

МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ им. В.П. АСТАФЬЕВА
(КГПУ им. В.П. Астафьева)

Факультет начальных классов
Кафедра педагогики и психологии начального образования

Буданова Олеся Михайловна

МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ

Тема: Интегративное индивидуальное психологическое консультирование взрослых как средство снижения психосоматических проявлений

Направление подготовки 44.04.02 Психолого-педагогическое образование -
Магистерская программа: Мастерство психологического консультирования

ДОПУСКАЮ К ЗАЩИТЕ:

Заведующая кафедрой

к.пс.н., доцент Мосина Н.А.

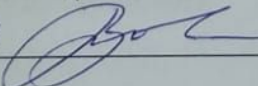
(ученая степень, ученое звание, фамилия,
инициалы)


(дата, подпись)

Руководитель магистерской
программы:

к.пс.н., доцент Сафонова М.В.

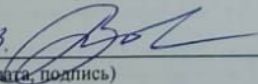
(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)

01.12.23 
(дата, подпись)

Научный руководитель:

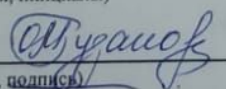
к.пс.н., доцент Сафонова М.В.

(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)

01.12.23 
(дата, подпись)

Обучающийся: Буданова О.М.

(фамилия, инициалы)

01.12.2023 
(дата, подпись)

Красноярск 2023

Содержание

Реферат.....	3
Введение	10
Глава 1. Теоретический анализ проблемы психосоматических заболеваний у взрослых.....	19
1.1. Проблема психосоматических заболеваний в психологической науке.....	19
1.2. Особенности психосоматических проявлений во взрослом возрасте.....	41
1.3. Возможности интегративного индивидуального психологического консультирования в снижении психосоматических проявлений у взрослых.....	63
Выводы по Главе 1.....	85
Глава 2. Экспериментальное исследование применения интегративного подхода в индивидуальном психологическом консультировании для снижения психосоматических проявлений у взрослого клиента.....	88
2.1. Методическая организация исследование и обсуждение результатов констатирующего эксперимента.....	88
2.2. Экспериментальная работа по реализации интегративного подхода в процессе индивидуального психологического консультирования по снижению психосоматических проявлений у взрослых.....	114
2.3. Результаты экспериментальной работы и их обсуждение.....	137
Выводы по Главе 2.....	146
Заключение.....	152
Список используемых источников.....	157
Приложения.....	163

Реферат

Диссертация на соискание степени магистра по направлению подготовки Психолого-педагогического образования «Интегративное индивидуальное психологическое консультирование взрослых как средство снижения психосоматических проявлений».

Цель исследования: теоретически обосновать и экспериментально проверить эффективность интегративного индивидуального психологического консультирования взрослых с психосоматическими проявлениями.

Объект исследования: процесс снижения психосоматических проявлений у взрослых клиентов.

Предмет исследования: интегративное индивидуальное психологическое консультирование как средство помощи взрослым, переживающим психосоматические проявления.

Гипотеза исследования заключается в том, что психологическое индивидуальное консультирование будет эффективным способом снижения психосоматических проявлений у взрослых если:

- 1) будет проведена серия встреч в форме индивидуального консультирования;
- 2) будут использованы техники индивидуальной терапии из разных подходов, помогающие идентификации и пониманию источника психосоматического проявления и стресса;
- 3) различные методы психотерапии, такие как когнитивно-поведенческая, эмоционально-образная и арт-терапии будут применены для развития стратегий управления стрессом, стабилизации эмоциональных и психологических аспектов, связанными с психосоматическими симптомами.

Теоретико-методологические основания исследования:

– концепции происхождения психосоматических расстройств (В.В. Аршавский, Н.Г. Гаранян, В.С. Ротенберг, А.Б. Холмогорова, Ф. Александер,

А. Бек, Д. Мейхенбаум, А. Митчерлих, Я. Л. Морено, М. Селигмен, З. Фрейд, А. Эллис и др.);

– основные положения возрастной психологии в области особенностей развития личности на этапе среднего возраста, (Л.С. Выготский, Д.Б. Эльконин, Э. Эриксон);

– исследования взаимосвязи эмоциональной нестабильности и образования психосоматических проявлений (А.Ф. Антропов, А.Е. Архангельский, Е.А. Бодагова, О.В. Бухтояров, Н.В. Говорина, Ж.Г. Дусказиева, Ю.С. Шевченко, Ф. Александер, Х.Ф. Данбар);

– исследования эффективности различных методов психотерапии у взрослых пациентов, страдающих тревожными и депрессивными расстройствами (Р.В. Кадыров, Е.В. Маркелова, А.С. Эльзессер, К. Граве).

Методы исследования:

1. Теоретические – анализ психологической литературы по проблеме исследования, обобщение.

2. Эмпирические – опросные методы (анкетирование, интервью), тестирование, формирующий эксперимент (индивидуальное консультирование).

3. Статистические – качественный и количественный анализ данных, методы математической обработки.

Экспериментальная база исследования: эксперимент проводился посредством личного (индивидуального) интегративного психологического консультирования. В нем принимали участие 10 взрослых клиентов (женщин) в возрасте 23 - 44 лет, не имеющих медицинских диагнозов, связанных с психосоматическими проявлениями.

Апробация результатов исследования проходила в ходе организации и проведения 80 индивидуальных консультаций. По теме исследования опубликовано 2 статьи в научных изданиях.

Теоретическая значимость исследования заключается в том, что рассмотрено и обобщено понятие психосоматические проявления у взрослых.

Выявлены наиболее информативные факторы, влияющие на их образование и развитие у взрослых: повышенные тревожные состояния, включая стресс и психологическую нагрузку. Нами разработаны и реализованы: клиническое интервью и анкета диагностики психосоматических проявлений.

Практическая значимость исследования заключается в разработке и реализации программы индивидуального психологического консультирования взрослых, страдающих психосоматическими проявлениями. Данный методологический подход объединяет различные психологические методы и техники, направленные на снижение психосоматических проявлений у взрослых.

Полученные теоретические и практические материалы могут найти свое применение в работе психологов, психотерапевтов, оказывающим психологическую помощь взрослым клиентам с психосоматическими проявлениями, что может значительно снизить интенсивность психосоматических проявлений у взрослых и улучшить их качество жизни.

Структура диссертации. Описание представляемого исследования включает введение, две главы, заключение, список использованных источников и приложения.

Во **Введении** обоснована актуальность выбранной темы работы, сформулированы объект и предмет, цель и задачи исследования, выдвинута гипотеза, уточнены научная новизна, теоретическая и практическая значимость исследования.

В **Главе 1** представлены теоретические основы нашего исследования. Рассмотрены научные подходы изучения психосоматических проявлений, выявлены и конкретизированы особенности их проявлений у взрослых. Представлен анализ возможности организации интегративного индивидуального консультирования для взрослых с такими проявлениями с целью предоставления им поддержки.

В **Главе 2** приведены особенности организации и реализации опытно-экспериментальной работы по теме исследования. Представлена методическая

организация исследования. Последовательно приведены результаты констатирующего этапа исследования, суть и характеристики формирующего этапа исследования, сведения, полученные в ходе контрольного этапа исследования. Сформулированы выводы на основе полученной информации.

Заключение представляет собой обобщение основных выводов, полученных в ходе выполнения работы по обозначенной проблеме, а также перспективы дальнейших исследований в данной области.

В **Приложениях** приведены схема клинического интервью, анкета диагностики психосоматических проявлений у взрослых, программа индивидуального консультирования, направленного на оказание психологической помощи взрослым людям с психосоматическими проявлениями, результаты диагностики на констатирующем и контрольном этапе исследования, протоколы консультаций, расчеты метода математической обработки.

Таким образом, в ходе теоретической и опытно-экспериментальной работы положения гипотезы получили подтверждение, задачи исследования решены, цель достигнута.

Abstract

Dissertation for a master's degree in the field of Psychological and pedagogical education «Integrative individual psychological counseling of adults as a means of reducing psychosomatic manifestations».

The purpose of the study: to theoretically substantiate and experimentally test the effectiveness of integrative individual psychological counseling for adults with psychosomatic manifestations.

Object of research: the process of reducing psychosomatic manifestations in adult clients.

Subject of research: integrative individual psychological counseling as a

means of helping adults experiencing psychosomatic manifestations.

The hypothesis of the study is that psychological individual counseling will be an effective way to reduce psychosomatic manifestations in adults if:

- 1) a series of meetings will be held in the form of individual counseling;
- 2) individual therapy techniques from different approaches will be used to help identify and understand the source of psychosomatic manifestation and stress;
- 3) various methods of psychotherapy, such as cognitive-behavioral, emotional-imaginative and art therapy will be used to develop strategies for coping with stress, stabilizing emotional and psychological aspects associated with psychosomatic symptoms.

Theoretical and methodological foundations of the study:

-concepts of the origin of psychosomatic disorders (V.V. Arshavsky, N.G. Garanyan, V.S. Rotenberg, A.B. Kholmogorova, F. Alexander, A. Beck, D. Meichenbaum, A. Mitcherlich, J. L. Moreno, M. Seligman, Z. Freud, A. Ellis, etc.);

-the main provisions of age psychology in the field of features of personality development at the stage of middle age, (L.S. Vygotsky, D.B. Elkonin, E. Erikson);

-studies of the relationship of emotional instability and the formation of psychosomatic manifestations (A.F. Antropov, A.E. Arkhangelsky, E.A. Bodagova, O.V. Bukhtoyarov, N.V. Govorina, J.G. Duskazieva, Y.S. Shevchenko, F. Alexander, H. F. Dunbar,);

-studies of the effectiveness of various methods of psychotherapy in adult patients suffering from anxiety and depressive disorders (R.V. Kadyrov, E.V. Markelova, A.S. Elsesser, Karl Grave).

Research methods:

1. Theoretical – analysis of psychological literature on the problem of research, generalization.

2. Empirical – survey methods (questionnaires, interviews), testing, formative experiment (individual counseling).

3. Statistical – qualitative and quantitative data analysis, methods of

mathematical processing.

Experimental basis of the study: the experiment was conducted through personal (individual) integrative psychological counseling. It was attended by 10 adult clients (women) aged 23 - 44 years, who do not have medical diagnoses related to psychosomatic manifestations.

The approbation of the results of the study took place during the organization and conduct of 80 individual consultations. 2 articles have been published on the research topic in scientific publications.

The theoretical significance of the study lies in the fact that the concept of psychosomatic manifestations in adults is considered and generalized. The most informative factors affecting their education and development in adults have been identified: increased anxiety, including stress and psychological stress. We have developed and implemented: a clinical interview and a questionnaire for the diagnosis of psychosomatic manifestations.

The practical significance of the study lies in the development and implementation of a program of individual psychological counseling for adults suffering from psychosomatic manifestations. This methodological approach combines various psychological methods and techniques aimed at reducing psychosomatic manifestations in adults.

The obtained theoretical and practical materials can be used in the work of psychologists, psychotherapists who provide psychological assistance to adult clients with psychosomatic manifestations, which can significantly reduce the intensity of psychosomatic manifestations in adults and improve their quality of life.

The structure of the dissertation. The description of the presented research includes an introduction, two chapters, a conclusion, a list of sources used and appendices.

In the Introduction, the relevance of the chosen topic of the work is substantiated, the object and subject, the purpose and objectives of the study are formulated, a hypothesis is put forward, the scientific novelty, theoretical and

practical significance of the study are clarified.

Chapter 1 presents the theoretical foundations of our research. Scientific approaches to the study of psychosomatic manifestations are considered, the features of their manifestations in adults are identified and specified. The analysis of the possibility of organizing integrative individual counseling for adults with such manifestations in order to provide them with support is presented.

Chapter 2 presents the features of the organization and implementation of experimental work on the research topic. The methodological organization of the study is presented. The results of the ascertaining stage of the study, the essence and characteristics of the formative stage of the study, the information obtained during the control stage of the study are consistently presented. Conclusions are formulated based on the information received.

The conclusion is a generalization of the main conclusions obtained during the work on the designated problem, as well as prospects for further research in this area.

The Appendices contain a scheme of clinical interviews, a questionnaire for the diagnosis of psychosomatic manifestations in adults, a program of individual counseling aimed at providing psychological assistance to adults with psychosomatic manifestations, diagnostic results at the ascertaining and control stage of the study, consultation protocols, calculations of the method of mathematical processing.

Thus, in the course of theoretical and experimental work, the provisions of the hypothesis were confirmed, the research tasks were solved, the goal was achieved.

Введение

Актуальность. В 1818 году немецкий психиатр Гейнрот ввел термин «психосоматические болезни», связанные с психоэмоциональными факторами. В середине XX века ученые, такие как Ф. Александер и Д. Соломон, продолжили исследования в этой области. Ф. Александр разработал теорию «вегетативного невроза», связывая эмоциональное напряжение с психосоматическими заболеваниями через воздействие на вегетативную нервную систему. Современные исследования включают анализ личностных особенностей пациентов и стрессовых ситуаций, предшествующих развитию психосоматических состояний. Российские исследователи, такие как А.Ф. Антропов, Ф.В. Бассин, В.Я. Гиндикин, Д.Н. Исаев, Лебединский, Г.В. Морозов, В.В. Николаева, Г.В. Старшенбаум, И.К. Шац, Ю.С. Шевченко и другие, подчеркивают связь между психическим и физическим здоровьем и сложность психосоматических проявлений, обусловленных множеством факторов, включая биологические, психологические и социальные аспекты [2, 44]. Это подчеркивает важность раннего выявления и эффективного управления такими состояниями, включая психологическую поддержку и фармакотерапию, при необходимости.

Современное общество сталкивается с увеличением случаев психосоматических заболеваний. Статистика о их распространенности является довольно внушительной:

- ✓ Психосоматические расстройства охватывают разные группы населения и имеют широкий диапазон распространенности, варьируя от 15% до 60%. В первичной медицинской практике, где пациенты впервые обращаются за помощью, процент составляет от 30% до 57%.

- ✓ Одна треть больных, обращающихся за медицинской помощью, изначально мучаются эмоциональными расстройствами, что, возможно, является источником психосоматических проблем.

- ✓ Психосоматические расстройства встречаются в более чем

половине случаев в больницах, специализированных на лечении разнообразных заболеваний.

✓ В последние 25-30 лет наблюдается заметный рост числа людей, страдающих от психосоматических расстройств, таких как: заболевания желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, хронические неспецифические заболевания и эндокринные нарушения.

✓ Психосоматические и соматические заболевания, порожденные психологическими факторами и проявляющиеся в физических симптомах, занимают значительную долю среди всех патологических состояний, которые встречаются как в поликлинических, так и в стационарных условиях.

✓ Общий уровень психосоматических заболеваний среди трудоспособного населения варьируется от 50% до 70%. Например, артериальная гипертония распространена среди 30-40% населения, ишемическая болезнь сердца – 5-10%, язвенная болезнь – 6-10%, сахарный диабет – 5-7%, бронхиальная астма – 1-5%, а ревматоидный артрит – 1%.

При отсутствии квалифицированной помощи, психосоматические проявления могут затронуть органы и системы организма и вызвать физические симптомы, которые могут оказаться трудными для диагностики и лечения.

Серьезную озабоченность этим вопросом испытывает и наше государство. Согласно приказу Министерства здравоохранения РФ от 15 января 2020 г. N 8 «Об утверждении Стратегии формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 года», котором говорится о том, что психосоматические заболевания, связанные с психологическими факторами и стрессом, становятся все более распространенными. Они снижают качество жизни, могут привести к нетрудоспособности, сопутствующим заболеваниям и зависимостям. Поэтому важна профилактика этих расстройств среди населения Российской Федерации.

Одним из основных направлений решения задач стратегии данного

закона является повышение доступности психологической и психотерапевтической помощи.

По нашему мнению, для эффективного лечения таких расстройств важен комплексный подход, включая сотрудничество психиатра/психолога и интерниста. Раннее воздействие на психологические аспекты, особенно депрессивные состояния, может предотвратить переход функциональных соматоформных расстройств в психосоматические заболевания с органическими изменениями в организме.

Сфера психосоматики имеет две ключевые цели: развитие психосоматической медицины и интеграция психологических аспектов в медицинскую практику. Однако в большей части исследований уделяется больше внимания биологическим аспектам, оставляя психосоциальные факторы на втором плане.

Не смотря на множество исследований в сфере психосоматики, остаются неразрешенными вопросы и противоречия. Например, какие конкретные механизмы лежат в основе психосоматических расстройств и как их правильно диагностировать? Психосоматические расстройства влияют как на физическое, так и на психическое здоровье. Физические симптомы могут вызывать психологические стрессы, и наоборот [46]. Это делает сложными диагностику и лечение таких расстройств.

До сих пор отсутствуют четкие и общепринятые теории и механизмы, объясняющие, как психические состояния влияют на физическое здоровье и вызывают соматические симптомы. Существует несколько гипотез и подходов, предложенных исследователями, но их обоснованность остается неясной

На сегодняшний день нет единой классификации и диагностических критериев для психосоматических расстройств. Возникает сложность определения этих расстройств так, как они могут маскироваться под соматические заболевания. Разработки более точных и чувствительных

методов диагностики являются актуальной проблемой психосоматики.

Суть проблемы в области психосоматики заключается в недостаточной ясности и согласованности между исследованиями и теориями. Несмотря на множество исследований, остаются открытыми вопросы о том, как психические состояния влияют на физическое здоровье и вызывают соматические симптомы.

Существует несколько гипотез и подходов, которые предлагают объяснения психосоматических проявлений. Например, исследователи рассматривают роль вегетативной нервной системы, психоаналитические подходы, влияние стресса и биопсихосоциокультурные модели. Тем не менее, каждый из этих подходов имеет своих сторонников и критиков, и до сих пор нет общего мнения о механизмах развития и лечения психосоматических расстройств [14,11].

Таким образом, несмотря на значительные исследования в области психосоматики, неопределенность и разногласия по-прежнему существуют. Следующие этапы исследований должны сосредоточиться на уточнении механизмов и разработке более точных теорий для более эффективного лечения психосоматических расстройств.

Основная проблема, которую рассматривает данное исследование, заключается в том, что при лечении заболеваний, имеющих компоненту психосоциального характера, чаще уделяется внимание биологическим аспектам, оставляя психосоциальные факторы недостаточно исследованными. В связи с этим, актуальным становится исследование психологической помощи взрослым клиентам с психосоматическими проявлениями в виде интегративного подхода на индивидуальных психологических консультациях. Несмотря на большой объем исследований в этой области, проведенных учеными, следует отметить, что существует потребность в дополнительных исследованиях, особенно в контексте российской действительности.

Цель исследования: теоретически обосновать и экспериментально проверить эффективность интегративного индивидуального

консультирования взрослых с психосоматическими проявлениями.

Объект исследования: процесс снижения психосоматических проявлений у взрослых клиентов.

Предмет исследования: интегративное индивидуальное психологическое консультирование как средство помощи взрослым, переживающим психосоматические проявления.

Поскольку психосоматические проявления включают в себя психологические компоненты, без учета которых нельзя добиться полного выздоровления, применение интегративного подхода в индивидуальном психологическом консультировании взрослых представляется необходимым дополнением к традиционным медицинским методам лечения.

Гипотеза, лежащая в основе данного исследования, заключается в том, что психологическое индивидуальное консультирование будет эффективным способом снижения психосоматических проявлений у взрослых если:

1) будет проведена серия встреч в форме индивидуального консультирования;

2) будут использованы техники индивидуальной терапии из разных подходов, помогающие идентификации и пониманию источника психосоматического проявления и стресса;

3) различные методы психотерапии, такие как когнитивно-поведенческая, эмоционально-образная и арт-терапии будут применены для развития стратегий управления стрессом, стабилизации эмоциональных и психологических аспектов, связанными с психосоматическими симптомами.

Для реализации поставленной цели исследования необходима реализация **следующих задач**:

1. Проанализировать понятие и подходы к пониманию психосоматических проявлений у взрослых, определить ключевые аспекты в психологической науке и их взаимосвязь с психологическими факторами.

2. Оценить через теоретический анализ особенности

психосоматических проявлений у взрослых.

3. Изучить психологические механизмы, лежащие в основе связи между психическими состояниями и физическими заболеваниями у взрослых, а также выявить специфические методы, используемые в интегративном индивидуальном консультировании для коррекции этих связей в рамках имеющегося научного и практического опыта.

4. Провести эмпирическое исследование интегративного индивидуального консультирования для снижения психосоматических проявлений.

5. Разработать рекомендации по использованию интегративного индивидуального консультирования в практике психолога для улучшения физического и психического благополучия взрослых пациентов.

6. Оценить долгосрочные результаты и эффективность интегративного индивидуального консультирования, включая динамику изменений в физическом и психологическом состоянии клиентов до и после проведения консультаций.

7. Проанализировать статистические данные и провести статистическое исследование для оценки значимости изменений и подтверждения гипотезы о пользе интегративного индивидуального консультирования при снижении психосоматических проявлений у взрослых.

Для реализации поставленных задач используются **следующие методы:**

1. Теоретические – анализ психологической литературы по проблеме исследования, обобщение.

2. Эмпирические – опросные методы (анкетирование, интервью), тестирование, формирующий эксперимент (индивидуальное консультирование).

3. Статистические – качественный и количественный анализ данных, метод математической обработки Т-критерия Вилкоксона.

Теоретическую и методическую основу исследования составили:

– концепции происхождения психосоматических расстройств

(В.В. Аршавский, Н.Г. Гаранян, В.С. Ротенберг, А.Б. Холмогорова, Ф. Александер, А. Бек, Д. Мейхенбаум, А. Митчерлих, Я.Л. Морено, М. Селигмен, З. Фрейд, А. Эллис и др.) [52];

– основные положения возрастной психологии в области особенностей развития личности на этапе среднего возраста, (Л.С. Выготский, Д.Б. Эльконин, Э. Эриксон) [12, 60];

– исследования взаимосвязи эмоциональной нестабильности и образования психосоматических проявлений (А.Ф. Антропов, А.Е. Архангельский, Е.А. Бодагова, О.В. Бухтояров, Н.В. Говорина, Ж.Г. Дусказиева, Ю.С. Шевченко, Ф. Александер, Х. Ф. Данбар);

– исследования эффективности различных методов психотерапии у взрослых пациентов, страдающих тревожными и депрессивными расстройствами (Р.В. Кадыров, Е.В. Маркелова, А.С. Эльзессер, К. Граве).

Экспериментальная база исследования: эксперимент проводился посредством личного (индивидуального) интегративного психологического консультирования. В нем принимали участие 10 взрослых клиентов (женщин) в возрасте 23-44 лет, не имеющих медицинских диагнозов, связанных с психосоматическими проявлениями.

Апробация результатов исследования проходила в ходе организации и проведения 80 индивидуальных консультаций. По теме исследования опубликовано 2 статьи в научных изданиях.

Научная новизна исследования заключается в создании и описании таблицы уровней и критериев психосоматических проявлений у взрослых; в создании и апробации программы индивидуального психологического консультирования взрослых, страдающих психосоматическими проявлениями, направленной на снижение психосоматических проявлений у взрослых и объединяющей различные психологические методы и техники.

Теоретическая значимость исследования заключается в том, что на основе теоретического анализа и обобщения теоретических знаний о причинах возникновения психосоматических проявлений у взрослых, выявлены

наиболее информативные факторы, влияющие на образование и развитие психосоматических проявлений у взрослых: повышенные тревожные состояния, включая стресс и психологическую нагрузку, а также выявлена их связь с образованиями психосоматических проявлений. Нами разработаны и реализованы: клиническое интервью и анкета диагностики психосоматических проявлений (приложение Б). Теоретически доказано и экспериментально обоснована эффективность интегративного индивидуального психологического консультирования взрослых в снижении психосоматических проявлений.

Практическая значимость проведенного исследования заключается в разработке и реализации программы индивидуального психологического консультирования взрослых, страдающих психосоматическими проявлениями (приложение Г). Данный методологический подход объединяет различные психологические методы и техники, направленные на снижение психосоматических проявлений у взрослых.

Полученные теоретические и практические материалы могут найти свое применение в работе психологов, психотерапевтов, оказывающим психологическую помощь взрослым клиентам с психосоматическими проявлениями, что может значительно снизить интенсивность психосоматических проявлений у взрослых и улучшить их качество жизни.

Структура диссертации:

Во **Введении** обоснована актуальность выбранной темы работы, сформулированы объект и предмет, цель и задачи исследования, выдвинута гипотеза, уточнены научная новизна, теоретическая и практическая значимость исследования.

В **Главе 1** представлены теоретические основы нашего исследования. Рассмотрены научные подходы изучения психосоматических проявлений, выявлены и конкретизированы особенности их проявлений у взрослых. Представлен анализ возможности организации интегративного индивидуального консультирования для взрослых с такими проявлениями с

целью предоставления им поддержки.

В **Главе 2** приведены особенности организации и реализации опытно-экспериментальной работы по теме исследования. Представлена методическая организация исследования. Последовательно приведены результаты констатирующего этапа исследования, суть и характеристики формирующего этапа исследования, сведения, полученные в ходе контрольного этапа исследования. Сформулированы выводы на основе полученной информации.

Заключение представляет собой обобщение основных выводов, полученных в ходе выполнения работы по обозначенной проблеме, а также перспективы дальнейших исследований в данной области.

В **Приложениях** приведены схема клинического интервью, анкета диагностики психосоматических проявлений у взрослых, программа индивидуального консультирования, направленного на оказание психологической помощи взрослым людям с психосоматическими проявлениями, результаты диагностики на констатирующем и контрольном этапе исследования, примеры протоколов консультаций.

Глава 1. Теоретический анализ проблемы психосоматических заболеваний у взрослых

1.1. Проблема психосоматических заболеваний в психологической науке

Психосоматика, термин, образованный от греческих «psyche» (душа) и «soma» (тело), представляет собой научную дисциплину, исследующую взаимосвязь между психологическими, социальными и культурными факторами и возникновением физических заболеваний.

История психосоматики уходит корнями в древность, и интерес к взаимосвязи между состоянием души и состоянием тела можно проследить на протяжении многих столетий. Уже в древних культурах, таких как древний Египет и Греция, присутствовало представление о том, что эмоции и психическое состояние могут оказывать влияние на физическое здоровье.

Древние философы, такие как Платон, Сократ и Гиппократ, осознавали важность взаимодействия души и тела для общего здоровья. Гиппократ, например, считал, что мозг человека играет ключевую роль в возникновении многих болезней.

В средние века было распространено представление о «черной магии» и воздействии негативных эмоций на здоровье. Лечение включало в себя экзорцизм и другие религиозные практики.

В период Ренессанса и Просвещения произошли сдвиги в научном понимании человеческого тела и разума. Работы как физиологов, так и философов, включая Рене Декарта, помогли развить понимание взаимодействия между телом и разумом.

В более поздние времена, в 19 веке, началось активное исследование нервной системы и психических расстройств. Знаменитый французский невропатолог Жан-Мартен Шарко внёс существенный вклад в изучение физических симптомов, вызванных психическими проблемами. Эта эпоха также ознаменовала поддержку идеи целостного подхода к болезни от

выдающихся российских врачей: В.М. Бехтерева, С.П. Боткина, Е.И. Дядьковского, А.Г.Захарьина, В.Я. Мудрова, И.М. Сеченова, и других.

В 20-м веке психосоматика, как область медицины и психологии, стала более систематически изучаться. Эпоха принесла разработку теорий, которые акцентировали внимание на взаимосвязи между психическими факторами и физическими симптомами. В начале столетия, в медицинской практике, появился термин «психосоматика», и его создателем стал врач И. Гейнрот (1918 год).

В 1932 году, американский врач и психоаналитик Ф. Александер создал первую лабораторию по исследованию психосоматических проблем в Институте психоанализа в Чикаго. Также в это время было основано Американское Психосоматическое Общество, и начали издаваться публикации, посвященные этой области.

Зигмунд Фрейд, основатель психоанализа, исследовал психосоматические (истерические) болезни и считал, что эмоциональные проблемы могут выразиться через физические симптомы. Его ученик Вильгельм Райх также сделал значительный вклад в популяризацию и развитие психосоматики, подчеркивая важность рассмотрения пациента как целостной системы, в которой эмоциональные аспекты могут иметь физическое проявление.

В наше время, в эпоху передовой медицины и психологии, психосоматика остается актуальной и важной областью, помогая нам понять, как наши эмоции и психическое состояние могут влиять на наше физическое здоровье. Это подтверждают множество отечественных исследователей (Морозов Г.В., Лебединский М.С., 1972; Бассин Ф.В., 1972; Николаева В.В., 1987; Шац И.К., 1990; Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю.С., 1999; Исаев Д.Н., 2000; Гиндикин В.Я., 2000; Старшенбаум Г.В., 2005), подчеркивая взаимосвязь между психическим и физическим состоянием. Эти знания открывают новые перспективы для предупреждения и лечения болезней,

повышая качество жизни и благополучие современного общества.

В сегодняшней медицине и психологии психосоматика играет важную роль. Сформировались методы исследования, такие как биопсихосоциальная модель, которая объединяет физиологические, психологические и социальные аспекты здоровья и болезни [14].

Современные концепции психосоматических расстройств определяют их как состояния, которые включают психологические (эмоциональные и аффективные) и соматические (относящиеся к вегетативной и сосудистой системе) проявления. Они могут возникнуть в результате перегрузки или повреждения внутренних систем организма и занимают важное место в клинической картине.

Лечение таких расстройств требует комплексного подхода и включает в себя сотрудничество психиатра и интерниста. Раннее воздействие на психологическую основу страдания, особенно на депрессивные состояния, может помочь предотвратить переход функциональных соматоформных расстройств в психосоматические заболевания, которые характеризуются необратимыми органическими изменениями в организме (Шевченко Ю.С.).

Помимо факторов, влияющих на развитие с самого начала жизни, и наследственных предрасположенностей, современное понимание психосоматических расстройств акцентирует важность психического стресса и его эмоциональных проявлений, в частности, тревожности и депрессии (это подтверждается современными исследованиями, Дусказиева, 2009; Макаренко, 2011; Антропов, Шевченко, 2001) [40].

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) на 2021 год, более 615 миллионов человек по всему миру (более 10% населения планеты) по-прежнему сталкиваются с симптомами депрессивных и/или тревожных расстройств [1].

В современном мире, с его высокими темпами жизни и постоянным потоком информации, стресс стал распространенным явлением. От профессиональных требований до семейных и финансовых проблем, люди

часто подвергаются эмоциональным нагрузкам. Стресс может влиять на психическое и физическое здоровье, и психосоматические симптомы, такие как боли в животе, головные боли, кожные высыпания и расстройства желудка, могут стать результатом этого воздействия.

Стресс активизирует нервную систему, что может привести к физиологическим изменениям в организме. Например, высокий уровень стресса может увеличить выработку кортизола, гормона стресса, который в свою очередь может воздействовать на различные органы и системы, вызывая физические симптомы.

Психологическая помощь в борьбе со стрессом и его физических проявлений включает работу с психологическими аспектами и обучение методам управления стрессом, чтобы снизить негативное воздействие на физическое здоровье.

Более того, в современном мире многие люди могут ощущать неопределенность относительно будущего, что также может вызывать стресс и психосоматические симптомы. Таким образом, изучение и понимание влияния стресса на физическое состояние остаются актуальными для разработки стратегий управления и предотвращения негативных последствий на здоровье.

Исследования в области психосоматики продолжают расширять наше понимание влияния эмоций, стресса, и психологических факторов на физическое здоровье. Это помогает разрабатывать более комплексные и эффективные методы лечения и управления разнообразными медицинскими и психологическими состояниями.

В наши дни понятие психосоматические проявления у взрослых (далее психосоматика) включает в себя многогранные познания течения психических и соматических изменений в организме человека.

В более узком направлении лечением психосоматических расстройств занимается доказательная медицина, проявляя целостный подход к человеческому организму. Согласно сказанному академиком РАН

А.Б. Смулевичем: «Психосоматические расстройства – группа болезненных состояний, формирующихся в результате двунаправленного взаимодействия психических/характерологических расстройств с соматическими» [43]. В этом случае, для лечения указанных состояний необходим комплексный подход врачей и психотерапевтов/психологов. Так же существуют соматизированные расстройства, которые возникают в следствии психических отклонений. Проявляются они в виде соматических жалоб - соматофорных дисфункций. Так как эти расстройства психогенной природы и под соматическими жалобами не имеют патологических изменений внутренних органов, которые могли бы объяснить эти жалобы, лечением таких расстройств занимаются психиатры, клинические психологи.

Психосоматика является не только медицинской, но и социальной проблемой. В общем, это проблема существования человека [8].

Организм человека – это единая, целостная, сложно устроенная саморегулирующаяся система. Нас постоянно окружают множество событий, и мы них реагируем. Реакция организма на стрессовые ситуации является триггером запуска психосоматических расстройств человека. Зачастую человек, не анализируя свои проблемы, накапливает негативные эмоции, что приводит к поверхностным функциональным расстройствам, а со временем они переходят в серьезные органические изменения. По данным экспертов Всемирной организации здравоохранения, половина заболеваний являются психосоматическими, и больные нуждаются не столько в лекарствах, сколько в психологической помощи. Хотя можно сказать, что любая болезнь по своей природе является психосоматической, как, собственно, и само здоровье, поэтому все чаще в специальной литературе встречается схема: генетическая предрасположенность - личность - ситуация.

Чтобы понять, как можно облегчить состояние взрослого клиента с психосоматическими проявлениями на индивидуальном психологическом консультировании, необходимо узнать какие факторы запускают психосоматические расстройства (далее ПСР) [57]. В основе своей, причиной

возникновения ПСР (внешних и внутренних), являются мысли и эмоциональные переживания человека. Теоретический анализ проблемы психосоматических заболеваний у взрослых позволяет рассмотреть различные аспекты этой проблемы и выявить возможные причины и механизмы ее возникновения. Существуют несколько концепций происхождения ПСР, более детально их можно рассмотреть в таблице 1 (приложение А).

Все перечисленные концепции имеют общее представление о том, что психосоматические расстройства представляют собой сложное взаимодействие между психическими и физическими аспектами здоровья человека. Несмотря на различия в подходах и уровнях детализации, есть общие черты:

- Связь между психическим и физическим. Все концепции признают, что существует тесная связь между психическим состоянием человека и его физическим здоровьем. Эмоции, стресс, психические конфликты могут влиять на состояние тела и вызывать физические симптомы.

- Взаимодействие факторов. Каждая из концепций учитывает, что психосоматические расстройства обусловлены не одним, а несколькими факторами. Это могут быть биологические, психологические и социальные факторы, которые взаимодействуют между собой и могут привести к возникновению симптомов.

- Роль стресса. Во всех концепциях подчеркивается важная роль стресса и эмоциональных состояний в развитии психосоматических расстройств. Сильный психоэмоциональный стресс может быть катализатором для появления физических симптомов.

- Отсутствие однозначной медицинской причины. Важной общей чертой является отсутствие четкой медицинской причины для физических симптомов у пациентов с психосоматическими расстройствами. Это подчеркивает важность психологической оценки и поддержки в лечении таких состояний.

- Индивидуальный подход. Все концепции признают, что

психосоматические расстройства требуют индивидуального подхода к диагностике и лечению. Они могут проявляться по-разному у разных людей, и необходимо учитывать уникальные особенности каждого пациента.

Таким образом, общей чертой этих концепций является понимание взаимосвязи между психическим и физическим здоровьем, а также комплексный характер факторов, влияющих на развитие психосоматических расстройств.

Факторы, влияющие на формирование психосоматических расстройств, в основном делятся на внутренние и внешние.

Внутренние факторы:

1. Биологические:

- слабый, неуравновешенный и инертный тип нервной системы;
- низкий порог чувствительности к раздражителям; высокая интенсивность реакций на внешние раздражители;
- повышенная тревожность;
- вегетативная дистония, иммунологические нарушения;
- конституциональная неполноценность.

2. Психологические:

- внутриличностный конфликт (подавление истинных эмоций, желаний, потребностей);
- неадекватные психологические защиты;
- психологические особенности, снижающие вероятность конструктивного реагирования на неблагоприятные внешние воздействия (самообвинительный стиль реагирования на фрустрацию, заниженная самооценка, установки долженствования, педантичность, ригидность, перфекционизм, субъективно – ориентированный стиль решения проблемы, стереотипное реагирование на фрустрационные события, отсутствие духовной опоры, отрицательный «эмоциональный» багаж, нарушение внутренних границ, психологическая незрелость, алекситимия.
- неотработанная психологическая проблема, тревога ожидания

боли;

– депрессия, неблагоприятные психическое и физическое состояние во время действия психотравмирующих событий.

Внешние факторы:

1. Ситуативные:

– стресс. Высокий уровень стресса является одним из главных факторов риска для развития психосоматических заболеваний. Стресс может привести к нарушению функций различных органов, вызвать болевые ощущения и снизить иммунную защиту организма;

– психические травмы, полученные в прошлом, в том числе в раннем детстве, не дающие возможность справиться со стрессовой ситуацией эффективно. Психические травмы могут оказать серьезное воздействие на психическое состояние.

2. Социальные:

– рассогласование между природой человека и требованиями общества, сформированная на этом фоне заниженная самооценка и повышенная самокритичность;

– социально – психологическая дезадаптация;

– семейные проблемы (деструктивные методы воспитания в родительской семье, негативный эмоциональный климат в семье).

3. Наследственные факторы:

– наследственная предрасположенность к психосоматическим расстройствам (в том числе наличие невротических заболеваний у родственников). Генетические факторы могут также повлиять на склонность к развитию психосоматических заболеваний

Наличие внутренних и внешних факторов приводит к нарушению психологической адаптации человека, что ведет к образованию психосоматических расстройств. Главные условия возникновения ПСР = **Предрасположенность + Личность + Ситуация [57].**

Согласно последним исследованиям в области психосоматических

расстройств и соматоформных психических расстройств, мы сталкиваемся с противоречиями в понимании их происхождения и сути. Особенно сложно разграничить органические, соматогенные, соматоформные, истерические, аффективные, шизотипические и ипохондрические расстройства, так как существует множество точек зрения на эту проблему.

Представления о спектрах и границах между этими расстройствами вызывают жаркие дискуссии среди ученых. Однозначно определить различия между ними затруднительно. Основной проблемой является отсутствие полной и точной характеристики соматической патологии, включая подробные данные о диагнозе, степени тяжести, стадии развития заболевания и других факторах. Это затрудняет проведение дифференциальной диагностики и усложняет понимание данных расстройств.

Для более глубокого постижения природы психосоматических расстройств было введено понятие «личностная защищенность». Это понятие включает в себя три ключевых компонента:

1. Отношение к окружающей среде.
2. Способность сделать конструктивный выбор в поведении, направленном на разрешение конфликтов.
3. Адекватность личностного энергетического потенциала.

Это понятие позволяет более глубоко понять и исследовать психосоматические расстройства и их связь с личностными характеристиками.

Механизм «замкнутого круга» представляет собой сложную взаимосвязь между физическим и психическим состоянием человека. Его суть заключается в том, что начальное физическое нарушение может породить реакции на уровне психики, которые, в свою очередь, могут ухудшить соматические проблемы. Этот процесс приводит к появлению целостной психосоматической картины болезни.

«Замкнутый круг» играет ключевую роль в формировании психосоматических заболеваний и в развитии психических расстройств при физических болях. Факторы, оказывающие воздействие как на физическое, так

и на психическое состояние, переплетаются и взаимодействуют в генезисе скрытых эндогенных депрессий. Эти депрессии характеризуются совместным проявлением психических и псевдосоматических нарушений.

Необходимо отметить, что стрессовые события играют важнейшую роль в развитии депрессивных расстройств. Частота этих событий тесно связана с частотой психотравмирующих ситуаций, таких как уход на пенсию, развод, измена, смена места жительства, потеря родины и идеалов, профессиональные неудачи, финансовые трудности, а также смерть или заболевания близких людей. Важно также отметить, что эти стрессоры могут кумулятивно воздействовать на психофизическое состояние человека.

Анализ современных зарубежных и отечественных исследований показывает, что психосоматические расстройства рассматриваются с учетом разнообразных факторов, что ведет к разнонаправленным теоретическим подходам. В этом контексте возникают противоречия в определении генезиса и сущности этих расстройств, а также в понимании границ между психическими и соматическими проявлениями.

Одним из важных вопросов является определение факторов, играющих ключевую роль в возникновении психосоматических расстройств. Такие факторы, как наследственность и конституциональные особенности человека, психоэмоциональное состояние, и органические факторы, активно обсуждаются в контексте их влияния на развитие этих расстройств.

Дифференциация и диагностика психосоматических расстройств также остаются сложными задачами, частично из-за отсутствия четкой характеристики соматических нарушений и недостаточной стандартизации диагностики.

Таким образом, современные исследования подчеркивают разнообразие факторов, влияющих на психосоматические расстройства, и сложность их диагностики, что продолжает стимулировать дальнейшие исследования в этой области.

Психосоматика — это область медицины и психологии, изучающая

взаимосвязь между психическими процессами и физическими заболеваниями. Внутри этой области выделяют два подхода: «малую» и «большую» психосоматику.

«Малая» психосоматика включает в себя разнообразные физические ощущения, такие как напряжение и дискомфорт, связанные с эмоциональным и общим состоянием человека и лишенные явных медицинских объяснений.

С «большой» психосоматикой дела обстоят по-другому. Это более обширная область исследования, которая занимается изучением взаимосвязи между психическими процессами и физическим здоровьем человека в широком контексте и здесь уже помимо эмоциональной нестабильности подключаются соматические изменения организма. Франц Александер, американский психоаналитик и основатель психосоматической медицины в 1950-х годах, выделил семь классических психосоматических заболеваний «большой» психосоматики в результате своего исследования и наблюдений пациентов. Его работа была направлена на изучение связи между эмоциональными состояниями, психологическими факторами и физическими заболеваниями.

Александер основывал свои выводы на том наблюдении, что у многих пациентов с различными физическими заболеваниями существовали явные связи с их эмоциональным состоянием и психическими конфликтами. Он проводил анализ клинических случаев и обратил внимание на то, как стресс, тревожность, депрессия и конфликты могли ухудшать симптомы у этих пациентов.

По сути, Александер выделил эти семь заболеваний как примеры того, как эмоциональные факторы могут воздействовать на физическое здоровье. Эти заболевания стали классическими примерами в исследованиях психосоматической медицины и подчеркнули важность понимания взаимосвязи между психическим и физическим состояниями [52].

Важно отметить, что понимание психосоматических аспектов заболеваний не означает, что физические факторы игнорируются. Оно скорее

подчеркивает, что физическое здоровье человека тесно связано с его психическим состоянием, и лечение должно учитывать обе стороны этой взаимосвязи. Сегодня этот список пополнился новыми заболеваниями, такими как ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет второго типа, ожирение и другие.

К числу 7 классических психосоматических заболеваний Франц отнес:

1. Бронхиальная астма — болезнь дыхательных путей характеризуется обструкцией бронхов, что приводит к затрудненному дыханию, одышке и частым приступам задушевного кашля. Астма может обостряться или усиливаться при стрессе и эмоциональных конфликтах.

2. Синдром раздраженного кишечника (СРК) — это хроническое функциональное расстройство желудочно-кишечного тракта, которое характеризуется разнообразными симптомами в области живота и изменениями в частоте и характере дефекации без видимых органических изменений. Эмоциональный стресс и напряжение могут ухудшать симптомы СРК.

3. Эссенциальная или первичная гипертония представляет собой хроническое повышение артериального давления без очевидной медицинской причины. Эмоциональный стресс и нервное напряжение могут быть факторами, способствующими этому заболеванию.

4. Нейродермит, или атопический дерматит, является хроническим воспалительным заболеванием кожи. Эмоциональные факторы, включая стресс и тревожность, могут вызывать обострения этого заболевания.

5. Ревматоидный артрит — это системное воспалительное заболевание, которое влияет на суставы и может вызвать боли и деформацию суставов. Психологические факторы могут ухудшать симптомы этого заболевания.

6. Язва двенадцатиперстной кишки может быть вызвана стрессом и эмоциональными факторами.

7. Психосоматический тиреотоксикоз — тиреоидный дисбаланс

может развиваться под воздействием психологического стресса и эмоциональных конфликтов, влияя на функцию щитовидной железы и уровень гормонов.

Эти семь психосоматических заболеваний были выделены Александером, и их исследование подчеркнуло важность взаимосвязи между психическим состоянием и физическим здоровьем. Также предлагается дополнить список психосоматических заболеваний, включая радикулиты, мигрень, кишечные колики, синдром раздраженного кишечника, дискинезию раздраженного кишечника, хронический панкреатит, витилиго, псориаз и бесплодие при отсутствии патологии в репродуктивной системе. Это помогает более полно исследовать влияние психического состояния на физическое здоровье.

Таким образом, мы узнали, что каждое психосоматическое заболевание — это уникальное отражение организма как сложной системы. Оно не существует изолированно от взаимодействия психических, физиологических, включая генетические, характеристик человека. Понимание этих взаимосвязей помогает более эффективно справляться с симптомами, включая использование психотерапевтических методов. Внутренние конфликты, невротические реакции и психореактивные связи могут влиять на проявление органических заболеваний, их длительность и сопротивляемость к лечению. Эти знания дают нам возможность более детально изучить психосоматические расстройства и рассмотреть понятие психосоматических проявлений.

Психосоматические проявления могут рассматриваться как начальная стадия психосоматических расстройств, однако, при своевременной и правильной помощи, они могут быть предотвращены от перехода в расстройство. Это означает, что, начиная с физических симптомов, которые могут возникать под воздействием психологических факторов или стресса, организм человека может постепенно вырабатывать патологические реакции, которые приводят к более серьезным и хроническим состояниям, известным

как психосоматические расстройства.

Психосоматические проявления и психосоматические расстройства представляют собой два разных уровня проявления взаимосвязи между психическим и физическим здоровьем. Они отличаются по своей продолжительности, интенсивности и воздействию на качество жизни индивида. Различить психосоматические проявления от психосоматических расстройств может быть непросто, так как переход от проявлений к расстройствам постепенный и зависит от длительности и воздействия симптомов на общее физическое и психическое здоровье. Предлагаем рассмотреть несколько ключевых факторов, которые могут помочь в определении этой разницы в Таблице2.

Таблица 2. – Различия психосоматических проявлений и расстройств

Факторы различия симптомов	Психосоматические проявления (далее ПП)	Психосоматические расстройства (далее ПР)
Продолжительность	ПП обычно временные и возникают в ответ на стрессовую ситуацию или эмоциональные проблемы. Если симптомы сохраняются в течение нескольких недель или месяцев и становятся постоянными, это может указывать на ПР	ПР характеризуются длительным хроническим характером симптомов. Они продолжают существовать в течение длительного времени, часто не менее 6 месяцев, и могут стать частью повседневной жизни человека
Интенсивность	Симптомы ПП обычно не так интенсивны и не оказывают серьезного воздействия на функции органов. Например, человек может испытывать боли в животе или головную боль в периоды повышенного стресса или тревожности	Симптомы ПР часто более интенсивны и могут значительно влиять на качество жизни. Они могут проявляться в виде сильных физических симптомов, таких как боли или нарушения функции органов
Воздействие на организм	ПП могут оказывать воздействие на организм, но их воздействие чаще всего ограничено по времени и не приводит к серьезным нарушениям здоровья. Эти проявления часто временны и могут исчезнуть после устранения психологического фактора, вызвавшего их появление. Например, если стрессор (источник стресса) исчезает или человек находит способы справиться с ним, физические симптомы могут исчезнуть	ПР могут вызывать серьезные физические заболевания или ухудшить уже существующие. Они оказывают значительное воздействие на общее физическое и психическое здоровье человека. Например, у человека с психосоматическим расстройством может быть постоянная болезнь, осложняющая его жизнь. ПР часто имеют сложное происхождение, включая как психологические, так и физиологические факторы

Окончание таблицы2

Факторы различия симптомов	Психосоматические проявления (далее ПП)	Психосоматические расстройства (далее ПР)
Влияние на качество жизни	ПП могут вызвать некоторое беспокойство, но они обычно не значительно влияют на качество жизни. После исчезновения психологического стрессора человек обычно сохраняет свое общее физическое здоровье. Нет серьезных физических нарушений.	В случае ПР, качество жизни может значительно ухудшиться из-за длительных и интенсивных симптомов. ПР могут постоянно воздействовать на общее физическое и психическое здоровье, даже при отсутствии явного стресса. Эти расстройства могут оставаться на протяжении долгого времени
Медицинские обследования	Если все физические причины симптомов исключены после медицинских обследований, это может указывать на ПП	В случае ПР, часто проводятся множественные медицинские обследования, и ни одно из них не показывает конкретные физические нарушения, но со временем симптом может перейти в соматику

В свете вышеприведенных данных, важно подчеркнуть, что психосоматические расстройства требуют комплексного вмешательства и лечения, которое может включать как медицинские, так и психологические методики. Врачи и психологи могут работать вместе, чтобы обеспечить пациенту всестороннюю помощь. Медицинский врач может заниматься физическими аспектами лечения, включая фармацевтические препараты, в то время как психолог может фокусироваться на психологических и эмоциональных аспектах. Когда, снижение интенсивности психосоматических проявлений, возможно только с психологической помощью без помощи врачей.

Психологи могут работать с пациентами, помогая им понять и управлять психологическими факторами, способствующими психосоматическим проявлениям. Это может включать в себя техники когнитивно-поведенческой и эмоционально – образной терапии, арт - терапию и другие методики, которые помогают улучшить психическое благополучие и, следовательно, снизить интенсивность физических проявлений.

Мы полагаем, что психосоматические проявления обычно являются временными и могут возникать в ответ на стресс или психологические факторы, но исчезают, когда стрессовые ситуации разрешаются. В случае психосоматических расстройств, симптомы становятся более стойкими и длительными, ведя к хроническим физическим проблемам, часто имеют более серьезное клиническое значение, они могут значительно влиять на качество жизни, работоспособность и общее благополучие пациента. Психосоматические проявления могут вызывать временное недомогание, но они редко приводят к серьезным осложнениям.

Диагноз психосоматических расстройств обычно требует более глубокого и длительного анализа, а также профессиональной медицинской консультации. Психосоматические проявления могут быть более легко идентифицированы. Лечение психосоматических расстройств может включать как фармацевтические препараты, так и психологические методики, в то время

как психосоматические проявления чаще реагируют на психологическую помощь и изменения в стиле жизни.

Таким образом, мы считаем, что психосоматические проявления представляют собой важный феномен для дальнейшего изучения и подхода к лечению, так как их своевременное распознавание и вмешательство способствует предотвращению перехода к более серьезным психосоматическим расстройствам.

Для определения психосоматических проявлений необходимо уделить пристальное внимание критериям по которым возможно их определить. Предлагаем рассмотреть несколько критериев, которые могут помочь определить наличие психосоматических проявлений и их различных характеристик.

Количество симптомов: Количество симптомов является одним из ключевых критериев для определения наличия психосоматических проявлений. Психосоматические проявления могут включать физические и эмоциональные симптомы, и, чем больше различных симптомов замечено у клиента, тем выше вероятность наличия психосоматического аспекта их комплексное рассмотрение важно для установления связи между физическим состоянием и психическими факторами.

Примеры физических симптомов: боли в животе, головные боли, сыпь на коже, боли в груди, нарушения пищеварения, астма, психосоматический кашель, артрит и другие физические проявления.

Примеры эмоциональных симптомов: тревожность, депрессия, панические атаки, повышенная раздражительность, чрезмерная волнение, снижение уровня счастья и жизненной удовлетворенности.

Чем больше симптомов присутствует у человека, тем сложнее объяснить их наличие только физическими причинами.

Психосоматические проявления могут включать разнообразные физические и эмоциональные симптомы. Подсчитывать их количество может быть сложной задачей, но это важный параметр. Следует обратить внимание

на количество физических симптомов, таких как боли, сыпи, головные боли, проблемы с желудком и т.д., а также эмоциональных симптомов, включая тревожность, депрессию, панические атаки и др. Чем больше симптомов, тем выше вероятность наличия психосоматических проявлений.

Интенсивность проявлений: Оценка интенсивности симптомов также является важным критерием. Интенсивность может колебаться от легкой до сильной, и она может варьировать в зависимости от стрессовых ситуаций и психического состояния [14]. Это важно для определения степени влияния психических факторов на физические симптомы.

Физический уровень. Интенсивность физических проявлений варьирует от легких болей и дискомфорта до сильных болей и нарушений функций органов и систем. Например, у некоторых клиентов боли в области живота могут быть легкими и кратковременными, тогда как у других они могут быть сильными и длительными.

Эмоциональный уровень. Интенсивность эмоциональных проявлений может варьировать от легкой тревожности и недомогания до серьезных психических расстройств, таких как депрессия, панические атаки или приступы ярости. Пациенты могут испытывать сильный эмоциональный дискомфорт, который сказывается на их общем благополучии.

Высокая интенсивность проявлений может указывать на более серьезное воздействие психических факторов на физическое состояние. Например, высокая интенсивность физических симптомов и сильные эмоциональные реакции могут быть признаками сильного стресса или психических расстройств, которые влияют на организм.

Психологическая оценка интенсивности проявлений является важной частью процесса диагностики психосоматических проявлений и может указать на необходимость вмешательства для улучшения состояния пациента.

Соматические (физиологические) заболевания. Для определения психосоматических проявлений, важно убедиться, что физические симптомы не могут быть объяснены существующими физиологическими заболеваниями

или состояниями. Если физическое заболевание исключено или лечение этого заболевания не приносит значительного облегчения, это может указывать на возможные психосоматические аспекты [6].

Мы полагаем, что определение того, являются ли физические симптомы психосоматическими, требует внимательного распознавания определенных признаков:

Временная связь с эмоциональными состояниями. Психосоматические проявления часто возникают в периоды эмоциональных стрессов или конфликтов. Клиенты могут связывать начало физических симптомов с конкретными событиями или переживаниями. Это может включать семейные кризисы, работу, финансовые трудности или другие факторы, вызывающие эмоциональный дискомфорт.

Отсутствие органических причин. Важно исключить органические заболевания или наличие физических причин, объясняющих симптомы. Это требует проведения медицинских исследований и диагностики, чтобы убедиться, что нет видимых физических патологий, вызывающих симптомы.

Динамика симптомов. Психосоматические симптомы часто меняются в зависимости от эмоционального состояния. Они могут усиливаться или ослабевать в ответ на стрессовые события, снятие стресса или изменения в эмоциональном состоянии клиента. Психосоматические симптомы могут также иметь периоды обострения и ремиссии.

Клиенты могут уделять много внимания своим физическим симптомам, часто описывая их в деталях и беспокоясь о них и это тоже может свидетельствовать о психосоматических проявлениях, так как клиенты с органическими заболеваниями обычно ощущают физическую боль, но не так активно фокусируют на ней свое внимание.

Психосоматические симптомы могут оставаться неизменными или даже усиливаться при стандартном медицинском лечении. Если клиент не получает облегчения от медикаментозного лечения или процедур, это также может указывать на возможное наличие психосоматических аспектов. Отсутствие

положительной динамики при лечении: может указывать на психосоматическое проявление.

Для выявления психосоматических проявлений, используются разнообразные методики и подходы в ходе клинической работы. Вот некоторые способы, которыми психолог может идентифицировать психосоматические проявления у клиента [36, 39].

Клиническое интервью. Психолог проводит беседу с клиентом, задавая вопросы о его физических симптомах, их характере, длительности и частоте появления. В ходе интервью психолог может также узнать о стрессорах, конфликтах или эмоциональных переживаниях, предшествовавших появлению симптомов.

Медицинская история. Изучение медицинской истории клиента позволяет психологу оценить, были ли ранее у него подобные симптомы, были ли проведены медицинские обследования и какие были результаты. Это может помочь выявить связь между физическими проявлениями и психическими факторами.

Анкеты и опросники. Психолог может использовать специализированные анкеты и опросники для оценки симптомов, связанных с психосоматическими проявлениями. Примерами могут служить опросник соматических жалоб или опросник тревожности.

Биопсихосоциальная оценка. Этот подход оценивает симптомы, учитывая физические, психологические и социальные аспекты жизни клиента. Психолог анализирует, как физические симптомы могут быть связаны с эмоциональными состояниями и социокультурным контекстом.

Наблюдение и анализ поведения. Психолог может внимательно наблюдать за поведением клиента, искать связи между физическими проявлениями и ситуациями, которые могут вызывать стресс или эмоциональные реакции.

Учитывая изложенное, мы полагаем, что объединение критериев в комплексное оценивание может помочь нам при исследовании

психосоматических проявлений у взрослых клиентов. В рамках данного исследования для фиксации психосоматических проявлений мы будем опираться на:

- Количество симптомов.
- Интенсивность проявлений.
- Наличие соматического (физиологического) заболевания.

Мы считаем, что комплекс этих критерий может помочь нам определить наличие психосоматических проявлений у взрослых клиентов и, таким образом, предоставить им подходящую программу психологической помощи и поддержки.

Таким образом, в первом параграфе мы рассмотрели понятие «психосоматические расстройства» и «психосоматические проявления», факторы, влияющие на их формирования и различия между этими понятиями, и пришли к следующим ключевым пониманиям:

– Психосоматические расстройства относятся к более серьезным и длительным психическим состояниям, которые могут привести к физическим симптомам и заболеваниям. Они обычно требуют комплексного медицинского и психологического вмешательства.

– Психосоматические проявления, с другой стороны, могут включать временные физические симптомы, которые связаны с психоэмоциональными состояниями, но не обязательно означают наличие серьезных расстройств. Эти симптомы могут проходить сами по себе после устранения источника стресса.

– Осознание различий между психосоматическими расстройствами и проявлениями важно для правильной диагностики и подхода в работе с клиентом. Для выявления психосоматических проявлений, используются разнообразные методики и подходы в ходе клинической работы (клиническое интервью, анкетирование и т.д.). При наличии признаков психосоматического расстройства, клиент может потребовать более длительного и специализированного вмешательства, в то время как при временных

проявлениях, уделяется большее внимание управлению стрессом и психоэмоциональной поддержке.

– Чрезмерная тревожность или отсутствие навыков управления стрессом могут способствовать как психосоматическим расстройствам, так и проявлениям. Поэтому разработка навыков эмоционального самоконтроля и стрессоустойчивости может быть полезной для предупреждения и снижения интенсивности проявлений обоих видов психосоматических проблем [42].

– Также нами были рассмотрены различные критерии оценки психосоматических проявлений, включая количество симптомов, их интенсивность и частоту возникновения, позволяющие нам:

– Исследовать степень воздействия психоэмоциональных факторов на физическое здоровье. Путем анализа интенсивности и частоты симптомов мы можем определить, насколько психологические состояния влияют на физическое благополучие клиентов.

– Оценивать эффективность методов управления стрессом и психологических вмешательств. Сравнивая изменения в количестве и силе симптомов до и после проведения психологической помощи, мы можем определить, насколько эффективны различные методы и подходы.

– Идентифицировать пациентов, нуждающихся в более интенсивной медицинской и психологической помощи. Наблюдение за критериями позволяет выявить случаи, когда психосоматические проявления становятся серьезными и могут потребовать более интенсивного вмешательства.

1.2. Особенности психосоматических проявлений во взрослом возрасте

Для выявления особенностей психосоматических проявлений у взрослых нами рассмотрены различия причин возникновения и протекания психосоматических проявлений у трех возрастных групп (взрослых, детей и

людей поздней зрелости (пожилых)).

Детский возраст (0-17 лет). Дети подвержены психосоматическим расстройствам не менее, а, возможно, даже более, чем взрослые, в силу повышенной эмоциональной чувствительности и незрелости нервной системы [2,10]. У детей психосоматические симптомы могут выражаться через жалобы на боли в животе, головные боли, проблемы с аппетитом, сном, ОРЗ и ОРВИ чаще 5 раз в год для ребенка младше 5 лет и чаще 3 раз в год в другом возрасте, нервные тики, ощущение боли в груди, спине, конечностях, проблемы с кожей — экзема, сыпь, зуд, ощущение затрудненности дыхания, энурез и энкопрез, вредные привычки, например, ребенок может грызть ногти, вырывать волосы, гиперактивность. Факторы, способствующие развитию психосоматических расстройств у детей и подростков, включают:

1. Для детей дошкольного и младшего школьного возраста:

- семейные конфликты и строгое отношение к ребенку;
- проблемы с ровесниками при адаптации в детском саду или школе;
- недостаток внимания, кроме периодов болезни;
- чрезмерная опека, ограничивающая самостоятельность;

2. Для подростков:

- стресс, связанный с учебной нагрузкой, например, из-за напряженного графика или страха не справиться с экзаменами;
- эмоциональная нестабильность и аффективные вспышки;
- восприятие себя как отличного от сверстников;
- неумение справляться с жизненными трудностями;
- проблемы со сверстниками, социальная изоляция, буллинг.

Общие факторы включают наследственную предрасположенность, проблемную беременность, а также влияние гиперопекающих, «холодных» или тревожных родителей.

Опыт доверия или недоверия к миру, в этом возрасте, может повлиять на образование и протекание психосоматических проявлений. Например, дети, испытывающие недоверие, могут проявлять стрессовые симптомы чаще. В

раннем возрасте дети, как правило, имеют ограниченную способность выражать свои эмоции, что может усложнить диагностику психосоматических проявлений, а также дети менее эффективно справляются с эмоциональными нагрузками. Процесс выздоровления и адаптации детского организма проходит гораздо быстрее, нежели чем в других возрастных группах.

Взрослый возраст (18-65 лет).

У взрослых психосоматические проявления могут быть связаны с более сложными стрессорами, такими как работа, финансы, межличностные отношения. Взрослые могут более эффективно компенсировать стресс с использованием различных механизмов совладания, но при этом психосоматические проявления часто связаны с повышенной тревогой, вызванной переживаниями о будущем, финансовыми проблемами, потерей работы, совмещением профессиональных и семейных обязанностей, конфликтами в семье, проблемами с детьми и супругом и т.д. Недостаток интимности и социальной связи может способствовать проявлению психосоматических симптомов из-за стресса и одиночества. У взрослых психосоматические симптомы могут включать хронические боли, нарушения сна, проблемы с пищеварением и высокое артериальное давление. Процесс выздоровления и адаптации взрослых проходит гораздо быстрее, нежели чем у пожилых, но дольше, чем у детей.

Возраст поздней зрелости (65+):

У людей поздней зрелости психосоматические проявления могут быть связаны с физическими заболеваниями и проблемами со здоровьем, а также социальной изоляцией или потерей близких [6]. Пожилые индивиды могут сталкиваться с более высоким уровнем хронической патологии, что влияет на характер и течение психосоматических симптомов. Отношение к своей жизни и чувство целостности, чувство удовлетворенности или неудовлетворенности своей жизнью может повлиять на ментальное и физическое состояние. С возрастом у человека снижается способность к адаптации, уменьшается психологическая гибкость и интерес к новому. По мере постепенного

ограничения возможностей возникают упрямство и даже эгоцентризм. Общее снижение активности, одиночество и возрастные изменения в психике могут спровоцировать у пожилых людей мнительность и тревожность. Хронический стресс и эмоциональное напряжение могут возникнуть, если они начинают чувствовать себя бременем для своих близких, переживают из-за сложностей с повседневными делами и ощущают себя ненужными. В таких ситуациях проявления эгоизма могут усиливаться, и человек становится сосредоточенным на себе и своих ощущениях. Замечая малейшие изменения в самочувствии, они могут преувеличивать их, и мнимые недомогания часто становятся реальными. Также у пожилых людей может проявляться истерическое расстройство, где они получают «выгоду» от заболевания, используя его для привлечения внимания и манипуляций с родственниками. Физически это может проявляться повышенным давлением, аритмией, головными болями, астматическими и другими приступами. Процесс выздоровления и управления симптомами может быть более долгим и сложным, требуя интегрированного подхода. Поддержание самостоятельности, поиск новых интересов и поддержка социальных связей помогут сделать эмоциональный фон стабильным, сокращая его влияние на физическое здоровье.

Таким образом, различные этапы жизни сопряжены с уникальными стрессорами, которые могут влиять на психосоматические проявления. Например, работа и семейные обязанности могут быть доминирующими стрессорами для взрослых, одиночество и физические заболевания у пожилых, в то время как у детей проблемы в школе и социальные аспекты играют важную роль.

Взрослые, дети и люди поздней зрелости могут по-разному справляться со стрессом. Взрослые часто используют более сложные стратегии, такие как психотерапия, в то время как дети еще не развили полностью механизмы совладания со стрессом и эмоциональной нагрузкой.

Так же, с возрастом изменяется физиология организма, что может влиять

на характер и проявления психосоматических симптомов. Например, пожилые люди более подвержены хроническим состояниям здоровья, что может усиливать психосоматические проявления.

В целом, каждая возрастная группа имеет свои особенности в возникновении и протекании психосоматических проявлений, которые частично обусловлены физиологическими, социальными и психологическими особенностями каждого этапа жизни. Понимание различий в психосоматических проявлениях помогает адаптировать программы интегративного консультирования взрослых, учитывая особенности возраста. Это включает в себя не только выбор методик, но и оптимальное время проведения сессий, и интенсивность поддержки. Предлагаем более детально рассмотреть особенности психосоматических проявлений во взрослом возрасте.

Психосоматические проявления у взрослых могут быть рассмотрены с учетом патогенеза [19]. Эти проявления представляют собой физические симптомы, вызванные психологическими и эмоциональными факторами. Патогенез психосоматических проявлений у взрослых включает в себя наследственные особенности и эволюционные аспекты.

Психосоматические проявления могут проявляться в виде разнообразных биологических реакций, включая изменения в физиологии, биохимии и структуре тканей и органов. Эти проявления могут иметь специфическую локализацию, и подчинены определенным закономерностям [23].

Патогенез также определяет, как организм взрослого реагирует на стресс, эмоции и психологические факторы. Реакции могут различаться в интенсивности, направленности и качестве, в зависимости от индивидуальных психологических особенностей и возможностей организма. Если эти возможности ограничены или недостаточно развиты, психосоматические проявления могут быть менее выраженными или иметь ослабленный характер.

Патогенез формирует клинические признаки болезни, но отдельно

этиология и патогенез не дают полной картины болезни. Нозологическая форма болезни определяется соответствием между причиной и механизмом развития, и эпизоды с одинаковой этиологией и патогенезом классифицируются как одна и та же форма.

Современная теория патологии подчеркивает, что патогенез соответствует законам саморазвития. Причина болезни может вызвать цепную реакцию в организме, но конкретные проявления зависят от различных факторов. Например, чрезмерное употребление алкоголя увеличивает риск разных болезней, но они могут иметь схожий механизм развития.

Понимание патогенеза помогает разработать терапию, нацеленную на прерывание цепных реакций проявлений.

Психосоматические проявления могут иметь резкое начало при сильном воздействии вредных факторов, в остальных случаях различие между здоровьем и болезнью может быть неясным и привести к ошибкам в оценке времени возникновения заболеваний.

Разные типы личности давно ассоциировались с предрасположенностью к конкретным болезням [41]. Гиппократ и Гален классифицировали личности на сангвиников, меланхоликов, холериков и флегматиков, каждая из которых имела склонность к определенным заболеваниям. Например, сангвиники более подвержены заболеваниям кровообращения, в то время как флегматики и холерики склонны к желчевыводящим заболеваниям и другим проблемам.

Позже, Э. Кречмер разработал психологическую теорию конституции, которая связывает определенные типы личности с болезнями. Лептосомы, например, имеют склонность к туберкулезу и гастритам, а атлеты более подвержены эпилептическим припадкам и головным болям. У пикников могут возникнуть атеросклероз, хронический ревматизм и желчнокаменная болезнь. У. Шелдон также связывал типы личности с определенными чертами. Например, мезоморфы, склонные к инфарктам миокарда, часто проявляют психическую экстраверсию, характерную для соматотоников. (Александр Ф.,

2000).

В исследованиях психосоматики этого направления, американский врач Фл. Данбар обнаружила особый профиль личности, который она назвала «личность, подверженная несчастьям». Этот профиль часто наблюдается у людей, у которых происходили несчастные случаи. Они обычно являются импульсивными, ведут беспорядочный образ жизни, предпочитают авантюры и приключения, подчиняются внезапным порывам и бывают агрессивными. Чувство вины зачастую подсознательно мучает их, и они склонны к самонаказанию.

Другой тип личности, противоположный этому, склонен к инфаркту миокарда и испытывает колющие, ноющие и сдавливающие боли в области сердца (ангинозные симптомы). Люди с этим профилем характера обычно описываются как выдержанные, способные к настойчивому труду, обладают большим самоконтролем и готовы отказаться от мгновенного удовлетворения потребностей ради достижения долгосрочных целей.

Люди с разной физической конституцией проявляют различные характеристики и склонны к разным заболеваниям. Другими словами, существуют специфические психологические типы личности, которые связаны с определенными образами заболевания.

С использованием типологий личности, ориентированных на особенности характера, были выделены психологические типы, которые сочетают в себе физические и психические особенности. Однако, эти типологии имеют свои недостатки, такие как статичность признаков, неучет истории жизни человека и его социокультурного развития. Они также мало объясняют механизмы возникновения болезни и не предоставляют этиологических связей. В случае хронических заболеваний, понимание особенностей болезненного поведения и их «стратегии преодоления» требует особой осторожности при исследованиях и ретроспективном выявлении индивидуальных типологий [29].

Мы представим разбор нескольких наиболее часто встречающихся

психосоматических заболеваний из «чикагской семерки», который поможет рассмотреть особенности психосоматических проявлений во взрослом возрасте.

Психосоматика сердечно-сосудистых нарушений у взрослых. Заболевания сердца и сосудов являются самой частой причиной смерти, вызываемой психоэмоциональными факторами риска (неправильным питанием, ожирением, курением, злоупотреблением алкоголем и особенностями личности. (Бровигам и др., 1999).

Сердце и сосуды играют важную роль в нашей жизнедеятельности. Физические и эмоциональные нагрузки могут вызвать изменения в сердечном ритме, включая тахикардию. Вегетативная нервная система контролирует диаметр сосудов и тесно связана с нашими эмоциями. Психологическое напряжение может привести к сокращению гладкой мускулатуры сосудов и повышению артериального давления.

У взрослых, особенно в пожилом возрасте, эти проявления могут быть более выраженными. Повышение артериального давления и нарушения сердечного ритма становятся более распространенными, и они могут увеличивать риск сердечных заболеваний и инсультов.

Повышенное эмоциональное напряжение и стресс могут увеличивать вероятность развития сердечных проблем у взрослых, особенно тех, кто подвержен другим факторам риска, таким как курение, нерациональное питание, недостаток физической активности и избыточный вес [7, 37].

Заболевания сердца и сосудов, связанные с психоэмоциональными факторами, могут усиливаться, закрепляться и хронизироваться в различных ситуациях и условиях:

1. Длительный стресс. Постоянное воздействие стресса, как на работе, так и в личной жизни, может привести к долгосрочным изменениям в сердечной деятельности. Длительные периоды тревожности и эмоционального напряжения могут способствовать развитию хронических

сердечных проблем [56].

2. Неправильное питание, недостаток физической активности и нерегулярный режим сна могут усиливать риск развития сердечных заболеваний, особенно при наличии факторов стресса.

3. Курение, злоупотребление алкоголем и избыточный вес могут усилить воздействие психоэмоциональных факторов на сердце и сосуды, что может способствовать ухудшению состояния.

Взрослые, особенно в пожилом возрасте, более подвержены сердечным проблемам, и психоэмоциональные факторы могут более сильно влиять на состояние сердца и сосудов.

Отсутствие эффективных стратегий управления стрессом и неспособность справляться с эмоциональными вызовами могут способствовать закреплению психоэмоциональных воздействий на сердце. Неумелое управление эмоциями и недостаточное внимание к психологическому здоровью могут способствовать хронизации психоэмоциональных проблем, которые в свою очередь, могут ухудшить состояние сердца и сосудов. Все эти факторы могут увеличить вероятность развития и ухудшения сердечных заболеваний у взрослых.

Психосоматика бронхиальной астмы у взрослых. Состояние человека зависит от разнообразных факторов, включая видимые и физиологические показатели, такие как частота и глубина дыхания, а также функции легких, включая насыщение крови кислородом и поддержание кислотно-щелочного баланса [37].

Дыхание – это не только физиологическая функция, но и реакция на потребности организма, которая регулируется в зависимости от контекста. Оно представляет собой важное средство самовыражения, отражая эмоциональные состояния (например, печаль может сопровождаться поверхностным или неравномерным дыханием, в то время как радость может увеличивать его глубину) (Любан-Плоцца и др., 2000).

Реакции дыхания также могут быть связаны с эмоциональными

состояниями, например, страх, гнев или ярость могут вызвать учащенное дыхание. Неконтролируемое возбуждение, такое как сексуальное напряжение, может привести к гипервентиляции и «актерному» типу дыхания. С хорошим настроением обычно сопровождается спокойное и гармоничное дыхание, как это бывает во время сна. Внезапный ужас или шок могут даже привести к кратковременной остановке дыхания, называемой апное.

Символика дыхания может быть интерпретирована как выражение взаимодействия «взять и отдать». Астма— это состояние повышенной готовности трахеобронхиальной системы на различные стимулы. Ее симптомы включают сужение дыхательных путей, отек слизистых оболочек, бронхоспазм и затруднение дыхания. Бронхиальная астма является многофакторным расстройством, где взаимодействуют психологические инфекционные и аллергические компоненты. У людей с биологической предрасположенностью эти факторы могут спровоцировать развитие астмы.

Психодинамический анализ подчеркивает основной конфликт, связанный с внутренними импульсами, которые могут угрожать привязанности к матери. Этот конфликт может быть связан с детскими переживаниями, выраженными в форме плача, который запрещался матерью и подавлялся ребенком из-за страха перед упреками и отказами матери.

Рассмотрим особенности психосоматических проявлений астмы у взрослых, когда они могут усиливаться, закрепляться и хронизироваться.

Эмоциональные состояния. Психоэмоциональные факторы играют важную роль в астме у взрослых. Сильные эмоции, такие как страх, гнев или ярость, могут вызвать учащенное дыхание и усилить симптомы астмы. Долгосрочное нервное возбуждение может привести к гипервентиляции и обострению астмы.

Влияние рождения. Процесс рождения является сложным и стрессовым опытом для младенца. Отношения с родителями и качество взаимодействия могут влиять на развитие дыхательной системы. Обострение астмы у взрослых может быть связано с необходимостью выражать смелость, ответственность и

независимость, а также с переживанием печали одиночества и трудностью вступать в контакт через дыхание.

Важно отметить, что астма у взрослых может иметь разнообразные психосоматические проявления, которые усиливаются при воздействии эмоциональных факторов, могут закрепляться при длительном стрессе и в конечном итоге хронизироваться, создавая необходимость в комплексном подходе к лечению и управлению этим состоянием.

Психосоматика синдрома раздраженного кишечника (СКР) у взрослых. Синдром раздраженного кишечника (СРК) является распространенным состоянием, встречающимся у каждого пятого человека. Он проявляется в трех основных вариантах:

- с преобладанием болей в животе и метеоризмом;
- с преобладанием диареи;
- с преобладанием запоров.

СРК представляет собой разнообразное заболевание, сопровождающееся различными жалобами, характеризующимися отсутствием структурных (органических) изменений.

Типичные симптомы СРК, такие как: чувство давления и переполнения в желудке после приема пищи, тошнота и иногда боли, могут влиять на качество жизни клиента. Этот синдром имеет хроническое течение и сопровождается постоянными жалобами, что может значительно повлиять на общее самочувствие и благополучие людей, страдающих от него.

Существует глубокая взаимосвязь между психическим состоянием человека и процессами поглощения и выделения, и эта связь имеет корни в биологии, что демонстрируется и в животном мире. Эта взаимосвязь начинает проявляться, как правило, в раннем детстве и оказывает значительное влияние на процессы переваривания и усвоения пищи.

Отрицательные эмоции, такие как агрессия, опасения, страх, депрессия и другие, могут препятствовать нормальной работе желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), нарушая его моторику и вызывая функциональные и

органические изменения.

Существует близкая связь между физическими проявлениями, такими как пищевое поведение и пищеварение, и эмоциональными процессами:

✓ Затрудненное глотание может вызвать проблемы с слизистой оболочкой рта.

✓ Чувство отверженности и презрения может привести к потере аппетита, изжоге, рвоте и похудению.

✓ Боли в желудке, избыточная перистальтика и язвенная болезнь могут быть результатом неудачных попыток переваривания неприятной информации.

✓ Хронические боли, энтероколит и раздражение толстого кишечника могут быть следствием хронической неспособности перерабатывать эмоции.

✓ Проблемы с дефекацией, такие как хронические запоры и понос, могут быть связаны с желанием физически «выбросить» что-то, что человек не хочет держать внутри себя.

Исследования показывают, что личностная картина больных психосоматическими расстройствами может быть многогранной и сложной. Существует наблюдение за тенденцией к обсессивно-невротической переработке переживаний, особенно при депрессивной основе этой структуры. Также у данной группы пациентов высокий уровень страха (Schwidder, 1965; Reindelletal., 1981; Woodman, Noyes 1992).

В ситуациях конфликта больные часто сталкиваются со страхами, которые могут вызвать обострение их заболеваний (например, страх перед экзаменами, собеседованиями, недопониманием в общении с окружающими). Страхи могут быть вытеснены из сознания и проявиться на физическом уровне, что подчеркивает важность связи между психическим и физическим состоянием.

Психосоматические конфликты могут оказывать значительное воздействие на органы пищеварительной системы. Один из таких конфликтов

заключается в борьбе между чувством зависимости от «кормилицы» и желанием ее ухода (комплекс «любовь – ненависть»), что впоследствии может вызвать чувство вины и оказать негативное воздействие на здоровье желудочно-кишечного тракта.

Психосоматические проявления СРК могут усиливаться, закрепляться и хронизироваться в ответ на эмоциональные факторы. Например, стресс, тревожность и депрессия могут усиливать симптомы СРК, делая их более выраженными. При продолжительных периодах эмоционального дисбаланса симптомы могут закрепляться и становиться более стойкими. В итоге, СРК может хронифицироваться, что означает, что он становится долгосрочной проблемой, влияющей на качество жизни человека.

Усиление симптома. В начальной стадии, эмоциональные факторы, как стресс, тревожность или депрессия, могут приводить к усилению симптомов СРК. Эмоциональное напряжение может вызывать усиленные боли в животе, метеоризм, диарею или запоры.

Закрепление симптома. При длительных периодах эмоционального дисбаланса симптомы могут закрепляться. Это означает, что они становятся более стойкими и могут сохраняться даже при отсутствии явных эмоциональных стрессов. Человек начинает ассоциировать симптомы СРК с повседневными состояниями и событиями.

Хронизация симптома. Если СРК не получает своевременного лечения или эмоциональные факторы остаются нерешенными, симптомы могут перейти в хроническую стадию. Это означает, что СРК становится долгосрочной проблемой, влияющей на качество жизни. В этом случае, симптомы могут стать более стабильными и продолжительными, с периодами обострений и ухудшений.

Эмоциональные состояния, как тревожность, депрессия и стресс, играют ключевую роль на каждом из этих этапов. Чем дольше эти факторы остаются нерешенными, тем больше вероятность хронизации симптомов СРК. Лечение, включая терапию для управления эмоциональными состояниями и изменения

в образе жизни, может помочь на различных этапах этого процесса.

Важно помнить, что СРК является функциональным расстройством ЖКТ и не сопровождается структурными аномалиями. Таким образом, эмоциональные факторы могут играть значительную роль в ухудшении и долгосрочной стойкости симптомов СРК.

Психосоматика кожных заболеваний у взрослых. Кожа, как наш самый большой орган, играет важную роль в поддержании нашего общего здоровья. В современном мире психодерматология становится все более актуальной и исследует влияние психического и эмоционального состояния на состояние кожи человека. По данным статистики, в разных странах от 73% до 84% случаев кожных заболеваний имеют психосоматическую природу.

Кожа выполняет множество функций, включая регулирование температуры тела, выделение пота, ощущение окружающего мира через тактильные рецепторы и даже служит органом чувств, помогая нам воспринимать и реагировать на различные ощущения. Кроме того, она служит важным барьером, защищая нас от внешних факторов.

Но кожа также может быть «голосом» наших эмоций, проявляясь через изменения цвета и текстуры в ответ на чувства и состояния человека. Таким образом, понимание связи между эмоциональным состоянием человека и состоянием кожи может быть важным шагом в поддержании общего здоровья и благополучия.

Кожные проявления, связанные с психосоматическими факторами у взрослых, могут иметь различные особенности в зависимости от индивидуальных характеристик и эмоционального состояния. Вот некоторые из них:

Сыпи и высыпания. Стресс, тревожность и депрессия могут спровоцировать появление сыпей на коже. У взрослых эти высыпания могут возникать на разных участках кожи, таких как лицо, шея, спина или грудь. Их интенсивность и распространение могут меняться в зависимости от

эмоционального состояния.

Воспалительные реакции. Эмоциональное напряжение может вызвать усиление воспалительных процессов на коже. Это проявляется в покраснении, отечности и болях в определенных областях. У взрослых эти реакции могут усиливаться в ответ на стрессовые ситуации.

Ухудшение существующих заболеваний кожи. У тех, кто уже страдает от кожных заболеваний, таких как экзема или псориаз, эмоциональное напряжение может вызвать ухудшение симптомов. Это может привести к зуду, шелушению и болям.

У взрослых, страдающих от тревожности, могут возникать проблемы с кожей, такие как лицевой дерматит. Эти проявления могут усиливаться в периоды беспокойства и тревожности в местах, где кожа более чувствительна, таких как лицо, шея и руки.

Усиление, закрепление и хронизация этих симптомов у взрослых могут зависеть от степени стресса, длительности эмоционального напряжения и способов его управления.

Усиление симптомов. Эмоциональный стресс, тревожность, депрессия или другие психические нагрузки могут быть сильными провокаторами для кожных симптомов. В периоды повышенного стресса, кожные проявления могут становиться более интенсивными.

Временное ухудшение. Под воздействием стресса, симптомы на коже могут временно ухудшиться. Это может включать в себя увеличение высыпаний, зуда, красноты и дискомфорта.

Закрепление симптомов. Если эмоциональное состояние не улучшается и продолжает вызывать стресс, человек может начать обращать больше внимания на состояние кожи, проводя множество проверок и лечебных процедур, которые в действительности могут усилить симптомы. Из-за опасений относительно состояния кожи, человек может начать избегать некоторых ситуаций или даже общения с другими. Это может ухудшить

социальное и психическое благополучие.

Хронизация симптомов. Психосоматические симптомы могут начать циклироваться, образуя привычные реакции на стресс и эмоциональные всплески. Чем дольше это продолжается, тем сложнее избавиться от этого привычного паттерна.

Если стрессовые факторы постоянны, кожные проявления могут стать постоянными, их можно считать хроническими. В этой стадии, симптомы уже могут оставаться, даже когда эмоциональное состояние улучшается.

Основная особенность этого процесса заключается в том, что эмоциональное состояние и кожные симптомы взаимодействуют друг с другом, усиливая взаимное воздействие. Управление стрессом, психологической поддержка и меры по укреплению психического здоровья могут помочь в разрыве этого цикла и улучшении состояния кожи у взрослых.

Психосоматика эндокринной системы у взрослых. Эндокринная система включает в себя гормоны, которые регулируют многие важные процессы в организме, такие как метаболизм, рост и развитие, репродуктивные функции и многое другое [34]. Некоторые из заболеваний эндокринной системы, которые могут быть связаны с психосоматическими факторами, включают в себя:

1. Диабет. Эмоциональные факторы, такие как стресс, тревога и депрессия, могут повышать уровень глюкозы в крови и ухудшать контроль над диабетом [4].

2. Гипертиреоз. Сильный стресс может привести к усилению симптомов гипертиреоза.

3. Аденома гипофиза. Некоторые исследования показывают, что стресс может быть связан с развитием аденомы гипофиза.

4. Нарушения менструального цикла. Сильный стресс и эмоциональные расстройства могут вызывать нарушения менструального цикла.

5. Бесплодие. Эмоциональный стресс и депрессия могут ухудшать

показатели репродуктивной функции и повышать риск бесплодия.

В целом, психологические факторы могут влиять на эндокринную систему через нервную систему и гормональные изменения в организме. Хотя психосоматические заболевания эндокринной системы требуют медицинского вмешательства, психологические и психотерапевтические методы могут использоваться в качестве дополнительного лечения для улучшения психического благополучия и облегчения симптомов заболевания.

Психосоматические проявления в эндокринной системе могут пройти через несколько этапов, включая усиление, закрепление и хронизацию симптомов. Вот какие могут быть основные этапы:

Усиление симптомов. Эмоциональный стресс, тревожность, депрессия и другие психические факторы могут сильно влиять на функционирование эндокринной системы. В периоды повышенного стресса, уровни гормонов могут быть дисрегулированы, что приводит к усилению симптомов. Активация реакций «бей или беги». Стресс может вызвать активацию стрессовых реакций, таких как выделение адреналина и кортизола, что может воздействовать на эндокринные железы и вызвать временное ухудшение симптомов.

Закрепление симптомов. Если эмоциональное состояние не стабилизируется, появляется обратная связь между стрессом и эндокринными симптомами. Человек может начать ожидать негативных физиологических реакций, что дополнительно усилит стресс. Из-за стресса и эмоциональной нагрузки, люди могут изменять свой образ жизни, включая питание, физическую активность и сон. Эти изменения могут оказать воздействие на эндокринную систему.

Хронизация симптомов. Постоянное воздействие стресса. Если стресс остается неуправляемым и постоянным, это может привести к хронизации симптомов. Эндокринные расстройства могут стать постоянными и не реагировать на коррекцию эмоционального состояния.

Фиксация и устойчивость. В этой стадии, эндокринные симптомы могут

стать более устойчивыми и не реагировать на эмоциональное изменение. Человек может даже перестать осознавать связь между своим психическим состоянием и эндокринными проявлениями.

Основная особенность этого процесса заключается в том, что психическое состояние и эндокринные симптомы взаимодействуют друг с другом, усиливая взаимное воздействие. Управление стрессом, поддержка психического здоровья и меры по стабилизации эмоционального состояния могут помочь разорвать этот цикл и улучшить функционирование эндокринной системы.

Несмотря на разные механизмы образования болезни, этапы их развития можно расписать по одной схеме: неадекватное проживание стресса запускает болезнь, если эмоциональное состояние не стабилизируется, появляется обратная связь между стрессом и симптомом усиливается, переходя в соматический, если стресс остается неуправляемым и постоянным, это может привести к хронизации симптома и, в этой стадии, симптом уже может оставаться, даже когда эмоциональное состояние человека улучшается.

Мы предлагаем рассмотреть взаимосвязь эмоциональной нагрузки из-за стресса на взрослых клиентов на примере исследований российских и зарубежных ученых.

Многие исследования в области психосоматических проявлений у взрослых подтверждают связь образования соматических заболеваний из-за повышенной эмоциональной нагрузки. Например, профессиональная деятельность государственных служащих обременена высокой степенью нервно-психической напряженности, обусловленной множеством стресс-факторов. Эта ситуация непосредственно связана с особенностями государственной службы, которые включают в себя высокую коммуникативную нагрузку, соблюдение строгих бюрократических требований, ограничения, связанные с должностными обязанностями, а также принятие ответственных решений в сжатые сроки. Постоянный стресс увеличивает риск развития нервно-психических расстройств,

профессионального «выгорания» и психосоматических заболеваний.

Наблюдения над более чем 7 000 государственными служащими в Великобритании, особенно на средних и низших уровнях, подтверждают, что ощущение невозможности управления рабочим процессом, которое может вызвать эмоциональное «выгорание», связано с увеличенным риском коронарной недостаточности. Кроме того, синдром профессионального «выгорания» у этих сотрудников связан с ослаблением иммунитета, гормональными нарушениями и расстройствами пищеварительной системы. Исследования также подтверждают связь между производственным стрессом и развитием ишемической болезни сердца.

Исследования, проведенные в 2009-2011 годах, сотрудниками государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург Агаповым Е.В. и Винокуром В.А. исследовали взаимосвязи между интенсивностью профессионального «выгорания» и состоянием здоровья государственных служащих разных структур, таких как администрация, налоговая служба и судебный департамент. В итоге было обследовано 144 служащих из разных регионов России, и результаты подтвердили, что стресс на работе связан с развитием синдрома «выгорания». Базовым инструментом для оценки этого процесса служил опросник «Отношение к работе и профессиональное «выгорание» – ОРПВ» (В.А. Винокур, 2009), который позволил выявить ключевые характеристики эмоциональных реакций и стили отношения к работе при профессиональном «выгорании».

Полученные в данном исследовании результаты, свидетельствующие о высокой взаимосвязи между депрессивными расстройствами и интенсивностью профессионального «выгорания» у государственных служащих, согласуются с аналогичными выводами, сделанными при изучении этой проблемы у представителей других коммуникативных профессий, таких как врачи (см. исследование В.А. Винокура, 2008). Это позволяет предположить, что подобные связи имеют системный характер.

Профессиональное «выгорание» среди работников госслужбы

проявляется разнообразными психосоматическими расстройствами, что представляет серьезную угрозу для их общего здоровья и оказывает негативное воздействие на их производительность и качество работы. Это, в свою очередь, может способствовать развитию депрессивных расстройств у данной категории профессионалов. В свете этого возникает неотложная потребность в активных мерах, направленных на современную диагностику депрессии и синдрома «выгорания», а также разработку методов их профилактики и антистрессовой коррекции, учитывая индивидуальные особенности и ресурсы адаптации сотрудников государственного аппарата.

В исследовании психосоматической патологии среди врачей сотрудниками ГБОУ ВПО Читинской государственной медицинской академии Минздравсоцразвития России Е.А. Бодагова и Н.В. Говорина было проведено анкетирование 383 врачей, работающих в городских и краевых стационарах города Читы. Среди участников исследования 65,8% составляли женщины (252 человека), а 34,2% - мужчины (131 человек), их возраст варьировался от 23 до 70 лет.

Для выявления распространенности невротических расстройств среди врачей, был использован клинический опросник, разработанный К.К. Яхином и Д.М. Менделевичем в 2005 году. Также были учтены сведения о наличии сопутствующей хронической соматической патологии, которые фиксировались в специально созданных индивидуальных картах.

Результаты исследования показали, что у врачей, столкнувшихся с болезненными расстройствами невротического уровня, были выявлены следующие показатели по различным шкалам:

- Шкала тревоги выявила изменения у 24,5% (94) врачей.
- Шкала невротической депрессии показала наличие симптомов у 37,8% (145) врачей.
- Шкала астении выявила расстройства у 23,5% (90) врачей
- Шкала истерического типа реагирования показала патологии у 20,8%

(80) врачей.

- Шкала обсессивно-фобических нарушений выявила проблемы у 17,3%

(66) врачей

- Шкала вегетативных нарушений обнаружила патологии у 22,7% (87) респондентов.

Исследование также выявило связь между невротическими расстройствами и наличием хронических заболеваний у врачей. Например, у медицинских специалистов с хроническими заболеваниями органов пищеварения, выделительной системы и костно-мышечной системы наблюдались невротические расстройства, особенно депрессивные и вегетативные нарушения ($p < 0,01$; $p < 0,001$).

Корреляционный анализ показал, что с увеличением частоты заболеваний органов кровообращения (ИБС, ГБ) у психиатров растет тревога, депрессия, астенические и вегетативные нарушения; у терапевтов – тревога и истерические нарушения; у онкологов – вегетативные расстройства ($r = 0,3-0,4$; $p < 0,05$).

Исходя из этого исследования, можно сделать вывод, что невротические расстройства у врачей связаны с сердечно-сосудистыми заболеваниями, болезнями ЖКТ и нейровегетативными расстройствами, что может указывать на психогенное (психосоматическое) происхождение последних.

Одной из самых острых кризисных ситуаций в жизни любого человека, несмотря на все успехи современной медицины, по-прежнему остается диагноз «рак». Пожалуй, ни одно из известных нам заболеваний не несет в себе такой мощной стрессовой нагрузки, как злокачественная опухоль. Это объясняется тем, что для большинства пациентов и их родных слово «рак» является прямым синонимом обреченности, своего рода смертным приговором, связанным с нечеловеческими страданиями (Гнездилов А.В., 2002).

Основные трудности изучения связи психики с возникновением онкологического заболевания обусловлены невозможностью точного

определения начала онкопроцесса в его бессимптомной и манифестной фазах, а также индивидуальной дозы психоэмоционального стресса, что порождает скептическое отношение к самой возможности существования таких связей [21].

Вследствие кризисных событий в жизни пациентов проявляется психологическая и социальная дезадаптация, связанная с госпитализацией и будущим лечением. Однако существует доказательство, что онкологические заболевания могут быть вызваны сильным психоэмоциональным стрессом. Эти заболевания, безусловно, многофакторны, и их исследование требует комплексного подхода, учитывающего не только биологические, но и психосоциальные аспекты.

Согласно утверждению Д.Г. Заридзе, в современных исследованиях отсутствуют убедительные эмпирические свидетельства, подтверждающие, что психоэмоциональное напряжение напрямую ведет к возникновению злокачественных опухолей. Тем не менее, существует значительное количество эмпирических и научных данных, которые указывают на связь психологического стресса с повышенным риском развития злокачественных опухолей и возможной его роли в инициации канцерогенеза.

Исследование, проведенное О.В. Бухтояровым и А.Е. Архангельским, охватывало 837 пациентов с различными диагнозами злокачественных опухолей. Заинтересовывает то обстоятельство, что 489 человек, что составляет 58,4% от общего числа, отмечали психогенные факторы как основные факторы, способствующие развитию злокачественных опухолей. Интересно, что в этой выборке значительное преобладание составили женщины с диагнозом рака молочной железы (344 человека, что составляет 41,1% от общего числа заболевших) (О.В. Бухтояров О.В., А.Е. Архангельский 2008).

Целью данного исследования было раскрыть взаимосвязь между психоэмоциональным стрессом и вероятностью развития рака молочной железы. Для этого был применен простой опросный метод с использованием

бланкового опросника под названием «Ваше мнение», созданного А.Е. Архангельским и О.В. Бухтояровым в 2008 году.

В исследовании был проведен опрос 70 женщин, у которых был поставлен диагноз рака молочной железы. При анализе полученных данных было обнаружено следующее: 59 пациенток, что составляет 84,3% от общего числа, связывали возникновение и развитие онкологического заболевания с пережитыми стрессовыми ситуациями. Среди них, 28 женщин (47,5%) указали на факторы, такие как разрыв отношений с мужем, измена, или развод, в то время как 19 пациенток (32,2%) связали свое заболевание с болезнью и уходом близких людей (родителей, детей, родственников). Ещё 12 пациенток (20,3%) назвали стрессовые ситуации на работе, включая возможную потерю рабочего места и избыточные психоэмоциональные нагрузки, как факторами, спровоцировавшими их заболевание. Однако 11 женщин (15,7%) не связывали свою болезнь со стрессовыми ситуациями.

По результатам анализа данных, следует отметить, что наибольшее влияние на развитие онкологических заболеваний, согласно мнению женщин, было оказано психоэмоциональными стрессами, связанными с несчастными семейными отношениями. Измена супруга, развод, и разрыв отношений указали 47,5% респонденток. В то время как болезнь и утрата близких людей оказали влияние в 32,2% случаев.

Для женщин, судя по результатам, счастье в браке и качество семейной жизни играют решающую роль. Наиболее влиятельными стрессорами оказались следующие факторы: распад семьи, разрыв отношений с партнером, измена в браке, личные бедствия среди близких, и их утрата.

Обобщая результаты исследований о связи стресса и эмоционального накала с возникновением различных заболеваний, можно заключить, что психоэмоциональное состояние имеет значительное воздействие на физическое здоровье человека. Каждое психосоматическое заболевание — это уникальное отражение организма как сложной системы. Оно не существует изолированно от взаимодействия психических, физиологических, включая

генетические, характеристик человека. Понимание этих взаимосвязей помогает более эффективно справляться с заболеваниями, включая использование психотерапевтических методов. Внутренние конфликты, невротические реакции и психореактивные связи могут влиять на проявление органических заболеваний, их длительность и сопротивляемость к лечению. Доказано, что долгосрочный или чрезмерный стресс может увеличить риск развития разнообразных заболеваний, включая сердечно-сосудистые, иммунные, психиатрические и даже онкологические заболевания. Высокий эмоциональный накал и неспособность эффективно управлять стрессом могут дополнительно увеличить это воздействие. Поэтому, мы полагаем, навыки управлением стресса и поддержание психоэмоционального благополучия играют важную роль в снижении психосоматических проявлений у взрослых клиентов.

Таким образом, мы рассмотрели специфику протекания психосоматических проявлений у взрослых согласно возрастным изменениям, и мы предполагаем, что для оценки воздействия психосоматических проявлений на клиента требуется всесторонняя аналитика клинической картины. Важным аспектом этой оценки является учет количества симптомов, их интенсивности и наличия сопутствующих соматических признаков, которые следует анализировать на различных уровнях.

Мы полагаем, что совокупное использование этих критериев и методик, учитывая интенсивность проявлений (сильную, умеренную, низкую), позволяет нам более точно определить степень воздействия психосоматических проявлений на клиента и разработать персонализированный план консультирования, учитывая его уникальные потребности и особенности клинической картины.

В следующем параграфе нами будет рассмотрен один из способов психологической помощи взрослым клиентам с психосоматическими проявлениями – интегративное индивидуальное психологическое

консультирование.

1.3. Возможности интегративного индивидуального психологического консультирования в снижении психосоматических проявлений у взрослых

На данный момент нет единого и всеобъемлющего определения психотерапии, которое бы, учло всю ее многогранность и разнообразие форм. Можно выделить несколько подходов к пониманию этой области: медицинский, психологический, социологический и философский.

В медицинском контексте психотерапия представляет собой комплексное лечебное воздействие клиническими психологами или психотерапевтами, включающее в себя как вербальные, так и невербальные методы, направленное на работу с эмоциями, убеждениями и самосознанием человека. Этот вид психотерапии применяется для лечения различных психических, нервных и психосоматических расстройств.

Психологический подход к психотерапии подразумевает ее рассмотрение как область деятельности практикующих психологов. Практические психологи используют аналогичные методы что и клинические, однако их главная цель заключается не в лечении симптомов заболевания, а в создании условий для оптимального развития личности и улучшения ее функционирования.

Мы уже говорили о том, что все концепции происхождения психосоматических расстройств признают, что эти проявления требуют индивидуального подхода к диагностике и лечению, так как проявляются по-разному у разных людей, и необходимо учитывать уникальные особенности каждого пациента.

Предлагаем рассмотреть деятельность практического психолога в виде интегративного индивидуального консультирования взрослых как один из

способов индивидуального подхода.

Психологическое консультирование как сравнительно новая область психологической практики выделилась из сферы психотерапии. Её развитие было мотивировано растущей потребностью среди людей, которые, не имея клинических нарушений, искали профессиональную психологическую поддержку. Эта область сфокусирована на помощи в решении жизненных вопросов и личностном росте [3,22].

Н. Burks и В. Steffire (1979) предложили следующее определение консультирования: «Консультирование — это профессиональное отношение квалифицированного консультанта к клиенту, которое обычно представляется как «личность-личность», хотя иногда в нем участвуют более двух человек. Цель консультирования — помочь клиентам понять происходящее в их жизненном пространстве и осмысленно достичь поставленной цели на основе осознанного выбора при разрешении проблем эмоционального и межличностного характера» (Кочюнас Р. Основы психологического консультирования) [26].

Индивидуальное психологическое консультирование взрослых – это процесс, в рамках которого клиент и консультант работают над различными проблемами и трудностями, связанными с психическими расстройствами и другими проблемами, которые могут привести к психосоматическим проявлениям. Консультант предоставляет поддержку, помощь в решении проблем и развитии новых навыков и стратегий, которые помогают клиенту управлять своими эмоциями, мыслями и поведением [20].

У разных направлений установлены свои цели этого процесса. Их можно

увидеть в Таблице 3.

Таблица 3. – Современные представления о целях консультирования

Направление	Цели консультирования
Психоаналитическое направление	Перевести в сознание вытесненный в бессознательное материал; помочь клиенту воспроизвести ранний опыт и проанализировать вытесненные конфликты; реконструировать базисную личность
Адлеровское направление	Трансформировать цели жизни клиента; помочь ему сформировать социально значимые цели и скорректировать ошибочную мотивацию посредством обретения чувства равенства с другими людьми
Терапия поведения	Исправить неадекватное поведение и обучить эффективному поведению
Рационально-эмоциональная терапия (А.Еllis)	Устранить «саморазрушающий» подход клиента к жизни и помочь сформировать толерантный и рациональный подход; научить применению научного метода при решении поведенческих и эмоциональных проблем
Ориентированная на клиента терапия (С.Рogers)	Создать благоприятный климат консультирования, подходящий для самоисследования и распознавания факторов, мешающих росту личности; поощрять открытость клиента опыту, уверенность в себе, спонтанность
Экзистенциальная терапия	Помочь клиенту осознать свою свободу и собственные возможности; побуждать к принятию ответственности за то, что происходит с ним; идентифицировать блокирующие свободу факторы

Но, несмотря на разность подходов, все цели можно объединить в несколько универсальных целей индивидуального консультирования [27, 30]:

- Стимулировать процесс изменения поведения, позволяя клиенту достичь более продуктивного и удовлетворительного образа жизни, несмотря на ограничения внешней среды.
- Помогать клиенту развивать навыки эффективного преодоления жизненных трудностей, связанных с переменами и новыми ситуациями.
- Поддерживать клиента в принятии важных жизненных решений, обеспечивая обучение различным аспектам самостоятельности, временному управлению, анализу последствий, а также выявлению собственных

ценностей и борьбе с эмоциональным стрессом.

- Содействовать развитию клиентских межличностных навыков, включая улучшение взаимодействия в семье и обществе, разрешение конфликтов и улучшение общения с окружающими.

- Помогать клиенту раскрывать свой потенциал и реализовывать его, развивая навыки саморегуляции, контроля над собой и способности влиять на окружающую среду в рамках социокультурных ограничений.

Основными задачами психологического индивидуального консультирования взрослых являются:

- Эмоциональная поддержка и понимание. Поддержка клиента в управлении эмоциями и внимательное отношение к его переживаниям, особенно в условиях современных стрессов.

- Помощь в развитии психологических навыков и компетентности для эффективного управления своей жизнью в сложных условиях.

- Преобразование отношения к проблемам. Поддержка клиента в изменении своего отношения к жизненным трудностям, содействуя поиску конструктивных решений.

- Повышение стрессоустойчивости и кризисной адаптивности. Развитие навыков совладания со стрессом и более эффективной реакции на кризисные ситуации.

- Развитие открытого и широкого мировоззрения. Содействие развитию понимания разнообразия взглядов и ценностей, что актуально в современном мире.

- Повышение личной ответственности клиента и творческой готовности. Поддержка клиента в развитии самоорганизации, целеустремленности и способности творчески подходить к жизни. Этот аспект в индивидуальном психологическом консультировании имеет ключевое значение для современных клиентов. Сегодняшний мир требует гибкости, творческого мышления и способности адаптироваться к постоянно

меняющимся обстоятельствам.

Эти задачи позволяют адаптировать психологическое консультирование к вызовам и потребностям современного общества, где стресс, разнообразие и изменения стали неотъемлемой частью жизни.

Таким образом, индивидуальное консультирование позволяет клиенту работать с психическими факторами, которые могут быть связаны с психосоматическими проявлениями (например, стресс, тревога, депрессия и другие эмоциональные проблемы могут вызвать физические симптомы, такие как боли, головокружение и другие проблемы) и оно может быть эффективным средством для устранения или облегчения психосоматических проявлений у взрослых клиентов [2,10].

Теперь переходим к рассмотрению интегративного консультирования.

В современном мире психотерапия стала многогранной областью с многочисленными разновидностями и подходами. По последним подсчетам для взрослых существует около 400 различных видов психотерапии и более 200 видов предназначены для детей и подростков (Kazdin 1994). Каждый из этих методов уникален и отличается своими концептуальными основами. Они представляют разные взгляды на личность, процессы ее развития, возникновение психологических проблем и методы их решения [24]. Каждый вид психотерапии выбирает свою мишень для терапевтического воздействия. Например, в биоэнергетическом анализе мишенью является физическое тело в клиент - центрированной терапии переживания клиентов, а в когнитивной, терапии их неадаптивные мысли и убеждения и так далее.

Психотерапевтические подходы можно условно разделить на две широкие категории; директивные терапии, ориентированные на решение конкретных проблем и недирективные терапии, ориентированные на клиента.

В первой категории терапевт активно направляет клиента к решению конкретных проблем, и сопротивление считается препятствием. Во второй категории клиент имеет свободу выбора темы разговора и контроля над темпом беседы. Отказ клиента говорить о проблеме рассматривается не как

сопротивление, а как естественное право.

Несмотря на разнообразие методов и подходов, общей целью психотерапии всегда остается помощь клиенту в его личностном развитии. Основная идея заключается в помощи клиенту в преодолении ограничений разрешении конфликтов и изменении его отношения к миру и самому себе. Независимо от выбранного метода психотерапия всегда ставит перед собой задачу помочь клиенту стать более эмоционально устойчивым в современном мире.

Индивидуальное интегративное консультирование — это форма психотерапии, которая комбинирует различные подходы и методы, чтобы помочь человеку разрешить свои эмоциональные и психологические проблемы. Наличие разных инструментов помогает быстрее и эффективнее помочь взрослым устранить психосоматические проявления [47].

Интегративный подход включает в себя работу с различными аспектами личности, такими как мышление, поведение, чувства и физические ощущения. В ходе индивидуального интегративного консультирования, клиент может развивать понимание своих эмоций и взаимосвязи между ними и физическими симптомами. Консультант может помочь клиенту найти пути разрешения эмоциональных проблем и уменьшения уровня стресса, что может привести к уменьшению или полному исчезновению психосоматических проявлений.

Разные модальности психологической помощи могут справляться с разными проблемами более эффективно в зависимости от характера проблемы и индивидуальных потребностей клиента. Однако, нельзя однозначно утверждать, что одна модальность всегда справляется быстрее, так как это зависит от конкретных обстоятельств. Важно подчеркнуть, что эффективность зависит от сочетания методов и качества работы психолога.

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) обычно считается эффективной для быстрого улучшения симптомов, таких как тревожность и депрессия, благодаря акценту на изменении мыслей и поведения. Это одно из наиболее исследованных и эффективных направлений для лечения

психосоматических расстройств [15,16].

Экспозиционная терапия может быть эффективной при быстром преодолении страхов и фобий, так как она включает в себя систематическое изучение и конфронтацию с объектами страха.

Психоанализ и психодинамическая терапия могут быть полезными, особенно если психосоматические симптомы связаны с подавленными эмоциями или неосознанными конфликтами. Они помогают пациентам разгадать эмоциональные и психологические факторы, влияющие на физическое здоровье. Психодинамическая терапия может потребовать большего времени для работы над глубоко укоренившимися психологическими конфликтами и проблемами из прошлого.

Интерперсональная психотерапия (ИПТ). Если психосоматические симптомы связаны с межличностными конфликтами или проблемами в отношениях, ИПТ может быть эффективной. Она помогает улучшать взаимодействие с окружающими и решать межличностные проблемы.

Миндфулнесс (осознанность) и техники релаксации могут быстро помочь в снижении стресса и тревожности, но требуют регулярной практики для поддержания эффекта, что может снизить психосоматические симптомы, так как стресс часто усиливает их проявление.

Психологическая помощь наиболее эффективна, когда она индивидуально подходит к каждому клиенту и учитывает его уникальные потребности.

Карл Граве, выдающийся немецкий исследователь, и его научный коллектив тщательно рассмотрели 897 исследований, проведенных до 1984 года и соответствующих строгим критериям для мета-анализа. Главной целью было выяснить эффективность различных методов психотерапии у взрослых пациентов, страдающих тревожными и депрессивными расстройствами [43].

Их исследование придало особое значение следующим методикам: когнитивно-поведенческая и поведенческая терапия (включая 452 исследования), психодинамическая и гуманистическая психотерапия (153

исследования), телесно-ориентированная психотерапия, включая метод прогрессивной мышечной релаксации Джекобсона (66 исследований), и интерперсональный подход (63 исследования). Они также не забыли о комплексных методах, проведя анализ 22 соответствующих исследований. Кроме того, они рассмотрели различные отдельные методики психотерапии, такие как гипноз (19 исследований), медитация (15 исследований) и аутогенная тренировка (14 исследований).

Более того, Карл Граве продолжил свои исследования и провел мета-анализ 41 исследования, опубликованных до 1991 года. Совокупные результаты его исследования значительно обогатили наше понимание о том, какие методы психотерапии наиболее эффективны в лечении тревожных и депрессивных расстройств.

По выводам Карла Граве исследования показали, что определенные психотерапевтические методики, такие как гипноз, медитация и аутогенная тренировка, а также метод прогрессивной мышечной релаксации Джекобсона, наиболее эффективны, когда они применяются совместно с основной психотерапией. Например, гипноз проявил свою эффективность при лечении пациентов с болями, психосоматическими расстройствами и бессонницей, но не оказал значительного влияния на другие аспекты, такие как межличностные отношения. Из этого можно сделать вывод, что в контексте психотерапии для тревожных и депрессивных расстройств, гипноз следует рассматривать как дополнительный метод, призванный облегчить соматические симптомы и способствовать улучшению сна.

Применение краткосрочных интерперсональных методов, направленных на анализ и изменение взаимоотношений пациента с окружающими, включая использование поведенческих подходов, продемонстрировало убедительно положительные результаты. Этот метод оказывается особенно эффективным при лечении социальных фобий, связанных с тревожными расстройствами [32]. Кроме того, он широко

применяется в краткосрочной терапии депрессий.

Психотерапия, основанная на принципах клиентоориентированного подхода Карла Роджерса, часто используется совместно с методами поведенческой терапии и успешно доказала свою эффективность в лечении большинства невротических расстройств. Однако стоит отметить, что для пациентов с социальными фобиями и для тех, кто ожидает более активной роли со стороны психотерапевта, она оказалась менее эффективной.

Психоанализ в долгосрочной перспективе, несмотря на свою эффективность, сравнимую с другими методами психотерапии, стоит значительно дороже, превышая расходы в 10-20 раз. У 40% пациентов не наблюдалось заметного улучшения даже после долгих лет психоанализа. К тому же, имеются случаи негативных побочных эффектов, включая суицидальные ситуации, которые, по мнению некоторых исследователей, связаны с применением психоанализа. Исследование, проведенное Карлом Граве, привело к выводу, что долгосрочный психоанализ не имеет четкой научно обоснованной рекомендации и может иметь ограничения.

Что касается краткосрочных и среднесрочных вариантов психоаналитической психотерапии, продолжительностью в 14 месяцев с 57 и 16 сессиями соответственно, они продемонстрировали низкую эффективность при лечении тревожных расстройств, ассоциированных со страхами и фобиями, а также психосоматических расстройств. В целом, методы психодинамической психотерапии оказались заметно менее эффективными по сравнению с поведенческой психотерапией.

Краткосрочные поведенческие методы в рамках когнитивно-поведенческой психотерапии оказались особенно эффективными при работе с тревожными расстройствами, а тренинг по развитию социальной компетентности оказался полезным для пациентов с психогенными депрессивными расстройствами.

Метод систематической десенсибилизации в рамках поведенческой психотерапии был успешно применен для уменьшения симптомов страха при

лечении фобических тревожных расстройств, включая социальные фобии. Однако при наличии одновременных тревожных и депрессивных расстройств у пациентов такие положительные результаты достигаются не всегда, поэтому этот метод рекомендуется использовать в сочетании с другими поведенческими методами психотерапии.

Анализируя обширный объем исследований и обобщая выводы, полученные от К. Граве и других исследователей, можно заключить, что в лечении тревожных и депрессивных расстройств наилучшие результаты достигаются с использованием краткосрочной когнитивной и когнитивно-поведенческой психотерапии. В некоторых случаях также эффективны интерперсональные методы [1].

Таким образом, индивидуальное интегративное психологическое консультирование, которое объединяет элементы различных модальностей психологической помощи, может быть более эффективнее, чем работа в одной модальности по нескольким причинам:

1. Учет индивидуальных потребностей. Интегративный подход позволяет психологу адаптировать терапию под конкретные потребности каждого клиента. Это может включать в себя элементы когнитивно-поведенческой терапии, психодинамической терапии, гештальт-терапии и других подходов в зависимости от того, что наиболее подходит для клиента.

2. Более полное понимание проблемы. Интегративный подход позволяет рассматривать проблему с нескольких точек зрения, что может способствовать более глубокому и полному пониманию корней и динамики проблемы.

3. Гибкость и адаптация. Психолог может выбирать разные методы и техники в зависимости от развития ситуации и потребностей клиента. Это повышает гибкость терапевтического процесса и может увеличить шансы на успех.

4. Эффективное сочетание подходов. Интегративный подход позволяет использовать наиболее эффективные элементы разных

модальностей для достижения конкретных целей терапии. Например, в зависимости от ситуации, психолог может комбинировать когнитивные методы для изменения мыслей с эмоциональным выражением или техниками релаксации.

5. Работа с разнообразными проблемами. Интегративный подход может быть особенно полезным при работе с клиентами, у которых есть смешанные или сложные психологические проблемы, такие как депрессия, тревожность, нарушения личности и др.

Исходя из нашего изучения психосоматических проявлений, становится очевидным, что медикаментозное лечение может обеспечить временное облегчение от физических и эмоциональных симптомов. Однако долгосрочный успех лечения и предотвращение повторных психосоматических проявлений требует более глубокого вмешательства.

Мы полагаем, что важно помнить, что сильное искаженное мышление, повышенная тревожность, неадекватное реагирование на стрессовые ситуации и проблемы в коммуникации могут оставаться внутренними факторами, способствующими появлению психосоматических проявлений.

Таким образом, помощь, ориентированная на психологическую составляющую, позволяет не только достичь облегчения физических симптомов, но и предупреждать рецидивы психосоматических проявлений.

Работа по снижению проявлений психосоматических расстройств у взрослых является сложной задачей в связи с множеством факторов, которые взаимодействуют в этом процессе. Одним из основных факторов является индивидуальное психологическое состояние каждого клиента. Взрослые могут иметь разные уровни психологической стойкости, образования, опыта и способностей для самопознания.

Важным аспектом является также разнообразие психосоматических проявлений и их индивидуальных особенностей. Это означает, что методы и техники консультирования должны быть тщательно подобраны для каждого клиента, учитывая его конкретные психосоматические симптомы,

интенсивность, частоту и динамику проявлений.

Следующим фактором, осложняющим консультативную работу, является несомненное влияние внешних стрессоров и факторов окружающей среды на психосоматические проявления. Это могут быть семейные проблемы, работа, финансовые трудности и другие события, создающие эмоциональный дискомфорт и давление на клиента.

Эффективность психологического консультирования зависит от сотрудничества клиента. Он должен быть мотивирован и готов принимать активное участие в психологической работе, что иногда бывает сложно, особенно если клиент скептически настроен к психотерапии или не видит прямой связи между своим психическим состоянием и физическими симптомами.

Таким образом, мы решили, консультативную работу реализовывать по следующим направлениям.

Диагностика и психоэмоциональное обследование. Первым этапом в работе с психосоматическими проявлениями является проведение комплексной диагностики. В нашем случае, комплексную диагностику мы проведём через клинические интервью, анкетирования, опрос и тестирование, для выявления характера и интенсивности симптомов, а также возможных причин, связанных с психическим состоянием. Это поможет определить, на каком уровне (физическом, эмоциональном, когнитивном, поведенческом) проявляются симптомы, а также их интенсивность.

Психологическая помощь. На основе диагностики мы разработаем программу для индивидуальной консультации. Программа будет включать различные методы и техники, такие как когнитивно-поведенческая терапия, эмоционально-образная терапия, релаксация, медитация, арт-терапия и другие. Главная задача программы – помочь клиенту разрешить внутренние конфликты, освоить навыки управления эмоциями и стрессом, а также изменить искаженные мысли и установки.

Обучение навыкам стрессоустойчивости и эмоциональной

саморегуляции. Часть консультативной работы заключается в обучении клиентов эффективным способам управления стрессом и эмоциями. Это включает практику медитации, релаксации, обучение техникам самопомощи и улучшению коммуникаций.

Работа над качеством жизни. Помимо устранения симптомов, мы будем содействовать улучшению качества жизни клиента. Это включает в себя работу над здоровым образом жизни, балансом работы и отдыха, формированием поддерживающих отношений с окружающими.

Мониторинг и поддержка. Важным аспектом в работе с психосоматическими проявлениями является постоянный мониторинг и поддержка клиента. Мы будем следить за динамикой симптомов, адаптировать терапевтический подход в зависимости от изменений и обеспечивать клиента психологической поддержкой в трудных периодах.

Следуя этим направлениям, в работе с экспериментальной группой взрослых клиентов мы будем опираться на следующие принципы консультативной работы:

1. Учет индивидуальных особенностей взрослого клиента. Необходимо учитывать возрастные и индивидуальные психологические особенности взрослого клиента, а также его соматический статус.

2. Единство диагностики и психологического воздействия. Подход к взрослым клиентам предполагает использование диагностики, которая позволяет определить конкретные области для психологического воздействия.

3. Диагностика, развитие и адаптация новых навыков взрослого клиента будет осуществляться через индивидуальные встречи. Клиент сам будет выбирать удобный для него формат (он-лайн, оф-лайн). Предоставление клиентам права выбора между он-лайн и оф-лайн форматами встреч является важным аспектом клиентоориентированного подхода.

4. Временной интервал работы со взрослыми клиентами будет варьироваться от 60 до 90 минут, что позволит дозировать нагрузку, предоставлять релаксационные паузы и чередовать виды деятельности, чтобы

обеспечить психологически комфортные условия.

5. Организация консультативных мероприятий будет учитывать гендерные и возрастные особенности взрослого, учитывая биологические и социальные факторы его развития.

6. Взаимодействие с системой. Консультативная работа с взрослыми клиентами не ограничивается самим взрослым, но включает взаимодействие с их окружением и семьей. Успешная консультативная работа учитывает не только установки взрослого клиента, но и установки его окружения, включая семью и близких. Важно учитывать, как изменения в одной части системы могут влиять на другие ее компоненты

7. Работа со взрослыми клиентами включает в себя учет и анализ их собственных целей, ожиданий и мотиваций. Это поможет понять, какие цели следует ставить перед консультативной работой.

Теоретический анализ выявил ключевые области, важные для терапии взрослых клиентов с психосоматическими проявлениями и указал на следующие направления психологического консультирования:

1. Информирование клиентов о психологических особенностях психосоматических проявлений у взрослых, а также о факторах, способствующих возникновению уровней тревожности и стресса. Разъяснение взаимосвязи между психологическими факторами и психосоматическими проявлениями, выявление вторичных выгод и психологических механизмов, лежащих в основе этих реакций. Осуществлять данные мероприятия мы будем посредством следующих техник и методов:

✓ Беседа – структурированный разговор с акцентом на доверительном контакте, активном слушании, задавании открытых вопросов, рефлексии, предоставлении информации и разработке плана действий. Используется для понимания, разрешения или поддержки в решении психологических проблем клиента.

✓ Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ). Идентификация и изменение негативных убеждений о взаимосвязи между психологическими

факторами и психосоматическими проявлениями. Акцент на рационализации и переоценке мышления[38].

✓ Эмоционально-образная терапия (ЭОТ). Использование образов и визуализации для выявления психологических механизмов и вторичных выгод. Эксплорация эмоциональных контекстов через образы и символы[30].

2. Развитие здоровых эмоциональных взаимодействий между клиентом и его окружением, включая семейные или социальные взаимоотношения, и работа над изменением устаревших схем поведения реакций, а также содействие клиентам в конструктивном выражении собственных эмоций и потребностей будут осуществляться посредством следующих техник и методов:

✓ Арт-терапия. Применение метафорических ассоциативных карт (МАК), изотерапия, библиотерапия, музыкатерапия и работы с метафорой способствуют выражению эмоций и помогают построить гармоничные взаимоотношения. Использование метафорических образов в консультации помогает клиентам легче общаться о сложных эмоциональных темах[26].

✓ ЭОТ помогает клиенту анализировать и интерпретировать созданные образы, выявляя эмоциональные элементы и их связь с окружающей реальностью, способствует восприятию эмоций через образы, что может помочь клиентам лучше понимать и сочувствовать.

✓ КПТ помогает изучению и изменению мышления. Акцент на распознавании и изменении негативных мыслей, влияющих на эмоциональные реакции. Разработка более здоровых когнитивных схем. Помощь в распознавании и управлении аффективными реакциями на различные ситуации, способствуя здоровым эмоциональным реакциям. Развитие навыков эффективного общения и взаимодействия с окружающими, что может улучшить межличностные отношения.

Клиент может создавать образы, отражающие его эмоциональный опыт, а затем использовать КПТ для анализа связанных с этими образами мыслей. Использование КПТ для переоценки ситуаций, которые порождают

эмоциональные образы, что способствует более адаптивным эмоциональным реакциям.

Интеграция ЭОТ и КПТ может создать комплексный подход к развитию здоровых эмоциональных взаимодействий, обеспечивая клиентам разностороннюю поддержку в их эмоциональном благополучии.

3. Обучение клиентов методам релаксации и эмоциональной саморегуляции, чтобы они могли эффективно справляться с напряжением и тревогой возможно при помощи следующих способов:

✓ Релаксация Джекобсона. Обучение клиентов глубокой мускульной релаксации для управления физическими проявлениями стресса. Улучшение способности восстанавливать психоэмоциональное равновесие.

✓ КПТ. Изучение и применение техник релаксации в контексте осознанности и управления мыслями.

4. Развитие навыков самоконтроля в ситуациях, вызывающих тревожность или стресс:

✓ КПТ. Обучение клиентов стратегиям самоконтроля, включая переоценку и рациональное мышление в ситуациях стресса.

✓ ЭОТ. Фокус на изменении устаревших схем поведения и реакций через работу с эмоциональными образами.

Психосоматическая коррекция у взрослых осуществляется через интегративный подход, включающий в себя следующие методы и техники:

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) была создана в 1980-х и 1990-х годах в процессе слияния когнитивного и поведенческого методов, направлена она на изменение негативных мыслей и поведенческих паттернов, способствуя улучшению эмоциональной стабильности. Основные принципы включают в себя: идентификацию и изменение деструктивных мыслей, разработку позитивных поведенческих стратегий и развитие саморегуляции. Клиент учится распознавать и анализировать негативные, иррациональные мысли. Совместно с психологом клиент разрабатывает более реалистичные, позитивные мысли, способствующие более здоровым реакциям на события.

КПТ фокусируется на изменении поведения через установку конкретных целей и последующее пошаговое движение к их достижению. Клиенты учатся эффективно управлять своими эмоциями и реагировать на стресс, используя методы релаксации и другие техники. Клиентам предоставляются домашние задания для закрепления новых мыслей и поведенческих стратегий в повседневной жизни. Систематический мониторинг эмоционального состояния и поведения помогает клиенту и психологу оценивать прогресс и вносить коррективы.

КПТ широко используется для лечения различных психологических проблем, включая депрессию, тревожные расстройства, фобии и другие эмоциональные трудности, предоставляя структурированный и эффективный подход к изменению паттернов мышления и поведения.

Техника нервно-мышечной (прогрессивной) релаксации по Джекобсону базируется на взаимосвязи между тревогой и ее физическими проявлениями, такими как мышечное напряжение. Мышечное напряжение является естественной реакцией организма на стресс, призванной подготовить организм к бегству или нападению. Американский врач Эдмунд Джекобсон заметил, что уменьшение мышечного напряжения также может снизить и другие проявления тревоги, включая эмоциональную. Применяя дифференцированную релаксацию через произвольное самовнушение, можно избирательно воздействовать на отрицательные эмоции. Э. Джекобсон подчеркивал, что релаксация не ограничивается лишь мышечным аспектом, включая также состояние, противоположное психической активности. Релаксация базируется на прогрессивной мышечной релаксации. Суть метода заключается в последовательном напряжении и последующем расслаблении различных групп мышц, что ведет к общему уровню физической и ментальной релаксации.

Используется для лечения различных состояний, связанных с напряжением и стрессом, таких как бессонница, хроническая боль, а также для снижения симптомов тревожных расстройств. Клиенты обучаются

самостоятельно применять метод релаксации Джекобсона, что делает его доступным и эффективным инструментом для управления стрессом в повседневной жизни.

Релаксация Джекобсона не только способствует физическому расслаблению, но также имеет положительное воздействие на общее психофизиологическое состояние человека.

Метод эмоционально-образной терапии (ЭОТ) представляет собой инновационную отечественную модальность психодинамической психотерапии, существующую уже более 30 лет. В 2012 году, прошедший высокую оценку от Профессиональной Психотерапевтической Лиги, этот метод был признан новой научно-практической школой.

Он обеспечивает существенные преимущества за счет использования новых подходов к решению психологических проблем, с которыми обращаются клиенты к психологам. Техники эмоционально-образной терапии позволяют взаимодействовать с бессознательным через образы, являющиеся языком бессознательного и маркерами хронических негативных состояний и внутренних конфликтов. Таким образом, психолог работает напрямую с материалом бессознательного, обходя сопротивление, логику сознания и защитные механизмы клиента.

Арт-терапия была создана более 100 лет назад, но по сей день выделяется среди ведущих направлений в психотерапии. В ходе творческих сессий происходит эффективное снятие стресса, тревожности и эмоционального напряжения. Арт-терапевтическая деятельность эффективно решает разнообразные задачи в четырехмерном пространстве взаимодействия личности с окружающим миром:

1. Профилактические. Творческая деятельность выявляет глубокие проблемы человека, выделяет сферы жизни и личностные аспекты, требующие изменения.

2. Коррекционные. Путем использования подходящих методов психологи направляют усилия человека на изменение своего поведения в

положительном направлении.

3. Терапевтические. Творческий процесс помогает преодолеть неуверенность, побороть страхи и тревоги, разрешать подсознательные блоки и решать аналогичные проблемы.

4. Развивающие. Средством творчества развиваются эстетические вкусы, креативность, навыки нестандартного мышления и другие социально полезные черты личности.

Мы будем использовать следующие техники этого направления:

✓ Изотерапия – является одним из ключевых методов АРТ-терапии, позволяя клиентам выражать свои эмоции и мысли через творческий процесс рисования. Клиентам предоставляются различные художественные материалы, такие как краски, карандаши, мелки, чтобы они могли свободно выразить свои чувства на холсте или бумаге. Рисование помогает клиентам визуализировать свои переживания, раскрывая глубинные эмоциональные слои и обеспечивая терапевта ценной информацией.

✓ Метафорически Ассоциативные Карты. Создание карт с использованием метафор и ассоциаций является техникой, позволяющей клиентам визуализировать свои переживания и внутренний мир. Клиенты выбирают изображения, символы или слова, которые ассоциируются с их текущим состоянием или проблемой, и интерпретируя карту, раскрывают свои мысли через выбранные элементы. Метафорически ассоциативные карты помогают клиентам более глубоко понять свои чувства и мысли, а также устанавливать связи между разными аспектами их опыта. В нашем случае мы используем трансформационную метафорическую игру А. Календо – Смирновой «Психосоматика».

✓ Музыкакотерапия – это форма творческой экспрессии, при которой музыка используется в качестве средства воздействия на эмоциональное, психологическое и физическое благополучие человека. Разговор о пережитых чувствах, связанных с конкретными музыкальными произведениями или воспоминаниями, может быть частью терапии. Это помогает разгадывать и

понимать эмоциональные реакции. В этом процессе пациенты взаимодействуют с музыкой, используя различные методы в зависимости от их потребностей и целей.

✓ Библиотерапия – форма терапии, в которой, чтение книг и их обсуждение используется в качестве средства для психологического и эмоционального познания. Чтение книг может быть мощным способом исследования эмоций, самопонимания и решения проблем. Литературные персонажи и сюжеты могут стать зеркалом для читателя, позволяя ему лучше понять себя и свои переживания. Библиотерапия ориентирована на поддержку эмоционального здоровья и личностного роста через взаимодействие с литературой.

Таким образом, мы предполагаем, что консультативная работа по снижению психосоматических проявлений у взрослых требует комплексного и дифференцированного подхода, учитывая индивидуальные особенности клиента, характер его психосоматических проявлений и воздействие внешних факторов и эффективность этого процесса зависит от плодотворного взаимодействия между клиентом и психологом, а также от мотивации клиента к изменениям и более здоровому образу жизни. Мы считаем, что интегративное индивидуальное консультирование взрослых играет ключевую роль в обеспечении этого комплексного подхода. Оно позволяет более глубоко анализировать индивидуальные особенности клиента, адаптировать методы воздействия под его потребности и повышать эффективность психологической работы с психосоматическими проявлениями. В результате успешного взаимодействия между клиентом и психологом в рамках интегративного консультирования, клиент может обрести мотивацию к позитивным изменениям и улучшению своего образа жизни.

Выводы по Главе 1

В результате анализа научной литературы по проблеме можно сделать следующие выводы:

1. В рассматриваемых источниках проблема психосоматических проявлений современной наукой определяются как состояния, которые включают психологические (эмоциональные и аффективные) и соматические (относящиеся к вегетативной и сосудистой системе) проявления. Они могут возникнуть в результате перегрузки или повреждения внутренних систем организма и занимают важное место в клинической картине. Помимо факторов, влияющих на развитие с самого начала жизни, и наследственных предрасположенностей, современное понимание психосоматических расстройств акцентирует важность психического стресса и его эмоциональных проявлений, в частности, тревожности и депрессии.

2. Существуют множество концепций происхождения ПСР, общей чертой которых является понимание что психосоматические расстройства — это сложное взаимодействие между психическим и физическим здоровьем. Каждая из концепций учитывает, что психосоматические расстройства обусловлены не одним, а несколькими факторами: связь между психическим и физическим состоянием, взаимодействие нескольких факторов (биологических, психологических, социальных), роль стресса в развитии расстройств, отсутствие четкой медицинской причины для физических симптомов и необходимость индивидуального подхода в диагностике и лечении.

3. Психосоматические проявления могут рассматриваться как начальная стадия психосоматических расстройств, однако, при своевременной и правильной помощи, они могут быть предотвращены от перехода в расстройство. Они отличаются от расстройств по продолжительности, интенсивности и воздействию на качество жизни. Психосоматические проявления, как правило, временны, связаны со стрессом, и часто исчезают

после его разрешения. В случае расстройств, симптомы становятся стойкими, ведя к хроническим проблемам и серьезным клиническим последствиям. Они существенно влияют на качество жизни и общее благополучие, в отличие от временного недомогания, вызванного психосоматическими проявлениями.

4. Этапы развития психосоматических проявлений можно расписать по одной схеме: неадекватное проживание стресса запускает болезнь, если эмоциональное состояние не стабилизируется, появляется обратная связь между стрессом и симптомом усиливается, переходя в соматический, если стресс остается неуправляемым и постоянным, это может привести к хронизации симптома и, в этой стадии, симптом уже может оставаться, даже когда эмоциональное состояние человека улучшается

5. Для оценки психосоматических проявлений рассмотрены различные критерии (количество симптомов, их интенсивность и частота возникновения). Психосоматические проявления могут включать физические (боли) и эмоциональные симптомы (тревожность, раздражительность, снижение жизненной удовлетворенности). Интенсивность может колебаться от легкой до сильной и проявляться на нескольких уровнях (эмоциональном, физическом, когнитивном, поведенческом). Частота проявлений определяется по интенсивности проживания стрессовых ситуаций. Чем больше различных симптомов замечено у клиента, тем выше вероятность наличия психосоматического аспекта. Совокупное использование этих критериев и методик, учитывая интенсивность проявлений (сильную, умеренную, низкую), позволяет более точно определить степень воздействия психосоматических проявлений на клиента и разработать персонализированный план консультирования, учитывая его уникальные потребности и особенности клинической картины.

6. Различные этапы жизни сопряжены с уникальными стрессорами, которые могут влиять на психосоматические проявления. У взрослых (среднего возраста) клиентов психосоматические проявления, в основном, связаны с разнообразными стрессорами: работа, финансовое благополучие,

межличностные отношения и часто возникают из-за тревоги по поводу будущего, финансовых проблем, потери работы, конфликтов и проблем в семье. Могут проявляться через боли, нарушения сна, проблемы с пищеварением и высокое давление. Процесс выздоровления у взрослых проходит быстрее, чем у пожилых, но дольше, чем у детей.

7. На сегодняшний день используются довольно разнообразные методы устранения и снижения интенсивности психосоматических проявлений у взрослых. Одним из них является метод интегративного индивидуального консультирования, в который включены различные техники из разных направлений (когнитивно-поведенческая терапия, эмоционально-образная терапия, арт-терапия и т.д.). Комплексный подход в помощи клиенту для развития более здоровых эмоциональных взаимодействий в семье и социуме может способствовать эффективному решению психосоматических проблем и улучшению качества жизни клиентов.

8. Индивидуальное интегративное психологическое консультирование может быть эффективным способом устранения психосоматических проявлений у взрослых клиентов, так как оно позволяет гибко подходить к уникальным потребностям и проблемам клиента, используя разнообразные методы и техники из разных модальностей. Решая основные эмоциональные и психологические проблемы, которые способствуют возникновению физических симптомов, клиенты могут разработать стратегии преодоления трудностей, улучшить коммуникативные навыки и повысить самосознание, снизив, тем самым интенсивность воздействия психосоматических проявлений.

Глава 2. Экспериментальное исследование применения интегративного подхода в индивидуальном психологическом консультировании для снижения психосоматических проявлений у взрослого клиента

2.1. Методическая организация исследования и обсуждение результатов констатирующего эксперимента

Теоретические положения, изложенные в первой главе, мы использовали при организации исследования применения интегративного подхода в индивидуальном психологическом консультировании для снижения психосоматических проявлений у взрослого клиента.

На основе теоретического анализа можно утверждать, что возникновение психосоматических проявлений у взрослых может быть обусловлено различными факторами. Эти факторы включают как личностные, так и ситуативные аспекты, которые могут сказываться на общем психосоматическом состоянии взрослых. Рассмотрим ключевые моменты, связанные с психосоматическими проявлениями у взрослых.

Психосоматические проявления у взрослых могут быть связаны с индивидуальными особенностями личности и ситуационными факторами, которые могут в процессе жизни.

- Психосоматические расстройства у взрослых могут иметь корни в их прошлом так же, как и в настоящем. То, как эмоции и психологическое состояние регулируются и выражаются, может влиять на физическое здоровье.
- Влияние семейного окружения и паттернов поведения также может оказывать существенное воздействие на проявления психосоматических симптомов у взрослых.
- Понимание психосоматических проявлений у взрослых требует комплексного подхода, учитывающего как психологические, так и физиологические аспекты.
- Важным моментом в управлении и снижении психосоматических

проявлений у взрослых является индивидуальный подход, учитывающий особенности каждого конкретного пациента.

Таким образом, понимание психосоматических проявлений у взрослых требует анализа множества факторов, связанных с личностью, окружением и жизненным опытом пациентов.

Одной из основных характеристик психосоматических расстройств является постоянная обеспокоенность пациента состоянием его здоровья, которая сохраняется даже после проведения медицинских исследований и отсутствия обнаружения каких-либо физических нарушений, которые могли бы объяснить его физические симптомы.

Для изучения возможностей индивидуального интегративного консультирования взрослых как способа снижения уровня психосоматических проявлений организовано исследование, состоящее из нескольких этапов:

1 этап – констатирующий, во время которого осуществлялась диагностика участников.

2 этап – формирующий, в ходе которого применялся метод индивидуального интегративного консультирования.

3 этап – контрольный, по итогам которого подведены результаты эксперимента, проанализирована эффективность методики.

Для этого нами были определены следующие критерии и уровни психосоматических проявлений у взрослых.

Критерии:

1. Количество симптомов. Выбор различных видов соматоформных расстройств позволяет исследовать разнообразие симптомов и проявлений. Соматизированное расстройство часто связано с множеством физических и психологических симптомов, что делает его важным объектом изучения. Уровни (высокий, умеренный, низкий) определены в соответствии с количеством симптомов и характером проявлений. Это позволяет структурировать исследование и классифицировать пациентов в соответствии

с уровнем их симптомов.

2. Интенсивность проявлений. Разделение проявлений на уровни интенсивности (высокий, умеренный, низкий) позволяет исследовать, насколько сильно и в каких аспектах (физический, эмоциональный, когнитивный, поведенческий) симптомы влияют на пациента. Чем больше аспектов связано с симптомом, тем выше интенсивность его проявления в жизни человека. Это важно для определения степени дистресса и влияния на качество жизни.

3. Частота проявлений. Оценка частоты проявлений позволяет определить, как часто симптомы возникают у пациента. Это имеет значение для понимания, в каких ситуациях и насколько регулярно пациент испытывает психосоматические симптомы. Учитывая, что психосоматические симптомы часто связаны со стрессом, разделение по уровню стрессовых ситуаций (любая стрессовая ситуация, сложные стрессовые ситуации, очень сложные стрессовые ситуации) позволяет оценить, как разные уровни стресса влияют на проявления.

Эти критерии помогут нам более детально исследовать психосоматические проявления у взрослых и выявить связи между видами соматоформных расстройств, интенсивностью и частотой проявлений, а также уровнем стресса (Таблица 4).

Таблица 4 – Критерии и уровни различных видов психосоматических проявлений

критерии	уровни			Методы и методики
	сильный	средний	низкий	
КОЛИЧЕСТВО СИМПТОМОВ проявляется на 4 уровнях	<p><u>Множество (более 5)</u> разнообразных физических симптомов, которые могут включать разные боли, расстройства желудка, головные боли, повышенное давление, бессонницу и т.д., а также психологические симптомы, такие как тревога, депрессия, панические атаки и другие, то можно говорить о сильном уровне психосоматических проявлений. В данном случае, проявления могут быть довольно обширными и затрагивать разные системы организма.</p>	<p><u>Умеренное количество (не более 3)</u> симптомов, как физических, так и эмоциональных, но их количество ограничено. Эти симптомы могут влиять на общее физическое и эмоциональное состояние клиента, но они не столь интенсивны, как при сильных проявлениях.</p>	<p><u>Малое количество (не более 2)</u> ограниченных физических или эмоциональных симптомов, которые носят слабо выраженный характер. Эти проявления могут быть периодическими и незначительными, не вызывая серьезного дискомфорта или ограничений в повседневной жизни клиента.</p>	<p>Клиническое интервью Гиссенский опросник соматических жалоб</p>
ИНТЕНСИВНОСТЬ ПРОЯВЛЕНИЙ	<p><u>1. Физический уровень.</u> Выраженные физические симптомы, такие как учащенное сердцебиение, бессонница, потливость, боли в животе или головной боли и др. могут серьезно ограничивать способность вести нормальную жизнь. <u>2. Эмоциональный уровень.</u> Сильные эмоциональные реакции, такие как беспокойство, тревожность, страх, гнев, ярость или депрессия. Сложно управляемы и могут оставаться с человеком долгое время.</p>	<p><u>1. Физический уровень.</u> Умеренные физические симптомы, такие как учащенное сердцебиение, дрожь, потливость, боли в животе или головной боли, проблемы со сном и др. могут вызывать дискомфорт, но не ограничивать нормальную жизнь. <u>2. Эмоциональный уровень.</u> Умеренные эмоциональные реакции: тревожность, беспокойство, грусть, раздражительность, волнение и др. Реакции могут быть управляемыми и временными.</p>	<p><u>1. Физический уровень.</u> Слабые физические симптомы, такие как учащенное сердцебиение, дрожь, потливость, боли в животе или головной боли и др. Легкое недомогание или незначительные боли. <u>2. Эмоциональный уровень.</u> Минимальные или отсутствие эмоциональных реакций на стрессовые ситуации (легкая тревожность, беспокойство, грусть, раздражительность, волнение и др. Легкость в управлении эмоциями и способность сосредотачиваться на задачах.</p>	<p>Анкета диагностик и интенсивности психосоматических проявлений Гиссенский опросник соматических жалоб</p>

Продолжение Таблицы 4

критерии	уровни			Методы и методики
	сильный	средний	низкий	
ИНТЕНСИВНОСТЬ ПРОЯВЛЕНИЙ проявляется на 4 уровнях	<p><u>3. Когнитивный уровень.</u> Трудности в концентрации и принятии решений из-за переактивности эмоций. Обострение негативных мыслей, руминации, нарушения восприятия. Фокусирование на физических симптомах, перфекционистские мысли относительно здоровья, постоянные предсказания худшего и чрезмерное внимание к болям или физическим процессам в организме.</p> <p><u>4. Поведенческий уровень.</u> Возможны проявления адаптивного или искаженного поведения в ответ на физические симптомы (избегание активности, постоянные посещения медицинских учреждений, чрезмерное принятие лекарств и другие действия, направленные на снятие дискомфорта). Стремление избегать ситуаций, вызывающих эмоциональные реакции.</p>	<p><u>3. Когнитивный уровень.</u> Несколько фиксируются на своих физических симптомах, но при этом перфекционизм и навязчивые мысли менее выражены и менее доминируют над мышлением. Наблюдаются периодические беспокойные мысли. Могут иногда анализировать свое состояние, но не погружаются в этот процесс. Способны сдерживать свои страхи.</p> <p><u>4. Поведенческий уровень.</u> Умеренная адаптивность и рациональность поведения клиент. Могут проявлять некоторую степень ограничения в своей обыденной жизни из-за физических симптомов, но уже способен давать оценку происходящему и менять поведение.</p>	<p><u>3. Когнитивный уровень.</u> Легкая зацикленность на проб-лемах. Не фокусируются чрезмерно на своих физических симптомах и обладают более здоровыми когнитивными стратегиями. Искривленные и панические мысли о болезни или физическом состоянии менее выражены или отсутствуют.</p> <p><u>4. Поведенческий уровень.</u> Минимальные изменения в поведении, включая легкую утрату интереса к некоторым активностям. Продолжают вести нормальный образ жизни без значительных ограничений. Могут обращаться за медицинской помощью только в случае реальной необходимости и не злоупотребляет медицинскими услугами.</p>	<p>Анкета диагностики интенсивности и психосоматических проявлений</p> <p>Гиссенский опросник соматических жалоб</p>

Окончание Таблицы 4

критерии	уровни			Методы и методики
	сильный	средний	низкий	
ЧАСТОТА ПРОЯВЛЕНИЙ	<p><u>В любой стрессовой ситуации, даже при воспоминании о ней.</u> Психосоматические проявления могут возникать в любой стрессовой ситуации, даже при воспоминании о ней. Это означает, что симптомы чрезвычайно выражены и присутствуют независимо от того, насколько сложная или обыденная ситуация.</p>	<p><u>В сложных стрессовых ситуациях.</u> Психосоматические проявления могут возникать в сложных стрессовых ситуациях. Это означает, что симптомы могут быть менее интенсивными или проявляться не всегда, но включают в себя эмоциональные реакции, когнитивные процессы и определенное изменение поведения.</p>	<p><u>Исключительно в очень сложных стрессовых ситуациях.</u> Низкая интенсивность психосоматических проявлений характеризуется их появлением исключительно в очень сложных стрессовых ситуациях. Симптомы при этом могут быть слабыми и проходящими. Это означает, что клиент испытывает эмоциональное и когнитивное напряжение в определенных ситуациях, но физические проявления минимальны или временные.</p>	Клиническое интервью

Для изучения психосоматических проявлений использовались следующие методики:

1. **Клиническое интервью.** Данное интервью представляет собой ряд обязательных блоков для того, чтобы составить общее представление о клиенте и его состоянии, а также понять перспективы работы.

Его целью является оценка возможности сотрудничества с клиентом.

Задачи: изучить уровень личной интеграции клиента. Анализировать особенности его личности. Оценить перспективы дальнейшей работы вместе. При необходимости рассмотреть возможность направления клиента к другому специалисту.

Перед началом беседы важно пояснить клиенту, что он находится на консультации у психолога, подчеркнуть конфиденциальный характер беседы и то, что клиент имеет право свободно выбирать, какой информацией делиться и на какие вопросы отвечать. Структура клинического интервью представлена в приложении Б.

Записи и данные, полученные во время клинического интервью, являются конфиденциальными и требуют соблюдения психологической этики и законодательства о защите данных.

Клиническое интервью помогает осуществить сбор анамнеза: демографические характеристики, историю возникновения проблемы, анализ актуальных причины затруднения и с учётом запроса дает возможность прояснить причины возникновения, степень проявления и интенсивность, соматических проявлений через перечень следующих вопросов:

7. Блок. Актуальная ситуация:

- Какова ваша текущая жизненная ситуация?
- Какие действия вы предпринимали для «снятия симптомов», и какие результаты были достигнуты?
- Проходили ли вы медицинское обследование в связи с этими симптомами?
- Есть ли у вас какие-либо сопутствующие заболевания или медицинское

лечение?

- Как вы относитесь к процессу лечения?
- Были ли у вас в прошлом другие серьезные заболевания и обращения в медицинские учреждения?
- Имеется ли в вашей семье наследственность, связанная с медицинскими проблемами? Можете ли поделиться какой-либо информацией о ней?

8. Блок. Воздействие симптома:

- Когда у вас первый раз возникли физические симптомы, с которыми вы сейчас сталкиваетесь?
- Какая ситуация этому предшествовала или какие события сопровождали это?
- Когда симптомы становятся более интенсивными, а когда они уходят или становятся менее выраженными?
- Сколько раз в неделю или в какие периоды они обычно возникают? Сколько времени длится каждое проявление?
- Насколько сильно вы оцениваете интенсивность симптомов, используя определения: «слабо», «сильно», «невозможно терпеть»?
- Как симптомы влияют на вашу повседневную жизнь?
- Как они влияют на ваши социальные контакты, увлечения и работу?
- Какие изменения произошли в ваших отношениях с родителями, друзьями, детьми и другими близкими?
- Как вы обычно справляетесь с болезнями или трудностями вызванными заболеваниями?
- Принимали/принимаете ли вы какое-либо лечение или медикаменты, и как это повлияло на ваши симптомы? Симптомы сохранились или уменьшились?
- Что, по вашему мнению, способствовало улучшению вашего состояния или уменьшению симптомов?
- В каких случаях вы замечаете ухудшение состояния или увеличение

симптомов?

– Какие факторы, на ваш взгляд, могут быть связаны с возникновением или усилением ваших симптомов?

– По вашему мнению, с чем могут быть связаны ваши проблемы со здоровьем?

– Есть ли какие-то особые ситуации, события или стрессоры, которые могли повлиять на ваше текущее состояние?

– Как вы воспринимаете и анализируете собственные мысли, чувства и эмоции в связи с вашим заболеванием? Есть ли у вас своя точка зрения на возникшие трудности?

– Можете ли поделиться своими мыслями, страхами, чувствами, надеждами и даже ощущениями отчаяния, которые возникают, когда вы остаетесь одни с собой и своими мыслями?

Эти вопросы помогают более глубоко понять клиента и его жизненную ситуацию, а также выявить факторы, влияющие на его психологическое состояние. Так же через клиническое интервью возможно сформировать представление о клиенте, его физическом и эмоциональном состоянии, наметить план работы

2. Гиссенский опросник соматических жалоб.

Данный опросник разработан в 1967 г. немецкими психологами Е. Брюхлером и Дж. Снером. В 1993 г. русскоязычную версию предложили В. А. Абабков, С. М. Бабин и Г. Л. Исурина в психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева. Субъективный уровень соматических нарушений отражает, как человек эмоционально интерпретирует состояние своего здоровья. Суммарная оценка интенсивности эмоционально окрашенных жалоб по поводу физического состояния образует самостоятельный и весьма значимый фактор, определяющий психический статус личности.

Гиссенский опросник соматических жалоб предназначен для регистрации отдельных соматических жалоб, комплекса жалоб и определения общей оценки их интенсивности. Опросник состоит из 24 соматических

симптомов, относящихся к таким сферам, как общее самочувствие, вегетативные нарушения, нарушения функций внутренних органов, которые пациент должен оценить по 5-балльной системе. Ответы группируются в 4 основных шкалы и одну суммарную: истощение, желудочные жалобы, ревматический фактор, сердечные жалобы и общий балл, который характеризует общую интенсивность жалоб по поводу состояния физического здоровья.

Сбор данных с помощью Гиссенского опросника соматических жалоб позволил нам получить информацию о интенсивности соматических проявлений.

3. Также для определения интенсивности и частоты психосоматических проявлений на разных уровнях и анализа влияния стресса на физическое и эмоциональное состояние, нами была разработана «Анкета диагностики психосоматических проявлений у взрослых», учитывающая уровни проявлений и частоту (высокий, средний, низкий) на разных уровнях (физическом, эмоциональном, когнитивном, поведенческом), состоящий из 15 вопросов (по 3 вопроса в каждом блоке). Бланк вопросов для оценки критериев представлен в Приложении Б.

Уровень интенсивности и частоты психосоматических проявлений оценивается на основе ответов, полученных в результате анкетирования. Для этого используются данные по каждому из уровней (физическому, эмоциональному, когнитивному, поведенческому).

Пять ответов (почти никогда, редко, периодически, достаточно часто, постоянно) используются для шкалы оценок, от 1 до 5, где 1 означает «почти никогда» и 5 – «постоянно».

После того как клиент закончил работать с анкетой, его ответы на каждый вопрос оцениваются на соответствующей шкале. Затем производится анализ этих оценок.

Оценка уровня интенсивности. Каждый ответ оценивается соответствующим числовым значением (1-5), затем суммируются баллы для

всех вопросов в каждом из уровней (физическом, эмоциональном, когнитивном, поведенческом). Высший суммарный балл на конкретном уровне указывает на более высокую интенсивность проявлений. Шкала оценки опросника по интенсивности психосоматических проявлений применяется к каждому из четырех блоков (физический, эмоциональный, когнитивный, поведенческий):

- Высокий уровень: 16-20 баллов
- Средний уровень: 11-15 баллов
- Низкий уровень: 1-10 баллов

Анализ уровня интенсивности и частоты психосоматических проявлений помогает выявить наиболее проблемные области, связанные с психосоматическими проявлениями клиента.

После изучения психосоматических проявлений у взрослых, исходя из гипотезы о связи стресса, тревожных состояний и психосоматических проявлений, мы решили провести исследование этой теории, воспользовавшись следующими методиками.

4. **Тест «Диагностика ситуативной и личностной тревожности»** (Ч.Д. Спилбергера - Ю.Л. Ханина). Цель данной методики – изучение самооценки, уровня тревожности. Данный тест относится к группе личностных опросников, разработанных Ч.Д. Спилбергером в 1966-1973 гг. для диагностики тревоги и тревожности. Опросники Ч.Д. Спилбергера широко распространены в прикладных исследованиях, особенно в области клинической психодиагностики, и высоко оцениваются за компактность и достоверные диагностические данные. В России широкое распространение имеет русскоязычный вариант STAI, который известен как «Шкала реактивной и личностной тревожности Спилбергера – Ханина». Ю.Л. Ханин адаптировал, модифицировал и стандартизировал методику, а также получил ориентировочные нормативы поуровневой выраженности тревожности.

Применение теста «Диагностика ситуативной и личностной тревожности» даст оценку уровней ситуативной и личностной тревожности

респондентов и определит, как тревожность может влиять на физическое состояние.

5.«Опросник удовлетворенностью жизнью» Н.Н. Мельниковой.

Данный тест предложен Н.Н. Мельниковой в 2001 году. С помощью него возможно оценить субъективное переживания удовлетворенности жизнью, сфокусированное на взрослых людях в возрасте от 18 до 55 лет. Этот опросник помогает оценить разнообразные аспекты удовлетворенности, такие как эмоциональное состояние, активность, уровень насыщенности жизни, удовлетворенность в достижении планов и удовлетворенность потребностями. Он также оценивает степень ощущаемой стабильности окружающего мира и наличие тревожных ожиданий относительно будущего.

Состоящий из 46 утверждений (оцениваются: 1 – почти никогда; 2 – редко; 3 – периодически; 4 – достаточно часто; 5 – постоянно) опросник предоставляет респонденту возможность выразить свои мысли, чувства и состояния на пятибалльной шкале. Этот инструмент проведения факторного анализа помогает выявить четыре ключевых фактора: положительную удовлетворенность и три разнообразных аспекта неудовлетворенности жизнью.

Фактор 1 (F1) – «жизненная включённость» отражает три аспекта удовлетворенности жизнью: (1) полнота и радость жизни; (2) активность и желание действовать; (3) позитивные состояния, как радость и удовольствие.

Фактор 2 (F2) – «разочарование в жизни» фокусируется на разочаровании, досаде и ощущении несправедливости из-за несоответствия ожиданий реальности.

Фактор 3 (F3) – «усталость от жизни» выражает физическую и эмоциональную усталость, пассивность и апатию.

Фактор 4 (F4) – «беспокойство о будущем» включает тревожные ожидания неблагоприятных событий и неуверенность в завтрашнем дне.

По каждому фактору подсчитывается общая сумма баллов по вопросам,

которые ему соответствуют,

Общая неудовлетворенность вычисляется как сумма баллов, набранных по факторам 2 и 3 ($F2 + F3$),

Общий балл УДЖ представляет разницу позитивных и негативных переживаний: $F1 - (F2 + F3)$.

Применение опросника «Удовлетворенности жизнью» позволит
•оценить уровень удовлетворенности жизнью респондентов и понять, как уровень психологической удовлетворенности может влиять на психосоматические проявления.

6. *Методы математической статистики* позволяют проанализировать результаты исследований и установить достоверность различий статистически обработав полученные данные с применением Т-критерия Вилкоксона. С помощью программы Excel построены гистограммы, которые показывают уровень определенных показателей.

Все вышеперечисленные диагностические методики соответствуют целям и задачам исследования, являются валидными и ориентированы на возрастную группу исследуемых.

Настоящее исследование проводилось посредством индивидуального психологического консультирования в офлайн (г. Красноярск) и онлайн формате. В исследовании приняло участие 10 взрослых клиентов. Все клиенты – женщины от 23 до 44 лет, из них 9 человек работают в найме, 1 самозанятая. 3 женщины имеют 2 детей, 1 женщина – 1 ребенка, 1 – 3 родных и 1 приемного ребенка и у 5 женщин нет детей. Семейное положение: 6 женщин замужем, 2 в разводе и 2 в браке не состояли. Материальное положение у всех – среднее.

Анализ результатов исследования по критерию «Количество симптомов» на основании проведения клинического интервью и Гиссенского опросника соматических жалоб (Somatic Complaints Questionnaire, SCQ) экспериментальной группой позволил увидеть следующие результаты:

- у всех женщин исследуемой группы существовала общая тенденция

(см. рисунок 1).

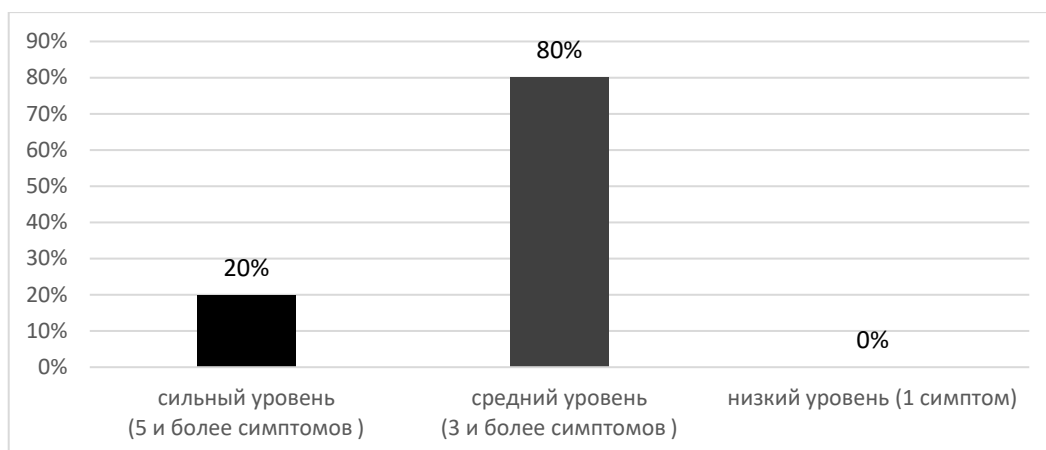


Рисунок1.–Распределение респондентов по критерию «Количество симптомов» (распределение в %)

У большинства, а именно у 80% женщин, было зарегистрировано не более 3 симптомов, по одному физическому и по два эмоциональных симптома оказались наиболее распространенными. Эти симптомы включали в себя расстройство желудка, головные боли, психосоматический кашель, лицевую сыпь, а также эмоциональные проявления, такие как тревожные состояния, агрессия, раздражительность, чрезмерное напряжение и волнение. Указанные симптомы оказывали влияние на общее физическое и эмоциональное состояние клиенток, однако их интенсивность не достигала уровня сильных проявлений.

У оставшихся 20% женщин диагностировано 5 и более симптомов. В одном случае, у одной из женщин, наблюдалось 2 физических и 3 эмоциональных симптома, включая панические атаки, учащенное сердцебиение, тревожные состояния, раздражение, чрезмерное напряжение и страх. У второй женщины был выявлен 1 физический и 5 эмоциональных симптомов, таких как повышение давления, тревога, раздражение, чрезмерное напряжение, агрессия и наличие навязчивых мыслей. Эти данные свидетельствуют о сильном уровне психосоматических проявлений у

указанных женщин.

Клиническое интервью помогло нам составить общее представление о респондентах, их физическом и эмоциональном состоянии, а также понять перспективы работы. В ходе клинического интервью нами задавались вопросы о физических и эмоциональных симптомах испытуемых. Клиенту предоставлялась возможность описать количество и разнообразие симптомов, которые он переживает. Гиссенскому опросник соматических жалоб (Somatic Complaints Questionnaire, SCQ) помог проверить результаты клинического интервью и дополнить картину исследуемого критерия.

В результате мы можем сделать следующие выводы:

Исследование психосоматических проявлений у взрослых женщин включает разнообразные симптомы и их влияние на эмоциональное состояние. 80% участниц имели не более 3 симптомов, включая физические и эмоциональные. Остальные 20% женщин имели более 5 симптомов, говорящих о сильных психосоматических проявлениях. Все вышеупомянутые симптомы сопровождаются соматическими жалобами. У всех женщин клинические диагнозы отсутствуют, и медицинские обследования не выявили патологий.

В процессе консультативных встреч перед нами стояла задача помочь женщинам в управлении психосоматическими проявлениями, учитывая различия в их эмоциональных состояниях и степени интенсивности симптомов. Эти наблюдения являются отправной точкой для дальнейшего исследования и анализа психосоматических проявлений у взрослых.

Анализ исследования по критерию «Интенсивность проявлений» на основании проведения опроса респондентов по Гиссенскому опроснику соматических жалоб (Somatic Complaints Questionnaire, SCQ) и «Анкету диагностики психосоматических проявлений у взрослых» позволил увидеть следующие результаты.

На основе проведенного опроса по Гиссенскому опроснику соматических жалоб среди исследуемых женщин за основу была взята оценка

общего балла (Д давление жалоб). Общий балл показывает интенсивность соматических жалоб на физическое и эмоциональное состояние клиентов. Значение равно сумме значений основных шкал

В связи с тем, что нормативов для отдельных шкал не предусмотрено, оценивается общий балл исходя из того, среди здоровых людей 50% имеет менее 14 баллов (рисунок 2).

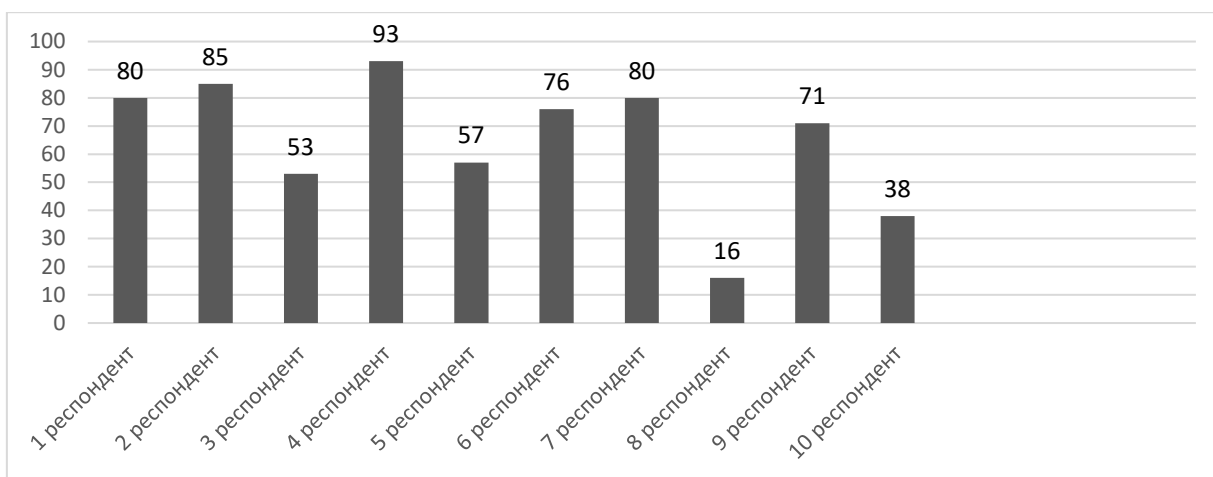


Рисунок 2. – Распределение респондентов по оценке общего балла (Д давление жалоб) по Гиссенскому опроснику соматических жалоб (распределение в процентных рангах к контрольной группе)

Таким образом, результат опроса показал, что все участницы 100% высоко оценили интенсивность жалоб (разброс баллов составил от 16 до 93 баллов), а низкого уровня не было ни у кого, что говорит о значительной интенсивности соматических проявлениях. Шкала давления жалоб характеризует общую интенсивность жалоб, «ипохондричность» не в традиционном понимании этого термина, а с точки зрения психосоматического подхода как «давление жалоб». В медицине используется понятие «субъективный уровень заболевания», которое отличается от объективных показателей физического состояния. Оно описывает, как человек воспринимает свое здоровье на эмоциональном уровне. Каждое физическое ощущение (в данном случае, боли в различных частях тела, сердечные жалобы, желудочные жалобы и истощение) у клиенток сопровождалось субъективной

эмоциональной интерпретацией, и совокупность таких ощущений определило интенсивность субъективного дискомфорта.

Далее, для определения степени интенсивности психосоматических проявлений мы провели анкетирование участников с помощью «Анкеты диагностики психосоматических проявлений у взрослых», которая дала возможность рассмотреть воздействие симптома по нескольким направлениям (физическом, эмоциональном, когнитивном, поведенческом уровнях):

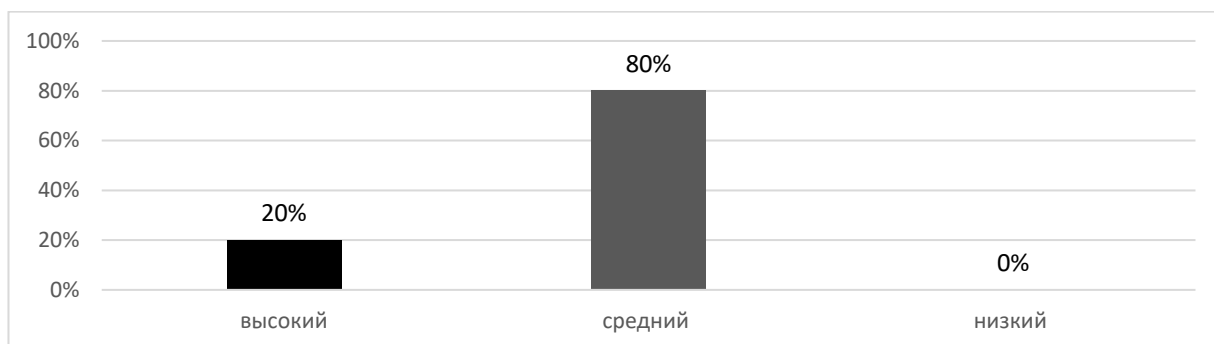


Рисунок 3.—Распределение респондентов по критерию «Интенсивность проявлений» (распределение в %)

Таким образом, анализ критерия «Интенсивность проявлений» в результате проведения анкетирования испытуемых женщин показал, что из 100% респондентов, 20% участниц оценили интенсивность психосоматических проявлений как сильную. Они в состоянии стресса испытывала выраженные физические симптомы (одна из них испытывала: панические атаки, учащенное сердцебиение, тревожные состояния, раздражение, чрезмерное напряжение и страх, другая - повышение давления, тревогу, раздражение, чрезмерное напряжение, агрессию и наличие навязчивых мыслей), которые ограничивали их способность вести нормальную жизнь. Им сложно было управлять эмоциями, и они с ними оставались какое-то время. В связи с чем, они старались избегать ситуаций, вызывающих эмоциональные реакции. Одна клиентка постоянно посещала медицинские учреждения для постановки диагноза и совершала другие действия, направленные на снятие дискомфорта. Обеим участницам было

предложено пройти дополнительное медицинское обследование, результаты которого не подтвердили наличие органических заболеваний.

Остальные 80% респондентов оценили интенсивность проявлений как среднюю, выявлялась она в умеренных физических симптомах (учащенное сердцебиение, дрожь, потливость, боли в животе, изнуряющий кашель, головной боли, проблемы со сном, тревожность, беспокойство, грусть, раздражительность, волнение, эмоциональная нестабильность), симптомы мешали вести нормальную жизнь, но не ограничивали ее. Участницы фиксировались на своих физических симптомах, их посещали беспокойные мысли о своем здоровье, но при этом, они не погружались в этот процесс. 2 участницы проявляли некоторую степень ограничения в своей обыденной жизни из-за физических симптомов, но редко.

В результате мы можем сделать следующие выводы:

Исследование интенсивности психосоматических проявлений у взрослых женщин экспериментальной группы показало, что у 80% средний уровень интенсивности, у 20% женщин – высокий, говорящих о сильной интенсивности психосоматических проявлениях.

Психологический портрет респондентов указывает на различия в переживании физических симптомов между этими группами женщин, но все испытывают значительные физические жалобы, которые могут быть связаны с различными психологическими факторами

Исследуя критерий «частота проявлений» через проведение «Анкеты диагностики психосоматических проявлений у взрослых» позволил увидеть

следующие результаты (рисунок 4):

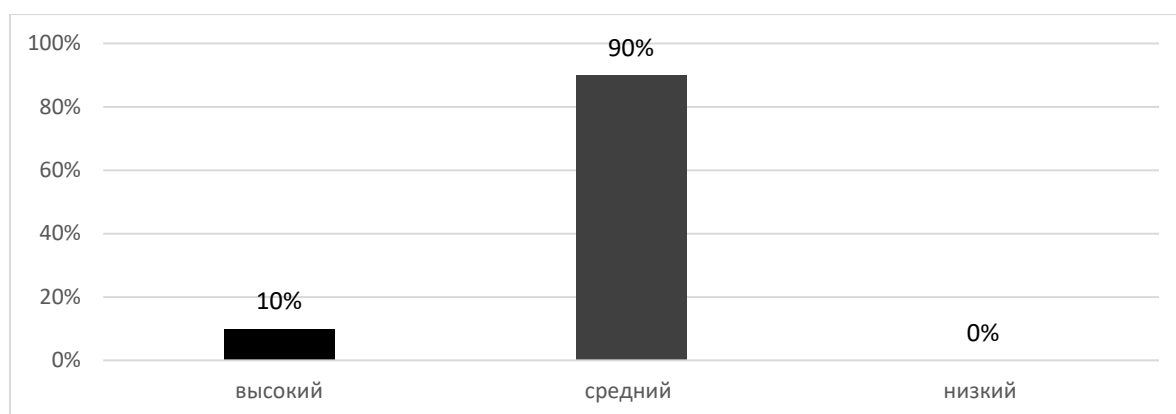


Рисунок4.–Распределение респондентов по критерию
«Частота проявлений»(распределение в %)

В результате исследования было выявлено, что большинство респондентов - 90% испытывают интенсивные психосоматические проявления в сложных стрессовых ситуациях (средний уровень). У этих участниц проявления их симптомов были только в сложных стрессовых ситуациях, но включали в себя эмоциональные реакции, когнитивные процессы и определенное изменение поведения. У одной клиентки в сложных стрессовых ситуациях (разрыв отношений, конфликт на работе) появлялся психосоматический кашель и страх, после чего она неоднократно обращалась к врачу, но получая ответ, что у нее нет соматических изменений, начала стараться избегать стрессовых ситуаций. У двух клиенток, в период проживания сложных стрессовых ситуаций (конфликты с близкими), появлялась сыпь (у одной на лице, у другой – на теле), при этом, одна из них испытывала агрессию, другая повышенную раздражительность. Еще у двух клиенток, в период сложного стресса, появлялись головные боли и раздражение. Одну клиентку в проживании сложного стресса, сопровождало расстройство желудка и навязчивые мысли, двух – учащенное сердцебиение и страх, и у одной клиентки были проблемы со сном, беспокойство и грусть. Помимо перечисленных эмоциональных реакций, все участницы испытывали тревожные состояния и проявлял и некоторую степень ограничения в своей обыденной жизни из-за физических

СИМПТОМОВ;

Одна клиентка 10% испытывает интенсивные психосоматические проявления в любых стрессовых ситуациях даже при воспоминании о них (высокий уровень). У клиентки в период стрессовых ситуаций начинала болеть голова, иногда она чувствовала учащенное сердцебиение и повышение давления, через некоторое время клиентка испытывала панические атаки. Также в этот период она ощущала тревогу и беспокойство, ее преследовали навязчивые мысли, руминации и она редко ощущала спокойствие. В следствие чего, она стала избегать стрессовых ситуаций, перестала отстаивать свою точку зрения в споре с супругом и мамой, когда очень хотелось это сделать, перестала посещать мероприятия, которые раньше посещала с удовольствием, стала социально отстраненной.

Таким образом, в результате исследования мы смогли понять, какие уровни интенсивности психосоматических проявлений преобладают у наших респондентов на разных уровнях (физическом, эмоциональном, когнитивном, поведенческом), выявить связи между субъективным уровнем проявлений и симптомами на разных уровнях и определить частоту психосоматических проявлений.

Обобщая результаты всех методик, на основе выделенных нами критериев и уровней протекания психосоматических проявлений у взрослых, можно выделить несколько групп лиц с различной степенью интенсивности и остроты психосоматических проявлений (рисунок 5).

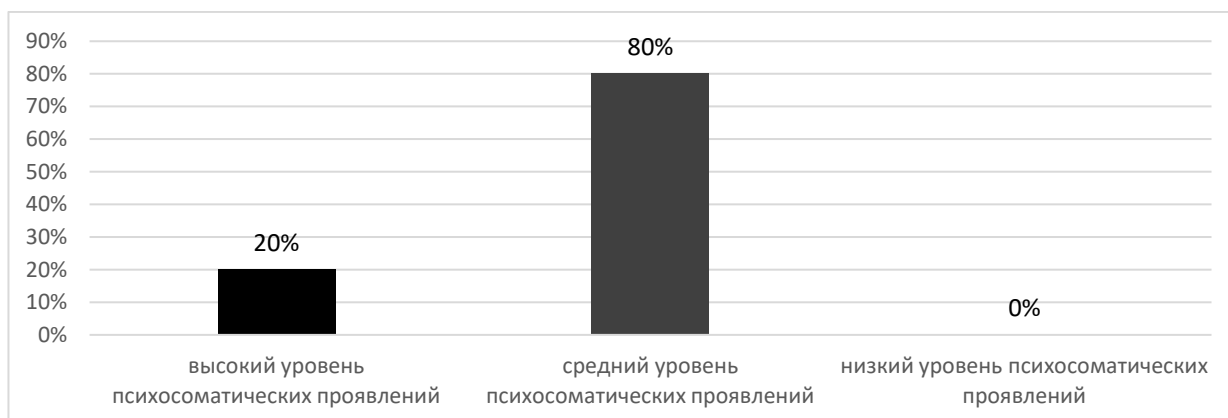


Рисунок 5.– Итоговый уровень психосоматических проявлений у

взрослых(распределение в %)

У 20 % испытуемых определен высокий уровень проявлений, который включает более 5 физических и психологических симптомов, таких как: расстройства желудка, головные боли, повышенное давление, учащенное сердцебиение, тревога, панические атаки, раздражение, чрезмерное напряжение, агрессия, наличие навязчивых мыслей и страх. Эти проявления могут оказать серьезное воздействие на обыденную жизнь, проявляясь в физических симптомах и сложноуправляемых эмоциях. А также могут возникнуть трудности в концентрации, принятии решений, адаптивное или искаженное поведение в ответ на физические симптомы, стремление избегать ситуаций, вызывающих эмоциональные реакции. Психосоматические проявления могут возникать в любой стрессовой ситуации, даже при воспоминании о ней. Это означает, что симптомы чрезвычайно выражены и присутствуют независимо от того, насколько сложная или обыденная ситуация.

У 80% определен средний уровень психосоматических проявлений, который включает в себя: умеренное количество (не более 3) физических и психологических симптомов (расстройство желудка, головные боли, психосоматический кашель, лицевою сыпь, а также эмоциональные проявления, такие как тревожные состояния, агрессия, раздражительность, чрезмерное напряжение и волнение). Эти симптомы оказывают влияние на общее физическое и эмоциональное состояние, но их интенсивность не так высока, как при сильных проявлениях. Умеренные физические симптомы, могут вызывать дискомфорт, но не ограничивают нормальную жизнь. Умеренные эмоциональные реакции, такие как тревожность и грусть, могут быть управляемыми и временными. В этой группе клиентов наблюдаются периодические беспокойные мысли, но они не доминируют. Адаптивность и рациональность поведения умеренные, хотя может быть некоторое ограничение в обыденной жизни из-за физических симптомов, но клиент

способен оценивать происходящее и менять поведение. Психосоматические проявления в данной группе могут возникать в сложных стрессовых ситуациях и проявляться менее интенсивно или не всегда, но включают в себя эмоциональные реакции, когнитивные процессы и изменение поведения. Низкого уровня психосоматических проявлений не зафиксировано ни у кого.

Таким образом, исследование количества, интенсивности и частоты соматофорных проявлений помогло более детально рассмотреть психосоматические проявления у взрослых и выявить связи между видами физическими симптомами, интенсивностью и частотой проявлений, а также уровнем стресса.

В связи с тем, что у всех испытуемых, при психосоматических проявлениях присутствовали тревожные состояния, и, исходя из предположения, что тревожность и общий стресс могут быть связаны с интенсивностью психосоматических проявлений, мы решили провести исследование тревожности испытуемых с помощью теста на определение тревожности Спилбергера-Ханина (рисунок 6).

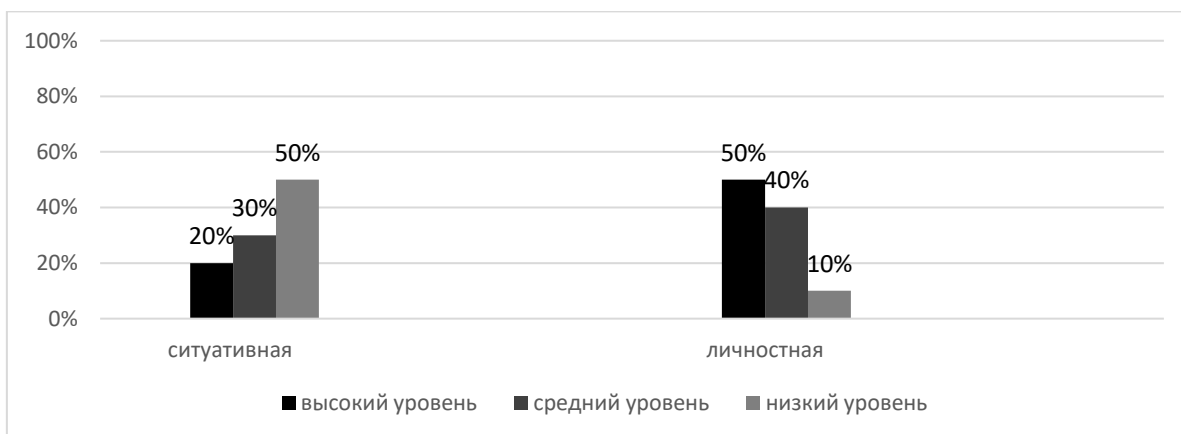


Рисунок 6. –Распределение уровней тревожности (ситуативной и личностной)у взрослых по тесту на определение тревожности Спилбергера-Ханина(распределение в %)

В результате тестирования нам удалось увидеть, что:

– у 20% женщин (испытывающих высокую степень

психосоматических проявлений), была выявлена высокая личностная тревожность, отражающая склонность субъекта к переживанию тревоги и интерпретации ситуаций как потенциально угрожающих для его самооценки и самоуважения. При этом, одна из них испытывала среднюю, а другая - низкую ситуативную;

– у группы со средним уровнем психосоматических проявлений 20% женщины имели высокий уровень ситуативной тревожности – эмоциональную реакцию на стрессовую ситуацию и 30% – высокий уровень личностной тревожности, 20% – средний уровень ситуативной тревожности, 40% – средний уровень личностной. У 40% был зафиксирован низкий уровень ситуативной, у 10% – низкий уровень личностной тревожности.

Таким образом, было обнаружено, что большинство испытуемых (50%) испытывали высокий уровень личностной тревожности. Участницы часто переживали даже в повседневных ситуациях и воспринимали их как угрожающие, имели низкую самооценку, были самокритичными, постоянно беспокоились о будущем, о здоровье, об отношениях и других аспектах жизни. Высокая тревожность мешала принимать решения, так как они боялись негативных последствий, испытывая постоянный стресс и как следствие, психосоматические проявления.

Меньшая часть участниц (20%), испытывали высокий уровень ситуативной тревожности, в ответ на определенные ситуации и события, которые они воспринимали как стрессовые или угрожающие. Одна клиентка переживала болезненный развод, другая беспокоилась о состоянии своего здоровья. Таким образом, ситуативная тревожность, сопровождалась психосоматическими проявлениями, такими как учащенное сердцебиение, потливость, мышечное напряжение и другими проявлениями.

Обобщая результаты уровней ситуативной и личностной тревожности у взрослых, испытывающих психосоматические проявления, можно выделить три группы лиц с различной степенью интенсивности тревожности (рисунок

7).

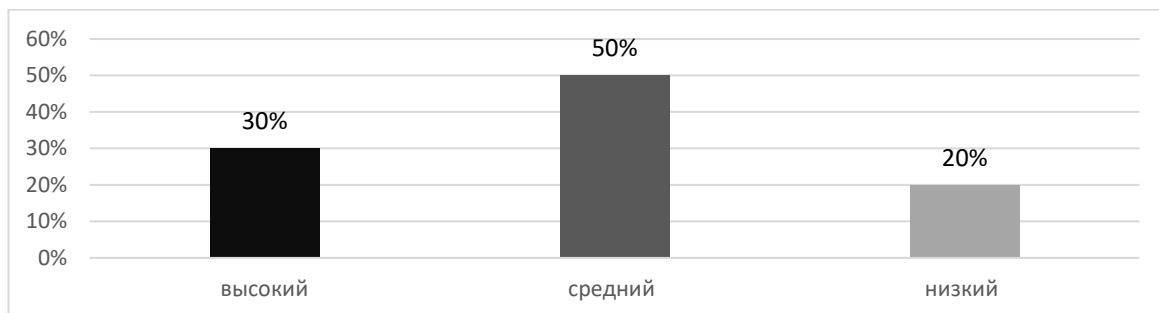


Рисунок 7. –Итоговый уровень тревожности у взрослых
(распределение в %)

Результаты анализа уровня тревожности в группе респондентов показали, что большинство женщин (50%) испытывают среднюю тревожность, 30% женщин – высокую и 20% женщин – низкую.

Это свидетельствует о том, что тревожные состояния могут играть значительную роль в проявлении интенсивности психосоматических симптомов.

Анализируя источник тревожности, мы провели исследование уровня удовлетворенности жизнью женщин с целью оценить влияние симптомов соматоформных проявлений на их жизнь и эмоциональное состояние, а также для изучения связи между тревожностью, физической и эмоциональной усталостью, и общим отношением к жизни. Для этого мы воспользовались «Опросником удовлетворенностью жизнью». Опросник оценивает не количество физических симптомов, а общую удовлетворенность жизнью.

Результата опроса респондентов показал следующую картину

(рисунок 8).

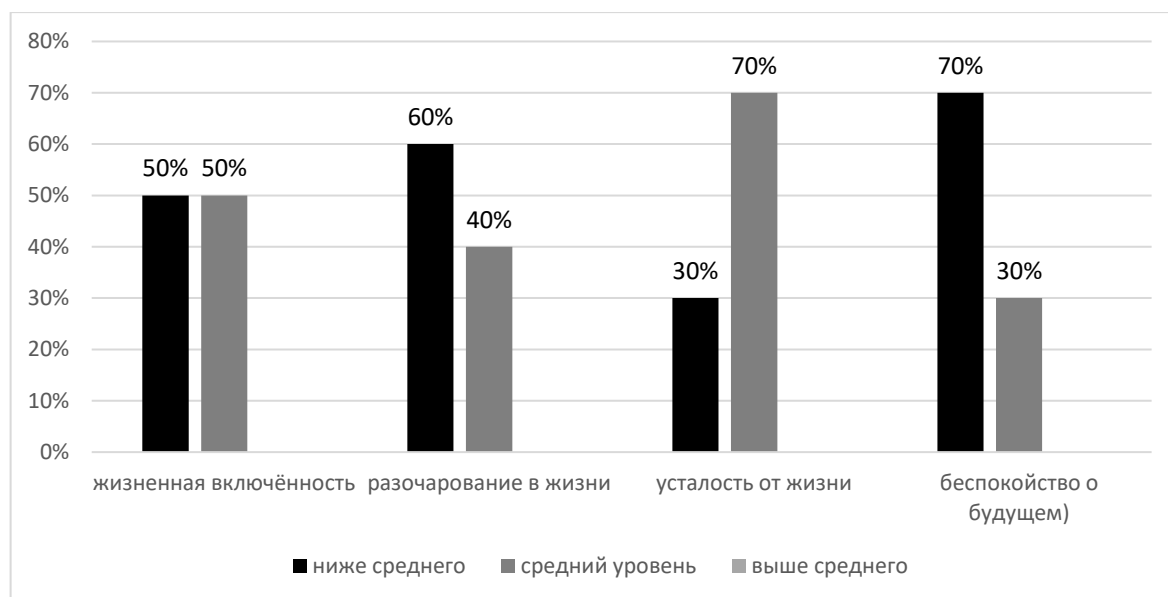


Рисунок8. – Распределение респондентов по степени удовлетворенности жизни испытуемых, выявленные в ходе проведение опроса по «Опроснику удовлетворенностью жизнью» (распределение в %)

Половина (50%) женщин имеют среднюю жизненную включенность, что говорит об активной жизненной позиции и желании проживать жизнь. Еще 50% женщин практически не включены в этот процесс и испытывают апатию к происходящему, у них присутствуют астенические состояния, сопровождающиеся усталостью, истощением.

Большинство женщин (60%) испытывают разочарование в жизни, обиды, несправедливости, повышенное чувство разочарования и неудовлетворенности жизнью. Они испытывают трудности в управлении жизненными стрессами, их эмоциональная устойчивость снижена. А 40% женщин в средней степени переживают разочарования.

Усталость от жизни проявляется общим недомоганием, истощением, физической слабостью, пассивностью, апатией, ощущением разбитости и отсутствия желаний. Третья часть (30%) женщин испытывает сильную усталость и изнеможение. У них нарушен баланс между работой и отдыхом и их эмоциональные ресурсы истощены. Большинство (70%) женщин находятся

в состоянии, где энергия и усталость балансируют на среднем уровне, периодически испытывают усталость, но в целом способны поддерживать нормальный ритм жизни.

Также 70% женщин постоянно ожидают неблагоприятные жизненные события и испытывает неуверенность в завтрашнем дне, часто переживают о предстоящих событиях, испытывают тревогу и неопределенность. Остальные (30%) женщин в средней степени задумываются о перспективах, могут проявлять баланс между оптимизмом и некоторой тревожностью относительно будущих событий. Могут планировать свое будущее, но иногда испытывают страх за будущее.

Результаты опроса помогли нам оценить, насколько симптомы соматоформных расстройств влияют на общую удовлетворенность жизнью, как физические симптомы влияют на готовность к изменениям и общую жизненную позицию участниц, увидеть влияние тревожных состояний на психосоматические проявления. А также увидеть перспективы и ожидания участниц в отношении будущего. Участницы испытывают потребность в поддержке, в развитии стратегий по улучшению эмоциональной устойчивости, а также в развитии позитивного восприятия событий и поиска смысла в повседневной жизни. Так же существует потребность в восстановлении жизненного баланса, регулярного отдыха, стратегии по восстановлению энергии, а также работу над управлением стрессом и поиском источников поддержки для повышения качества жизни.

Изучая психосоматические проявления у взрослых, проявления тревожных состояний и удовлетворенность жизнью, мы приходим к следующим выводам:

1. Интенсивность психосоматических проявлений у женщин в нашей выборке зависит от физических симптомов, сильных эмоциональных реакций, когнитивных фокусов и поведенческих реакций. Эта интенсивность возрастает в стрессовых ситуациях и коррелирует с уровнем её выраженности.

2. Выявлен высокий и средний уровень тревожности, как личностной,

так и ситуативной у всех участниц эксперимента, испытывающих психосоматические проявления, что указывает на значительное влияние стресса на их психологическое состояние и качество жизни.

3. Несмотря на то, что симптомы психосоматических проявлений оказывают существенное влияние на общую удовлетворенность жизнью у участниц, у всех есть готовность к изменениям. Осознание перспектив и ожиданий участниц в отношении будущего становится ключевым в понимании динамики и эффективности стратегий управления этими состояниями.

В итоге, наш констатирующий эксперимент подтверждает, что психологическая помощь взрослым клиентам, страдающим психосоматическими проявлениями, имеет потенциал для снижения интенсивности этих проявлений.

Таким образом, мишенью нашей работы, по результатам констатирующего эксперимента, будет снижение тревожных состояний через формирование адекватного уровня уверенности в себе и повышения адаптации к стрессу взрослых клиентов, направленной на снижение интенсивности психосоматических проявлений с помощью интегративного индивидуального психологического консультирования.

2.2. Экспериментальная работа по реализации интегративного подхода в процессе индивидуального психологического консультирования по снижению психосоматических проявлений у взрослых

Интегративное консультирование – то форма психотерапии, которая, сочетает в себе различные подходы и техники, чтобы помочь клиенту наилучшим образом, который ему подходит.

Цель интегративного консультирования – работать со всеми аспектами и системами человеческой психики: поведенческие, когнитивные, аффективные и физиологические системы рассматриваются как единое целое.

Интегративное консультирование направлено на адаптацию к особенностям и личности клиента с использованием инструментов и концепций, специфичных для когнитивно-поведенческой и эмоционально-образной терапий, методов релаксации, арт-терапии. Цель состоит в том, чтобы быть гибким и не приспособливать потребности клиента к одному терапевтическому методу, а учитывать сложность и уникальность человека.

Для проведения формирующего эксперимента были выбраны 10 испытуемых участниц констатирующего эксперимента. Психосоматических проявлений каждой женщины сугубо индивидуальна. В связи с этим нами была выбрана индивидуальная работа с каждой клиенткой с применением набора разных методов и техник. Экспериментальная группа состояла из 10 участниц констатирующего эксперимента.

На основании полученных результатов констатирующего эксперимента для работы с испытуемыми нами была разработана программа, направленная на снижение интенсивности психосоматических проявлений у людей среднего возраста (Приложение В).

Цель программы: снижение интенсивности психосоматических проявлений через работу со всеми аспектами и системами человеческой психики. Поведенческие, когнитивные, аффективные и физиологические системы рассматриваются как единое целое.

Задачи программы:

- 1) стимулировать процесс изменения поведения, позволяя клиенту достичь более продуктивного и удовлетворительного образа жизни;
- 2) обучить клиентов навыкам управления эмоциями и внимательного отношения к его переживаниям, особенно в условиях стресса, повысив стрессоустойчивость и кризисную адаптивность;
- 3) содействовать развитию клиентских межличностных навыков и навыков эффективного преодоления жизненных трудностей;
- 4) сформировать у клиентов адекватный уровень уверенности в себе;
- 5) стимулировать изменение отношения клиента к психосоматическим

правлениям.

Программа реализована через серию тематических встреч, состоящих из 8 этапов работы: диагностики, постановки целей, работы с эмоциями, идентификацией и изменением деструктивных мыслей и убеждений, работы с физическими симптомами, с навыками релаксации, эффективного общения и межличностных отношений, а также оценки работы и реадaptации. Длительность каждой консультации не менее 60 минут, с периодичностью встреч - раз в неделю в течение от 8 до 12 недель. Всего было проведено 80 индивидуальных консультации с 10 участниками.

Перед началом первой встречи мы предлагаем клиенту пройти самостоятельно диагностику уровня тревожности через он-лайн тестирование, а так же, проанализировать свою жизнь, письменно ответив на следующие вопросы:

- Регулярно повторяющиеся типичные ситуации.
- Межличностные сложности с окружающими.
- Иррациональные страхи и фобии.
- Установки, которые могли возникнуть в детстве, например, убеждения в собственной неполноценности или неспособности.

Этот подход помогает нам лучше подготовиться к работе с клиентом и обеспечивает более эффективное консультирование.

Одной из ключевых целей интегративного консультирования, которую мы преследуем, заключается в предоставлении клиенту мощных инструментов для улучшения эмоционального равновесия, как следствие, снижения тревожных состояний, формирование адекватного уровня уверенности в себе. Для этого мы используем следующие этапы консультации:

Этап 1 (количество встреч до 4):

1. Сбор анамнеза, где мы подробно изучаем историю клиента, выявляя сильные и слабые стороны, прошлые и текущие проблемы и его будущие цели с помощью беседы и наблюдения.

2. Подготовка клиента, включая установление доверительных

отношений и обучение релаксации для поддержания внимания во время сессий с помощью когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), техники осознанности (медитации), музыкотерапии.

3. Проведение оценки, чтобы прояснить детали мишени воспоминания или события, вызывающие беспокойство и тревогу. Мы анализируем текущие эмоции, негативные когниции и желаемые позитивные, физические ощущения и т.д., используется одна из техник КПТ («Заполнение пустоты», «Стоп-кран»), ЭОТ (техника «Идентификация») или Арт-терапии (трансформационная психологическая игра «Психосоматика» А. Календо-Смирновой).

4. Разработка индивидуального психологического плана, включая выбор методов, техник работы. Выбор стратегий снижения стресса и управления эмоциями в виде профилактических действий по улучшению образа жизни (восстановление сна, физической активности и баланса жизни).

Этап 2 (количество встреч не менее 3):

1. Работа с эмоциями и стрессом. Помогаем клиенту переработать беспокоящее его воспоминание из прошлого или текущего времени, а позднее перерабатываются позитивные сценарии поведения в будущем, изменяя тем самым сенсорную, когнитивную, эмоциональную и соматическую информации с помощью техник ЭОТ (техника «Освобождение», «Встреча с внутренним ребенком», «Возвращение чувств»), изотерапия ««Эмоции и чувства»» или КПТ (техника «Реатрибуция»).

2. Идентификация и изменение мыслей и убеждений. Помогаем клиенту идентифицировать деструктивные и сформулировать позитивные убеждения о себе и интегрировать их с помощью КПТ (техники «Декатастрофизация», «Переформулирование», «Смена ролей»), ЭОТ (техника «Любовь», «Освобождение»).

3. Работа с физическими симптомами. Сканирование тела, обнаруживая перерабатываем соматические ощущения, находим вторичных выгод болезни и работаем с ними. (ЭОТ «Разговор с симптомом», «Промывание»,

«Излучение», «Освобождение» или трансформационная психологическая игра «Психосоматика»).

Этап 3 (количество встреч не менее 3)

1. Саморегуляция и релаксация. Тренировка клиента в методах релаксации, медитации и саморегуляции для снижения физических проявлений и стабилизации психоэмоционального равновесия. Использование метод релаксации Джекобсона, (прогрессивная Мышечная релаксация) и техник осознанности, ЭОТ техника «В круге счастья», «Встреча с внутренним родителем».

2. Эффективное общение и межличностные отношения. Работа над ассертивным поведением, управлением гневом и агрессией в рамках КПТ и ЭОТ (техники: «Метод конверсии агрессивной энергии», «Метод отреагирования») для улучшения эффективного общения и межличностных отношений

3. Завершение сессий включает в себя предоставление обратной связи и разработку плана ответственного поведения на будущее.

После каждого этапа осуществляется оценка личностных изменений клиента, чтобы следить за эффектом терапии и определить дальнейшие шаги.

Клиентам предоставляются домашние задания после каждой сессии, включая ведение дневников, музыкотерапию, библиотерапию и другие методы, в зависимости от их запросов, для закрепления результатов совместной работы.

Работа в программе строиться в трех направлениях (работа с прошлым, настоящим и будущем), чтобы помочь клиенту переработать негативный опыт из прошлого и настоящего, а затем сформировать адаптивное поведение для будущего.

1 часть. Прошлое:

1.1. Начинаем со сбора информации о ключевых событиях мишенях или травмах из прошлого, которые могли повлиять на психосоматические

проявления клиента.

1.2. Создаём пространство для клиента, чтобы он мог безопасно выразить свои эмоции и переживания, связанные с этими событиями.

1.3. Разрабатываем вместе с клиентом новое понимание прошлых событий, их влияния на его текущее состояние и формирования негативных мыслей и эмоций.

2 часть. Настоящее:

2.1. Анализируем текущие физические и эмоциональные симптомы клиента, определяем их степень интенсивности и частоту.

2.2. Помогаем клиенту выразить и осознать свои текущие эмоции, связанные с проявлениями, проанализировать и переработать их.

2.3. Обучаем клиента техникам саморегуляции и релаксации для управления текущими симптомами.

3 часть. Будущее.

3.1. После успешной переработки негативных воспоминаний из прошлого и текущих ситуаций, предлагаем клиенту представить адаптивные сценарии поведения (сценарии разрабатываются для каждой из ситуаций, в которых клиент ранее испытывал дисфункциональные реакции, включают в себя когнитивные, соматические и поведенческие аспекты и подвергаются переработке для их последующей интеграции в адаптивную сеть воспоминаний).

3.2. Разработаем индивидуальный план профилактики и управления новыми сценариями в будущем и в реальных ситуациях и просим предоставить обратную связь для оценки необходимости продолжения терапии и внесения корректировки, если это необходимо.

3.3. Предоставляем клиенту ресурсы и инструменты для поддержания своего физического и эмоционального благополучия в будущем.

3.4. Обучаем клиента вести дневник, чтобы отслеживать свои симптомы и реакции на них, а также для формирования адаптивного поведения в

будущем.

В работе с клиентом используются две базовых стратегии: «поиск ресурсов» и «поиск травм».

При стратегии «поиск ресурсов» применяется возрастная регрессия для выявления позитивных воспоминаний, мы помогаем клиенту переживать моменты успеха и радости.

С другой стороны, в стратегии «поиск травм» возрастная регрессия помогает выявить травматические события, влияющие на жизнь клиента. Мы сопровождаем клиента, помогая пересмотреть их в свете ресурсов.

Основная цель этой работы – запустить процесс самоизлечения, создавая условия для позитивных изменений. Ключевым моментом в консультации является доверительная атмосфера, которая способствует эффективному регрессивному поиску. Мы объясняем клиенту, что причины негативных событий могут быть забытыми или вытесненными в подсознание как травмирующие.

При возвращении этих воспоминаний клиент может переживать снова эмоции, связанные с моментом травмы. Важно, чтобы клиент чувствовал себя комфортно, мог выразить эти эмоции, у него всегда есть возможность прервать сеанс, если это станет слишком тяжелым.

Интегративное консультирование не предполагает стандартизированных методик, так как ориентировано на уникальные потребности каждого клиента, учитывая его верования, убеждения, семейное и социальное окружение. Мы ориентируемся на клиента и его уникальную ситуацию, не ограничиваясь лишь проблемой, с которой пришел клиент. Мы верим в возможность трансформации проблемы, опираясь на клиента и его ресурсы. Такой подход помогает клиентам успешно преодолевать прошлые травмы и развивать новое самоощущение и мировоззрение.

В программе внедрен интегративный подход в ходе индивидуального психологического консультирования, состоящий из:

1. Когнитивно-поведенческую терапию (КПТ), которая заключается

в решении конкретной проблемы клиента.

Целью использования КПТ является изменение отношения к собственной личности, отслеживание и управление эмоциональным состоянием, научить устанавливать связь между автоматическими мыслями и поведением, способствовать принятию «правильных» решений в условиях стресса.

Во время КПТ применялись следующие техники:

– «Заполнение пустоты». Данный прием предполагает обучение определению автоматических негативных мыслей. При этом процесс образования мыслей делится на 3 части: само событие, которое запустило процесс негативного мышления; «рой» этих мыслей и «пустота», на которую направлены эти мысли; реакция человека. Посредством вопросов клиент учится устанавливать причины реакции на событие, выявлять связь между событием и негативными мыслями и нейтрализовать их, а также помогает заполнить «пустоту» посредством позитивных установок.

– «Стоп-кран» позволяет избавляться от влияния негативных мыслей в 3 этапа: обдумывание – расслабление – переключение на приятную мысль.

– «Декатастрофизация». Поскольку у пациентки выраженная ситуативная и личностная тревожность, специалист задает вопросы типа «Что если...» с целью выявления негативных реакций в конкретной ситуации. С помощью данной техники прорабатываются возможные сценарии и меняются паттерны поведения поскольку, как правило, представления и реальная ситуация не совпадают.

– «Переформулирование» предполагает процесс формулирования собственных проблем новым способом. Таким образом происходит ее конкретизация, разложение, что позволяет изменить схему эмоциональной реакции и поведения в момент стресса.

– «Децентрализация» способствует смещению фокуса с собственной личности, тем самым снижая влияние проблемы, изменяя

эмоциональную и поведенческую реакцию.

– «Рескриптинг» – переписывание негативного и травматичного опыта в воображении (имагативная рескрипция).

– «Реатрибуция» используется с целью повышения уверенности в себе и устранении такого негативного паттерна, как поиск причины проблемы в собственной личности. С помощью данной техники можно установить соответствие переживаний и действительности, определить факторы, влияющие на развитие ситуации.

– «Принятие решений» осуществляется с помощью дидактического материала: лист бумаги делится на две половины, на одной стороне прописываются преимущества, на другой – недостатки по определенным решениям, которые предлагает пациент. Затем клиент учится объективно анализировать все варианты решения проблем и выбирать актуальный и наиболее эффективный.

– «Рефокусирование» предполагает быстрое переключение с негативных автоматизированных мыслей на какое-либо действие. Поскольку обучение отслеживанию мыслей происходит посредством представленных выше методик, данная техника оказывается более эффективной. В качестве нового фокуса предложено выполнение профессиональных и бытовых дел (заполнение отчета, проверка документации, приборка).

– «Последовательное приближение». С помощью данной техники предлагается разбивать путь решения проблемы на небольшие шаги. Для повышения эффективности решения проблемы и снижения личностной тревожности предложена рисование схемы на листе бумаги.

– «Смена ролей» позволяет клиенту взглянуть на проблему глазами психолога. То есть он старается убедить «клиента» в иррациональности мыслей и переживаний. Таким образом он сам дает аргументированный ответ и ищет способы решения проблемы.

– Метод релаксации Джекобсона, также известный как Прогрессивная Мышечная Релаксация, разработан А. Джекобсоном является

одной из наиболее известных и широко используемых техник глубокой релаксации. Этот метод предназначен для снижения мышечного напряжения и стресса путем систематической релаксации различных групп мышц в организме.

– «Дневник переживаний». Клиенту предлагается ежедневное фиксирование на бумаге мыслей, переживаний и проблем, которые возникают в повседневности. Параллельно с этим человек учится отслеживать связь с конкретной ситуацией и менять паттерн поведения.

2. Эмоционально-образную терапию (ЭОТ), направленную на освобождение эмоций человека, которые он не проявляет в должном объеме в определенной стрессовой ситуации. В основе лежит создание образов, вызывающих определенные эмоции. С помощью проявления негативных эмоций клиент как бы избавляется от них и замещает позитивными.

В первую очередь ЭОТ способствовала проработке таких эмоций, как:

- агрессия, тревога, страх, одиночество, горе.

В эмоционально-образной терапии обращались к следующим техникам:

– «Промывание». Данная техника носит медитативный эффект. Человек принимает удобную позу и медленно погружает в медитативное состояние, при этом представляет промывание тела чистой водой. С помощью создания образов вода смывает негативные эмоции. В конце упражнения клиент ощущает себя чище и свободнее.

– «Освобождение». Клиент начинает ощущать в себе место, которое больше всего его беспокоит и болит. Он представляет, как в виде «шара» или «дыма» из этого места уходит негатив во внешнюю среду. Причем мысленно «больное место» становится светлее.

– «Прослушивание». С помощью этой техники человек учится слушать и представлять, как звучит его боль. При усилении боли соответственно увеличивается звучание, поэтому пациент учится снижать громкость и совсем избавляться от нее.

– «Обоняние». В данном случае пациент представляет как для него

пахнет боль. После того, как запах прочувствован, необходимо отследить как эта боль покидает тело. При этом пациент начинает ощущать запах «чистоты».

– «Любовь». Техника направлена на проявление любви к себе и своему телу. Для этого человек представляет любовь в виде приятного образа, к примеру, мягкого облака, которое окутывает его со всех сторон. Данная техника актуальна, поскольку наблюдается нехватка любви и внимания в детстве у пациентки.

– «Разговор». Пациенту предлагается мысленно или наяву поговорить с местом, которое излучает боль. В результате человек изучает свои чувства, старается найти позитивное направления их изменения.

– «Излучение». Данная методика противопоставлено «Освобождению». Пациент представляет как из его тела, кроме больного места, излучаются яркие лучи света. Мысленно необходимо представить усиление этого свечения, которые вытесняет негатив. При этом важно следить за чувствами, которые появляются после данной техники.

– «Подпитка». С помощью данной техники человек учится получать внутреннюю уверенность и силу независимо от ситуации. Он представляет себе самое позитивное воспоминание (к примеру, летний день). С помощью ассоциативного ряда появляются позитивные эмоции, замещающие негативные.

– «Метод отреагирования гнева». Одной из широко известных процедур для работы с гневом является метод отреагирования. Предлагается безопасным способом выразить гнев, например, рубя дрова, бьющую подушку, тренируясь на боксерской груше, крича громко или изрыгая ругательства там, где это не будет услышано. Этот метод может использоваться как ежедневная практика небольшими дозами или в отведенные несколько часов.

– «Метод конверсии агрессивной энергии». Наиболее уникальным и эффективным подходом в управлении гневом является трансформация этой энергии в рост и развитие защищаемой части личности. Этот метод основан на

теории, согласно которой гнев и агрессия служат защите уязвимой и нежной стороны личности. Путем направления энергии гнева на рост этой части, уровень защиты повышается, и необходимость в гневе уменьшается. Гнев становится источником энергии для развития, вместо создания сложной системы обороны.

Процесс включает в себя создание образов гнева и уязвимой, защищаемой части личности. Клиент убеждается в передаче всей энергии гнева на рост и развитие уязвимой части, переводя злость в позитивную форму и направляя ее исключительно на поддержку слабой стороны.

Этот метод выгоден тем, что в отличие от обычных реакций, где теряется много энергии, он способствует развитию уязвимой части личности. Таким образом, снижается потребность в постоянной гневной реакции для ее защиты.

– «Изменение формы». Техника заключается в том, чтобы пациент представил себя в физической форме дерева. Если человек ощущает себя как сухое, безжизненное дерево, важно представить, что к его корням поступает вода, оно наполняется влагой, силами и энергией.

– «Обвинения». Человек представляет перед собой обвинения в адрес какого-либо человека (в данном случае мамы). Психолог задает вопросы: «На что они похожи? Много их или мало? Что они делают для вас?». После ответа на вопросы человек представляет на этом месте нечто, что способно перекрыть эти обвинения. Причем клиент учится отпускать негативные эмоции без их реализации и менять поведенческий характер.

– «Чувство вины». Пациент представляет перед собой человека, испытывающего чувство вины. Он анализирует его чувства, внешние данные, поведения, желания. Он старается помочь ему избавиться от этого чувства. Также пациент представляет, на что похоже чувство вины и чувство самоуважения, при этом замещая одно другим.

– «У страха глаза велики». Данная техника позволяет избавиться от страха различного генеза. Пациент представляет ту часть личности, которая испытывает самый большой страх. Он задает себе вопросы: «Что меня пугает?

В каких ситуациях я испытываю максимальных страх? Это реальная опасность или нет? Если реальная, то что можно сделать для ее устранения? Если нет, то на что похож страх?». Мысленно пациент прикасается к источнику страха и анализирует возникающие чувства. Если страх начинает снижаться, необходимо повторять упражнение до полного исчезновения. Если не снижается, необходимо найти другой источник страха.

– «Возвращение чувств». Это упражнение на восстановление и расширение чувств. Положительная энергия чувств создает и раскрывает новые возможности в поведении, общении и познании. Негативные эмоции можно освободить или преобразовать. Если мы их сохраняем, это может мешать появлению противоположных позитивных чувств. Подавление грусти и удержание слез, например, может затруднить переживание радости. Для этого упражнения рекомендуется сесть спокойно, расслабившись, с прямой спиной, закрыв глаза, сфокусироваться на мысли-желании вернуть и расширить способность чувствовать эмоции и ощущения. Позволить им проявиться естественным образом – может быть, что-то придет из внешнего пространства, а может быть, чувства откроются в вашем теле. Запоминайте возникающие ощущения и образы. Длительность упражнения не превышает 10 минут, если, конечно, не возникает особого желания продолжить. Восстановленные чувства рекомендуется расширять и использовать по всему телу, отпуская негативные эмоции. В случае сложных проблем предусмотрены коррекционные сеансы после обсуждения.

3. Арт-терапию (АТ). Данный метод реализуется посредством искусства и творчества. С помощью АТ можно добиться стабилизации эмоционального состояния, снижения тревожности, избавления от страха. АТ позволяет развивать способности самовыражения и самопознания.

В настоящем исследовании использованы следующие направления арт-терапии:

– Музыкотерапия. Для терапии подобран ряд симфонических композиций, прослушивание которых оказывает стимулирующее воздействие

на внутренние процессы, происходящие в организме. Под действием музыки изменяется ритм «больных органов», тем самым корректируя их работу. В итоге у человека стабилизируется соматическое и психическое состояние. Стоит отметить, что использовался метод интегративной музыкальной терапии, который предполагает прослушивание музыки параллельно другим направлениям арт-терапии.

– Библиотерапия. Библиотерапия используется для психологической поддержки, самопознания, снятия стресса, улучшения психологического благополучия и поддержания умственного здоровья. Для терапии были подобраны следующие книги:

«Рецепт счастья» Екатерины Сигитовой. Эта книга может помочь клиентам осознать и развить позитивные эмоциональные состояния, что может уменьшить психосоматические симптомы. Она предоставляет практические советы по управлению стрессом, поиску радости и созданию баланса в жизни.

«Любить то, что есть» Байрон Кейти. Книга поможет клиентам понять и преодолеть психологические барьеры и принять себя и свои эмоции. Это может способствовать снижению эмоциональных факторов, влияющих на психосоматические проявления.

«Осколки детских травм» Донна Джексон Наказава. Эта книга исследует влияние детских травм на психологическое и физическое благополучие взрослых. Она может помочь клиентам понять источники своих психосоматических симптомов и начать процесс их преодоления через понимание прошлых травм.

Эти книги использовались в рамках библиотерапии для клиентов, чтобы они могли лучше понять свои эмоции, справиться со стрессом и изменить отношение к психосоматическим проявлениям.

- Изотерапия включает элементы создания изображения. Для этого используются различные средства: карандаши, гуашь, акрил, акварель. В

данном исследовании использованы некоторые техники:

1. «Аватар» – человек ищет и изображает объект, который отражает его внутренний мир, при этом необязательно создавать объект максимально реалистичным. Рисунок дополняется важными элементами. После завершения рисунка необходимо проанализировать выбор образа, расположения на листе, соотношения размеров, выбор цветов. Таким образом пациент отмечает важность наполнения внутреннего мира и выявляет «проблемные зоны».

2. «Человек под дождем». На заданную тему пациент изображает ситуацию. После завершения он оценивает самого человека, его мысли и чувства, мотивы выйти под дождь, также оценивает интенсивность дождя (проявления негатива), выбор палитры.

3. «Летающая комета». Пациент ассоциирует в комете свои переживания и стремления. После завершения рисунка необходимо проанализировать какие чувства были в начале и по окончанию задания.

4. «Эмоции и чувства». Пациент в свободной форме на листе бумаги изображает свои чувства и эмоции. Когда они «выражены» на бумаге, необходимо оценить их характер. Если это негативные эмоции и чувства, необходимо оставить их на бумаге и выбросить из жизни вместе с ней. Если они позитивные, необходимо закрепить и сохранить их для себя.

5. «Использование метафор» направлено на активизацию воображения пациента с целью поиска решения проблемы. Для этого используются различные высказывания, цитаты, образы.

- Трансформационная игра «Психосоматика» Анастасии Колендо-Смирновой прежде всего используется в диагностических целях. Она позволяет рассмотреть симптомы с различных сторон, выявляя психологические причины, влияющие на их появление или усиление. Само понимание психологических аспектов симптома способствует улучшению общего состояния. Игра представляет собой разговор со своим телом, выявляя его неудовлетворенные потребности, и может быть полезна для различных симптомов, включая лишний вес, заедания, частые простуды и головные боли,

особенно если медицинский осмотр не выявляет причин.

Интегративный подход заключается в работе с мышлением, поведением, чувствами, эмоциями и физическими ощущениями посредством различных техник.

Таким образом, перечисленные методики использовались как интегративный подход в ходе индивидуального психологического консультирования. Причем каждая техника направлена на проработку проблем и психосоматических проявлений, имеющих у определенного пациента. Поэтому из перечисленных выше методик каждому клиенту подбирался определенный набор техник. Рассмотрим подробнее.

Случай 1. Клиентка А. 24 года испытывает психосоматические проявления (головные боли, учащенное сердцебиение, бессонницу, неконтролируемый гнев, тревожность). Результаты диагностики показали наличие высокого уровня психосоматических проявлений, высокий уровень личностной тревожности и средний уровень включенности жизнью. Клиентка сложно управляет гневом и часто испытывает «беспричинную» тревогу. В такие моменты она испытывает проблемы в концентрации и принятии решений из-за переактивности эмоций. Ее преследуют негативные мысли, руминации, она боится будущего, потому что не может его контролировать.

У А. снижен уровень самооценки, не пройдена сепарация с матерью. Она зависима от отношения к ней значимых взрослых (особенно мамы), ждет постоянной похвалы, одобрения и поддержки и, как следствие – снижено психологическое благополучие

На основе вышеуказанного были выбраны следующие техники для работы:

– КПТ: «Заполнение пустоты», «Декатастрофизация», «Рефокусирование», «Оспаривание мыслей»; Мышечная релаксация по Джекобсону;

– ЭОТ: «Любовь», «Встреча с внутренним ребенком», «Метод

отреагирования гнева»;

– Библиотерапия. Книга «Любить то, что есть» Байрон Кейти. Книга поможет клиентам понять и преодолеть психологические барьеры и принять себя и свои эмоции. Это может способствовать снижению эмоциональных факторов, влияющих на психосоматические проявления.

С помощью методик КПТ клиентка научилась регулировать образование и распространение негативных мыслей, осознала истинные причины их появления, научилась контролировать их и переводить в позитивное русло. Научилась переключать фокус с внешнего одобрения на внутреннее. Снижился уровень контроля над окружающей действительностью. Также появился новый позитивный фокус внимания, который помогает снизить тревожность при мыслях о стрессе.

Техники ЭОТ помогли клиентке прожить эмоции обиды, злости, гнева, разочарования и снизить уровень тревоги и страха о будущем. Клиентка перестала ощущать болезненность в организме, перестала заикливаться о возможных заболеваниях. Техника «Любовь» помогла восполнить недостаток любви в детстве и преодолеть чувство обиды. Техника «Встреча с внутренним ребенком» помогла найти ресурс и интерес к жизни.

После 10 встреч, у А. произошли существенные изменения на ментальном и физическом уровнях. Она освоила методы регулирования негативных мыслей, что привело к снижению уровня тревоги и беспокойства. Преодолев трудности в управлении гневом, она обрела новый позитивный фокус внимания, что положительно сказалось на ее эмоциональной устойчивости.

На физическом уровне клиентка заметила снижение интенсивности психосоматических проявлений. Головные боли и учащенное сердцебиение стали появляться реже и менее интенсивно, сон восстановился. Теперь проявления появляются только в сложных стрессовых ситуациях и вспоминая о них не провоцируют возникновение физических симптомов, как было раньше. Эти изменения свидетельствуют о том, что она смогла научиться

эффективно управлять своими эмоциями и адекватно себя оценивать, что в свою очередь положительно повлияло на ее физическое состояние. Клиентка также перестала заикливаться на мыслях о возможных заболеваниях, что снизило ее уровень страха и беспокойства относительно здоровья.

Случай 2. Клиентка Е. (28 лет), в разводе -испытывает высокий уровень психосоматических проявлений (учащенное сердцебиение, бессонницу, боль в животе, панические атаки, тревожность, ярость, мышечное напряжение, навязчивые мысли). В любых стрессовых ситуациях и о воспоминании о них, клиентка проявляет выраженную неконтролируемую агрессивность, что может свидетельствовать о сложностях в управлении эмоциями и стрессовой адаптации. Высокий уровень ситуативной тревожности, обусловленный недавним тяжелым разводом, добавляет психологический дисбаланс в жизнь клиентки. Эмоциональные вызовы, связанные с процессом развода, усиливают как агрессивные проявления в стрессовых ситуациях, так и апатию в повседневной жизни. При обдумывании будущего у Е. резко повышается уровень тревоги. Из-за частых симптомов, Е. избегает активности, часто посещает медицинские учреждения для «постановки диагноза». В работе с Е., мы использовали:

- - КПТ: «Стоп-кран», «Декатастрофизация», «Последовательное приближение», мышечная релаксация Джекобсона;
- ЭОТ: «Разговор с симптомом», «Освобождение», «Возвращение инвестиций»;
- - Изотерапия: «Человек под дождем» и «Летящая комета».

С помощью техник КПТ клиентка освоила методики регулирования негативных мыслей и снятия эмоционального и мышечного напряжения. Снижение перфекционизма и самокритичности помогли ей бороться с агрессивностью. Она смогла изменить негативные мысли о разводе, переосмыслив события и сместив фокус с «меня бросили» на «я сама строю

свою жизнь».

Техники ЭОТ позволили клиентке снизить уровень тревожности, освободиться от эмоциональных барьеров и улучшить восприятие своих эмоций. В обход защит, ЭОТ предоставила пространство для выражения и разрядки эмоций, связанных с разводом. Клиентка освоила навык эффективно управлять своим гневом и стрессом.

Арттерапевтические методы использовались для выражения эмоций, которые трудно было передать словами. Через творческие методы искусства, клиентка могла выразить гнев, боль и грусть, что способствовало ее эмоциональному освобождению. Работа с изобразительным искусством способствовала осознанию и принятию своих переживаний, а также помогло ей найти новые пути к самопониманию и соприкосновению с изменениями в жизни.

После 8встречу клиентки уровень психосоматических проявлений и тревожности снизился до умеренного. Она научилась контролировать агрессию и более эффективно управлять стрессом. Повысился уровень включенности в жизнь с низкого до среднего, что улучшило ее эмоциональное состояние и способность справляться с трудными ситуациями. Она перестала акцентировать внимание и заикливаться на разочарованиях и проблемах. У Е. появилось позитивное беспокойство о будущем.

Случай 3. У клиентки Н. (33 года), в ходе диагностики отмечены склонность избегания и подавления негативных эмоций. У клиентки наблюдалась апатия и высокий уровень личностной тревожности. Она испытывала признаки депрессивного состояния, такие как чувство беспомощности, снижение энергии и интереса к повседневным активностям. Семейные проблемы с супругом влияли на ее самооценку и ухудшали качество сна. Клиентка Н. часто испытывала чувство вины и стыда относительно своих эмоций, что усиливало ее внутреннюю напряженность. На фоне ухудшения семейных отношений с супругом появлялись мысли о разводе. Н. испытывала средний уровень психосоматических проявлений

(СРК, бессонницу, тревожность). Проявления возникали в сложных стрессовых ситуациях. В работе с Н. были использованы:

- КПТ: «Заполнение пустоты», «Декатастрофизация», «Смена ролей», «Рескриптинг»;

- ЭОТ: «Обвинения», «Подпитка», «Освобождение», «Метод конверсии агрессивной энергии»;

- Библиотерапия: книга «Рецепт счастья» Екатерины Сигитовой.

Техники КПТ позволили клиентке Н. переосмыслить свое отношение к негативным ситуациям и эмоциям, что способствовало уменьшению тревожности и повышению самосознания. Эмоционально-образная терапия помогла ей в выражении и осознании подавленных эмоций, а также в поиске конструктивных способов их регуляции.

Библиотерапия стала дополнительным инструментом, который способствовал пониманию личных эмоциональных состояний через литературные произведения. Чтение и обсуждение текстов помогли клиентке Н. лучше осмыслить свой опыт, найти общие точки соприкосновения с героями произведений и, таким образом, расширить свое понимание собственных эмоций и ситуаций.

По истечению 10 встреч, эти техники совместно способствовали улучшению ее эмоционального благополучия и росту эффективности справления с трудностями в семейных отношениях. Она стала осознавать свои эмоции, научилась их проживать, а не подавлять, так же научилась строить более конструктивные стратегии общения с супругом, что положительно сказывалось на их отношениях. Техники помогли ей освободиться от подавленных эмоций, уменьшить тревожность и начать восстанавливать свою внутреннюю гармонию. Что привело к снижению психосоматических проявлений и тревожности до низкого уровня.

Случай 4. У клиентки К. (40 лет) выявлена эмоциональная лабильность, проявляющаяся в неожиданных сменах настроения во время сессий. Причиной такого поведения был внутриличностный конфликт «Хочу – Не могу». Она

мечтала уволиться с нелюбимой работы, но боялась, что это повлечет за собой финансовые трудности и негативные последствия для ее семьи. Она испытывала стресс и тревожность из-за перспективы изменений в жизни. Ей также было трудно справляться с эмоциями в семейных отношениях, что приводило к конфликтам. Уровень психосоматических проявлений (лающий кашель, тревожность, учащенное сердцебиение) – средний. Ситуативная тревожность на высоком уровне, обусловлена конфликтом и невозможностью сделать выбор. Жизненная включенность – средняя. В данном случае были использованы следующие методики:

- КПТ: «Стоп-кран», «Декатастрофизация», «Оспаривание мыслей»;
- ЭОТ: «У страха глаза велики», «Разговор с симптомом»;
- АТ: музыкотерапия.

Через применение техник КПТ, ЭОТ и музыкотерапии клиентке удалось значительно снизить уровень психосоматических проявлений до низкого. Техники КПТ помогли ей осознать и изменить негативные мысли, связанные с работой и семейными отношениями. Техники ЭОТ сосредоточились на эмоциональном выражении и эффективном управлении стрессом, что помогло ей более адаптивно реагировать на изменения в жизни. Музыкотерапия стала дополнительным инструментом для выражения эмоций и релаксации, что способствовало снижению физических проявлений стресса, таких как учащенное сердцебиение и кашель.

Случай 5. Пациентка С., 30 лет, второй раз замужем, брак крепкий, имеет дочь 6 лет от прошлых отношений. Предъявляла жалобы на головокружение, головные боли, боли в спине, а также переживания, включающие плаксивость, страх и бессонницу. Уровень психосоматических проявлений средний. Проявления появлялись в сложных стрессовых ситуациях. Уровень включенности в жизнь низкий. Уровень личностной тревоги высокий. 2 месяца назад С. стала подозревать в измене мужа, первый брак распался по этой же причине. Супруг свою вину отрицает, но клиентка себя извела

сомнениями. Для работы с клиенткой были выбраны следующие техники:

- КПТ: «Заполнение пустоты», «Децентрализация», «Принятие решений», «Оспаривание мыслей», мышечная релаксация Джекобсона;
- ЭОТ: «Разговор с симптомом», «Возвращение чувств», «Метод отреагирования гнева»; «Встреча с внутренним ребенком»;
- Библиотерапия: «Любить то, что есть» Байрон Кейти.

Техники КПТ помогла клиентке осознать и изменить негативные мысли и убеждения, связанные с подозрениями в измене. Благодаря этому, она смогла восстановить отношения с мужем. Мышечная релаксация Джекобсона помогла лучше справляться с зажимами в теле в стрессовых ситуациях и уменьшить проявления психосоматических симптомов.

Через работу с техниками ЭОТ клиентка смогла отреагировать эмоции, а также получить ресурс.

Особой техникой для клиентки стала книга «Любить то, что есть» Байрон Кейти. Она стала ценным ресурсом, так как, она предоставила вдохновляющий взгляд на тему любви, отношений и самопринятия. В книге поднимаются вопросы, касающиеся понимания и принятия текущей ситуации, в том числе измен в отношениях.

Через рассказы и примеры из книги, пациентка смогла увидеть, как другие люди справлялись с подобными трудностями и как они нашли способы полюбить и принять свою жизнь. Это способствовало изменению ее взгляда на свою ситуацию и помогло изменить отношение к ситуации, а вместе с этим снизить интенсивность психосоматических проявлений и тревожности до низкого уровня и повысить до среднего – жизненную включенность. У К. прошли головокружения, боли в спине, а также плаксивость, страх. Восстановился сон, головные боли стали появляться очень редко и с меньшей интенсивностью.

Комбинация этих методов может способствовать улучшению

психологического состояния и уменьшению психосоматических симптомов.

Также во всех случаях рекомендовано ведение:

1. Дневник саморефлексии:

- Помогает клиентам осознать свои эмоции, мысли и физические симптомы, а также установить связи между ними.
- Поощряет клиентов вести записи о факторах, которые могут вызывать психосоматические проявления.
- Способствует пониманию того, какие события и ситуации влияют на состояние клиента и как они переживают свои эмоции.

2. Дневник благодарности:

- Помогает клиентам сфокусироваться на положительных аспектах своей жизни и перераспределять внимание от негативных симптомов.
- Способствует развитию оптимизма и позитивного отношения к себе и окружающему миру.
- Укрепляет эмоциональное благополучие и способствует уменьшению стресса, что может снизить психосоматические проявления.

3. Дневник достижений:

- Поддерживает клиентов в отслеживании своих успехов и позитивных изменений, даже если они кажутся незначительными.
- Помогает создать чувство достоинства и повышает уровень самооценки.
- Мотивирует клиентов продолжать работу над улучшением своего состояния и управлением психосоматическими проявлениями.

Использование этих дневников в рамках терапевтического процесса помогает клиентам укрепить самосознание, улучшить психологическое состояние и влияет на снижение психосоматических проявлений.

Таким образом, количество проведенных консультаций варьировалось в зависимости от потребностей каждой клиентки. Всего было проведено 80 консультации. Участницы исследования проявили глубокий интерес к собственному психическому здоровью и активно участвовали в процессе

работы. Техники и методы, применяемые в каждом случае, были тщательно подобраны, учитывая индивидуальные потребности клиенток. Основой программы стали техники и упражнения из области когнитивное - поведенческой терапии, в том числе методы релаксации Джекобсона, арт - техники, эмоционально - образной терапии. В реализации данной программы нам удалось снизить интенсивность тревожных состояний у участниц констатирующего эксперимента через формирование адекватного уровня уверенности в себе и повышения адаптации к стрессу, что привело к снижению психосоматических проявлений.

2.3. Результаты формирующего эксперимента и их обсуждение

После завершения формирующего эксперимента, мы провели повторный срез для анализа изменений психосоматических проявлений у участниц эксперимента. Для этого мы использовали те же методики, которые использовали на предыдущем этапе, а также использовали Т-критерий Вилкоксона для проверки статистической значимости различий.

Сравнительный анализ результатов исследования по критерию «Количество симптомов» на основании проведения клинического интервью и Гиссенского опросника соматических жалоб (SomaticComplaintsQuestionnaire, SCQ) представлен на рисунке 9.

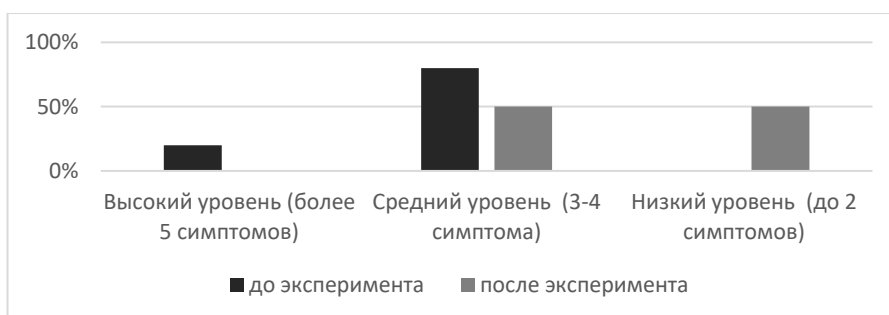


Рисунок 9. – Распределение респондентов по критерию «Количество симптомов» (распределение в %)

После прохождения программы наблюдается положительная динамика

снижения количества симптомов у большинства респондентов. У 20% клиенток с высоким уровнем количества симптомов (более 5), количество симптомов снизилось до 3, эти симптомы все еще могут влиять на их общее физическое и эмоциональное состояние, но они не столь интенсивны, как при сильных проявлениях. У одной из этих клиенток прошли панические атаки, у другой прошли навязчивые мысли и снизился уровень агрессии. У 50% респонденток с 3-4 до 2-х снизилось количество физических или эмоциональных симптомов, которые теперь носят слабо выраженный характер. Эти проявления могут быть периодическими и незначительными, не вызывая серьезного дискомфорта или ограничений в повседневной жизни. У 30% участников количество симптомов осталось прежним, однако их проявление стало менее интенсивным. Эти симптомы могут влиять на общее физическое и эмоциональное состояние клиентов, но они уже не вызывают заикливания; участники научились замечать это состояние и эффективно работать с ним.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что психологическая помощь в виде интегративного индивидуального консультирования помогла большинству женщин снизить количество психосоматических проявлений. Эти проявления могут быть периодическими и незначительными, не вызывая серьезного дискомфорта или ограничений в повседневной жизни клиента

Сравнительные результаты исследования по критерию «Интенсивность проявлений» на основании проведения опроса респондентов по Гиссенскому опроснику соматических жалоб (Somatic Complaints Questionnaire, SCQ) и «Анкеты диагностики психосоматических проявлений у взрослых» для оценки интенсивности соматических жалоб и физического состояния пациентов,

позволил увидеть следующую картину.

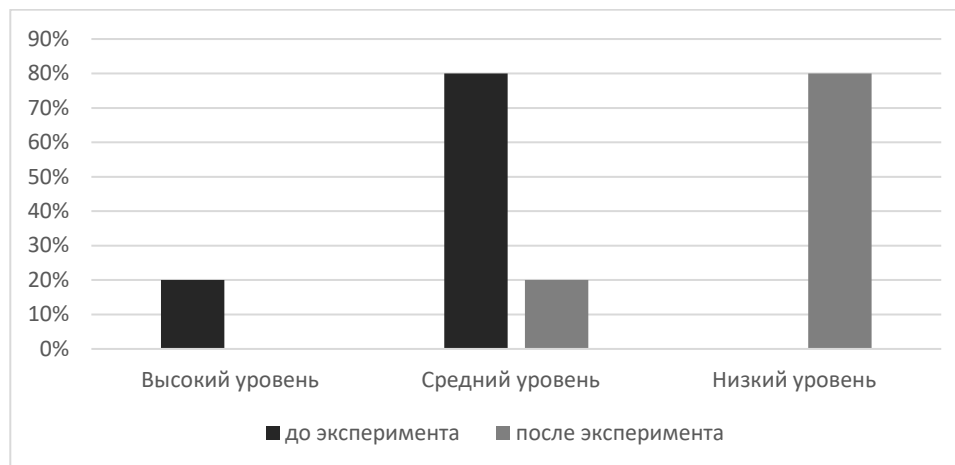


Рисунок10. – Распределение респондентов по критерию «Интенсивность проявлений» (распределение в %)

После формирующей работы на основе проведенного опроса среди исследуемых женщин результат опроса показал, что у всех участниц 100% снизилась интенсивность жалоб, у 20% участниц высокая интенсивность снизилась до среднего уровня. Сильные эмоциональные реакции, такие, как беспокойство, тревожность, страх, гнев, ярость сменились на умеренную тревожность, беспокойство, волнение. Прошли трудности в концентрации, принимать решения стало легче, остались небольшие трудности в управлении эмоциями, но без явного переактивного поведения. Они все еще обращают внимание на свои симптомы, но не так избыточно, как при высоком уровне. Могут анализировать свое состояние, но не погружаются в этот процесс. Способны сдерживать свои страхи. У большинства женщин (80%) средняя интенсивность проявлений снизилась до низкой, в начале эксперимента низкого уровня не было ни у кого.

Таким образом, можно сделать вывод, что психологическая помощь в виде интегративного консультирования помогла значительно снизить интенсивность соматических проявлений и помогла всем участницам снизить «субъективный уровень заболевания,» который отличается от объективных показателей физического состояния. Всем участницам удалось изменить

восприятие своего здоровье на эмоциональном уровне с негативных убеждений на позитивное отношение. Эти результаты подтвердились и после заполнения «Анкеты диагностики психосоматических проявлений у взрослых», которая дала возможность рассмотреть воздействие симптома по нескольким направлениям (физическом, эмоциональном, когнитивном, поведенческом уровнях).

Сравнительный анализ результатов исследования по критерию «частота проявлений» психосоматических проявлений в следствии стрессовых ситуаций через проведения «Анкеты диагностики психосоматических проявлений у взрослых» помог нам увидеть следующую картину.

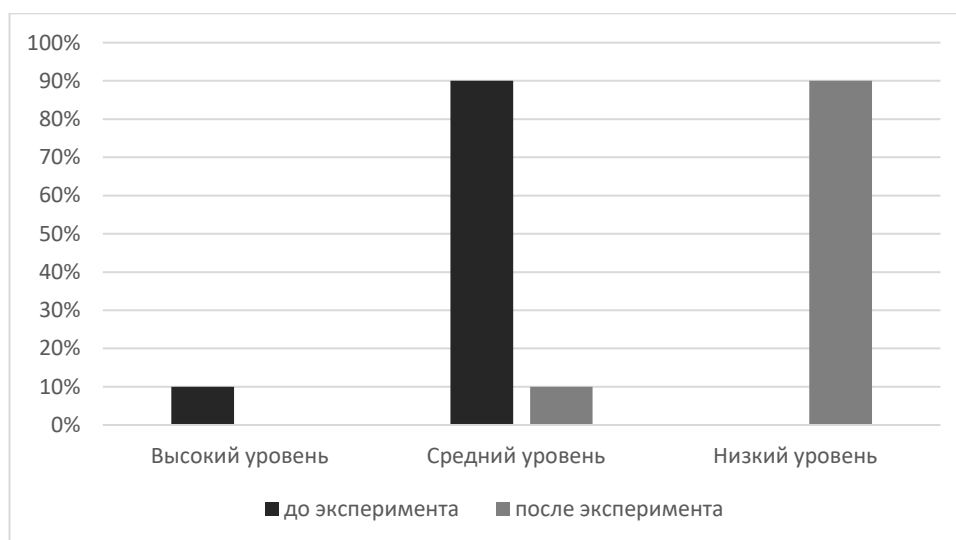


Рисунок 11. – Распределение респондентов по критерию «Частота проявлений» (распределение в %)

После формирующей работы на основе проведенного анкетирования среди исследуемых женщин результат опроса показал, что в результате психологической помощи посредством интегративного индивидуального консультирования у большинства респондентов (90%), ранее испытывающих интенсивные психосоматические проявления в сложных стрессовых ситуациях (средний уровень), частота проявлений снизилась до низкого уровня. И если в начале эксперимента психосоматические проявления

появлялись в сложных стрессовых ситуациях, теперь они у части респондентов они пропали, а других стали появляться исключительно только в очень сложных стрессовых ситуациях. У 10% участниц уровень частоты проявлений снизился с высокого до среднего, в начале эксперимента, она их испытывала в любых стрессовых ситуациях, даже при воспоминании о них (высокий уровень), теперь они появляются только в сложных стрессовых ситуациях.

Таким образом, можно сделать вывод, что психологическая помощь в виде интегративного консультирования помогла значительно снизить частоту соматических проявлений. Клиенты смогли обучиться более эффективно справляться со стрессом.

Обобщая сравнительные результаты всех методик, на основе выделенных нами критериев и уровней протекания психосоматических проявлений у взрослых, можно выделить несколько групп лиц с различной степенью интенсивности и остроты психосоматических проявлений.

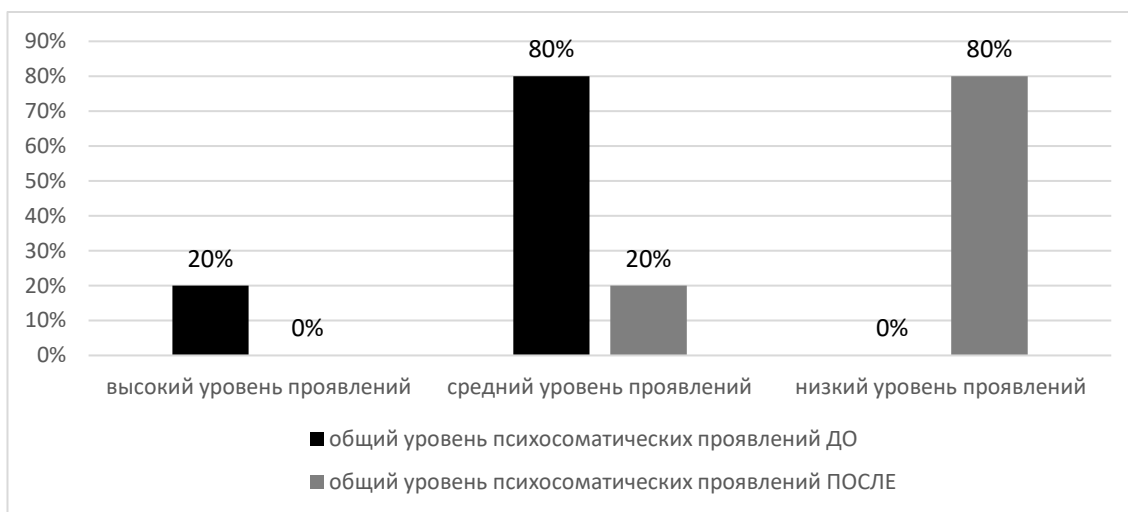


Рисунок 12. – Итоговый уровень сравнения психосоматических проявлений у взрослых до и после эксперимента (распределение в %)

У всех испытуемых в результате формирующего эксперимента, отмечается качественное снижения уровня психосоматических проявлений (высокий уровень ушел, средний снизился до 20%, а у большинства

испытуемых 80% проявления перешли на низкий уровень).

Таким образом, можно сделать вывод, что по результатам психологической работы с использованием интегративного индивидуального консультирования, у всех исследуемых изменилось отношение к проблеме и её решению, появилась адаптивность к стрессовым ситуациям, теперь стресс участники переживают не так интенсивно, как в начале эксперимента, что привело к значительному снижению и устранению психосоматических симптомов.

Сравнительный анализ результатов исследования тревожности у клиенток с психосоматическими проявлениями в следствии стрессовых ситуаций после прохождения теста на определение тревожности Спилбергера-Ханина показал динамику различий особенностей эмоционального состояния клиентов до и после эксперимента.

Обобщая сравнительные результаты уровней ситуативной и личностной тревожности у взрослых, испытывающих психосоматические проявления, можно выделить три группы лиц с различной степенью интенсивности тревожности (рисунок 13).

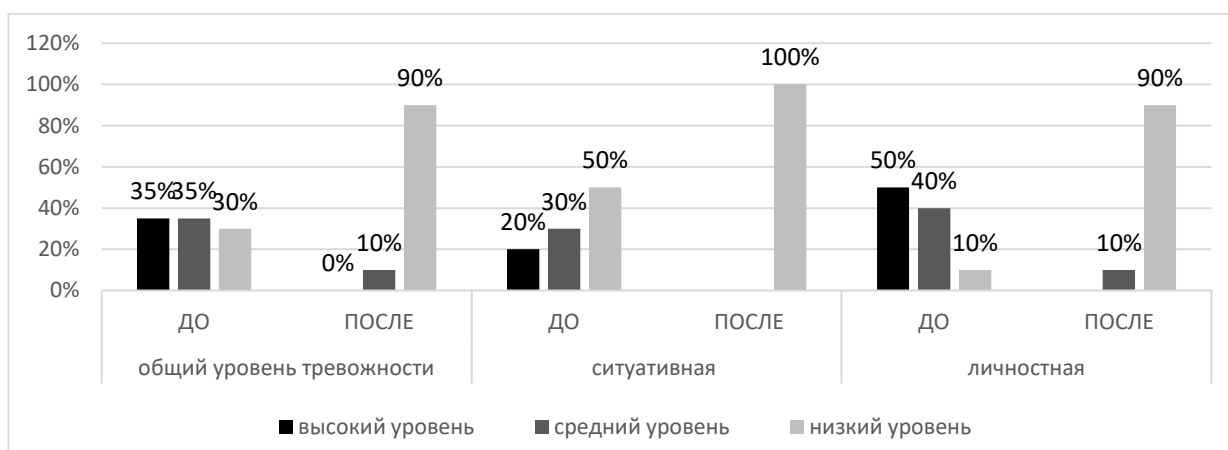


Рисунок 13. – Итоговый уровень тревожности у взрослых (распределение в %)

Сравнительные результаты анализа уровня тревожности в группе респондентов показали, что после интегративного индивидуального

консультирования у большинства респондентов снизилась как ситуативная, так и личностная тревожность. Теперь все женщины адекватно реагируют на стресс и самостоятельно справляются с тревожностью. Большинство женщин 90% испытывают низкую тревожность, 10% женщин – среднюю и никто не испытывает высокий уровень тревожности, в начале эксперимента 30% женщин испытывали этот уровень.

Проанализировав изменения удовлетворенности жизнью через «Опросник удовлетворенностью жизнью» Н.Н. Мельниковой по завершению формирующей работы, мы увидели, что у всех женщин изменилось отношение к жизни (рисунок 14).



Рисунок 14. – Итоговый уровень сравнения удовлетворенностью жизнью у респондентов до и после эксперимента (распределение в %)

У всех женщин изменилось отношение к жизни. Теперь все 100% женщин имели средний уровень жизненной включённости. Они научились соблюдать равновесие между различными сферами своей жизни, проявляя интерес к разным аспектам, стали активнее участвовать в рутинных сферах, но иногда, еще ощущают нехватку вдохновения. У 80% женщин уровень разочарования в жизни снизился до среднего, у 10% участниц все еще оставался на высоком уровне, но интенсивность ее фокусирования на разочаровании из-за несоответствия ожиданий реальности была снижена и у

10% женщин, уровень повысился до максимума.

Все женщины перестали (или снизили интенсивность) акцентировать внимание на разочарованиях и проблемах, так же у них снизилось чувство вины и обиды и уровень усталости от жизни, теперь, большинство 70% женщин испытывают средний уровень усталости, 10% не испытывают ее вообще, и только 10% женщин осталось на высоком уровне. Большинство респондентов периодически испытывают усталость, но в целом, способны поддерживать нормальный ритм жизни.

Теперь, большинство женщин в позитивном ключе обеспокоены будущим, что позволяет менять паттерны мышления и поведения с целью удовлетворения потребностей, повысив тем самым, качество жизни. 60% респонденток имеют умеренный уровень – они проявляют оптимизм, но время от времени могут испытывать некоторую тревожность относительно будущих событий. Они способны планировать свое будущее, однако иногда ощущают страх перед предстоящим. 10% испытывают высокий уровень, а 20% – уровень выше среднего. Они ощущают оптимизм, рассматривая будущее, уже способны сосредотачиваться на настоящем и легко адаптируются к изменениям. У всех появился внутренний ресурс для преодоления трудностей, участницы стали более оптимистичны и способны эффективно управлять стрессом. У них стала появляться уверенность в себе, целеустремленность и гибкость мышления в поиске решений.

Анализируя проявления на формирующем этапе исследования, мы видим, что количество, интенсивность, частота проявлений значительно снизилось. Так, все женщины избавились от депрессивных состояний, навязчивых мыслей, апатии и приступов гнева. Значительно снизилась тревожность, чувство страха и раздражительность. Поэтому для некоторых исследуемых возможны повторные консультации и использование предложенных выше техник терапии до полного прекращения проявлений.

Все участницы проявили изменения в отношении к проблемам и их решению. Появилась адаптивность к стрессовым ситуациям, что снизило

интенсивность переживаемого стресса. Респондентки стали более уверенными в себе, улучшили навыки коммуникации, и уровень тревоги существенно снизился. Этот комплексный подход привел не только к устранению психосоматических симптомов, но и к улучшению общего психологического благополучия.

Для сопоставления общих уровней психосоматических проявлений, тревожности и удовлетворенности жизнью клиентов до и после консультативных встреч мы использовали метод оценки значимого сдвига в значениях изучаемого показателя. Поскольку экспериментальные данные были получены до и после консультаций на одной и той же группе испытуемых, применен был Т-критерий Вилкоксона. Между уровнями интенсивности психосоматических проявлений клиентов до и после проведения консультативных встреч выявлены различия на 99% достоверности, то есть различия между уровнями интенсивности психосоматических проявлений клиентов до начала консультативных сеансов и после их окончания являются статистически значимыми. Расчеты представлены в Приложении Е.

Следовательно, произошло значимое снижение показателя общих уровней: психосоматических проявлений, тревожности и удовлетворенности жизнью у респондентов после оказания психологической помощи (различия являются статистическими значимыми).

Таким образом, опираясь на полученные результаты, мы пришли к выводу, что предложенная нами программа с использованием интегративного индивидуального консультирования является эффективным средством психологической помощи взрослым клиентами в снижении психосоматических проявлений, что подтверждает выдвинутую нами гипотезу.

Выводы по Главе 2

В результате анализа проведенной опытно-экспериментальной работы можно сделать следующие выводы.

1. Результаты диагностики констатирующего эксперимента показали, что:

– У 20% участниц исследования зафиксирован высокий уровень психосоматических проявлений, включающих более 5 физических и психологических симптомов, таких как расстройство желудка, головные боли, повышенное давление, тревога и другие. Эти симптомы существенно влияли на обыденную жизнь, проявляясь в физических симптомах и сложно управляемых эмоциях. У участниц возникали трудности в концентрации, принятии решений, присутствовало адаптивное или искаженное поведение в ответ на физические симптомы, стремление избегать ситуаций, вызывающих эмоциональные реакции. Психосоматические проявления возникали в любой стрессовой ситуации, даже при ее воспоминании, выражаясь интенсивно и независимо от сложности ситуации.

– У 80% наблюдался умеренный уровень психосоматических проявлений, включающий до 3 физических и психологических симптомов, таких как расстройство желудка, головные боли, психосоматический кашель и эмоциональные реакции вроде тревожных состояний. Эти симптомы влияли на общее физическое и эмоциональное состояние, но их интенсивность была не так высока, как у предыдущей группы. Физические симптомы вызывали дискомфорт, но не ограничивали обыденную жизнь участниц. Эмоциональные реакции, такие как тревожность и грусть, были контролируемы и временны. Адаптивность и рациональность поведения умеренные, хотя у них могли быть некоторые ограничения в повседневной жизни из-за физических симптомов. Психосоматические проявления в данной группе возникали в сложных стрессовых ситуациях, проявляясь менее интенсивно, но включали в себя

эмоциональные реакции, когнитивные процессы и изменение поведения.

– Большинство женщин (50%) испытывали средний уровень тревожности, 30% женщин – высокий и 20% женщин – низкий. Из них, половина участниц (50%) испытывали высокий уровень личностной тревожности, часто переживая повседневные ситуации как угрожающие, имели низкую самооценку, были самокритичными, постоянно беспокоились о будущем, о здоровье, об отношениях и других аспектах жизни. Это мешало принимать решения и вызывало постоянный стресс, сопровождаемый психосоматическими проявлениями. Меньшая часть участниц (20%) испытывали ситуативную тревожность в ответ на конкретные стрессовые события, такие как болезненный развод или беспокойство о здоровье, сопровождаемые психосоматическими проявлениями, такими как учащенное сердцебиение, мышечное напряжение и другими проявлениями.

– Половина женщин (50%) активно были включены в жизнь, в то время как другая половина испытывала апатию. Большинство (60%) женщин переживали обиды, несправедливость, повышенное чувство разочарования и неудовлетворенности жизнью, трудности в управлении стрессом и сниженную эмоциональную устойчивость. 40% участниц испытали в средней степени разочарования. Сильная усталость от жизни проявилась у трети (30%) общим недомоганием, изнеможением, истощением, физической слабостью, пассивностью, апатией, ощущением разбитости и отсутствием желаний. Большинство (70%) участниц находились в состоянии среднего баланса энергии и усталости, периодически испытывая усталость. Также 70% женщин постоянно ожидали неблагоприятные события, в то время как 30% в средней степени размышляли о будущем.

Констатирующий эксперимент подтвердил, что психологическая помощь взрослым клиентам, страдающим психосоматическими проявлениями, имеет потенциал для снижения интенсивности этих проявлений.

2. На основании полученных результатов констатирующего

эксперимента для работы с испытуемыми нами была разработана и апробирована консультативная программа, направленная на снижение интенсивности психосоматических проявлений у людей среднего возраста, через работу со всеми аспектами и системами человеческой психики (поведенческой, когнитивной, аффективной и физиологической). В программе использовались различные техники из разных модальностей (когнитивно-поведенческой, эмоционально-образной, арт-терапий). Программа реализована через серию тематических встреч, состоящих из 8 этапов работы: диагностики, постановки целей, работы с эмоциями, идентификацией и изменением деструктивных мыслей и убеждений, работы с физическими симптомами, с навыками релаксации, эффективного общения и межличностных отношений, а также оценки работы и реадaptации. Длительность каждой консультации не менее 60 минут, с периодичностью встреч - раз в неделю в течение от 8 до 12 недель. Всего было проведено 80 индивидуальных консультации с 10 участниками.

3. Результат повторной диагностики формирующего эксперимента показал следующую динамику:

– У все участниц (100) зафиксировано качественное снижения общего уровня психосоматических проявлений (высокий уровень ушел, средний снизился до 20%, а у большинства испытуемых (80%) проявления перешли на низкий уровень).

– Снизилось количество симптомов. У группы с высоким уровнем симптомов 20% количество снизилось с 5 до 3. Снизилось влияние на физическое и эмоциональное состояние. Прошли панические атаки, навязчивые мысли, снизился уровень агрессии. В группе среднего уровня симптомов у 50% респонденток снизилось количество с 3-4 до 2 симптомов. Проявления теперь слабо выраженные, периодические и незначительные. У 30% участниц количество симптомов осталось на прежнем (среднем) уровне, но стало менее интенсивным. Симптомы могут влиять на состояние, но не вызывают заикливания. Участницы научились замечать и эффективно

работать с симптомом.

– У 100% женщин снизилась интенсивность психосоматических проявлений у 20% участниц с высокой интенсивностью произошло снижение до среднего уровня. Сильные эмоциональные реакции (беспокойство, тревожность, страх, гнев, ярость) стали умеренными (тревожность, беспокойство, волнение). Они еще обращают внимание на свои симптомы, но не так избыточно, как это делали ранее, не погружаясь всецело в этот процесс. У всех участниц прошли трудности в концентрации, им стало легче принимать решения. Еще остаются небольшие трудности в управлении эмоциями, но без переактивного поведения. Большинство участниц, обращая внимание на психосоматическое проявление уже не фиксирует всецело свое внимание на нем и не исключают жизненную активность из-за симптома. У большинства женщин 8 (80%) средняя интенсивность проявлений снизилась до низкой, в начале эксперимента низкого уровня не было ни у кого.

– Снизилась частота психосоматических проявлений. У 90% респондентов с высокой интенсивностью проявлений в сложных стрессовых ситуациях (средний уровень) частота снизилась до низкого уровня. В начале эксперимента проявления у них возникали в сложных стрессовых ситуациях, теперь они у части респондентов пропали, а у других стали появляться исключительно только в очень сложных стрессовых ситуациях. У 10% респондентов уровень проявлений снизился с высокого до среднего. В начале эксперимента она испытывала их в любых стрессовых ситуациях, теперь только в сложных.

– У всех участниц (100%) зафиксировано снижение тревожности, как ситуативной, так и личностной. Все женщины теперь адекватно реагируют на стресс и успешно справляются с тревожностью. 90% женщин испытывают низкую тревожность. 10% находятся на среднем уровне, в то время как никто не испытывает высокий уровень тревожности, в начале эксперимента 30% женщин испытывали этот уровень тревожности.

– Так же у всех изменилось отношение к жизни. На уровне

«жизненной включённости», теперь 100% женщин имеют средний уровень жизненной включённости. На уровне «разочарование в жизни» у 80% уровень разочарования снизился до среднего. У 10% остался на высоком уровне, но интенсивность фокусирования на разочарованиях уменьшилась. У 10% уровень повысился до максимума. Все женщины перестали акцентировать или снизили интенсивность акцентирования внимания на разочарованиях и проблемах. На уровне «усталости от жизни» теперь, большинство 70% женщин испытывают средний уровень усталости (ранее был высокий), 10% не испытывают ее вообще, и только 10% женщин осталось на высоком уровне. У всех снизилось чувство вины, обид и разочарования. Теперь большинство женщин позитивно обеспокоены будущим. Это позволяет изменять паттерны мышления и поведения для повышения качества жизни.

В целом, после завершения программы, все участницы исследования выразили удовлетворение относительно своих жизненных целей и взаимоотношений с окружающими, у всех появился жизненный интерес, стремление к росту и развитию. Хотя они не всегда еще чувствуют полную свободу и независимость, все участницы отметили снижение уровня тревожности, повышение адаптивности к стрессовым ситуациям, улучшение качества жизни и уменьшение психосоматических проявлений.

4. Результат проверки достоверности различий после проведения статистической обработки полученных результатов с применением Т-критерия Вилкоксона показала, что в данном случае эмпирическое значение Т попадает в зону значимости: (0,01). Гипотеза H_0 принимается. Показатели после эксперимента не превышают значения показателей до опыта.

Следовательно, произошло значимое снижение показателя общего уровня: психосоматических проявлений, тревожности и удовлетворенности жизнью у респондентов после оказания психологической помощи в виде индивидуального интегративного консультирования (различия являются статистически значимыми).

5. Основываясь на полученных результатах, мы пришли к выводу,

что предложенная программа индивидуального консультирования с использованием интегративного подхода эффективно помогла взрослым клиентам, сталкивающимся с психосоматическими проявлениями снизить их интенсивность и частоту, что подтверждает выдвинутую нами гипотезу.

Заключение

Актуальность данного исследования обусловлена недостаточным изучением аспектов консультирования взрослых клиентов, страдающих психосоматическими проявлениями. Значимость этого исследования возрастает в современном обществе, где быстрый темп жизни осложняет возможность нахождения времени для полноценного отдыха и разрядки эмоционального напряжения. Эмоциональный стресс, аналогичный физиологическому, становится хроническим, если он интенсивен и длительный, и человек не в состоянии самостоятельно восстановить психическое равновесие.

Воздействие стресса на организм вызывает цепочку физиологических реакций, негативно воздействующих на различные системы органов, вызывая высокий уровень тревожности и, в конечном итоге, физические проявления. Это может привести к психосоматическим проявлениям и даже деструктивным изменениям в организме. Люди, сталкивающиеся с физическими симптомами без явных органических причин, часто испытывают дискомфорт, беспокойство и недовольство качеством своей жизни. Эти проявления могут углубить тревогу и страх, создавая замкнутый круг страданий и оказывая влияние на физическое и эмоциональное состояние. Тревожные люди более подвержены болям, нарушениям сна, проблемам с пищеварением и другим психосоматическим проявлениям.

В данной диссертационной работе рассмотрена специфика взаимодействия психолога-консультанта со взрослыми клиентами, сталкивающимися с психосоматическими проявлениями.

В начальном этапе исследования осуществлялся обзор и анализ соответствующей психологической литературы по изучению феномена, а также разработка категориального аппарата. Определены тема, задачи и гипотеза исследования.

Проведенный анализ научных психологических исследований по

данной проблеме позволил описать феномен с точки зрения различных ученых, выявить существующие концепции образования и протекания симптома и сформировать категориальный аппарат. Для проведения эксперимента были определены уровни критерий и подобран диагностический комплекс.

Проанализированы психологические механизмы, лежащие в основе связи между психическими и физическими аспектами проявлений у взрослых. Выявлены методы интегративного индивидуального консультирования для коррекции этих связей

Для проверки гипотезы, на втором этапе, проведено исследование, включающее диагностику психосоматических проявлений — определение их времени проявления, частоты и уровней проявления. Эксперимент показал, что интенсивность психосоматических проявлений у женщин зависит от количества физических симптомов, эмоциональных реакций и стрессов. Участницы эксперимента, сталкивающиеся с психосоматическими проявлениями, имеют высокий и средний уровень тревожности и интегративное индивидуальное психологическое консультирование поможет снизить интенсивность тревожности и повысить удовлетворенность жизнью респондентов и вместе с тем, снизить психосоматические проявления. Учитывая, что все участницы испытывали тревожные состояния при проявлении симптомов, проведена диагностика уровня тревожности и оценена удовлетворенность жизнью респондентов для прогнозирования возможного психологического благополучия.

Третьим этапом была разработка и апробирование консультативной программы с клиентами, сталкивающимися с психосоматическими проявлениями. В ходе консультаций осуществлялось решение основных задач, таких как снижение уровня тревожности и стресса, повышение психологического благополучия, а также удовлетворение индивидуальных запросов клиентов по психологической помощи. По результатам консультирования проведена повторная диагностика, и сформулированы

основные выводы исследования.

Проведена оценка долгосрочных результатов интегративного индивидуального консультирования, включая динамику изменений в физическом и психическом состоянии клиентов до и после проведения консультаций.

Проведен анализ статистических данных с целью оценки значимости изменений и подтверждения гипотезы о пользе интегративного индивидуального консультирования при снижении психосоматических проявлений у взрослых

В результате был сделан вывод о том, что разработанная нами программа, включающая разнообразные методы и техники, такие как когнитивно-поведенческая терапия, эмоционально-образная терапия, арт-терапия, является эффективным средством психологической помощи взрослым клиентам, сталкивающимся с психосоматическими проявлениями, что подтверждает выдвинутую нами гипотезу.

Анализ работы позволяет выявить её теоретическую и практическую значимость. С теоретической точки зрения результаты исследования, полученные автором, предоставляют основу для расширения представлений о работе с взрослыми клиентами, страдающими психосоматическими проявлениями, в современных условиях. Дальнейшие исследования в этой области могут быть направлены на выявление источников тревожности и положительных эмоций, меняющихся с течением жизни, с накоплением социального опыта, при смене окружающей обстановки.

С практической точки зрения проведенное исследование имеет значение в разработке и внедрении программы индивидуального психологического консультирования взрослых с психосоматическими проявлениями. Этот подход объединяет различные психологические методы и техники, направленные на снижение психосоматических проявлений у взрослых.

Теоретические и практические выводы данного исследования могут найти применение в работе психологов и психотерапевтов, оказывающих

психологическую помощь взрослым клиентам с психосоматическими проявлениями. Это может существенно уменьшить интенсивность этих проявлений и повысить качество жизни взрослых клиентов.

Список используемых источников

1. Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике: конференция XIII, 15 ноября 2013 г., Санкт-Петербург: сборник научных статей / М-во здравоохранения РФ, Северо-Западный гос. мед. ун-т им. И.И. Мечникова, Каф. терапии и ревматологии им. Э.Э. Эйхвальда [и др.]; под общ. ред. Мазурова В.И. - Санкт-Петербург: Виктория плюс, 2013,- 307 с.
2. Психосоматика детства и отрочества / Ю. Ф. Антропов. - Москва : Граница, 2021. - 385 с.
3. Бадхен А.А., Родина А.М. Мастерство психологического консультирования.-Санкт-Петербург: Речь, 2010, -228 с.
4. Агамамедова И.Н. Психические расстройства у больных сахарным диабетом 2-го типа. [Электронный ресурс] //РМЖ: [сайт]. — URL: https://www.rmj.ru/articles/endokrinologiya/Psihicheskie_rasstroystva_ubolnyh_saharnym_diabetom_2-go_tipa/#ixzz8JsIPg7Y0 (дата обращения: 23.11.2023).
5. Бриль Е.Ю. Алекситимия в структуре «практически здоровой» личности // Сибирский психологический журнал. - 2018. - № 67. - С. 89.
6. Березанцев А.Ю. Теоретические и клинические аспекты соматоформных расстройств и психосоматики // Российский психиатрический журнал - 2001. - № 5. - С. 96.
7. Безуглова А.А., Васильева О.С., Правдина Л.Р. Особенности социально-психологической адаптации у лиц с разными стратегиями совладающего поведения // Российский психологический журнал. 2017. Т. 14. № 4. С. 180—204. doi: 10.21702/grj.2017.4.9
8. Беялов Ф.И., Собенников В.С., Психосоматика. Иркутск: Издательство ИГУ, 2008. 170 с.
9. Буданова, О.М., Сафонова, М.В. Возможности интегративного консультирования при лечении психосоматических проявлениях у взрослых клиентов // Рефлексия // Научно – практический журнал. - 2023. - № 5. - С. 126.
10. Брызгунов И.П. [и др.]. Психосоматика у детей - Москва:

Психотерапия, 2009. - 476 с.

11. Великанова Л.П., Шевченко Ю.С. Психосоматические расстройства: современное состояние проблемы // Социальная и клиническая психиатрия. - 2005. - № 4. - С. 91.

12. Выготский Л.С., Психология развития человека // Москва : Смысл : Эксмо, 2003. - 1134 с.

13. Гаус Э.В., Проненко Е.А., Васильева О.С. Мишени психологической работы с людьми, имеющими высокий уровень алекситимии // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Психология и педагогика. 2019. Т. 16. № 1. С. 55-70. <http://dx.doi.org/10.22363/2313-1683-2019-16-1-55-70>

14. Ганзин И.В. Основы психосоматики: учебное пособие для студентов-психологов. Психобиосоциальная модель. – Симферополь: ДИАЙПИ, 2015. – 184 с.

15. Головачева В.А., Парфенов В.А. Когнитивно-поведенческая терапия в лечении хронической ежедневной головной боли // Анналы клинической и экспериментальной неврологии. – 2019. - № 13 (3). - С. 63-70 с.

16. Головачева В.А., Головачева А.А., Пожидаев К.А., Когнитивные нарушения у пациентов с мигренью: причины, принципы эффективного предупреждения и лечения. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика 2018;№10(3): 141-149 с.

17. Гнездилов А.В. Психология и психотерапия потерь Пособие попаллиативной медицине для врачей, психологов и всех интересующихся проблемой - СПб.: АРТ-терапия. 2002. - 164с.

18. Добрович А.Б. Выбраться из депрессии: психиатрическая памятка для всех, кого эта тема затрагивает. - Самара: Бахрах-М, 2010. – 186

19. Дёмина, С.Н. Теоретические аспекты исследования личностных особенностей пациентов с разными психосоматическими состояниями // Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2017. – Т. 12. – С.

80–85.

20. Длужневская Л.А., Длужевский И.Г., Консультативный контакт: учебное пособие / Министерство науки и высшего образования РФ, ФГБОУ ВО «Ярославский государственный педагогический университет им. К.Д. Ушинского». - Ярославль: ЯГПУ, 2018. - 79 с.

21. Заридзе Д.Г. Канцерогенез: Руководство / [Абелев Г. И., Альтштейн А. Д., Белицкий Г. А. и др.]; Под ред. Д. Г. Заридзе; Рос. акад. мед. наук, ГУ Рос. онколог. науч. центр им. Н.Н. Блохина, Науч.-исслед. ин-т канцерогенеза. - Москва: Медицина, 2004. - 574 с.

22. Исурина Г.Л. Психотерапия и психологическое консультирование как виды клиничко-психологического вмешательства // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2017. – Т. 9, № 3(44). – С. 4 [Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: чч.мм.гггг).

23. Кельмансон, И. А. Методология исследования в клинической психологии: учеб. пособие. - Санкт-Петербург: СпецЛит, 2017 - 328 с.

24. Кулаков, С. А. Практикум по интегративной психотерапии психосоматических расстройств. - СПб.: Речь, 2007. - 294 с.

25. Кондратьев А.В., Ломакин А.И., Шульмин А.В., Шнайдер Н.А., Головная боль как медико-социальная проблема (обзор литературы). Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика 2017; 9(2): 83–88 с.

26. Копытин А. И. Современная клиническая арт-терапия. Учебное пособие. Когито-Центр, 2015 - 525 с.

27. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Психодинамическая психотерапия трудных клиентов.-М.: Институт консультирования и системных решений. Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига, 2016 - 208 с.

28. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования. - М.: Академический проект, 1999 — 240 с.

29. Кулаков С.А. Основы психосоматики.- СПб.: Речь, 2003 - 288 с.

30. Линде Н.Д. Психологическое консультирования. Теория и

практика. Учебное пособие для студентов вузов, 2-е издание.- М: Аспект Пресс, 2013 - 272 с.

31. Лаврова М.А. Основы психосоматики: учебное пособие / М. А. Лаврова, Н. А. Томина, Я. И. Коряков; под общ. ред. М. А. Лавровой; Министерство науки и высшего образования Российской Федерации, Уральский федеральный университет. - Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та, 2022. - 146 с.

32. Литвинцев С.В. Некоторые проблемные и дискуссионные вопросы психосоматических соотношений и соматоформных расстройств с позиций клинической психиатрии. Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2018;3:80-89. doi: 10.31363/2313-7053-2018-3-80-89

33. Малейчук Г.И. Парадоксы симптома. Системно-аналитический подход в работе с психосоматическими симптома, Академический проект, 2019 -245 с.

34. Малкина-Пых И.Г. Диабет. Освободиться и забыть. Навсегда»: Эксмо; Москва; 2007 - 200 с.

35. Малкина-Пых И.Г. «Астма. Освободиться и забыть. Навсегда»: Эксмо; Москва; 2007 - 197 с.

36. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. – М.: изд-во Эксмо, 2014– 990 с.

37. Маринчева Л.П. Психологическая помощь подросткам с психосоматическими расстройствами сердечно – сосудистой системы. Ж. Вестник Вятского государственного университета. 2009 – 96 с.

38. Мелёхин, А. И. Экспозиционная когнитивно-поведенческая психотерапия при лечении нарушений кишечно-мозгового взаимодействия // *Neurodynamics*. Журнал клинической психологии и психиатрии. - 2020. - Т. 2, - № 1. - 20–41 с.

39. Москачева М.А., Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б. Алекситимия и способность к эмпатии // *Консультативная психология и психотерапия*. 2014.

Т. 22. № 4. С. 98-114.

40. Касьянов Е.Д., Незнанов, Н.Г., Рукавишников Г.В., и др. Биопсихосоциальная модель в психиатрии как оптимальная парадигма для современных биомедицинских исследований // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. - 2020. - № 2. - С. 3–15.

41. Психологическая диагностика сфер личности [Электронный ресурс]: лабораторный практикум / Урал. гос. пед. ун-т; авт.-сост. Ю. Е. Водяха. – Электрон. дан. – Екатеринбург: [б. и.], 2018 – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).

42. Новикова И.А., Сидоров П.И., Психосоматические заболевания: концепции, распространенность, качество жизни, медико-социальная помощь больным. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2010. N 1. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru). (дата обращения: 01.10.2023).

43. Сборник научных статей //Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике. Санкт-Петербург - 2014 г. – Вып. XIV. / Под общей редакцией акад. РАН Мазурова В.И. – СПб.: изд-во «Альта Астра» – 2014. – 220 с.

44. Ковалев А.И., Крючкова М.Н., Солдаткин В.А. [и др.]. Клиническая психометрика: учебное пособие / ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии. – Ростов-на-Дону: РостГМУ, 2020. – 352 с.

45. Смулевич А.Б. Психосоматические расстройства в клинической практике/ подред. акад. РАНА.Б.Смулевича. – М.: МЕДпресс-информ, 2016. – 776 с.

46. Фролова Ю.Г. Психосоматика и психология здоровья: Учеб. пособие. 2-е изд., – Мн.: ЕГУ, 2003. – 172 с.

47. Кадыров Р.В., Маркелова Е.В., Эльзессер А.С. Эффективность краткосрочной психотерапии депрессивных и тревожных расстройств // Вестник Кемеровского государственного университета. 2018. № 2.С. 122–130.

DOI: <https://doi.org/10.21603/2078-8975-2018-2-122-130>.

48. Управление своим эмоциональным состоянием (девять упражнений для души) // Университет риторики и ораторского мастерства URL: https://orator.biz/library/psychology/9_upr/

49. Урок по психологии «Психологическая саморегуляция» // Инфоурок URL: <https://infourok.ru/urok-po-psihologii-psihologicheskaya-samoregulyaciya-2326721.html>

50. 5 простых дыхательных техник, которые помогут восстановить силы и энергию // robota.ua URL: <https://thepoint.rabota.ua/5-prostyih-dyihatelnyih-tehnik-kotoryie-pomogut-vosstanovit-silyi-i-energiyu>

51. АйвиА.Е. Психологическое консультирование и психотерапия. Методы, теории и техники: Практическое руководство. - Москва: Психотерапевт. колледж, 1999. - 487 с.

52. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение [пер. с англ. А.М. Боковикова и В.В. Старовойтова ; под науч. ред. С. Л. Шишкина]. - Москва: КАНОН+, 2016. - 352 с.

53. Бьюдженталь Дж. Искусство психотерапевта. Пер. с англ. и общая редакция Мироновой М.Р. - 3. междунар. изд. - СПб. [и др.] : Питер, 2001. - 319 с.

54. Каст Верена. Отцы – дочери, матери – сыновья. Путь от отцовского и материнского комплексов к собственной личностной идентичности. Дипак – 2016 -184 с.

55. Каст Верена. Горевание. Фазы и возможности психологического процесса. Т8 Издательские технологии – 2017 - 158 с.

56. Лазарус Р. Теория стресса и психофизиологические исследования. // Эмоциональный стресс. - Л., 1970 - 112 с.

57. Лаврова М.А. Основы психосоматики: учебное пособие / М. А. Лаврова, Н. А. Томина, Я. И. Коряков; под общ. ред. М. А. Лавровой; Министерство науки и высшего образования Российской Федерации, Уральский федеральный университет. — Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та,

2022. - 146 с.

58. Наказава Донна Джексон «Осколки детских травм. Почему мы боеем и как это остановить» -М: Бомбара, 2021 - 336 с.

59. Роджерс Карл Рэнсом. Консультирование и психотерапия. Новейшие подходы в психологической практике. М: ИОИ, 2015 – 200с.

60. Эрик Эриксон и восемь стадий человеческой жизни: [Пер. с. англ.] / Дейвид Элкин. - Москва :Когито-центр, 1996. - 16 с.

61. Aral G, CIVIL ARSLAN Fİ. A New Oper-tional Guide Against to Traditional Classification Sys-tems in Consultation-Liaison Psychiatry: Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research (DCPR). KlinikPsikiyatriDergisi-Turkish Journal Of Clinical Psychia-try. 2019; 22:2: 228-242. DOI: 10.5505/kpd.2019.93898

62. Amodeo G, Trusso MA, Fagiolini A. Depression and inflammation: disentangling a clear yet complex and multifaceted link. Neuropsychiatry. 2017;7(4):448-457. doi:10.4172/Neuropsychiatry.1000236

63. Roman M, Irwin MR. Novel neuroimmunologic therapeutics in depression: A clinical perspective on what we know so far. Brain Behav Immun. 2020;83:7-21. doi:10.1016/j.bbi.2019.09.016

64. Castelli L, Ghiggia A, Tesio V. Diagnostic cri-teria for psychosomatic research (DCPR) in fibromyal-gia patients. Mediterranean Journal o fClinical Psychology. 2019; 7: 2 Suppl.: 150-151.

65. Guidi J, Piolanti A, Berrocal C, Gostoli S, Car-rozzino D. Incremental Validity Of The Diagnostic Cri-teria For Psychosomatic Research–Revised (DCPR-R) To Clinical Assessment In Primary Care. Psychiatryresearch. 2020 Sep1;291:113233. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113233>

66. Starcevic V. Cyberchondria: Challenges of Problematic Online Searches for Health-Related Infor-mation Psychotherapy and Psychosomatics. 2017; 86:3:129-133. DOI: 10.1159/000465525

67. Steiner T.J., Stovner L.J., Katsarava Z. et al. The impact of headache in Europe: principal results of the Eurolight project. J Headache Pain 2014; 15: 31.

DOI: 10.1186/1129-2377-15-31. PMID: 24884549.

Таблица 1.- Концепции происхождения психосоматических расстройств

Направление	Автор	Концепт-феномен	Краткая характеристика
Психодинамическое	Х. Когут (Кохут)	Нарциссический дефицит	Развитие согласованного стабильного уникального "Я" - основной вопрос развития личности. Нарушение данного процесса ведет к психопатологии. Психосоматический симптом может появиться в результате дефицита любви родителей или их отражения. В зрелом возрасте пациенты испытывали трудности в поддержании чувство целостности и самоуважения. Внимание персонала мед. учреждений, многочисленные обследования, лечение или поддержка психотерапевта восполняет "дефицит любви"
	А. Митчерлих	Двухэшелонная линия обороны	Психосоматического заболевания — это результат с неспособностью справиться личности (первый эшелон) внутренними конфликтами. При достаточно зрелой личности человек пытается разрешить конфликт при помощи зрелых механизмов защиты (вытеснение, сублимация). Далее - невротические защитные механизмы (невротические реакции, депрессии, навязчивые мысли и действия, страх фобии и т.д.). Если не удастся справиться с угрозой организму чисто психическими средствами (не срабатывает первая линия обороны), то подключается защита второго эшелона - соматизация, которая со временем может привести к структурным изменениям в том или ином органе. Эта защита на психосоматическом уровне. Выделяют третий уровень психотической защиты (Кернберг).
	О. Кернберг	Интернализация, интроекция, идентификация, эгоидентичность, объективные отношения.	Теория объектных отношений: психика и личность - результат связи людей с внешним миром, которые запоминаются (интернализуются) разумом виде "объектных отношений". Личность формируется из стойких моделей в отношении к другим. С возрастом психика становится все более сложной, но у каждого индивида проходит три этапа: интроекция, идентификация, эго- идентичность. Теория Кернберга хорошо соотносится с эриксоновскими стадиями развития ребенка и теории ролевого развития Морено и представляет ориентир для психотерапевта.

Таблица 1. (продолжение)

Направление	Автор	Концепт-феномен	Краткая характеристика
-------------	-------	-----------------	------------------------

Психодинамическое	Х. Когут (Кохут)	Нарциссический дефицит	Развитие согласованного стабильного уникального "Я" - основной вопрос развития личности. Нарушение данного процесса ведет к психопатологии. Психосоматический симптом может появиться в результате дефицита любви родителей или их отражения. В зрелом возрасте пациенты испытывали трудности в поддержании чувство целостности и самоуважения. Внимание персонала мед. учреждений, многочисленные обследования, лечение или поддержка психотерапевта восполняет "дефицит любви"
	А. Митчерлих	Двухэшелонная линия обороны	Психосоматического заболевания — это результат с неспособностью справиться личности (первый эшелон) внутренними конфликтами. При достаточно зрелой личности человек пытается разрешить конфликт при помощи зрелых механизмов защиты (вытеснение, сублимация). Далее - невротические защитные механизмы (невротические реакции, депрессии, навязчивые мысли и действия, страх фобии и т.д.). Если не удастся справиться с угрозой организму чисто психическими средствами (не срабатывает первая линия обороны), то подключается защита второго эшелона - соматизация, которая со временем может привести к структурным изменениям в том или ином органе. Эта защита на психосоматическом уровне. Выделяют третий уровень психотической защиты (Кернберг).
	О. Кернберг	Интернализация, интроекция, идентификация, эгоидентичность, объективные отношения.	Теория объектных отношений: психика и личность - результат связи людей с внешним миром, которые запоминаются (интернализуются) разумом виде "объектных отношений". Личность формируется из стойких моделей в отношении к другим. С возрастом психика становится все более сложной, но у каждого индивида проходит три этапа: интроекция, идентификация, эго- идентичность. Теория Кернберга хорошо соотносится с эриксоновскими стадиями развития ребенка и теории ролевого развития Морено и представляет ориентир для психотерапевта.

Таблица 1. (продолжение)

Направление	Автор	Концепт-феномен	Краткая характеристика
-------------	-------	-----------------	------------------------

Психодинамическое	Дж. Энгель и А. Шмале	Потеря объекта (процесс действительной, угрожающей или воображаемой потери объекта).	Ситуации потери объекта не могут быть адекватно отработанными и остаются неотреагированными, не утратившими своей актуальности. Длительный хронический стресс такого рода может приводить к формированию заболевания. Психологическая зависимость от другого лица может проявляться как положительными чувствами по отношению к нему, так и в отрицательных. Ненависть - такая же форма эмоциональной зависимости, как любовь.
	М. Шур	Десоматизации - ресоматизации	В ее основе лежит понятие "регрессия" - возврат с высшей на низшую стадию развития, когда в отягощающих ситуациях активизируются бессознательные, невротические конфликты и под давлением неуверенности в себе может наступить регресс на инфантильно - соматические, физиологические формы реагирования. Предрасположенность к психосоматическим заболеваниям вызывается слабым разграничением эмоциональных и соматических процессов у лиц с явлениями инфантилизма. Любое эмоциональное нарушение легко трансформируется в расстройства соматической функции. Причины ПСЗ связаны с провалом в деятельности Эго и регрессией на более низкий уровень психосоматического функционирования.
	Большинство исследователей	Алекситимия	Зачастую психосоматический симптом проявляется у людей с алекситимией. Она появляется в семье, где нет места выражению чувств, вызванных реальной жизнью. Эта позиция может потом закрепиться при многолетней установке на ригидное следование общественным нормам.
	А. Бек, А. Эллис, Д. Мейхенбаум	Интроекция дисфункциональных базисных систем, иррациональные установки, перфекционизм.	Базисные схемы - глубинные мировоззренческие установки человека по отношению к самому себе и окружающему миру. Опыт отношений с родителями, их правило, лозунги, установки по механизму импринтинга интериоризируются становятся своеобразной обыденной философией жизни, ложатся в основу жизненных сценариев, нарративов, искажая восприятие настоящего момента, препятствуя принятию решений.

Таблица 1. (продолжение)

Направление	Автор	Концепт-феномен	Краткая характеристика
-------------	-------	-----------------	------------------------

Когнитивное	Ротенберг Аршавский	Фундаментальная детерминанта поведения – потребность в процессе постоянного изменения.	Поисковая активность обладает стимулирующим действием на организм и повышает устойчивость к действию вредных факторов. Отказ от поиска снижает адаптивные возможности организма. Болезни достижения — это психосоматические заболевания, обусловленное хронической фрустрация потребности в поиске.
Когнитивно-поведенческая терапия	Селигмен	Выученная беспомощность, безнадежность.	Выученная беспомощность - состояние, которая возникает после более или менее длительного аверсивного воздействия, избежать которого не удастся (серия задач, не имеющих решения; неправильное семейное воспитание).
	Глассер	Теория контроля, терапия реальности.	Поведение всегда представляет собой проявления попытки контролировать мир и самих себя как часть этого мира целью наиболее полного удовлетворения потребностей -. Болезнь - не адаптивное поведение (неэффективный способ контроля), которое человек предпочитает для управления окружающей реальностью. Ребенок раннего возраста контролирует окружающих с помощью определенных паттернов своего поведения (плачь, улыбка, гнев). Во взрослом возрасте это считается инфантильным способом контроля человеком поведения значимых фигур, получения от них либо помощи, либо самооправдания своей бездеятельности.
	Морено	Социальный атом. Ролевая динамика, ролевая прогрессия и регрессия, ролевые конфликты.	Болезнь возникает в результате нарушений наследственности, внешних патогенных влияний или нарушений межчеловеческой (социоэмоциональной) среды, наносящих ущерб спонтанности, социоэмоциональному или ролевому развитию. Здоровье - направленное струящиеся бытие или прогрессию, болезнь - застой или регрессия. Ролевой конфликт может переживаться в форме инtrarолевого конфликта в рамках одной роли, существовать в виде интераролевого конфликта между различными ролями, зафиксироваться в виде интраперсонального конфликта, возникшее внутри одного человека, или разыгрываться в виде интерперсонального ролевого конфликта между различными людьми.

Таблица 1. (продолжение)

Направление	Автор	Концепт-феномен	Краткая характеристика
-------------	-------	-----------------	------------------------

Экзистенциально-гуманистическое	Бейтсон Минухин, Олсон Хейли	Система, подсистема, границы, иерархия, гомеостаз, семейная структура	Дисгармоничные (дисфункциональные) семьи - ригидные семейной системы, которые пытаются сохранить привычные стереотипы взаимодействия между элементами своих подсистем и другими системами вне зависимости от изменения внешних условий. В результате этого блокируются актуальные потребности самого слабого члена семьи, и у него возникает какое - либо соматическое, психосоматическое или психическое расстройство. Он становится "носителем" симптома, который позволяет удерживать старый взаимоотношения между членами семьи.
Постмодернистское	Семенов	Switch- эффект, ролевая драматургия, акупунктурное программирование, контрпрограмма	Заболевания возникают из - за того, что в результате жестких поведенческих стереотипов или из функциональных когний в процессе социализации формируется патогенная программа. Организм как система всегда находится в одном из возможных для него состояний, а переход из одного состояния в другое совершается всегда скачком, предлагает реорганизацию системы. Для выздоровления необходимо перепрограммирование, формирование альтернативной программы.
Интегрированные модели	Икс-кюль Везиак	Биопсихосоциальная модель	Биологические, психологические, социальные, культуральные и духовные факторы, влияющие на возникновение болезни.
	Вайнер	Интегрированная модель здоровья, болезни, болезненного состояния	Учет в терапии этих трех компонентов приводит к снижению частоты обострений, к выздоровлению.
	Ананьев Пригожин	Синергетика, нелинейная динамика, аттрактор болезни	Аттрактор - это устойчивое состояние системы, к которому направляется эволюции системы. Субъективные особенности людей их действий и замыслов влияет на выбор какого - либо варианта эволюции. На путь к аттрактору (к определенному состоянию) выводит случайность, но как только этот путь выбран, дальнейшая эволюция системы закономерно и необходимо приводит к его "предельному" устойчивому состоянию.

Таблица 1. (окончание)

Направление	Автор	Концепт-феномен	Краткая характеристика
-------------	-------	-----------------	------------------------

Синергическое	Холмогорова Гаранян	Патологический перфекционизм	Нарциссический перфекционизм определяется как доминирование мотивации достижения совершенства, получения одобрения и восхищения в ущерб всем другим мотивам, превращения достижения и признание в главный смысл жизни. Нарциссический перфекционизм образует основное ядро личности человека, поэтому отказ от него равен отказу от самого себя и встречает яростное сопротивление.	
Когнитивно-аналитическое	Анохин, Горбачев Судаков, Курцин	Функциональные системы	Взаимосвязь между отдельными психофизиологическими характеристиками и динамикой висцеральных проявлении (активацией органных функций). Психосоматические расстройства возникают из - за нарушения кортика-висцеральных взаимоотношений. Нарушение кортикальных функций рассматривается как причина развития висцеральной патологии.	
Концепция личностных профилей	Психо-эндокринное и психоиммунное	Селье Кеннон	Концепция стресса	Влияние экстремальных и хронических стрессовых ситуаций на восприимчивость и особенности патогенеза, течения и терапии психосоматических заболеваний.
		Грейвс, Томас, Смит	Гнев, враждебность	Концепция врожденности. Гнев, враждебность играют существенную роль в этиологии различных тяжелых соматических заболеваний.
		Данбар	Влияние особенностей личности на возникновение болезни и наоборот	Психосоматическое заболевание — это результат взаимодействия соматических реакций с постоянными и личностными параметрами.

Схема клинического интервью

Структура клинического интервью включает следующие разделы:

- Вступление и установление контакта:
 - Приветствие клиента.
 - Представление психолога и объяснение целей интервью.
 - Установление доверительной атмосферы.
- Информированное согласие:
 - Объяснение прав и конфиденциальности клиента.
 - Получение согласия клиента на участие в интервью.
- Биографические данные:
 - Информация о клиенте (имя, возраст, пол, образование, семейное положение).
- Краткий обзор текущей жизненной ситуации.
 - Представление проблемы или запроса:
 - Клиент рассказывает о своей проблеме или поводе обращения.
 - Важно узнать, как долго проблема существует и как она влияет на жизнь клиента.
- История заболевания:
 - Детальное описание симптомов и их хронологии.
 - Прошлые и текущие медицинские обследования и лечение.
 - История семейных заболеваний, если это имеет значение.
- Психосоциальная история:
 - Информация о семейной, социальной и профессиональной жизни

клиента.

- Описание отношений в семье и с близкими.
 - Личная история:

Приложение Б

- Анамнез личных переживаний и событий, которые могли повлиять на текущее состояние клиента.
- История психологических травм и стрессовых ситуаций.
 - Симптомы и чувства:
- Подробное описание эмоциональных и физических симптомов клиента.
- Оценка степени дистресса (эмоционального беспокойства).
 - Социальная поддержка:
- Обсуждение наличия поддержки от семьи, друзей или общественных организаций.
 - Цели и ожидания:
- Уточнение, что клиент ожидает от психологической помощи и чего бы он хотел добиться.
 - Завершение интервью:
- Благодарность клиенту за участие.
- Объяснение дальнейших шагов, если необходимо.
 - План действий:
- Обсуждение возможных методов поддержки (терапия, консультирование, рекомендации).
- Согласование дальнейших шагов и плана работы.
 - Завершение и оценка:
- Завершение сессии и оценка уровня комфорта клиента во время интервью.

В ходе настоящего клинического интервью заданы следующие вопросы:

1. Блок. Описание проблемы:

- Почему вы обратились к нам на консультацию?
- Как вы узнали о нас или были ли рекомендации от других специалистов?
- Можете описать вашу текущую ситуацию и симптомы?
- Как долго вы сталкиваетесь с этой проблемой?
- Были ли какие-либо события, которые предшествовали возникновению этих симптомов?
- Какие способы вы пробовали сами для управления с этой ситуацией?
- Обратились ли вы к другим специалистам или психологам по этому вопросу?
- Что вы знаете о работе психолога и какие у вас ожидания от

консультации?

- Имели ли вы суицидальные мысли или попытки?
- Почему вы обратились за помощью именно сейчас?

2. Блок. Личные данные:

- Сколько вам лет?
- Какое у вас образование?
- Где вы работаете и чем занимаетесь?
- С кем вы живете в настоящее время?
- У вас есть близкие друзья?
- Как вы обычно проводите свободное время и есть ли у вас хобби?

3. Блок. Семейная история:

- Какие отношения у вас с вашими родителями?
- Какова ваша семейная история? Полная семья или нет?

Приложение Б

- Какие события из детства могли повлиять на вас?
- Есть ли у вас братья или сестры? Как вы относитесь к ним сейчас?
- Были ли в вашей семье случаи хронических заболеваний или

психических расстройств?

4. Блок. Детство и дошкольные годы:

- Как вы помните свое детство?
- Посещали ли вы детский сад, и какие были впечатления от него?
- Какие заболевания или травмы вы перенесли в детстве?
- Какие важные события произошли в вашей семье в тот период?

5. Блок. Школьные годы:

- Как проходила ваша начальная и средняя школа?
- Какие предметы вам нравились или не нравились?
- Были ли у вас хобби или занятия после школы?
- Какие симптомы или проблемы вы замечали во время учебы?
- Были ли случаи травли или конфликтов в школе?
- Каковы были ваши роли в школьном коллективе?

6. Блок. Подростковый возраст:

- Как вы переживали подростковый период?
- Какие у вас были отношения с противоположным полом и сверстниками?

- Какие у вас были отношения с родителями в это время?
- Был ли у вас опыт употребления алкоголя или наркотиков?
- Как вы воспринимали свой сексуальный опыт?
- Чем вы увлекались и как зарабатывали деньги?

7. Блок. Актуальная ситуация:

- Какова ваша текущая жизненная ситуация?
- Какие действия вы предпринимали для «снятия симптомов», и какие

Приложение Б

результаты были достигнуты?

- Проходили ли вы медицинское обследование в связи с этими

симптомами?

- Есть ли у вас какие-либо сопутствующие заболевания или медицинское лечение?
- Как вы относитесь к процессу лечения?
- Были ли у вас в прошлом другие серьезные заболевания и обращения в медицинские учреждения?
- Имеется ли в вашей семье наследственность, связанная с медицинскими проблемами? Можете ли поделиться какой-либо информацией о ней?

8. Блок. Воздействие симптома:

- Когда у вас первый раз возникли физические симптомы, с которыми вы сейчас сталкиваетесь?
- Какая ситуация этому предшествовала или какие события сопровождали это?
- Когда симптомы становятся более интенсивными, а когда они уходят или становятся менее выраженными?
- Сколько раз в неделю или в какие периоды они обычно возникают? Сколько времени длится каждое проявление?
- На сколько сильно вы оцениваете интенсивность симптомов, используя определения: «слабо», «сильно», «невозможно терпеть»?
- Как симптомы влияют на вашу повседневную жизнь?
- Как они влияют на ваши социальные контакты, увлечения и работу?
- Какие изменения произошли в ваших отношениях с родителями, друзьями, детьми и другими близкими?
- Как вы обычно справляетесь с болезнями или трудностями

Приложение Б

вызванными заболеваниями?

- Принимали/принимаете ли вы какое-либо лечение или медикаменты, и как это повлияло на ваши симптомы? Симптомы сохранились или

уменьшились?

– Что, по вашему мнению, способствовало улучшению вашего состояния или уменьшению симптомов?

– В каких случаях вы замечаете ухудшение состояния или увеличение симптомов?

– Какие факторы, на ваш взгляд, могут быть связаны с возникновением или усилением ваших симптомов?

– По вашему мнению, с чем могут быть связаны ваши проблемы со здоровьем?

– Есть ли какие-то особые ситуации, события или стрессоры, которые могли повлиять на ваше текущее состояние?

– Как вы воспринимаете и анализируете собственные мысли, чувства и эмоции в связи с вашим заболеванием? Есть ли у вас своя точка зрения на возникшие трудности?

– Можете ли поделиться своими мыслями, страхами, чувствами, надеждами и даже ощущениями отчаяния, которые возникают, когда вы остаетесь одни с собой и своими мыслями?

Анкета диагностики психосоматических проявлений у взрослых

Для определения интенсивности психосоматических проявлений на разных уровнях и анализа влияния стресса на физическое и эмоциональное состояние, нами была разработана «Анкета диагностики психосоматических проявлений у взрослых», учитывающая степень проявлений (высокая, средняя, низкая) на разных уровнях (физическом, эмоциональном, когнитивном, поведенческом), состоящая из 12 вопросов (по 3 вопроса в каждом блоке).

Уровень интенсивности психосоматических проявлений оценивается на основе ответов, полученных в результате прохождения опросника. Для этого используются данные по каждому из уровней (физическому, эмоциональному, когнитивному, поведенческому).

Пять ответов (почти никогда, редко, периодически, достаточно часто, постоянно) используются для шкалы оценок, от 1 до 5, где 1 означает «почти никогда» и 5 – «постоянно».

После того как клиент прошел опросник, его ответы на каждый вопрос оцениваются на соответствующей шкале. Затем производится анализ этих оценок.

Оценка уровня интенсивности.

Каждый ответ оценивается соответствующим числовым значением (1-5), затем суммируются баллы для всех вопросов в каждом из уровней (физическом, эмоциональном, когнитивном, поведенческом). Высший суммарный балл на конкретном уровне указывает на более высокую интенсивность проявлений. Шкала оценки опросника по интенсивности психосоматических проявлений применяется к каждому из четырех блоков

(физический, эмоциональный, когнитивный, поведенческий):

Приложение Б

- Высокий уровень: 11-15 баллов.
- Средний уровень: 6-10 баллов.
- Низкий уровень: 1-5 баллов.

Уровень физических проявлений.

1. На сколько часто вы испытываете физические симптомы, такие как головная боль, боли в животе или мышцах, при уровне стресса?

2. Насколько часто физические симптомы мешают вам в повседневных активностях (работа, занятия спортом, общение)?

3. Насколько физические симптомы влияют на вашу способность работать и справляться с обязанностями?

Уровень эмоциональных проявлений

1. Как часто у вас возникают эмоциональные реакции в ответ на стресс, такие как беспокойство, тревожность или раздражение?

2. Как часто физические симптомы влияют на ваше настроение и эмоциональное состояние?

3. Насколько часто вы испытываете сильные эмоции (страх, гнев, грусть) из-за физических симптомов?

Уровень когнитивных проявлений

1. Как часто вы замечаете, что ваша способность к концентрации или принятию решений страдает при стрессе?

2. Насколько часто ваши мысли сосредотачиваются на ваших физических симптомах?

3. Насколько часто у вас бывают предсказания худшего сценария относительно вашего здоровья?

Уровень поведенческих проявлений.

1. На сколько часто вы обращаете внимание на изменения в своем поведении, такие как переедание, увеличение потребления алкоголя или

увеличение уровня физической активности в ответ на стресс?

Приложение Б

2. Насколько часто вы избегаете активности из-за физического дискомфорта или боли?

3. Как часто у вас наблюдаются изменения в вашем поведении, такие как увеличение потребления пищи или алкоголя, когда вы подвергаетесь стрессу?

Частота психосоматических проявлений

Когда психосоматические проявления (указанные выше) имеют наиболее высокую интенсивность?

1. В любой стрессовой ситуации, даже при воспоминании о ней

2. В сложных стрессовых ситуациях

3. Исключительно только в очень сложных стрессовых ситуациях

Анализ уровня интенсивности психосоматических проявлений помогает консультанту или психологу лучше понять клиента, выявить наиболее проблемные области и разработать стратегии для управления стрессом и снижения психосоматических симптомов.

Таблица 1.– Исследование общего уровня психосоматических проявлений респондентов (до оказания психологической помощи) с использованием Клинического интервью, Гиссенского опросника соматических жалоб, Анкеты диагностики

психосоматических проявлений у взрослых

Имя респондента	возраст	пол	количество симптомов (Клиническое интервью, Гиссенский опросник соматических жалоб)	интенсивность проявления (Гиссенский опросник соматических жалоб, Анкета диагностики психосоматических проявлений у взрослых)	частота проявлений (Анкета диагностики психосоматических проявлений)	общий уровень проявлений
Клиент 1	23	ж	3	3	3	высокий
Клиент 2	44	ж	3	3	2	высокий
Клиент 3	40	ж	2	2	2	средний
Клиент 4	32	ж	2	2	2	средний
Клиент 5	23	ж	2	2	2	средний
Клиент 6	41	ж	2	2	2	средний
Клиент 7	33	ж	2	2	2	средний
Клиент 8	36	ж	2	2	2	средний
Клиент 9	30	ж	2	2	2	средний
Клиент 10	31	ж	2	2	2	средний

***критерии оценки**

1 - низкий уровень

2 - средний уровень

3 - высокий уровень

Приложение В

Таблица 2.– Исследование общего уровня тревожности респондентов (до оказания психологической помощи) по тесту

«Диагностика ситуативной и личностной тревожности» (Ч.Д. Спилбергера - Ю.Л. Ханина)

уровни психосоматических проявлений	Имя респондента	уровни тревожности										
		возраст	пол	ситуативная			личностная			перевод в баллы		
				высокий	средний	низкий	высокий	средний	низкий	ситуативная	личностная	общий уровень тревоги
высокий	Клиент 1	23	ж		36		48			2	3	высокий
	Клиент 2	44	ж			32	45			1	3	средний
средний	Клиент 3	40	ж	47				35		3	2	высокий
	Клиент 4	32	ж			13		37		1	2	низкая
	Клиент 5	23	ж		38		51			2	3	высокий
	Клиент 6	41	ж	45					30	3	1	средний
	Клиент 7	33	ж			15	46			1	3	средний
	Клиент 8	36	ж		37			38		2	2	средний
	Клиент 9	30	ж			13		36		1	2	низкая
	Клиент 10	31	ж			22	49			1	3	средний

*норма

ИТ (индекс тревожности) < 35 баллов = 1 Низкий уровень ситуативной и личностной тревожности

35 < ИТ < 44 баллов = 2 Умеренный уровень ситуативной и личностной тревожности

45 < ИТ < 60 баллов = 3 Высокий уровень ситуативно и личностной тревожности

Таблица 3.– Исследование уровня удовлетворенности жизнью респондентов (УДЖ) (до оказания психологической помощи) по Опроснику удовлетворенностью жизнью Н.Н. Мельниковой

Имя респондента	возраст	пол	жизненная включённость	разочарование в жизни	усталость от жизни	беспокойство о будущем)	общий уровень УДЖ
Клиент 1	23	ж	2	3	3	3	ниже среднего
Клиент 2	44	ж	3	3	3	3	ниже среднего
Клиент 3	40	ж	3	2	2	3	ниже среднего
Клиент 4	32	ж	3	3	2	2	ниже среднего
Клиент 5	23	ж	2	2	2	2	средний
Клиент 6	41	ж	2	3	2	3	ниже среднего
Клиент 7	33	ж	3	3	3	3	ниже среднего
Клиент 8	36	ж	2	2	2	2	средний
Клиент 9	30	ж	2	3	2	3	ниже среднего
Клиент 10	31	ж	3	2	2	3	ниже среднего

*критерии оценки:

3–ниже среднего уровня (разочарование, усталость, беспокойство о будущем - высокое)

2 - средний уровень

1–выше среднего уровня (для жизненной включенности – апатия к жизни)

Консультативная программа, направленная на снижение интенсивности психосоматических проявлений у людей

среднего возраста

№	План консультативных сессий	Задачи этапа
1	Оценка и диагностика	<ul style="list-style-type: none"> • Сбор и анализ анамнеза клиента, включая историю прошлых заболеваний и психосоматических симптомов. • Определение конкретных физических симптомов и их характеристик. • Оценка клиентских психологических и эмоциональных состояний, включая стрессоры и тревожность.
2	Установление целей и ожиданий	<ul style="list-style-type: none"> • Обсуждение с клиентом его ожиданий и целей от консультирования. • Определение конкретных изменений, которые клиент хочет достичь в своей жизни.
3	Планирование интервенций	<ul style="list-style-type: none"> • Разработка индивидуального психологического плана, включая выбор методов и техник работы. • Выбор стратегий снижения стресса и управления эмоциями.
4	Работа с эмоциями и стрессом	<ul style="list-style-type: none"> • Проведение сессий для развития эмоционального интеллекта клиента. • Обучение методам управления стрессом, релаксации и регуляции эмоций.
5	Идентификация и изменение мыслей и убеждений	<ul style="list-style-type: none"> • Помощь клиенту в распознавании и пересмотре неадекватных мыслей, которые могут влиять на психосоматические проявления. • Обучение клиента позитивным стратегиям мышления.
6	Работа с физическими симптомами	<ul style="list-style-type: none"> • Развитие осознанности тела и восприятия физических проявлений. • Обсуждение изменений в образе жизни и привычках, способствующих улучшению физического здоровья.
7	Саморегуляция и релаксация	<ul style="list-style-type: none"> • Тренировка клиента в методах релаксации, медитации и саморегуляции для снижения физических проявлений и стабилизации психоэмоционального равновесия.

Приложение В
окончание программы

№	План консультативных сессий	Задачи этапа
8	Эффективное общение и межличностные отношения	<ul style="list-style-type: none"> • Работа с клиентом над навыками общения и разрешения конфликтов. • Повышение понимания влияния межличностных отношений на психосоматические симптомы.
9	Оценка и реадaptация	<ul style="list-style-type: none"> • Периодическая оценка прогресса клиента и коррекция плана при необходимости. • Поддержка клиента в период после завершения консультирования.
10	Завершение и профилактика	<ul style="list-style-type: none"> • Планирование долгосрочных стратегий поддержания психоэмоционального здоровья. • Обсуждение методов профилактики возврата психосоматических симптомов.

№1. Протокол работы психолога с клиентом, страдающим психосоматическими проявлениями

Перед началом первой встречи клиентке было предложено пройти самостоятельно диагностику уровня тревожности через он-лайн тестирование, а так же, письменно проанализировать свою жизнь, ответив на следующие вопросы (регулярно повторяющиеся типичные ситуации, межличностные сложности с окружающими, иррациональные страхи и фобии).

После прохождения диагностики у клиентки был зафиксирован высокий уровень личностной тревожности, что может говорить о низкой самооценке. В результате письменного анализа своей жизни, удалось выяснить следующее:

-Клиентка – 32 года, состоит в браке более 3 лет. Супружеские отношения крепкие, есть двое детей (8 лет и 2 года). Клиентка постоянно попадает в одни и те же ситуации (не может постоять за себя в разговорах с начальником – женщиной, очень переживает по этому поводу, в последнее время стала ощущать боли в животе). Клиентку долгое время мучает конфликт с сестрой и матерью. Так как клиентка является старшей дочерью в семье, с детства по сегодняшний день она ощущает себя "не долюбленной». По ее мнению, мать до сих пор ей уделяет меньше внимания, чем младшей сестре. Со слов клиентки, мать всегда с ней была эмоционально холодна, достаточно жестка и авторитарна, внушала ей чувство вины для более удобного контроля и воздействия на ее личность. Первый раз симптом (боль в животе) ощутила после большой ссоры с матерью. Имеет аэрофобию и тревогу, которую не всегда может идентифицировать.

1.Сбор анамнеза:

- ✓ Интервью с клиентом для выявления истории, сильных и слабых сторон, текущих и прошлых проблем, а также будущих целей.
- ✓ Наблюдение за реакциями и выражением эмоций клиента.

Психолог: Добрый день. Давайте начнем с того, чтобы познакомиться.

Как вас зовут?

Клиент: Привет, меня зовут Александра.

Психолог: Очень приятно, Александра. Расскажите мне немного о себе. Как вы проводите свое время, чем увлекаетесь?

Клиент: Ну, я работаю в офисе, много времени уходит на работу. Так же у меня есть семья, муж, дети. В свободное время мы любим гулять в парке.

Психолог: Поняла. А теперь давайте посмотрим назад. Можете рассказать мне о ключевых событиях в вашей жизни, которые вы считаете важными?

Клиент: Да, конечно. Например, я потеряла близкого человека - бабушку несколько лет назад, и с тех пор у меня начались проблемы со здоровьем.

Психолог: Это действительно трудный период. Как вы чувствовали себя в тот момент?

Клиент: Я была очень подавленной, часто чувствовала грусть и бессонницу.

Психолог: Понимаю. Давайте рассмотрим ваше текущее состояние. Есть ли что-то, что вас беспокоит сейчас? Какие эмоции вы испытываете?

Клиент: Да, у меня часто бывают боли в животе, и я не понимаю, откуда они идут. Это меня очень пугает.

Психолог: Спасибо, что поделились этим. Мы будем работать вместе, чтобы лучше понять ваши эмоции и найти способы справиться с ними

2.Подготовка клиента:

- ✓ Установление доверительных отношений.
- ✓ Обучение релаксации через когнитивно-поведенческую терапию (КПТ), техники осознанности и музыкотерапии.

Психолог: Александра, теперь, когда мы начали разговор о вашей жизни, давайте обратим внимание на то, как мы можем подготовить вас к дальнейшей работе. Как вы относитесь к идее релаксации и методам снятия стресса для того, чтобы снять напряжение и немного расслабиться?

Клиент: Ну, я часто читаю и слушаю музыку для отдыха, но как-то не

очень задумываюсь об этом.

Психолог: Поняла. Давайте поработаем над тем, чтобы сделать релаксацию более осознанной. Я предложу вам несколько техник, и мы выберем ту, которая вам больше подходит. Как вам кажется?

Клиент: Хорошо, давайте попробуем.

Психолог: Отлично. Мы можем использовать когнитивно-поведенческую терапию для изменения вашего отношения к стрессу. Как бы вы оценили свою готовность пробовать новые подходы?

Клиент: Я открыта для изменений, но, честно говоря, не очень уверена, как это может помочь.

Психолог: Это нормальное чувство. Давайте начнем с простых дыхательных упражнений и постепенно перейдем к более глубоким техникам релаксации. Также, мы можем использовать методы осознанности, например, медитации. Как вам такой подход?

Клиент: Звучит интересно. Давайте попробуем, может быть, это мне поможет справиться с напряжением.

Психолог: Прекрасно. Мы будем работать вместе, чтобы найти наилучший способ поддержки ваших эмоций и физического благополучия.

Техника сканирования тела в терапии, основанной на осознанности (КПТ).

Психолог: Александра, сейчас давайте попробуем технику сканирования тела, чтобы улучшить осознанность вашего физического состояния. Садитесь удобно, закройте глаза и начните медленно сканировать свое тело от верхней части головы до кончиков пальцев ног.

Клиент: Хорошо, начнем.

Психолог: Начните с головы. Просто замечайте любые ощущения, напряжение или легкость. Перемещайтесь медленно вниз к лицу, шее, плечам.

Клиент: (после некоторого времени) Я чувствую напряжение в области плеч.

Психолог: Прекрасно. Просто замечайте это чувство, не пытайтесь его

изменить. Теперь двигайтесь вниз к груди, рукам, животу.

Клиент: (пауза) Я чувствую тепло в области живота.

Психолог: Очень хорошо. Просто будьте с этим теплом. Теперь переходите к тазу, бедрам, коленям.

Клиент: (после некоторого времени) В области колен я ощущаю легкость.

Психолог: Прекрасно. Просто дайте себе разрешение на осознание этих ощущений. Продолжайте двигаться вниз к голени, ступням, пальцам ног.

Клиент: (после некоторого времени) Я чувствую, как пальцы ног расслабляются.

Психолог: Отлично. Теперь, с полным вниманием к своему телу, медленно откройте глаза. Какие ощущения или изменения вы заметили в процессе этого сканирования?

Клиент: Я почувствовала большую осведомленность о своем теле и какие-то области оказались более напряженными, чем я думала.

Психолог: Отлично. Эта техника может помочь вам осознанно воспринимать свое тело и замечать, как эмоции могут отражаться в физических ощущениях. Мы можем использовать это в дальнейшей работе для лучшего понимания ваших реакций и нахождения способов поддержки.

3.Проведение оценки:

✓ Анализ эмоций, когнитивных процессов и физических ощущений клиента в контексте триггерных моментов.

✓ Применение метода ЭОТ «Работа с симптомом».

Психолог: Теперь, Александра, давайте сфокусируемся на оценке ваших эмоций и физических ощущений в тех моментах, когда у вас возникают боли в животе. Можете рассказать о последнем случае, когда это произошло?

Клиент: Да, несколько дней назад у меня начала болеть живот после разговора с начальником. Я чувствовала себя очень напряженной.

Психолог: Понимаю. Давайте проанализируем этот момент. Какие

эмоции вы тогда испытывали?

Клиент: Я думаю, я была раздражена и испытывала стресс. И, конечно, беспокойство из-за болей.

Психолог: Понятно. Давайте разберемся с этими эмоциями. Когда вы чувствовали себя раздраженной, были ли какие-то конкретные мысли или представления, которые вызывали это чувство?

Клиент: Ну, я думаю, я чувствовала, что меня не понимают, и я боялась, что это может повлиять на мою работу.

Психолог: Это важная точка. Теперь давайте перейдем к физическим ощущениям. Как бы вы описали боли в животе в тот момент?

Клиент: Это было как давление и неприятное покалывание. Они начались после разговора и продолжались весь день.

Психолог: Спасибо за описание. Я предлагаю вам поближе познакомиться с вашим симптомом, будем так называть ваши боли и эмоции, которые их порождают.

Техника ЭОТ «Работа с симптомом».

Психолог: Могли бы вы вспомнить ту ситуацию, когда у вас состоялся неприятный разговор с начальником и вы почувствовали себя очень напряженной. Лучше это сделать с закрытыми глазами и сконцентрироваться на ощущениях.

Клиент: (после некоторого времени) Да могу.

Психолог: Хорошо, Как это состояние проявляется в вашем теле? Где и какие ощущения вы замечаете?

Клиент: Чаще всего, это какое-то давление в области живота. Я ощущаю тяжесть и скованность в области живота.

Анализ и трансформация:

Психолог: Теперь давайте перейдем к созданию образа. Можете представить это чувство в форме образа, будь то предмет, существо или что-то еще.

Клиент: (после некоторого времени) Вижу перед собой какое-то темное

облако, нет, это тяжёлой темный камень.

Психолог: Хорошо, давайте теперь исследовать этот образ. Что он делает? Как он взаимодействует с вами?

Клиент: (после некоторого времени) Он словно хочет меня раздавить, становится все больше и заставляет чувствовать себя маленькой и бессильной.

Психолог: Для чего ему это нужно? Попробуйте у не спросить

Клиент: (после некоторого времени) Он как-будто говорит, что он меня защищает.

Психолог: Защищает? От чего?

Клиент: От меня самой, он сдерживает мою ярость, и мой гнев, и мой страх (начинает плакать)

Психолог: А что плохого может произойти если вы не будете сдерживать ярость, гнев и страх.

Клиент: Начальник может увидеть какая я агрессивная и тогда, я останусь без работы. Меня уволят (плачет)

Трансформация и интеграция:

Психолог: Теперь мы можем поработать над трансформацией этого образа. Я предлагаю вам изменить образ и трансформировать камень во что-то более приятное. Представьте измененный образ, который поможет вам справиться с этим давлением?

Клиент: (после некоторого времени) Этот камень начинает превращаться в облако и я чувствую легкость.

Психолог: Отлично. Теперь давайте интегрировать этот образ с вашей личностью, впустите его в то место в теле, где раньше был камень. Как бы вы описали ваше новое отношение к этому образу?

Клиент: Я чувствую легкость и тепло в теле и не чувствую себя беззащитной.

Психолог: Замечательно. Давайте проведем ситуационную проверку. Представьте себя снова в той же ситуации на работе. Как вы себя чувствуете?

Клиент: (после некоторого времени) Удивительно, я не чувствую того

давления. Это по-настоящему работает!

Психолог: Интересно. Теперь, есть ли что-то, что мешает вам принять это изменение?

Клиент: Нет, наоборот, я чувствую себя свободнее и более уверенной.

Закрепление результата:

Психолог: Замечательно. Давайте закрепим этот результат. Можете представить себя в будущих ситуациях и описать, как вы чувствуетесь?

Клиент: Я вижу себя более спокойной и собранной. Это как новый взгляд на мою жизнь.

Психолог: Отлично, Александра. Мы успешно прошли этот этап работы. Наши следующие встречи будем посвящены углубленной работе над вашими эмоциями и стратегиями управления ими. А пока, я предлагаю вам до следующей нашей встречи, выполнить домашнее задание. Заключается оно в ведении «Дневника рефлексии». Вам нужно будет ежедневно фиксировать на бумаге свои: мысли, переживания и проблемы, которые возникают в повседневности. Это поможет вам научиться отслеживать связь мыслей, чувств с конкретной ситуацией и, в дальнейшем, менять паттерн поведения.

В дальнейшем рекомендуется:

1. Продолжить работу с эмоциями и стрессом. Для разблокировки энергии агрессии необходимо разобраться с образом «хорошей девочки». Позднее, позволить клиентки выразить эту агрессию телесно.

2. Работа с детско-родительскими отношениями, прежде всего - отношениями с матерью (возможность сепарации, избавление от чувства вины, обиды и т.д.), с «отвергающим родителем», провести технику КПТ «Возвращение инвестиций сестре и маме».

3. Работать с формированием адекватной самооценки и выстраивания личных границ.

Протокол №2 работы психолога с клиентом, страдающим

психосоматическими проявлениями (встреча 2 этапа)

Обратилась женщина 44 лет с просьбой помочь справиться с тревожностью (высокий уровень личностной), периодически случаются панические атаки и учащенное сердцебиение. У клиентки проблемы с принятием себя. Она состоит в браке более 20 лет и с мужем, в последнее время, отношения у них испортились. Он перестал уделять ей внимание как женщине, обесценивая ее достижения и не веря в ее возможности. Клиентка всю взрослую жизнь борется с лишним весом и не любит свое тело. На предыдущей консультации выяснилось, что у клиентки были очень сложные отношения с мамой. Со слов клиентки, мать никогда не верила в неё, обращая внимание только на проступки и не замечая достижения.

1. Сбор анамнеза:

- Установление контакта и доверительной обстановки.
- Обсуждение основных проблем клиента в сфере эмоций

Психолог: Здравствуйте. Рада вас видеть. Как вы себя чувствуете сегодня?

Клиентка: Добрый день. После последней встречи, мне было грустно какое-то время, но потом полегче стало. Ну, честно говоря, в последнее время, я как-то всегда напряжена. Всё время что-то беспокоит.

2. Оценка текущего состояния:

- Разъяснение клиенту целей и задач консультации.
- Выявление основных эмоциональных и стрессовых аспектов.

Психолог: Понимаю. В прошлый раз мы с вами работали над болезненными воспоминаниями. Давайте начнем с того, что вы мне расскажете о том, что вас беспокоит сейчас.

Клиентка: В последнее время, мои отношения с мужем стали невыносимыми. Он, кажется, перестал замечать меня, а его слова просто разбивают мое самоуважение. Я даже не уверена, что я чего-то стою.

Психолог: Это сложная ситуация. Расскажите мне больше о том, как вы

само относитесь к себе. Чем именно вы довольны или не довольны?

Клиентка: Я всю жизнь борюсь с лишним весом, и это, кажется, стало еще одним поводом для моего мужа считать меня неполноценной. Я не люблю свое тело, и постоянно чувствую, что ничего не стою. И мой муж часто напоминает мне об этом.

Психолог: Понятно. Это сложные чувства. Расскажите подробнее как об этом говорит ваш супруг и как вы реагируете на сказанное?

Клиентка: Последний раз, позавчера, он сказал, что в своем домашнем розовом костюме я похожа на свинку из мультика, я сначала разозлилась, а потом ушла в другую комнату и расплакалась, а на следующее утро у меня случилась паническая атака. Муж, правда, извинился, сказав, что он так шутил, но я ему не поверила. При этом разговоре присутствовала моя мама и ей эта шутка понравилась, она смеялась над ей вместе с мужем (начинает плакать).

Психолог: А помимо слов вашего мужа, есть ли что-то еще, что может влиять на ваше эмоциональное состояние?

Клиентка: Мои отношения с мамой всегда были трудными. Она никогда не поддерживала меня, всегда обращала внимание только на мои ошибки. Я чувствую, что я ничего не стою. Мне 44 года у меня сыну старшему 19 лет, а до сих завишу от маминого мнения.

Психолог: Спасибо за откровенность. Эти аспекты будем учитывать в нашей работе. Теперь, давайте определим, что именно мы хотим достичь в ходе нашей консультации. Какие конкретные цели вы ставите перед собой?

Клиентка: Я бы хотела научиться лучше управлять своими эмоциями и не зависеть от маминого мнения, а еще хотелось бы научиться выстраивать личные границы и не позволять мужу с собой так обращаться. Мне кажется, что я так смогу справиться со своей тревожностью и перестать так сильно зависеть от оценки других.

Психолог: Отличные цели. На протяжении нашей работы мы будем стремиться к тому, чтобы вы стали более уверенной в себе и научились

справляться с тревожностью. Теперь, если вы готовы, давайте подробнее рассмотрим ваше текущее эмоциональное состояние. Можете описать, как часто и в каких ситуациях вы чувствуете тревогу?

Клиентка: Тревога у меня появляется часто, раньше только перед важными встречами, теперь все чаще иногда, даже без причины.

Психолог: А когда вы почувствовали первый раз сильную тревогу.

Клиентка: В детстве, когда ждала маму с родительского собрания. Моя мама, была мастером в применении наказания за любой проступок. Она никогда не проявляла нежности, всегда была такой... отстраненной и холодной. Она говорила, что доброта портит детей. Часто я беспокоилась о том, что сделаю что-то не так и разочарую маму еще больше. Иногда, даже когда было видно, что я стараюсь изо всех сил, тревога заставляла меня сомневаться в себе.

Психолог: Понимаю. Тревога может быть трудным спутником. А как она влияет на вас сейчас, в вашей повседневной жизни?

Клиентка: Она все еще со мной. Иногда, когда мне кажется, что все идет хорошо, внезапно появляется тревога. Я начинаю сомневаться в своих действиях, даже если все идет гладко.

Психолог: Это звучит как очень сложный опыт. Можете рассказать мне, как это влияло на вас, как маленькую девочку?

Клиентка: Когда ты постоянно сталкиваешься с такой холодностью, начинаешь чувствовать, что ты не достаточно хороша. Мои успехи никогда не привлекали ее внимание. Она была жестокой, говорила вещи, которые буквально взрывали меня. Но такой она была только со мной, с остальными детьми она была доброй.

Психолог: Могли бы вы поделиться каким-то конкретным примером того, как она применяла эту эмоциональную холодность?

Клиентка: Например, когда я добивалась чего-то, она просто отмахивалась и говорила, что это не имеет значения, что в моих достижениях

нет ничего особенного. Я чувствовала себя как ненужная, бесполезная.

Психолог: Понимаю. Это действительно серьезные слова. Как эти воспоминания о ваших отношениях с матерью влияют на вас сейчас?

Клиентка: Иногда, даже сейчас, когда я добиваюсь чего-то, внутри меня как будто снова возникает это чувство, что ничего не стою. Иногда я вижу ее лицо в своих собственных сомнениях.

Психолог: Эмоциональные следы детства могут быть долговременными. Работать с этим сложным опытом может помочь вам переосмыслить свои чувства и развиваться в направлении, которое вы считаете правильным. Как вы себя чувствуете, обсуждая все это сейчас?

Клиентка: Мне больно это говорить, все время хочется плакать. Я ощущаю себя маленькой и беззащитной. И все время в голове крутиться мысль: «Меня не за что любить».

3. Работа с воспоминаниями и убеждениями.

Техника «Работа» Байрон Кейти

Психолог: Теперь давайте взглянем на ваше утверждение «меня не за что любить» через призму четырех вопросов.

Клиентка: Да, давайте попробуем.

Психолог: «Это правда?»" Позвольте себе почувствовать ответ внутри себя. Бывают ли моменты, когда вы чувствуете, что вас действительно не за что любить?

Клиентка: Сейчас я думаю что это правда, возможно, но иногда я так не думаю.

Психолог: «Можете ли вы абсолютно точно знать, что это правда?» Рассмотрим ситуации, где любовь к вам могла быть скрыта или не проявлена. Может ли это быть результатом окружающих обстоятельств или восприятия?

Клиентка: Наверное нет. Есть моменты, когда люди вокруг меня проявляли заботу и любовь, например мои дети. Возможно, эта мысль основана на моих собственных переживаниях. Но я не могу точно знать, какие

чувства и мысли испытывают другие люди.

Психолог: «Как вы реагируете, когда появляется эта мысль?»
Подумайте о том, какие чувства и реакции возникают у вас, когда вы думаете о том, что вас не за что любить.

Клиентка: Когда я думаю о том, что меня не за что любить, я чувствую себя подавленной и угнетенной. Это вызывает грусть и тревогу.

Психолог: «Кем бы вы были без этой мысли?» Как бы вы чувствовали себя, если бы вы могли отпустить эту мысль и допустить возможность любви к себе?

Клиентка: О! Без этой мысли я, возможно, могла бы по-другому воспринимать себя. Может быть, я бы почувствовала больше свободы и открытости к любви.

Психолог: Теперь давайте перевернем мысль «меня не за что любить» на противоположную, попробуем?

Клиентка: Меня есть за что любить! (смущается). Звучит как будто не про меня, это что-то новое и неожиданное для меня.

Психолог: Верно, иногда изменение перспективы может открыть новые грани нашего внутреннего мира. Теперь давайте зададим те же вопросы, первые три, по новой перспективе. «Это правда?» Позвольте себе почувствовать ответ. Возможно, вы найдете примеры, когда вас действительно любили или ценили за какие-то качества.

Клиентка: мне хочется сказать да, но пока как – будто чтото мешает это сделать.

Психолог «Можете ли вы абсолютно точно знать, что это правда?»
Может быть, существуют моменты, когда вас действительно любили, и это может быть реальной частью вашей жизни.

Клиентка: Да таких моментов было много и муж меня раньше любил и дети любят даже сейчас и папа меня любил и всегда жалел когда мама обижала (плачет)

Психолог: «Как вы реагируете, когда появляется эта мысль?»

Подумайте, какие чувства возникают, когда вы думаете о том, что у вас есть, за что вас любить. Это может приносить радость, умиротворение?

Клиентка: Эта новая мысль приносит столько легкости и тепла. Возможно, я действительно часто упускала из виду эту возможность.

Психолог: Замечательно, что вы замечаете эту легкость. Я предлагаю Вам в качестве домашнего задания, найти как минимум 3 переворота первоначальной мысли. Возможно, вы найдете более реалистичные и поддерживающие утверждения. Записать их в дневнике и обсудить на следующей встрече.

4. Переработка позитивных сценариев:

Техника ресурса ЭОТ «Песочница».

Психолог: Я предлагаю вам сейчас расслабиться и немного помедитировать. Закройте глаза и представьте перед собой песочницу. В этой песочнице играют дети, и среди них вы – маленькая девочка или мальчик. Обратите внимание, как вы выглядите, какая у вас одежда, какие игрушки, если они есть?

Клиентка: Вижу себя маленькой девочкой. Я в цветном платье, в руках у меня кукла.

Психолог: Продолжайте наблюдать. Как вы взаимодействуете с другими детьми в этой песочнице?

Клиентка: Я играю с ними в песке, смеюсь. Но вижу, что мне трудно подходить к другим, я стесняюсь.

Психолог: Очень интересно. Теперь представьте, что наступает вечер, и всех детей забирают домой родители. Всех кроме Вас. Ваш ребенок остается один. Как он реагирует?

Клиентка: Она смотрит вокруг с надеждой в глазах, ждет, чтобы его кто-то забрал.

Психолог: Теперь представьте, что вы – взрослая – подходите к песочнице, присаживаетесь перед малышкой. Посмотрите ей в глаза и

скажите:

Психолог (роль внутреннего взрослого): Привет! Здравствуй, моя радость! Прости, что так долго не приходила к тебе. Я пришла за тобой, чтобы забрать тебя в своё сердце. Ты больше никогда не будешь одна, потому что я буду с тобой. Я буду заботиться о тебе, играть с тобой, слушать тебя. Ты для меня очень важна. Я люблю тебя.

Психолог: Теперь, в этой зоне свободного воображения, обнимите своего внутреннего ребенка. Позвольте ему занять место в вашем внутреннем мире. На вдохе обнимите себя за плечи. Как вы себя чувствуете, обнимая этого маленького ребенка?

Клиентка: (плачет) Мне так тепло и спокойно, и я больше не чувствую тревогу. (улыбается)

5. Оценка результатов:

- Обсуждение изменений в восприятии эмоций и уровне стресса.
- Дополнительные рекомендации и поддержка на следующих этапах.

Психолог: Теперь, когда мы провели работу с вашими мыслями и убеждениями, важно интегрировать новые представления в ваш повседневный опыт. Представьте себе, что эти новые мысли о вашей ценности и возможности любви к себе становятся частью вашего внутреннего диалога. Как бы вы воспринимали себя, принимая эти положительные убеждения?

Клиентка: Это придает мне уверенности, однозначно.

Психолог: Прекрасно! Теперь важно поддерживать этот новый внутренний диалог, осознавая, что вы заслуживаете любви и заботы, как и любой другой человек. Если появятся трудности, вернитесь к этим упражнениям, чтобы напомнить себе о вашей ценности. Так же предлагаю Вам ежедневно заполнять дневник ваших достижений, их должно быть не менее 5

за день. Это позволяет позитивнее взглянуть на себя и свою жизнь.

6. Заключение:

- Подведение итогов консультации, обратная связь.
- Планирование будущих шагов и возможных дополнительных

сессий.

Психолог: Прежде чем мы закончим нашу сессию, давайте поговорим о том, какие изменения вы заметили в своем восприятии эмоций и уровне стресса после нашей работы. Есть ли что-то, что вы хотели бы поделиться?

Клиентка: Я чувствую, что начинаю видеть себя с другой стороны. Мне нравится такое состояние.

Психолог: Это замечательные изменения! Продолжайте освоение новых подходов к самовосприятию и работе с эмоциями. Если у вас возникнут дополнительные вопросы или потребуется поддержка, не стесняйтесь обсудить это на следующих сессиях.

Клиентка: Спасибо вам за вашу помощь. Я чувствую изменения, и они мне нравятся.

Психолог: Рада была помочь. Желаю вам удачи. До следующей сессии!

Протокол №3 работы психолога с клиентом, страдающим психосоматическими проявлениями (встреча 2 этапа)

Женщина, 32 года, в браке более 3 лет, столкнулась с тревожностью (высокий уровень ситуативной) и болью в плече при движении руки. При обследовании в больнице, патологий не выявлено. Симптом появился после конфликта с сестрой, когда та, в ярости, угрожала самоубийством и обвинила в ходе которого сестра, находясь в гневе, бросила стакан в сторону клиентки, угрожая совершить самоубийство и обвинить её в этом. Мать, будучи свидетельницей ссоры, поддержала сестру, вновь обвинив клиентку в неправильном поведении и возникшей ситуации. Со слов клиентки, мать

всегда была на стороне младшей сестры.

1. Установление контакта.

- ✓ Создание доверительной обстановки.
- ✓ Обсуждение основных проблем клиента в сфере

психосоматических проявлений.

Психолог: Добрый день. Как я могу вам помочь сегодня?

Клиентка: Здравствуйте. У меня появились странные боли в плече, и я чувствую себя постоянно напряженной. Не знаю, что делать.

Психолог: Поняла. Давайте начнем с того, что вы расскажете мне подробнее о своих ощущениях и том, что может быть связано с появлением этих болей.

Клиентка: Это случилось после конфликта с матерью и сестрой и я, как будто вернулась в прошлое.

Психолог: Понимаю. Расскажите мне подробнее о вашем отношении с матерью и сестрой. Возможно, это связано с вашим текущим состоянием.

Клиентка: Я всегда ощущала, что моя мать уделяет мне меньше внимания, чем сестре. Она была со мной строгой. И после последнего конфликта с сестрой, когда та угрожала суицидом, моя мать снова стала обвинять меня.

Психолог: Это, безусловно, сложные и эмоционально заряженные ситуации. Давайте вместе разберем, как эти взаимоотношения могут влиять на ваше текущее состояние и физическое здоровье.

2. Оценка текущего состояния:

- ✓ Анализ физических симптомов.
- ✓ Проведение сканирования тела для выявления соматических ощущений.
- ✓ Обсуждение переживаний клиента, связанных с физическим симптомом.

Психолог: Как часто и когда вы ощущаете боль?

Клиентка: Боль в плече я ощущаю практически всегда, иногда ярче,

иногда она затухает. Иногда кажется, что она появляется сильнее, когда я думаю о той ситуации с матерью и сестрой, бывает, что в памяти всплывают и другие обиды на них.

Психолог: Понятно. Давайте проведем с вами небольшое сканирование тела. Закройте глаза и обратите внимание на различные части своего тела. Что вы чувствуете в области плеча? Какие ощущения там присутствуют? Оцените их интенсивность по 10 бальной шкале.

Клиентка: Чувствую напряжение и как бы что-то тяжелое и сковывающее меня пронизывает. Это неприятное ощущение, я могу его оценить на 7 баллов.

Психолог: Отлично. Теперь давайте поговорим о ваших переживаниях в тех моментах, когда боли становятся более яркими. Какие эмоции вы тогда испытываете?

Клиентка: Обычно это обида, ну грусть, наверное. Я чувствую, что меня не понимают и не ценят.

Психолог: Эти эмоции могут быть ключом к пониманию ваших физических симптомов. Давайте попробуем идентифицировать основные факторы, которые могут влиять на проявление боли в вашем плече. Какие события или взаимоотношения могут быть связаны с этими эмоциями и физическими ощущениями?

Клиентка: Возможно, это связано с тем, что я всегда чувствовала себя «не долюбленной» в семье, особенно матерью. Когда мы с сестрой ссоримся, и мать поддерживает ее, это как будто подчеркивает, что я не так важна для нее.

3. Поиск вторичных выгод болезни:

✓ Исследование возможных выгод, которые клиент получает от физических симптомов.

✓ Взаимодействие с клиентом для выявления связей между эмоциональными состояниями и физическими симптомами

Психолог: Понимаю. Эти переживания могут оказывать влияние на ваше

текущее состояние. Давайте вместе рассмотрим, как эти факторы могут влиять на психосоматические проявления. Как вы считаете, какие механизмы связи между эмоциями и физическими ощущениями могут быть активированы в вашем случае?

Клиентка: Возможно, это связано с тем, что я пытаюсь как-то компенсировать недостаток внимания и поддержки со стороны семьи через физическую боль. Возможно, это как будто крик о том, что мне тоже нужна забота и внимание.

Психолог: Очень интересное наблюдение. Теперь мы можем подойти к этим факторам более систематически и использовать различные методы для переработки ваших эмоциональных переживаний, что в свою очередь может сказаться на физических симптомах. Как вы относитесь к тому, чтобы исследовать этот путь в рамках нашей терапии?

Клиентка: Положительно. Я устала от этой боли и очень хочу от нее избавиться.

Психолог: Я предлагаю вам сейчас нарисовать ваш симптом и написать от его имени рассказ.

В процессе выполнения АРТ - техники «Рисунок симптома» клиентка нарисовала симптом в виде деревянной доской с гвоздями для гвоздестояния, которая впиалась ей в плече и сковывает ее движения.

Рассказ Симптома. «Я жесткая доска, создана для того, чтобы фиксировать руку в одном положении. Во мне есть гвозди, которые впиваются в плоть и не дают ей двигаться. Таким образом, я помогаю руке не проявить агрессию и не ударить обидчика. Во мне много гнева к сестре и маме, но этот гнев моя хозяйка из-за меня проявить не может. Я ей помогаю быть хорошей, воспитанной дочерью и сестрой.»

4. Работа с вторичными выгодами. Изучение и изменение.

✓ Идентификация конкретных выгод, которые клиент получает от болезненных симптомов.

✓ Разработка стратегий изменения вторичных выгод в более

адаптивные

- ✓ Поддержка клиента в процессе изменения привычных мотиваций.

Психолог: Ваш рассказ о симптоме очень красочен. Давайте поговорим о том, какие вторичные выгоды вы видите в этом симптоме, основанные на том, что он сказал о себе.

Клиентка: Наверное, он как бы защищает меня от того, чтобы выразить свой гнев и агрессию к сестре и матери. Когда болит плечо, я как бы не могу двигаться, и это останавливает меня от того, чтобы выразить свои истинные чувства. Я вспомнила, когда сестра кинула в меня кружку, мне хотелось этой рукой ее ударить, но я не смогла (плачет).

Психолог: Интересно. В начале беседы вы говорили, что чувствовали в момент конфликта грусть, а теперь мы видим, что там еще были и гнев и агрессия. Таким образом, симптом как бы становится способом контроля ваших эмоций и предотвращения проявления агрессии. Что еще, по вашему мнению, он может предоставить вам, вне зависимости от того, осознано это или нет?

Клиентка: Возможно, он также помогает мне поддерживать определенный образ – быть хорошей, воспитанной дочерью и сестрой. Если я покажу свой гнев, это может нарушить это впечатление.

Психолог: Понятно. Таким образом, симптом служит своего рода маской, скрывающей ваши истинные чувства, чтобы соответствовать определенным ожиданиям. Как вы себя чувствуете, осознавая такие вторичные выгоды?

Клиентка: Мне стало немного легче, ч почувствовала в плече тепло и покалывание. Раньше я думала, что боль мешает мне, а теперь поняла, что помогает.

Психолог: Отлично, мы начали с идентификации. Теперь давайте посмотрим на возможные стратегии изменения этих вторичных выгод. Если мы рассмотрим ситуации, где вы используете симптомы, какие альтернативные способы управления эмоциями и поддержания своего образа

мы можем рассмотреть?

Клиентка: Возможно, я могу попробовать более открыто обсудить свои чувства с матерью и сестрой. Может быть, это поможет разрядить напряжение.

Психолог: Звучит как хороший вариант. Разговор и выражение чувств могут стать более конструктивным способом, чем подавление их через физические симптомы. Как вы чувствуете себя относительно такого подхода?

Клиентка: Я думаю, что это может быть сложным, но я готова попробовать.

Психолог: Прекрасно. Мы будем работать над тем, чтобы разработать поддерживающие стратегии и обсудим, какие изменения могут произойти в ваших мотивациях в процессе этой работы. Вы можете рассматривать это как шаг в направлении более адаптивных способов управления эмоциями и отношений с окружающими. А сейчас я вам предлагаю выполнить технику, которая поможет переработать вашу агрессию и гнев и превратить их в созидательную энергию.

«Метод конверсии агрессивной энергии». Наиболее уникальным и эффективным подходом в управлении гневом является трансформация этой энергии в рост и развитие защищаемой части личности. Этот метод основан на теории, согласно которой гнев и агрессия служат защите уязвимой и нежной стороны личности. Путем направления энергии гнева на рост этой части, уровень защиты повышается, и необходимость в гневе уменьшается. Гнев становится источником энергии для развития, вместо создания сложной системы обороны.

В ходе выполнения метода, Клиентка визуализировала свой гнев в форме острой и темной массы, которая сжимала ее внутреннего ребенка. С помощью трансформации гнева она смогла изменить его цвет на яркий и мягкий, а также направить эту энергию к своему детскому «я». Этот процесс позволил ей почувствовать защиту и уверенность в том воспоминании, где она

раньше чувствовала беспомощность.

5. Интеграция и закрепление. Развитие новых паттернов.

✓ Синтез новых навыков и понимания для создания более здоровых

✓ Разработка индивидуального плана действий на будущее для поддержания физического и эмоционального благополучия.

✓ Подчеркивание важности интеграции полученных знаний в повседневной жизни.

Психолог: Как теперь вы себя чувствуете? Насколько баллов ощущаете боль?

Клиентка: Я ее почти не чувствую! Ну может на 1-2 балла.

Психолог: Замечательно, вы освоили новый способ управления гневом и он вам помог, теперь давайте поговорим о том, как мы можем интегрировать эти изменения в вашу повседневную жизнь.

Клиентка: Да, конечно. Мне очень понравилась техника, но как я не уверена, что смогу применять это в реальных ситуациях?

Психолог: Наша задача - сделать эти новые паттерны более стабильными и естественными для вас. Давайте начнем с создания индивидуального плана действий. Какие конкретные ситуации вызывают у вас гнев, где вы могли бы применить новые навыки?

Клиентка: Например, в семейных конфликтах или на работе, когда кто-то критикует меня.

Психолог: Отлично. Давайте разработаем стратегии, как вы можете реагировать в таких ситуациях, используя новые навыки. Представьте, что вы находитесь в такой ситуации. Как вы хотели бы себя чувствовать, и как вы могли бы изменить свою энергию гнева во что-то позитивное?

Клиентка: Я хотела бы чувствовать себя более уверенной и спокойной. Может быть, я могла бы направить эту энергию на поиск конструктивных решений.

Психолог: Замечательно. Я предлагаю Вам, в виде домашнего задания, составить индивидуальный план действий и придумать какое действие может

помочь вам справиться с гневом и интегрировать полученный опыт в повседневную жизнь. Каждый раз, когда вы будете успешно использовать новые навыки, обращайтесь внимание на изменения в вашем физическом и эмоциональном состоянии и фиксируйте в дневник саморефлексии.

Клиентка: Я поняла. Буду стараться применять их и следить за изменениями.

Психолог: Отлично. Мы продолжим работу над этим на следующей сессии и будем отслеживать ваши успехи.

Оценка результатов. Обратная связь через 2 недели

✓ Рефлексия над изменениями в физических и эмоциональных состояниях клиента.

✓ Дополнительные рекомендации и поддержка на последующих этапах.

✓ Подведение итогов консультации и планирование будущих шагов.

Психолог: Как вы теперь себя чувствуете, по прошествию нескольких консультаций. Какие изменения вы замечаете в своем физическом и эмоциональном состоянии?

Клиентка: Я чувствую, что стала менее напряженной и более спокойной. Раньше была постоянная тревожность, а теперь как будто больше могу контролировать свои эмоции.

Психолог: Это замечательные изменения. Как вы справлялись с ситуациями, которые раньше вызывали у вас гнев?

Клиентка: Я пробовала направлять свою энергию на поиск конструктивных решений, как мы говорили. И это помогает.

Психолог: Отлично. Что еще вы замечаете?

Клиентка: Мне кажется, что у меня появилась больше уверенности в себе. Я начала понимать, что я не обязана устраивать всех вокруг и могу заботиться о себе.

Психолог: Это важный шаг. Продолжайте поддерживать этот новый образ мышления. Кроме того, у вас есть какие-то вопросы или заботы, с

которыми вы хотели бы продолжить работу?

Клиентка: Мне кажется, иногда я все еще испытываю некоторую внутреннюю напряженность. Возможно, еще есть что-то, что я могла бы улучшить.

Психолог: Поняла. Давайте рассмотрим это более детально на следующей сессии. Кроме того, если у вас возникнут трудности, помните, что вы не одни, и мы можем вместе продолжить работу. Что вы думаете о плане дальнейших действий?

Клиентка: Я согласна продолжить работу. Я чувствую, что это действительно помогает мне становиться лучше.

Психолог: Отлично. Таким образом, мы будем продолжать развивать ваши новые навыки и поддерживать вас на каждом этапе. Если у вас появятся какие-то вопросы или затруднения, не стесняйтесь мне сообщить.

Таблица 1.– Исследование общего уровня психосоматических проявлений респондентов (после оказания психологической помощи) с использованием Клинического интервью, Гиссенского опросника соматических жалоб, Анкеты диагностики психосоматических проявлений у взрослых

Имя респондента	возраст	пол	количество симптомов (Клиническое интервью, Гиссенский опросник соматических жалоб)	интенсивность проявления (Гиссенский опросник соматических жалоб, Анкета диагностики психосоматических проявлений у взрослых)	частота проявлений (Анкета диагностики психосоматических проявлений)	общий уровень проявлений ПОСЛЕ	общий уровень проявлений ДО
Клиент 1	23	ж	2	2	1	средний	высокий
Клиент 2	44	ж	2	1	2	средний	высокий
Клиент 3	40	ж	1	1	1	низкий	средний
Клиент 4	32	ж	2	1	1	средний	средний
Клиент 5	23	ж	2	1	1	средний	средний
Клиент 6	41	ж	2	1	1	средний	средний
Клиент 7	33	ж	1	1	1	низкий	средний
Клиент 8	36	ж	1	1	1	низкий	средний
Клиент 9	30	ж	1	1	1	низкий	средний
Клиент 10	31	ж	1	1	1	низкий	средний

*критерии оценки:

1 - низкий уровень

2 - средний уровень

3 - высокий уровень

Таблица 2.– Исследование общего уровня тревожности респондентов (после оказания психологической помощи)

потесту «Диагностика ситуативной и личностной тревожности» (Ч.Д. Спилбергера - Ю.Л. Ханина)

уровни психосоматических проявлений	Имя респондента	уровни тревожности												
		возраст	пол	ситуативная			личностная			перевод в баллы				
				высокий	средний	низкий	высокий	средний	низкий	ситуативная	личностная	общий уровень ПОСЛЕ	общий уровень ДО	
высокий	Клиент 1	23	ж			30		35			1	2	средний	высокий
	Клиент 2	44	ж			16				30	1	1	низкий	средний
средний	Клиент 3	40	ж			21				15	1	1	низкий	высокий
	Клиент 4	32	ж			13				32	1	1	низкий	низкий
	Клиент 5	23	ж			25				30	1	1	низкий	высокий
	Клиент 6	41	ж			23				19	1	1	низкий	средний
	Клиент 7	33	ж			13				28	1	1	низкий	средний
	Клиент 8	36	ж			22				21	1	1	низкий	средний
	Клиент 9	30	ж			12				25	1	1	низкий	низкий
	Клиент 10	31	ж			19				30	1	1	низкий	средний

*норма

ИТ (индекс тревожности) < 35 баллов = 1 Низкий уровень ситуативной и личностной тревожности

35 < ИТ < 44 баллов = 2 Умеренный уровень ситуативной и личностной тревожности

45 < ИТ < 60 баллов = 3 Высокий уровень ситуативно и личностной тревожности

Приложение Г

Таблица 3.– Исследование уровня удовлетворенности жизнью респондентов (УДЖ) (после оказания психологической

помощи) по Опроснику удовлетворенностью жизнью Н.Н. Мельниковой

Имя респондента	возраст	пол	жизненная включённость	разочарование в жизни	усталость от жизни	беспокойство о будущем)	общий уровень УДЖ
Клиент 1	23	ж	2	3	2	2	средний
Клиент 2	44	ж	2	2	3	2	средний
Клиент 3	40	ж	2	2	2	2	средний
Клиент 4	32	ж	2	2	2	2	средний
Клиент 5	23	ж	2	2	2	2	средний
Клиент 6	41	ж	2	2	2	3	средний
Клиент 7	33	ж	2	2	2	2	средний
Клиент 8	36	ж	2	2	1	1	средний
Клиент 9	30	ж	2	2	1	2	средний
Клиент 10	31	ж	2	1	2	1	средний

*критерии оценки:

3 – ниже среднего уровня (разочарование, усталость, беспокойство о будущем - высокое)

2 - средний уровень

1 – выше среднего уровня

Расчет статистического критерия

1. Рассмотрим расчет Т-критерия Вилкоксона общего уровня психосоматических проявлений у респондентов до и после эксперимента, полученного на основании проведения клинического интервью, Гиссенского опросника соматических жалоб (Somatic Complaints Questionnaire, SCQ) и «Анкеты диагностики психосоматических проявлений у взрослых».

Для подсчета этого критерия нет необходимости упорядочивать ряды значений по нарастанию признака. Первый шаг в подсчете Т-критерия – вычитание каждого индивидуального значения «до» из значения «после».

Таблица 1.– Получение абсолютного значения разности в подсчете Т-критерия Вилкоксона общего уровня психосоматических проявлений у респондентов

До измерения, $t_{до}$	После измерения, $t_{после}$	Разность ($t_{до}$ - $t_{после}$)	Абсолютное значение разности
3	1.7	-1.3	1.3
2.7	1.7	-1	1
2	1	-1	1
2	1.3	-0.7	0.7
2	1.3	-0.7	0.7
2	1.3	-0.7	0.7
2	1.3	-0.7	0.7
2	1	-1	1
2	1	-1	1
2	1	-1	1

Так как в матрице имеются связанные ранги (одинаковый ранговый номер) 1-го ряда, произведем их переформирование. Переформирование рангов производится без изменения важности ранга, то есть между

ранговыми номерами должны сохраниться соответствующие соотношения (больше, меньше или равно). Также не рекомендуется ставить ранг выше 1 и ниже значения равного количеству параметров (в данном случае $n = 10$). Переформирование рангов производится в таблице 2.

Таблица 2.–Переформирование рангов при подсчете Т-критерия Вилкоксона общего уровня психосоматических проявлений у респондентов

Номера мест в упорядоченном ряду	Расположение факторов по оценке эксперта	Новые ранги
1	0.7	2.5
2	0.7	2.5
3	0.7	2.5
4	0.7	2.5
5	1	6.5
6	1	6.5
7	1	6.5
8	1	6.5
9	1	9
10	1.3	10

Гипотезы статистические:

H₀: Показатели после проведения опыта меньше значений показателей до эксперимента.

H₁: Показатели после проведения опыта превышают значения показателей до эксперимента.

Таблица 3.– Сводная таблица ранжирования при подсчете Т-критерия

Вилкоксона общего уровня психосоматических проявлений у респондентов

До измерения, $t_{до}$	После измерения, $t_{после}$	Разность ($t_{до}-t_{после}$)	Абсолютное значение разности	Ранговый номер разности
3	1.7	-1.3	1.3	10
2.7	1.7	-1	1	9
2	1	-1	1	6.5
2	1.3	-0.7	0.7	2.5
2	1.3	-0.7	0.7	2.5
2	1.3	-0.7	0.7	2.5
2	1.3	-0.7	0.7	2.5
2	1	-1	1	6.5
2	1	-1	1	6.5
2	1	-1	1	6.5
2	1	-1	1	6.5
Сумма				55

Сумма по столбцу рангов равна $\sum=55$

Проверка правильности составления матрицы на основе исчисления контрольной суммы:

$$\sum x_{ij} = \frac{(1+n)n}{2} = \frac{(1+10)10}{2} = 55$$

Сумма по столбцу и контрольная сумма равны между собой, значит, ранжирование проведено правильно.

Теперь отметим те направления, которые являются нетипичными, в данном случае – положительными. В Таблице эти направления и соответствующие им ранги выделены цветом. Сумма рангов этих «редких» направлений составляет эмпирическое значение критерия T:

$$T = \sum R_i = 0$$

По таблице Приложения находим критические значения для T-критерия

Вилкоксона для $n=10$:

$$T_{кр}=5 (p \leq 0.01)$$

$$T_{кр}=10 (p \leq 0.05)$$

Зона значимости в данном случае простирается влево, действительно, если бы «редких», в данном случае отрицательных, направлений не было совсем, то и сумма их рангов равнялась бы нулю. В данном же случае эмпирическое значение T попадает в зону значимости: $T_{эмп} < T_{кр}(0,01)$.

Гипотеза H_0 принимается. Показатели после эксперимента не превышают значения показателей до опыта.

Следовательно, произошло значимое снижение показателя общего уровня психосоматических проявлений у респондентов после оказания психологической помощи в виде индивидуального интегративного консультирования (различия являются статистически значимыми).

2. Рассмотрим расчет T -критерия Вилкоксона общего уровня проявления тревожности у экспериментальной группы полученного на основании проведения теста на определение тревожности Спилбергера-Ханнина.

Для подсчета этого критерия нет необходимости упорядочивать ряды значений по нарастанию признака. Первый шаг в подсчете T -критерия – вычитание каждого индивидуального значения «до» из значения «после».

Таблица 4.–Получение абсолютного значения разности в подсчете T -критерия

Вилкоксона общего уровня проявления тревожности у респондентов

До измерения, $t_{до}$	После измерения, $t_{после}$	Разность ($t_{до}-t_{после}$)	Абсолютное значение разности
2.5	1.5	-1	1
2	1.5	-0.5	0.5
2.5	1	-1.5	1.5
1.5	1	-0.5	0.5
2.5	1	-1.5	1.5
2	1	-1	1
2	1	-1	1
2	1	-1	1
2	1	-1	1
1.5	1	-0.5	0.5
2	1	-1	1

Так как в матрице имеются связанные ранги (одинаковый ранговый номер) 1-го ряда, произведем их переформирование. Переформирование рангов производится без изменения важности ранга, то есть между ранговыми номерами должны сохраниться соответствующие соотношения (больше, меньше или равно). Также не рекомендуется ставить ранг выше 1 и ниже значения равного количеству параметров (в данном случае $n = 11$). Переформирование рангов производится в таблице 2

Таблица 5.– Переформирование рангов при подсчете Т-критерия Вилкоксона

общего уровня тревожности у респондентов

Номера мест в упорядоченном ряду	Расположение факторов по оценке эксперта	Новые ранги
1	0.5	2
2	0.5	2
3	0.5	2
4	1	6.5
5	1	6.5
6	1	6.5
7	1	6.5
8	1	6.5
9	1	6.5
10	1.5	10.5
11	1.5	10.5

Гипотезы статистические:

H₀: Показатели после проведения опыта меньше значений показателей до эксперимента.

H₁: Показатели после проведения опыта превышают значения показателей до эксперимента.

Таблица 6.— Сводная таблица ранжирования при подсчете T-критерия

Вилкоксона общего уровня тревожности у респондентов.

До измерения, $t_{до}$	После измерения, $t_{после}$	Разность ($t_{до}-t_{после}$)	Абсолютное значение разности	Ранговый номер разности
2.5	1.5	-1	1	6.5
2	1.5	-0.5	0.5	2
2.5	1	-1.5	1.5	10.5
1.5	1	-0.5	0.5	2
2.5	1	-1.5	1.5	10.5
2	1	-1	1	6.5
2	1	-1	1	6.5
2	1	-1	1	6.5
2	1	-1	1	6.5
1.5	1	-0.5	0.5	2
2	1	-1	1	6.5
Сумма				66

Сумма по столбцу рангов равна $\sum=66$

Проверка правильности составления матрицы на основе исчисления контрольной суммы:

$$\sum x_{ij} = \frac{(1+n)n}{2} = \frac{(1+11)11}{2} = 66$$

Сумма по столбцу и контрольная сумма равны между собой, значит, ранжирование проведено правильно.

Теперь отметим те направления, которые являются нетипичными, в данном случае – положительными. В Таблице эти направления и соответствующие им ранги выделены цветом. Сумма рангов этих «редких» направлений составляет эмпирическое значение критерия T:

$$T = \sum R_t = 0$$

По таблице Приложения находим критические значения для T-критерия

Вилкоксона для $n=11$:

$$T_{кр}=7 (p \leq 0.01)$$

$$T_{кр}=13 (p \leq 0.05)$$

Зона значимости в данном случае простирается влево, действительно, если бы «редких», в данном случае отрицательных, направлений не было совсем, то и сумма их рангов равнялась бы нулю.

В данном же случае эмпирическое значение T попадает в зону значимости:

$$T_{эмп} < T_{кр}(0,01).$$

Гипотеза H_0 принимается. Показатели после эксперимента не превышают значения показателей до опыта.

Следовательно, произошло значимое снижение показателя общего уровня тревожности у респондентов после оказания психологической помощи в виде индивидуального интегративного консультирования (различия являются статистически значимыми).

3. Рассмотрим расчет T -критерия Вилкоксона общий уровень удовлетворенности жизнью у экспериментальной группы, выявленный через «Опросник удовлетворенностью жизнью» Н.Н. Мельниковой.

Для подсчета этого критерия нет необходимости упорядочивать ряды значений по нарастанию признака. Первый шаг в подсчете T -критерия – вычитание каждого индивидуального значения «до» из значения «после».

Таблица 7.– Получение абсолютного значения разности в подсчете T -критерия

Вилкоксона общего уровня удовлетворенности жизнью у респондентов.

До измерения, $t_{до}$	После измерения, $t_{после}$	Разность ($t_{до}-t_{после}$)	Абсолютное значение разности
2	1.5	-0.5	0.5
1.75	1.25	-0.5	0.5
1.75	1.25	-0.5	0.5
2	1.75	-0.25	0.25
2	1.5	-0.5	0.5
1.75	1.5	-0.25	0.25
1.25	1	-0.25	0.25
2	1.75	-0.25	0.25
2	1.5	-0.5	0.5
2	1.75	-0.25	0.25
		0	0

Так как в матрице имеются связанные ранги (одинаковый ранговый номер) 1-го ряда, произведем их переформирование. Переформирование рангов производится без изменения важности ранга, то есть между ранговыми номерами должны сохраниться соответствующие соотношения (больше, меньше или равно). Также не рекомендуется ставить ранг выше 1 и ниже значения равного количеству параметров (в данном случае $n = 10$). Переформирование рангов производится в таблице.

Таблица 8.— Переформирование рангов при подсчете Т-критерия Вилкоксона

общего уровня удовлетворенности жизнью у респондентов

Номера мест в упорядоченном ряду	Расположение факторов по оценке эксперта	Новые ранги
1	0.25	3
2	0.25	3
3	0.25	3
4	0.25	3
5	0.25	3
6	0.5	8
7	0.5	8
8	0.5	8
9	0.5	8
10	0.5	8

Гипотезы статистические:

H₀: Показатели после проведения опыта меньше значений показателей до эксперимента.

H₁: Показатели после проведения опыта превышают значения показателей до эксперимента.

Таблица 9.– Сводная таблица ранжирования при подсчете T-критерия

Вилкоксона общего уровня удовлетворенности жизнью у респондентов

До измерения, $t_{до}$	После измерения, $t_{после}$	Разность ($t_{до}-t_{после}$)	Абсолютное значение разности	Ранговый номер разности
2	1.5	-0.5	0.5	8
1.75	1.25	-0.5	0.5	8
1.75	1.25	-0.5	0.5	8
2	1.75	-0.25	0.25	3
2	1.5	-0.5	0.5	8
1.75	1.5	-0.25	0.25	3
1.25	1	-0.25	0.25	3
2	1.75	-0.25	0.25	3
2	1.5	-0.5	0.5	8
2	1.75	-0.25	0.25	3
Сумма				55

Сумма по столбцу рангов равна $\sum=55$

Проверка правильности составления матрицы на основе исчисления контрольной суммы:

$$\sum x_{ij} = \frac{(1+n)n}{2} = \frac{(1+10)10}{2} = 55$$

Сумма по столбцу и контрольная сумма равны между собой, значит, ранжирование проведено правильно.

Теперь отметим те направления, которые являются нетипичными, в данном случае – положительными. В Таблице эти направления и соответствующие им ранги выделены цветом. Сумма рангов этих «редких» направлений составляет эмпирическое значение критерия T:

$$T = \sum R_t = 0$$

По таблице Приложения находим критические значения для T-критерия Вилкоксона для $n=10$:

$T_{кр}=5 (p \leq 0.01)$

$T_{кр}=10 (p \leq 0.05)$

Зона значимости в данном случае простирается влево, действительно, если бы «редких», в данном случае отрицательных, направлений не было совсем, то и сумма их рангов равнялась бы нулю.

В данном же случае эмпирическое значение T попадает в зону значимости:
 $T_{эмп} < T_{кр}(0,01)$.

Гипотеза H_0 принимается. Показатели после эксперимента не превышают значения показателей до опыта.

Следовательно, произошло значимое снижение показателя общего уровня удовлетворенности жизнью у респондентов после оказания психологической помощи в виде индивидуального интегративного консультирования (различия являются статистически значимыми).

Решения всех расчетов было получено и оформлено с помощью сервиса: [Т-критерий Вилкоксона онлайн \(semestr.ru\)](http://semestr.ru)

