чинника виникнення психогенного розладу.

Термін «функціональні порушення ритму серця» поширений в кардіологічній практиці (М.С. Кушаковський, В.Ф. Москаленко).

Згідно МКХ-10 дані розлади класифікуються як соматоформні вегетативні дисфункції (F.45).

Деякі дослідники оперують також поняттям психогенні функціональні синдроми (М. Блейєр, В.Д. Тополянський, А.М. Вейн, В.Д. Менделевич, С.Л. Соловйова та ін.).

Та незважаючи на різні підходи в класифікації, більшість авторів наголошують на важливості психологічних чинників у розвитку функціональних порушень ритму серця, доводять відсутність фізичної основи для симптоматики та необхідність корекції емоційного стану хворого.

В роботі функціональні порушення ритму серця розглядаються з позициї МКХ-10 як соматоформні розлади.

Аналіз проведених досліджень в межах психології, медицини та психіатрії свідчить, що до психологічних передумов виникнення функціональних порушень ритму серця відносяться: стрес (Ю.Ю. Єлісеєв, Корнацький та ін.), порушення психічної адаптації (У.П. Тесль), невідреаговані або кумульовані емоції (Н. Пезєшкіан, В. Бройтігам та П. Крістіан, Ф. Александер, Н.М. Віторська), депресія (Б.В. Михайлов, Г.В. Погосова), невроз (А.П. Мєшков), певні особистісні риси та розлади (Л.В. Шпак, А.Г. Кононова та ін.).

 Структура стресового епізоду розглядалася в рамках поглядів на психоемоційний стрес як трансактний процес (Р.Лазарус, С. Фолкман, Т.Кокс, М. Перре, У. Бауман, С. Хобфолл), тобто такий, що протікає в постійній взаємодії людини з навколишнім світом.

При такому підході особливого значення набувають механізми, за рахунок яких відбувається проживання стресової подій, а саме їх адаптивний чи дезадаптивний характер.

Враховуючи, що не сам стрес як явище є в більшості травмуючим для людини, а саме реакція на нього, проживання стресу трактувалося в рамках концепції стресового епізоду Р. Лазаруса.

Згідно Р. Лазаруса структура стресового епізоду представлена наступними елементами:

1) усвідомлення стресора та його оцінка (первинна – сприйняття ситуації, вторинна – самосприйняття);

2) порушення гомеостазу та пов’язані зі стресом емоції і когнітивні процеси;

3) копінги;

4) результат копінга та нова оцінка ситуації.

Узагальнюючи погляди різних авторів (А. Бек, А. Елліс, Р. Плутчик, К. Ізард, С.В. Васьківська, З. Фрейд та ін.) на складові стресового епізоду були виокремленні ще кілька компонентів, зокрема: когнітивні схеми мислення (саме вони опосередковують оцінку ситуації) та механізми психологічного захисту, що є первинними механізмами регулювання емоцій.

На основі проведеного теоретичного аналізу було побудовану дворівневу структуру стресового епізоду у хворих.

Розглядаючи хворобу як регресію на більш ранній рівень розвитку психічного реагування, ми припускали, що у хворих на психогенії, в тому числі і з функціональними порушеннями ритму серця, структура стресового епізоду буде мати вигляд, притаманний незрілій особистості.

Вегетативна автономна реакція тіла, яке внаслідок слабкої десоматизації залишається активним суб’єктом відповіді на стрес, вносить порушення в субординацію складових стресового епізоду.

Внутрішнє протистояння автоматизму і когнітивної обробки ситуації дозволяє базовим емоціям перехопити лідерство та домінувати над когнітивно-афективним комплексом.

Дворівнева структура проживання стресового епізоду представлена двома ланцюжками: базова емоція – механізм психологічного захисту – напрям в розвитку природно зумовленого типу переживань та паритетний йому напрям – когнітивна схема мислення – копінг, в основі якого теж лежить емоційне реагування, не стільки базовими емоціями, скільки заміщеними.

Завдяки заміщенню емоцій та їх подальшої трансформації (К. Ізард, Р. Плутчик, Р. Келлерман, С.В. Васьківська), переживання ситуації переноситься на більш високий рівень і в силу своєї складності, частіше веде до соматизації.

**1.2. Соціально-психологічні особливості стресового епізоду**

Стрес – це особлива форма емоційного переживання, що виникає в екстремальній життєвій ситуації (погрози, небезпеки, образи та ін.) і вимагає від людини мобілізації нервово-психологічних сил.

Він призводить до змін у протіканні психічних процесів, появі емоційних розладів, трансформації мотиваційної структури діяльності, розладів рухової й мовленнєвої поведінки, що в цілому впливає на якість діяльності людини.

Розрізняють два види стресу: гострий (або еустрес) та хронічний, який називають дистресом.

Еустрес – стан, внаслідок якого підвищується функціональний резерв організму, відбувається його адаптація до стресового фактору. Цей вид стресу включає в себе всі реакції організму, які забезпечують термінову адаптацію людини до нових умов. Він дає можливість уникнути неприємної ситуації, подолати або пристосуватися до неї.

Таким чином, еустрес – це своєрідний механізм, який забезпечує виживання людини. Однак такий стан може бути небезпечним, якщо затягнеться на тривалий період.

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

Термін «стрес» був уведений канадським ученим-фізіологом Г. Сельє. Він виявив «синдром відповіді на подразнення як таке», і описав його у вигляді тріади:

а) збільшення і підвищення активності коркового слою надниркових залоз;

б) зменшення і зниження активності тімусу і лімфатичних залоз;

в) точкові крововиливи у слизовій оболонці шлунка і кишечника.

Г. Сельє зіставив ці реакції з симптомами, характерними для будь-якого захворювання, і об’єднав їх у єдину систему на основі спільного механізму управління цими реакціями і спільного процесу розвитку.

Г. Сельє визначив стрес як сукупність стереотипних, філогенетично запрограмованих неспецифічних реакцій організму, які первинно підготовлюють організм до фізичної активності, реакція протидії (боротьба або втеча).

Він пропонував розрізняти «поверхову» та «глибинну» адаптаційну енергію. Поверхова енергія більш доступна і поповнюється за рахунок глибинної.

Глибинна енергія мобілізується шляхом адаптаційної перебудови гомеостатичних механізмів організму.

Г. Сельє вважав, що її виснаження необоротно призводить до старіння чи загибелі.

Виокремлено три стадії розвитку стресу:

1. Стадія тривоги. Відбувається мобілізація адаптаційних можливостей організму та підвищення його опірності до конкретного стресового впливу.

2. Стадія стабілізації. Характеризується збалансованою витратою адаптаційних резервів. Усі фізіологічні та психічні параметри, зсув яких відбувся на першій стадії, закріплюються на новому рівні. Цей рівень стає індивідуальною нормою існування організму в умовах підвищених вимог до його адаптаційних систем.

3. Стадія виснаження. Виникає неузгодження стресових вимог середовища та відповідей організму на ці вимоги. Але, на відміну від першої стадії, де таке неузгодження призводить до розкриття резервів організму, тут спостерігається зрив адаптаційних можливостей.

В залежності від складності біологічної системи та рівня її еволюційного розвитку розрізняють наступні форми стресу:

- біологічний – форма стресу, характерна для багатьох безхребетних тварин за умов впливу фізичних та хімічних факторів;

- фізіологічний – форма стресу, яка проявляється в порушенні фізіологічних процесів;

 - емоційний (психологічний) – форма стресу, при якій на перший план по значимості чи помітності для дослідника виступають психологічні стресреакції.

Розгляд різних форм стресу є правомірним, але стрес є загальною неспецифічною відповіддю організму, тобто ці форми скоріш за все є рівнями стресового реагування. Окремо також говорять про інформаційний та професійний стреси.

Розвиток стресу опосередковується переживанням загрози, тобто усвідомленням відомостей, символів, які передують майбутньому зіткненню людини з небезпечною для неї ситуацією.

Загроза розглядається і як стан очікування суб’єктом шкідливого, небажаного впливу зовнішніх умов і стимулів. Їх властивості оцінюються, виходячи з характеристик інтенсивності впливу, ступеня невизначеності значимості стимулу та часу впливу, а також наявних ресурсів індивіда щодо подолання такого впливу.

Процеси оцінки загрози, пов’язані з аналізом значення ситуації та відношенням до неї, здійснюються на основі перетворення поточної та минулої інформації про особливості несприятливої події, прогнозування характеру її розвитку та проявів.

 Розрізняють три види стресових оцінок:

1) травмуюча втрата (реальна чи очікувана) чогось, що має велике особистісне значення (смерть знайомого, втрата здоров’я тощо);

2) загроза впливу, яка вимагає від людини здібностей (здатностей, дій, ресурсів), які більші, ніж він має на цей час;

3) складне завдання, проблема, відповідальна та потенційно ризикована ситуація. Крім того, можна виокремити ситуації тривалого позбавлення чогось (депривація), на що людина розраховує, вважає, що це їй належно.

Оцінку події (ситуації) як стресової, визначають три основних фактори:

1) емоції, які асоціюються з цією подією, як первинний попереджувальний сигнал, регулятор поведінки, збуджуючий фактор;

2) невизначеність події з точки зору можливості настання чи моменту початку, сили впливу, обсягу необхідних знань, вмінь і навичок для її попередження чи ліквідації наслідків, ступеня складності з позицій когнітивних здібностей людини та досвіду суб’єкта;

3) значимість події для конкретної людини, оцінка ступеню важливості для досягнення необхідного результату діяльності, шкідливості чи небезпечності наслідків цієї події та ін.

 Р. Тугушев та Е. Гарбер пропонують розглядати субсиндроми або структурні блоки стресу наступним чином.

Емоційно-поведінковий блок. Зміни у поведінці людини у стресі є специфічним та більш інтегральним показником особливості відповіді на вплив, ніж зсуви окремих фізіологічних показників.

Розрізняють дві форми емоційно-поведінкового реагування при стресі:

 1) активне, яке характеризується посиленням емоційної та поведінкової активності (агресія або втеча);

2) пасивне, при якому відбувається пригнічення активності при короткочасних, але достатньо інтенсивних екстремальних впливах.

Активне реагування спрямовано на усунення екстремального фактору та попередження розвитку стресогенної ситуації. Активне реагування може бути як адекватним, так і неадекватним ситуації.

За умови надмірної, нераціональної активізації, поведінка може супроводжуватись помилковими діями на основі неправильної оцінки поточної ситуації, ілюзорними уявленнями суб’єкта про небезпеку, неправильним прогнозом розвитку подій, зниженням контролю власних дій.

Пасивне реагування спрямовується на перечікування впливу стресора. В свою чергу, пасивне реагування також може мати різну міру адекватності ситуації. Розрізняють первинне та вторинне пасивне реагування.

Первинне виникає з самого початку екстремального впливу, який переживається як суб’єктивно неможливий, непереборний, незрозумілий.

Вторинне пасивне реагування змінює наявну стресогенну активізацію поведінки. Це відбувається внаслідок надмірної тривалості стресора чи його багатократному повторенні, тобто спостерігається у всіх людей, і тих хто намагався подолати стресор, і тих хто його перечікував.

Зовнішнім чинником, який визначає активність адаптивної поведінки, є екстремальність стресора, яка залежить від:

1) суб’єктивної оцінки небезпеки стресора для цілісності суб’єкта;

2) ступеня суб’єктивної значимості стресора;

3) ступеня неочікуваності стресора;

4) близькості дії стресора до меж суб’єктивної шкали «приємно – неприємно»;

5) тривалості дії стресора при збереженні його суб’єктивної значимості.

Таким чином, прояв тієї чи іншої форми адаптивної активності визначається, на думку Л. Китаєва-Смика, сукупним поєднанням індивідуальної схильності суб’єкта до активного чи пасивного реагування та екстремальним стресором, який реалізує цю схильність.

Вегетативний блок. Всі психічні явища базуються на фізіологічних механізмах, які умовно називаються вегетативні. Управління вегетативними реакціями здійснює психіка (її несвідома частина), їх взаємодія покликана забезпечити оптимальний режим активності людини. Крім того, вегетатика виконує захисні функції.

Так, у стані стресу, очікування небезпеки, тобто превентивно, вегетативні функції можуть різко посилюватись, ставати помітними як самому суб’єкту, так і оточуючим (наприклад, почервоніння шкіри, тремор кінцівок).

На відміну від захисної поведінки, яка свідомо контролюється і спрямовується на усунення небезпечного фактору, вегетативний захист не піддається вольовому контролю, він проявляється різними патернами реакцій, такими як екскреторно-евакуаторні (блювання, пітливість, слиновиділення тощо), серцево-судинні, регенеративні тощо.

У перших своїх працях з теорії стресу Г. Сельє в основному зосереджувався на фізіологічних (вегетативних) механізмах його розвитку. Він підкреслював, що стрес викликає не тільки функціональні зміни внутрішніх органів, які є оборотними, але і структурні (морфологічні, незворотні, тобто захворювання).

Цьому є немало доказів, коли внаслідок тяжкого стресу (психотравми) у людини виникають патології. У стресовому стані в організмі відбуваються гормональні зрушення, зокрема, збільшується вироблення гормону кортизолу, який збільшує енергетичний тонус (за рахунок розщеплення білків), підтримує артериальний тиск, але знижує імунітет.

Цим пояснюється слабка опірність організму до інфекційних хвороб після перенесеного стресу.

Когнітивний блок. Стрес супроводжується низкою змін когнітивних процесів. Відносно мислення, спостерігаються наступні варіанти змін:

1) активізація мислення суб’єкта з адекватним відображенням дійсності у свідомості (активізація дискурсивно-логічного мислення та виникнення інсайтних форм мислення, тобто мисленні «озаріння»);

2) гіперактивізація мислення (поява нав’язливих думок та образів, безплідні фантазування та гіперзбудливість, боязкість, страхи, тривога);

3) «втеча» від вирішення стресогенних проблем (розв’язання дотичних, «замісних» проблем, які не мають відношення до цієї ситуації або зменшення активності мислення, наприклад, «втеча в сон»).

Соціально-психологічний блок. У стані стресу змінюється відношення до навколишнього світу, в тому числі до людей, що проявляється у міжособистісній взаємодії.

Характер і динаміка змін спілкування при стресі обумовлюються специфікою стресогенної ситуації, індивідуально-психологічними і особистісними особливостями взаємодіючих людей, а також соціокультурними, національними, етнічними, релігійними нормами, прийнятими у суспільстві тощо.

Разом з тим виявлені загальні закономірності динаміки спілкування при тривалому стресі, зокрема, пов’язані з розвитком міжособистісних відносин.

Першою стадією є так зване «орієнтувальне завмирання», коли людина у стресовій ситуації завмирає, приглядається до оточуючих, щоб оцінити перспективу своїх подальших контактів з ними.

На цій стадії спостерігається зниження активності і широти спілкування.

Друга стадія характеризується збільшенням інтенсивності спілкування, навіть у тих, кому не властиві активні форми спілкування поза стресогенними умовами. Метою інтенсифікації спілкування є встановлення індивідуального рольового статусу.

Третя стадія може бути пов’язана з необхідною або вимушеною допомогою партнеру, при цьому виникає, як правило, більш тісне спілкування. Вимушена допомога активізує адаптаційні резерви як у того, хто допомагає, так і у того, кому допомагають, внаслідок переживання власної цінності обома з них.

Четверта стадія пов’язана зі стабілізацією рольового статусу, яка може відбуватись на тлі різнопланових емоцій, позитивних чи негативних.

 П’ята стадія розвитку спілкування при стресі може супроводжуватись як збільшенням, так і зменшенням його активності.

У першому випадку в різних умовах можуть переважати компоненти спілкування, які або консолідують групу (прийняття на себе ролі лідера, його підтримка, прийняття відповідальності, товариськість), або дезорганізують її (конфронтація з лідером, відчуження від інтересів групи, ухилення від відповідальності).

У другому випадку, при зменшенні активності спілкування, можливі «втеча» від спілкування внаслідок зниження мотивації та здатності до нього, неприязнь до партнера, виникнення агресії або аутоагресії, зниження власної значимості на тлі занурення в себе.

На думку Д. Уінгайта й Д. Броделя, подія є стресогенною тоді, коли порушується рівновага між індивідом і середовищем, що призводить до мобілізації внутрішніх резервів, пошуку й постановці нових цілей, трансформації системи екзістенційних цінностей і виробленню нових.

Гостра реакція на стрес виникає протягом місяця з моменту травми й триває від двох днів до чотирьох тижнів.

Посттравматичний стресовий розлад звичайно розвивається через якийсь час після травми - не менш одного місяця після травми, і триває більше чотирьох тижнів.

Крапкою відліку є сама подія, що травмує, або такі обставини. Таким чином, травматичний невроз має як фізіологічну, так і психологічну природу. Вперше дано комплексний опис його симптоматики: збуджуваність і дратівливість; невтримний тип реагування на раптові подразники; фіксація на обставинах події, що травмувала; відхід від реальності; схильність до некерованих агресивних реакцій.

Критерії діагностики гострого стресового розладу. Щоб відповідати критеріям та діагностувати цей стан, людина повинна відповідати таким вимогам:

- зазнала серйозної травми, сексуального порушення або загрози, або фактичного настання смерті в одній або декількох з наступних ситуацій (за винятком впливу через різні форми засобів масової інформації);

- переживає подію безпосередньо;

- подія трапилася з членом сім’ї або близьким другом (у разі смерті або загрози смерті вона повинна мати випадковий або насильницький характер);

- наявність крайньої або повторної дії жахливих деталей події.

1. Проявляється щонайменше дев’ять або більше з наступних симптомів з будь-якої з п’яти представлених категорій, і вони повинні починатися після того, як переживають розглянутий травматичний інцидент або погіршуються:

- нав'язливі симптоми;

- нав'язливі, повторювані та мимовільні спогади про травму, які викликають постійний дистрес;

- повторювані та тривожні мрії або про саму травму, або з тематикою, пов’язаною з пережитим травматичним інцидентом;

- дисоціативні симптоми (наприклад, наявність спалахів), які викликають у людини відчуття або поведінку так, ніби вони переживають травму, що сталася;

- наявність сильного або повторного психічного або фізичного розладу у відповідь на нагадування про будь-який аспект пережитої травми.

Негативні симптоми настрою:

- повторна нездатність відчувати позитивний настрій чи позитивні емоції (такі як задоволення чи радість);

- дисоціативні симптоми;

- переживає змінене відчуття реальності (наприклад, їх оточення чи власне тіло не здається справжнім, відчуття запаморочення, змінене сприйняття часу тощо);

- неможливість згадати певні деталі травматичного інциденту, але не через травму голови або зловживання речовинами, що впливають на пам'ять.

Симптоми уникнення:

- послідовно докладаються зусилля, щоб уникнути будь-яких спогадів, думок чи емоцій, пов’язаних із пережитою травмою;

- послідовно докладаються зусилля, щоб уникнути будь-яких нагадувань про травму чи пов’язані деталі (будь-то певні місця, предмети, люди, розмови чи об’єкти).

Симптоми збудження:

- утруднення сну, засинання або відчуття неспокою при спробі сну;

- агресія, дратівливість і гнівні спалахи;

- проблеми з концентрацією та зосередженням уваги;

- гіпервігуальність;

- надмірно інтенсивна реакція на стрімкість у реакції на подразники.

 2. Травма та супутні симптоми повинні погіршувати здатність індивіда функціонувати на робочому місці, в особистих стосунках та інших аспектах їх повсякденного життя, і повинні спричиняти їм значні проблеми.

3. Симптоми повинні бути присутніми від 3 днів до одного місяця після того, як трапився травматичний інцидент.

4. Супутні симптоми не можуть бути пов’язані або викликані зловживанням наркотиками, ліками чи іншими значущими станами здоров'я. Їх також не можна краще класифікувати за іншим діагнозом психічного здоров’я.

Деякі люди з гострим стресовим розладом можуть також отримувати діагнози інших станів психічного здоров’я, таких як депресія або тривожність, які можуть мати подібні, але менш виснажливі симптоми.

Сюди можна віднести почуття безвиході, низький настрій, проблеми зі сном, проблеми концентрації, постійне занепокоєння, втому, втрату інтересу до щоденних занять, плач або паніку, зміни апетиту або, можливо, навіть думки про самогубство або самопошкодження.

**1.3. Психологічні особливості осіб із захворюваннями серцево-судинної системи**

Психологічним особливостям пацієнтів із захворюваннями серцево-судинної системи приділяється значна увага як в медичній, та і в психологічній літературі.

При емоційних станах разом із зміною ритму серцевої діяльності відбуваються зміни кровопостачання серцевого м'яза, якими і пояснюються соматичні відчуття, які супроводжуються емоційним реагуванням на них пацієнтів [15].

В. Кеннону належать дослідження по вивченню впливу емоцій на фізіологічні функції. Ним показано, що під впливом емоцій відбувається збудження симпатичного відділу вегетативної нервової системи і посилене виділення наднирковими адреналіну, який також має дію симпатикотонії, внаслідок чого відбувається перерозподіл крові, посилена притока її до серця, легенів, центральної нервової системи, кінцівок і відтік від черевної порожнини. Цей перерозподіл крові має корисне, адаптивне значення.

Зміни, що відбуваються в периферичному кровообігу, служать основою для появи різних відчуттів, таких, як відчуття напруги в голові, биття в скронях, шум у вухах, передзапаморочна пустота в голові та ін. [12]. Добре відомо, що хворі з органічними ураженнями серця, вадами клапанів, як правило, не скаржаться на серце, не помічають порушень його діяльності. Деякі автори вважають, що при значному органічному ураженні серця менше вираження приймають невротичні симптоми та психогенні реакції на цей стан [10], [19].

Зміни ритму серцевої діяльності, які часто наступають психогенно, можуть викликати різні страхи, особливо страх смерті. Це, вірогідно, пов'язано з уявленням людей про значення серця і його ритмічної діяльності - із здоров'ям, а порушення її - із смертю.

Разом з психогенними реакціями особистості на серцево-судинні розлади у хворих цієї групи можуть спостерігатися неврозоподобні порушення, пов'язані з хворобливим процесом і змінами кровопостачання органів. Так, при вадах серця частіше за все зустрічаються неврастеноподібні стани [4].

Явища стомлюваності спостерігаються найбільш виразно при фізичних навантаженнях, самі хворі звичайно скаржаться на фізичну стомлюваність. Першою ознакою стомлюваності, що виникає при розумовому навантаженні, є підвищена виснажуваність активної уваги. Виснажуваність активної уваги наступає при тривалій бесіді з лікарем, при проведенні психологічних експериментів. Хворі починають робити грубі помилки при здійсненні рахунку, у них з'являються неприємні відчуття в очах при читанні, тяжкість в голові, іноді головний біль.

В процесі бесіди при стомленні хворі можуть виявляти реакцію роздратування, заплакати, відмовитися від подальшої розмови. Іноді така поведінка може виглядати неадекватною, оскільки бесіда не носила емоційно значущого характеру для хворого.

Подібні реакції можливі при стомленні, особливо якщо хворому довелося довго чекати прийому або бесіди [10].

При погіршенні соматичного стану дратівлива слабкість може змінитися гіпостенією. Якщо дратівливий, збудливий, образливий хворий стає тихим, спокійним, млявим і байдужим, то це вказує на погіршення його соматичного стану і на більш важкі психічні розлади.

Крім того, при вадах серця можуть спостерігатися інтелектуальні зміни, які виявляються в деякій інертності мислення, звуженні круга інтересів. Зниження продуктивності в інтелектуальній діяльності звичайно відбувається за рахунок повільності та частих відволікань [4].

Значне місце серед психічних порушень займають розлади сну, який стає поверхневим, з частими пробудженнями і сновидіннями неприємного, а у ряді випадків страхітливого змісту.

Істероформні розлади виявляються у вигляді афектно-моторних і афектно-вегетативних пароксизмів. Виникнення вказаної симптоматики часто буває пов'язаним з психогенною дією або конфліктом.

Часто значущість травмуючої ситуації невелика, але для пацієнта вона суб'єктивно патогенна, тому в бесідах з такими пацієнтами необхідно проявляти обережність і такт, враховуючи їх надмірну вразливість і ранимість.

При тривалому перебігу хвороби істероформні реакції, які виникають психогенно, можуть змінитися змінами особистості з появою істеричних форм поведінки. Пацієнти стають дратівливими, вимагають до себе підвищеної уваги, з'являється прагнення привертати до себе увагу розповідями про незвичайні події свого життя і стану здоров'я. Зауваження лікаря, що вислови хворого не мають підстави, а тяжкість хвороби не така велика, може викликати у пацієнта реакцію протесту з відмовою від їжі, ліків, з ускладненням істероформної симптоматики [11].

Для іпохондричних розладів при пороках серця типовий стійкий сенестопатичний синдром. Велике місце в картині хвороби можуть займати фобії, в походженні яких часто грають роль психогенні та ятрогенні чинники [14]. За останні десятиріччя у зв'язку з розвитком серцево-судинної хірургії стали відомі психічні порушення, що виникають після операцій на серці.

У динаміці нервово-психічних 8 порушень в післяопераційному періоді виділяють три етапи: адинамічний, невротичний і період зворотного розвитку астенічних явищ [20]. Описуються наступні психологічні особливості пацієнтів, прооперованих на серці.

В першому періоді після операції на серці пацієнти легко виснажуються, для них характерне деяке оглушення, байдужість до навколишнього оточення і свого стану. Вони насилу відповідають на питання, односкладово, тихим голосом, швидко стомлюються.

В другому періоді стають більш активними, виразно виявлені іпохондричність і дратівлива слабкість. Можуть з'явитися турбота, тривога за стан здоров'я. Іноді виникає піднесений настрій з балакучістю, безтурботним відношенням до своєї хвороби.

Ця поведінка пацієнтів, на думку авторів, може представляти небезпеку для їх фізичного стану, оскільки вони скоюють різкі рухи, пориваються вставати. Сон порушується, з'являється ілюзорне сприйняття оточуючого, що ще більш ускладнює картину хвороби і догляд за такими хворими.

Вони потребують проведення психотерапевтичних бесід, які, враховуючи стомлюваність і виснажуваність хворих, не повинні бути тривалими, а адресовані до хворого слова прості і зрозумілі; а також призначення снодійних і транквілізаторів.

З кінця 2-го тижні після операції наступає поступове поліпшення стану. Значення неврогенного, психогенного чинників при розвитку нападів стенокардії та інфаркту міокарду відзначалося з давніх пір.

Р.Ф. Ланг відносив груднужабу до захворювань нейрогуморального апарату і надавав в її виникненні вирішальну роль негативним невідреагованим емоція.

Отже, існують наступні психічні порушення у хворих із серцевосудинною патологією.

1. Неврастеноподібні порушення

Стадії плину:

1) Синдром дратівливої слабості - підвищена дратівливість;

- нестриманість;

- легка виснажуваність;

- сензитивність;

- слізливість;

- схильність до гіпотимії;

- стомлюваність при розумовому навантаженні легко виявляється в експерименті (відсутність скарг), підвищена виснажуваність активної уваги (перепитування, механічне читання без розуміння, грубі помилки в рахункових операціях, відповіді невлад), при триваючій роботі реакції роздратування, сльози й відмова продовжуватизаняття;

- фізична стомлюваність;

- звуження кола інтересів із зосередженням уваги на стані здоров'я;

- уповільнення темпу розумових процесів (повільне розуміння);

- розлад сну (поверхневий сон, тривожний з легким пробудженням протягом ночі, неприємні й тяжкі сновидіння, нічні кошмари з лементами й пробудженням, при пороках серця - відчуття провалювання в прірву), сонливість у першу половину дня;

- вегетативні розлади, пароксизмальні вегетативні розлади виникають рідше, ніж стійкі вегетативні порушення (вазо-вегетативні порушення - непритомності й напівнепритомні стани, несистемні запаморочення, шум у голові й вухах, головні болі, потемніння в очах, підвищена лабільність вазомоторів, мраморність шкіри, перекручені серцеві рефлекси, орто й клиностатичний);

- відсутність апетиту; - сексуальні дисфункціїи; - нестійкі сенестопатії й парестезії

2) Гіпостенічний синдром - загальна слабкість;

- виснажуваність і стомлюваність;

- млявість, пасивність;

- гіпотимічно - апатичне тло настрою;

- загальна загальмованість, млявість - тиха й немодульованамова;

- збідніння мислення до повсякденних уявлень ( нагадують інтелектуальні порушення при психоендокринному синдромі)

3) Гіперстенічна форма неврозоподобних станів у пацієнтів із соматичними захворюваннями майже не зустрічається

4) Істероформний синдром

У преморбіді істероїдні й астенічні риси характеру, виявляються при незначному психогенному впливі (легкі хвилювання, пов'язані з медичним обстеженням, неприємне зауваження лікаря) - афективно-моторні - афективно- вегетативні пароксизми, виникають частіше й проявляються у вигляді афективно - респіраторних приступів задухи або інспираторної задишки із прискореним і поверхневим диханням, міміка переляку, заклики про допомогу, серцебиття; афективно - судинні кризи (збліднення обличчя, відчуття нудоти, загальної слабості, непритомного стану).

5) Сенестопатично - іпохондричний синдром

 У преморбіді тривожно - недовірливі риси характеру

6) Кардіофобічні феномени Виникають особливо часто при порушенні серцевого ритму, не супроводжуються значною інтелектуальною переробкою, епізодичність, нетривалість, у вечірній і нічний час пов'язані з підвищенням тонусу блукаючого нерву [21].

**1.4. Особливості надання першої психологічної допомоги в стресових ситуаціях**

За визначенням ВООЗ, перша психологічна допомога (ППД) – це сукупність заходів психологічної підтримки та практичної допомоги людям, які страждають або відчувають потребу в чомусь, які зазнали впливу надсильних стресорів.

Її надання не передбачає значної професійної підготовки – достатньо знань, отриманих в рамках загальноосвітнього психологічного інформування і природної здатності проявляти співчуття, людяність.

Важливою характеристикою першої психологічної допомоги є її простота. ППД призначена для людей, які знаходяться у стані стресу в результаті щойно пережитої або поточної важкої кризової події.

Однак не слід нав’язувати ППД тим, хто її не хоче, але треба бути поруч з тими, хто, можливо, захоче отримати підтримку.

Негайної допомоги потребують люди:

- з важкими (із загрозою для життя) фізичними травмами;

- у психічному стані, який не дає їм можливості самостійно піклуватися про себе та своїх дітей;

- які можуть завдати шкоди собі або іншим людям. ППД є одним із низки заходів у відповідь на надзвичайні події.

Коли постраждалих сотні й тисячі, застосовують різні заходи реагування: пошуково-рятувальні операції, надання екстреної медичної допомоги, забезпечення притулку, роздача харчів, заходи щодо розшуку членів сімей і захисту дітей.

Часто співробітникам гуманітарних організацій і волонтерам нелегко дізнатися яка допомога надається і де саме.

Це стосується і випадків масових лих і подій в місцях, де відсутня інфраструктура медико-санітарних та інших служб. Необхідно дізнатися, які послуги і допомога надаються постраждалим, повідомити про це людям, яким допомагають, і порадити їм куди звертатися.

Надаючи допомогу в кризовій ситуації, бажано:

➢ слідувати вказівкам відповідних органів, керуватися відомими заходами з ліквідації кризової ситуації;

➢ знати які відбуваються заходи реагування і які є ресурси для надання допомоги нужденним;

➢ не заважати проведенню пошуково-рятувальних операцій і роботі медичного персоналу;

➢ чітко уявляти власні функції та їх межі.

Щоб надавати ППД не обов'язково мати кваліфікацію психолога або фахівця із соціальних питань. Однак, при наданні допомоги людям в кризових ситуаціях, рекомендується працювати через відповідні компетентні організації або громадські групи.

Діючи самостійно, можна піддати себе ризику, дії можуть негативно вплинути на координацію заходів, а переміщені особи можуть не отримати належної допомоги.

За «Керівництвом МПК з психічного здоров’я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації», ППД відноситься до системи інтервенцій та документально затверджена ООН як базова модель надання психосоціальної підтримки у кризових умовах.

Піраміда психосоціальних інтервенцій - це система заходів, спрямованих на психосоціальну допомогу та підтримку дорослих і дітей, які зазнали впливу надзвичайних ситуацій відповідно до характеру спричинених стресовими/травматичними подіями психологічних реакцій людей та характеру їхніх потреб у допомозі.

Піраміда психосоціальних інтервенцій складається з чотирьох рівнів:

На першому рівні надається допомога та підтримка, що відповідає базовим потребам - у їжі, житлі, матеріальній допомозі, медичному обслуговуванні - та потребі в безпеці.

На цьому рівні працюють спеціальні соціальні та гуманітарні організації і служби, які відповідальні саме за надання базової допомоги.

Другий рівень піраміди інтервенцій становлять заходи, спрямовані на підтримку та відновлення контактів і зв’язків між людьми, зокрема між дітьми та дорослими, через які людина (дитина) відчуває власну приналежність до групи, громади, культури, і, отже, користується ресурсом підтримуючих стосунків з людьми, що допомагає їй пережити важкий період життя.

Третій рівень піраміди інтервенцій містить заходи з неспеціалізованої, але сфокусованої підтримки, яку надають у разі, коли підтримки попередніх рівнів недостатньо для подолання наслідків впливу стресових подій та відновлення психологічного благополуччя.

Таку допомогу та підтримку можуть реалізовувати спеціалісти та волонтери, навчені для надання конкретних інтервенцій. Сюди входить базова емоційна та практична підтримка, зокрема – ППД.

Четвертий рівень піраміди інтервенцій становлять спеціалізовані (зокрема клінічні) послуги, які надають ті спеціалісти чи установи, що мають вузький медичний або психотерапевтичний профіль та мають право і необхідну фахову компетенцію для надання спеціалізованої допомоги.

 Такої допомоги потребують в умовах надзвичайної ситуації люди з високим рівнем дистресу або в стані психічного розладу, через що вони можуть завдати шкоду собі або іншим, або стають неспроможними самостійно піклуватися про себе або своїх дітей.

Завдання ППД:

- надавати практичну допомогу особам, які пережили кризову подію;

- допомагати у задоволенні базових (фізичних) потреб потерпілих;

- сприяти убезпеченню осіб, які можуть стати жертвами насильства чи дискримінації; захистити людей від подальшої шкоди;

- заспокоїти, сприяти стабілізації емоційного стану людей у стресі; вислухати, але не примушувати їх говорити;

- підтримати і за можливості посилити у потерпілих почуття власної спроможності допомогти собі й іншим;

- зорієнтуватися у потребах і проблемах уцілілих, надати потрібну інформацію про можливість задоволення їхніх потреб або сприяти отриманню такої інформації із надійного джерела;

- зв’язати уцілілих з мережами соціальної підтримки, родичами, друзями, сусідами, а також ознайомити з ресурсами громадської підтримки.

ППД відрізняється від фахової психологічної допомоги:

- це не та допомога, яку можуть надавати лише спеціалісти (фахові психологи);

- це не професійна психологічна консультація;

- це не «психологічний дебрифінг», тобто ППД не є обов’язковим детальним обговоренням подій, що викликали дистрес;

- це не пропозиція постраждалому проаналізувати, що з ним сталося, та встановити точну послідовність і суть подій.

Отримання ППД важливо для довгострокового відновлення людини: формування відчуття безпеки, зв’язку з іншими людьми, спокою та надії; надання доступу до соціальної, фізичної та емоційної підтримки; зміцнення віри людей у можливість допомогти собі та іншим, допомога їм у поверненні почуття контролю над власними діями (і через це – контролю над ситуацією).

Вказані моменти є ключовими захисними факторами, що посилюють резилієнс людей, які переживають кризові події.

«Резилієнс», за визначенням ВООЗ, - це здатність відносно добре справлятися з важкими ситуаціями, особистий ресурсний потенціал людини, який може проявлятися також на рівні сім’ї, групи, громади.

Для ППД характерні:

1) короткотривалість;

2) невідкладність;

3) надання підтримки безпосередньо на місці виникнення гострого стану (або в безпосередній близькості від нього);

4) передбачуваність результатів допомоги;

5) заходи, спрямовані на досягнення конкретних результатів (захист від подальшого травмування, стабілізація психічного стану потерпілого, оцінка його нагальних потреб та проблем, практичне задоволення базових потреб (вода, їжа, сон), інформування щодо ситуації та стратегій поліпшення функціонування, допомога у встановленні зв’язку з близькими, членами родини чи спільнотами, що можуть надати підтримку, надання інформації щодо відповідних служб, які можуть бути корисними потерпілому тепер чи в майбутньому).

Під час надання ППД необхідно:

-знайти для розмови тихе місце, де ніщо не відволікатиме;

- поважати конфіденційність і не розголошувати повідомлені особисті відомості;

- бути поруч із людиною, але дотримуватися необхідної дистанції з урахуванням її віку, статі та культури (якщо потрібно обняти, то обов’язково спитати дозволу);

- показувати зацікавленість, наприклад, киваючи головою чи вимовляючи короткі підтверджувальні репліки;

- бути терплячим і спокійним;

- надавати фактичну інформацію, чесно говорити про свої знання: «Я не знаю, але спробую для вас дізнатися»;

- надавати інформацію зрозумілою мовою, простими словами; висловлювати співпереживання людям, які говорять вам про свої почуття, - надати людині можливість помовчати.

Спілкування з людьми під час надання ППД повинно відповідати певним вимогам [16]:

1. Можливо, люди захочуть розповісти вам, що з ними трапилося. Вислухати чиюсь розповідь – це вже велика підтримка. Однак важливо не примушувати людей розповідати про пережите. Деякі люди не хочуть говорити про те, що трапилося.

 2. Пам’ятати і розуміти, що в цьому періоді людина дуже навіювана і кожне наше слово може викликати реакцію, як миттєву, так і відтерміновану.

3. Використовуємо принцип «Приєднання і ведення»: якщо постраждалий сидить, то особа, що надає допомогу, теж сидить, якщо людина, що переживає травматичну подію, знаходиться в русі – активна психомоторна реакція, то фахівець, приєднуючись, також знаходиться в русі, поступово сповільнюючи темп. 4. Фахівець повертає постраждалого в «тут і зараз».

 5. Фрази-інтервенції, що вимовляються фахівцем, повинні бути чіткими, короткими, впевненими і нести посил: «Я з Вами, Ви не один...Я можу Вам допомогти».

6. Обов’язково представитися: «Я.. ім’я ... фахівець з надання допомоги в кризових ситуаціях ... Волонтер організації ... Я знаю як надавати допомогу в подібних ситуаціях».

7. Сфокусувати постраждалого насамперед на фізичних відчуттях. Наприклад: взяти його за руку і попросити потиснути вашу руку. Тим самим фахівець сприяє поверненню контролю постраждалому і активізує здатність до відчуття свого тіла.

8. Для встановлення ефективнішого контакту, використовуйте техніку «Трьох Так»: Задайте послідовно три простих питання, що відносяться до фактів, на які постраждалий з великою часткою ймовірності дасть чітку відповідь.

9. За можливості зверніться із запитанням, що передбачає вибір, або проханням, яке постраждалий у змозі виконати. Наприклад: налити в склянку води для себе, вибрати що він хоче пити – чай або каву, розповісти куди він піде, як тільки відчує себе краще.

10. Уникайте конфронтації, підтримуйте будь-які позитивні зміни в поведінці постраждалого, заохочуючи словами і жестами.

11. Будьте поруч з людьми, але дотримуйтеся необхідної дистанції з урахуванням віку, статі, культури.

12. Покажіть своїм виглядом, що уважно слухаєте того, хто говорить, наприклад, киваючи головою або промовляючи короткі підтверджуючі репліки

13. Будьте терплячим і спокійним.

14. Надавайте фактичну інформацію, якщо вона у вас є. Чесно кажіть, що знаєте, а чого не знаєте: «Я не знаю, але намагатимусь для вас дізнатися»

15. Надавайте інформацію простими словами.

16. Пам’ятайте, що з постраждалими людьми необхідно спілкуватися, як із нормальними людьми, а не як із неповносправними чи пацієнтами. Необхідно підтримувати в них впевненість у тому, що їхній стан нормалізується.

17. Наприкінці зосередьтеся на досвіді людини в подоланні стресових ситуацій. Зверніться до її досвіду – як у минулому вона долала стреси, що саме допомагало їй впоратися.

18. Забезпечте постраждалого інформацією про можливі стани після травматичної події, місця і телефони фахівців, до яких він може звернутися в разі потреби.

Допомога людям із хронічними захворюваннями чи інвалідністю:

- допоможіть дістатися безпечного місця;

- допоможіть задовольнити базові потреби;

- розпитайте людину про її захворювання, чи приймає вона постійно якісь ліки.

Спробуйте допомогти їй дістати ці ліки або отримати доступ до закладів охорони здоров’я, якщо вони є;

- залишайтеся поруч з людиною, а якщо вам треба піти, переконайтеся, що поруч є хтось, хто їй допоможе.

Подумайте про можливість направити цю людину до організації з питань захисту або іншої служби підтримки, яка зможе надавати їй необхідну допомогу довгостроково.

Проінформуйте їх, як вони можуть отримати доступ до наявних послуг.

При наданні ППД заборонено:

- змушувати людину розповідати про те, що з нею відбулося;

- перебивати і квапити співрозмовника (наприклад, дивитися на годинник, говорити занадто швидко);

- торкатися до людини, якщо немає впевненості про те, чи прийнято це в її культурному середовищі;

- давати оцінки тому, що людина зробила або не зробила, або її емоціям;

- вигадувати того, чого не знаєте;

- використовувати занадто спеціальні терміни;

- давати помилкові обіцянки;

- переказувати співрозмовнику почуте від інших;

- розповідати про свої власні труднощі;

- думати і діяти так, немов зобов’язані вирішити за іншого всі його проблеми;

- позбавляти людину віри у власні сили і здатність самій подбати про себе;

- описувати людей, використовуючи негативні епітети.

Найпростіші прийоми ППД. Нормалізації дихання. Зверніть увагу на глибоке дихання, на відчуття потоків повітря у ніздрях. (Можна виконувати вправи для нормалізації дихання разом із людиною, якій надаєте допомогу.) Використовувати воду. Дайте постраждалому питної води (бажано не газованої і не кип’яченої). Запропонуйте випити склянку води маленькими ковтками (40 ковтків), при цьому слід подумки рахувати (після кожного ковтка). Кожного разу, ковтнувши воду, потерпілий має робити короткий вдих і довгий видих. Скажіть, що потрібно зосередитися на відчуттях. Запропонуйте потерпілому занурити у воду долоні. Якщо дозволяють умови – нехай умиється, помиє руки й ноги. Якщо ж такої можливості немає, можна змочити холодною водою хустинку, потримати її в руках, витерти чоло, обличчя. Якщо є трав’яний чай, тобто те, що дає легкий заспокійливий ефект, то це можна застосовувати у разі надмірного збудження чи навпаки – завмирання.

ППД полягає у тому, щоб виявити людей, які потребують допомоги, зорієнтуватися в тому, які в них потреби, і допомогти задовольнити їх з дотриманням безпеки, захисту прав і гідності людей та етичних норм.

Допомогти людям емоційно опанувати проблеми:

- Допоможіть людям проаналізувати їхні нагальні потреби, самим визначити першочергові з них та задовольнити їх (наприклад, запропонуйте людині подумати, що їй потрібно просто зараз, а що можна відкласти на потім). Можливість вирішити хоча б частину питань дає людині почуття контролю над ситуацією і зміцнює її спроможність справитися з нею.

- Допоможіть людям згадати, хто їм слугує опорою в житті, наприклад, друзів або родичів, які здатні допомогти їм у складній ситуації.

- Дайте людям практичні поради із задоволення їхніх нагальних потреб (наприклад, поясніть, як зареєструватися, щоб отримати продовольчу або матеріальну допомогу).

- Попросіть людину згадати, як вона справлялася з важкими ситуаціями у минулому і запевніть її, що вона зможе впоратися і з цією ситуацією.

- Спитайте, що допомагає людині почуватися впевненіше і порадьте їй застосовувати позитивні стратегії опанування (копінгу) та уникати негативних. Допомогти зорієнтуватися.

У кризовому стані людина дезорієнтована, їй необхідно допомогти зорієнтуватися, повернутися в реальність, у стан «тут і тепер».

Для цього потрібно:

1) дати чітку інформацію про ситуацію, місце і час;

2) чітко відповідати на всі запитання;

3) уважно, не перебиваючи, вислухати.

Слова і фрази мають відповідати конкретній ситуації. Можна обмежитися однією чи двома фразами, якщо після них стан стабілізувався. – Місце. Нагадайте людині, де вона знаходиться. – Дата. Нагадайте, яка зараз дата (день, час). – Безпека. Скажіть, що зараз безпечно. – Відмінності. Зверніть увагу, як те, що відбувається зараз, відрізняється від травмівної події. – Доречна дія в конкретній ситуації. Якщо людині важко зорієнтуватися, можна запропонувати їй щось зробити.

Вправа для самоблокування. Запропонуйте постраждалому покласти одну руку собі на серце, а іншу – на живіт і описати відчуття в цих місцях (спочатку в одному, а потім в іншому).

Поглажування серця. Попросіть людину помістити свої пальці над центром грудної клітки, на 2,5 см нижче від ключиці, й обережно перемістити їх прямо вниз на 10 см.

Повторювати такий рух потрібно доти, поки не буде досягнуто відповідного терапевтичного ефекту. Рух схожий на ніжне погладжування кота.

П’ять відчуттів. Попросіть постраждалого назвати щось для кожного з п’яти відчуттів: те, що можна побачити, почути, понюхати, доторкнутися, покуштувати.

Сила тяжіння. Попросіть людину відчути, як ноги доторкаються до підлоги, тіло – до стільця. Скажіть: «Відчуйте тиск від того, що ваше тіло доторкається до стільця». Дотик. Попросіть у потерпілого дозволу покласти свою руку на його плече, руку чи коліно. Такий дотик може допомогти йому «заземлитися» і врегулювати свій стан. Якщо потрібно, станьте опорою для нього, нехай він зіпреться на вас. Тиск. Натисніть своїми руками на коліна, ноги чи плечі потерпілого, щоб допомогти йому відчути себе заземленим. Використайте свої ноги, щоб м’яко, але твердо натиснути на його ноги. Попередньо запитайте в нього дозволу. Речі, що допомагають «заземленню», стабілізації стану Тактильні об’єкти. Дайте людині предмет, який можна добре відчути.

Закінчення надання ППД: те, коли і як припиняють надання допомоги, залежить від умов кризи, ролі психолога, потреб потерпілих та потреб і стану самого психолога.

**РОЗДІЛ 2**

**ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ стратегій психотерапевтичної допомоги при функціональних порушеннях ритму серця як соматоформного розладу**

**2.1. Організація та методи дослідження структури стресового епізоду у осіб з функціональними порушеннями ритму серця**

У підрозділі визначаються індикатори дослідження; пропонується схема емпіричного дослідження; обґрунтовується вибір психодіагностичного інструментарію.

Для організації дослідження і визначення його індикаторів складові стресового епізоду були систематизовані в колі адаптаційних психоеволюційних прототипів.

Адаптаційне коло, побудоване на основі психоеволюційної теорії Р. Плутчика, дослідженні механізмів психологічного захисту Є.С. Романової, Л.Р. Гребеннікова, теорії моторних полів Д. Боаделлі, систематизації адаптивних патернів С.В. Васьківської, демонструє співвідношення базових емоцій, механізмів психологічного захисту і копінгів, та процесуальну складову проживання стресової ситуації.

Кожен із сегментів адаптаційного кола відповідає певному адаптаційному прототипу поведінки.

Адаптаційний прототип, в основі якого лежить біорегулятивний процес інкорпорації та емоція прийняття є першим в розгортанні адаптаційного кола. Наступним йде прототип уникнення з емоцією страху і так далі до ускладнення реакцій.

Відповідно останні адаптаційний прототип є найбільш розвиненим.

Вісім адаптаційних патернів обумовлюють вісім змістовних патернів реагування на стресову подію, які в динаміці дозволяють адаптивно прожити будь-який стрес.

Перші два прототипи є найбільш ранніми, саме тому вони кардинально впливають на всі щабелі трансформації, задаючи напрям як емоційного, так і поведінкового реагування.

В рамках понять асиміляції – акомодації (Ж. Піаже), можна говорити, що одна частина пов’язана з асиміляцією досвіду людиною, а інша – з акомодацією.

Таким чином, складові стресового епізоду теж набувають асимілятивного та аккомодативного характеру.

Це стосується всіх його елементів – емоцій, механізмів психологічного захисту, копінгів.

Порушення перебігу реагування та збій складових стресового епізоду призводить до порушення адаптації людини.

Ці порушення викликають напруження та потребують значних ресурсів для подолання стресової ситуації.

Специфіка конфігурації афективно-когнітивних складових стресового епізоду, їх взаємозв’язок та інтенсивність обумовлюють той чи інший тип захворювання.

За припущеннями найбільш вразливими патернами у осіб з функціональними порушеннями ритму серця, будуть патерни, засновані на емоціях горя та страху.

Дослідження структури стресового епізоду складалося з двох блоків.

Завданням першого блоку було виявлення зв’язків між складовими стресового епізоду в межах адаптаційних прототипів, план – багатомірне кореляційне дослідження (В. Дружинін).

Завданням другого блоку було визначення особливостей складових стресового епізоду у осіб з різними видами функціональних порушень ритму серця та порівняння їх з відносно здоровими особами, відповідно був використаний план дослідження порівняння статистичних груп (В. Дружинін).

Дослідження проводилося в три етапи.

На першому етапі здійснювався відбір респондентів.

На другому етапі проводилося інтерв’ю, респонденти відповіли на питання стандартизованих методик.

На третьому етапі результати піддалися якісній та кількісній обробці, була проведена математико-статистична обробка даних згідно завдань дослідження, розроблена загальна стратегія психотерапевтичної допомоги особам з функціональними порушеннями ритму серця.

При доборі методик дослідження, насамперед, бралися до уваги концептуальна обумовленість методу, критерії високої валідності та надійності, що забезпечувалися підбором методик, спрямованих на одержання якісних та кількісних характеристик.

**2.2. Дослідження структури стресового епізоду у осіб з функціональними порушеннями ритму серця**

Підрозділ містить характеристику досліджуваної вибірки, докладний опис отриманих даних та їх інтерпретацію, стратегію психотерапевтичної допомоги хворим з функціональними порушеннями ритму серця.

У дослідженні особливостей афективно-когнітивного реагування в рамках стресового епізоду у хворих на ФПРС брали участь 29 осіб.

З них 19 респондентів (основна група) були об’єднані загальною ознакою – наявність ФПРС.

10 респондентів склали контрольну групу – відносно здорових людей.

У групу відносно здорових людей відбиралися досліджувані, які не мали жодних хронічних захворювань, не мали скарг на стан здоров’я та вважали себе здоровими.

Контрольна група була рандомізована з основними за статтю та віком.

За представленістю діагнозів основна вибіркова сукупність була поділена на 3 групи:

- функціональна тахікардія (синусова та пароксизмальна) (34% осіб) (для другого блоку дослідження – аналізу статистичних груп – дана група була представлена 32 респондентами),

- функціональна екстрасистолія (33% осіб),

- ВСД за кардіотипом з порушеннями ритму серця (33% осіб).

Розподіл вибірки за діагнозом був важливим перш за все в сенсі вивчення особливостей афективно-когнітивних складових стресового епізоду у осіб з функціональними порушеннями ритму серця.

Кожна з груп є репрезентативною.

Досліджувані всіх чотирьох груп порівняння пройшли повну діагностичну процедуру.

Аналіз тематики стресових ситуацій, згаданих особами з функціональними порушеннями ритму серця в процесі інтерв’ю, дозволив виявити, що найбільш значущими та емоційно насиченими були ситуації в зоні міжособистісних стосунків.

56% хворих вказали на розвиток захворювання після ситуацій, пов’язаних з «втратою об’єкту» (Г.Фрайберг).

Негативна направленість стресових ситуацій значно переважає над позитивною (72% проти 17%).

Згадані стресові ситуації для осіб з функціональними порушеннями ритму серця були значимі, емоційно насичені, їх розв’язання часто не піддавалося контролю.

Хворим з функціональними порушеннями ритму серця притаманні дисфункціональні схеми мислення (ДСМ) наступних типів:

а) «очікування негативних подій у майбутньому» (19%);

б) «незмінно негативна інтерпретація подій» (11%).

Дані схеми ускладнюють асиміляцію та аккомодацію травматичного досвіду.

Достатньо вираженими є ДСМ:

а) «я повинен все контролювати» (15%);

б) судження типу «належно» і «слід» (14%);

в) повиннісні судження (9%).

Драматизація ситуації, очікування поганого, викликає у осіб з функціональними порушеннями ритму серця тривогу, при цьому занадто виражені догматичні схеми типу «належно», «слід» задають їй внутрішній напрям, вона витісняється і придушується людиною.

Зазначені ДСМ дозволяють припустити, що хворим з ФПРС притаманний конфлікт між бажанням бути соціально «правильним» і прийнятим з одного боку, і недовірою до світу та інших людей з іншого боку.

У осіб з функціональними порушеннями ритму серця найбільший прояв мають емоції подиву (74%), горя (53%), страху (21%).

Подив, горе, страх знаходяться в нижній частині адаптаційного кола, яка характеризує процес асиміляції.

Згідно адаптаційних прототипів ці емоції передують функціонально більш зрілій біологічній поведінці.

Реагуючи подивом, особи з функціональними порушеннями ритму серця в більшості випадків проявляють «пасивне» реагування за природним типом.

Значний прояв емоції горя пов'язаний з переважанням серед згаданих особами з функціональними порушеннями ритму серця ситуацій, що відносяться до «втрати об’єкту».

Проявлена в певному відсотку емоція страху свідчить про невміння адекватно проживати стресові ситуації, адже страх є внутрішнім бар’єром на шляху подолання людиною стресу.

Згідно перебігу емоцій, особи з функціональними порушеннями ритму серця не готові до активної боротьби, що веде до розв’язання стресової ситуації.

Про це свідчать недостатньо проявлені емоції відрази (11%) та гніву (13%), а також до її усвідомлення і прийняття – слабкий прояв радості (11%) та прийняття (15%).

Враховуючи, що емоції досліджувалися ретроспективно, за згадками, не проявлені емоції радості, гніву та відрази опосередковано можуть свідчити про витіснення даних емоцій.

 Їх незначний прояв свідчить про недостатньо розвинені вміння будувати стосунки, взаємодіяти.

При цьому невміння будувати стосунки, «приймати» людей провокує внутрішній конфлікт і «змушує» реагувати протилежними емоціями – подивом, горем.

Низький прояв гніву і «блокуючі» висловлювання під час інтерв’ю, на кшталт «я дуже мирна людина», «я ніколи не сварюся», «я не люблю кричати, підвищувати голос», свідчать, що особи з функціональними порушеннями ритму серця не усвідомлюють «внутрішню агресивність», тобто бояться її виплеснути і тамують гнів всередині, аби не наразитися на конфлікт з оточуючими.

Серед МПЗ у осіб з функціональними порушеннями ритму серця переважають:

а) заперечення (68%);

б) реактивне утворення (55%).

Значний прояв зазначених МПЗ при незначних базових емоцій прийняття (15%) та радості (11%), з якими вони пов’язані в адаптаційному колі, може свідчити про сформовані механізми блокування цих емоцій.

 Низький прояв МПЗ витіснення (41%), що пов’язаний з емоцією страху, свідчить про невміння респондентами регулювати зазначену емоцію.

Незначний прояв витіснення у осіб з функціональними порушеннями ритму серця скоріше за все є основою конфлікту між соціально прийнятними нормами та бажаннями індивіда.

Найменший прояв має заміщення (17%), при цьому низькі його показники є найбільш вираженими (49%).

 Незначний прояв гніву (13%) і незначний прояв заміщення (17%) може свідчити про конверсію агресивних тенденцій в тіло, тобто про руйнівний напрям емоції.

Виявлено, що особам з функціональними порушеннями ритму серця притаманні наступні копінг-стратегії:

а) пошук соціальної підтримки (71%),

б) уникнення (64%),

в) обережні дії (62%).

Пошук соціальної підтримки є адаптивною копінг-стратегією, через спрямовання на пошук інформації та на зниження емоційного напруження.

 Проте, пошук соціальної підтримки, є пасивною стратегією по своїй суті, бо не переходить в активні дії – вступ у соціальний контакт виражений незначно (23%).

Стратегія обережні дії (62%) є протилежною до стратегії вступ у соціальний контакт (23%), згідно розташування в адаптаційному колі, і допомагає регулювати емоцію відрази.

Небажання демонструвати негативне ставлення до людей, а також небажання вступати у соціальний контакт провокує обережні дії.

Результати дослідження копінгів у осіб з функціональними порушеннями ритму серця свідчать, що незначно проявлені копінги, спрямовані на розв’язання ситуації та на регулювання емоційного стану. Так, низький рівень прояву мають копінги: асоціальна поведінка (53%) та впевнені незалежні дії (51%).

Впевнені незалежні дії є копінгом протилежним в адаптаційному колі до копінгу пошук соціальної підтримки. Відповідно емоція інтересу протилежна горю. В переживанні горя у людини знижується пізнавальна активність. Саме це блокує пошук інформації та планування подолання ситуації.

Кореляційний аналіз показав, що модель структури стресового епізоду потребує корекції. Було виявлено лише один зв'язок між базовими емоціями та МПЗ (інтерес та інтелектуалізація r=,409.

Доросла людина переважно реагує заміщеними емоціями, як складними комплексами. Можна припустити, що особи з функціональними порушеннями ритму серця інтерпретували згадану базову емоцію як деякий «звичний набір відчуттів», набутий для себе в процес життєдіяльності.

Зважаючи, що МПЗ є природними, автоматичними компонентами, відсутність зв’язку між ними та базовими емоціями за ретроспективним сприйняттям може свідчити про не відповідність МПЗ заміщеним («соціалізованим») емоціям.

Тобто, МПЗ є механізмами реагування за природним біологічним типом, які з набуттям досвіду людиною стають не адаптивним.

Свідченням цього є значна кількість зв’язків, виявлених між базовими емоціями та копінгами (горе та пошук соціальної підтримки, проекція та обережні дії, заміщення та агресивна поведінка, прийняттям та вступ у соціальний контакт).

Тому, другий напрям реагування в структурі стресового епізоду дорослої людини (емоції - когнітивні схеми мислення - копінги) є переважаючим, соціалізованим і усвідомлюваним.

Він дозволяє людині корегувати поведінку, сприяє підвищенню адаптації та конструктивному розв’язанню стресової ситуації.

Кростабуляція дозволила виявити складові стресового епізоду, що пов’язані з розвитком функціональних порушень ритму серця.

До них відносяться: емоції страху, відрази, радості, гніву; МПЗ витіснення, заміщення, інтелектуалізації; копінги соціальний контакт, імпульсивні дії, уникнення, непрямі, асоціальна поведінка, агресивна поведінкою, впевнені незалежні дії.

Емоції, що пов’язані з функціональними порушеннями ритму серця мають відносно низький рівень прояву. Тобто, витіснені або не проявлені в достатній мірі страх, відраза, радість, гнів сприяють виникненню хвилювання, депресії, внутрішніх конфліктів, які, в свою чергу, викликають «напруження» організму на соматичному рівні і при хронічному характері провокують функціональні, а в подальшому і органічні зміни в серці.

Інтелектуалізація, як найбільш розвинений і пізній МПЗ, що пов'язаний з адаптивною емоцією інтересу, сприяє переведенню «внутрішньої енергії», накопиченої за рахунок страху, гніву у осмислення та усвідомлення.

Таким чином, інтелектуальне розуміння емоцій веде до зниження напруги і в свою чергу до зменшення ризику виникнення функціональних порушень ритму серця. Значна кількість виявлених зв’язків копінгу і функціональних порушень ритму серця неодноразово підтверджує наявність специфіки структури стресового епізоду за напрямом «емоція – КСМ – копінг».

Тобто, усвідомлення власної поведінки, власних відчуттів, активна адаптивна протидія стресу у дорослої людини сприяє зниженню напруги і в меншій мірі провокує реагування на соматичному рівні.

Порівняння основних і контрольної груп за t-критерієм Стьюдента виявило, що основою неадекватного проживання стресового епізоду у осіб з функціональними порушеннями ритму серця в порівнянні з групою відносно здорових осіб є емоційне реагування.

Існує різниця між групами осіб з функціональними порушеннями ритму серця та відносно здоровими в реагуванні всіма базовими емоціями, окрім гніву.

Проведене порівняння між групами досліджуваних з різними типами функціональних порушень ритму серця за t-критерієм Стьюдента виявило різницю в прояві емоції горя у хворих з тахікардією та хворих з екстрасистолією.

В прояві всіх інших базових емоцій між групами осіб з функціональними порушеннями ритму серця різниці не існує. Існує різниця у прояві МПЗ заміщення між хворими з тахікардією та хворими з екстрасистолією.

Тахікардія в більшій мірі є реакцією організму за біологічними типом. Прискорення ритму серця є звичною реакцією при хвилюванні, яке може супроводжувати багато емоцій. Виявлена різниця в прояві копінгів між групою хворих з екстрасистолією та групами хворих з тахікардією, ВСД за каріотипом з порушеннями ритму серця.

Для хворих з екстрасистолією копінги набувають найбільш важливого значення при подоланні стресової ситуації.

Порівняння високих показників прояву емоцій, МПЗ та копінгів у осіб з функціональними порушеннями ритму серця та відносно здоровими людьми виявило, що:

а) особам з функціональними порушеннями ритму серця в більшій мірі притаманне реагування негативними емоціями – подивом, горем, страхом – на стресові події.

У відносно здорових людей навпаки більший прояв мають позитивні емоції – радість, інтерес, прийняття.

б) особам з функціональними порушеннями ритму серця в більшій мірі притаманні незрілі МПЗ нижньої частини адаптаційного кола.

І навпаки, у відносно здорових людей більше проявляються МПЗ верхньої частини кола, винятком є компенсація.

в) в обох вибірках переважають копінги нижньої частини адаптаційного кола, які є більш ранніми та пасивними.

Проте їх прояв більш значний у осіб з функціональними порушеннями ритму серця.

г) у осіб з функціональними порушеннями ритму серця більший прояв мають складові стресового епізоду нижньої частини адаптаційного кола, що свідчить про переважання процесів асиміляції над процесами акомодації і може бути опосередкованим свідченням особистісної незрілості осіб з функціональними порушеннями ритму серця.

Найбільш «навантаженим» сегментом адаптаційного кола у осіб з функціональними порушеннями ритму серця є сегмент емоції горя.

В ньому три компонента стресового епізоду: базова емоція (горе 53%), МПЗ (компенсація 48%), копінг (агресивні дії 37%) високого рівня.

Це характеризує його як центральний у адаптаційному колі для хворих з ФПРС. Тобто найбільш виражена структура стресового епізоду у осіб з функціональними порушеннями ритму серця має вигляд: горе – компенсація – пошук соціальної підтримки.

Дослідження структури стресового епізоду дозволило розробити загальну стратегію психотерапевтичної допомоги особам з функціональними порушеннями ритму серця.

Вона полягає у роботі зі складовими стресового епізоду.

Основними задачами є корекція дисфункціональних схем особистості, які є основою подальшого реагування на стрес; усвідомлення витіснених емоцій та формування адаптивних копінгів.

# **2.3. Особливості когнітивних порушень та якості життя при функціональних порушеннях ритму серця як соматоформного розладу**

Визначення ролі емоційного фактору у виникненні та прогресуванні соматичних розладів, а також протилежний процес – виникнення розладів психоемоційної сфери як відповідь на гостре чи хронічне захворювання внутрішніх органів, набуває особливої важливості на сучасному етапі, коли відбувається збільшення частоти різних психічних розладів як в усьому світі, так і в Україні.

На сучасному етапі розвитку науки значно зріс інтерес до психічного та психологічного стану хворих, які страждають на різні соматичні захворювання. Ці захворювання з об`єктивних чи суб`єктивних причин змінюють рівень психічних можливостей діяльності людини, обмежують коло контактів з оточуючими і тим самим змінюють її «внутрішню позицію» по відношенню до всіх обставин життя. За сучасними уявленнями, розподіл хвороб на соматичні, психічні, психосоматичні і соматопсихічні є умовним.

При будь-якому з названих розладів відбувається порушення діяльності організму людини по типу своєрідного «хибного кола» та множинні зміни на всіх етапах розвитку хвороби.

Захворювання серцево-судинної системи залишаються актуальною проблемою медицини у зв’язку із значною поширеністю та смертністю, які, незважаючи на значні зусилля лікарів із профілактики та лікування, продовжують залишатися високими.

Серед захворювань серцево-судинної системи найбільшу увагу до себе привертають гіпертонічна хвороба та ішемічна хвороба серця, оскільки поширеність та пов`язані з ними ускладнення складають левову частку у структурі інвалідності та смертності.

Враховуючи вищезазначене, велику увагу потрібно надавати виявленню, своєчасному попередженню та адекватному лікуванню психосоматичних розладів, у тому числі визначенню їх психологічних особливостей,  що може бути значущим у профілактиці розвитку та прогресування захворювань серцево-судинної системи.

Для дослідження когнітивних функцій, застосували методики Міні-Ког (Mini-Cog), FAB («Батарея лобової дисфункції», англ. Frontal Assessment Batter), MMSE (Mini-Mental Status Examination). Якість життя оцінювали за допомогою опитувальника ВООЗЯЖ-100.

Методика Міні-Ког - завдання на пам’ять (запам’ятовування та відтворення) та тест малювання годинника. Про наявність когнітивних порушень свідчить нездатність згадати після підказки хоча б одне слово чи помилки при малюванні годинника.

Виконання тесту займає не більше 3-5 хв. Інтерпретація результатів тесту також вкрай проста: якщо пацієнт не може відтворити хоча б одне з трьох слів або допускає суттєві помилки при малюванні годинника, з високим ступенем ймовірності можна говорити про те, що він має порушення когнітивних функцій. Результати тесту оцінюються лише якісно (є когнітивні порушення чи їх нема), за 10-бальною шкалою, де 10 балів – норма (намальований круг, цифри в правильних місцях, стрілки показують заданий час).

Якщо результат менше 9 балів, слід говорити про наявність виражених порушень пам’яті. У дослідженні когнітивні порушення виявлено у 75,9% опитаних хворих обох груп, причому у 6,4% вони досягали рівня деменції. Легкі розлади когнітивної функції спостерігали – у 51,4% хворих першої групи (поєднання ГХ та ІХС) та 58,3% хворих другої групи (ГХ).

Легкі дисфункції когнітивних процесів описувалися самими хворими як «труднощі зосередження», «сповільненість реакції», «втомлюваність» тощо. У структурі розумових розладів переважали виснажуваність розумової діяльності, зниження продуктивності розумових операцій до повного розпаду функцій узагальнення, аналізу, синтезу, порівняння, зниження швидкісних характеристик.

Помірні когнітивні порушення спостерігалися у 37,14% пацієнтів першої та 41,7% пацієнтів другої груп.

Виявлені порушення у різних формах пізнавальної діяльності – зорово-просторова орієнтація, узагальнення, пам’ять, копіювання геометричних фігур, виконання інструкції, письмо, увага і рахування.

В той самий час, такі когнітивні функції як повторення, орієнтування в часі і місті, називання предметів, хапальні рефлекси майже у всіх пацієнтів знаходились у межах норми.

Методику «Батарея лобової дисфункції» було розроблено для виявлення деменції з переважним ураженням лобових долей або підкіркових утворень мозку. 16-18 балів відповідають нормальній лобовій функції.

Батарея лобової дисфункції нижче 11 балів підтверджує наявність лобової деменції. Середній результат в нашому дослідженні становив 14,53 бали для хворих першої групи та 15,11 для хворих другої групи, що відповідає значенням помірної лобової дисфункції.

Методика MMSE. Максимальний показник у цьому тесті 30 балів, що відповідає найвищим когнітивним здібностям. Чим менше результат тесту, тим більш виражений когнітивний дефіцит: 28-30 балів свідчить про відсутність когнітивного дефіциту, 24-27 балів - помірні когнітивні порушення, 20-23 балів - деменція легкого ступеня вираженості, 11-19 балів відповідає деменції помірного ступеня вираженості, 0-10 балів - важка деменція.

За шкалою MMSE, у досліджуваних хворих відзначено зменшення об’ємів вербальної пам’яті та рахункових операцій, порушення в сфері уваги, ознаки дисфункції лобних часток (імпульсивність, некритичність).

Порушення пам’яті у обстежених хворих поєднувалось з іншими когнітивними розладами - дефектами стійкості і переключення уваги, порушенням критики, поведінки.

У першу чергу страждала короткочасна пам’ять, зменшувався її об’єм, виявлялося підвищення гальмування слідів короткочасної пам’яті.

Середні значення шкали короткого дослідження психічного стану MMSE становили 24,23±3,02 балів, що свідчить про поширеність легких когнітивних порушень у обстежених пацієнтів.

Слід зазначити, що серед представників чоловічої статі частіше зустрічалися легкі когнітивні порушення (47,37%), ніж помірні (15,79%), тоді як у жінок превалюювали помірні розлади когнітивної функціїї (27,27% проти 45,45%). З

а результатами нашого дослідження деменція спостерігалася частіше у жінок (18,18%), ніж у чоловіків (10,53%).

Опитувальник якості життя ВООЗЯЖ-100 - багатовимірний інструмент, що дозволяє отримати як оцінку якості життя респондента в цілому, так і зробити приватні оцінки по окремих сферах і субсферах його життя.

За допомогою опитувальника здійснювали оцінку шести великих сфер ЯЖ: фізичні функції, психологічні функції, рівень незалежності, соціальні відносини, навколишнє середовище та духовна сфера, а також безпосередньо вимірюємо сприйняття респондентом своєї якості життя і здоров’я в цілому.

При аналізі даних показників якості життя виявилося, що у хворих першої та другої груп дослідження загальний показник якості життя, показники фізичної сфери, рівня незалежності, соціальних взаємовідносин достовірно істотно нижчі за показники контрольної групи.

Виявлений позитивний кореляційний зв’язок між показниками ЯЖ та важкістю захворювання та його психологічним сприйняттям (внутрішньою картиною хвороби).

У досліджуваних основних груп, на відміну від контрольної, виявлено істотні порушення рівня незалежності, який  відображається можливістю автономно існувати, забезпечувати та обслуговувати себе та визначається збереженням здатності самостійно пересуватися, справлятися з повсякденними справами і роботою, не залежати при цьому від прийому медикаментів та інших видів лікування.

Порушення соціального функціонування, яке включає в себе близькі особистісні стосунки людини, можливість надавати підтримку іншим людям та отримувати взаємність від них, задоволення сексуальних потреб, було виявлене в респондентів обох основних груп дослідження, з тенденцією до більшого вираження у хворих першої групи.

У хворих обох основних груп дослідження спостерігалися порушення сну та відпочинку, пізнавальних функцій, можливостей для набуття нової інформації і навичок, сексуальної активності, зниження самооцінки, працездатності, можливостей для відпочинку і розваг, соціальної підтримки, зменшення ваги особистих переконань у розумінні життєвих труднощів.

Усі хворі відзначали недостаній рівень медичної та соціальної допомоги.

Погіршення ЯЖ, спричинене сполученням ГХ та ІХС, виражалося в порушенні здатності виконувати повсякденні справи, у нестачі позитивних відчуттів, відсутності задоволеності своїм зовнішнім виглядом, у зниженні сексуальної активності, порушенні здатності брати участь у проведенні дозвілля, розваг та відпочинку, важкості отримання необхідної медичної та соціальної допомоги, і, як наслідок, порушенні загальної ЯЖ і стану здоров’я.

При психокорекції хворих на гіпертонічну хворобу та ішемічну хворобу серця необхідно пам’ятати не тільки про психологічні особливості пацієнтів, але й враховувати загальний стан здоров’я на данний момент.

Дуже обережно слід включати в заняття фізичні вправи, ігрові завдання, не перевантажувати когнітивну сферу, не завдавати зайвих стресів та нервувань.

До найбільш поширених методик психокорекції при ГХ та ІХС слід віднести психорелаксаційну терапію, в основі якої лежить використання різних психологічних прийомів для досягнення розслаблення (релаксації).

Впровадження програми психокорекції в реабілітаційний процес дозволяє зробити його більш ефективним, позитивно впливає на фізичне функціонування хворих, рівень незалежності.

Включення психологічного блоку в профілактичні програми сприяє формуванню більш усвідомленого ставлення пацієнтів до рекомендацій лікаря, підвищенню терапевтичної мотивації, створення позитивної установки на лікування, а також свідчить про загальний позитивний вплив психокорекції на якість життя хворих з максимальним позитивним зрушенням даних психологічної сфери і сфери соціальних відносин.

**2.4. Техніки та вправи для емоційної регуляції та саморегуляції станів при функціональних порушеннях ритму серця**

Дихання животом. Вдихаємо повітря через ніс, пропускаємо його під діафрагмою в живіт, затримуємо повітря, видихаємо через 2-3 секунди, і плавне, повільне дихання через рот в міру випорожнення легень.

 Заземлення. Знайти хвилину і подивитися довкола, щоб залишитися в безпосередній реальності та відчути землю під ногами (можна також напружити ступні, щоб відчути себе «ніби ми вросли» в землю).

Сканування тіла та сенсомоторне маркування. Усвідомити свої тілеснівідчуття і назвати їх (наприклад: напружений, зажатий, розслаблений тощо).

М’язова релаксація. Інколи тіло в стресовому стані завмирає, потрібно напружувати, а потім розслабляти м’язи.

Напруження м’язів після розслаблення буде зменшуватися в порівнянні з тим, з якого починали.

Заземлення під час стресу «5-4-3-2-1»: за допомогою органів чуття ми можемо впоратися з тривогою, відчути себе «тут і зараз», зосередившись на своєму тілі, спочатку робимо від 10 до 20 якомога глибших вдихів, затримуємо повітря на кілька секунд, далі повільно видихаємо; за допомогою зору знаходимо 5 речей, які можемо побачити навколо нас речі – квіти, сонечко, рідні, чашка, книжка тощо – роздивляючись які, отримуємо задоволення.

Беремо по черзі 4 речі, відчуваємо їх у руках та проговорюємо вголос те, що відчуваємо (наприклад: чашка – тепла, прозора, кругла, гладенька), також можуть бути домашні улюбленці; намагаємося почути звуки, на які ми раніше не звертали увагу (власне дихання, муркотіння котика, розмови дітей в іншій кімнаті тощо); за допомогою нюху намагаємося відчути приємний запах: кави, ароматного чаю, повітря тощо; відчути себе «тут і зараз» допоможе також проговорювання вголос відчуттів смаку (кислий, соковите, свіжа), інколи спробуємо просто воду, продукт (лимон, яблуко, хліб...).

 «Розчісуємо нерви» «Розчісуємо нерви» (накладання мислеформи на об’єкт). Ви лежите в ліжку, розчешіть себе.

Уявіть, що на якійсь відстані від вас ви бачите себе, свою фігурку, тільки маленьку. Уявляєте, що ця фігурка вкрита волоссям, як волосяна людина. І кожне волосся – не просто волосся, а ваша нервова клітина.

Уявіть, що всі ваші нервові закінчення по всьому вашому тілу є волосся. Волосся – це нерви (візуалізувати можна і з розплющеними очима).

Ідея в тому, що в якому стані на момент представлення знаходиться ваша нервова система, в такому стані знаходиться і ваше волосся (наприклад, ви уявляєте себе «волохастиком», і це волосся сплутане, сухе, брудне – це означає,що ваша нервова система відчуває певні проблеми.

Або це волосся може бути жирним, сальним, сплутаним, а може бути звичайним і навіть сіктися на кінцях). Ви уявляєте та утримуєте цей образ на якійсь відстані від вас.

Беремо свою провідну руку і уявляємо, що у нас в руці дуже м’яка, ніжна щітка для волосся. Намалюйте її такою, якою захоче ваша уява. І тепер починаємо цю фігурку розчісувати.

Дуже важливо робити саме фізичні рухи рукою (уявним гребінцем розчісуємо уявне волосся, але реальними рухами). Коли ви рухатимете цим гребінцем за уявним образом, ви відчуєте, що не просто ворушите рукою, а вона ніби продирається крізь щось.

І ви будете це відчувати у своєму фізичному тілі (можливо це будуть мурашки). Тобто ви впливаєте на вашу нервову систему.

Ви можете подумки крутити фігурку та розчісувати з різних боків (і на якомусь етапі ці відчуття підуть по спині, потім по передній частині тіла, по руках, по ногах… у районі мозку може відчуватись особливе зусилля, щоб продерти це все).

Далі уявляємо, що над нашою фігуркою відкривається душ, теплий та приємний. Тепер замість гребінця в руках шампунь (найкращий для цього цієї фігурки). І ми починаємо мити її – волосся стає пухнастим, воно в піні.... Відчуйте, що відбувається з вами. Увесь бруд змивається.

Погляньте, що теперу вашому тілі? Прибираємо візуалізацію душу і знову прочісуємо. Зверніть увагу, як змінилися відчуття? Насамперед відчуття від того, як ви проводите гребінцем по цьому «волохастику». Зазвичай гребінець іде легше. Спостерігайте, як виходять стреси.

 Техніка «Дихальні практики для зняття стресу та панічних атак» Сісти зручно біля стіни, витягнути спину. Скласти руки на «сонячному сплетінні» та опустити до них голову.

Дихати подихом квадрата: - вдих на 4 сек.; - затримка дихання на вдиху на 4 сек.;видих на 4 сек.; - затримка дихання на видиху на 4 сек.

Вправа «Вдих – видих» Сядьте зручно. Максимально розслабтесь. Зробіть глибокий вдих і короткий видих. Повторіть декілька разів.

Прислухайтесь до своїх відчуттів. Зробіть короткий вдих і глибокий видих. Повторіть декілька разів. Прислухайтесь до своїх відчуттів. Порівняйте свої відчуття після першого і другого типів дихання. Як ви себе відчуваєте після виконання вправи? Чи відчули ви відмінність між різними типами дихання?

Вправа «Повне дихання» Для виконання повного дихання потрібно сісти, випрямити спину, розслабитися. Видихніть, вдихніть і починайте розслабляти м’язи живота.

 Це призводить до наповнення легенів повітрям. Але на цьому вдих не закінчується. Продовжуйте активно вдихати повітря, поки не наповните грудну клітину (ви відчуєте, як вона збільшується в розмірах).

На мить затримайте дихальний цикл, а потім починайте повільно випускати повітря.

У міру вивітрювання повітря розслабляйте грудну клітину, втягуйте в себе живіт, буквально видавлюючи залишки повітря. Видих можна супроводжувати звуком «хм-м-м».

Вправа з китайської гімнастики. Зробіть три короткі носові вдихи без видихів. На перший вдих витягніть руки перед собою на рівні плечей. На другий вдих розведіть руки в сторони теж на рівні плечей.

На третій вдих підніміть руки вгору над головою. Зробіть довгий видих через рот, при цьому руки тримаєте за головою, пальці стиснуті в замок, лікті розслаблені. Вправу слід повторити п’ять-шість разів.

Рухлива вправа для зняття напруги «Все навпаки» Виконувати рухи услід за тим, хто проводить вправу, при цьому не повторювати їх, а робити все навпаки.

Якщо психолог підніме руку - потерпілий повинен опустити її; якщо розводить долоні - їх потрібно скласти; швидко махне рукою праворуч – повільно відведе руку ліворуч.

Глибоке та повільне дихання. Вдихаємо носом, видихаємо ротом. Робимо коротку паузу між вдихом та видихом. Видих має бути довшим, аніж вдих. Уявляємо, що надуваємо повітряну кульку і видихаємо довго та повільно ротом. Одного вдиху та видиху недостатньо (мінімум 3 хвилини). Пити воду маленькими ковтками, аби активувати рефлекс ковтання.

Це дуже важливий рефлекс, пов’язаний з нормалізацією роботи блукаючого нерву. Між ковтками робимо глибокий вдих та видих (мінімум 25 ковтків води). Намагаємось затримувати воду в роті.

Вправа «Африканські танці» Встаємо, згадуємо картинки з документальних фільмів про африканські племена, які танцюють навколо вогнища, та почергово вдавлюємо ноги в землю, згинаючи в коліні. Це не має бути красиво.

Можна навіть не підіймати стопи, а просто переносити вагу тіла з однієї ноги на іншу (мінімум 1 хвилину).

Вправа «Запах квітів». Запропонуйте дитині уявити, як вона відчуває запах квітки, глибоко вдихаючи через ніс і видихаючи через рот. Можна подумки уявити собі квітку.

Вправа «Маленький зайчик». Мов зайчик, який стрибає у саду, та нюхає все довкола, запропонуйте дитині зробити три швидкі вдихи через ніс і один довгий видих через рот.

Вправа «М’яч для зниження стресу». Створіть свій умовний м’яч для зниження стресу. Наприклад, наповніть мішечок, тканину, пластиковий пакет або повітряну кулю сухим просом або рисом. Якщо помітили, що дитина відчуває стрес, попросіть її стиснути утворений «м'яч», щоб зняти м’язову напругу.

Вправа «Солдат та ганчіркова лялька». Найпростіший і найнадійніший спосіб навчити дітей розслаблятися – це навчити їх чергування сильної напруги м’язів та наступного за ним розслаблення. Тому ця і наступна гра допоможуть вам це зробити в ігровій формі.

Запропонуйте дитині уявити, що вона солдат. Згадайте разом з дитиною, як потрібно стояти на плацу, витягнувшись у струнку та завмерши. Нехай гравець зобразить такого військового, як тільки ви скажете слово «солдат».

Після того, як дитина постоїть у такій напруженій позі, скажіть іншу команду: «ганчір’яна лялька».

Виконуючи її, хлопчик чи дівчинка мають максимально розслабитися, злегка нахилитися вперед так, щоб їх руки бовталися, ніби вони виготовлені з тканини та вати.

Допоможіть їм уявити, що все їхнє тіло м’яке, податливе. Потім гравець знову має стати солдатом.

Вправа «Насос та м’яч». Якщо ваша дитина хоч раз бачила, як м’яч, що здувся, накачують насосом, то йому легко буде увійти в образ та зобразити зміни, що відбуваються в цей момент із м’ячем.

Станьте навпроти один одного. Гравець, що зображає м’яч, має стояти з опущеною головою, мляво висячими руками, зігнутими в колінах ногами (тобто виглядати як не надута оболонка м’яча).

Дорослий тим часом збирається виправити це становище і починає робити такі рухи, ніби він тримаєнасос. Збільшуючи інтенсивність рухів насоса, «м’яч» стає все більш накаченим.

Коли у дитини вже будуть надуті щоки, а руки з напругою витягнуті в сторони, вдайте, що ви критично оцінюєте свою роботу. Поторкайте його м’язів і нарікайте на те, що ви перестаралися і тепер доведеться здувати м’яч. Після цього зобразіть висмикування шланга насоса.

Коли ви це зробите, «м’яч» здується настільки, що навіть впаде на підлогу. Примітка. Щоб показати дитині приклад, як грати надувного м’яча, краще спочатку запропонувати йому побути в ролі того, хто працює насосом. Тренер напружуватиметься і розслаблятиметься, що допоможе і йому відпочити, а разом і зрозуміти, як діє цей метод.

Вправа «Сніговик» Батько і дитина перетворюються на сніговиків: встають, розводять руки в сторони, надувають щоки і протягом 10 секунд утримують задану позу.

Дорослий каже: «А тепер визирнуло сонечко, його жаркі промені торкнулися сніговика і він почав танути». Гравці поступово розслабляються, присідають навпочіпки і лягають на підлогу.

Пальчикова гімнастика Запропонуйте дитині за допомогою пальчиків показати, як руки «стрибають», «радіють», «штовхаються», «кусаються», «тремтять», «бояться», «перемагають».

Вправа «Струшуємо зайве» Ви розповідаєте дитині, що однією з найскладніших перешкод у досягненні успіху є згадки про минулі невдачі, але за допомогою гри можна «скинути» невдачі.

Спочатку «обтрушуємо» долоні, лікті, плечі, потім ноги, від пальців до стегон. Трясемо головою. Потім «струшуємо» усе зайве з обличчя.

Вправа «Подорож на хмарі» Сядь зручніше і заплющ очі.

Глибоко вдихни і видихни. Я хочу тебе запросити у подорож на хмарі. Стрибни на білу пухнасту хмару, схожу на гору м’яких подушок. Відчуй, як твоя спина і ноги зручно вмостилися на цій великій хмарній подушці. Тепер починається подорож.

Твоя хмара вільно здіймається у синє небо. У небі високо і спокійно. Нехай хмара перенесе тебе в місце, де ти почуваєшся щасливим. Спробуй побачити це місце якомога 80 детальніше.

 Настав час повертатися. Злізь зі своєї хмари і подякуй їй за таку чудову подорож. А зараз спробуй намалювати місце, де ти почуваєшся спокійно і щасливо.

Орієнтація на психосоціальну складову якості житті хворих при реалізації психокорекційних програм дозволяє домогтися оптимізації показників якості життя і психологічного здоров’я.