

МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ
ЛЬВІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ВНУТРІШНІХ СПРАВ

Інститут управління, психології та безпеки

Кафедра практичної психології

**ОСОБЛИВОСТІ ПОЧУТТЯ НЕПОВНОЦІННОСТІ У СТРУКТУРІ ОСІБ
ІЗ ДЕПРЕСИВНИМИ ТА ПСИХОСОМАТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ**

кваліфікаційна робота

здобувача вищої освіти

освітнього ступеня «магістр»

Андрія МУДРАКА

2 курсу денної форми навчання

спеціальність 053 «Психологія»

ОПП «Психологія»

Науковий керівник

доктор психологічних наук, доцент

Галина КАТОЛИК

Рецензент:

кандидат психологічних наук, доцент

Ольга УГРИН

Кваліфікаційна робота допущена до захисту

« 15 » грудня 2022 р., протокол № 6

В. о. завідувача кафедри практичної психології

доктор психологічних наук, доцент

_____ **Євген КАРПЕНКО**

Львів

2022

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. ПОЧУТТЯ НЕПОВНОЦІННОСТІ У ПСИХОАНАЛІТИЧНИХ ТЕОРІЯХ	6
1.1. Погляди на почуття неповноцінності у класичному психоаналізі	6
1.2. Погляд на почуття неповноцінності та самотності у неопсихоаналізі	9
ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ 1	12
РОЗДІЛ 2. ПСИХОСОМАТИЧНІ РОЗЛАДИ У СТРУКТУРІ ОСІБ ІЗ ПОЧУТТЯМ НЕПОВНОЦІННОСТІ.....	13
2.1. Загальне бачення впливу психосоматики на почуття неповноцінності.....	13
2.2. Психоаналітичні погляди на психосоматичні розлади.....	14
2.3. Інтегративні наукові моделі почуття неповноцінності та психосоматичних розладів ...	16
2.4. Психосоматика харчової поведінки як компенсація почуття неповноцінності	19
ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ 2	20
РОЗДІЛ 3. СТРУКТУРА ДЕПРЕСИВНОГО СИНДРОМУ І КЛАСИФІКАЦІЯ ДЕПРЕСІЇ.....	23
3.1. Депресивний епізод та критерії депресивних епізодів	23
3.2. Суїцид в контексті депресивного синдрому.....	25
3.3. Вплив реакції депривації на виникнення депресивного синдрому	31
ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ 3	33
РОЗДІЛ 4. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПОЧУТТЯ НЕПОВНОЦІННОСТІ У СТРУКТУРІ ОСІБ ІЗ ПСИХОСОМАТИЧНИМИ ТА ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ.....	35
4.1. Методики психодіагностичного дослідження.....	36
4.2. Вправи та методики, які були використані на психокорекційних заняттях в групі пацієнтів з комплексом неповноцінності та депресивними та психосоматичними розладами.	44
ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ 4	65
ЗАГАЛЬНИЙ ВИСНОВОК	67
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖДЕРЕЛ.....	69
ДОДАТКИ.....	72

АНОТАЦІЯ

МУДРАК Андрій Петрович. Особливості почуття неповноцінності у структурі осіб із психосоматичними та депресивними розладами.

У роботі з'ясовано що почуття неповноцінності у структурі осіб із психосоматичними та депресивними розладами одна із найактуальніших міждисциплінарних проблем психологічного аспекту. Окреслено почуття неповноцінності, рівень почуття самотності у людей із психосоматичними та депресивними розладами, окреслено дефініцію почуття неповноцінності різними авторами: З. Фройд, А. Адлер, К. Г. Юнг, Е. Еріксон, Х. Дойч, Ф. Александер, О. Мітчерліх. Розкрито особливості почуття неповноцінності у структурі осіб із психосоматичними та депресивними розладами. Емпірично досліджено що підліткам та юнакам віком від 15 до 18 років складно справлятися із емоційним станом, почуттям неповноцінності та самотності у воєнний період.

Ключові слова: почуття неповноцінності, депресивний розлад, психосоматичний розлад, війна, психологічний феномен, самотність.

Рецензент: канд.психол.н., доцент Ольга УГРИН

ANNOTATION

MUDRAK Andrii Petrovych. Features of the feeling of inferiority in the structure of persons with psychosomatic and depressive disorders. In the work it is found out that the feeling of inferiority in the structure of persons with psychosomatic and depressive disorders is one of the most urgent interdisciplinary problems of the psychological aspect. The article outlines the feeling of inferiority, the level of loneliness in people with psychosomatic and depressive disorders, the definition of inferiority by different authors: S. Freud, A. Adler, C. G. Jung, E. Erikson, H. Deutsch, F. Alexander, O. Mitcherlich. The features of the feeling of inferiority in the structure of persons with psychosomatic and depressive disorders are revealed. It is empirically investigated that it is difficult for adolescents and young men aged 15 to 18 years to cope with the emotional state, feelings of inferiority and loneliness during the war period.

Keywords: feeling of inferiority, depressive disorder, psychosomatic disorder, war, psychological phenomenon, loneliness.

Reviewer: Candidate of Psychological Sciences, Associate Professor Olga UGRYN

ВСТУП

Актуальність. Почуття неповноцінності і депресивні та психосоматичні розлади особи – невичерпне джерело проблем суспільства, особливо це стосується часу війни, де загострюються усі соматичні та психічні дефіцити. Почуття неповноцінності у наш час набуває «пандемічного» поширення, разом з тим, часто проявляється депресивними та психосоматичними розладами. Цьому сприяє залежність від Інтернету та гаджетів, де особи черпають шкідливі для них інформацію про особистісні дефіцити. І оскільки цифрові технології набули в наш час незнаного раніше поширення, людина яка немає професійних знань у галузі медицини і психології, вибираючи професійну інформацію дотичною до їхньої соматичної та особистісної проблем – посилює свій патологічний стан. Таким чином наукове дослідження теми почуття неповноцінності у структурі осіб із депресивними та психосоматичними розладами є вкрай актуальним. Адже визнати проблему – перший крок до її вирішення. Важливо показати, що у сучасному технологічному світі вкрай важливою є цифрова гігієна та інформування населення про те, як зловживання цифровими технологіями впливають на стан їхнього здоров'я та хвороби.

Мета – теоретично та емпірично дослідити почуття неповноцінності, та зв'язок з психосоматичними та депресивними розладами. Створити психокорекційну програму допомоги особам з почуттям неповноцінності та депресивними і психосоматичними розладами.

Завдання –

- 1) здійснити теоретичний аналіз особливостей почуття неповноцінності у структурі осіб із депресивними та психосоматичними розладами
- 2) охарактеризувати фактори формування та наслідки почуття неповноцінності у структурі осіб із депресивними та психосоматичними розладами.

3) емпірично дослідити почуття неповноцінності у структурі осіб із депресивними та психосоматичними розладами.

4) розробити психокорекційну програму допомоги особам з почуттям неповноцінності та депресивними і психосоматичними розладами.

5) Узагальнити висновки.

Об'єкт дослідження – почуття неповноцінності.

Предмет дослідження – особливості почуття неповноцінності в структурі осіб з психосоматичними та депресивними розладами.

Методи дослідження: теоретичний та емпіричний аналіз, наукових джерел з проблеми почуття неповноцінності та депресивних і психосоматичні розладів, індукція, дедукція; емпіричний метод опитування; метод математичної статистики.

База дослідження - КНП ЛОР «Львівський обласний клінічний психоневрологічний диспансер» №2. Були юнаки віком від 15 – 20 років.

Наукова новизна дослідження полягає у розширенні уявлення про особливості почуття неповноцінності у осіб з депресивними і психосоматичними розладами.

Практична новизна дослідження: результати дослідження можуть бути використані при допомозі пацієнтам з депресивними та психосоматичними розладами, які страждають на почуття неповноцінності, а також при викладанні дисциплін «Клінічна психологія», «Психосоматика», «Патопсихологія».

Структура роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, із 4 розділів та висновків до них, загальних висновків, списку використаних джерел (37 найменувань) з них 20 англomовних, 1 німецькомовне та додатків.

РОЗДІЛ 1. ПОЧУТТЯ НЕПОВНОЦІННОСТІ У ПСИХОАНАЛІТИЧНИХ ТЕОРІЯХ

1.1 Погляди на почуття неповноцінності у класичному психоаналізі

Про можливість асимілювати травматичний досвід, та те що людина пережила після, можна зрозуміти як психоемоційна гнучкість. Таку психоемоційну властивість людина набуває впродовж онтогенезу, чим інтенсивніше травма тим більше ресурсу психіка та організм затрачають на її подолання, так формується психоемоційний «фільтр». У З. Фрейда – це зріла особистість якій вдається сублімувати та асимілювати [2, ст. 43-47]; у К. Г. Юнга – це «самість», тобто структура, яка є аналогом зрілої особистості. К. Г. Юнг доводив, що сон та фантазії є справжньою рушійною силою до становлення самості людини, її психічного здоров'я. У А. Адлера – це цілісність, уміння асимілювати травму втрати між такими силами як неповноцінність та досконалість, аналогічно фрейдівському Танатос та Ерос.

Так А. Адлеру вдалося більш ніж переконливо проводити просвіту у сфері почуття неповноцінності аніж З. Фрейду, можливу в силу захоплення З. Фрейда давніми мовами, та бажання залишити місце для уяви читача та дослідника. Напротивагу А. Адлер – надавав перевагу прямій мові та конфронтації читача та дослідника з почуттям неповноцінності [1, ст. 17-19].

А. Адлер думав, що почуття неповноцінності починається ще з дитинства. Цитуючи А. Адлера – дитина перебуває в залежності тривалий період від батьків в силу безпорадності в боротьбі за власне життя [1. ст. 23-25]. В дитини виникає почуття неповноцінності стосовно інших людей в сім'ї. Почуття неповноцінності у ранньому періоді, викликає бажання боротьби та переваги над іншими, також прагнення бути ідеальним. Зі слів А. Адлера, потяг до переваги є основа мотиваційної сили в житті людини.

Отож, якщо згідно ідеї А. Адлера: практично все, що роблять люди, - є заради подолання відчуття неповноцінності, та реалізації власної цілісності. Однак розвиток та загострення відчуття неповноцінності призводить до комплексу неповноцінності, у якому людина відчувається надмірно слабкою та неповноцінною. Її турбує глибинне почуття неповноцінності, в силу думок про безвихідь ситуації, про власну слабкість та невирішеність ситуації через її велич із якою людина не в змозі впоратися. Так в силу батьківської некомпетентності у власних переживаннях, батьки зневажають дітьми, внаслідок у дітей розвивається почуття неповноцінності через думки про власну небажаність.

Однак, не дивлячись на обставини, які відіграють роль підґрунтя до появи почуття неповноцінності, у особи відповідь на афект може надбудуватися гіперкомпенсація, таким способом, розвивається те, що А. Адлер нарік «комплексом переваги». Комплекс переваги – тенденція до збільшення могутності власної особи, надавання їй перебільшених оцінок для долання постійного відчуття неповноцінності. Цей комплекс виражається в тенденції возвеличувати власні фізичні, інтелектуальні чи соціальні здібності.

А. Адлер дійшов до думки, що дитинство у нас відчувається як неповноцінне, або в уяві, або в реальності, і це спонукає нас, будь яким способом компенсуватися. Приклад : дитина із проблемою координації може зосереджувати свої компенсаторні мотиви на вироблення фізично-гімнастичних якостей. Її поведінка направлена на усвідомлення своїх фізичних обмежень, стає сенсом її життя – комплексом поведінки, яка спрямована на боротьбу із неповноцінністю.

Отже, за А. Адлером, сенс життя який базується на наших зусиллях, які спрямовані на боротьбу із почуттям неповноцінності і, завдяки якому, зміцнюється почуттям переваги [1, ст. 85-87].

У З. Фрейда почуття неповноцінності базується через призму «страху кастрації» у хлопчиків, та «переживання кастрації» у дівчаток [4, ст. 107-112].

З. Фройд розгледів, що біологічний вплив на соціалізацію у жінок та чоловіків асимілюється (набувають нового сенсу) [7, ст. 104]. Що показує «нормалізоване» або перверсивне ставлення до ситуацій.

Так впродовж років З. Фройд змінював думку відносно наукових течій та нових культурних формувань (приклад Дори), у своїй праці та наукових дослідженнях, мета яких була: знаходження єдиної теорії несвідомого. Задля цього довелось сперечатися із колегами та навіть пацієнтами, та неодноразово змінювати підхід, через що він отримував масу негативної аналітики від колег.

Адлерівська неповноцінність має дещо іншу природу енергії. Адлерівська несвідома частина психічного людини, як пояснював А. Адлер, це «індивідуальність», від слова «неподільний», що означало у А. Адлера – певну цілісність із народження [1, ст. 65-67]. З народження, як пояснює автор індивідуальної психотерапії, людина не розуміє що із нею відбувається, поки тіло дитини всілякими рухами асимілює подразники, заодно тіло «записує» реакції, та фіксує «цілісність» тіла, його нормальний стан.

У силу вищеперерахованих функцій тіла та психіки на початку життя людини, за А. Адлером – людина є «цілісною» до 3 років (Я концепція). Я 3-ох річної дитини має два базові шляхи розвитку: шлях негативного розвитку – неповноцінність, яка була розвинута в силу, або неналежного виконання батьками психоемоційного розвитку дитини, або в силу фізичних вад (недієздатні органи або частини тіла) або фізичних змін (операції). Так під тиском переживань величі власного Его та соціуму за А. Адлером формується глибинне почуття неповноцінності, та поява уявлення про власну неспроможність. Підсумок думки на базі вище перерахованого досвіду, в силу індивідуальності психіки людини, - для А. Адлера «хвороба» в розумінні З. Фройда – це неспроможність соціального контакту, «грубо говорячи», неспроможність доказати власну перевагу, власну цінність у соціумі.

Інший шлях, беручи до уваги вище перераховане, - це соціальний контакт із соціальними іграми, які мають на меті підтвердження власної цінності, або підкреслення власних сильних сторін (у чому я кращий (а)), та потяг до влади (керувати думками оточуючих).

Отож, якщо у відчутті знецінення за З. Фройдом йдеться про переживання знецінення зі сторони батьків (як і у історичному випадку А. Адлера (див.вище)) маєдва керунки: у хлопчиків реалізація переживання почуття неповноцінності відбувається за рахунок страху кастрації – страху втрати цінного органу [4, ст. 34], та формування внутрішньої безпеки і довіри до світу. Інший процес відбувається у дівчаток: реалізація переживання неповноцінності через переживання минулого досвіду «втрати» цінного органу [9, ст.103], пізніше формування «нової» цілісності та довіри і безпеки до світу.

1.2. Погляд на почуття неповноцінності та самотності у неопсихоаналізі

Американський неофрейдист Е. Еріксон вважав, що дитина проходить вікові кризи ще з народження:

До 1 року – формується почуття безпеки та довіри, базові структури від яких залежить наступні, вищі структури. – Е. Еріксон вважає, що безпека та довіра формується під час годування грудьми, себто важливою є сама динаміка, яка відбувається під час годування немовляти:

Якщо дитина покусує сосок матері, та матір в той час не віднімає дитину і терпить біль, дитині, вважав Е. Еріксон, складно переживати амбівалентність почуттів під час розвитку, дитина більш вразлива до зовнішнього спротиву оточуючих, через що розвивається почуття неповноцінності [10, ст. 216-224].

В іншій стороні розвитку виглядає, що та мама яка віднімає від грудей, цим створює стресову ситуацію, яку психоаналіз називає – «погані груди» [5, ст. 45],

які в свою силу допомагають в майбутньому пережити амбівалентність почуттів до близької людини та сформуванню цінності себе та оточуючих [10, ст. 103].

Від 1 до 3 років – формується ставлення до власних сил та страху, розвиток тривожності сорому. – Е. Еріксон вважає, що цей період як і минулий є базовим до формування майбутніх етапів. В цьому періоді відчуття базової безпеки, або безпечне середовище, де дитині та її життю нічого не загрожує, формується, з одного боку – почуття страху, якщо йдеться про процес наслідування батьків або навчання через процес спроб і помилок; з іншого боку тривожність і негативний сором, якщо батьки надмірно принижують та сварять дитину. Якщо в процесі розвитку до 3 років дитині не вдається справлятися із тривожністю – це є причиною в майбутньому розвитку психосоматичних розладів та є впливом на формування почуття неповноцінності через відсутність внутрішньої цілісності [11, ст. 28].

Від 3 до 6 років – формується ініціативність та впевненість, ігровий вік, вік школи. Отож три попередні періоди за Еріксоном це базис для майбутніх етапів ставлення дитини до себе та середовища. Проте Е. Еріксон наголосив, що не варто недооцінювати цей вік. Е. Еріксон пояснює, що до 6-ти років психіка дитини є «гнучкою», - все що переживає дитина, все це вона обов'язково здатна пережити через ігрову діяльність, завдяки благополучному середовищу [10, ст. 35]. Завдяки власне тому, що психоаналіз називає «перехідний об'єкт» [3, ст. 56], завдяки якому дитина має змогу «відіграти» внутрішній стан почуття неповноцінності.

Від 6 до 11 років – формується компетентність та відчуття переваги у соціумі однолітків. Цей вік насправді, як у психоаналізі З. Фрейда та і у Е. Еріксона, є переломним як у абстрактній так і у фантазійній сфері психічного людини. Його ще називають латентний, саме в цей період Над-Я та Воно найбільш інтенсивно конфронтуючі у житті дитини, разом «формують» вторинні статеві органи та збільшується інтенсивність біохімічних реакцій в тілі. Діти

цього віку пригадують попередню вікову динаміку, а сила почуття неповноцінності в цей період стає ключовою у майбутньому розвитку та протікання депресивної підліткової кризи, через призму розвитку почуття сорому та провини, надаючи більш свідому тепер перевагу Над-Я або Воно у стосунку із оточуючими. Діти розвивають власний характер та у них формується внутрішня цілісність та почуття самотності [10, ст. 44].

Від 12 до 21 років – формування змішання ролей, постає питання «хто Я», «чого хочу?». Вік найбільш привабливий для депресивних станів та розладів, також соціальної дезадаптації через почуття неповноцінності. Найбільш чутливий етап для сепараційного моменту, під час та після якого формується більш або менш зріла самість. Самість у понятті З. Фрейда, це здатність психіки людини, зовнішні об'єкти потягів лібідо та мортідо асимілювати завдяки внутрішній «гармонії» між Над-Я на Воно, в силу встановлення через досвід певних внутрішніх переконань.

У свою чергу К. Г. Юнг, вважається засновником поняття «самість». В формулюванні самості К. Г. Юнг описує базовий підхід З. Фрейда, проте додає що «самість» та цілісність людини набувається завдяки почуттю «цінування» власного досвіду, власної екстраординарності, себто почуттю власної неповторності та похідним від попереднього власної переваги [10, ст. 55].

Від 21 до 25 років – формування довірливих інтимних стосунків, та цінність стосунку. Початок переживання динаміки прямо та обернено пропорційного структурі самості та самотності людини. Власне тепер відсутня минула явна зона безпеки, в силу сепарації, символічної або фізичної, та протиставлення або підкорення людини природі та природу людині. Ключову роль тут відіграє самотність та почуття неповноцінності [10, ст. 72].

ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ 1

У розділі узагальнено, що багатьом психоаналітикам раннього чи пізнього психоаналізу доводилося черпати свої уявлення із стародавніх історій, сценічних постанов, пісень та взагалі поведінки і способу життя доісторичних людей.

Згідно ідеї А. Адлера: практично все що роблять люди, - є заради подолання відчуття неповноцінності, та реалізації власної цілісності. А. Адлер спробував описати одну базову структуру – почуття неповноцінності зі сторони «Я», яке завжди існує під тиском «Над-Я» та «Воно». Для А. Адлера «хвороба» в розумінні З. Фрейда – це неспроможність соціального контакту, «грубо говорячи» неспроможність доказати власну перевагу, власну цінність у соціумі.

З. Фрейд вдалося підняти у очах читачів та дослідників місце «Над-Я», зі всім супроводом психологічних захистів та важливістю його у соціумі для подолання почуття неповноцінності.

К.Г. Юнг, у свою чергу, допоміг із розумінням «Воно», базової сторони людини та її ролі у почутті неповноцінності.

К. Г. Юнг, вважається засновником поняття «самість». В формулюванні самості К. Г. Юнг описує базовий підхід З. Фрейда, проте додає що «самість» та цілісність людини набувається завдяки почуттю «цінування» власного досвіду, власної екстраординарності, себто почуттю власної неповторності та похідним від попереднього власної переваги.

Е. Екірсону вдалося наділити психоаналіз віковою структурою, та сформуванню власну теорію, яка доповнює психоаналіз та є одночасно новим методом, який допомагає у розумінні почуття неповноцінності у контексті ще одних особистісних утворень.

РОЗДІЛ 2. ПСИХОСОМАТИЧНІ РОЗЛАДИ У СТРУКТУРІ ОСІБ ІЗ ПОЧУТТЯМ НЕПОВНОЦІННОСТІ

2.1. Загальне бачення впливу психосоматики на почуття неповноцінності

Клінічна практика показує, що психосоматичні розлади не мають чіткої групи розладів як за проявами, так і за етіологією, що чітко пояснюється поліморфізмом мислення, а також тим, що воно досліджує різні психосоматичні розлади, сформовані для фантазії кожного дослідника. Важко надати хоча б якісь чіткі критерії, які дозволили б нам відрізнити фізіологічні симптоми, що входять у нормальний діапазон відповідей, від функціональних психогенних розладів. , тобто думки і почуття є показниками здоров'я, і, навпаки, сила фізичної слабкості є основною причиною комплексу неповноцінності. [14, ст. 25].

Відповідно до сучасного психолого-медичного уявлення про структуру формування душі і тіла сформульовано такі основні аспекти формування душі і тіла:

- психічні розлади, що реалізуються у фізичній сфері;
- психічні розлади, викликані соматичними патологіями;

Фізичні вади, спричинені психопатологією, психогенними факторами або аномальною деформацією особистості. [14, ст. 37].

Теорії та моделі психосоматики.

Існує безліч теорій та моделей того, як виникають психосоматичні розлади та як вони класифікуються. У давнину лікарі та науковці Гіппократ і Гален описували людей з різними типами темпераменту - оптимістичними, запальними, меланхолійними, холоднокровними [14, ст. 41].

Класичні психосоматичні роботи з темпераменту належать також американському лікарю Фландерсу Данбару. У сучасній медицині використання цього підходу набуло великого значення щодо деяких типологій «особистісного ризику». Так званий тип поведінки А – це специфічна риса, сукупність рис, що

виявляються у поведінці, спілкуванні та агресивній поведінці. Кардіологи Фрідман і Розенман спостерігали велику кількість хворих на ішемічну хворобу серця і дійшли висновку, що цілі категорії цих хворих мають подібні характеристики: єдиний поведінковий профіль, який він назвав «подібністю поведінкового типу А» і припустив, що це симптомокомплекс поведінки. [14, ст. 44].

Для нього характерні суперництво, прагнення до високої результативності, агресивність, нетерплячість, нетерпіння, ворожість, працьовитість, напруження м'язів обличчя, тривожність, відповідальність, сила.

2.2. Психоаналітичні погляди на психосоматичні розлади

Наукову основу подальшого розвитку психосоматичних досліджень заклав З. Фройд. З. Фройд створив конверсійну модель, де витіснені емоції викликають конверсійні симптоми. Витіснені із свідомості агресивні та соціально неприйнятні інстинкти, такі як статеві інстинкти, прориваються і набувають якоїсь символічної форми.

До теорій цього напрямку також належать: теорія розвтілення та реінкарнації Шура, модель майбутньої відмови від віри Енгеля та Шмале, які продовжили розвиток існуючих моделей – значення духовного чинника, поява фізичних симптомів. Вони визнали генетичну схильність до цього захворювання, і навіть символічну обумовленість локалізації розлади. Наприклад, екзема та інші шкірні захворювання можуть символічно асоціюватися з порушенням контакту, насамперед із матір'ю, на першому році життя. Психосоматичні розлади переважно пов'язані з порушеннями імунної системи. Аутоімунні механізми відіграють особливо важливу роль при астмі, коліті, хворобі Крона та раку. Енгель і Шмар'єр пов'язують ослаблення імунного захисту із психологічним неприйняттям майбутнього, втратою віри та оптимізмом. Концепція А. Мічерліха

про двоступінчастий захист або двоетапну заміну. Там він показав розвиток психотілесних процесів у наступній послідовності [31, ст. 80].:

1. По-перше, людина намагається впоратися з конфліктом ментальними засобами лише на психосоціальному рівні.

1) Людина з досить зрілою особистістю може використовувати нормальні засоби соціальної взаємодії, наприклад, обговорення актуальних проблем та конфліктів, або використовувати нормальні захисні механізми (рух, регресія, формування реакції, ізоляція тощо), «діючи як ні в чому не бувало». «події», заперечення і залишення, проекція, інтроспекція, поворот до себе спиною, звернення проти себе, сублімація або усунення інстинктивних цілей і т. д. [31, ст. 91].

2) Невротичні захисні механізми, такі як невротична депресія, нав'язливі ідеї та поведінка, страхи та фобії, активуються, коли використання здорових захисних механізмів недостатньо. [31, ст. 95].

3) Бувають ситуації, коли захисні механізми включають поведінку індивідів загалом. У таких випадках говорять про невротичний розвиток особистості або невроз особистості [31, ст. 99].

2. По-друге. Якщо з якихось причин впоратися з конфліктами, що загрожують власному існуванню, суто психічними засобами неможливо, підключається інший захист - соматизація, яка згодом трансформується в той чи інший орган, що може призвести до структурних змін до органу. Наприклад, виразкова хвороба шлунка, хвороба Крона, неспецифічний виразковий коліт та ін [31, ст. 101].

3. По-третє, сучасні психоаналітики вважають третім рівнем захисту формування психотичної симптоматики [30, ст.87].

Теорія деяких психодинамічних конфліктів Ф. Александер. Олександр вважається основоположником сучасної психосоматичної медицини. В основі згаданих вище психосоматичних теорій лежали диференційовані психологічні

конструкції, в яких тіло трактувалося виключно на психологічному рівні, конверсія, регресія, ретелізація тощо [30, ст. 96].

Ф. Александер вперше висунув теорію про те, що симптоми вегетативного неврозу являють собою не спроби вираження витіснених емоцій, а скоріше фізіологічний супровід специфічних емоційних станів. Йдеться про дисавтономію, коли емоційна напруга завжди фізіологічно супроводжується ненаправленою поведінкою. [30, ст. 106].

2.3. Інтегративні наукові моделі почуття неповноцінності та психосоматичних розладів

Класифікація До. Ясперса вказувала такі групи «психопатичних аспектів» [32, ст. 48]:

1. Соматосенсорні відчуття, які існують і можуть виникати у людини. Вони зрозумілі та погано зрозумілі. Дослідник описує відчуття, які він розуміє як патологічні: симптоми істерії, галюцинації та псевдогалюцинації, болі без органічної основи. У разі яшми вони спотворені через те, що в них проявляються тілесні процеси, що супроводжуються сильним спотворенням і не мають фізичної основи. Це також може бути результатом уяви та фантазій. Однак К. Ясперс залишив питання про те, наскільки самопочуття індивіда вільне від уяви та фантазії, а також заперечував можливість того, що відчуття відбивають фізіологічні процеси [32, ст. 49].

2. Прямо чи постійно пов'язані з фізичними явищами психічну діяльність чи емоційний вираз [32, ст. 50].

3. Інвалідність, яка безпосередньо залежить від розумової діяльності. Розрізняють такі види:

- судоми та непритомність внаслідок психічного збудження, психогенні судоми;

- Порушення фізіологічних процесів у роботі серцево-судинної системи, у вісцеральних процесах, таких як деформація мови, слуху та псевдоневрологічні симптоми, такі як тремор, заїкання. Пацієнти зазвичай вважають, що це дефекти викликані біологічними чинниками. Як вказував К. Ясперс, «невроз ранить душу, і душа вибирає той чи інший орган для прийняття втрати ззовні» [32, ст. 54].

Соматичні розлади, індивідуальні реакції психіки, К. Ясперс натякають на те, що психіка сприяє ослабленню внутрішніх органів - у складних закономірностях, таких як статева дисфункція, різке схуднення або навпаки. психосоматичних розладів, запропонована К. Ясперсом, стала основою інших спроб і методів пояснення класифікації психоемоційних станів. Таким чином, дослідники виявляють фізіологічні симптоми відомих нині афективних та функціональних порушень та/або вісцеральних неврозів, які зазвичай протилежні істеричним дефіцитам [32, ст. 55].

Концепція розуму тіла в сучасній медицині.

Невротичні патології, що зачіпають ділянки тіла та не піддаються медичному поясненню, включають трансформацію, соматизацію та морфологічно негативні порушення, що потребують надмірної медичної допомоги.

1. Дисоціативний чи конверсійний розлад. Патологічне сенсорне оніміння тіла, гіперестезія окремих ділянок шкіри, а також функціональний дефіцит у ділянці довільної іннервації зі зміною координації та рухів, психогенна афонія, паралічі, паралічі та ін [13, ст. двадцять три]. Характеризується перебільшеною помітністю, вираженістю клінічних явищ. Симптоми зазвичай пов'язані з короткочасним стресом протягом 3-4 місяців, але реакції часто повторюються.

2. Соматизаційний розлад, при якому поліморфно змінюються патологічні тілесні відчуття (синдром множинної скарги): душевний біль (психогенні фантомні болі в кінцівках внаслідок страху та ін.), психогенний кашель та ін.

Симптоматика (реактивний механізм нестійкості), а її стійкість трохи більше 5-6 міс.

3. Соматоформні розлади або хронічні соматоформні болючі дефекти. У повній психопатологічній формі розлад представлений синдромом гальмівної іпохондрії, при якому обмежене розуміння пацієнтом топографії болю та болючого супроводу поширюється на окремі розумові процеси та поведінку і може залишити фобію. Іпохондричний характер та вегетативні симптоми та комплекси додатково ускладнюються зоровими та тактильними галюцинаціями. Симптоми виникають спонтанно, меншою мірою залежать від соматичних або психогенних впливів і тривають від 6 місяців до декількох років.

4. Синдром хронічної втоми має стійкий характер, відпочинок не усуває астенію. Синдром супроводжується слабкістю, крайньою стомлюваністю, занепадом сил, дратівливістю, безсонням або гіперсомнією, погіршенням пам'яті та уваги. У цей час посилюються такі симптоми, як біль у суглобах та м'язах, запаморочення, біль голови, підвищена температура тіла. При коморбідних розладах реалізується дефіцит тривоги, соматизація, депресія. [13, ст. 25-36].

Сомато-психічна концепція у сучасній медицині.

Невротичні патології, що зачіпають ділянки тіла та не піддаються медичному поясненню, включають трансформацію, соматизацію та морфологічно негативні порушення, що потребують надмірної медичної допомоги.

1. Дисоціативний чи конверсійний розлад. Патологічне сенсорне оніміння тіла, гіперестезія окремих ділянок шкіри, а також функціональний дефіцит у ділянці довільної іннервації зі зміною координації та рухів, психогенна афонія, паралічі, паралічі та ін [13, ст. двадцять три]. Характеризується перебільшеною помітністю, вираженістю клінічних явищ. Симптоми зазвичай пов'язані з

короткочасним стресом протягом 3-4 місяців, але реакції часто повторюються.

2. Соматизаційний розлад, при якому поліморфно змінюються патологічні тілесні відчуття (синдром множинної скарги): душевний біль (психогенні фантомні болі в кінцівках внаслідок страху та ін.), психогенний кашель та ін. Симптоматика (реактивний механізм нестійкості), а її стійкість трохи більше 5-6 міс.

3. Соматоформні розлади або хронічні соматоформні болючі дефекти. У повній психопатологічній формі розлад представлений синдромом гальмівної іпохондрії, при якому обмежене розуміння пацієнтом топографії болю та болючого супроводу поширюється на окремі розумові процеси та поведінку і може залишити фобію. Іпохондричний характер та вегетативні симптоми та комплекси додатково ускладнюються зоровими та тактильними галюцинаціями. Симптоми виникають спонтанно, меншою мірою залежать від соматичних або психогенних впливів і тривають від 6 місяців до декількох років.

4. Синдром хронічної втоми має стійкий характер, відпочинок не усуває астенію. Синдром супроводжується слабкістю, крайньою стомлюваністю, занепадом сил, дратівливістю, безсонням або гіперсомнією, погіршенням пам'яті та уваги. У цей час посилюються такі симптоми, як біль у суглобах та м'язах, запаморочення, біль голови, підвищена температура тіла. При коморбідних розладах реалізується дефіцит тривоги, соматизація, депресія. [13, ст. 25-36].

2.4. Психосоматика харчової поведінки як компенсація почуття неповноцінності

Стилі харчування відображають емоційні потреби, душевний стан людини та комплекс неповноцінності. На початку нашого онтогенезу їжа є основною

життєвою функцією. Вгамування голоду створює відчуття безпеки та благополуччя. Під час голодування діти відчувають фізичний та психічний дискомфорт. Немовлята можуть почуватися коханими, торкаючись теплою і ніжною тілом своєї матері під час грудного вигодовування. Як писав Е. Еріксон [10, ст. один два три]. Смоктання пальця схоже на спробу дитини повторити цей кумедний досвід.

Ще більш визначальним, ніж спосіб вигодовування, є ставлення матері до дитини. Про це вказував ще З. Фройд. Якщо мати не відноситься до дитини з любов'ю або подумки не присутня поряд з дитиною під час грудного вигодовування, це може вплинути на розвиток у дитини агресії по відношенню до матері. Діти часто не можуть відповісти або подолати ці агресивні спонукання і можуть лише відштовхнути їх. Формується хворе відчуття взаємності. Суперечливі та суперечливі емоції викликають різні вегетативні реакції. З одного боку, тіло готове до вживання. Коли дитина неусвідомлено відкидає матір, це призводить до негативних нервових реакцій, судом та блювання. Це може бути першим психосоматичним симптомом пізнішого невротичного розвитку.

Клінічні порушення сприйняття власного тіла супроводжуються яскраво вираженою депресивною симптоматикою чи соціальними фобіями. З огляду на клінічних порушень сприйняття власного тіла розвиваються важкі психосоматичні розлади, такі як булімія, нервова анорексія, ожиріння, орторексія [13, ст. 54].

Почуття щастя зі своїм тілом багато в чому залежить від стабільної впевненості у собі. Впевнена в собі, оптимістична і впевнена в собі людина не стає жертвою реклами чи стандартного образу, продиктованого усталеними в суспільстві нормами та приписами, люди знають, що їхнє внутрішнє щастя залежить не тільки від зовнішнього вигляду.

ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ 2

У цьому розділі ми обговорили вплив психосоматичних розладів на комплекси неповноцінності, і за допомогою теоретичного аналізу нам вдалося встановити зв'язок між психосоматичними розладами, пов'язаними з комплексами неповноцінності та комплексами неповноцінності як причиною психосоматичних розладів.

Також завдяки теоретичному аналізу джерел стали очевидні закономірності потреби у розвитку людей із психосоматичними розладами протягом усього психотерапевтичного процесу. Ця тенденція спостерігається завдяки великій кількості повоєнної літератури.

Іншими словами, можна сказати, що під час загрози смерті, такої як втрата органів, і переживання смерті відбувається сильний вплив на структуру особистості, особливо на розум і тіло людини.

Ф. Александер вперше висунув теорію про те, що симптоми вегетативного неврозу являють собою не спроби вираження витіснених емоцій, а скоріше фізіологічний супровід специфічних емоційних станів. Йдеться про дисавтономію, коли емоційна напруга завжди фізіологічно супроводжується ненаправленою поведінкою.

Далі К. Ясперс залишає питання у тому, як почуття добробуту людини вільне від уяви і фантазії, і навіть заперечує можливість, що люди відбивають фізіологічні процеси у своїх почуттях.

У розділі проаналізовано загальне бачення впливу психосоматики на почуття неповноцінності, а також теорії та моделі психосоматики, Зокрема акцентовано увагу на психоаналітичних поглядах на психосоматичні розлади. У контексті цього підходу розглядаються питання:

- Психосоматика харчової поведінки як компенсація почуття неповноцінності.
- Сомато-психічна концепція у сучасній медицині.
- Концепція розуму тіла в сучасній медицині.
- Інтегративні наукові моделі почуття неповноцінності та психосоматичних розладів.

РОЗДІЛ 3. СТРУКТУРА ДЕПРЕСИВНОГО СИНДРОМУ І КЛАСИФІКАЦІЯ ДЕПРЕСІЇ

3.1. Депресивний епізод та критерії депресивних епізодів

Чинниками ризику розвитку депресії були вік 20–40 років, низький соціальний статус, розлучення, сімейний анамнез суїциду, втрата родичів після 11 років, тривожність, працьовитість, особисті якості з цинізмом та чесністю, гомосексуальність, проблеми із сексуальним задоволенням, післяпологовий період, особливо в самотніх жінок. У патогенезі депресії, поряд із генетичними факторами, що визначають рівні нейромедіаторних систем, важливе значення має культивування безпорадності у періоди сімейного стресу, що формує основу депресивного мислення, втрати соціального контакту.

Для визначення легкого епізоду потрібно поєднання не менше 2 симптомів критерію В і не менше 4 симптомів критеріїв В і разом узятих. Для епізодів середньої тяжкості потрібно не менше 2 симптомів із критерію В і не менше 6 симптомів із критеріїв В та В разом узятих. Для важкого епізоду потрібно 3 симптоми з критерію В і не менше 8 симптомів з критеріїв В і разом узятих.

При депресивних епізодах (важких) з психотичними симптомами можуть спостерігатися марення (вина) та галюцинації (слух, глузування, судження). Наприклад, депресія психотичного рівня (реактивний психоз).

Маячні ідеї - це стійкі, організовані, хибні переконання, які зберігаються після отримання логічної або точної інформації. Наприклад, люди, які вважають, що їхня їжа отруйна, хоча доведено, що їхня їжа безпечна, страждають на галюцинації.

Когнітивна теорія депресії А. Бека виходить з того, що головною детермінантою депресії є уявлення людини про себе, світ і своє майбутнє.

А. Бек вважає, що саме пізнання лежить в основі емоцій, настроїв та поведінки. У разі негативної самооцінки депресивні люди бачать себе

«неадекватними» та «нікчемними» та пояснюють своє невдоволення своїми недоліками. Тільки нескінченний біль та проблеми така людина бачить через призму негативного погляду на майбутнє. Більшість типових депресивних симптомів (заціпеніння, самознищення, спроби самогубства). [26, ст. 34-36].

А. Бек пояснює це наслідком певних когнітивних детермінантів.

Згідно А. Беку, депресивні симптоми виникають у результаті умовних «несвідомих міркувань», проте симптоми депресії розглядаються як результат негативних когнітивних патернів. У стані депресії людина відчувається слабкою і безпорадною, звертається по допомогу до інших і поступово стає залежною від них. Проявляється у вигляді рухової загальмованості. Це відбувається у випадках відмовитися від діяльності через повну впевненість людини у безнадійності всіх зусиль. А. Бек дає всебічний аналіз феноменології та симптомів депресії [22, ст. 56].

Особливості депресії можна поділити на п'ять основних груп: когнітивні, емоційні, мотиваційні, фізичні та вегетативні.

Когнітивний аспект представлений тенденцією людей з депресією думати про себе як про нижчі в тому, що для них найважливіше.

Мотиваційні групи ознак проявляються у пасивності, залежності, аліментарній та фізичній - анорексії та порушеннях сну. Однак деякі автори вважають, що когнітивні порушення є наслідком депресивних розладів, а не причиною, і таким чином когнітивна складова депресивних симптомів розладу не доведена. Тобто ідея навмисного позбавлення життя, тому що інстинкти, що керують життям, придушені. Ці думки можуть мати різний рівень оформлення, стійкості та інтенсивності залежно від характеру депресії, її глибини [22, ст. 63].

На піку депресивних епізодів можуть бути імпульсні суїцидальні спроби, але при переважно депресивних станах спостерігається не рухова загальмованість, а відчуття своєї неповноцінності, деперсоналізація депресії. Мотивами суїцидальної поведінки можуть бути моменти сильного емоційного

потрясіння, комплекс неповноцінності, самопокарання, особиста відповідальність, іпохондрія, перебування в ямі, невиліковна хвороба або обставини, які раніше не викликали такого стану [23, ст. 24].

Депресивні розлади бувають різних форм. Великий депресивний розлад частіше діагностується у жінок, ніж у чоловіків. Це з тим, що за однакової енергетичних затрат за одиницю часу жінки вигоряють швидше, ніж чоловіки. Чоловіки, навпаки, часто не звертаються за психологічною допомогою і вирішують «пом'якшити» свої депресивні симптоми вживанням алкоголю або ПАР або внаслідок зловживання алкоголем не мають достатнього рівня самооцінки. Їх труднощі з оцінкою свого стану, втома та виснаження призводять до емоційного вигоряння та подальшої депресії. Також у суспільстві існують гендерні стереотипи, і чоловіки рідше звертаються за психологічною допомогою. Якщо людина не звертає уваги на окремі симптоми депресивного настрою, але все ж таки знаходить у собі сили гвалтувати себе приземленим, це відносять до легкої депресії і намагаються робити те, що потрібно, але не роблять цього самостійно, це ознака помірної депресії. Якщо навіть виконання домашніх справ виявляється дуже складним, такій людині ставиться діагноз «важка депресія» [23, ст. 67].

3.2. Суїцид в контексті депресивного синдрому.

Факти про людей, які вчинили самогубство, відомі з давніх часів. Наприклад, з історії Стародавнього Єгипту до нас дійшов діалог із душею людини. Між учасниками точиться суперечка про дозвіл на самогубство. Людина, яка розглядає можливість накласти на себе руки, тому що її існування так повно страждань і нестерпного болю. Релігійні і моральні страхи неможливо знайти придушені в діалозі [15, ст.71], оскільки у Єгипті самогубство не сприймається як порушення правових чи духовних принципів.

В інших стародавніх релігіях на той час більшість ознак самогубства були табуйованими. Це було характерно для юдаїзму, і його погляди пізніше знайшли відображення в ісламі та християнстві.

Тіла самогубців роздавали на знак неповаги. Це відома практика поховання тіл на перехрестях. Юдаїзм засуджував як самогубство, а й намір чи бажання накласти на себе руки. Але коли самогубство могло бути можливістю уникнути несправедливих страждань, євреї робили виняток.

Також загальновідомим є факт, що євреї вчинили масове самогубство, коли нависла загроза неминучого захоплення римлянами фортеці Масада.

У сучасному юдаїзмі ставлення до самогубства змінюється. Самогубство не повинно засуджуватись. Ті, хто відчуває ці думки, повинні зрозуміти і запобігти їм. Представники цієї релігії зі співчуттям і розумінням ставляться до тих, хто викрадає або намагається накласти на себе руки [15, ст. 73].

Для перших християн самогубство було виправдано, коли гоніння на їхню віру робили їхнє існування нестерпним. Таке ставлення існувало доти, доки блаженний Августин не прирівняв самогубство до гріха. Згодом самогубці стали відмовляти у похоронних обрядах і стали ще більш стигматизуватися.

Самогубство є одним із найтяжчих гріхів в ісламі. Самогубство заборонено Кораном, але самогубство можливе, якщо воно скоєно заради країни чи Бога. У цьому випадку воно описується як стан піднесеності, відмінний від стану відчаю, в якому люди вчиняють «нормальне» самогубство.

Давньогрецькі філософи-стоїки вважали, що люди повинні жити в гармонії з природою. Тому можливий спонтанний суїцид, коли життя людини стає нестерпним.

Самогубство, як вважали «епікурійці», цілком прийнятне для людини рішення. Ця школа називала досягнення задоволення головною метою людського життя. Тому якщо життя більше не приносить щастя, альтернативою може бути самогубство, пишуть: смерть для нас нічого не означає. 84].

Стародавня Греція була проти таких ідей. У своїй книзі «Держава» Платон стверджує, що мужність у житті, навіть коли вона сповнена страждань і горя, є справжнім принципом індивідуальної поведінки, і що ця можливість дана людині розумом. Як бачите, Платон був противником самогубства, але в його праці «Апологія Сократа», добровільно прийнявши смерть, задля збереження гідності, у несправедливих обставинах, це більше, ніж домовлятися та йти на компроміс. Я зрозумів, що це краще, ніж з винуватцем.

Наприклад, Хома Аквінський вважав, що люди повинні жити з певних зобов'язань перед іншими, навіть проти своєї волі. Він довів, що самогубство є позбавлення людини великого значення у суспільстві: грабіж [15, ст. 102].

Самогубство довгий час вважалося злочином у Англії, а й у інших країнах того часу. Очікувалося, що ті, хто намагався накласти на себе руки, будуть ув'язнені. У 20 столітті кримінальну відповідальність за самогубство було скасовано.

Філософські течії 17 століття, у яких релігійний авторитет у відсутності великого впливу, породили нові погляди самогубство. Відомий англійський поет Д. Данн був одним із перших, хто заперечував проти позиції церкви щодо самогубств.

У східних країнах ставлення до самогубства визначалося іншими традиціями. Найбільш яскравим прикладом тут є Японія. Самогубства були дуже поширені в Японії, вони глибоко вкоренилися у національних та релігійних традиціях.

Яскравим прикладом є самурайський кодекс, в якому самогубство було актом вищої гідності, при цьому воїн позбавлявся особистого вибору [15, ст. 103].

Сьогодні самогубство розглядається як багатофункціональне явище, біологічна, соціальна та медична проблема, яку можна спробувати вирішити.

Важливим є той факт, що сучасні підходи визнають, що в основі більшості самогубств чи наявності психічних розладів лежать психози та психопатологія.

Цей факт виводить питання про самогубство в галузі виключно моральної в гірську область, основним методом дослідження якої є соціально-медичний підхід. Тому в останні десятиліття зусилля вчених були спрямовані на можливість ранньої діагностики суїцидального ризику з метою своєчасного запобігання суїциду. Історичні знахідки більшості поглядів на самогубство показують, що до останніх 100 років спроби накласти на себе руки піддавалися суворим моральним і соціальним, часто суперечливим, табу [15, ст. 105].

Це також табує наукові спроби вивчення теми самогубства та знімає необхідність передбачати самогубство. Розуміння було можливе лише шляхом поділу психіатрії на окремі дисципліни.

Хоча питання профілактики суїциду дедалі ширше обговорюється (в останні п'ятдесят років як серед психіатрів, а й серед психоаналітиків і соціологів), з погляду психозу пацієнта він перебуває переважно на індивідуальному рівні. [15]., мистецтво. 107].

Отже, невелика оцінка проблеми суїциду показує таке.

а) Спроби втручання у власне життя сприймалися як порушення фундаментальних моральних та соціальних табу, і тому за часів психології та психіатрії проблема запобігання та прогнозування суїцидів рідко обговорювалася.

б) Виявлення, прогнозування та профілактика психологічного дистресу, пов'язаного із самогубством, стали особливо важливими з розвитком фармакологічних втручань та психотерапії.

Термін «самовбивство» настільки укоренився в побуті, що може здатися, що він не потребує роз'яснення [15, ст. 110].

Таким чином, самогубство вважається свідомим та навмисним дією, спрямованим на позбавлення життя особи, яка вчинила дію, що веде до смерті.

Ознаками терміна «самовбивство» є [15, ст. 118].:

1) Суїцидальна людина і суїцидальна людина - одна і та ж особа.

2) Метою випробування є життя.

3) Мета – позбавити себе життя.

4) смерть внаслідок дій особи;

Самогубство - це навмисний акт членушкодження, метою якого є смерть, і це унікальна людська дія, яка існує у всіх культурах.

Суїцидальна поведінка визначається як будь-яка ознака суїцидальної поведінки, включаючи слова, думки, наміри та спроби життя.

Suicide Attempt або Suicide - Умисне членушкодження або членушкодження, яке не призводить до смерті.

Під впливом гострих чи затяжних травмівних ситуацій людина переживає «небажане» («життя безглузде», «нічого хорошого не відбувається», «я нікому не потрібний»). ", і т.д.). Також, можуть виникати пасивні суїцидальні думки («Я б хотів, щоб мене збила машина», «А якби я заснув і не прокинувся»). На наступному етапі у людини з'являються активні суїцидальні думки. Люди цікавляться способами самогубства, думають про способи, що найбільш підходять для них, і вирішують покінчити життя самогубством, потім відбувається детальна розробка плану – вибираються місце, час і конкретний спосіб, і можуть бути вжиті дії, щоб ніхто не заважав спробі, які можуть бути повторені у разі «невдачі» [15, Мистецтво. 120].

Перший не пов'язаний із суїцидальною поведінкою. *Наприклад, підліток перебуває в пошуку опорних точок, бажаючи знайти вихід із хворобливих ситуацій та шукаючи підтримки у оточуючих, опиняється через свої проблеми на межі життя.* Тут важлива допомога психолога.

Другий етап включає весь процес самогубства, від думки до спроби самогубства. На цьому етапі зусилля психологів та педагогів щодо запобігання суїциду зазвичай малоефективні. Потрібно психіатричне втручання та фармакологічний зв'язок [15, ст. 125].

Зазначимо, що більшість підлітків перебувають у депресії і часто на знак протесту завдають собі шкоди.

Заклики до самогубства призначені для збільшення підтримки та втручання у разі різкої зміни обставин. Аутодеструктивна поведінка є наслідком почуття провини перед кимосьь.

Суїцид, наприклад, серед підлітків, обумовлений насамперед віковими психологічними особливостями, серед яких переважають егоїзм, негативна установка, емоційна нестабільність та інфантилізм. Передумовами суїциду у підлітків є:

- нездатність зрозуміти та висловити свої почуття та описати свої переживання.

- З іншого боку, підліток, який може переживати доросле життя, перебуває у залежності від батьків.

- нестійка самооцінка, упереджене сприйняття своїх можливостей;

- максимальність в оцінці себе та інших, невміння передбачати наслідки своїх дій [15, ст. 130].

Наступний опис юнацького досвіду накладається на «досвід дослідника під час його практики». Особистою основою юнацького суїциду є насамперед депресивні розлади, такі як імпульсивність, емоційна незрілість, нестабільність.

Імпульсивність пов'язана з розумінням суїцидальних рішень, критичним їх осмисленням, передбаченням наслідків своїх дій, пошуком можливостей ефективно захистити себе та свої інтереси, не вчиняючи суїциду. Підлітки та юнаки не можуть довго обмірковувати рішення.

Емоційна нестійкість та відсутність самоконтролю призводять до різноманітних конфліктних ситуацій. Важливою передумовою суїциду є емоційна незрілість у підлітків, що включає недорозвинене співпереживання чужому стражданню, самопожертву, відсутність любові, емоційний егоцентризм і навіювання (сугестію). Причина ще й у тому, що підліток некритично передає

емоційні переживання як істинного самогубства, а як «відщепленні переживання героїзму головного героя у художньому творі, який залишив у підлітка сильне «захоплююче» враження [15]. 133].

3.3. Вплив реакції депривації на виникнення депресивного синдрому

Депресивний синдром спостерігається переважно у підлітків середнього та пізнього підліткового віку. Ця реакція характеризується придушенням емоційної активності, втратою інтересу до захоплень та занять.

Підлітки стають замкнутими, мовчазними, виявляються віч-на-віч із негативними переживаннями. Основний зміст переживання – страх бути покараним за неуспішність, погану поведінку тощо. Підлітки переконані, що вони справді винні, і чекають на публічне покарання. Аналогічні реакції спостерігаються у підлітків із благополучних сімей із двома батьками, які мають достатні матеріальні та побутові потреби та не мають асоціальних проявів. У той самий час на формування депресивного синдрому у підлітків відіграють наявні у сім'ї: авторитарне виховання, покарання та відсутність емоційного контакту. Прагнення накласти на себе руки характеризується постійно вираженим бажанням померти, підлітками ретельно вибирається спосіб самогубства і робиться все так, щоб ніхто не заважав спробі. [24, ст. 19].

Вибухова реакція найчастіше спостерігається у підлітків середнього віку. Вони проявляються у різних порушеннях поведінки. Конфлікти, взаємні претензії, сварки, вживання алкоголю створюють напруженість, що сприяє формуванню адекватної поведінки у молодих сім'ях. У разі скоєння, самогубство визначається як прагнення помститися скривдженому з метою довести свою правоту. Самогубство не сплановано наперед. Після спроби суїциду зберігається відсторонене ставлення до оточуючих, не відразу висловлюється критика суїциду, якщо в результаті спроби ситуація змінюється на користь підлітка.

Основним завданням допомоги у випадках є психокорекція, поруч із психосоціальною підтримкою [24, ст. 22].

ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ 3

У розділі розглядаються структура депресивної симптоматики, варіанти діагностики депресії чи депресивної інклюдії суїциду внаслідок складних форм депресії, формування суїцидальних думок як частина психодинаміки самості людини.

Таким чином, депресія як психічний стан та/або криза має діяти як психологічний фільтр. Існує великий спектр депресії від легкої депресії до важкої депресії, який формує відповідні патерни. Тобто фахівцям складно сформулювати єдину теорію депресії, до якої вони можуть звернутися, якщо їм знадобиться допомога, та як її вилікувати і яку «таблетки» запропонувати. Фахівці в особі психотерапевтів стають щораз компетентнішими і можуть при необхідності надати допомогу при психіатричних втручаннях, тобто медикаментозному лікуванні.

Зазначається щодо самогубства, то в минулі століття самогубство розглядалося як нікчемний вчинок з релігійної та/або моральної точки зору, водночас як в історичній ретроспективі, так і в наші дні воно виправдовувалося на честь найвищих ідей. Науковці дійшли висновку, що для сучасної культури необхідно переглянути підходи до суїцидальної поведінки.

Зазначено, що самогубство неодноразово спостерігається як акт уваги або помсти «людській культурі» зокрема у творах, де з'являються такі сцени та описи. Самогубство проявляється і в інших випадках, які у більш зрілому віці стають важчими, як переживання самотності, розпачу та «нічого більше».

А. Бек вважає, що саме пізнання лежить в основі емоцій, настроїв та поведінки. У разі негативної самооцінки депресивні люди бачать себе «неадекватними» та «нікчемними» та пояснюють своє невдоволення своїми недоліками. Тільки «нескінченний біль та проблеми», така людина бачить через

призму негативного погляду на майбутнє. Більшість типових депресивних симптомів (заціпеніння, самознищення, спроби самогубства).

У розділі суїцидальна поведінка та внутрішньопсихологічні конфлікти, які за нею стоять, розглядаються на прикладі підліткового суїциду.

РОЗДІЛ 4. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПОЧУТТЯ НЕПОВНОЦІННОСТІ У СТРУКТУРІ ОСІБ ІЗ ПСИХОСОМАТИЧНИМИ ТА ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ

4.1. Характеристика вибірки

Проведення дослідження відбулося на базі психоневрологічного диспансеру КНП ЛОР «Львівський обласний клінічний психоневрологічний диспансер» №2.

Респонденти, із якими проводилися дослідження та подальша психокорекційна робота:

32 юнаків віком від 15 - 20 років, із якими проводилися групові заняття.

Та 10 юнаків віком 15 - 18 років, з якими проводилися індивідуальні заняття.

Первинний діагноз (психосоматичні та депресивні розлади) було поставлено 32 особам лікарями-психіатрами у КНП ЛОР «Львівський обласний клінічний психоневрологічний диспансер» №2.

Основний напрямок проведеної нами психодіагностичної роботи був націлений на індивідуальне діагностування. Нами було проведено опитування за трьома нижче перерахованими психодіагностичними методиками, після чого розробились та впровадились психокорекційні впливи, спрямовані на подолання психосоматичних та депресивних розладів у пацієнтів з комплексом неповноцінності.

Групові завдання проводилися із гетерогенною сформованою групою, тобто окрім депресивних та психосоматичних розладів, у 4 осіб були підозри на інші розлади. Група не була постійною, учасники, які брали участь не завжди були на заняттях. Також був потік нових людей 2-3 людини у середньому на тиждень, яких було виписано із закладу, та нові, які поступали у заклад.

4.1. Методики психодіагностичного дослідження

Методологічні положення та задачі дослідження визначили набір методик, що використовувалися в даній роботі. Отже, для дослідження особливостей почуття неповноцінності у структурі осіб із психосоматичними та депресивними розладами було використано наступні методики:

- Методика самооцінки тривожності Ч. Д. Спілбергера, Ю. Л. Ханіна.
- Методика діагностики та шкала Бека.
- Методика «Комплекс неповноцінності».

Опис методик дослідження

Методика діагностики самооцінки тривожності Ч. Д. Спілбергера, Ю. Л. Ханіна.

Обробка результатів.

Завданням обробки результатів є отримання індексу реактивної та особистісної тривожності.

Ви можете оцінити свій рівень тривожності за допомогою індексу реактивної та особистої тривожності таким чином:

- До 30 - низька тривожність;
- 31-45 - помірна тривожність;
- Старше 46 - Сильне занепокоєння.

Шкала депресії Бека.

Опитувальник депресії Бека (BDI) був одним із перших високо актуальних та специфічних тестів, розроблених для клінічного використання для діагностики та оцінки рівнів депресивних розладів. Незважаючи на давність розробки, Шкала депресії Бека не застаріла і досі широко використовується у психіатричній та психотерапевтичній практиці. Існує дві версії. Опитувальник підліткової депресії

Бека використовується окремо. Варіант Шкали депресії Бека широко використовувався адаптації М. У. Тарабрина.

Тест умовно поділено на дві частини.

Частина 1 (питання з 1 по 13) визначає здатність людини змінювати поведінку контекстуальним та передбачуваним чином (когнітивно-афективна шкала).

Друга частина (питання 14-21) спрямована на виявлення соматичних симптомів.

Потрібно підібрати за станом людини та оцінити результат. Під час заповнення анкети буде підраховано кількість балів. Максимальна кількість балів – 63, що є розумінням як тяжка депресія.

Інтерпретація результатів:

від 0 до 9 – немає депресії.

від 10 до 15 – легка депресія – вторинна депресія;

з 16 до 19 років – помірна депресія;

з 20 до 29 – помірна депресія (виражена);

Тяжка депресія віком від 30 до 63 років.

Техніка «комплексу неповноцінності».

ІНСТРУКЦІЇ: Прочитайте кожну пропозицію, виберіть найбільш правильний варіант, запишіть номер пропозиції та оцініть вибраний варіант (поряд з варіантом відображається оцінка).

1. Люди мене не розуміють: а) Часто (0), б) Рідко (3), в) Ніколи (6).
2. Я почуваюся «не у своїй тарілці» а) Рідко (5); б) Все залежить від ситуації (3); в) Дуже часто (0).
3. Я оптиміст а) та (5), б) виключно (3), в) нічого не роблю (0).
4. Святкування того, що сталося, а) безглуздо (0), б) допомагає пережити важкі часи (3) і в) варто вчитися (5).

5. Я хочу мати такі ж здібності, як і інші а) та (0), б) іноді (3), в) ні, у мене більш високі здібності (5).
6. Занадто багато недоліків: а) правильно (0); б) це не моя думка (3); в) це неправильно. (5).
7. Життя прекрасне. а) так (5); б) дуже часто (3); в) зовсім немає (0).
8. Я почуваюся марним а) Часто (0), б) Іноді (3), в) Рідко (5).
9. Не здатний зрозуміти дії інших а) Часто (0), б) іноді (3); в) рідко (5).
10. Мені сказали, що мої очікування не виправдалися: а) Часто (0), б) Іноді (3), в) Рідко (6).
11. У мене багато переваг а) та (б), б) все залежить (3), в) нічого (0).
12. Я песиміст а) та (0), б) виняткові випадки (3), в) ні (5).
13. Як мислитель, я аналізую свої дії.
Часто (0); б) Іноді (3); в) Рідко (5).
14. Життя сумне і) в цілому так (0), б) твердження надто загальні (3), в) немає (5).
15. «Сміх корисний»: а) банальне твердження (0); б) треба пам'ятати у важких ситуаціях (3); в) ніколи (5).
16. Мене недооцінюють: а) На жаль, це правда (0); б) я не надаю цьому великого значення (3); в) Зовсім ні (5).
17. Я надто суворо суджу інших: а) Часто (0), б) Іноді (3), в) Рідко (5).
18. Успіх завжди приходить після низки невдач: а) я в нього вірю, але знаю, що він вірить у чудеса (5), б) може бути, і так, у атома немає наукового підтвердження (3)), в) ні вірять в чудеса, тому що вірять у них (0).
19. Я веду себе агресивно: а) часто (0); б) іноді (3); в) рідко (5).
20. Я самотній а) рідко (5); б) іноді (3); в) часто (0).
21. Люди недружелюбні а) В основному (0), б) Певною мірою (3), в) Зовсім не доброзичливі (5).

22. Я не думаю, що ти можеш досягти того, чого справді хочеш (5).
23. Вимоги, що висуваються до мене в житті, були вищими за мої можливості: а) часто (0), б) іноді (3), в) рідко (5).
24. Напевно, всі незадоволені своєю зовнішністю: а) так (0); б) іноді так (3); в) немає (5).
25. Іноді мене не розуміють, коли я щось роблю чи говорю.
26. Мені подобаються люди: а) так (5); б) висловлювання надто загальні (3); в) немає (0).
27. Я сумніваюся у своїх здібностях: а) Часто (0); б) Іноді (3); в) Рідко (5).
28. Я задоволений собою а) часто (5); б) іноді (3); в) рідко (0).
29. Я вважаю, що маю ставитись до себе більш критично, ніж до інших: а) так (0), б) не впевнений (3), в) ні (5).
30. Я вважаю, що я маю достатньо сил, щоб здійснити свій життєвий план а) і (5), б) все відбувається інакше (3), в) нічого не відбувається (0).

розрахувати результат

Запис. Якщо ви не набрали однакову кількість балів (наприклад, 0 та 0, 3 та 3, 5 та 5 – у наступних парах):

3 та 18, 9 та 26, 10 та 23, 12 та 22 - загальні результати тесту можна вважати випадковими та недостовірними.

0-40 балів. поганий рівень

41-80 балів. стабільний рівень

81-130 балів. Складний, стабільний рівень

131-150 балів. поганий рівень

Результати емпіричного дослідження:

Згідно ключу до методики Бека:

84.4% юнаків – між 0 – 9 балами – суб'єктивна самооцінка депресивних симптомів у юнаків відсутня.

15.6% юнаків – між 10 – 15 балами - суб'єктивна самооцінка депресивних симптомів довела легку депресивність у юнаків на момент проходження тестування.

Згідно ключу до методики самооцінки тривожності Ч. Д. Спілбергера, Ю. Л. Ханіна:

84.4% юнаків – набрали до 30 балів – що означає низьку тривожність.

15.6% юнаків – набрали між 31 – 45 балами – що означає помірну тривожність.

Відношення результатів двох методик показує прямий вплив рівня депресивності на рівень тривожності, та навпаки у юнацької категорії респондентів.

Згідно ключу: методики «Комплекс неповноцінності»:

84.4 юнаків – набрали 41 - 80 очок. У юнаків є всі можливості самим прекрасно впоратися зі своїми комплексами. В загальному комплекси не дуже заваджають юнакам жити.

15.6% юнаків – набрали 0 - 40 очок. Про себе думають негативними категоріями, часті думки про власні слабкості, недоліки, помилки. Постійно боротьба із собою.

Кореляційний аналіз Спірмена

Результати з двох методик: самооцінки тривожності Ч. Д. Спілбергера, Ю. Л. Ханіна та методики депресивності Бека, які досліджують рівень тривожності та рівень депресивності опитуваного.

Розмір вибірки становив $n = 32$ пацієнтів. Використовуючи рівень значущості 0,05, ми бачимо, що критичне значення дорівнює **0,349**.

Оскільки розраховане абсолютне значення рангового коефіцієнта кореляції Спірмена (**0,2600333**) не перевищує цього критичного значення, це означає, що кореляція між депресивністю та тривожністю **не є статистично значущою**.

Депресивні синдроми та психосоматичні синдроми наявні у людей віком 15-20 років, - не надають повну картину про зміст внутрішнього переживання пацієнта. Іншими словами, результати двох методик показали відносно негативний рівень самопочуття у 4 пацієнтів, тобто пряму залежність депресивних та психосоматичних розладів як негативна складова самопочуття.

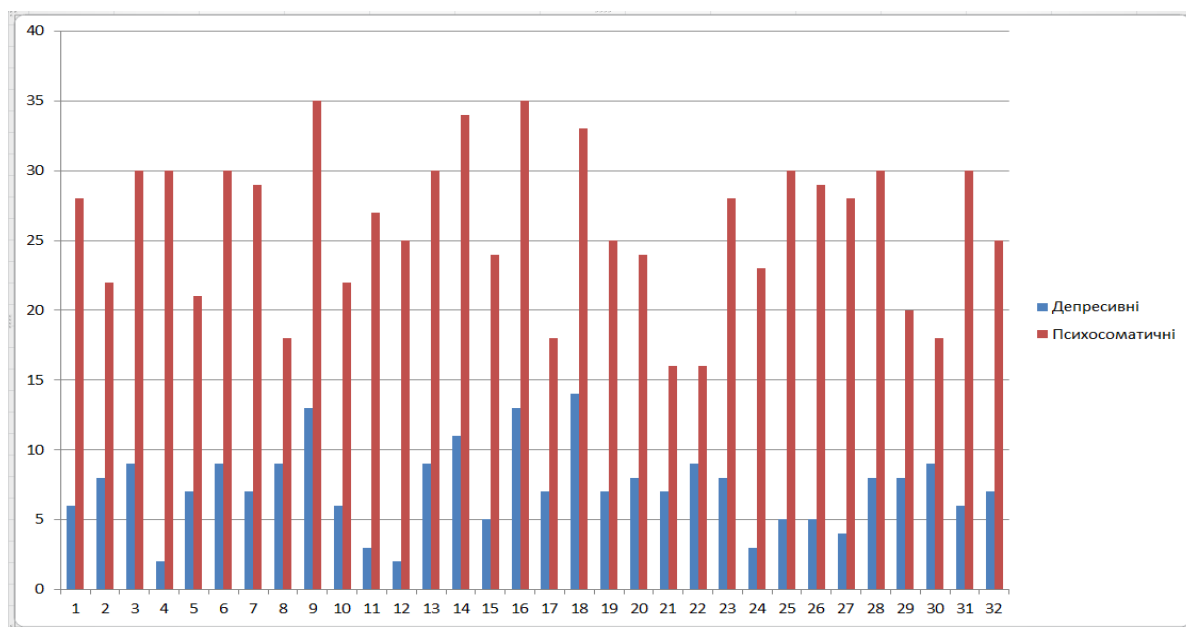


Рис. 4.1 Порівняння балів у пацієнтів із депресивними та психосоматичним розладами тривожності.

Результати наступних двох методик: методики депресивності Бека та методики «Комплекс неповноцінності», які досліджують рівень депресивності та рівень почуття неповноцінності пацієнтів.

Розмір вибірки становив $n = 32$ пацієнтів. Використовуючи рівень значущості 0,05, ми бачимо, що критичне значення дорівнює **0,349**.

Оскільки розраховане абсолютне значення рангового коефіцієнта кореляції Спірмена (**0,55173**) перевищує критичне значення, це означає, що кореляція між депресивністю та тривожністю є **статистично значущою**.

Результатом цього є велика дисперсія в прямій залежності негативного самопочуття у юнаків із депресивними розладами та комплексом неповноцінності. (Із спостереження у груповій психокорекційній роботі: дійсно

юнаки мали певну виражену депресивну позицію та прямої залежності до почуття неповноцінності у пацієнтів не спостерігалось). Висновки діагностики лікарів-психіатрів, стосовно більшості пацієнтів: **переважно у всіх розлад адаптації, змішаний розлад емоцій та поведінки на тлі виразної пубертатної кризи.**

Тобто спостерігалася велика кількість невирішених внутрішньо психологічних конфліктів. Зібраний анамнез минулого життя показав несприятливий вплив батьків або опікунів на формування шляхів вирішення внутрішньо психологічних конфліктів та формування неадекватної оцінки власного емоційного та фізичного стану.

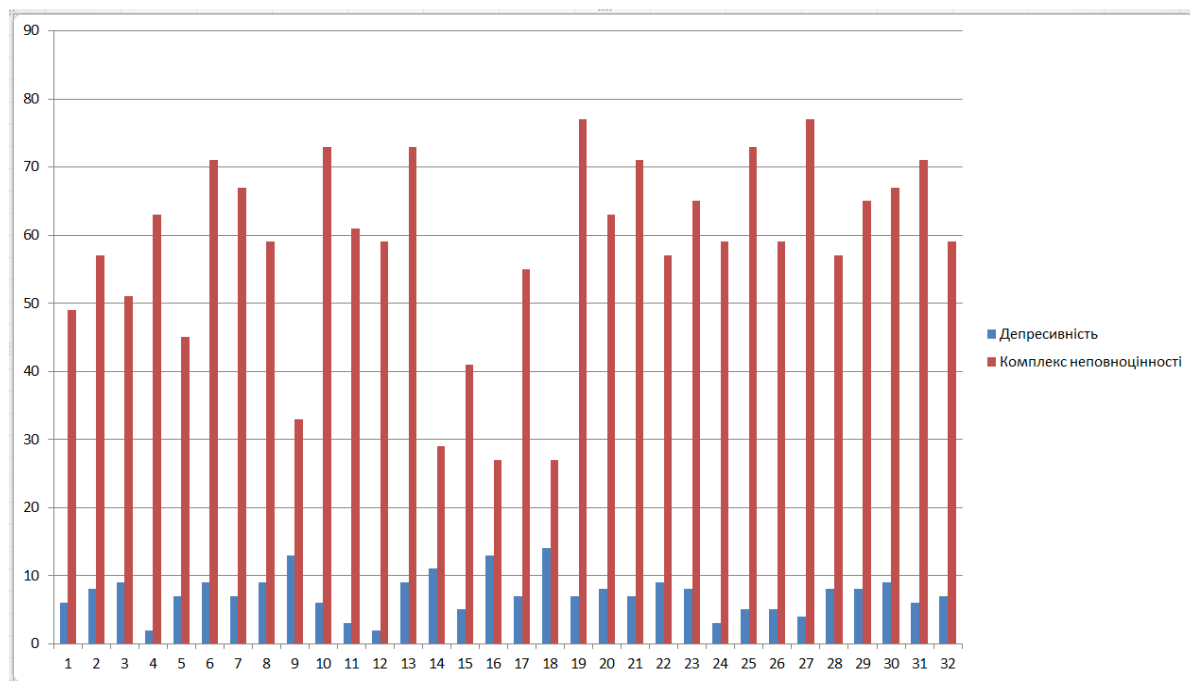


Рис. 4.2 Порівняння балів рецензентів із депресивними розладами та комплексом неповноцінності

Результати наступних двох методик: методики депресивності Бека та «Комплекс неповноцінності». Які досліджують рівень депресивності та рівень почуття неповноцінності рецензентів.

Розмір вибірки становив $n = 32$ пацієнтів. Використовуючи рівень значущості 0,05, ми бачимо, що критичне значення дорівнює **0,349**.

Оскільки розраховане абсолютне значення рангового коефіцієнта кореляції Спірмена (**0,36871**) перевищує критичне значення, це означає, що кореляція між депресивністю та тривожністю є **статистично значущою**.

Результатом цього є велика дисперсія в прямій залежності негативного самопочуття у юнаків із депресивними розладами та комплексом неповноцінності. (Із спостереження у груповій роботі: дійсно юнаки мали певну виражену психосоматично-тривожну позицію та прямої залежності до почуття неповноцінності у пацієнтів не спостерігалось). Висновки діагностики лікарів-психіатрів, стосовно більшості пацієнтів: **переважно у всіх розлад адаптації, змішаний розлад емоцій та поведінки на тлі виразної пубертатної кризи**.

Тобто спостерігалася велика кількість невирішених внутрішньо психологічних конфліктів. Зібраний анамнез минулого життя показав несприятливий вплив батьків або опікунів на формування шляхів вирішення внутрішньо психологічних конфліктів, та формування неадекватної оцінки власного емоційного та фізичного стану.

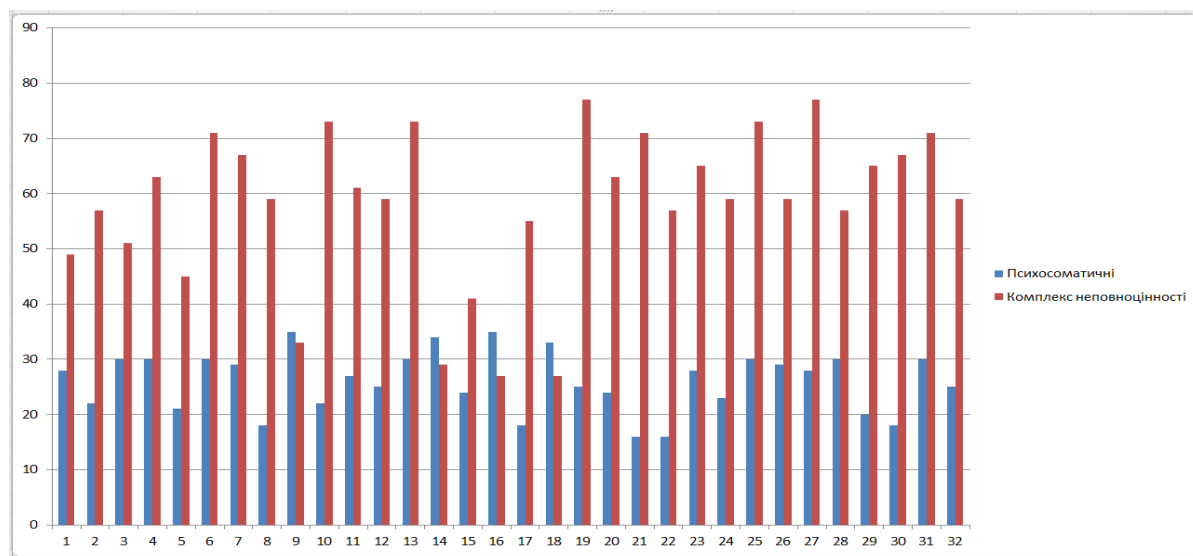


Рис. 4.3 Порівняння балів рецензентів із психосоматичними розладами та комплексом неповноцінності.

4.2. Вправи та методики, які були використані на психокорекційних заняттях в групі пацієнтів з комплексом неповноцінності та депресивними та психосоматичними розладами.

Формат груп:

32 юнаків вік 15-18 років, 1 група - +- 16 юнаків (15-18 років), 2 група – +- 16 юнаків (15-18 років). Структура групи: відкрита, висока мінливість учасників.

Перший тиждень

Понеділок – 1-а група

1. Вправа

Зняття стресової напруги. Медитація.

“Зручно розташуйтеся, руки опустіть вниз, нехай вони висять вільно. Закрийте очі і послухайте своє дихання: вдих-видих, вдих-видих... Добре, тепер уявіть, що ви на красивій лісовій галявині. Ви бачите декілька різних лісових дерев. І ось, ви починаєте придивлятися до них. Одне з них вам сподобалося найбільше. Ви йдете до цього дерева, торкаєтеся рукою крони. Тепер підходите до нього впритул, ніжно обіймаєте.

Ви відчуваєте як соки біжать по стовбуру, ці цілющі соки. Вони наповнюють вас енергією. Тепер дерево відчуло вас, і направило вам усі свої соки...

Соки втікають у все ваше тіло. Кожна клітинка тіла наповнюється цим цілющим соком і радісно розгортається. Ви наповнені силою дерева.

Відчуйте цю силу, насолодіться нею. Постарайтеся запам'ятати ці відчуття. Тепер ви робите крок назад, вдячно погладжуєте крону дерева. Тепер це ваше дерево, дайте йому ім'я. Попрощайтесь з деревом. Ви ще прийдете до нього... А зараз розплющіть очі.”

По завершенню можна запропонувати намалювати це своє дерево [36, ст. 24].

2. Вправа

казкотерапія.

Варто заздалегідь вирізати з чистого аркуша деталі всіх героїв, а також матеріали для будиночків, дерев та різних предметів, що пропонуються у казках. Можна додати натуральні матеріали.

Потім віддайте всі матеріали дитині та допоможіть їй розфарбувати героя та наклеїти все на лист.

На основі отриманих плакатів можна розіграти казку у її класичному варіанті, щоразу вигадувати щось нове, фантазувати з дитиною на різні ситуації розвитку подій.

Через власний досвід дитина може передати досвід всіх героїв і, головне, змінити сюжет казки [36, ст. 43].

Вівторок – 2-а група

Зняття стресової напруги. Медитація.

1. Вправа

Медитація.

“Зручно розташуйтеся, руки опустіть вниз, нехай вони висять вільно. Закрийте очі і послухайте своє дихання: вдих-видих, вдих-видих...

Добре, тепер уявіть, що ви на красивій лісовій галявині. Ви бачите декілька різних лісових дерев. І ось, ви починаєте придивлятися до них.

Одне з них вам сподобалося найбільше. Ви йдете до цього дерева, торкаєтеся рукою крони. Тепер підходите до нього впритул, ніжно обіймаєте.

Ви відчуваєте як соки біжать по стовбуру, ці цілющі соки. Вони наповнюють вас енергією. Тепер дерево відчуло вас, і направило вам усі свої соки...

Соки втікають у все ваше тіло. Кожна клітинка тіла наповнюється цим цілющим соком і радісно розгортається. Ви наповнені силою дерева.

Відчуйте цю силу, насолодіться нею. Постарайтеся запам'ятати ці відчуття. Тепер ви робите крок назад, вдячно погладжуєте крону дерева. Тепер це ваше дерево, дайте йому ім'я. Попрощайтесь з деревом. Ви ще прийдете до нього... А зараз розплющіть очі.”

По завершенню можна запропонувати намалювати це своє дерево [36, ст. 24].

2. Вправа

Арт-терапевтичні вправи «Ненаселений острів» спрямовані на створення у дитини ситуації впевненості у собі та успіху. Понад те, характер відносин дитини із суспільством дуже добре простежується. Вправу можна виконувати у групах чи індивідуально з психологом.

Для уроку необхідний аркуш формату А3. У центрі малюється круглий чи овальний острів, а довкола нього діти малюють хвилі. Хвилі можуть бути великого розміру або маленького розміру, також розуміння дітей може бути різним: штиль, шторм.

Потім ведучий пропонує дітям створити умови, які б дозволили їм вижити на острові. Дітям потрібно придумати та намалювати: житло, їжу та як її добути, воду, як спасти себе від нападів та багато іншого. Дітям також потрібно намалювати карту острова: гірські породи, пісчані землі, джерела, вулкани, тощо.

Психолог бере участь у роботі розміщення на острові, поставивши такі питання: І раптом йде дощ. А як збудувати човен. »

Якщо на острові з'являються хижаки або агресивні аборигени, діти повинні подумати, чи нападати на себе, готуватися і чекати на напади, як захистити себе та свої припаси [36, ст. 45].

Середа Група 1

1. Вправа

арт-терапія.

Папір витримає все.

Це незвичайний спосіб дізнатися свої власні негативні емоції та переживання.

ІНСТРУКЦІЯ: Слід згадати неприємні ситуації, коли ви відчуваєте агресію, роздратування, страх, образу, біль. Дозвольте цим почуттям виявитися.

Завдання: Створити скульптуру під назвою "Мої почуття". Рвати папір, стукати його, наступати на нього.

Потім за допомогою скотчу або клею надайте паперу форму. Потім розкажіть історію, яку я рекомендую вам ретельно обдумати (ви можете використовувати метафоричні картки).

Нарешті, зі скульптурою можна робити все, що завгодно: перетворювати її, фарбувати в будь-який колір, прикрашати, розбирати на частини або викидати [36, ст. 46].

2. Вправа

Релаксація "Тихе озеро"

(грає спокійна розслаблююча музика)

Педо. "Увага. Ми прибули на станцію "Озеро тиші". Зійдіть з поїзда, ляжте на килим, заплющити очі і слухайте мене. Уявіть чудовий сонячний ранок. Будь ласка, ви знаходитесь поряд з тихим красивим озером, щойно чую твоє дихання і плескіт Сонце світить яскраво і приємно Відчуваю, як сонце гріє тебе Я чую щебетання птахів і стрекотіння коників Зовсім спокійно Сонце світить Повітря чисте і прозоре Я відчуваю тепло сонця у всьому моєму тілі Тихо і тихо Це як тиша Як вранці Відчуй себе тіла насолоджується безтурботністю та теплом сонця Ти відпочиваєш.

Тепер розплющте очі. Ми знову йдемо в дитячий садок, які добре відпочили, з веселим настроєм, і приємне почуття не залишає вас весь день» [36, ст. 43].

Четвер Група 2

1. Вправа

арт-терапія.

Матеріали: кольорові олівці, фломастери, чистий аркуш паперу. Ви можете вибрати музичні фрагменти для різних настроїв. Спокійний, веселий, сумний, енергійний, плавний, включається, коли діти налаштовуються та малюють лінії.

ПСИХОЛОГ: Ми знаємо, що лінії бувають прямими та хвилястими. Ось лінії, які ми малюватимемо сьогодні. Якими властивостями може мати лінія, як і люди. Хтось спокійний, хтось веселий, хтось темний. Спокійна лінія любить спокійно полежати та поспати. Страшні лінії хочуть зачепити когось. А лінії, що крутяться, люблять крутитися. Щоб намалювати лінію персонажем, вам необхідно сконцентруватися на персонажі, який ви малюєте. Відчувати це. Тоді наші руки можуть малювати те, що ми відчуваємо. Сьогодні ми бачимо 6 рядків [36, ст. 49].

2. Вправа

Релаксація "Відпочинок на морі"

(грає спокійна розслаблююча музика)

Педо. «Лягай зручніше, заплющи очі і слухай мене.

Уявіть, що ви знаходитесь у красивому місці біля моря. чудовий літній день. Синє небо і сонце тепле. Ви відчуваєтеся абсолютно спокійним та щасливим. М'які хвилі перекочуються під ногами та відчувається приємна свіжість морської води. Я відчуваю прохолодний вітерець, що обдуває все моє тіло. Повітря чисте і прозоре. Огорніть своє обличчя, плечі, спину, живіт, руки та ноги приємною освіжаючою та відновлюючою дією. Відчуйте, як ваше тіло стає легшим, сильнішим і слухнянішим. Дихайте легко та вільно. Я відчуваюся відпочившим і хочу встати та рухатися.

Очі відкриті. Ми сповнені сил та енергії. Намагайтеся утримати це почуття протягом усього дня» [36, ст. 51].

П'ятниця Група 1

1. Вправа

Шлях до мети.

Героєм може бути як дитина, так і будь яка людина чи казковий персонаж. Герою потрібна мета - навіщо він подолав усі ці проблеми (скарби, будинки, друзі). Шлях героя зазвичай проходить через весь лист, і що більше перешкод він малює, краще.

Після завершення картини важливо обговорити кожен перешкоду. Отже, йдеться про те, як головний герой може подолати це. Важливо, щоб герой сам їх долав (дергався, стрибав, плавав, боровся) і не використовував таких казкових методів, як чарівні палички та прозорі шапочки.

Дорослі можуть запропонувати варіанти, якщо зможуть вигадати два-три способи подолання кожної перешкоди. Проте остаточне рішення залишається за дитиною. І, звичайно, добре б прямо в цій картині зобразити, як герой долає всі перешкоди [36, ст. 55].

2. Вправа

Релаксація «повітряна куля»

(Дитина сідає на стілець)

Педо. «Ляжте на спинку стільця, випростайтеся і розслабтеся, зчепить руки на грудях так, щоб пальці зійшлися. Зробіть глибокий вдих через ніс і уявіть свій живіт у вигляді повітряної кулі. Дихайте. Чим глибший м'яч, тим більше м'яч, а тепер видихніть через рота так, щоб повітря вирвалося з м'яча [36, ст. 17].

Тиждень 2

Понеділок – 1 група.

1. Вправа

"Карусель".

Під час навчань буде багато зустрічей між учасниками тренінгу, кожна зустріч із новою людиною. Завдання: легко встановити контакт, підтримати розмову та попрощатися.

Учасники тренінгу стають обличчям один до одного, утворюючи два кола, внутрішній (нерухомий) та зовнішній (рухливий) за принципом каруселі.

Зразкова ситуація:

“Перед тобою той, кого ти добре знаєш, але давно не бачив. Ти з нетерпінням чекаєш на цю зустріч».

«Перед тобою незнайомка. Познайомся з нею».

«Перед вами маленька дитина, яка чогось боїться. Підійдіть до неї та заспокойте її».

На встановлення контакту та розмова йде 3-4 хвилини. Потім ведучий дає сигнал і учасник тренінгу переходить до іншого учасника [36, ст. 58].

2. Вправа

Практика "Хто я."

Розділіть лист вертикально на 3 стовпчики. У першій колонці напишіть відповідь на запитання "Хто я." - 10 прикметників. Зробіть це зараз і напишіть те, що спадає вам на думку. Час: 1-2 хвилини.

Будь ласка, дайте відповідь на це питання в другій колонці. Однак, на вашу думку, як би вас описали мама, тато, бабуся, дідусь та інші старші родичі. Ви можете вибрати один із них.

На те саме питання у третьому стовпці «відповідає» обрана людина (наприклад, друг, вчитель, сусід, знайомий, однокласник тощо. буд.).

Потім порівняйте всі три стовпці відповідей. Чи є «загальний» рядок для вашої поведінки, який повторюється у всіх трьох стовпцях. скільки ігор. Чи могли б ви сказати, що бачите у цих відповідях свою унікальність і неповторність. Чи можливо, що це перелік соціальних ролей та функцій. [36, ст. 63].

Вівторок – 2-а група

1. Вправа

Техніка "Я-вираз".

Використовується для вираження своїх почуттів. Нерідко можна почути висловлювання на кшталт «Ви мене дратуєте та ображаєте...».

Пропозиції, що починаються з займенника «ти» і містять знахідний елемент, викликають захисну реакцію. Це не дивно, адже найкращий захист – це напад. Неправильно звинувачувати інших у тому, через що ви проходите. Порівняйте фрази: «Ти завжди приходиш останній» і «Ти колись знову запізнився вранці?» Слова "ти", "завжди", "ніколи" викликають конфлікт. Тобто це може спричинити стан гонки.

Цього не відбувається, коли ви говорите про власні реакції та почуття. Ви обговорюватимете факти, а не людину. Знайдіть різницю між наступними пропозиціями. та «Будь ласка, очистіть свій робочий стіл».

Щоб зрозуміти суть, подайте свою реакцію на таку заяву. Здатність конструктивно та відкрито повідомляти співрозмовника про свої переживання, бажання та потреби є важливим компонентом емоційної компетентності.

«Я-висловлювання» інформує інших про їхнє ставлення до того, що відбувається, не звинувачуючи і не вимагаючи, щоб щось змінилося. Цей метод включає запис інформації про ваші емоції, конкретні дії, які їх викликали, і про те, як вирішити ситуацію.

Якщо ви не дасте їм знати, люди можуть не зрозуміти, що у вашій поведінці вас розлютило. Це також може допомогти іншим побачити свою поведінку з іншого погляду, але може не запам'ятати її. Злочин запам'ятовується тим, хто його вигадав. «Хочу...», «Хотілося б...» — повідомлення про очікування майбутніх дій, бажані результати. Ця проста формула як допомагає висловити і частково звільнити свої емоції, а й дає можливість людині відчувати відповідальність свої думки і почуття. Це означає бути емоційно зрілим.

Використання «я-стверджень», коли вас переповнюють негативні емоції, зазвичай дуже утруднене — це характеристика впевненої людини.

Попросіть учасників замінити запропоновані «ви-твердження» на «я-повідомлення» та запишіть їх результати у правій колонці таблиці [36, стаття 103].

Середа Група 1

1. Вправа

Відмова від плану тренувань.

Крок 1: Почуття розчарування чи роздратування через вимоги/вимоги вашого партнера Це необхідна умова для м'якої відмови. Насправді ви не відмовляєтеся, а просто даєте зрозуміти партнерові про своє роздратування.

Крок 2: Скажіть «ні» та висловіть свою думку. Наприклад: Мені незручно, мене це злить, мені це не цікаво, мені це не потрібно, я можу це зробити лише у разі нагальної потреби.

Коротко та ясно поясніть причину та поясніть причину відмови. Єдиною підставою для відмови є ваші почуття або зміна ваших відносин із партнером, якщо ви задовольните його прохання.

Крок 3: Зробіть паузу, щоб послухати партнера. Ви замовкаєте і тихо слухаєте, доки ваш партнер не погодиться.

Крок 4-6: Повторіть. Щоб підтвердити свою точку зору, обов'язково враховуйте слова партнера лише у випадку, якщо ваше рішення про відмову не змінилося.

У парах розіграйте ситуацію, в якій одна людина старанно щось просить, а інша відмовляється. Будьте послідовні та наполегливі.

Чи не втягуватися в дискусію. Не дозволяйте розмові переходити на особи і не перетворюйтеся на вибачення.

Що заважало вам відмовитися? Як ваш партнер відреагував на вашу наполегливість? [36, ст. 76].

Четвер Група 2

1. Вправа

Релаксація "Тихе озеро"

(грає спокійна розслаблююча музика)

Педо. "Обережно! Ми прибули на станцію під назвою Озеро Тиші. Зійдіть з поїзда, ляжте на килим, заплющте очі і слухайте мене. Уявіть чудовий сонячний ранок". просто чую твоє дихання і плескіт. Сонце світить яскраво, і мені стає добре. Відчуй, як сонце зігріває тебе. чисто і ясно. Я відчуваю тепло сонця у всьому тілі. Тихий і тихий, тихий ранок. Як. Відчуваєш себе спокійно і щасливо.

Тепер розплющте очі. Ми знову йдемо в дитячий садок, які добре відпочили, з веселим настроєм, і радісне почуття не залишає вас весь день» [36, ст. 85].

П'ятниця 1-а група

1. Вправа

Розділіть дітей на пари, встаньте один на одного і уявіть, що між ними товсте скло. Потім по черзі передайте одна одній інформацію.

- На вулиці холодно, а я забув надіти шапку.
- Іди додому, вже пізно.
- Скоро обід, пішли їсти. моя мама зателефонує
- не можу відчинити двері;
- Великий хлопчик ображає мене.

(Повідомлення може бути сказане всім тренером чи парою у колі) [36, ст. 72].

2. Вправа

Учасники поділяються на невеликі підгрупи (4-6 осіб). Кожне завдання у тому, щоб створити дві скульптури (з матеріалу двох учасників кожної групи) протилежних емоцій (наприклад, радість-сум, натхнення-втома, любов-

ненависть). Лідери можуть призначати певні ворожі настрої кожної групи.

Важливо приділяти увагу кожній частині тіла

- міміка, поза, напруга м'язів, постава тощо.

Потім кожна група репрезентує скульптуру, починаючи з негативу і закінчуючи позитивом.

Обговорення:

Як відбувався процес створення скульптури.

Чи змінився ваш настрій, коли ви позували скульптурам із негативними та позитивними емоціями.

Вплив становища тіла на емоції.

Якщо емоції так впливають на наш організм, то можна стати контрзалежним. Встаньте прямо, зробіть глибокий вдих, розправте плечі, підніміть голову і подивіться прямо перед собою. Стривайте так кілька секунд і скажіть щось впевнено, навіть жахливим тоном. Закінчіть вправу, коли відчуєте себе впевненою, сильною і поважаючою себе. Запам'ятайте цей стан [36, ст. 121].

3-й тиждень

Понеділок Група 1

1. Вправа

Методи емоційного самоаналізу.

Два простих питання мають чарівну силу, допомагаючи вам зрозуміти себе і внести позитивні зміни. Перше магічне питання:

Що відбувається зі мною у цей момент.

Іншими словами, що я зараз роблю.

що я відчуваю

що я думаю

як дихати

Друге магічне питання: чого ви хочете наступного моменту.

Ви хочете продовжувати думати, відчувати та дихати так само, як раніше. Можливо, ви хочете щось змінити.

Емоційний самоаналіз дозволяє нам ідентифікувати наші емоції, як висловлювати їх. Це дозволяє їм контролювати свої імпульси та адекватно ситуації висловлювати свої бажання [36, ст. 37].

Вівторок 2-а група

1. Вправа

Вправи на самонавіювання

Робимо позитивну заяву:

1. Спочатку подумайте, що ви хочете відчувати. Будь ласка, опишіть цей стан. Наприклад, «мир, спокій, радість, гармонія».
2. Придумайте свою позитивну установку, наприклад «Я відчуваю спокій, радість та гармонію». Говоріть зараз, ніби ви вже були в цьому стані.
3. Повторіть твердження. Навіть багаторазове уявне повторення цих простих афірмацій занурює у простір радості, а занурення у позитив лікує та відновлює організм [36, ст. 15].

2. Вправа

Спробуйте разом створити зображення могутнього гігантського дерева. Встаньте поруч один з одним у щільне коло, пліч-о-пліч, широко розставивши ноги.

Психолог: Який величезний, могутній, могутній стовбур дерева у нас вийшов. Гілки ростуть і переплітаються (діти піднімають руки, щоб переплести). На таких деревах комфортно птахам та білкам.

Уявивши себе деревом, визначте, як це відчувається.

Намалюйте дерево та асоціації, які виникають. Придумайте назву фотографії та історію, яку дерево хоче розповісти про себе.

– Там, де ростуть дерева. Як ти себе почуваєш.

- Що поруч із ним чи хтось його підтримує.

- Чи є у нього друзі та вороги.
- Чого боїться дерево, що його непокоїть.
- До чого сниться дерево? чого він хоче
- Це дерево щасливе.
- Чому люди люблять його.
- Чому це дерево щасливе? щось, що допомагає.

Для виконання вправи можна обмінятися подарунками – кожен учасник дарує іншому учаснику зображення гігантського дерева. І тут кожен має залишитися з подарунком [36, ст. 94].

Середа Група 1

1. Вправа

Практика минулого, сьогодення та майбутнього.

Попросіть учасників висловити свої думки словами-картинками на тему "Моє життя" (намалюйте те, що вже живе, що живе зараз, а що житиме далі). Це може бути символічне зображення, наприклад лінія (пряма або вигнута), що показує, які частини життя вже прожиті, а які йдуть далі, або три кола, що символізують минуле, сьогодення та майбутнє. Є природа.

Ці кола можуть бути намальовані на аркуші на певній відстані один від одного і можуть перетинатися, накладатися один на одного або перебувати всередині один одного.

Дайте учасникам 8-10 хвилин. Згадайте головні події минулого та емоції, які переживали найчастіше. Які почуття та емоції ви відчуваєте найбільше у своєму житті прямо зараз. Які почуття та емоції виникають, коли ви думаєте про майбутнє. Запишіть свої емоції та почуття у картинках.

Потім, якщо глядачі хочуть, попросіть їх створити галерею малюнків, щоб кожен міг побачити творчу роботу інших.

обговорення.

що символізує вашу картину.

Позначте на фото, де ви зараз перебуваєте. Де ви хотіли б бути

Чим різняться фотографії учасників.

Який досвід частіше зустрічається у вашому житті – сумний чи радісний.

Як можна усунути чи зменшити сумні переживання.

Сила.

За яких обставин ви б знайшли більше радості та задоволення у своєму житті. [36, ст. 106].

2. Вправа

Спрощення, скорочення

Запишіть 20 улюблених слів, що викликають позитивні емоції.

1. Запишіть 15-20 прикметників, які ви даєте речам, які вам подобаються (наприклад, «чудовий», «красивий» тощо).

2. Запишіть 10 складових (структурних компонентів або параметрів) предмета, що вас цікавить (об'єкта).

Наприклад, якщо ви хочете підвищити свій інтерес до фізики, такими компонентами можуть бути електрони, атоми, енергія, сила і т.д. , творчість та уяву.

3. Наситити кожен компонент предмета своєї діяльності (з 10 зафіксованих) позитивними (приємними вам) прикметниками [36, ст. 58].

Четвер Група 2

1. Вправа

Вправа «Суперечка перед свідками».

Учасники тренінгу поділяються на групи по три особи. Один із членів тріо діє як «контролер-спостерігач». Його робота полягає в тому, щоб учасники спору дотримувалися затвердження свого партнера, не пропускали другу частку (розуміли) і використовували інші слова при перефразуванні. Тобто він виконує ті ж функції, що й провідний у попередній вправі. Два інших члени тріо задалегідь визначають, які альтернативні позиції вони займуть, і дотримуються

схеми діалогу з трьох тактів, щоб розпочати обговорення обраної теми. Під час вправи учасники змінюються ролями. Тобто роль «контролера-спостерігача» виконують усі члени трійки по черзі.

Після тренування буде загальне обговорення. Типові питання для обговорення:

"З якими труднощами ви стикалися при використанні схем під час розмов."

"Чи були випадки, коли ваша позиція ставала зрозумілою після перефразування."

«Хто з партнерів не зрозумів іншого: той, хто говорить або слухає».
[36, ст. 86].

2. Вправа

Тренуйте свій «зір». Учасники сідають у коло. Ведучий просить усіх уважно дивитися на особу іншого учасника протягом 2-3 хвилин. Далі учасники повинні заплющити очі та подати особи інших членів групи. За 1-2 хвилини кожен учасник повинен запам'ятати особу, яка найкраще представлялася йому. Після вправи група розповідає про свої почуття та повторює вправу. Завдання - Кожен учасник повинен подати якнайбільше осіб партнерів по групі [36, ст. 98].

П'ятниця 1-а група

1. Вправа

Практика «Найсумніша історія».

Учасники утворюють пари та вирішують, хто має голос, а хто буде слухати.

Потім ведучий оголошує, що завдання слухача — уважно слухати дуже нудну історію протягом 2–3 хвилин. Потім ведучий відкликає потенційного «оповідача» убік та інструктує його, як зробити історію нібито «занудною». Насправді (щоб «слухачу» було чути) справа над

мірою нудності розповіді, а тому, що «оповідач» вловлює типові реакції «слухача».

Для цього рекомендується, щоб «оповідач» говорив одну хвилину, потім робив паузу у зручний момент, отримував відповідь слухача (ківки, жести, слова тощо) перед тим, як продовжити. Якщо ви не отримаєте чіткої відповіді протягом 7–10 секунд, продовжуйте говорити ще хвилину, знову зупиніться і згадайте, що слухач зробить далі. На цьому вправа закінчується.

Нарешті, всі члени групи інформуються про справжній зміст інструкцій та мету навчань. «Оповідача» просять згадати сенс відповіді «слухача» (відсутність відповіді, що здається, класифікується як «глухе мовчання» — див. нижче). Ведучий перераховує найбільш типові прийоми аудіювання, називає їх і дає необхідні пояснення.

Після ознайомлення зі папірцем лідер пропонує «оповідачеві» описати реакції «слухача», що спостерігаються, і класифікувати ці реакції за запропонованим списком. У контексті уроку є сенс представити тритактну схему аудіювання («підтримка-розуміння-коментар») та обговорити доречність конкретних відповідей на різних етапах аудіювання. Таким чином, такі відповіді, як захоплення ногою, реверберація та емоційний супровід здаються найбільш підходящими для «підтримуючого» біта. На етапі «розуміння» - уточнення та перефразування питань, оцінка та порада доречні на етапі «коментар» [36, ст. 129].

4 тиждень

Понеділок Група 1

1. Вправа

Техніки позитивного виходу із неприємних ситуацій. Коли ви перебуваєте у важкій або депресивній ситуації, подивіться на ситуацію з іншого боку та згадайте прислів'я про ресурси.

Подумайте про позитивні моменти, які ви можете знайти у цій ситуації. Навіть неприємні емоції мають приховану цінність. Три чарівні питання допоможуть вам розібратися в ситуації та набратися досвіду.

Те, що сталося, добре.

Що ми можемо витягти із цієї ситуації.

Як я можу виправити ситуацію?

Щоразу, коли відбувається щось негативне, заведіть звичку переформулювати ситуацію — знайдіть принаймні три позитивні результати, які ви можете отримати з цієї проблеми. Знайдіть у людях позитивні риси та якості. Уникайте упереджень, пліток та негативних зауважень і говоріть про хороше [36, ст. 134].

Вівторок Група 2

1. Вправа

«Хочу змінити себе»

Тепер, коли перед вами приготовлений стіл, розслабтеся та подумайте про себе. Потім подивіться на першу колонку і почніть мозковий штурм і, не думаючи надто швидко, запишіть всі риси, яких ви хочете позбутися. Записуйте все, про що фантазуєте, і не думайте, чи реально позбутися цієї якості. Наприклад, якщо ви спите неспокійним сном, то в більшості випадків вам не вдасться позбавитися такої хвороби — це не заважає вам записати в перший стовпчик. Почніть швидко думати і швидко запишіть усі риси, які хочете набути. Іноді це протилежно тій рисі, якої ви хочете позбутися.

Продовжуйте і записуйте те, що спадає вам на думку, без осуду або судження. Знову ж таки, перерахуйте не менше 5 чорт або продовжуйте писати, поки процес не почне сповільнюватися. Коли відчуєте, що закінчили, будьте готові розставити пріоритети щодо рис, які ви хочете залишити а які ні.

По-перше, забрати повторення. Наприклад, якщо ви напишете "Стати негативним і менш засуджуючим", протилежною рисою буде "Народитися дуже добрим і піклуючим". Після того, як записали цю межу, викресліть рису особистості, якої хочете позбутися. Щоб встановити пріоритети, розгляньте кожен характеристику у списку по черзі та призначте літеру, щоб визначити, наскільки вона важлива.

А (дуже важливо)

Б (важливо)

С (переважно, але менш важливо)

Напишіть ці літери поряд із кожною характеристикою. Подивіться на об'єкти, позначені літерою А. Якщо у цій категорії кілька рис, ранжуйте їх у порядку пріоритету: 1, 2, 3 тощо.

Тепер ваші пріоритети встановлені. По-перше, працюйте над розвитком найважливіших для вас якостей. Проте працюйте над розвитком до трьох характеристик одночасно. Як тільки ви переконаєтеся, що зробили їх своїми особистими якостями, розставте пріоритети і переходьте до наступної межі у списку (працюйте над усіма рисами А, потім рисами В і, нарешті, рисами С). Якщо ви відчуваєте, що дуже змінилися, створіть новий перелік пріоритетів [36, ст. 140].

Середа Група 1

1. Вправа

Психологічна гімнастика «Сплутані ланцюги»

Усі учасники групи стають у коло, заплющують очі та витягують перед собою праві руки. І ці двоє чіпляються за першу зустрічну руку.

Потім учасники простягають ліву руку та знову шукають свого партнера. Ведучий допомагає триматися за руки і стежить, щоб усі трималися двома руками, а не однією.

Учасники розплющують очі.

Тепер їхнє завдання — розв'язати себе, не розводячи руками.

У результаті можливі такі варіанти: Утворюється або коло, або кілька пов'язаних кіл людей, або кілька самостійних кіл або пар.

Підсумок вправи:

Ви задоволені результатами.

Що допомагало і що заважало у процесі.

Кого ви хочете вибрати, я ціную ваші результати. [36, ст. 104].

Четвер Група 2

1. Вправа

"Мої недоліки".

Спроба знайти нові імена для передбачуваних недоліків є дуже важливою. Позначте їх як: Властивості, які можна покращити. Слово «слабкість» має відтінок розпачу та незмінності. Замінивши це чимось іншим, що ви вважаєте за можливе поліпшення, ви починаєте дивитися на життя по-іншому.

За п'ять хвилин напишіть докладний список причин, через які ви не любите себе. Якщо вам не вистачає часу, ви можете написати довше, але не менше. Після написання відзнач все, що відповідає загальним правилам, принципам: «Любити себе не скромно», «Людина повинна любити інших, а не себе». Зберігайте у списку недоліків лише ті, що стосуються особисто вас.

Тепер перед вами перелік ваших недоліків, перелік речей, які руйнують ваше життя. Подумай про це. Якщо ці недоліки належать не вам, а іншій людині, яку ви дуже любите, ви або прощаєте цю людину, або, можливо, бачите в них переваги, як ви не могли перестати любити інших, ви не можете перестати любити себе.

Позначте ті риси, недоліки, які ви можете допомогти йому подолати. Випишіть їх до окремого списку та викресліть ті, які ви можете подолати.

В іншому дійте в такий спосіб. Скажіть собі, що вони є. Ми повинні навчитися жити з ними та думати, як з ними боротися [36, ст. 139].

П'ятниця Група 1

1. Вправа

Техніки позитивного виходу із неприємних ситуацій.

Коли ви перебуваєте у важкій або депресивній ситуації, подивіться на ситуацію з іншого боку та згадайте прислів'я про ресурси.

Подумайте про позитивні моменти, які ви можете знайти у цій ситуації. Навіть неприємні емоції мають приховану цінність. Три чарівні питання допоможуть вам розібратися в ситуації та набратися досвіду.

Те, що сталося, добре.

Що ми можемо витягти із цієї ситуації.

Як я можу виправити ситуацію?

Щоразу, коли відбувається щось негативне, заведіть звичку переформулювати ситуацію — знайдіть принаймні три позитивні результати, які ви можете отримати з цієї проблеми. Знайдіть у людях позитивні риси та якості. Уникайте упереджень, пліток та негативних зауважень і говоріть про хороше [36, ст. 199].

2. Вправа

«Мета життя»

Розкажіть про свої життєві цілі. Протягом декількох хвилин подумайте над питанням: "Як я хочу прожити життя та чого я хочу від життя." Не думайте довго і записуйте все, що спаде вам на думку. Зверніть увагу на всі сфери свого життя. фантазувати. Чим більше тим краще. Відповідайте на запитання так, ніби ви маєте необмежений час. Це допоможе вам пригадати все, що вам потрібно.

Протягом наступних двох хвилин ви повинні вибрати, на чому ви хочете зосередитись протягом наступних трьох років. Потім додайте або змініть список. Цілі мають бути реалістичними. Працюючи над цим і наступним кроком, пишіть так, ніби це були останні рік і місяць, на відміну від першого кроку. Це дозволяє вам зосередитись на тому, що дійсно важливо для вас.

Потім визначте цілі на наступні шість місяців. декілька хвилин на складання списку, декілька хвилини на уточнення.

Витратьте декілька хвилини на прослуховування своєї мети. Наскільки вони конкретні, наскільки вони відповідають один одному, наскільки реалістичні цілі з точки зору часу та доступних ресурсів. Придбайте нові ресурси.

Деколи підглядайте у список, щоб дізнатися, що ви на правильному шляху. Регулярно повертайте, коригуйте свій маршрут, змінюйте напрямок, але найголовніше, знайте, куди ви йдете.

Резюме вправи:

Зовнішній вигляд після тренування.

Які цікаві висновки ви собі зробили.

щось несподіване вам.

найскладніше. Чому.

Той, хто має реалістичний план і готовий йому слідувати.

Вплив війни на емоції та почуття сучасних дітей відстежують самі діти на етапах постановки питань чи діагностики свого благополуччя та у процесі самопізнання. Війна, авіаудари насамперед вселяли в психіку львів'ян безвихідь, страх та агресію, вселяючи навколо емоції розпачу, туги та сорому.

Психологічні дослідження та спостереження показують, що при меланхолійному стані юнацтва, як і підлітків, процес переосмислення сформованих переконань спостерігається як психодинамічні зміни в психосоціальному масштабі, а почуття любові мають дещо інтимніший і менш інтимний характер.

Завдяки методикам та вправам необхідно було визначити ключовий процес реконструкції підліткового та юнацького досвіду: важливість перебування з дорослими. Це дозволяє тестувати дійсність та знаходити нові моделі поведінки [36, ст. 203].

ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ 4

Під час емпіричного дослідження було застосовано 3 психодіагностичні методики, а саме: • Методика самооцінки тривожності Ч. Д. Спілбергера, Ю. Л. Ханіна.

- Методика діагностики та шкала Бека.
- Методика «Комплекс неповноцінності».

Дослідження проводилось на базі психоневрологічного диспансеру КНП ЛОР «Львівський обласний клінічний психоневрологічний диспансер» №2.

Респонденти, із якими проводилися дослідження та подальша психокорекції на робота: 32 юнаків віком від 15 - 20 років, із якими проводилися групові заняття. А також 10 юнаків віком 15 - 18 років, з якими проводилися індивідуальні заняття.

Первинний діагноз (психосоматичні та депресивні розлади) було поставлено 32 особам лікарями-психіатрами у КНП ЛОР «Львівський обласний клінічний психоневрологічний диспансер» №2.

Основний напрямок проведеної нами психодіагностичної роботи був націлений на індивідуальне діагностування. На основі отриманих результатів нами розробились та впровадились психокорекційні впливи, спрямовані на подолання психосоматичних та депресивних розладів у пацієнтів з комплексом неповноцінності, та, власне, подолання самого комплексу неповноцінності, який вплетений в канву депресивних та психосоматичних розладів..

На основі проведеного психодіагностичного дослідження нами було встановлено наступне:

Оскільки розраховане абсолютне значення рангового коефіцієнта кореляції Спірмена (**0,2600333**) не перевищує цього критичного значення, це означає, що кореляція між депресивністю та тривожністю **не є статистично значущою**. Депресивні синдроми та психосоматичні синдроми наявні у людей віком 15-20

років, не надають повної картини про зміст внутрішнього переживання пацієнта. Іншими словами результати двох методик показали відносно негативний рівень самопочуття у 4 пацієнтів, тобто пряму залежність депресивних та психосоматичних розладів як негативну складову самопочуття.

При дослідженні депресивності та комплексу неповноцінності довелося спостерігати велику дисперсію (розсіяність) в прямій залежності негативного самопочуття у юнаків із депресивними розладами та комплексом неповноцінності. Із спостереження у груповій роботі: дійсно юнаки мали певну виражену депресивну позицію та прямої залежності до почуття неповноцінності у пацієнтів не спостерігалось. Висновки діагностики лікарів-психіатрів, стосовно більшості пацієнтів: **переважно у всіх розлад адаптації, змішаний розлад емоцій та поведінки на тлі виразної пубертатної кризи.**

Тобто спостерігалася велика кількість невирішених конфліктів. Зібраний анамнез минулого життя показав несприятливий вплив батьків або опікунів на формування шляхів вирішення конфліктів та формування неадекватної оцінки власного емоційного та фізичного стану.

Практично, у межах доцільності використання математичних статистичних методів обробки «сухих» результатів, такий самий результат було отримано і в статистичному аналізі залежності психосоматичних розладів та почуття неповноцінності. Результати **0,36871** та **0,55173** – перевищили критичне значення для вибірки – **0,349**. Тобто емпіричні дослідження, діагностування лікарями-психіатрами та спостереження у результаті дослідження отримали дидактичну та логічну схожість у встановленні діагнозу зі сторони психіатрії та психології (зі сторони психолога-психотерапевта центру).

ЗАГАЛЬНИЙ ВИСНОВОК

У здійсненому нами дослідженні **проведено** теоретичний, емпіричний та корективний аналіз особливостей почуття неповноцінності у структурі осіб із депресивними та психосоматичними розладами, та також охарактеризовано фактори формування та наслідки почуття неповноцінності у структурі осіб із депресивними та психосоматичними розладами.

Перший розділ дослідження був присвячений аналізу почуття неповноцінності у психоаналітичних теоріях, де розглядались погляди на почуття неповноцінності у класичному психоаналізі.

У другому розділі під назвою «Психосоматичні розлади у структурі осіб із почуттям неповноцінності» були представлені наукові розвідки загального бачення впливу психосоматики на почуття неповноцінності.

У третьому розділі, який називається «Структура депресивного синдрому і класифікація депресії» розглядаються структура депресивної симптоматики, варіанти діагностики депресії чи депресивної інклюдії суїциду внаслідок складних форм депресії, формування суїцидальних думок як частина психодинаміки самості та почуття наповноцінності людини.

Четвертий розділ «Емпіричне дослідження особливостей почуття неповноцінності у структурі осіб із психосоматичними та депресивними розладами» присвячений первинно емпіричним розвідкам означеної вибірки з проблемою комплексу неповноцінності та його взаємозв'язку з психосоматичними та депресивними розладами. До вибірки, що досліджувалась увійшли особи юнацького віку (15-20 років), частина з яких знаходилась на стаціонарному лікуванні у Львівському неврологічному диспансері, частина уже була виписана у стані ремісії, однак відвідувала ще психокорекційну групу на теренах диспансеру. Таким чином вибірку склали пацієнти з психосоматичними та депресивними розладами у структурі яких спостерігався

комплекс неповноцінності, які відвідували психокорекційну групу та були на різних стадіях відновлення.

У другій частині четвертого розділу міститься опис психокорекційної програми, яка застосовувалась нами для реабілітації пацієнтів з комплексом неповноцінності, що лікувались від психосоматичних та депресивних розладів.

Вважаємо, що нам вдалося емпірично дослідити певні аспекти та сформулювати дидактичні висновки стосовно наявності почуття неповноцінності у структурі осіб із депресивними та психосоматичними розладами. Також нам вдалося не лише розробити, а й впровадити психокорекційну програму допомоги особам з почуттям неповноцінності із депресивними та психосоматичними розладами.

Таким чином завдання, які були нами поставлені до виконання даної наукової роботи, а саме:

- здійснити теоретичний аналіз особливостей почуття неповноцінності у структурі осіб із депресивними та психосоматичними розладами,
- охарактеризувати фактори формування та наслідки почуття неповноцінності у структурі осіб із депресивними та психосоматичними розладами,
- емпірично дослідити почуття неповноцінності у структурі осіб із депресивними та психосоматичними розладами,
- розробити психокорекційну програму допомоги особам з почуттям неповноцінності та депресивними і психосоматичними розладами

були виконані.

Дані дослідження є неповними та потребують подальших розвідок. Подальші дослідження можуть дати можливість едукації з означеної проблеми медичного та психологічного персоналу, які надають лікувальні та психологічні послуги пацієнтам з означеної проблематики.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖДЕРЕЛ

1. Актуальні питання сучасної психології. Збірник наукових праць. Суми. Вид-во СумДПУ, імені А.С. Макаренка 2016.. 268 с.
2. Фройд З. Вступ до психоаналізу. Нові висновки. Вид-во Навчальна книга Богдан. 2021. 552 с.
3. Фройд З. Невпокій в культурі. Вид-во Априорі. Переклад Юрко Прохасько. 2021. 120 с.
4. Фройд З. Психологія сексуальності. Вид-во Фоліо. 2020. 160 с.
5. Фройд З. По той бік принципу задоволення. Вид-во Фоліо. 2019. 155 с.
6. Фройд З. Тотем і табу. Вид-во Фоліо. 2019. 272 с.
7. Фройд З. Тлумачення снів. Вид-во Фоліо. 2019. 608 с.
8. Фройд З. Психологія спільнот і аналіз людського «Я». Вид-во Мультимедійне видавництво Стрельбицького. 2021. 90 с.
9. Deutch H. The Psychoanalysis of Sexual Functions of Women. Publisher : Routledge. 1st edition (July 5, 2019). 152 с.
10. Erikson Erik on Negative Identity & Pseudospeciation : Extended and Particularized by Ta-Nehisi Coates. 2019. 13 с.
11. Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С.. Основи психологічних знань про психічні розлади для військового психолога. Науковою радою Науково-дослідного центру гуманітарних проблем Збройних Сил України (протокол №4 від 27 квітня 2018 р.) Київ. 2018р. 310 с.
12. Юнг К. Г. Психологія несвідомого. 2022 рік. Київ. Вид-во Центр навчальної літератури. 404с.
13. Бамбурак Наталія. Психологічний аналіз проблеми систематики психосоматичних розладів. 2019. 213с.
14. Потапчук Є.М. Основи психосоматики та генетична психологія. Лекції та завдання. 2021. 21с.

15. Стужук, О. Ю. Депресивний стан як передумова суїцидальної поведінки у підліткової віці. 2022. 101 с.
16. Waller Ryan Casey. Depression, Anxiety, and Other Things We Don't Want to Talk About. 2022. 256 с.
17. Ratey John J. MD. Spark: The Revolutionary New Science of Exercise and the Brain. 2022. 304 с.
18. Korb Alex PhD. The Upward Spiral: Using Neuroscience to Reverse the Course of Depression, One Small Change at a Time. 2022. 240 с.
19. Williams Mark. The Mindful Way Through Depression: Freeing Yourself from Chronic Unhappiness. 2022. 273 с.
20. Lawson Jenny. Furiously Happy: A Funny Book About Horrible Things. 2022. 368 с.
21. McIntosh Diane. This Is Depression: A Comprehensive, Compassionate Guide for Anyone Who Wants to Understand Depression. 2019. 408 с.
22. Tomasulo Dan PhD. Learned Hopefulness: The Power of Positivity to Overcome Depression Paperback. 2020. 192 с.
23. Gillihan Seth J. Ph.D. Cognitive Behavioral Therapy Made Simple: 10 Strategies for Managing Anxiety, Depression, Anger, Panic, and Worry. 2018. 234 с.
24. Luciani Joseph J. PhD. Unlearning Anxiety & Depression: The 4-Step Self-Coaching Program to Reclaim Your Life. 2020.. 288 с.
25. Gottlieb Lori. Maybe You Should Talk To Someone: A Therapist, HER Therapist, and Our Lives Revealed. 2019. 432 с.
26. Wrigley Carrie M. LCSW. Your Happiness Toolkit: 16 Strategies for Overcoming Depression, and Building a Joyful, Fulfilling Life. 2019. 444 с.
27. Leaf Caroline. 101 Ways to Be Less Stressed: Simple Self-Care Strategies to Boost Your Mind, Mood, and Mental Health Hardcover. 2020. 160 с.
28. Samuel Julia. Grief Works: Stories of Life, Death, and Surviving. 2019. 299 с.

29. Winston Sally M. PsyD. *Overcoming Unwanted Intrusive Thoughts: A CBT-Based Guide to Getting Over Frightening, Obsessive, or Disturbing Thoughts*. 2017. 192 с.
30. Herrmann-Lingen, Christoph MD; Melzer, Jörg MD; von Boetticher, Dirk MD. *Emotions, Bodily Changes, and the Social Environment: How Did Early Psychosomatic Medicine Consider the Social Dimension in Health and Disease?*. 2018. 703 с.
31. Moeslein-Teising Ingrid, Schäfer Georg, Rupert Martin. *Generativität*. Bibliothek der Psychoanalyse. 2020. 409 с.
32. Jaspers Karl. *Philosophy of Existence*. 128 с.
33. Grassi Luigi, Riba Michelle B., Wise Thomas. *Person Centered Approach to Recovery in Medicine. Insights from Psychosomatic Medicine and Consultation-Liaison Psychiatry*. 2019. 329 с.
34. Fritzsche Kurt, McDaniel Susan H., Wirsching Michael. *Psychosomatic Medicine: An International Guide for the Primary Care Setting* 2nd ed. 2020. 383 с.
35. Harris Nadine Burke. *The Deepest Well: Healing the Long-Term Effects of Childhood Adversity*. 2018. 273 с.
36. Васьківська С. *П'ять вимірів психологічного консультування*. 2019р. Ніка-центр видання. *Вправи та методики у роботі практичного психолога*. 400 с.
37. Тимченко А. В., Шапар В. Б. *В лабіринтах психології особистості: світ психологічних явищ*. 2022. 414 с.

ДОДАТКИ

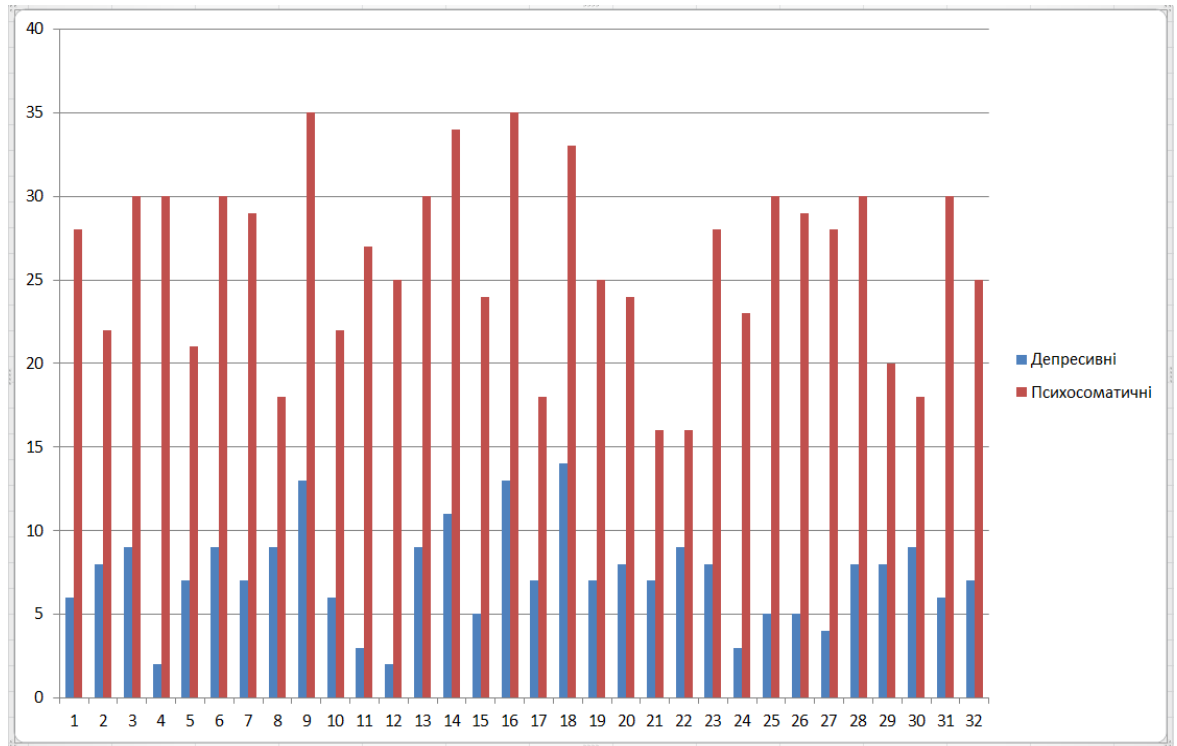


Рис. 4.1 Порівняння балів у пацієнтів із депресивними та психосоматичним розладами тривожності.

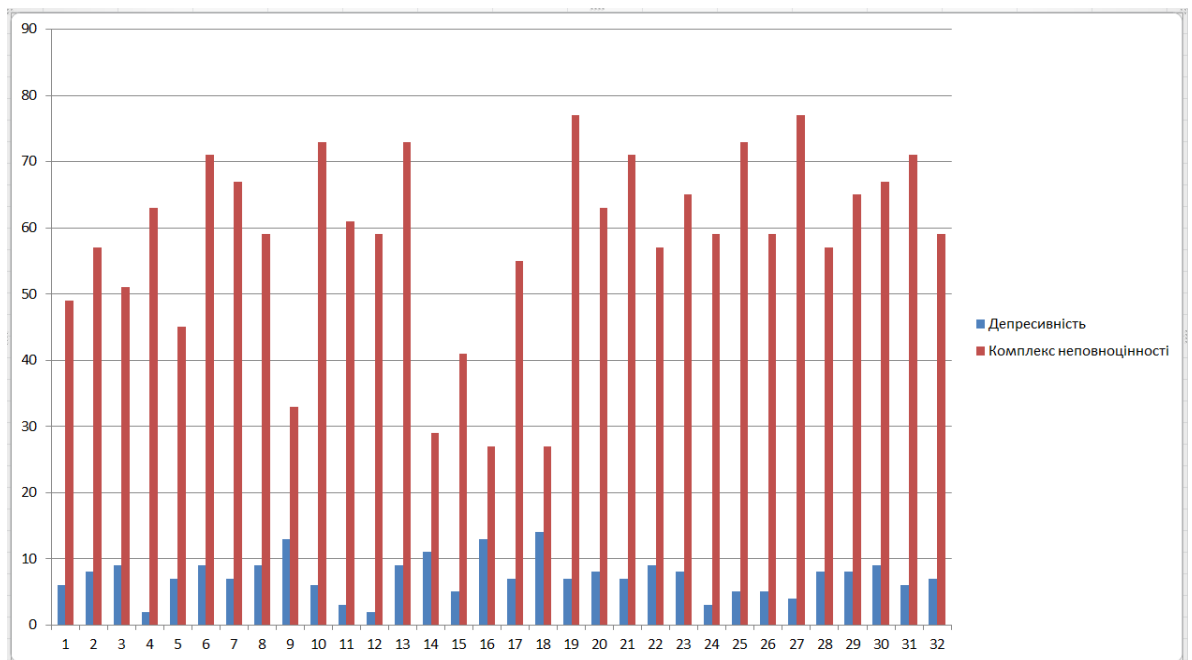


Рис. 4.2 Порівняння балів рецензентів із депресивними розладами та комплексом неповноцінності

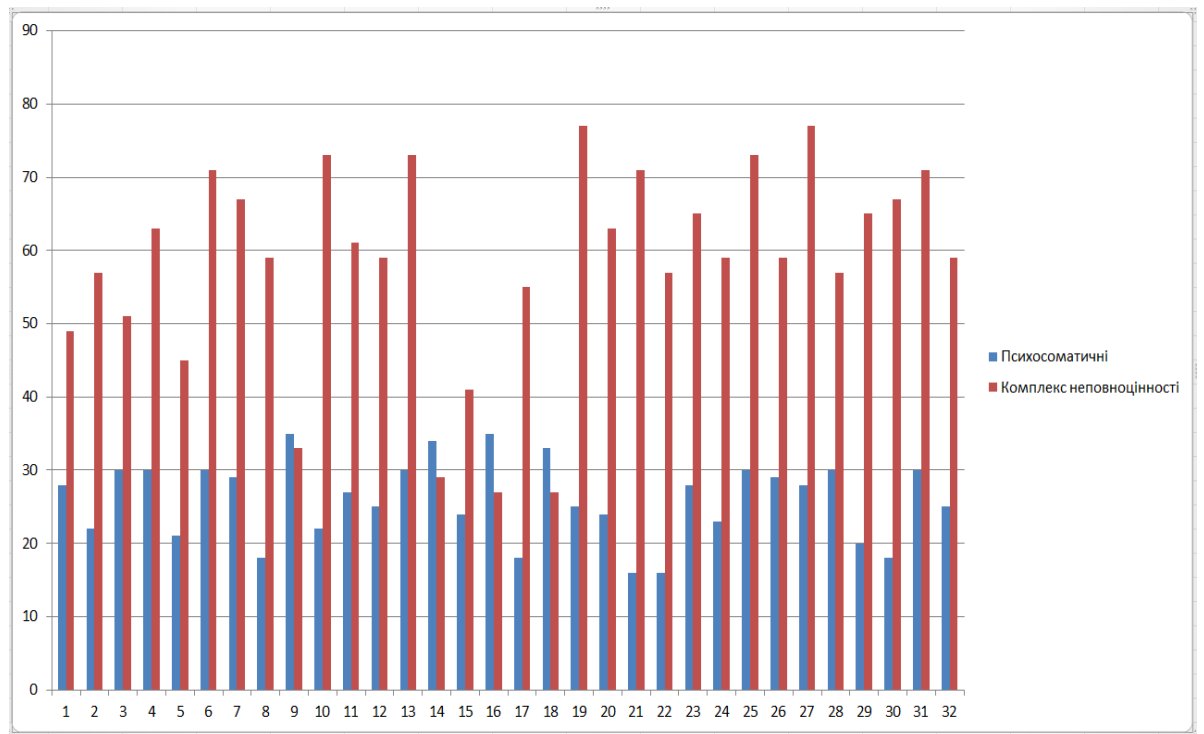


Рис. 4.3 Порівняння балів рецензентів із психосоматичними розладами та комплексом неповноцінності.

	Депрес.	Психосом.	Неповноц.
Депресив	1		
Психосом	0.260333	1	
Неповноц	-0.55173	-0.36871	1

Рис. 4.4. Кореляційна матриця