

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФГБОУ ВО «ТЮМЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»
ИНСТИТУТ ПСИХОЛОГИИ И ПЕДАГОГИКИ
КАФЕДРА ОБЩЕЙ И СОЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ

ДОПУЩЕНО К ЗАЩИТЕ В ГАК
И ПРОВЕРЕНО НА ОБЪЕМ
ЗАИМСТВОВАНИЯ

Заведующий кафедрой общей и
социальной психологии,
канд. психолог. наук

О.С. Андреева

2016 г.

Матвеева Наталья Михайловна

**ПСИХОТЕХНИКИ КУПИРОВАНИЯ СИМПТОМОВ
БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ**

(Выпускная квалификационная работа - магистерская диссертация)

37.04.01 Психология

Научный
руководитель:

Доценко Е.Л. профессор
д.психол.н

Автор работы:

Матвеева Н.М. студент
гр. 29Пм149

Рецензент:

Раева Т.В. заведующая
кафедрой и наркологии ГБОУ
ВПО «Тюменский ГМУ»,
доктор медицинских наук,
доцент

Тюмень — 2016 г.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Стр.

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ КАК ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ.....	8
1.1 Значение исследования психосоматических аспектов бронхиальной астмы	8
1.1.1 Феноменология психосоматического аспекта бронхиальной астмы .	8
1.1.2 Актуальные аспекты снижения заболевания бронхиальной астмой	11
1.1.3 Практическая значимость работы	15
1.2 Психосоматические аспекты бронхиальной астмы в научной литературе	17
1.2.1 Анализ определения бронхиальной астмы в научной литературе ...	17
1.2.2 Факторы риска развития бронхиальной астмы	20
1.2.3 Бронхиальная астма как психосоматическое заболевание.....	25
1.2.5 Пути и средства психотерапевтического сопровождения (поддержки) терапии бронхиальной астмы	30
1.3 Рабочая модель механизмов возникновения и поддержания бронхиальной астмы	34
1.3.1 Согласованное описание симптоматики бронхиальной астмы	34
1.3.2 Место мембраны среди механизмов бронхиальной астмы	35
1.3.3 Психофизиологические факторы патогенеза бронхиальной астмы .	41
1.3.4 Психологическое идеомоторное сопровождения соматически направленных метафор на примере бронхиальной астмы	47
1.3.5 Взаимосвязь личностных особенностей человека и развитие психосоматических заболеваний.....	49
.....	52
1.4 БА как объект психотерапевтической работы	54
1.4.1 Психосоматические механизмы бронхиальной астмы	54
1.4.1 Обоснование мишеней психотерапевтической интервенции при бронхиальной астме.....	57
Выводы по I главе	59
ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ВОЗДЕЙСТВИИ НА БРОНХИАЛЬНУЮ АСТМУ	61
2.1 Планирование исследования.....	62
2.2 Преобразующее (психотерапевтическое) воздействие	65

2.3 Обработка и анализ данных.....	76
2.3.1 Обработка данных объективной оценки эффективности психологических воздействий.....	76
2.3.2 Обработка данных и анализ данных субъективной оценочной шкалы «Риски здоровья».....	77
2.4 Обсуждение результатов.....	78
2.4.1 Обсуждение результатов объективных показателей.....	78
2.4.2 Обсуждение результатов субъективных показателей.....	81
2.4.3 Анализ индивидуальных результатов.....	86
Выводы по II главе.....	90
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	92
ЛИТЕРАТУРА.....	95
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	105
Приложение 1 Оценка рисков здоровья.....	105
Приложение 2 Оценка физического здоровья.....	107
Приложение 3 Для пациентов телесно-ориентированная психология.....	107
Приложение 4. Для пациентов Психосемантический уровень.....	110
Приложение 5 Для пациентов АТ.....	112
Приложение 6 Для пациентов «Жизненные смыслы».....	114
Приложение 7 Дневник телесных и иных реакций.....	115
Приложение 8 Дневник наблюдения за привычными высказываниями ...	116
Приложение 9 Протоколы встреч.....	117
Приложение 10 Бланки результатов.....	145

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность. Возрастающее число негативных психологических воздействий привело к увеличению распространённости нервно-психических расстройств и тех соматических заболеваний, в механизме возникновения которых большую роль играют эмоциональные факторы. В структуре заболеваний преобладают болезни органов дыхания (55,6%), патология нервной системы и органов чувств (9,2%), инфекционные и паразитарные заболевания (7,3%), болезни органов пищеварения (7,2%), травмы и отравления (5,3%) и др. В то же время известно, что именно заболевания, особенно хронические, стойко изменяющие реактивность организма, создают условия для появления нарушений в поведении.

Рост психосоматических расстройств (где одним из пусковых механизмов является психотравмирующий фактор) является самой актуальной и важной проблемой в медицинской и социальной сферах. Это относится и к «малым психосоматическим болезням» — неврозам, и к «большим группам психосоматических заболеваний» — органов дыхания, сердечно-сосудистой и эндокринной системы, патологии желудочно-кишечного тракта, нейродермитам и др. В происхождении, течении, лечении и исходе практически всех этих заболеваний играют роль психические факторы. В практике часто приходится сталкиваться с тем, что заболевание признано психосоматическим, а лечение ограничивается фармпрепаратами и дыхательной гимнастикой. Это наводит на мысль о необходимости изменения подхода в лечении психосоматических заболеваний, привлекая к этому процессу психологов и психотерапевтов.

Степень разработанности проблемы.

В научной медицинской литературе существует множество описаний определения бронхиальной астмы, вариантов этиологии и патогенеза данной патологии, об этом пишут, как отечественные доктора: А.Г. Чучалин, С.Б. Болевич, С.Ю. Каганов, В.И. Крылов, Н.А. Геппе, И.М. Воронцова, и многие др., так и зарубежные исследователи: R.J. Wright, B.J. Spittle, T. Ritz и т.д.

В медико-психологической литературе широко представлены попытки осмысления психологического аспекта в терапии бронхиальной астмы: Ф. Александер, Ю.А. Антропов, Г.А. Арина, Ф.Б. Березин, и многие др.

Данные различных исследователей представляют собой достаточно противоречивый материал, касающийся, в основном, отдельных личностных черт больных. Более поздние работы связаны со сравнительным анализом некоторых психосоматических взаимоотношений при бронхиальной астме. Многие работы посвящены особенностям семейного воспитания детей, у которых развивается заболевание, и в связи с этим разрабатываются методики семейной психотерапии.

Развитие психосоматики в русле медицины имеет важное следствие: психология как наука о закономерностях душевной жизни человека оказалась на периферии изучения проблемы, поэтому эффективное решение прикладных задач наталкивается на слабую разработанность сложных теоретических проблем психологии в психосоматике. При этом остается не вполне исследован вопрос о том, на какие мишени необходимо воздействовать психотерапевтическими методами.

Все вышеизложенное требует дальнейших исследований, и разработку адекватных методов психотерапии.

Данное исследование направлено на изучение влияния психических процессов на симптомы бронхиальной астмы. На сегодняшний день установлено, что существует патогенное действие психики в области дыхательного аппарата. Пагубное влияние на развитие болезни могут оказывать состояния нервного напряжения, отрицательные эмоции, депрессивные состояния.

Объект исследования — случаи бронхиальной астмы, возможными причинами развития которых, являются психические факторы.

Предмет исследования — механизм психотерапевтического воздействия на частоту приступов бронхиальной астмы.

Цель работы — оценить влияние психических процессов на клиническую картину бронхиальной астмы, выполнить апробацию методов психологического воздействия, направленных на снижение частоты и тяжести приступов БА, оценка их результативности.

Задачи:

1. Проанализировать литературу, направленную на исследование психосоматической связи, с целью определения степени проработанности выбранной темы.

2. Дать теоретическое обоснование образования психосоматической связи. Дать теоретическое обоснование представлениям о триггерах симптомов бронхиальной астмы.

3. Изучить роль клеточной мембраны, в возникновении приступов бронхиальной астмы. Выделить экзогенные и эндогенные факторы, влияющие на дестабилизацию мембраны.

4. Разработать модель психотерапевтических вмешательств, направленных на снижение уровня дестабилизации мембраны.

5. Спланировать формирующий эксперимент для работы с больными бронхиальной астмы.

6. Составить набор методов психологического воздействия (неврачебной психотерапии), основываясь на теоретическую модель возникновения симптомов бронхиальной астмы предложенной в результате теоретического анализа.

7. Спланировать и провести исследование, позволяющее объективно оценить физиологические эффекты психотерапевтического воздействия.

Гипотезы:

1. Применение методов неврачебной психотерапии по отношению к больным бронхиальной астмой с психосоматическим генезом ведет к улучшению физиологических показателей здоровья участников:

- а) снижению уровня медиаторов воспаления в крови больных.
- б) показателей спирометрии.

2. Применение методов неврачебной психотерапии по отношению к больным бронхиальной астмой с психосоматическим генезом, ведет к смягчению тяжести симптомов в субъективном восприятии клиентов: затрудненное дыхание, одышка.

Научная новизна результатов.

В нашей работе мы отразили воздействия психотехническими средствами на уровни (мишени) посредством составленной модели, и что особенно важно нашли объективные критерии оценки, которые показывают эффективность психотерапевтических воздействий.

Практическая значимость исследования

Результаты исследования могут быть использованы в практической деятельности психологов, работающих с психосоматическими больными, психотерапевтами — как для проведения индивидуальной психотерапии, так и при групповой работе. Взаимодополняющее применение лекарственных препаратов и применение методов психологической коррекции, которая базируется на интегральном понимании механизмов возникновения соматического нарушения, позволит психологам и психотерапевтам более эффективно осуществлять психотерапевтические мероприятия, т.к. они будут работать уже не с симптомом, а с причиной нарушения.

Адаптированные, разработанные и опробованные в ходе данного эксперимента методики могут быть использованы для ранней диагностики предрасположенности к психосоматическим заболеваниям.

Знание личностных особенностей и закономерностей, наблюдаемых при определенных психосоматических заболеваниях, позволят вносить изменения в глубокие личностные структуры, которые выступают в качестве факторов, влияющих на генезис и динамику бронхиальной астмы.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ КАК ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

1.1 Значение исследования психосоматических аспектов бронхиальной астмы

1.1.1 Феноменология психосоматического аспекта бронхиальной астмы

Бронхиальная астма (от греческого *asthma* — тяжелое дыхание, удушье) — это хроническое заболевание лёгких, поражающее людей всех возрастных групп. Оно может протекать в виде единичных, эпизодических приступов либо иметь тяжёлое течение с астматическим статусом и летальным исходом.

Опыт показывает, что врачи, призванные лечить БА практически не исследуют и не учитывают психологические факторы возникновения и развития болезни. Приведем несколько типичных примеров.

1. Андрей С., 19 лет, диагноз «бронхиальная астма» был поставлен в 2 года, в 7 лет его сняли, потому что болезнь перестала проявлять себя. В возрасте 11 лет у него внезапно случился новый приступ. В тот день он перенервничал, выступая перед публикой, да еще простыл немного. Дома чувствовал себя нормально и вдруг стал задыхаться в кашле. Ни сидя, ни лежа, ни стоя не мог найти положение, чтобы облегчить себе дыхание. Врач сказал, что теперь бронхиальная астма будет его сопровождать всегда, нужно принимать таблетки, использовать ингалятор, опасаться простуд, не нервничать и исключить аллергены. Игорь уточнил, что при сильном стрессе и эмоциональных переживаниях начинается кашель, который сопровождается тяжелым удушьем.

Из анализа данного случая видно, что доктор сделал «установку» на продолжение болезни, а также не отследил возможную причину приступа БА, ограничиваясь при этом дежурными фразами, «не нервничай», «опасайся простуды», «используй ингалятор», «исключи аллергены».

2. Игорь 9 лет: Обострение бронхиальной астмы. Со слов матери у ребенка в течение года не было приступов, а все началось после того, как они начали жить отдельно с отцом ребенка (развод родителей). Со слов матери ребенок очень привязан к отцу и когда с ним говорят об отце, то у ребенка начинается одышка, и он не может ничего говорить начинается кашель, и он задыхается. С тех пор как отец не живет с ними, ребенок болеет, и уже три месяца не ходит в школу, так как сильный кашель и насморк. При индивидуальном общении с ребёнком выяснилось, что для него очень важно взаимоотношение в школе, что не все дети с ним играют и общаются и он в этом винит болезнь, т.к. часто из-за болезни пропускает школу.

При анализе данного клинического случая видно, что при сборе анамнеза данные психического состояния доктором пульмонологом не были учтены, возможно вследствие этого лечение, которое продолжалось в течение 3 месяцев, улучшение в состоянии здоровья мальчика не принесли.

3. Екатерина 11 летняя школьница: Бронхиальную астму ей поставили в шесть 6 лет, когда она начала ходить в нулевой класс. Со слов матери дочь начала испытывать тревогу и напряжение, и все это началось в средней школе. Она была круглой отличницей и постоянно беспокоилась, об оценках, как отреагируют родители и что скажут о ней друзья, другие дети и учителя. Ее беспокоило, то насколько быстро она соображает, на уроках, а из-за беспокойства у нее при решении задания на уроке начинается приступ и проходит только после использования ингалятора. Родители ребенка требовательные и все время говорят, о том, что нужно хорошо учиться.

Из данной ситуации видно, что врач пульмонолог не обращает внимания на возможный пусковой механизм приступа БА, (из анамнеза: нервное напряжение) т.к. назначает только ингаляционные средства. Родители девочки делают акцент только на учебном процессе, не обращая внимание на психоэмоциональное состояние дочери.

4. Девочка 9-летнего возраста. У нее внезапно появляется одышка, свистящие хрипы, когда она приходит в гости к подруге, у которой есть кот.

Доктор пульмонолог назначает антигистаминные и ингаляционные препараты. При сборе анамнеза мать девочки говорит о том, что девочка любит животных, и когда она видит любое животное даже по телевизору, у нее наступает эмоциональное возбуждение.

В данном случае можно предположить, что доктор не обращает внимания на данные из анамнеза vite. А из него можно видеть, что триггером приступа БА может являться психоэмоциональное состояние девочки.

5. Женщина 30 лет. Во время простуды были отмечены появление заложенности в груди, кашель с затруднением дыхания, чувство нехватки воздуха. Из анамнеза: болеет 2 месяца, незадолго до этого, женщину сократили с работы. Она сильно переживала, поэтому поволну. Работала начальником отдела, т.к. в ее городе, с ее специальностью работу найти не очень просто, она устроилась на низкоквалифицированную работу с маленькой заработной платой. Доктор ставит Ds: Дебют БА, и назначает стандартное лечение при данном заболевании.

Проведя анализ данного клинического случая видно, что тактика доктора исключила связь между психоэмоциональным состоянием больной, с началом болезни

6. Алексей 45 лет. Болен БА 6 лет. Возникает отдышка при физической нагрузке, которая проходит не сразу, после прекращения занятий. Купирует приступ ингаляционными лекарственными средствами, или старается отрегулировать дыхание самостоятельно, используя дыхательную гимнастику. При разговоре с Алексеем он отмечает, что заболевание началось внезапно в 39 лет. Начало заболевания связывает с появлением лишнего веса. Из анамнеза vite: в 37 лет Алексей развелся со своей женой, причиной развода явилась измена жены. Алексей живет один, ведет замкнутый образ жизни (после работы домой, встречается с родственниками и друзьями примерно 1 раз в квартал, личная жизнь не устроена, с его слов). К докторам не обращался давно, т.к. есть навыки купирования приступов (в виде ингаляционных средств и дыхательной гимнастики).

Из данного случая видно, что пациент находится в подавленном состоянии (с его слов), которое требует психологическую помощь. Можно предположить, что стрессовая ситуация в его жизни сыграла не последнюю роль в возникновении его заболевания.

Исходя из приведенных случаев, можно сделать вывод, что этиология бронхиальной астмы разнообразна, судить о первопричинах развития симптомов бронхиальной астмы не предоставляется возможным, и что необходим учет психосоматического статуса как одного из условий эффективного лечения БА.

Таким образом, **объектом данного исследования** выступают случаи БА, в анамнезе которых можно предположить наличие психоэмоционального статуса, выраженность которого представлена у больных БА по-разному: от минимальной симптоматики до значительных клинических проявлений, составляющих основную клиническую симптоматику БА.

1.1.2 Актуальные аспекты снижения заболевания бронхиальной астмой

Бронхиальная астма (БА) является распространенным заболеванием, наносящим существенный урон здоровью человека. Эпидемиологические исследования последних лет свидетельствуют о том, что от 4 до 10% населения планеты страдают БА различной степени тяжести (*Овчаренко, 2002*).

Сегодня в мире почти каждый десятый человек болен бронхиальной астмой. БА не делает различий между бедными и богатыми, молодыми и старыми. Одинаково процветает в странах с жарким и умеренным климатом, с развитой и неразвитой экономикой (*Статистика OSM Россия*)¹.

Печальным фактом является то, что, несмотря на научные достижения в области этиологии и наличие новых лекарственных средств, по данным медицинской статистики (*Статистика OSM Россия*), заболеваемость и смертность от бронхиальной астмы постоянно возрастают.

¹ Статистика OpenStreetMap по регионам РФ

Более 300 миллионов пациентов в мире и 900 тысяч в России — такова официальная статистика заболеваемости бронхиальной астмой. Чаще всего этот диагноз встречается в больших городах. Несмотря на бурное развитие медицины, количество астматиков повсеместно растет (*ФГБУ ЦНИИ ОИЗ*)².

Заболеваемость бронхиальной астмой (БА) среди взрослой популяции составляет около 5%, а у детей достигает 10%. БА представляет серьезную медико-социальную проблему с учетом частых трудопотерь, нарушения качества жизни пациентов, высоких затрат на лечение.

Заболевание может возникнуть в любом возрасте; примерно у половины больных бронхиальная астма развивается до 10 лет, ещё у трети — до 40 лет. Среди детей, больных бронхиальной астмой, мальчиков в два раза больше, чем девочек. К возрасту в 30 лет соотношение полов выравнивается (*ФГБУ ЦНИИ ОИЗ*).

При этом по информации специалистов, реальное количество страдающих бронхиальной астмой в 5-6 раз больше официальных данных. Причина такого разительного отличия — симптомы бронхиальной астмы: хрипы в груди, одышка, кашель, которые часто воспринимаются как признаки других болезней, а сама бронхиальная астма диагностируется на поздних стадиях.

По мнению академика А.Г. Чучалина, болезни органов дыхания к 2014-2016 гг. станут ведущей патологией среди населения России (*Чучалин, 2006*).

На 2015 год в Тюменской области зарегистрировано случаев бронхиальной астмы, включая впервые выявленных 15897. Это составляет 17 % от общей заболеваемости в Тюменской области, и если говорить про первенство нозологий, то болезни органов дыхания стоят на 4 месте (*ФГБУ ЦНИИ ОИЗ*).

Множество госпитализаций и подавляющее число детских смертей можно было бы избежать, если бы врачи педиатры своевременно ставили

² ФГБУ ЦНИИ ОИЗ – федеральное государственное бюджетное учреждение центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения

диагноз БА. За 20 лет можно спасти более 100 000 детских жизней, и сэкономить триллионы рублей, потраченных на лечение детей, с не установленной формой бронхиальной астмы.

Ежегодно в мире от БА умирают 250 000 человек. Лидируют по показателям смертности Китай и Россия: 36,7 и 28,6 на 100 000 населения соответственно (ФГБУ ЦНИИ ОИЗ)³. Статистика определяет необходимость совершенствования медицинской и психологической помощи населению с заболеваниями органов дыхания.

Современная концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации в качестве основных направлений в совершенствовании организации медицинской помощи рассматривает перераспределение части объемов помощи из стационарного сектора в амбулаторный,¹ т.е. развитие амбулаторно-поликлинических учреждений. В настоящее время большинство больных с БА госпитализируются, что приводит к большим финансовым затратам, вот, например, стоимость 1 койко-дня в пульмонологическом отделении 1141,76 рублей. Средний койко-день в стационаре составил 16,2 дня. Учитывая это, на 1 больного в стационаре потрачено 18 496,5 рублей. Стоимость одного посещения врача-пульмонолога с учетом всех затрат составляет 190,68 рублей. В условиях поликлиники при обострении заболевания пациент посещает пульмонолога в среднем 5 раз, стоимость лечения обострения составляет 953,4 рубля. При лечении пациентов в поликлинике в 10,0 раза ниже затраты на медикаменты и расходные материалы; ниже расходы на заработную плату и начисления на заработную плату в 4,7 раза, так как исключается работа медицинского персонала в ночное время и в выходные дни; отсутствуют расходы на питание. Ориентировочный экономический эффект за счет снижения стоимости оказания медицинской помощи в условиях поликлиники составил на одного больного 17 543,1 рублей. Таким образом, лечение обострения

³ ФГБУ ЦНИИ ОИЗ – федеральное государственное бюджетное учреждение центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения

заболевания в условиях поликлиники в 19,4 раза ниже, чем в стационаре (*Статистика OSM Россия*)⁴.

Экономическая эффективность внедрения современных технологий диагностики и лечения БА оценивается по таким показателям, как заболеваемость, госпитализация, инвалидизация, смертность, число вызовов скорой медицинской помощи (СМП), временная нетрудоспособность (ВН), методы фармакоэкономического анализа (*Медников, 1997*).

Опираясь на статистические данные, мы видим, что существует значительная выгода лечения больных БА на догоспитальном уровне. Однако организация лечебного процесса в амбулаторно-поликлинических условиях затруднена из-за отсутствия методологического обеспечения.

Несмотря на значительное количество литературы, посвященной лечению БА, врачи общей практики недостаточно информированы о новых представлениях БА, как хроническом воспалительном заболевании, требующем длительного лечения и не только базисными препаратами. Так же необходимо, формировать партнерские отношения с пациентами, для обучения больных навыкам самоконтроля и самонаблюдения, что приводит к меньшей обращаемости за медицинской помощью.

В настоящее время отсутствуют методологические подходы к комплексному внедрению современных программ, новых технологий в диагностике и лечении БА.

Из выше сказанного можно сделать выводы, что актуальность проблемы состоит еще и в том, что, несмотря на предпринимаемые действия, рост числа хронических больных БА увеличивается, возможно, необходимо создание реабилитационных программ с учетом психофизиологических факторов воздействия на здоровье человека.

⁴Статистика OpenStreetMap по регионам РФ

1.1.3 Практическая значимость работы

Одной из центральных проблем в комплексном лечении болезней органов дыхания является использование методов коррекционного и психотерапевтического воздействия на психоэмоциональный статус больных (Чучалин, 1997). Однако до настоящего времени не выделены значимые для психотерапевтической помощи симптомокомплексы психосоматических расстройств у больных, не разработаны оптимальные методы психотерапевтического воздействия с учетом возрастных и личностных факторов, что значительно снижает эффективность вторичной профилактики и терапевтического лечения больных БА.

Уместно указать ***трудности***, с которыми сталкиваются врачи-пульмонологи при лечении и диагностике бронхиальной астмы у больных (Бушueva, 1963):

- Нет надежной информации об эмоциональных факторах и ограничения в социальной деятельности человека.
- Многие больные БА не полностью осознают влияние болезни и заявляют, что ведут «нормальный» образ жизни. Понятие «нормальности» у них, возможно, основано на изменениях и ограничениях, которые они уже включили в свой образ жизни, или как следствие маскировки этих ограничений, желания «жить как все».
- Не проводится психологическая диагностика.
- Нет стандартов лечения, которые бы включали в себя интегрированный комплекс знаний психологии, физиологии.

В лечении БА главное — ***терапевтическое сотрудничество***. Если пациент понимает врача, доверяет ему, умеет пользоваться назначенными устройствами, правилами приема лекарственных препаратов, то вероятность достижения контроля над болезнью достаточно высока (Чучалин, 2008).

В настоящее время спектр возможных проявлений психосоматических взаимоотношений при бронхиальной астме в клинической практике сформулирован как «астматический дистресс» (Чучалин, 1997), но это

понятие не наполнено клиническим содержанием с точки зрения значимых для оказания психотерапевтической помощи пограничного уровня, а именно, астенических, тревожно-депрессивных состояний, личностных реакций «тревожного ожидания», а также других фиксирующихся в процессе болезни аномально-личностных нарушений.

Касаясь собственно *психотерапевтических методов лечения БА*, необходимо отметить психодинамические бихевиоральные подходы (релаксация, функциональная разрядка, десенсибилизация и биообратная связь), гипноз, групповую психотерапию, семейную терапию, долгосрочную индивидуальную психотерапию, а также аутотренинг. Показано, что эффект психотерапевтических вмешательств тем выше, чем раньше (до появления необратимых патофизиологических изменений) начато лечение. В противном случае их эффективность не превышает тех, которые даны как простые советы и поддержка (*Гельдер, 1999*).

В настоящее время в психотерапии доминирует тенденция к интегративному подходу, в том числе в связи с индивидуальными социальными и национально-психологическими особенностями, так что сегодня мы говорим о мультимодальной системной российской модели психотерапии (*Макаров, 2000*). Таким образом, появляется возможность более дифференцированного психотерапевтического подхода в каждом отдельном случае и, вероятно, повышения курабельности многих заболеваний, в том числе и психосоматических.

Практическая значимость заключается в возможности использования результатов исследования специалистами медицинского учреждения (врач ЛФК, пульмонолог, терапевт, психолог-психотерапевт), что приводит к повышению эффективности терапии больных бронхиальной астмой, снижению в связи с этим количества осложнений, а также частоты и длительности госпитализации по данному заболеванию. Но в свою очередь данные специалисты так же испытывают определенные сложности в лечении БА:

Врач ЛФК не владеет приемами релаксации, что вызывает сложность при работе с больными бронхиальной астмой т.к. принцип правильного дыхания работает при полном расслаблении мышц грудной клетки.

Врач пульмонолог, и терапевт, также не владеют психотерапевтическими приемами, которые позволяли бы научить пациента приемами релаксации и аутотренинга для профилактики приступов астмы.

Дынный подход к проблеме, показывает необходимость наличия в амбулаторно-поликлинических учреждениях психологов или психотерапевтов. Но современная кадровая политика данных штатных единиц не предусматривает. Поэтому выход из сложившейся ситуации может быть в том, что таким специалистам как пульмонолог, терапевт, фельдшер фельдшеско-акушерского пункт (ФАП) необходимо в интересах пациента рекомендовать ему посещение психолога или психотерапевта в частном порядке.

1.2 Психосоматические аспекты бронхиальной астмы в научной литературе

В данном разделе мы проанализируем научные литературные источники, с целью ответа на такие вопросы как: Что такое бронхиальная астма? Какие факторы, располагают к развитию бронхиальной астмы? Какие авторы рассматривают бронхиальную астму как психосоматическое заболевание? А также рассмотрим работы авторов, которые объясняют физиологическое происхождение БА.

1.2.1 Анализ определений бронхиальной астмы в научной литературе

В научной литературе существуют множество определений данной патологии, и каждое из них отражает важную особенность болезни.

1. Бронхиальная астма — хроническое воспаление воздухоносных путей (*Болевич, Даниляк, 1995*). Данное определение носит общий характер, не отражает специфику именно астмы.

2. Бронхиальная астма — хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, сопровождающееся их повышенной чувствительностью к внешним и внутренним стимулам и проявляющееся периодически возникающими приступами удушья (*ФГАУ ЛРЦ*)⁵. Здесь мы видим общее описание симптомов, характерных не только для БА.

3. Бронхиальная астма вне зависимости от ее тяжести — хроническое заболевание, в основе которого лежит аллергическое воспаление (*Генне, 2012*). Здесь имеется указание на характерные патогенетические механизмы, правда, в самом общем виде.

4. «Бронхиальная астма (БА) — это синдром, характеризующийся обструкцией дыхательных путей, обусловленной самыми различными причинами, разрешающийся спонтанно или под действием лекарственных препаратов» (*Чучалин, 2001, с. 10*). Критерий «самыми различными причинами», к сожалению, не добавляет их понимания.

5. «Бронхиальная астма — это хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, в котором принимают участие многие клетки и клеточные элементы. Хроническое воспаление обуславливает развитие бронхиальной гиперреактивности, которая приводит к повторяющимся эпизодам свистящих хрипов, одышки, чувства заложенности в груди и кашля, особенно по ночам или ранним утром. Эти эпизоды обычно связаны с распространенной, но изменяющейся по своей выраженности обструкцией дыхательных путей в легких, которая часто бывает обратимой, спонтанной, либо под действием лечения» (*Чучалин, 2008, с. 107*). Здесь более детально прописаны характерные симптомы, но еще без указания возможных механизмов.

6. Бронхиальная астма — это хроническое воспалительное заболевание нижних дыхательных путей, характеризующееся вариабельной и обратимой бронхиальной обструкцией, а также гиперреактивностью бронхов —

⁵ Федеральное государственное автономное учреждение Лечебно-реабилитационный центр Минздрава России.

повышенной их чувствительностью к различным раздражающим стимулам, находящимся преимущественно во вдыхаемом воздухе, прежде всего аллергенам (<http://pulmonolog.com/content/bronkhialnaya-astma>). Отмечены возможные стимулы, приводящие к возникновению приступов астмы.

7. "Бронхиальная астма представляет собой хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, в развитии которого принимают участие множество элементов, включая гладкие мышечные клетки и эозинофилы. У людей с повышенной чувствительностью подобное воспаление вызывает симптомы, обычно связанные с наличием распространенной обструкции дыхательных путей различной степени выраженности, обратимой спонтанно либо под действием проведенного лечения, а также повышение чувствительности дыхательных путей к различным стимулам" (из материалов Международного консенсуса по проблемам диагностики и лечения бронхиальной астмы с.8). Это, пожалуй, самое полное из приведенных определений.

8. Астма — периодическое сужение дыхательных путей, вызывающее одышку и свистящее дыхание (МКБ -10)⁶. В МКБ-10 определения даются на синдромальном принципе, а сама БА относится в группу психосоматических расстройств.

Анализ определений позволяет дать следующие комментарии к ним:

А. обращает внимание факт отнесения бронхиальной астмы к хроническому, неизлечимому процессу. Закладывая в определение признак «хронический», мы рискуем тем, что в восприятии специалистов она навсегда останется неизлечимой.

Б. Признаки БА в МКБ-10 разбросаны по разным рубрикам, что не только не проясняет место этой широко распространенной патологии, но уменьшает шансы ее адекватного диагностирования и терапии.

В. В определениях не указываются факторы и механизмы возникновения и течения заболевания, и путей его хронизации.

⁶ МКБ-10 – международная классификация болезней 10 пересмотра

Г. Неясна роль психологических факторов в этиогенезе заболевания.

Таким образом, современная концепция патогенеза бронхиальной астмы постулирует, что в его основе, вне зависимости от степени тяжести заболевания, лежит хронический специфический воспалительный процесс в бронхиальной стенке, приводящий к спазму, отеку слизистой, гиперсекреции слизи и бронхиальной обструкции в ответ на воздействие различных триггеров. Закономерно возникает вопрос: какой процесс в организме вызывает такую ответную реакцию, и что можно сделать, чтобы эту реакцию нивелировать? В этих вопросах постараемся разобраться в следующих параграфах.

1.2.2 Факторы риска развития бронхиальной астмы

В медицинском понимании фактор риска — это сочетание условий, агентов, определенное физиологическое состояние, образ жизни, значительно увеличивающее подверженность той или иной болезни, повышающее вероятность утраты здоровья, возникновения, рецидивирования и прогрессирования болезней (*Вельтищев, 1994*).

В психологической литературе факторы риска развития какого-либо заболевания рассматриваются, как психогенный фактор измененных, непривычных условий существования, характерных наличием угрозы для жизни (*Головин, 1997*).

Из материалов GINA 2015⁷ видно разнообразие причин возникновения бронхиальной астмы:

«В настоящее время показано, что в патогенезе БА участвуют многочисленные гены, причем в различных этнических группах эти гены могут быть разными, ожирение также является фактором риска бронхиальной астмы. Определенные медиаторы, в частности лептин, могут влиять на функцию дыхательных путей и увеличивать вероятность развития бронхиальной астмы» (*GINA 2015 с.5*).

⁷ Global Initiative For Asthma – глобальная инициатива по борьбе с бронхиальной астмой

«Мужской пол является фактором риска БА у детей. У детей в возрасте младше 14 лет распространенность БА почти в два раза выше у мальчиков, чем у девочек» (*GINA с.5*).

«Аллергены помещений и внешние аллергены могут вызывать обострения БА, их специфическая роль в развитии БА не вполне ясна» (там же с.5).

«С формированием астматического фенотипа связывают различные вирусные инфекции в младенческом возрасте. Респираторно — синцитиальный вирус (РСВ) и вирус парагриппа формируют симптоматическую картину (включая бронхолит), во многом напоминающую проявления БА у детей» (*GINA с.6*).

«Известно свыше 300 веществ, взаимосвязанных с развитием профессиональной БА, которую определяют как БА, обусловленную контактом с аллергеном на рабочем месте» (*GINA с.7*).

Из данного источника мы видим, что факторы риска развития многообразны, но обращает на себя внимание то, что в докладе рабочей группы GINA 2015г. не в полной мере рассматривает влияние психических факторов на развитие бронхиальной астмы и также не рассматривается психопрофилактика, контроль над приступами бронхиальной астмы и лечение с помощью психокоррекционных методов.

Среди факторов, определяющих индивидуальные особенности течения БА, особое внимание заслуживают различные сочетания экзогенных и эндогенных факторов риска. Эндогенные факторы риска включают генетическую предрасположенность, наличие атопии и гиперреактивности дыхательных путей, половые и этнические особенности. К экзогенным факторам риска относятся аллергены помещений и окружающей среды, профессиональные сенсibilизаторы, табакокурение, респираторные и паразитарные инфекции, особенности питания и медикаментозное лечение. (*Усвяцов, 1998*).

Клинические проявления заболевания возникают лишь в случае наложения на генетические дефекты экзогенных факторов риска. И отсюда у нас возникает вопрос, что же все-таки, является пусковым механизмом или причиной развития заболевания у конкретно каждого человека.

В изучаемых источниках большое значение уделяется сочетанию эндогенных и экзогенных факторов, и мы обратили внимание на то, что психологический компонент не включен ни в один из этих факторов.

«Курение матери во время беременности связывают с последующим снижением показателей легочной функции у новорожденного. Это увеличивает риск обструкции и, следовательно, астмы в более поздние периоды. В недавних исследованиях изучили влияние курения (во время беременности и после рождения ребенка) на развитие астмы и обструкцию у детей. Первое исследование включало 620 школьников в возрасте от 7 до 9 лет с астмой. Постоянное курение мамы было достоверно связано с наличием астмы/обструкции у детей. Второе исследование (11 534 ребенка из 24 штатов США и Канады) выявило, что дети, которые подвергались пассивному курению, имели достоверно более высокий риск обструкции при переохлаждении, более частые обращения за помощью в связи с обструкцией, обструкцией при физической нагрузке и чаще получали лекарственную терапию в связи с обструкцией за последний год» (Огородовой, Астафьева, 2001 с. 45).

В равной степени опасность представляет и менее глобальный факторы, например курение (GINA 2007). Табачный дым содержит: никотин, окись углерода, цианистый водород, ацетон, аммиак, акролеин, муравьиную кислоту, бензол, формальдегит, ароматические амины, полоний -210 и еще более 3000 вредных веществ.

Исходя из данных о том, что курящих в России более 50%, возникают вопросы: Каких факторов недостает, что бы у 50% населения возникла бронхиальная астма? Как вычислить совокупности факторов риска для причины развития бронхиальной астмы у конкретного человека?

На все эти вопросы необходимо ответить, для того чтобы, понимать с каким фактором нам необходимо работать, с целью снижения его негативного влияния на причину развития бронхиальной астмы.

Факторы бронхиальной астмы — аллергены (бытовые, эпидермальные, инсектные, пылевые, грибковые, пищевые, лекарственные, профессиональные аллергены). Эндогенные этиологические факторы (нарушение метаболизма арахидоновой кислоты под влиянием аспирина, гиперактивность бронхов по отношению к физической нагрузке, нервно-психические варианты БА, дисгармональные нарушения при дисфункции яичников и недостаточности глюкокортикоидной функции надпочечников. Факторы, способствующие возникновению БА (респираторные инфекции, воздушные — химические вещества, концентрирующиеся в атмосфере, табачный дым). Факторы, способствующие обострению БА (триггеры) к ним относятся метеорологические условия, В-блокаторы, ППВС, препараты раувольфии. (*«Медицина» 2009 №2*).

Загрязнение воздуха, являясь одним из усугубляющих факторов развития астмы и обостряющим ее течение, безусловно, необходимо учитывать при изучении распространенности данной патологии (*Биличенко, 1992, 2004*); БА встречается в 1,8 раз чаще в загрязненных районах, и протекают более тяжело и длительно за счет снижения общей реактивности (*Гимадеев, 1996*).

Развитие профессиональной астмы имеет объективную тенденцию к росту в связи с увеличением химических технологий, связанных с раздражителями бронхов. Профессиональная астма составляет от 2 до 15% всех случаев заболеваний астмой у взрослых в индустриально развитых странах. По данным некоторых авторов (*Васильева, 2001*) достоверных сведений о распространенности профессиональной бронхиальной астмы нет, так как из-за заболевания работники вынуждены срочно перевестись на другую работу или уволиться.

В научной литературе некоторые авторы, хоть косвенно, но называют влияние психологических факторов на развитие бронхиальной астмы.

Из генетических факторов риска наиболее значимыми являются личностные особенности больных — акцентуированные черты характера (эмоционально-лабильный, истерический, лабильно-истерический типы), которые выявлены в подавляющем большинстве (более 90%) случаев. Несколько реже выявляются патологические особенности личности родителей, причем у матерей отклонения в характере отличаются в два раза чаще, чем у отцов, почти половина родственников больных страдают психосоматическими расстройствами, а четверть — с поражениями тех же органов и систем и лишь у шестой части детей отягощенность наследственности психическими, преимущественно непсихического уровня, заболеваниями. (*Антропов, Шевченко, 2002*).

Бройтиган В., Кристиан П., Рад М. (2000) при бронхиальной астме выделяют в основном следующие факторы риска: психосоматические, инфекционные, аллергические.

Психосоциальные факторы риска характеризуются патологическим воспитанием (гиперпротекция или кумир семьи), нарушением системы мать и дитя, наличием братьев и сестер, посещением детских учреждений, менее значимы психоэмоциональные перегрузки, неполная семья, алкоголизация родителей и конфликты в семье, смерть родителей или родственников, болезнь близких, изменение стереотипа общения. В среднем выделяются от двух до трех (2,6) психосоциальных факторов.

Среди зарубежных публикаций (*Wright, 2004*) так же обращается внимание на то, что бронхиальная астма является классическим примером многофакторной обусловленности болезни, при котором взаимодействуют многочисленные соматические и психические факторы риска.

Проанализировав данные источники, мы обратили внимание на то, что ни в одном из источников не проводится четкой границы различия между факторами риска и причинами заболевания, авторы подменяют одно понятие

другим, этой же логикой воспользуемся и мы, но с оговоркой, факторами мы будем называть общепринятые факторы, а причины мы рассматривать не будем, предполагая то, что для каждого человека, причина — это набор неизвестных факторов, которые надо рассматривать сугубо индивидуально.

В следующем параграфе отдельно рассмотрим БА как психосоматическое заболевание, т.е. факторами риска развития возможно являются аффективные реакции в жизни человека.

1.2.3 БА как психосоматическое заболевание

Одной из первых к проблемам развития психосоматических нарушений обратилась психоаналитическая школа (*Barsky, 1983, Neild, 1986*). Все имеющиеся на сегодняшний день теории формирования психосоматических расстройств опираются на клинические наблюдения. С позиций культурно-исторического подхода, культурный и психосоциальный факторы непосредственно участвуют в формировании телесных феноменов. В работах А.Ш. Тхостова (2002), В.В. Николаевой, Г.А. Ариной (2005) представлены закономерности и механизмы становления в онтогенезе таких психосоматических феноменов как образ и схема тела, представлена концепция «культурного тела», встроенного во временную социальную перспективу.

В процессе многолетнего изучения патогенеза БА периодически возрастал интерес исследователей к анализу психоневрологических изменений у больных БА. По мере накопления клинических и экспериментальных данных возникла необходимость выделения психологических факторов и поведенческих особенностей, оказывающих влияние на развитие и прогрессирование БА (*Семенова, 1997*). БА считается типичным психосоматическим заболеванием, и входит в классическую семерку психосоматозов (*Тополянский, Струковская, 1986*). Это значит, что симптомы и синдромы нарушений соматической сферы обусловлены индивидуально-психологическими особенностями человека и связаны со

стереотипами его поведения, реакциями на стресс и способами переработки внутриличностного конфликта (*Менделевич, 1998*).

В современной медицине раздел психосоматики представляют исследования (клинические, психологические, эпидемиологические, лабораторные), освещающие роль стресса в патогенезе соматических заболеваний, связь патохарактерологических и поведенческих особенностей с чувствительностью или устойчивостью к определенным соматическим заболеваниям, зависимость реакции на болезнь («поведения» в болезни) от типа личностного склада, влияние некоторых методов лечения на психическое состояние (*Смулевич, 2000*). Как психосоматическое заболевание БА ассоциируется с нарушениями интегративных взаимоотношений между центральной нервной, вегетативной и иммунной системами (*Труфакин, 2005*). Многообразные психосоматические расстройства объединяет общий признак — сочетание нарушений психической и соматической сферы и связанные с этим особенности медицинского обслуживания больных, которое предполагает тесное взаимодействие психиатров и врачей общего профиля, осуществляемое обычно либо в медицинских учреждениях общего типа, либо в специализированных психосоматических клиниках (*Дробижев, 1998*).

Предрасположение к психосоматической патологии носит более универсальный характер. Склонность к психосоматическим расстройствам определяется целостными патохарактерологическими свойствами: хронической тревожностью, склонностью к фрустрации, истерическими и нарциссическими чертами, часто такая подверженность формируется у лиц с чертами алекситимии (*Смулевич, 2000*).

Ряд исследователей исключают астму из ряда психосоматических заболеваний, так как не находят связи между продукцией IgE⁸, особенностями личности, влиянием социальных и психологических факторов и тяжестью заболевания. Этой точки придерживается и большинство врачей-

⁸ Иммуноглобулин E

интернистов, хотя практически признают необходимость психотерапевтической работы с пациентами-астматиками (Федосеев, 1985; Куприянов, 1989). Психосоматические соотношения, отнесенные к двум вариантам психосоматических состояний (соматическая патология, амплифицированная конверсионными и другими психическими расстройствами; соматическая патология, дублированная атрибутивными соматоформными расстройствами), чаще всего наблюдаются при БА (Ребров, Кароли, 2003). В таком случае, в ряду обстоятельств, способствующих манифестации психосоматических расстройств, в качестве наиболее значимых рассматриваются психотравмирующие события (Смулевич, 2000). То есть, развитие заболевания связано с действием на неадаптированную личностную структуру человека микротравм (хронические ежедневные стрессовые ситуации) и макротравм (глобальных жизненных перемен) (Пезешкиан, 1998).

Возникшая цепочка взаимосвязанных реакций воздействует на центральную, вегетативную, эндокринную, иммунную системы (Смулевич, 2000, Wright, 2004). Однако травмирующие события являются лишь одной из составляющих патогенеза психосоматических расстройств. У некоторых больных психосоциальные и нервно-психические факторы, способствуя провокации и фиксации астматических симптомов, глубоко вплетаются в патогенетическую цепь заболевания, являются пусковым или отягощающим течение болезни, приводят к хронизации болезни (Елисеева, Бекяшева, 2000).

Среди психологических факторов, оказывающих значительное влияние на развитие и прогрессирование БА, недостаточно изученной является такая личностная характеристика больного, как алекситимия. Более того, среди больных БА алекситимия выражена наиболее сильно и выявляется большая частота алекситимических личностей (Прворотов, 2000). Основные признаки алекситимии — испытывание трудностей в распознавании и вербализации собственных эмоций, трудности определения различий между чувствами и телесными ощущениями, фиксация на внешних событиях в

ущерб внутренним переживаниям, механистичный характер мышления («*pensee operateure*» или «мышление диспетчера»), проявляющийся в неспособности фантазировать, стремлении оперировать конкретными понятиями (*Проворов, 2000*). Недостаточное осознание эмоций ведет к фокусированию эмоционального возбуждения на соматическом компоненте, что в результате приводит к развитию ипохондрических и психосоматических расстройств (*Sifneos, 1973*). Некоторые исследования позволили установить опосредованной алекситимией угнетение клеточного иммунитета, способствующее развитию соматического заболевания.

Взаимодействие психических и соматических процессов наиболее отчетливо проявляется в клинике аффективной патологии (*Дубницкая, 2000*). В течение многих лет изучалось влияние эмоциональных состояний и стрессов на функцию дыхания при БА. Лабораторные исследования демонстрировали восприимчивость дыхания к различным экспериментальным манипуляциям аффективного состояния (*Ritz, Steptoe, 2000*), в основном изучались негативные эмоции, и эти работы показывают повышение дыхательной резистентности и ухудшение легочной функции в условиях эксперимента (*Neild, Cameron, 1986*). Другие работы демонстрировали подобные дыхательные реакции с индукцией положительных аффективных состояний, предполагающие неспецифически направленную реакцию (*Ritz, Steptoe, 2000*).

Ретроспективные отчеты больных БА подтверждают эти психологические факты, а именно, изменения аффективной сферы могут инициировать симптомы астмы. Некоторые исследователи обнаруживали снижение показателей функции легких при появлении сильных как положительных, так и отрицательных эмоций (при просмотре эмоционально насыщенных фильмов) в противоположность неизменности этих показателей при нейтральном раздражителе (*Ritz, Steptoe, 2000*). Данные работы позволяют заключить, что даже небольшие экспериментально выявленные эмоциональные изменения предсказывают изменения легочной функции

больных БА. Однако все еще не известно, имеют ли значение эти экспериментально выявленные дыхательные реакции для повседневной жизни больных БА, так как эти реакции часто выпадают из общих критериев клинической значимости.

Аффективные расстройства, наряду с другими психопатологическими проявлениями при БА, возникают довольно часто (*Михайлов, 2003*), в том числе наблюдаются так называемые соматизированные депрессии. Депрессия может провоцировать соматическое заболевание, являться фактором, влияющим на адаптационные возможности пациента (*Дробижев, 2006*), ухудшающим прогноз болезни (*Дубницкая, 2000*) в большей степени, чем хронические соматические заболевания, препятствует полноценной жизнедеятельности (*Дубницкая, 2000*). Клинически очерченная депрессия у соматически больных усложняет процесс диагностики, терапии и медицинского обслуживания этого контингента (*Дубницкая, 2000*), достоверно чаще снижает качество жизни пациентов (*Mancuso, Peterson, 2000*) приводит к инвалидизации (*Смулевич, 2000*) повышает риск летального исхода от БА.

Таким образом, значение психики и социальных факторов признается практически всеми авторам, независимо от теоретических обоснований, но им отводится разное место в происхождении и утяжелении симптомов астмы. Большая часть исследований, связанных с БА, проводилась врачами-интернистами с акцентом на клиническое течение астмы и психологические качества, или психиатрами с учетом психопатологических расстройств. В последних работах нет указаний на полную связь происхождения БА с психическими факторами, которая была «традиционной» несколько десятилетий назад. Внимание исследователей сместилось в сторону изучения личностных особенностей пациентов, их реакции на болезнь и лечение, качества жизни, невротических расстройств при БА. Объектом работ становятся проблемы неконтролируемой астмы, «хрупкой астмы», *near fatal asthma*, мотивации к лечению. В настоящее время большинством

исследователей ставятся вопросы о разработке способов повышения контролируемости приема препаратов с учетом адекватной самооценки симптомов (что зависит от личностных особенностей пациента), уменьшения количества и длительности госпитализаций, повышения уровня знаний об астме и улучшения качества жизни.

В следующем параграфе мы рассмотрим психологические приемы, которые позволят нам воздействовать на механизм развития бронхиальной астмы.

1.2.5 Пути и средства психотерапевтического сопровождения (поддержки) терапии БА

Несмотря на заметное усиление интереса к психосоматической проблеме возникновения БА, отсутствует общепризнанная теория психосоматического патогенеза с учетом влияния психосоциальных факторов, что не позволяет разработать принципы и схему этиопатогенетического лечения психосоматических заболеваний. Лечение людей с психосоматическими расстройствами в медицинских учреждениях проводится без учета психосоциальных факторов. С другой стороны, надежды некоторых практических психологов, преувеличивающих значение психогенных факторов и эффективность лечения с помощью только психотерапевтических методов, также не оправдались. Причиной подобного подхода, как у врачей, так и у психологов, по мнению Г.В. Залевского (2012), являются фиксированные формы поведения профессионалов, считающих, что их видение мира — единственно правильное.

Актуальность разработки проблемы психологического содержания организационных форм и методов оказания помощи людям с психосоматическими нарушениями имеет три необходимые предпосылки:

1. Выявление базовых психологических структур, формирующихся с самых ранних этапов развития человека на основе генетических предпосылок в специфических микросоциальных условиях и выступающих в качестве

основы формирования патологических психосоматических систем, позволит *определить мишени психотерапевтических воздействий*.

2. Построение модели центра и схемы оказания комплексной психолого-медико-педагогической помощи детям и подросткам, страдающим психосоматическими расстройствами, позволит *повысить эффективность этой помощи*. Несмотря на кажущуюся разработанность проблемы и наличие множества психотерапевтических методов, используемых как в детской, так и во взрослой практике, направленность большинства из них носит симптоматический характер.

3. Огромный арсенал психотерапевтических методик, применяемых как в детском, так и зрелом возрасте, на практике представлен преимущественно либо психокоррекцией когнитивных процессов и поведенческих паттернов, либо воздействием на эмоциональную сферу ребенка методами игровой и арттерапии (Обухов, 1997). Отсутствует модель оказания комплексной помощи детям, подросткам, взрослым способной *прервать патогенный путь психосоматического развития* и избавить их и в будущем от привычки разрешать психологические проблемы «телом».

Для многих пациентов весьма полезна рациональная психотерапия с фиксацией на важности фактора эмоционального равновесия, уверенности в обратимости приступа. Для этого используются психодинамические бихевиоральные подходы (релаксация, функциональная разрядка, десенсибилизация и биологическая обратная связь), гипноз, групповая психотерапия, семейная психотерапия, долгосрочная индивидуальная психотерапия, аутотренинг. Эффект психотерапевтических вмешательств тем выше, чем раньше начато лечение (до появления необратимых патофизиологических изменений). Не вызывает сомнения, что психологический статус больного во многом определяет течение и исход БА.

Больные бронхиальной астмой нуждаются в индивидуальной психотерапевтической коррекции. Впервые гипнотерапия больных бронхиальной астмой была применена в 1888 г. В 50-х — 60-х годах 20 века

на кафедре госпитальной терапии 1 Ленинградского медицинского института (сейчас СПбГМУ) им. акад. И.П. Павлова П.И. Буль использовал в лечении бронхиальной астмы методы классического гипноза. А.Д. Зисельсон с соавт. (1996) отмечали положительную реакцию на лечение методом гипносуггестивной терапии больных БА. Релаксационные техники в лечении больных бронхиальной астмой использовал С.Ю. Куприянов (1989 г.), проводились исследования влияния гештальт-терапии на течение БА с различными патогенетическими механизмами. Проводились работы по психологической коррекции нервно-психических нарушений у пациентов с угрозой развития БА atopического генеза. При проведении гештальт-терапии хороший непосредственный результат был достигнут у 96% больных, хороший отдаленный результат (длительность ремиссии 2 года) — у 92% больных. Опубликованы наблюдения (*Mancuso, 1994*) за выздоравливающими пациентами с патологией органов дыхания, которым была применена методика психотерапевта экзистенциально-гуманистического направления И. Ялома. Групповой психотерапии подвергались амбулаторные пациенты, при этом работа проводилась с экзистенциальными проблемами, с которыми сталкивались пациенты. Изучалась эффективность групповой патогенетической терапии на базе позитивной психотерапии по Н. Пезешкиану. Была изучена эффективность применения групповой краткосрочной психотерапевтической программы "Антистресс" на базе позитивной психотерапии по Н. Пезешкиану у больных БА. По мнению Б.Д. Карвасарского (1985 г.) при определении видов лечения следует ориентироваться на глубинную личностно-ориентированную (реконструктивную) психокоррекцию — этот вид психотерапии является патогенетическим. При нем используются различные подходы, такие как гештальт-терапия, психоанализ, семейная психотерапия и др. К симптоматическим методам можно отнести гипнотерапию, аутогенную тренировку и, как ее разновидность, прогрессивную мышечную релаксацию, а также нейролингвистическое программирование, эриксоновский гипноз.

При бронхиальной астме у подростков основной задачей является коррекция самооценки, выработка более адекватных и гибких форм реакций на заболевание, совершенствование личностного контроля, восстановление у подростка коммуникативных навыков, систем отношений.

О.А. Карабанова, А.Г. Лидерс, Г.В. Бурменская (2002) рассматривают психологическую коррекцию как метод психологического воздействия, направленных на создание оптимальных возможностей и условий развития личностного и интеллектуального потенциала ребенка.

И.В. Дубровина (2003) психологическую коррекцию рассматривает как вид работы практического психолога, направленный на устранение отклонений в психическом и личностном развитии, а также работа по развитию личности, способностей.

Г.С. Абрамова (2001) как обоснованное воздействие психолога на дискретные характеристики внутреннего мира человека.

Р.С. Немов (1999) как совокупность психологических приемов, используемых психологом для исправления психологии или поведения психики здорового человека.

С.Ю. Головин (1997) как деятельность по исправлению тех особенностей психического развития, которые по принятой системе критериев не соответствует «оптимальной» модели.

Знакомство с методами психотерапевтических воздействий обращает внимание на то, что многие авторы методик не объясняют патогенез воздействия. В нашей работе мы намерены определить механизм психотерапевтического воздействия на такую патологию как бронхиальная астма, что и будет являться **предметом** нашего исследования: ***психосоматический механизм возникновения и поддержания бронхиальной астмы как мишень психотерапевтической интервенции.***

1.3 Рабочая модель механизмов возникновения и поддержания бронхиальной астмы

В рабочей модели рассмотрим уровни, на которые будем опираться для воздействия на экзогенные и эндогенные факторы возникновения приступов бронхиальной астмы.

1.3.1 Согласованное описание симптоматики бронхиальной астмы

Основываясь на Глобальную стратегию лечения и профилактики бронхиальной астмы (пересмотр 2006), можно сделать описание базовой симптоматики бронхиальной астмы, даже несмотря на то, что это заболевание имеет более десяти клинических разновидностей течения.

Для БА характерно возникновение частого приступообразного сухого, непродуктивного кашля, который через время сопровождается отхождением вязких мокрот. Дыхание больного сопровождается сильной одышкой, нехваткой воздуха, чувством сжатия грудной клетки, приступами удушья, одышки, свистящим дыханием, которое можно услышать даже на расстоянии. Приступ начинается либо остро, либо постепенно, причем при последнем варианте больной может ощущать головные боли, резкую смену настроения, крапивницу, чиханье, вазомоторный ринит (водянистые выделения из носа) и кашель.

В период, когда болезнь отступает, симптомы симметрично уменьшаются. Основными проблемами в этот период являются: наличие сухого настойчивого кашля, першение в горле и насморк, особенно в первые часы после пробуждения.

Если схематично изобразить процессы возникновения перечисленных симптомов, это будет выглядеть так, как изображено на рисунке 1:

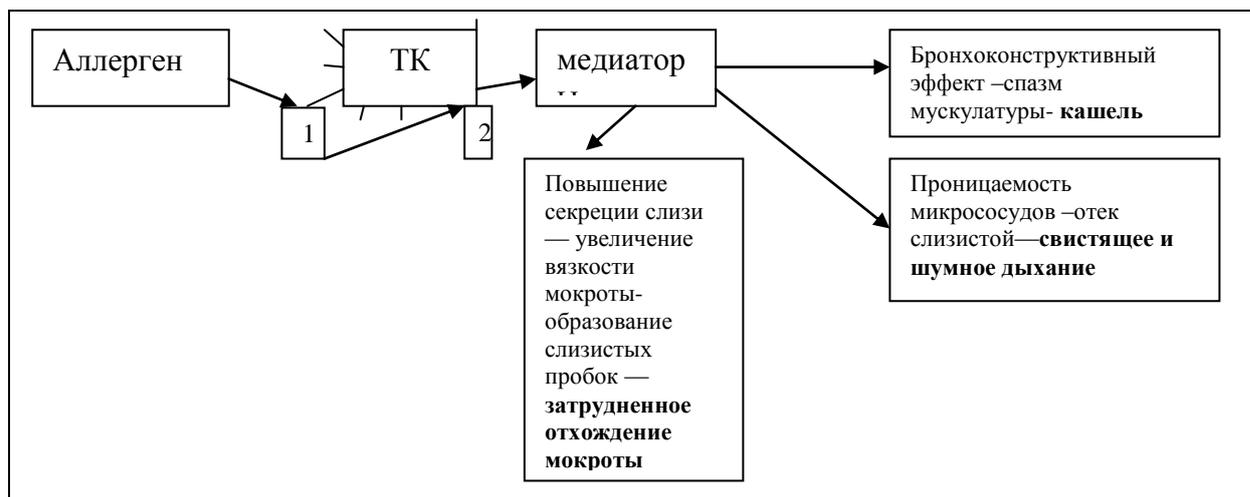


Рисунок 1 — Процессы патогенеза бронхиальной астмы

- 1- аллерген объединяется с IgE-антителом, фиксированным на тучной клетке (ТК)
- 2- происходит слияние цитоплазматической мембраны с гранулами тучной клетки с последующей дегрануляцией- выброс из гранул биологически активных веществ (медиаторов). Далее медиаторы запускают цепочку реакций.

Описанный процесс патогенеза БА — это результат исследований в рамках теорий (физиологических теорий), реконструирующих процессы на биохимическом и физиологическом уровнях функционирования организма.

1.3.2 Место мембраны среди механизмов бронхиальной астмы

При изучении механизма возникновения воспалительного процесса при бронхиальной астме обращает на себя внимание, что этот механизм основывается на иммуноопосредованных реакциях с участием разнообразных клеток и их медиаторов.

Разберемся, что из себя представляет клетка (основные структурно-функциональные элементы тканей, органов и организма в целом), и как она участвует в воспалительном процессе при БА. Для выполнения своих функций клетки поддерживают собственный гомеостаз, осуществляют обмен веществ и энергии, реализуют генетическую информацию, передают её потомству и прямо или опосредованно (через межклеточный матрикс и жидкости) обеспечивают функции организма. Любая клетка либо функционирует в границах нормы (*гомеостаз*), либо приспосабливается к жизни в изменившихся условиях (*адаптация*), либо гибнет при превышении

её адаптивных возможностей (*некроз*) или действию соответствующего сигнала (*апоптоз*) (*Литвицкий, 2009*).

Рассмотрим **клетки, которые являются триггерными в процессе воспаления**. Ключевую роль в воспалительных, в частности, в аллергических реакциях играют **тучные клетки**. Эта клетка находится в тканях тела и содержит группы биологически активных веществ, которые, высвобождаясь, вызывают симптомы аллергии. Тучные клетки сосредоточены в выстилке носа, пазухах, нижних дыхательных путях и в коже. На поверхности тучных клеток имеется множество рецепторных участков, где присутствует антитело IgE (иммуноглобулин E — ответствен за аллергию немедленного типа, функция — защита внешних слизистых оболочек организма). На каждой тучной клетке находится около 300 тысяч таких участков.

Каждая тучная клетка содержит мельчайшие «пакеты» гранул с биологически активными веществами, и каждая окружена собственной мембраной. Когда аллерген объединяется с IgE-антителом, фиксированным на тучной клетке, происходят изменения в клеточной мембране. Это, в свою очередь, вызывает дегрануляцию — выброс из гранул биологически активных веществ (медиаторов).

Именно эти вещества, выделившиеся из тучных клеток, и вызывают симптомы аллергических реакций, особенно воспаление. Одним из первых идентифицированных медиаторов был гистамин. Природа других, более мощных, длительно действующих веществ, прояснилась в 1980-х годах. Было обнаружено, что клеточные мембраны тучных клеток и других тканевых клеток, находящихся рядом, выделяют арахидоновые кислоты, которые, в свою очередь, являются исходным материалом для синтеза более мощных соединений, таких как лейкотриены и простагландины (*GINA, 2007*).

Из сказанного можно сделать вывод, что **конечный механизм порождения приступов БА физиологичен**, какие бы этиологические факторы и частные причины не рождали заболевание. Это позволяем нам

понять, что знание о причинах важно в том аспекте, который позволяет предотвратить или минимизировать процесс дегрануляции тучных клеток.

До настоящего времени механизмов поддержания и возникновения бронхиальной астмы

Однако за последние годы в решении данных положений был отмечен значительный прогресс, что позволило сформировать новые концепции патогенетической сущности бронхолегочных заболеваний, как варианта мембранной патологии (Каганов, Розина, 1979, Артамонов, 1988; Чучалин, 1991, 1992).

Мембрана — центральное патогенетическое звено бронхолегочных заболеваний.

Благодаря биологическим мембранам поддерживается внутренний гомеостаз внутри клетки. Клеточная мембрана высокоизбирательно регулирует скорость проникновения разнообразных биологических соединений в клетку, а также выход из нее ферментов и переносчиков. Кроме того, эта структура имеет сложный биологический комплекс, который обеспечивает восприятие, трансформацию, а также передачу информации из внешней среды внутрь клетки.

В настоящее время установлено, что любой патологический процесс имеет в своей основе нарушение структурно-функциональной организации клетки и, в первую очередь, клеточных мембран, их рецепторного аппарата. (Вельтищев, 1994). Воздействие патологических факторов ведет к возникновению тканевой гипоксии, и активации процессов перекисления мембранных липидов. Данные нарушения обуславливают нарушение энергетических и реологических (деформационных, включая эластичных, вязких и пластичных) свойств клеточных мембран, нарушений гомеостатических функций и, в конечном итоге, липолиз (процесс расщепления жиров на составляющие их жирные кислоты под действием липазы) и аутолиз (процесс распада тканей и клеток организма) клеточных структур (Крылов, Олехнович, 1985, Вельтищев, 1994, Каганов, 1979). Все эти

процессы находятся под влиянием центральных механизмов нейрогуморальной регуляции (*Воронцов, 1986, Ботвиньева, 1988*). Кроме того, за последние годы накоплен достаточный материал о важной роли вегетативной регуляции в развитии патологических процессов в организме, в т.ч. и на уровне бронхолегочной системы (*Белоконь, Кубергер, 1987; Васильева, 2001*).

Большинство проводимых в настоящее время исследований констатировали состояние клеточных мембран с позиций стационарной фазы. В то же время, клеточные мембраны, согласно экспериментальным данным, представляют собой динамичную систему, не только на уровне отдельной популяции клеток, но и на уровне межклеточных структур, имеющих различную гистоморфологическую и функциональную принадлежность. Реализация этой функции возможна лишь путем адекватной взаимосвязи между комплексами липидного биослоя клеточных мембран. Не исключается, что уровень и адекватность межклеточных взаимоотношений, в которых ведущая роль принадлежит клеточным мембранам, при заболеваниях органов дыхания оказывает значительное влияние на течение и исход патологического процесса (*Дурыгин, 1994*).

Таким образом, пусковым (триггерным) элементом в процессах, порождающих симптомы бронхиальной астмы, выступает нарушение свойств **мембраны тучных клеток** (и ряда других клеток). Удивительно, но в основе всего многообразия симптомов БА лежит момент дестабилизации мембраны. Тяжесть симптомов заболевания есть функция от: а) количества дестабилизированных мембран таких клеток и б) степени их дестабилизации.

На мембрану же действуют силы (биохимические, физиологические, психологические), которые в той или иной степени дестабилизируют ее, т.е. она меняет свою чувствительность к этим факторам (силам) и таким образом настраивается на статистику угроз (дестабилизаторов). Т.е. при хроническом воздействии дестабилизаторов мембрана, вероятно, сохраняет свою непроницаемость для медиаторов воспаления до какого-то времени, тем

самым как бы подстраиваясь под наличные условия жизни, но рано или поздно компенсаторные возможности мембраны заканчиваются и происходит ее дестабилизация, которая в свою очередь приводит к выбросу медиаторов воспаления (гистамина и т.д.), и как следствие развивается приступ бронхиальной астмы.

Вслед за Б. Липтоном о мембране можно мыслить, как о компьютерном чипе (процессоре), который способен сохранять в «памяти» свои реакции на каждый из дестабилизирующих факторов, а затем воспроизводить (или видоизменять) их в следующий раз при действии тех же факторов. Продолжая мыслить по аналогии, в клеточный «компьютер» (мембрану) данные вводятся посредством мембранных белков-рецепторов — клеточной «клавиатуры», а они, в свою очередь, приводят в действие мембранные белки-эффекторы, которые и играют роль процессора. Этот процессор преобразует информацию, поступающую из окружающей среды, в язык поведения клетки.

Таким образом, чтобы направленно влиять на мембрану, необходимо выяснить, какого рода факторы уже оказывают на нее влияние — и воспользоваться имеющимися каналами, чтобы из патогенетических превратить их в витогенетические.



Рисунок 2 — Процессы, дестабилизирующие мембраны пусковых клеток

На рис 2. Схематично изображены причины дестабилизации мембраны (дефицит энергопродукции и интенсификацию процессов; действие фосфолипаз на бислои мембраны, растяжение мембраны и абсорбция на мембране полианионов), которые вызывают дегрануляцию клетки и как следствие происходит выброс медиаторов воспаления. Из схемы видно, что на процесс дестабилизации мембраны влияют эндогенные и экзогенные факторы.

Выше мы показали причины дестабилизации мембраны, одной из которых является механическое растяжение мембран, которое наблюдается при нарушении осмотического равновесия в клетках, а именно **увеличении внутриклеточного коллоидно-осмотического давления**. В этом случае в

клетку поступает вода, объем клетки увеличивается, и создаются условия для электрического пробоя мембран. Причиной является нарушения баланса натрия, калия, белка. Высокая клеточная концентрация калия сопровождается более быстрым его выделением и наоборот. На распределение калия между внутриклеточной и внеклеточной жидкостью влияют многие факторы:

- альдостерон и инсулин способствуют повышению содержания клеточного калия.

- ацидоз вызывает сдвиг уровня внутриклеточного калия во внеклеточную жидкость (ВнеКЖ)⁹.

- алкалоз — обратный сдвиг.

Этот уровень мы условно можем назвать **физиологическим**, и он является в нашей модели самым низким (см. рис 3).

1.3.3 Психофизиологические факторы патогенеза бронхиальной астмы

Рассмотрим влияние психических состояний на физиологические процессы.

При стрессе выделяются катаболические гормоны, такие как кортизол, глюкагон, адреналин и др., их задача — обеспечить организм энергией, пусть даже и ценой разрушения белка. А катаболизм белка сопровождается освобождением внутриклеточного калия и переходом его во ВнеКЖ, что и вызывает механическое растяжение мембран.

Следующий дестабилизирующий фактор — дефицит энергопродукции. Когда человек находится в подавленном психическом состоянии, его физическая активность тоже снижается. **Скелетные мышцы продуцируют 45% всей тепловой энергии в организме.** Исходя из этого, можно предположить, что, подняв эмоционально-психический тонус, тем самым мы активизируем и физический потенциал организма.

⁹ Внеклеточная жидкость

Оказавшись в состоянии острого стресса, организм повышает локальную концентрацию интерлейкина (как обнаружено у пациентов с хроническим воспалением), добиваясь противовоспалительного эффекта. Было показано, что острый стресс способствует повышению активности системы комплемента (*Wright, 2004*). Хронический же стресс способствует усилению воспаления с повышением продукции интерлейкинов-4 и -5, интерферона-гамма. При хроническом стрессе снижается активность иммунной системы, в частности, падает клеточная цитотоксичность естественных киллеров (*Ritz, 2004*). В этом есть эволюционный смысл «истощенный стрессом организм принимает стратегию замирания», который является в данном случае стратегией выживания.

Дистресс как фактор соматизации при БА.

В последние десятилетия всё больше исследователей обращают внимание на роль психогенных факторов в развитии заболеваний внутренних органов. Болезнь может быть определена как психосоматическая, когда медицинское обследование не позволяет обнаружить явную органическую причину заболевания, или когда патология является следствием таких эмоциональных состояний как тревога, гнев, чувство вины, депрессия (*Старшенбаум, 1998; Александер, 2002*).

Соматизированные расстройства представляют собой психические нарушения, которые клинически проявляются в виде соматических жалоб и соматовегетативных дисфункций, поэтому ведущим подходом является психотерапия и психофармакотерапия. В теоретическом плане ещё с начала 20 века обсуждается процесс, способствующий формированию соматизированных симптомов — соматизация. Данный термин был предложен для обозначения трансформации интрапсихических психологических конфликтов в истинные соматические заболевания, в противоположность понятию «конверсия», которая предполагает лишь имитацию соматического расстройства. В современной медицине термин “соматизация” применяется более широко и определяется как общий

феномен выражения эмоционального дискомфорта и психологического стресса языком физических, телесных симптомов (*Barsky, 1983*).

Современное понимание взаимодействия психики и сомы, влияния психосоциальных факторов на развитие болезней базируется на концепции стресса и адаптационной теории (*Selye, 1976*). Её положения предполагают осуществление центральной нервной и эндокринной регуляции посредством баланса средовых влияний, нейротрансмиттерной и гипоталамо–гипофиз–адреналовой активности. Следствием любого дисбаланса является стресс. Стрессоры представляют собой любые воздействия, которые провоцируют стрессорный ответ. Это могут быть физические или социальные события, внедрение микроорганизмов, или сигналы о повреждении тканей. Ответом на острый стресс является реакция «борьбы — бегства», предполагающая активацию организма. На психологическом уровне стресс представляет внутреннее состояние организма, при котором затрудняется осуществление его интегративных функций (*Березин, 1998*).

Часто повторяющиеся дистрессовые состояния ведут к накоплению в организме энергии, которую человек поведенчески не успевает вывести из организма «здесь и теперь», в силу культурных установок и привычек. Это со временем может привести к напряжению, которое вызывает общую дестабилизацию организма, в частности, мембраны тех клеток, которые запускают клиническую картину БА.

Депрессия как фактор соматизации при БА.

Связь уровня депрессии и маркеров воспаления (интерлейкины, С–реактивный белок) была показана во многих исследованиях. Более выражена такая связь у женщин и при наличии враждебности. Высказывается предположение, что факторы локального воспаления (например, цитокины) вызывают один из вариантов депрессии (inflammation–induced depression), индуцированной воспалением (*Ritz, 2009*). В этом случае эффективность антидепрессантов может быть частично связана с противовоспалительным

эффектом, а факторы воспаления способны выступать в качестве индикаторов антидепрессивной терапии.

Таким образом, проведенные исследования позволяют сделать осторожный вывод о том, что различные **химизмы** в организме (см. выше) влияют на наше эмоциональное, в том числе негативное состояние, т.е. **способны вызывать** его. А **стрессовая ситуация приводит к дестабилизации мембраны** (см. выше). т.е. подтверждается теория о том, что физические психологические и химические **процессы влияют на проницаемость клеточных мембран**, которые в свою очередь являются причиной **выхода из клетки медиаторов воспаления** (гистамин, гепарин и т.д.) в организм. И из этого интегративного комплекса причин дестабилизации клеточной мембраны, выделить какой-то один, не представляется возможным. Поэтому говоря о современном понимании лечения и профилактики БА, особое внимание уделяется **комплексному подходу** к этому сложному патологическому процессу как БА.

Биоэнергетические предпосылки БА.

Существенным фактором в биофизической теории является целенаправленный процесс формирования клеткой электрического заряда, исходя из соответствующего уровня метаболизма клетки. Это объясняется тем, что электрический заряд, расположенный на поверхности живых клеток, играет важную роль в жизни организма: он держит структуру тканей, органов в компактном, рабочем состоянии. Клетки своими зарядами в сообществе с зарядами в межклеточной среде не позволяют развалиться ткани, органу на отдельные клетки, как это происходит при нарушении межклеточных контактов при опухолевом процессе, иммунных реакциях и др. Электрический заряд обеспечивает также функциональное взаимодействие клеток между собой, с метаболитами и другими объектами (вирусами, микробами). (<http://cyberleninka.ru/article/n/analiz-biofizicheskoy-teorii-elektroforeza-zhivyh-kletok#ixzz3qdfAZfPY>).

Ключевую роль в энергетическом потенциале клетки играет мембрана. Активные свойства мембраны, обеспечивающие возникновение потенциала действия, основываются главным образом на поведении потенциалзависимых натриевых (Na^+) и калиевых (K^+) каналов. Начальная фаза ПД (потенциала действия) формируется входящим натриевым током, позже открываются калиевые каналы и выходящий K^+ -ток возвращает потенциал мембраны к исходному уровню. Исходную концентрацию ионов затем восстанавливает натрий-калиевый насос.

Поляризация мембраны живой клетки обусловлена отличием ионного состава с её внутренней и наружной стороны. Когда клетка находится в спокойном (невозбуждённом) состоянии, ионы по разные стороны мембраны создают относительно стабильную разность потенциалов, называемую потенциалом покоя. Это объясняется тем, что суммарный заряд на внутренней стороне мембраны существенно меньше, чем на внешней, хотя с обеих сторон содержатся и катионы, и анионы. Снаружи — на порядок больше ионов натрия, кальция и хлора, внутри — ионов калия и отрицательно заряженных белковых молекул, аминокислот, органических кислот, фосфатов, сульфатов. Надо понимать, что речь идёт именно о заряде поверхности мембраны — в целом среда и внутри, и снаружи клетки заряжена нейтрально.

Из вышесказанного мы видим, что мембрана играет ключевую роль в электрическом заряде клетки, таким образом влияя на проницаемость мембраны. Следовательно, если в том или ином фрагменте организма повышается суммарный электрический потенциал, то одним из обязательных его носителей (держателей) выступают всякого рода мембраны, в частности, мембраны клеток, которые являются пусковыми для запуска симптомов БА. Попробуем представить *процессы*, способных привести к дестабилизации этих мембран.

1. Если мембраны этих клеток регулярно деполяризуются, но не расходуют энергию по назначению, происходит накопление зарядов, так что

даже малейшее влияние на них (до этого нейтрального стимула) приводит к формированию потенциала действия — в нашем случае это приводит к высвобождению гистамина, гепарина и т.п..

2. Когда мембраны этих клеток регулярно деполяризуются, и на этом фоне оказывается релевантная нагрузка — на слизистые дыхательных путей попадают химические вещества (в том числе возможно аллергены), мембраны также дестабилизируются, реагируя на различные раздражители, путем выброса из клетки медиаторов воспаления, таким образом, запуская механизм приступов БА.

3. Сочетание нескольких воздействий на мембрану (совпадений) как временных или постоянных, возможно формирует программу реагирования мембраны даже на те раздражители, на которые раннее реакции не было. Метафорой к этому процессу могут служить слова Б. Липтона «Мембрана — это вместилище запечатленных как на магнитофонной пленке реакций на различные раздражители. Она воспринимает внешний стимул, и затем запускает соответствующую реакцию, поддерживающую тот или иной процесс жизнедеятельности клетки. Мембрана играет роль «мозга» клетки. Его работу обеспечивают интегральные мембранные белки — рецепторы и эффекторы. С функциональной точки зрения эти белки играют роль «вентилей ощущений» — связующего звена между внешними раздражителями и каскадами ответных внутриклеточных белковых реакций» (Липтон, 1986). И можно предположить, что дестабилизированная мембрана (вышедшая из строя магнитофонная лента) передает клетке сигнал, который может рассинхронизировать работу клетки, т.е. произвести выброс медиаторов воспаления (гистамин, гепарин и т.д.) в том случае, когда это возможно было бы не обязательным и тем самым спровоцировать приступы БА.

В этом параграфе рассмотрели взаимодействие психических и физиологических процессов. И назовем условно этот уровень психофизиологическим, он является в нашей модели вторым (см. рис 3).

1.3.4 Психологическое идеомоторное сопровождение соматически направленных метафор на примере бронхиальной астмы

Здесь мы рассмотрим возможное влияние психологической семантики на физиологические процессы в организме, в частности, на формирование развития приступа бронхиальной астмы. Сначала определимся с некоторыми понятиями.

Соматически направленная метафора — это метафора (выражение, которое следует понимать в переносном значении), заключающая в себе определенный соматический код, соматическую структуру, то есть слова или словосочетания, обращенные к тому или иному органу, части тела, системе органов человека. Примерами подобных метафор могут служить следующие высказывания: сердечно-сосудистая система («сердце горит огнем», «сердце замирает», «сердце покрывается льдом», «сердце не на месте», «сердце выпрыгивает из груди»), желудочно-кишечный тракт («не могу это переварить», «ком в горле», «кусочек в горло не лезет», «все это поперек горла», «меня тошнит уже от этого»), костно-мышечная система («перебит хребет», «несгибаемый человек», «согнутый жизнью», «задирать голову»), кожные заболевания («мороз по коже», «чувствовать что-то кожей», «толстокожий», «из кожи вон лезть», «гусиная кожа», «волосы встают дыбом»), болевой синдром без соматической патологии (например, «голова кругом», «голова ватная», «голова трещит»).

Последовательность процессов, составляющих механизм влияния вербальных высказываний (метафор) на тело.

1. Соматически направленная метафора в момент ее употребления человеком *запускает процессы категоризации* (поиск семантически соответствующих ей категорий). Например, на фразу «глаза бы мои не видели...» может возникнуть (чаще имплицитно) следующий ассоциативный ряд: разочарование в чем-либо, злиться на кого-то, надоело, напугало что то, очень некрасиво (ый) (ая), не любимо (ый), (ая) и т.д. В случае с дыханием на метафору «перехватило дыхание» возможны другие ассоциативные

категории н-р: испугало, обрадовало, что — то, неожиданность, бегать, спешить, радоваться, хотеть рыдать, кричать, испугаться и т.д.

Набор ассоциаций очень широк, и он индивидуальный, чаще всего эти ассоциации напрямую не направлены на физиологию (соматику). Ассоциативный ряд будет направлен туда, с чем человек привык жить, работать т.е. «мыслить своими категориями». Ассоциативные ряды, озвучиваемые человеком, это только вершина айсберга.

2. Каждая категория, связанная со словом или словосочетанием, *содержит следы образов*, среди которых важное место занимает соматическая структура, обозначенная в метафоре (направленная на орган, систему органов, часть тела). В процессе категоризации происходит *актуализация* этих образов (сенсорное сопровождение вербального высказывания на подпороговом уровне).

Т.е. когда человек произносит метафору, неожиданно для него могут всплыть в памяти на первый взгляд не связанные с метафорой ассоциативные образы (картинки). Ассоциация чаще всего не вербализуется, а воплощается в виде картинок, которые идут вслед за ассоциацией, в них уже «вшиты» образы действия, т.е. готовятся способы ответа, а значит и возможно подключается уже физиологический процесс.

Например, косвенно на дыхательную систему возможно повлияют ассоциации, которые не связаны на первый взгляд с этой системой: погода — холодно — в детстве мама тепло укутала — закрыла нос и рот платком — нечем дышать — не хватает воздуха — я начала плакать и т.д..

3. Актуализированные образы выступают триггером для запуска их физиологического сопровождения (подготовка к возможным действиям): а) сигналов к конкретным мышцам тела (идеомоторное сопровождение), в случае бронхиальной астмы — гладкая мускулатура и б) запуск иных физиологических процессов (гуморальных, электрических, гормональных, биохимических). Эти процессы адресуются к соматической структуре, отраженной в метафоре, нагружая ее подпороговой мобилизацией.

Применение в обыденной жизни метафор, запускает физиологический процесс, который способен повлиять на спазм мускулатуры и как следствие на подготовку приступа бронхиальной астмы. В случае с бронхиальной астмой, это органы дыхания, а непосредственно бронхи и выстилающая ее слизистая и мышечная ткань (гладкая мускулатура). Например, соматически направленные метафоры: «не могу дышать полной грудью», «воздуха мало», «затаить дыхание», «наступить на горло», «дыхание перехватило».

4. Систематическая актуализация образов и как результат систематическое идеомоторное сопровождение этих образов приводит к тому, что время реакции организма на соматически направленную метафору сокращается (процесс мышечного отклика протекает быстрее). Так, в случае бронхиальной астмы применение метафор возможно изначально не влияет на развитие приступа бронхиальной астмы, но со временем процесс отклика мышечного тонуса может сократиться до нескольких минут.

Систематическая мобилизационная нагрузка на бронхиальное древо ведет к накоплению функциональной усталости. В сочетании с другими экзогенными и эндогенными факторами растущая дестабилизация ведет к сбоям в микроструктуре бронхов, обозначенных в исходной метафоре, завершая таким образом патогенетический процесс.

В этом параграфе мы описали третий уровень нашей рабочей модели (см. рисунок 3).

1.3.5 Взаимосвязь личностных особенностей человека и развитие психосоматических заболеваний

В этом параграфе покажем влияние личностного уровня человека на развитие болезни. В предложенной теории — это самый высокий уровень воздействия. Закон построения клинических синдромов: возникновение многих заболеваний можно понять на основе тенденции вытесненного влечения, что проявляется через расстройство функции органа. Если эта тенденция (конверсия на орган) обратима, то речь идёт об истерии; если же она не поддаётся обратному развитию, то возникающие нарушения

приобретают все черты, характерные для органического процесса. Позже этот принцип получил название «*гипотезы психосоматической специфичности*» и превратился в основной объяснительный принцип психосоматической медицины.

Концепция конверсии на орган решила эти вопросы так: *пусковой механизм* — психодинамический сдвиг, аффективный конфликт; *причины индивидуальных различий в реагировании* — защитные механизмы, «сила Я»; поражение той или иной системы органов зависит от содержания бессознательного конфликта (например, затаив дыхание, возникал после того, как человек набирал телефонный номер, ожидая неприятного разговора).

В свою очередь, было создано обобщенное описание характеристик психосоматического больного: он банален, ему характерна стереотипия, шаблонность, он не способен к развитию, отношению переноса, фантазированию. В критической ситуации вместо представлений (фантазий, речевых высказываний) он реагирует движениями, т.е. у подобных больных преобладает соматическая иннервация над игрой воображения.

Неофрейдисты Э. Эриксон, Э. Фромм, К. Хорни, рассматривали психосоматическое заболевание как результат нарушения биологических и социальных механизмов адаптации к общеприродной и социальной среде. Если эмоция не получила соответствующего выражения, то хроническое напряжение выливается в хронические сопутствующие вегетативные сдвиги. Исследователи отмечают инфантильность людей, страдающих психосоматическими заболеваниями, и приписывают причину заболевания их неспособности управлять символическими процессами в целях коммуникации. Концепцию эмоциональной специфичности развил Александер (1951). Он впервые объяснил возникновение психосоматических расстройств через связь психологических механизмов с органической патологией. Эти механизмы лежат в основе произвольного поведения, экспрессивных проявлений, вегетативных (висцеральных и сосудистых)

реакций, т.е. всех процессов, отвечающих за гомеостаз организма, а также за подготовку к борьбе или бегству в случае опасности. Когда человек лишается возможности открыто участвовать в борьбе и проявлять агрессивность, тогда симпатическая система долгое время пребывает в состоянии повышенного возбуждения. В результате такого напряжения возникают вегетативные симптомы, т.к. реакции борьбы и бегства не могут реализоваться в сфере произвольного поведения. Ф. Александер сформулировал принципы, которые получили название «**гипотезы специфичности**»: *Психологические факторы*, ведущие к соматической болезни, имеют специфическую природу. Они могут определяться как установки больного по отношению к себе самому. *Сознательные психические процессы* играют подчинённую роль в возникновении соматических симптомов. Подавленные тенденции вызывают хроническую дисфункцию внутренних органов. *Понимание причины факторов* должно быть основано на знании развития личности больного. Т.о., Ф. Александер определил «специфичность» как «физиологический ответ на эмоциональные стимулы, нормальные и патогенные, который варьирует в зависимости от качества эмоций» (Александер, 2002 с. 213.). Его теорию учёный мир часто относит к предположению, нежели к научному заключению; наличие большого числа неизвестных величин, а также частое несогласование клиническими наблюдениями позволили сделать такой вывод. Например, после удаления язвы желудка у части больных возникали такие заболевания, которые должны быть, по его мнению, связаны с другими конфликтами.

Предположение о том, что существуют другие объяснения избирательного поражения органов и систем, принадлежит, лишь недоразвитые личности с несовершенным символическим мышлением из-за нарушений в интерперсональных связях, появившихся в раннем детстве, страдают психосоматическими заболеваниями.

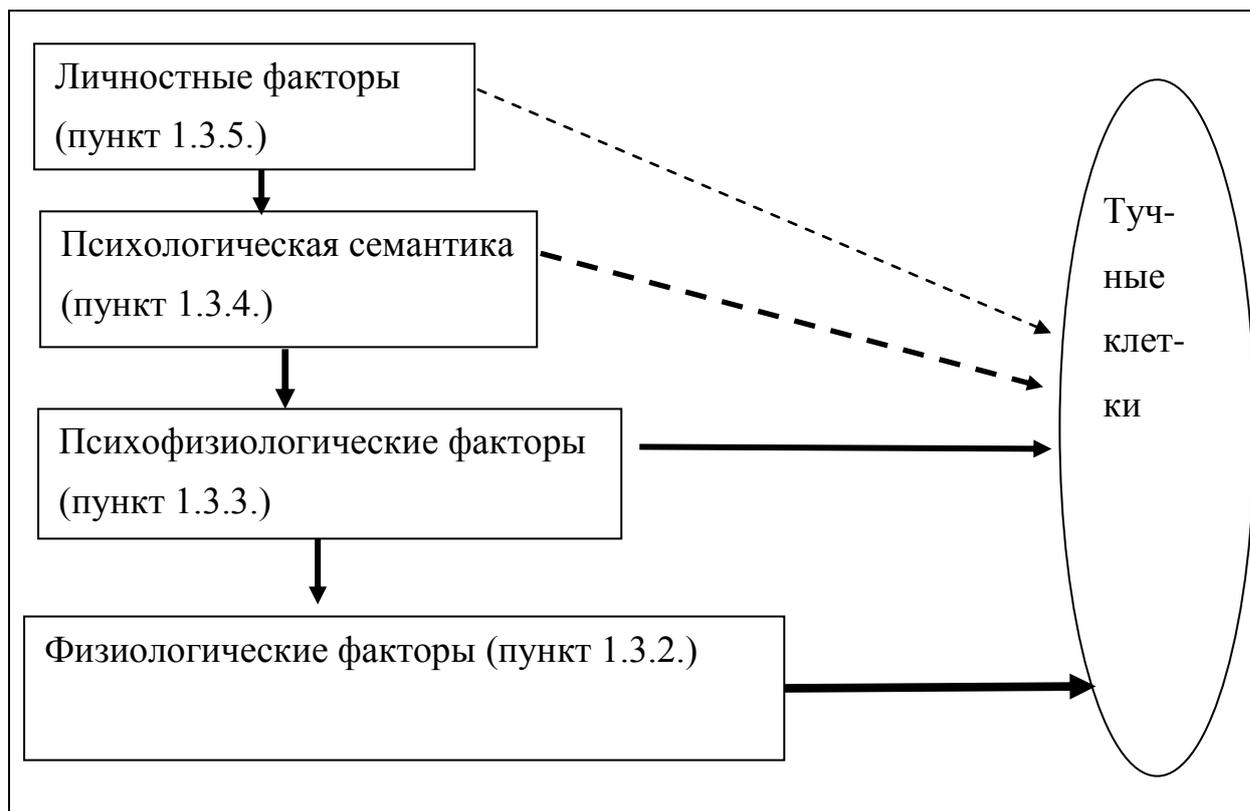


Рисунок 3 — Схема рабочей модели механизмов поддержания и возникновения бронхиальной астмы

Хотелось бы отметить Ф.Б. Бассина, важное отличие его теоретических принципов от представлений психосоматической медицины состоит в признании зависимости происхождения и течения болезни от активности отношения человека к окружающему его миру, к себе, к жизни в целом. Активность субъекта рассматривается им с позиции теории установки Д.Н. Узнадзе. Основным детерминирующим фактором в психосоматических отношениях являются, согласно Ф.Б. Бассину, тягостные эмоциональные переживания, несущие определённый смысл для субъекта. Появятся или нет соматические изменения в организме, во многом зависит от таких свойств личности, как «сила Я» (*это способность контроля напряжённых, стремящихся к реализации психологических установок и степень управляемости, регуляции поведения*) и «психологическая защита».

Данный уровень мы условно обозначили как личностный (см. рис 3).

Анализируя элементы рабочей модели, и основываясь на пункты, в которых мы опираемся на различные теории, мы видим, что каждый элемент

этой модели является научно обоснованным.

Физиологические факторы — ряд авторов Б.Я. Усвяцов (1998), С.Ю. Каганов, Н.Н. Розина (1979); Р.Г. Артамонов (1982, 1988); А.Г. Чучалин (1991, 1992) — научно обосновали данные о том, что триггером приступа бронхиальной астмы, несмотря на провоцирующие факторы, являются медиаторы тучных клеток (гистамин и т.д.), в частности, как вариант мембранная патология, вследствие которой эти медиаторы воспаления выходят из тучной клетки. Задачи нашего эксперимента — воспользоваться имеющимися каналами, чтобы из патогенетических превратить их в витогенетические процессы. В части медикаментозного лечения успешно реализуются различные терапевтические схемы с применением фармакологических средств. Но в любой лекарственной терапии есть риски в виде передозировок, осложнений и т.д. (*GINA, 2006*). В рабочей модели на данном уровне с помощью психологических техник мы намерены повлиять на количество применяемых препаратов в части уменьшения и кратности дозировки лекарственных средств.

Второй уровень — психофизиологические факторы, также представлены научно — исследовательскими данными. Сложная система живого человеческого организма, обладающего психикой и сознанием, имеет много способов эффективного влияния на тело, в частности, на группы клеток. В современной медицине термин “соматизация” применяется более широко и определяется как общий феномен выражения эмоционального дискомфорта и психологического стресса языком физических, телесных симптомов (*Barsky, 1983, Graig, 1994*). Так же ряд авторов указывают на взаимосвязь стресса на организм: (*Weik, 2008, Burns, 2008, Marin, 2009, Cohen, 2007*). На этом уровне, опираясь на научные данные, мы хотим апробировать психотерапевтические интервенции для купирования симптомов БА, на начальном этапе снизить частоту и тяжесть приступов.

Четвертый уровень мы условно назвали личностным. Неофрейдисты Э. Эриксон, Э. Фромм, К. Хорни рассматривали психосоматическое

заболевание как результат нарушения биологических и социальных механизмов адаптации к общеприродной и социальной среде. Предположение о том, что существуют другие объяснения избирательного поражения органов и систем, принадлежит (*Spittle, 2000*). Хотелось бы отметить Ф.Б. Бассина, важное отличие его теоретических принципов от представлений психосоматической медицины состоит в признании зависимости происхождения и течения болезни от активности отношения человека к окружающему его миру, к себе, к жизни в целом. Активность субъекта рассматривается им с позиции теории установки Д.Н. Узнадзе. На этом уровне происходит влияние на жизнеобеспечение душевной и духовной части, таких как личностный потенциал, личностная сила и жизнестойкость, судьбоносные решения, ключевые выборы, ценностные преобразования.

Представленная нами рабочая модель является интегрированной. Психологическое воздействие является комплексным на все уровни, как напрямую, так и косвенным образом.

1.4 БА как объект психотерапевтической работы

1.4.1 Психосоматические механизмы бронхиальной астмы

Проанализировав научную литературу, мы обратили внимание на то, что многие клиницисты не придают должного внимания влиянию психологических факторов на развитие бронхиальной астмы, а еще большая часть клиницистов отвергает значимость психотерапевтического воздействия на частоту приступов бронхиальной астмы. В нашей работе мы хотим оценить возможности психологического сопровождения (психотерапевтических интервенций) для купирования симптомов БА.

Сложная система живого человеческого организма, обладающего психикой и сознанием, имеет много способов эффективного влияния на тело, в частности, на группы клеток. Так, при сильном испуге может появиться "медвежья болезнь", «екает» сердце при внезапных неприятных сообщениях, сохнет во рту при волнении, лицо краснеет, когда человек стыдится чего-

либо и т.п. Эти способы обеспечивают так называемую психосоматическую (от сознания к телу) проводимость. Поэтому можно сказать, что мысль человека обладает энергией, способной принести ему или пользу, или же вред.

Харьковские гипнологи давали человеку выпить рентгено-контрастное вещество (жидкость, которая не прозрачна для рентгеновских лучей). После этого они вводили испытуемого в гипнотическое состояние. Затем ставили его перед рентгеновским аппаратом и внушали, что он сильно волнуется. Как только внушение начинало реализовываться, у человека начинал волноваться весь желудочно-кишечный тракт (*«Сибирский психологический журнал» 2008 №27*). Таким образом, они получили четкие доказательства того, что отрицательные эмоции отражаются спазмами на внутренних органах.

Рассмотрим, взаимосвязь дыхания и эмоций. Когда человек волнуется — он дышит чаще и глубже, чем если спокоен. Если же человек испытывает негативные эмоции, глубина его дыхания уменьшается, что можно рассматривать как стратегию замирания. Если он испытывает ужас, то на короткое время его дыхание может вообще полностью остановиться. Если же у него приподнятое настроение, ему радостно, то глубина и в некоторой степени частота дыхания, возрастают, и наоборот.

Если человек испытывает какие-либо эмоции, то вполне вероятно, что ему придется скоро действовать и организм заранее готовится к этому. Поэтому мы вполне резонно можем предполагать, что какие-то нарушения в эмоциональной жизни человека в той или иной мере и через некоторое время могут привести к проблемам с дыханием. Бронхиальная астма является примером этого воздействия.

Замечено, что если у человека полностью резвившаяся болезнь, то даже небольшое физическое напряжение может спровоцировать приступ. То же самое происходит, когда человек вдыхает холодный или влажный воздух. Известна масса случаев, когда приступ удушья не связан с аллергией.

Характерным для бронхиальной астмы является так называемое

кондиционирование: у больного, аллергически реагирующего на цветы, приступ возможен и в случае, если он видит искусственные цветы — т.е. в результате актуализации семантически близкой категории. Это очень важно для понимания механизмов возникновения симптомов — последние могут возникать на основе «имплицитного решения» со стороны внутреннего мира запустить патологическую реакцию. Подсознание оперирует символами и для него все равно — реальный это образ или искусственный. Для него главное и определяющее в этом то, что это цветок, пусть даже искусственный. И если спазм появляется даже только при взгляде на искусственные цветы, то это говорит о следующем: в механизме развития приступа бронхиальной астмы возможна психологическая установка, а не только аллерген.

Ученые заинтересовались подобными примерами, и выяснили, что аллергическую реакцию действительно можно вызвать и без аллергена. Если испытуемым говорили, что им сейчас введут аллерген, а вводили простую воду, то в ряде случаев развивалась полноценная аллергическая реакция. Более того, если аллерген вводили испытуемому на пике положительных эмоций, но он об этом не знал, то очень часто аллергической реакции не было.

Астматический приступ — это симптом, непосредственной причиной которого является спазм бронхов. Клинические данные однозначно указывают на то, что такой локальный спазм может вызываться как воздействием аллергена, так и эмоциональными факторами. Особенно важно то, что каждый фактор по отдельности может вызвать приступ, но чаще они сосуществуют. В многочисленных исследованиях Чикагского института психоанализа у пациентов всегда выявлялась та или иная форма аллергической чувствительности. У некоторых пациентов, как показали кожные тесты, эта чувствительность после лечения сохранялась, но приступы астмы больше не возникали.

В таких случаях мы, видимо, имеем дело с «суммацией стимулов», когда только одновременное сочетание эмоциональных стимулов и аллергических факторов вызывает приступ. Отдельное воздействие каждого фактора оказывается ниже порога чувствительности бронхиол.

1.4.1 Обоснование мишеней психотерапевтической интервенции при бронхиальной астме

Выше (см. рис. 3, п. 1.3.5) были рассмотрены уровни рабочей модели механизмов возникновения и поддержания бронхиальной астмы, в данном параграфе мы обоснуем психотехники, используемые для воздействия на разные уровни рабочей модели, которые мы предложим нашим испытуемым. Все уровни модели потенциально являются мишенями.

Как было сказано в параграфе 1.3.2, существуют различные биохимические процессы, которые способны дестабилизировать мембраны. Возможно, одним из дестабилизирующих факторов эндогенной природы является психологическое состояние человека, действующее опосредовано через биохимические процессы, влияющие на живую клетку. В эксперименте мы намерены косвенно воздействовать на разные мишени (физиологической природы), которые предположительно являются триггерами приступов бронхиальной астмы. Тем самым оказывается косвенное воздействие на первый уровень предложенной модели — физиологический. Прямое воздействие на данный уровень осуществляют лекарственные препараты, назначенные докторами.

В пункте 1.3.3 рассмотрена взаимосвязь психических и физиологических процессов. Из вышесказанного видно, что эта связь многоуровневая и разнонаправленная, все связи между уровнями и их характер отследить весьма затруднительно. Исходя из этого, в эксперименте мы намерены косвенно повлиять на физиологические процессы в организме, путем различных психотехник (например, телесная терапия), тем самым изначально воздействовать на тело человека, которое потом возможно отразится на психическом состоянии человека. Так и на психическое

состояние, с помощью различных психотехник, тем самым воздействовать комплексно на организм человека, как на физиологические, так и психологические процессы в организме. Тем самым воздействовать на второй уровень нашей теории — психофизиологический и опосредованно повлиять на физиологический.

На третьем уровне в нашем эксперименте мы рассчитываем на то, что уменьшение частоты использования соматически направленных метафор увеличит время идеомоторного отклика в бронхах и в дальнейшем этот экзогенный фактор может вообще исчезнуть у человека из патогенеза приступов бронхиальной астмы. Воздействуя на этот уровень, мы также опосредованно затрагиваем психофизиологию, и физиология (1 и 2 уровень, согласно предложенной теории). А как конечный результат — ослабление дестабилизации мембран, и как следствие снижение выброса из клеток медиатора воспаления, который является триггером в приступе бронхиальной астмы.

На высшем уровне в предложенной нами теории (личностный) мы исследуем и воздействуем на «Образ Я» — целостное представление человека о самом себе, благодаря которому постоянно сохраняется самоидентификация человека, его отождествление с самим собой (*Доценко, Богданова, 2010*) «Образ Я» в силу своей сложности, многогранности, многозначности и, нередко, внутренней противоречивости, не может быть целиком осознан. Наше сознание, базирующееся на логическом мышлении, привычно «выпрямляет» и упрощает реальность и не способно охватить такое количество связей, которое характеризует «Образ Я». На этом уровне также исследуем у участников группы психологические защитные механизмы (ПЗМ). Они предназначены для совладения с эмоциями в тех случаях, когда опыт индивида сигнализирует ему о вероятных негативных последствиях их переживания и непосредственного выражения. Путь переживания лежит через эмоции, которые являются базисным адаптивным паттерном. Невроз, психосоматоз, патохарактерологическое реагирование

личности — результат регрессии по З. Фрейду. Биологическое, приспособительное значение отрицательных эмоций в том, что они активно мобилизуют на удовлетворение потребности. При рассогласовании в возможностях достижения жизненно важных результатов, удовлетворяющих потребности организма во внешней/внутренней среде, возникает кризисная ситуация, в системе взаимоотношений «человек и мир». От того, насколько человек адекватно выстраивает субъективную систему значений, при толковании объективной реальности и то посредством каких каналов он достигает намеченной цели, зависит гармоничное функционирование психосоматической связи.

Тем самым мы сможем скорректировать отношение к болезни (если это необходимо), а вследствие этого возможно человек иначе посмотрит на отношение к окружающей его среде и социальной адаптации, также сформируем навык оптимального реагирования на стрессовую ситуацию. Это предположительно опосредованно повлияет на семантику, психофизиологию, и физиологию, т.е. мы комплексно воздействуем на все (из выделенных) уровни и факторы риска, психотехники могут применяться как комплексно, так и самостоятельно. В эксперименте воздействие будет проводиться комплексно для более эффективного результата.

Рабочая модель механизмов воздействия на патогенез бронхиальной астмы внушают нам оптимизм относительно перспектив психотерапевтического лечения данной болезни.

Выводы по I главе

1. Одной из наиболее актуальных проблем сегодняшнего дня является проблема роста и частоты обострения психосоматических заболеваний, в частности бронхиальной астмы. При изучении определения бронхиальной астмы, данными различными специалистами, обращает на себя внимание то, что выделяют чаще всего физиологические, биологические, аллергические аспекты, хотя бронхиальная астма является психосоматическим заболеванием.

2. Одной из практических проблем является то, что в лечении БА в основном делают акцент на соматический фактор, не исследуя психоэмоциональную составляющую болезни.

3. Изучая источники литературы, мы обратили внимание на то, чтобы не являлось причиной приступов бронхиальной астмы, триггером является медиатор воспаления, выделяемый из клетки, посредством дестабилизации мембраны (мембранной патологии).

4. Изучая литературу мы выделили экзогенные и эндогенные факторы, которые влияют на дестабилизацию мембраны. Обратили внимание на интегрированность данных факторов. Исходя из этого была составлена рабочая модель психотерапевтических вмешательств и разработана программа таких вмешательств.

ГЛАВА 2. ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Цель: апробация методов психологического воздействия, направленных на снижение частоты и тяжести приступов БА, оценка их результативности.

Гипотеза:

1. Применение методов неврачебной психотерапии по отношению к больным бронхиальной астмой с психосоматическим генезом ведет к улучшению физиологических показателей здоровья участников:

- а) снижению уровня медиаторов воспаления в крови клиентов.
- б) показатели спирометрии.

2. Применение методов неврачебной психотерапии по отношению к больным бронхиальной астмой с психосоматическим генезом, ведет к смягчению тяжести симптомов в субъективном восприятии клиентов — затрудненное дыхания, одышка.

Задачи:

1. Спланировать формирующий эксперимент для больных с бронхиальной астмой.

2. Определить выборку испытуемых, согласно целям эксперимента.

3. Составить набор методов психологического воздействия (неврачебной психотерапии), основываясь на теоретическую модель возникновения симптомов бронхиальной астмы предложенной в результате теоретического анализа.

4. Организовать сбор эмпирических данных, пре-тест, пост-тест, с целью оценки эффективности психотерапевтических воздействий.

5. Обработать полученные результаты, зафиксировать их и сравнить с исходными данными.

6. Провести количественный и качественный анализ результатов, сделать выводы.

2.1 Планирование исследования

Для решения поставленных задач в качестве экспериментального плана взят **формирующий эксперимент**. Формирующий эксперимент называют обучающим и преобразующим, цель которого — активное формирование определенных параметров в психическом развитии человека, уровнях деятельности. Т.е. мы хотим сформировать навыки, которые помогут человеку справиться с приступами бронхиальной астмы, прибегая к различным немедикаментозным способам. Формирующий эксперимент обычно используют при изучении определенных путей развития личности, что также поможет выяснить природу формирования психосоматического заболевания. Целью формирующего эксперимента является: обучение знаниям и умениям; развитие навыков и определенных качеств личности. Для этого создаётся специальная экспериментальная ситуация, которая позволяет не только выявить условия, необходимые для организации требуемого поведения, но и экспериментально осуществить целенаправленное развитие новых видов деятельности, сложных психических функций и глубже раскрыть их структуру. Теоретической основой формирующего эксперимента является концепция о ведущей роли обучения и воспитания в психическом развитии. Чтобы он имел положительный результат, нам нужна:

- теоретическая разработанность представлений о выделенных в изучении психологических параметрах, которые, собственно, и будут формироваться.

- четко спланированный план эксперимента.

Формирующий эксперимент имеет ряд этапов:

На *первом этапе* посредством ACQ (Asthma Control Questionnaire) 5-тест-опросник по контролю симптомов астмы определяем фактическое состояние тяжести течения бронхиальной астмы (приложение 2). Также предлагаем ответить на вопросы оценочной шкалы «Риски здоровья», которые отражают наличие психотравмирующих ситуаций в жизни человека

(пре-тест) (Приложение 1). На основе полученных данных, исходя, из рабочей модели разрабатываем план активного психологического воздействия на мишени, и прогнозируем путь развития данного воздействия.

На *втором этапе* осуществляем активное формирование психологических навыков в процессе специально организованного экспериментального обучения и воспитания. Благодаря применимым психотерапевтическим техникам мы надеемся, что больной человек сможет научиться жить и управлять своей болезнью, согласно пословице «вместо того чтобы человека бесконечно кормить рыбой, ему можно дать удочку и научить ловить рыбу самому».

На *заключительном этапе* (а иногда и в ходе самого исследования) проводим диагностические обследования, в результате которых мы контролируем ход происходящих изменений и измеряем результаты (пост-тест).

Чтобы убедиться, что изменения, зафиксированные после проведения формирующих экспериментов, произошли именно от их воздействия, необходимо сравнить полученные результаты не только с исходным уровнем, но и с результатами в группах, где исследование не проводилось — контрольная группа.

Отбор испытуемых.

Отбор направлен на обеспечение высокой эффективности при психотерапевтических воздействиях на человека. Критерии отбора:

1) наличие диагноза «бронхиальная астма», подтвержденного медицинским документом (выписка из истории болезни, амбулаторная карта).

2) исключаем беременных женщин и пациентов с сезонной (пыльцевой) астмой. Первые — по этическим соображениям. А вторые — потому что контрольные точки исследования могут прийтись либо на то время, когда они не испытывают проблем в силу времени года, либо,

напротив, в конце периода исследования полетит пыльца растений, которая в свою очередь может стереть картину результата.

3) возраст пациентов старше 18 лет т.к. он условно считается возрастом, в котором человек сформировался физиологически и психологически.

4) наличие в анамнезе осознанных жизненных ситуаций, оцениваемых пациентом как психотравмирующие (смерть близких, утрата работы, события с угрозой жизни, побудившие почувствовать себя беспомощным). Этот критерий нужен, чтобы отобрать больных с более высокой вероятностью того, что их заболевание носит психосоматический характер. Чтобы обеспечить отбор таких людей, был подготовлен ориентировочный список подобных трудностей (*Дудин 2015*) (см. приложение 1).

Исследуемые переменные.

Для измерения уровня исследуемой переменной используются два параметра: объективный анализ и субъективная оценка. В качестве **объективного** выбраны оценки следующих физиологических показателей:

1) *эозинофильный катионный протеин (ЕСР)* — это медиатор воспаления в крови, наличие которого позволяет говорить об уровне дестабилизации мембраны клеток. Для определения эозинофильного катионного протеина в крови, была взята кровь у участников на исследование в начале и по окончании работы в группе.

2) *жизненная емкость легких* с помощью спирометра (ОФВ1, индекс Тиффно, ПОС выдоха, а также % их прироста в ответ на 400мкг Вентолина). Эти данные помогут определить ресурс для восстановления выдоха. Данное обследование проводили участникам в начале и по окончании исследования, что является пер-тестом и пост-тестом.

Второй параметр — **субъективная** оценка испытуемыми своего состояния здоровья/болезни.

3) *субъективная оценочная шкала «Риски здоровья»*. Симптомы бронхиальной астмы и их характеристики взяты из жалоб пациента,

медицинских источников (энциклопедии, монографии, журналы) которые мы занесли в таблицу и составили шкалу тяжести течения бронхиальной астмы. Участники, глядя на графы клинических проявлений заболевания, оценивают частоту и тяжесть проявлений, поставив соответствующую цифру шкалы от 0 до 4 (приложение 2). Позволяет оценить частоту и тяжесть течения болезни, субъективные переживания до и после эксперимента, что позволит относительно объективно оценить эффективность формирующего эксперимента.

4) *ACQ-5* (Asthma Control Questionnaire) — с 2006 г. Глобальная инициатива по борьбе с бронхиальной астмой (Global Initiative for Asthma, GINA) рекомендует новый инструмент — валидизированный опросник оценки эффективности лечения бронхиальной астмы. Определяется фактическое состояние тяжести течения бронхиальной астмы. Участников просим ответить на 5 вопросов, которые отображают фактическое состояние здоровья.

5) *протоколы встреч* — состоят из вопросов ведущего и ответов участников группы, которые далее интерпретируются исследователем. Протоколы позволяют отследить личностные изменения, происходящие с участниками группы, что необходимо для планирования дальнейшей работы с участниками.

2.2 Преобразующее (психотерапевтическое) воздействие

Планирование воздействия строится на основе модели, предложенной в 1.3 Исходя из нее, заданы следующие терапевтические мишени (коротко названные): психосоматические, психосемантические и личностные, на которые будем воздействовать как напрямую, так и опосредованно. Как отражено в модели, эти воздействия будут комплексными, интегрированными.

Физиологические (мишени) процессы находятся за пределами нашего терапевтического воздействия и относятся к контролируемой переменной (контроль реакций на назначения врача, выполняемыми больными).

Уровень, который мы условно назвали **психофизиологическим**, разделили на 2 подуровня воздействия — биоэнергетический и психоматический.

На биоэнергетический подуровень мы воздействовали на участников с помощью телесно-ориентированной терапии. По мнению А. Лоуэна можно выделить следующие причины (принципы) использования телесно-ориентированных психотехник:

- тело помнит всё: переживания (тяжелые и радостные), события жизни самого разного характера, травмы, упрятанные глубоко внутрь тела.

- тело никогда не врет, оно не умеет и ему это не нужно, оно всегда точно указывает что хочет, а что нет.

- тело способно сообщить о человеке больше, чем он сам может рассказать. Лишь 10% приходится на выразительную способность речи.

- телесно-ориентированная психотерапия позволяет обходить защиты, выстроенные человеком от самого же себя, сопротивление клиента чему-то.

- возможность бережно подойти к внутренним переживаниям человека, к его бессознательному, а значит к истокам различных проблем.

Кроме всего прочего работа с телом направлена не только на решение психологических проблем и лечение психических нарушений, но и на общее оздоровление всего организма.

Основоположником данного вида воздействий является В. Райх. Исходя из его теории, телесно-ориентированные упражнения снимают мышечные напряжения. В нашем исследовании используем упражнения и техники, проверенные временем и своими результатами разработанные основателями различных направлений телесно-ориентированной психотерапии.

Биоэнергетические воздействия по А. Лоуэну — это упражнения, направленные на повышение напряжения в напряженных местах и последующего расслабления, при этих упражнениях уделяется особое внимание дыханию. Также используем дополнительные упражнения, разработанные современными ведущими специалистами по телесно-ориентированной терапии.

Мы составили программу, в которую входят набор упражнений (приложение 3). Упражнения, отраженные в приложении, проводятся в группе под руководством психолога. По окончании занятий в группе обсуждаются физические и иные реакции организма с целью понимания многогранности реакций и процесса воздействия телесно направленной терапии. Для формирования навыков анализа мышечного реагирования на упражнения, предлагаются упражнения для самостоятельного выполнения на дому с целью формирования навыка контроля над телом в различных ситуациях. После упражнения происходит обсуждение в группе, во время которого предлагается ответить на следующие вопросы: Какие явные признаки (характеристики) склонности к затруднению дыхания проявились при выполнении упражнения? Какие неявные установки по отношению к жизненным проблемам проявились при выполнении данного упражнения? Какие вы выделили для себя переменные как достойные внимания для профилактической работы над собой? Насколько высоко вы оценили риск возникновения трудностей с дыханием? Какие проблемные моменты из диагностики проявились при выполнении данного упражнения?

Эти же упражнения направлены, говоря метафорически, на «промывку», «диализ» энергетических каналов, тем самым, согласно теории, мы уменьшим количество негативных факторов, которые влияют на дестабилизацию мембраны клеток, запускающих аллергические симптомы.

Мишенями при телесно-ориентированной терапии являются:

- уровень тревожности
- устойчивость к стрессу;

- чувствительность и внимание к своим телесным переживаниям;
- собственные границы, как в телесном, так и в социальном плане;
- негативные привычки, имеющие жесткие телесные выражения;
- стратегии и поведенческие паттерны;
- гнев:

Задачи, которые мы перед собой ставим — с помощью телесно-ориентированных психотехник привести эти реакции и паттерны к некоему оптимуму, в зависимости от индивидуальных запросов участников группы.

Второй подуровень **психофизиологического воздействия** является **психосоматический**. Эпидемиологическими исследованиями последних лет выявлено, что спонтанное начало заболевания отмечается лишь в 1/3 случаев, у большинства больных начало болезни бывает спровоцировано психотравмирующей ситуацией, соматическими заболеваниями.

Мишени при психосоматическом воздействии:

- *Эмоциональная нестабильность и мнительность*. Мнимые болезни возникают легче при условиях длительных, затяжных отрицательных эмоций в связи с семейными неурядицами, служебными неприятностями, тяжелой болезнью близких и связанным с нею уходом за больным. Эмоционально неустойчивые лица обычно прислушиваются ко всему, что говорят о болезнях и лечении медицинские работники, соседи, сослуживцы, знакомые, случайные собеседники. Среди симптомов самых «страшных» болезней они обязательно найдут что-нибудь сходное со своими ощущениями, достаточное, чтобы приписать себе какую-нибудь болезнь.

- *Отношение к своему здоровью, болезни к причинам возникновения приступов и к ее развитию*. Взаимоотношения между объективным содержанием болезни и ее осознанием у разных больных сопровождается неодинаковой оценкой, что приводит к неадекватной ответной реакции на болезнь. Реакция личности на болезнь находится в прямой зависимости от многих факторов:

- представления об этом заболевании у самого больного.

- психологической обстановки вокруг больного, отношения к болезни дома родственников и сослуживцев на работе.

-личности больного.

Существуют различные варианты отношения к болезни, в основном определяемые особенностями личности больного: астенодепрессивный, психастенический, ипохондрический, истерический и эйфорически-анозогнозический.

На наших занятиях ставим перед собой следующие задачи:

Выявить и оптимизировать реакцию на болезнь; сформировать новые навыки реагирования на болезнь и восприятие на внешние и внутренние раздражители.

Одним из видов психотерапевтических техник, влияющих на психосоматические мишени, является аутотренинг. С помощью приемов АТ мы учим контролировать эмоциональное состояние, находить правильную, адекватную форму «психологической защиты» при негативной внешней ситуации, это в последующем способствует хорошему профилактическому эффекту.

В основе избранного нами варианта АТ лежит ступенчатый принцип освоения методики с широким использованием элементов эмоционально-стрессового воздействия, опирающихся на технику ступенчатого эмоционально-стрессового варианта аутогенной тренировки (Покровский Ю.Л., 1985). Данный подход способствует возникновению лечебного психического напряжения, т.е. саногенного эмоционального стресса, который, в свою очередь, оказывает на личность пациента активирующий эффект. В ступенчатый эмоционально-стрессовый вариант АТ входят приемы гетеро- и ауто-суггестии, сочетающиеся с образным представлением, включающим сюжет, эмоционально-насыщенные образы, сюжетную функциональную тренировку, самоубеждение и самовоспитание.

Каждое занятие АТ условно разделено на 5 этапов:

Первый этап — информативный. Перед тем, как переходить к практическому освоению АТ, участникам группы давалась возможность понять, какими возможностями обладает данная методика, и механизмы, используемые ею, конкретные цели и пути их достижения. На последующих занятиях подробно обсуждаются упражнения и методики, освоенные в данный момент. Занятия проводились в непринужденной обстановке с активным подключением к дискуссии самих занимающихся, что помогает создать творческую обстановку, выделить положительных лидеров и, при необходимости, нейтрализовать негативно настроенных пациентов. Длительность информативного этапа составляла 20-30 мин.

Второй этап — аутогенное погружение. В этот этап мы включаем основные стандартные упражнения по И.Шульцу с добавлением расслабления мышц лица — «маски релаксации». Под аутогенным погружением мы понимаем состояние, промежуточное между сном и бодрствованием, близкое к первой стадии гипнотического сна, когда словесный раздражитель приобретает значительную силу.

Третий этап — целевое (лечебное) внушение. На фоне аутогенного погружения пациенты приступают к целевому самовнушению. В первые 3 занятия лечебное внушение осуществляется посредством повторения формул за психологом. Затем, во время занятия каждому участнику группы подбираются специальные лечебные формулы. Чтобы формулы не потеряли терапевтическую силу действия, они обновляются новыми определениями, несущими тот же смысл. Начиная с 4-го занятия, лечебное внушение проводится больными самостоятельно в присутствии психолога.

Четвертый этап — сюжетное воображение. Данный этап направлен на создание эмоционально-стрессового эффекта путем воображения, представления определенных сюжетов природы и вживания в созданный сюжет. После отработки сюжетного воображения для коррекции эмоционального состояния, нейтрализации отрицательных эмоций отрабатывается сюжетная функциональная тренировка.

Пятый этап — выход в состояние бодрости. Повторение формул на выход в состояние бодрости сочетается с физическими упражнениями — сгибание и разгибание рук в локтевых суставах, потягивание.

Для ускорения освоения АТ и четкого получения внушаемых ощущений с созданием прочной условно-рефлекторной связи «внушение-представление-ощущение», применяется сочетание гетеросуггестии (непосредственное воздействие психолога) и аутосуггестии (самовнушение, самоубеждение).

Все стандартные упражнения и этапы АТ, кроме сюжетного воображения, даются с 1-го занятия.

На 2-м занятии после очередной информации об АТ и разбора результатов предыдущих самостоятельных тренировок больные активно добиваются получения тяжести и тепла. Если у большинства плохо подучается одно из этих упражнений, то оно может быть усилено гетеросуггестией.

На 3-ем занятии практическая часть АТ начинается с самостоятельного воспроизведения первых 3 упражнений, психолог на данном этапе только подсказывает момент перехода с одного упражнения на другое.

С 4-го занятия вводится сюжетное воображение, которое дается по указанию врача и способствует формированию определенного эмоционального состояния. «Домашнее задание» заключается в самостоятельной отработке 4 стандартных упражнений.

На 5-м занятии участниками самостоятельно отрабатываются упражнения. Сюжетное воображение отрабатывается также с помощью психолога.

Шестое занятие включает в себя самостоятельное прохождение всех стандартных упражнений с целевым внушением, психолог следит за выполнением упражнений и подсказывает момент перехода с одного упражнения на другое, при необходимости с помощью гетеросуггестии усиливает ощущения плохо получающегося упражнения. Сюжетное

воображение, его развертка проходит под диктовку психолога с активным участием самих пациентов.

С 7-го по 10-е занятие вся схема ступенчатой эмоционально-стрессовой АТ отрабатывается самостоятельно участниками под контролем психолога. Таким образом, модификация методики в виде сочетания гетеросуггестии и аутосуггестии с постоянным повторением всей схемы АТ помогает быстрее установить условно-рефлекторные связи между словесной формулой и сенсорной репродукцией с соответствующим эмоциональным состоянием. Причем относительная доля гетеросуггестии постоянно уменьшается, а аутосуггестии увеличивается ступенчато, в связи с чем активность больных от занятия к занятию возрастает.

Следующий уровень работы, согласно принятой модели, — условно названный **семантическим** — на котором локализуются общие способы категоризации (идентичные для всех людей), так и индивидуальные, специфические, присущие конкретному человеку. В первом случае — это структуры сознания, отражающие коллективные представления, т.е. обыденное, житейское сознание. Во втором — система представлений отдельного человека о мире, включающая его индивидуальные значения и личностные смыслы.

Мы в программе уделяем особое значение семантическому анализу (приложение 4). Данная программа рассчитана как на проведение в группе с обсуждением, так и вне ее, с заполнением дневника наблюдения (приложение 4). В начале такого вида работ участникам предлагается вспомнить те выражения, которые они произносят привычно, и отражают «телесное направление». Например, «Перехватило дыхание», «Забыла, как дышать» «Наступили на горло» и т.д. Если происходит групповая работа, то произносят вслух это выражение, и проговаривают те ситуации, в которых они их произносят. Так же предлагаются те вопросы, на которые необходимо ответить: Какие ассоциации вызвали эти метафоры? Какие образы возникают при произношении этой фразы? Как вы думаете, какое действие готовилось

организмом с возникшими образами? Как среагировал организм? Работа в группе проводится с целью обсуждения и понимания о многогранности возможных интерпретаций данных выражений. Самостоятельная работа вне группы, формирует навык, который поможет человеку избавиться от привычных телесноориентированных метафор.

Мишенями на данном уровне:

- индивидуальная система значений опосредующей процессы восприятия, мышления, памяти, принятие решений
- образы, символы, символические действия
- мотивационные факторы

Задачи, которые мы перед собой ставим при воздействии на эти мишени: изучить установки, социальные стереотипы восприятия, присущие обыденному сознанию; присущие для каждого участника образы успешного, агрессивного, порядочного человека.

Следующий уровень (высший в нашей модели), на который планируем воздействовать — личностный.

Т.к. человек существо психобиосоциальное, то реагирование на те или иные условия как внешней, так и внутренней среды, происходящее в контексте его собственного восприятия, когнитивного переосмысления (конструкты, смыслы), находит специфическое отражение во всех пластах его человеческой структуры (физический, социальный, психический и «Я» — как наивысший уровень саморегуляции).

Мишени на личностном уровне:

- *Личностный смысл* — ответ на вопрос «Кто Я». Особое внимание мы уделяем смысловым особенностям личности, подтверждая их значимость взглядами А.Н. Леонтьева: можно понимать и владеть значением, знать значение, но оно будет недостаточно регулировать, управлять жизненными процессами: самый сильный регулятор есть то, что он обозначает термином “личностный смысл” (Доценко. 2000).

- *Смысловые образования* — это «целостная динамическая система, отражающая взаимоотношения внутри пучка мотивов, реализующих то или иное отношение к миру» (*Леонтьев*). В исследованиях Е.Л. Доценко (2000) было показано, что в основании того или иного фрагмента образа мира человека (имплицитной теории) обнаруживаются смысловые образования, поверхностное представление которых на когнитивную плоскость удобнее всего получить в виде образа, выступающего метафорой этих образований. Эти базовые (базальные) метафоры затем разворачиваются (дифференцируются) в иерархизированные конструкты, определяющие способ восприятия жизненных событий и стратегии участия в них, где конструкты всегда оказываются сопоставимы по содержанию с лежащей в их основе метафорой.

Опираясь на исследования Зениной С.Л. (2003г.) мы можем выделить мишень — конструкты в системе взаимоотношений «человек и мир» — конфликт между стремлением понять «головой» («всё обмозговать») и внутренним непринятием действительности (*тянущие ощущения в желудке* и т.п.) находит себя в проявлении именно со стороны дыхательной системы (зона столкновения). Центром тяжести психосоматической дисгармонии, как правило, оказывается орган, наиболее уязвимый и важный для жизнедеятельности организма в представлениях индивида. Дыхательная система сама по себе несёт смысл жизни: «Если я дышу — значит, я живу». Располагаясь в зоне конфликта между «головой» (стремление понять) и «животом» (принять), дыхание становится уязвимым. Сохраняя себя как целостную систему, человеческий организм использует защитно-приспособительный механизм — кашель, который «душит». Кашель — своеобразный способ «надышаться перед смертью, а «душить» — значить лавировать между жизнью и смертью — это ещё одна составляющая внутриличностного конфликта, которая играет роль при развитии патологического функционирования ПС, с последующим формированием БА уже как заболевания. У автора работы возникла ассоциативная метафора

«вентиля», с помощью которого можно регулировать уровень открытия и закрытия выражений эмоционального состояния.

Стратегии поведения —

Задачи, которые мы планируем решить при воздействии на этом уровне:

Сформировать навык «прислушиваться» к спонтанным реакциям организма на внутренние и внешние раздражители. Она может быть разнообразна, подергивание рук, ног, учащение, затруднение дыхания и т.д.,

Привести к оптимуму реагирование на эмоциональное состояние и переживания, т.е. «дать в руки инструмент» в виде «вентиля», с помощью которого научиться регулировать (оптимизировать) эмоциональные переживания.

Исходя из вышеперечисленных мишеней, мы провели анализ протоколов и сопоставили запланированные воздействия с реально получившимися результатами.

Инструменты измерения переменных:

Инструментами объективного контроля — эозинофильного катионного протеина, спирометрии и субъективного контроля — субъективной оценочной шкалы «Риски здоровья», ASQ -5 теста, протоколов встреч.

ЕСР (эозинофильный катионный протеин) — медиатор воспаления в крови, наличие которого может свидетельствовать об уровне дестабилизации мембраны клеток.

Спирометрия — функциональное исследование лёгких выполняет ряд задач: оценка тяжести заболевания; оценка эффективности терапии больных бронхиальной астмой; представление о течении болезни из результатов последовательных тестов.

субъективная оценочная шкала «Риски здоровья» — шкала жизненных ситуаций, оцениваемых участником как психотравмирующие, оценка реакций на жизненные ситуации, трудности принятия решений.

Характеризует предметное наполнение уровней системы жизнеобеспечения личности.

АСQ-5 тест — с 2006 г. Глобальная инициатива по борьбе с бронхиальной астмой (Global Initiative for Asthma, GINA) рекомендует новый инструмент — валидизированный опросник оценки эффективности лечения бронхиальной астмы.

протоколы встреч — состоят из вопросов ведущего и ответов участников группы, которые далее интерпретируются ведущим. Этот инструмент позволяет составить программу воздействий на психологические уровни участников, а также отследить личностные изменения происходящие с участниками группы.

2.3 Обработка и анализ данных

Для определения эффективности работы в группе, необходимо провести обработку и анализ полученных данных.

Результаты, полученные с помощью **инструментов** объективного контроля — эозинофильного катионного протеина, спирометрии и субъективного контроля — субъективной оценочной шкалы «Риски здоровья», ASQ -5 теста, протоколов встреч.

2.3.1 Обработка данных объективной оценки эффективности психологических воздействий

ЕСР — это показатель объективного ряда, служит для оценки уровня медиатора воспаления в крови. Опираясь на показатели лабораторного исследования крови, мы получили результат (см. приложение 10, таб. 1). Данные не требуют специальных подсчетов. Оценка статистической значимости различий между первым (до) и вторым (после психотехнического воздействия) замерами выполнена с помощью t-критерия Стьюдента.

Спирометрия — это показатель объективного ряда, служит для определения функции внешнего дыхания. Данное обследование проводили участникам в начале и по окончании исследования. Собранные результаты

объединили в таблицу (см., приложение 10, таб. 2), в которой отображены результаты пре-теста и пост-теста. Результат не требует специального подсчета. Оценка статистической значимости различий между первым (до) и вторым (после психотехнического воздействия) замерами выполнена с помощью t-критерия Стьюдента.

2.3.2 Обработка данных и анализ данных субъективной оценочной шкалы «Риски здоровья»

Оценочная шкала «Риски здоровья» (см. приложение 1) — мы предложили участникам ответить на вопросы, предложенные в анкете, до начала и после исследования. Анкета состоит из 26 вопросов, объединив вопросы в группы, которые характеризует предметное наполнение уровней системы жизнеобеспечения личности, получили 4 группы: личностные ресурсы; психологические защиты; коппинг-стратегии; психосоматические процессы.

Заданные участниками индивидуальные показатели были суммированы для каждой шкалы, отдельно для пре- и пост-теста (см. таблица 3 приложение 10). Согласно ключу (отнесение шкал к уровням системы жизнеобеспечения (Богданова, Доценко 2010) путем усреднения были получены групповые значения для каждого уровня. Полученные индивидуальные результаты были объединены в групповой результат (см. таблица 4, приложение 10). Эти же результаты визуализированы с помощью гистограммы (рис.4). Оценка статистической значимости различий между первым (до) и вторым (после психотехнического воздействия) замерами выполнена с помощью t-критерия Стьюдента для каждого уровня системы жизнеобеспечения (см. таблица 5 приложение 10,).

АСQ-5 тест (см. приложение 2) — предложенный опросник заполнялся в течение всего 3-месячного периода занятий. Заполняется он 1 раз в 10 дней (6 замеров), результат вычисляется следующим способом: сумма баллов делится на 5. Полученные индивидуальные результаты посредством визуального сравнения были изображены в виде графика (см.

рис. 5). Для визуализации динамики групповых результатов был составлен график (см рис. 6).

Протоколы встреч (см. приложение 9) — были составлены на каждого участника группы и занятия в целом. В протоколах отображены вопросы, которые задавал ведущий и ответы участников, приведены диалоги, которые отражали совместные с психологом поиски путей решения выявляемых затруднений, обсуждение выполнения домашних заданий, которые были даны участникам (зафиксировано в столбце 1 протоколов). В протокол не включались детали, которые выходили за пределы обсуждаемых тем.

В правом столбце (2) представлены наши интерпретации протокольных событий (поведения как участников, так и ведущего), которые были сделаны уже за пределами встреч.

В конце протокола каждого занятия был проведен детальный анализ воздействий на заявленные при планировании работы мишени — материал собирался из правого столбца, и представляет результат его эмпирического обобщения. Такой анализ позволил выбирать методы психотерапевтического воздействия для следующих занятий, отследить личностные и иные изменения, происходящие с участниками группы (см. приложение 9).

Для детального анализа психологических интервенций психолога из правового столбца (2) протоколов занятий (см. приложение 9), были выделены и подсчитаны количество воздействий на мишени (см. таб. 6, приложение 10), затем мишени были сгруппированы на уровни, отраженные в модели воздействий (см. рис.3).

2.4 Обсуждение результатов

2.4.1 Обсуждение результатов объективных показателей

ЕСР — эозинофильный катионный протеин. Из таблицы 1 видно, что измеренные значения эозинофильного катионного белка (ЕСР) в крови пациентов не превышали предельно допустимого уровня (референса) — как на старте исследования, так и в конце 3-месячного периода наблюдения.

Динамику снижения ECP продемонстрировали 6 участников, что составляет 86% от выборки (см. таблица 1). Различия между замерами статистически значимы на уровне ниже 0,05 ($p = 0,047$).

Данный результат — снижение уровня медиатора воспаления в крови — можно толковать как снижение степени дестабилизации клеточных мембран. Следовательно, психотерапевтическое воздействие достигло своей цели — укрепления стабильности мембран клеток, выступающих триггером симптомов БА. Т.о. **поддерживается гипотеза 1-а** (см. таб. 1).

Таблица 1 — Уровня медиаторов воспаления в крови (ECP)

Имя участника	До начала работы в гр. Нг/мл	По окончанию работы в гр. Нн/мл
Таня М.	9	6
Мила	11	8
Нина	10	7
Эльза	18	12
Ирина Б.	12	11
Маша	12	9
Люда	11	11
группа	83	64

Данные спирометрии свидетельствуют о неоднозначном результате, который, по мнению докторов центра аллергии и астмы «Парацельс», с медицинской точки зрения динамику результатов интерпретировать как положительную или как негативную не предоставляется возможным — показатели с их точки зрения выглядят как не содержащие изменений. Вместе с тем, следует уечь, что воздействие проходило в период природной провокации симптомов (весна), а участники тем не менее находятся в состоянии устойчивой компенсации — организм успешно справляется с проблемой без интенсивной фармацевтической терапии (только поддержка). Такой результат можно признать свидетельством возможного успеха психологической работы с участниками группы. Боле того, на протяжении 3-месячной работы участники дополнительно не обращались в медицинские учреждения для оказания экстренной или иной помощи, связанной с симптомами бронхиальной астмы.

Спирометрия — ряд показателей — приведены в таблице 2.

показатели	FVC		FEV1		FEV1/FVC	
	пре	пост	пре	пост	пре	пост
Таня М.	3,5	3,5	3,5	3,4	100	96
% от нормы	92	93	105	103	118	114
Люда К.	3,6	3	2,9	2,9	81	80
% от нормы	106	104	101	100	104	101
Маша М.	4,1	4,1	3,6	3,5	88	85
% от нормы	106	106	107	104	105	102
Мила М.	3,3	3,4	2,3	2,4	71	70
% от нормы	119	122	100	101	88	87
Эльза З.	3,8	3,8	3	2,9	80	77
% от нормы	109	108	96	94	93	91
Нина З.	3,2	3,2	1,9	1,9	59	61
% от нормы	111	114	77	82	77	79
Ирина Б.	3,8	3,7	2,9	2,8	76	76
% от нормы	126	124	111	110	96	95

Таблица 2 — Результаты спирометрии пре-тест и пост-тест

Обозначения:

FVC — форсированная жизненная емкость легких.

FEV1 — количество воздуха, выдыхаемое за 1 сек.

FEV1/FVC — отношение объема форсированного выдоха за 1 сек к жизненной емкости легких (индекс Тиффно)

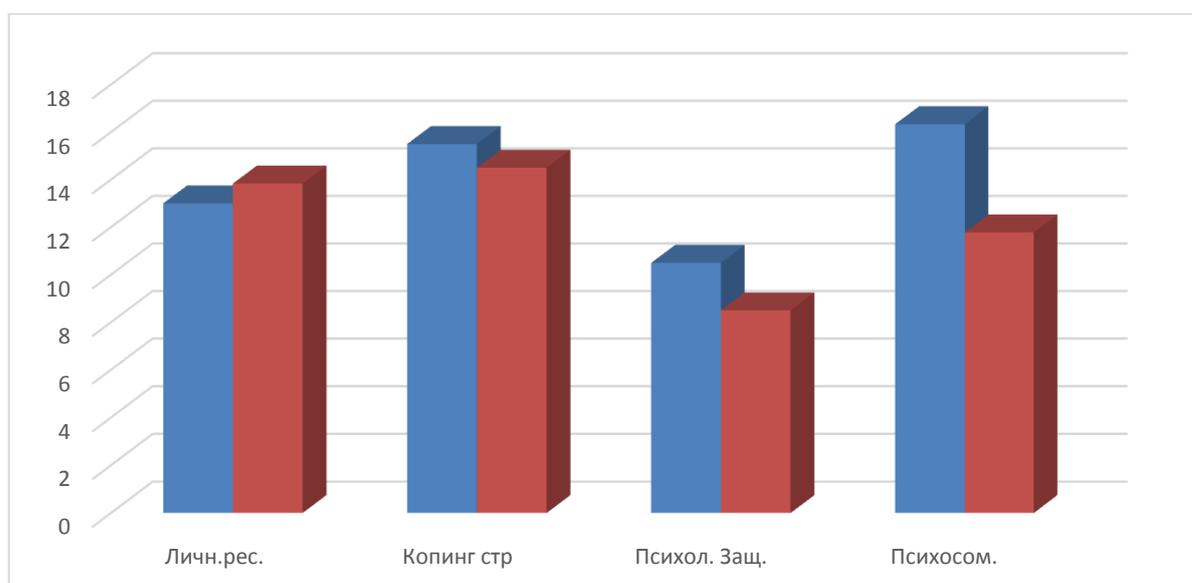
Можно дать и иное (не альтернативное) объяснение полученным результатам. Психотерапевтическое воздействие было направлено на преморбиды симптомов, а точнее, на снижение дестабилизации клеточных мембран, критерием этого является снижение уровня медиатора воспаления в крови (см. таблицу 1). Отсутствие изменений в показателях спирометрии могут свидетельствовать о том, что органические изменения могут быть «отставленными» — т.е. длительности терапевтически значимых изменений на уровне мембран недостаточно, чтобы они проявились на более высоком (с точки зрения организации) уровне — в соматических органах. В данном случае — в легких: мышцы, ответственные за растяжение легких еще не отреагировали на изменения (см. показатель FVC в таблице 2), а проводящие воздух пути еще не вполне освободились от отеков и слизи (см. показатель FEV1 в таблице 2).

2.4.2 Обсуждение результатов субъективных показателей

Оценочная шкала «Риски здоровья».

Эта шкала (см. приложение 1) отражает субъективные переживания до и после эксперимента, что позволит относительно объективно оценить эффективность эксперимента. Интерпретация полученных результатов: из рис.4 видно, что некоторые шкалы поменяли свое значение от пре-теста к пост-тесту.

Рисунок 4 — Оценочная шкала Риски здоровья



Прежде чем интерпретировать показатели шкалы, необходимо проверить изменения на статистическую значимость различий (см. таблицу 3). Видно, что рассматривать на уровне тенденции представляется возможным показатели личностных ресурсов и психологических защит, а интерес представляет уровень психологических процессов, значимость различий составляет 0,004 (см. таб. 3).

Интерпретировать как статистически значимое изменение можно лишь по одной шкале — **психосоматические процессы**, в пре-тесте он составлял 16 в пост-тесте 12, что составляет 25% (значение $p = 0,004$). Данный показатель складывается из оценки разного рода соматических реакций, реализующих (в разной степени выраженности) защитно-адаптационные функции организма. Данные реакции могут проходить на уровне

иммунитета, психофизиологических ответов на стресс, а также в виде психосоматических сбоев (вплоть до заболеваний). Кратко опишем их.

Уровни жизнеобеспечения личности	Пре-тест	Пост-тест	Значение р
Личностные ресурсы	13	14	0,289
Психологические защиты	11	9	0,624
Коппинг стратегии	16	15	0,144
Психосоматические процессы	16	12	0,004

Таблица 3 — Групповые результаты оценочной шкалы Риски здоровья (t-критерий Стьюдента)

Физиологические реакции, имеющие эволюционное объяснение («эволюционная норма»), порождающие дисфункции лишь при избыточности своего выражения:

- Реакции, возникающие в ответ на стресс, например, головокружение, кашель, отдышка, свистящие хрипы, оправдание находится в том, что не бесконечные ресурсы перераспределяются в соответствии с актуальными приоритетными задачами;

- Иммунные процессы и реакции, направленные на адаптацию организма к повседневным условиям существования и адаптацию к различным локальным вредностям, заключающиеся в распознавании чужеродных структур (антигенов), выработке антител и борьбе против антигенов;

- Процессы, обеспечивающие неспецифическую разрядку эмоционального напряжения в виде плача, глубокого вздоха, смеха, покраснения, жестикуляции, гримасничанья, крик и пр., или признаки неполного сброса напряжения эмоционального напряжения, например в виде тонического напряжения мышц.

Общие и специальные телесные навыки, системно выработанные для самообслуживания и решения повседневных психических и социальных задач («культурная норма»):

- Специальные телесные (автоматизированные) навыки: сложные двигательные паттерны, обслуживающие решение профессиональных и других локальных задач — навыки игры на музыкальном инструменте, навыки гимнаста, навык вождения автомобиля и пр.

- Случаи «противостояния», сопротивления «культурного» тела: при освоении необычных движений, при резком изменении стереотипа (например, феномен «остановившегося эскалатора»), при изменении средовых или социальных условий.

Телесные феномены, служащие средством решения специальных психологических задач (как проекция активности психических защит на сому).

— «соматическое высказывание» — символическое (телесное) выражение подавляемого, запрещенного психологического содержания или попытка при помощи демонстрации телесного симптома достигнуть какую-либо социальную цель;

- «соматический призыв» — соматические симптомы, служащие способом получения помощи, внимания от людей, например, кашель, одышка;

- «соматическое объяснение» — болезненные или подобные им симптомы, служащие для оправдания собственной бездеятельности, например кашель как реакция на моющие средства;

- «перцептивная защита» — симптомы, служащие защитой от тревожащей информации, например, в разной степени появление одышки;

- «соматическая маскировка» — симптомы, маскирующие психологические нарушения, используются в качестве средства социальной адаптации в определенной среде, например, частые простудные заболевания;

- «соматическая подмена» — процессы, переводящие психологические нарушения в телесную сферу, призванные облегчить душевную боль.

Индивидуальные привычные (характерологические и некоторые личностные) паттерны реагирования человека на жизненные задачи,

находящие свои телесные проявления (строго говоря, ошибочно относимые к соматическим сбоям). Это — проекции копингов и личности на тело.

— Стремление постоянно прислушиваться к телу и отыскивания симптомов;

- Склонность сдерживать эмоции, подавлять враждебность;

- Затруднение в различении эмоций и телесных ощущений;

- Затруднения в описании собственных эмоций и эмоций других;

- Повышение тревожности — склонность даже незначительные угрожающие ситуации воспринимать как сверхугрожающие;

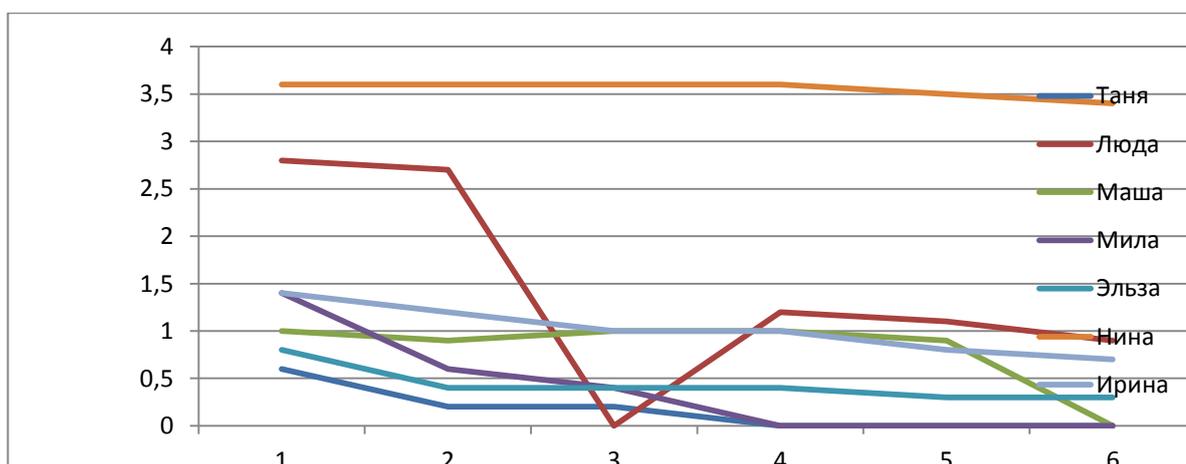
- Эмоциональное состояние беспомощности, небезопасности, покинутости, депрессивные состояния;

- Убежденность в том, что имеющееся заболевание особенно тяжело, страх его усугубления. Озабоченность риском развития нового заболевания.

Мониторинг выраженности симптомов БА (АСQ-5 тест).

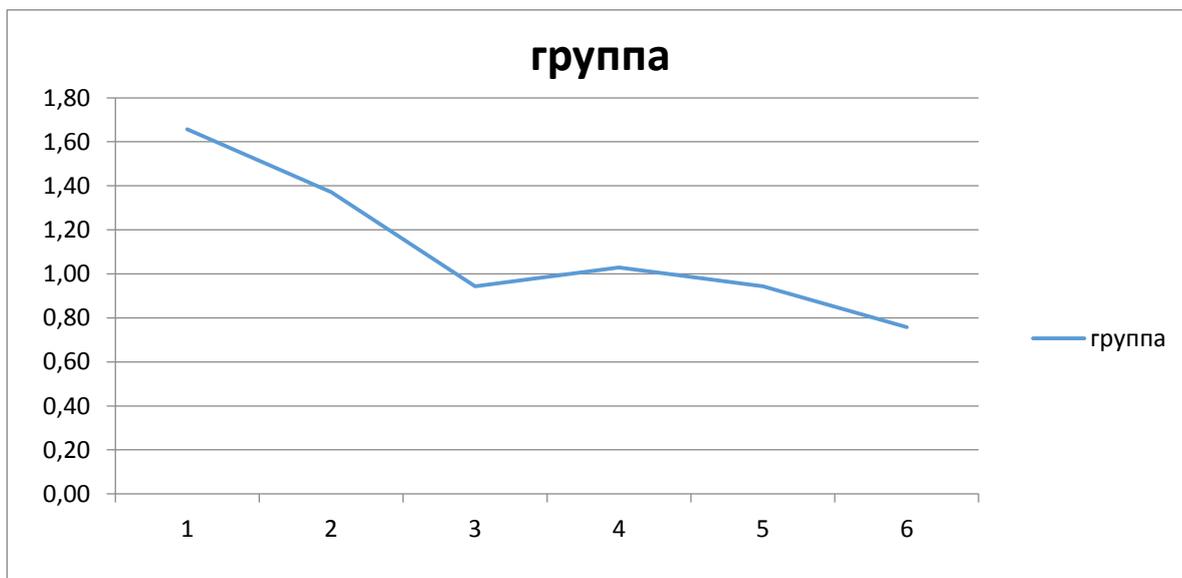
На рисунке 5 приведены результаты тестов, из которых видно, что повышение контроля над проявлениями БА произошло у всех участников группы, но в разной степени, т.к. участники по-разному реагировали на работу в группе. Так, сдвиг в результате работы у участницы Нины составляет от 3,6 баллов до 3,4 баллов, что составляет 5,4%. Анализируя причину невысокой разницы, обратим внимание на то, что у участницы было сопротивление к терапии (см. анализ протоколов в приложении 9), прослеживаются психологические защиты. У участницы Людмилы выраженность симптомов БА снизилась с 2,8 баллов до 0,9 баллов (на 67,8%), особенно это видно после 2 занятия. Из протокола 2-го занятия, видно, что на этом занятии Людмила испытала инсайт от того, что обнаружила причину (смысл) появления приступов астмы.

Рисунок 5 — Результаты ASQ-5 теста (индивидуальные



На рис. 6 (групповые показатели) видно, что в начале работы средний показатель выраженности симптомов БА составляет 1,66 баллов (по 6-балльной шкале) и снизилось до 0,76 баллов (что составляет 47,5%). Это указывает на улучшение состояния здоровья — пусть и в субъективном восприятии (оценке) больных, но все же в терминах объективных симптомов.

Рисунок 6 — Результаты ASQ 5 теста (групповые)



Анализ протоколов встреч (см. приложение 9).

Исходя из детального анализа воздействий на заявленные при планировании работы мишени, можно сделать следующие выводы (см. таб. 6).

Психические изменения, произошедшие за время 3-месячной работы, произошли у каждого участника. Особенно следует подчеркнуть, что позитивному изменению подверглись особенности Я-концепции и

эмоциональные состояния. Участники получили ответы на волнующие их вопросы: о психосоматических заболеваниях, о возможных причинах возникновения заболевания, о том, какие реакции могут спровоцировать ухудшение состояния здоровья. Приобрели навыки: «чувствовать свое тело», т.е. отслеживать реакции тела на общее эмоциональное состояние, расшифровывать сновидения. Эти изменения и навыки способствовали улучшению самочувствия и увеличению компенсаторных возможностей организма.

Уровень \ Занятия	количество психотерапевтических интервенций								Итого
	1	2	3 з	4	5	6	7	8	
Личностный уровень	2	18	8	3	1	1	2	5	40
Семантический уровень	2	2	2	1	4	2	1	1	15
Телесно-ориентированный уровень	4	2	7	1	1	2	4	1	22
Психосоматический уровень	1	5	7	3	7	4	2	2	31
Итого	9	27	24	8	13	9	9	9	108

Таблица 6 — Мишени психотерапевтических вмешательств в течение занятий

2.4.3 Анализ индивидуальных результатов

Для отслеживания индивидуальных психических изменений и состояния здоровья участников был проведен детальный анализ индивидуальных протоколов, объективных и субъективных показателей, отображенных в таблицах (см. приложение 10).

Ирина Б. — 48 лет служащая, не замужем, имеет взрослую дочь. Считает себя самодостаточной, независимой женщиной, заболевание возникло на фоне стресса (см. приложение 9, занятие 1).

Согласно протоколу 5-го занятия, видно, что у участницы произошло осознание и признание наличия противоречия в понимании причины возникновения заболевания, ею предпринимались познавательные усилия,

направленные на смягчение потребностной (смысловой) значимости проблемной ситуации, появилась убежденность в том, что она является хозяйкой своей жизни, ощущение подвластности самой себе. Ирина демонстрирует выраженную динамику результатов по субъективным показателям (см. приложение 10, таб. 6.), можно предположить, что ее психическая реальность более гибкая, нежели телесные реакции. Телесное сопротивление терапии ярко проявлялось не телесно-ориентированной терапии (см. приложение 9, занятие 7), психолог дал домашние задания, для формирования адекватной телесной реакции.

Татьяна М. — 21 год, студентка, не замужем, детей нет. Считает себя «не определенной в жизни», «не знает, чего хочет» (см. приложение 9, занятие 2).

В течение работы в группе появились убежденность в необходимости реализовывать свои сущностные силы (самоактуализироваться); позитивные, преимущественно непротиворечивые мифы и легенды о себе, соответственно, снятие необходимости избыточного включения психологических защит для поддержания целостности. За время занятий трансформировалось восприятие себя как причины всего, что происходит в мире. Это позволили ей снизить ощущение незащитности и переживание неспособности контролировать свою жизнь. Далее защита трансформируется в стремление идеализировать другого человека (или группы других), наделение их всемогуществом, и вместе с тем надежда, на то, что этот другой поможет (спасет) в трудной ситуации.

Татьяна демонстрирует 100% динамику (до нулевых) результатов по ASQ 5 теста (см. приложение 10, таб. 7). Это дает возможность сделать выводы, о том, что в ее субъективном отношении к своему здоровью она демонстрирует объективное улучшения в состоянии здоровья. Показатели шкалы из субъективного ряда и показатели крови (ЕСР) улучшились на 33 % — это демонстрирует динамику как психических изменений, так и телесной реакции на эти изменения. Татьяна демонстрирует синхронное улучшение субъективных и объективных показателей.

Людмила К. — 58 лет, пенсионерка, замужем, имеет взрослого сына, живущего с ними.

В начале занятий для Людмилы было характерно мышление в чёрно-белом цвете, в терминах крайностей «хороший» или «плохой», «всемогущий» или «беспомощный» (см. приложение 9, занятие 1), приписывание другим собственных мыслей, установок, чувств и убежденность в том, что приписанное, изначально являлось характеристикой тех других, избегание ситуаций, объектов, которые вызывают выраженный навязчивый страх (фобию) — страх дыма, совершение немотивированных агрессивных действий в отношении других, для сохранения представления о себе (курящие люди).

Людмила демонстрирует динамику изменений субъективного ряда (см. приложение 10, таб. 8), то, что говорит о ее психологической гибкости, несмотря на ее психологические защиты, которые смягчились в результате групповой работы.

Мария М. — 28 лет замужем, находится в декретном отпуске по уходу за ребенком, дочери 3 года.

В начале занятий демонстрировала (см. приложение 9, занятие 1) повышение тревожности — склонность даже незначительные угрожающие ситуации воспринимать как сверхугрожающие; эмоциональное состояние беспомощности, небезопасности, покинутости, депрессивные состояния; убежденность в том, что имеющееся заболевание особенно тяжело, страх его усугубления. Озабоченность риском развития нового заболевания. К концу занятий эти ощущения прошли, повысилась уверенность в себе, повысилась субъектность. Опираясь на данные индивидуальных показателей (см. приложение 10, таб. 9) Мария показала положительную динамику как в субъективном, так и объективном рядах, по ASQ 5 тест — 100%, и показатели крови улучшились на 75%. Это может говорить о гармонизации соотношения состояний души и тела, гибкости как на психическом, так и на телесном уровне.

Эльза З. — 28 лет, служащая, замужем, детей нет.

Эльза осознала (см. приложение 9, занятие 1), что до начала занятий использовала прием, условно названный выше «соматический призыв» — соматические симптомы (например, кашель, затрудненное дыхание) как способы запроса о помощи, внимания от людей. Во время занятий прослеживалась «соматическая подмена» — процессы, переводящие психологические нарушения в телесную сферу, призванные облегчить душевную боль (на смерть бабушки). К концу последнего занятия пришло осознание таких защит и подмен, что привело Эльзу к желанию поменять отношение к жизни и к близким, равно как и к своей болезни. Что касается объективных и субъективных показателей (см. приложение 10, таб.10), то Эльза демонстрирует лучшие показатели по объективному ряду, в данном случае отклик физического тела произошёл ярче, нежели психологического восприятия действительности.

Мила М. — 39 лет, служащая, замужем имеет 2-х детей (21 и 4 года).

В начале занятий психолог обратил ее внимание на то, что она переводит свои тревожащие чувства на абстрактный уровень, чтобы иметь возможность говорить о них как о теоретических понятиях; создание *нового*, произвольного смысла жизненной трудности практически не опираясь на значение самой наличной ситуации. При создании смысла, прежде всего, присутствует учет и оперирование другими смыслами и ценностями, и в меньшей мере потребностями. (см. приложение 9, занятие 8). К концу занятий были «проработаны» чувства, которые были прежде в разряд личностных ресурсов. Что касается объективных и субъективных показателей (см. приложение 10, таб. 11) то Мила продемонстрировала как по субъективным, так и по объективным показателям динамику результатов, что говорит о психическом и физическом комфорте.

Нина З. — 63 года пенсионерка, замужем, имеет взрослую дочь.

На занятиях демонстрировала почти полное отрицание стрессового события: «Если я не признаю этого (не верю), значит, это не случилось». Для

нее характерны были также уход от ситуации посредством фантазирования или сна; стремление «отменять» эффект негативных событий — но не путем их решения, а через создание других позитивных событий (фактически, вытеснение). Говорила о склонности сдерживать эмоции, подавлять враждебность, испытывала затруднение в различении эмоций и телесных ощущений. К концу занятий снизилась категоричность суждений (приложение 9, занятие 6) смягчились психологически защиты. Что касается объективных и субъективных показателей (см. приложение 10, таб. 12) то Нина продемонстрировала снижение объективных показателей ЕСР, у нее у одной улучшились показатели спирометрии.

Выводы по II главе

1. По данным анкетирования обращает на себя внимание то, что большинство участников группы осознают тот факт, что пережитый психоэмоциональный стресс у них явился фактором развития симптомов бронхиальной астмы — затрудненное дыхание, одышка.

2. При психотерапевтическом воздействии улучшилось их субъективная оценка здоровья по объективным показателям, что доказано посредством сравнительного анализа данных АСQ-5 теста.

3. Выявлено, что и ситуативная, и личностная тревожность влияет на усиление симптомов бронхиальной астмы, приемы аутотренинга, телесно ориентированной терапии, биоэнергетических упражнений оказывают положительный эффект на состояние здоровья участников, улучшился сон, уменьшилась частота ночного пробуждения, что видно из протоколов занятий. Сформированные навыки оптимизирования реакции на внешний раздражитель уменьшили выраженность симптомов бронхиальной астмы.

4. В ходе эксперимента у участников была выявлена разная амплитуда изменений объективных и субъективных показателей. Это может говорить о гибкости психики каждого отдельно, и о индивидуальной опосредованной реакции организма на психические изменения, что подтверждено пре-тестами и пост-тестами.

5. Воздействуя на «Образ Я», на самый высокий уровень согласно рабочей модели, мы отметили, что участники к окончанию занятий показали личностные изменения, такие как проявление жизнестойкости в трагичных ситуациях (утрата близких), принятие решений, связанных с жизненным выбором (смена места работы, учебы) без ущерба здоровью, произошли ценностные преобразования, (отношение к себе и к своему окружению), что также не ухудшило состояние здоровья участников.

6. Приобретенные умения (приемы релаксации, АТ, телесно-ориентированные техники), дали участникам возможность по-новому почувствовать свое тело, научились «читать» изменения телесных ощущений, что в дальнейшем положительно отразится на состоянии здоровья.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Данная работа направлена на:

- **выявление** влияния психических процессов на возникновение симптомов бронхиальной астмы, по итогам исследования такого типа влияния были изучены посредством анализа литературных источников.

- **апробацию** методов психологического воздействия, направленных на снижение частоты и тяжести приступов БА. Общая продолжительность занятий составила 30 часов, дополненные выполнением домашних заданий, в котором удалось воздействовать на те мишени, которые были запланированы, согласно теории.

- **оценку** эффективности групповой работы с клиентами, произвели с помощью субъективных и объективных показателей, которые были отражены в пре-тесте и пост-тесте.

Для достижения поставленных целей мы решили следующие задачи:

1. Проанализировали литературу, направленную на исследование психосоматической связи, с целью определения степени проработанности выбранной темы. Было выявлено, что психология как наука о закономерностях душевной жизни человека оказалась на периферии изучения проблемы психосоматической связи. Поэтому эффективное решение прикладных задач наталкивается на неразработанность сложных теоретических проблем психологии в психосоматике. Остается слабо исследованным вопрос о том, на какие мишени необходимо воздействовать психотерапевтическими методами.

2. Дано теоретическое обоснование образования психосоматической связи, которая широко описана в различных источниках литературы, т.е. симптомы и синдромы нарушений соматической сферы обусловлены индивидуально-психологическими особенностями человека и связаны со стереотипами его поведения, реакциями на стресс и способами переработки внутриличностного конфликта.

3. Дано теоретическое обоснование представлениям о триггерах симптомов бронхиальной астмы, показано, что конечный механизм порождения приступов БА физиологичен, какие бы этиологические факторы и частные причины не рождали заболевание. Это позволило понять, что знание о причинах важно в том аспекте, который позволяет предотвратить или минимизировать процесс дегрануляции клеточных мембран.

4. Изучена роль клеточной мембраны в возникновении приступов бронхиальной астмы – пусковым (триггерным) элементом в процессах, порождающих симптомы бронхиальной астмы, выступает нарушение свойств **мембраны тучных клеток** (и ряда им подобных клеток). В основе всего многообразия симптомов БА лежит момент дестабилизации мембраны. Тяжесть симптомов заболевания есть функция от: а) количества дестабилизированных мембран таких клеток и б) степени их дестабилизации. Выделили экзогенные и эндогенные факторы, влияющие на дестабилизацию мембраны.

5. Разработана модель психотерапевтических интервенций, направленных на снижение уровня дестабилизации мембраны, в которой отражены физиологический и психосоматический уровни, психологическая семантика, личностный уровень.

6. Составлен набор методов психологического воздействия (неврачебной психотерапии), основываясь на теоретическую модель возникновения симптомов бронхиальной астмы предложенной в результате теоретического анализа. Методы воздействия, которые были выбраны положительно отразились на состоянии здоровья, что подтверждено результатами исследования.

7. Провели исследование, позволяющее объективно оценить физиологические эффекты психотерапевтического воздействия. Для решения данной задачи, были использованы критерии оценки эффективности субъективного и объективного ряда.

В ходе решения поставленных задач, можно сделать вывод о том, что выдвинутые гипотезы получили свое подкрепление:

1. Применение методов неврачебной психотерапии по отношению к больным бронхиальной астмой с психосоматическим генезом действительно привело к улучшению физиологических показателей здоровья участников:

а) снизился уровень медиаторов воспаления в крови клиентов — получен объективный показатель эффективности психотерапевтического воздействия;

б) показатели спирометрии (характеристик дыхания) в целом не показали клинически значимых изменений, что на фоне усиления провоцирующих факторов (традиционных вызывающих весеннее обострение) надо признать позитивным показателем.

2. Применение методов неврачебной психотерапии по отношению к больным бронхиальной астмой с психосоматическим генезом, действительно привело к смягчению тяжести симптомов в субъективном восприятии клиентов: дыхание стало более свободным (снижена продукция слизи и увеличение просвета бронхов), уменьшилась одышка (снизилась частота появления, снижение вязкости мокрот).

Формирующий эксперимент показал, что такая работа с психосоматическими заболеваниями необходима для более эффективного лечения клиентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Книги, монографии, брошюры

1. Абрамова, Г.С. Практическая психология: учебник для студентов вузов / Г.С. Абрамова. — М.: Академический Проект, 2001. — 480с.
2. Александер, Ф. Психосоматическая медицина / Ф. Александер. — М.: ЭКСМО-ПРЕСС, 2002. — 351с.
3. Антропов, Ю.А. Лечение детей с психосоматическими расстройствами / Ю.А. Антропов, Ю.С. Шевченко. — СПб.: Речь, 2002. — 556с.
4. Арина, Г.А. Психология телесности: методологические принципы и этапы клинико-психологического анализа / Г.А. Арина, В.В. Николаева. — М.: АСТ, 2005. — 312с.
5. Артамонов, Р.Г. Значение нарушений бронхиальной проходимости в диагностике бронхиальной патологии у детей / Р.Г. Артамонов // Педиатрия. — 1982.- №1. — С.6-10.
6. Бассин, Ф.В. О так называемом психосоматическом подходе к проблеме развития и преодоления болезни / Ф.В. Бассин // Клиническая медицина. — 1970. — № 9. — С.7.
7. Белоконь, Н.А. Вегетососудистая дистония / Н.А. Белоконь, М.Б. Кубергер // Болезни сердца и сосудов у детей: Руководство для врачей. В 2-х томах. Т.1.- М: Медицина, 1987. — С.303-338.
8. Березин, Ф.Б. Психосоматические соотношения при бронхиальной астме / Ф.Б. Березин // Журн. неврол и психиатр. им. С.С. Корсакова. — 1998. — №4. — С.35-38.
9. Биличенко, Т.Н. Ведущие факторы риска хронических болезней органов дыхания и основные направления профилактики заболеваемости населения в условиях крупного промышленного города: автореф. дисс...докт. мед. наук / Т.Н. Биличенко. — Москва, 2004. — 51с.
10. Биличенко, Т.Н. Распространенность хронического бронхита и других респираторных нарушений среди взрослого населения. Их

диагностическое и прогностическое значение (клинико-эпидемиологическое исследование): автореф. дисс...канд. мед. наук / Т.Н. Биличенко. — Москва, 1992. — 28с.

11. Боговин, Л.В. Мотивация к лечению и кооперативность в достижении контроля бронхиальной астмы: автореф. дисс...докт. мед. наук / Л.В. Боговин. — Владивосток, 2015.- 46с.

12. Боговин, Л.В. Психологические особенности больных бронхиальной астмой / Л.В. Боговин, Ю.М. Прельман, В.П. Колосов. — Владивосток: Дальнаука, 2013. — 248с.

13. Болевич, С.Б. Роль свободнорадикальных процессов в патогенезе бронхиальной астмы: автореф. дисс...докт. мед. наук / С.В. Болевич. — Москва, 1995. — 49с.

14. Болевич, С.Б. Роль свободнорадикальных процессов в патогенезе бронхиальной астмы / С.Б. Болевич, И.Г. Даниляк, А.Х. Коган // Пульмонология. — 1995. — №1.- С.18-24.

15. Ботвиньева, В.В. Состояние иммунной системы и неспецифических факторов защиты у детей с острыми респираторными заболеваниями / В.В. Ботвиньева, О.К. Ботвиньев, П.М. Шамшев // Педиатрия. — 1988. — №5. — С.42-46.

16. Бронхиальная астма / под ред. А.Г. Чучалина. — М.: Агар, 1997. — 431с.

17. Бурменская, Г.В. Возрастно-психологический подход в консультировании детей и подростков / Г.В. Бурменская, О.А. Карабанова, А.Г. Лидерс. — М.: Изд-во Московского психолого-социального института, 2002. — 416с.

18. Бушуева, Н.А. Сравнительный анализ факторов кооперативности больных бронхиальной астмой / Н.А. Бушуева, А.С. Белевский, А.Г. Чучалин // Пульмонология. — 2000. — №3. — С.53-61.

19. Васильева, О.С. Психология здоровья человека: эталоны, представление, установки: учебное пособие / О.С. Васильева, Ф.Р. Филатов. — М.: Издательский центр «Академия», 2001. — 352с.
20. Вельтищев, Ю.Е. Состояние здоровья детей и стратегия профилактики болезней / Ю.Е. Вельтищев. — М.: Медицина, 1994. — 66с.
21. Воронина, С.Н. Роль психологических факторов в развитии соматического заболевания у детей дошкольного возраста (на примере бронхиальной астмы): автореф.дисс...канд. психол. наук / С.Н. Воронина. — Ярославль, 2006. — 25с.
22. Воронцова, И.М. Болезни, связанные с пищевой аллергией / И.М. Воронцова. — Л.: медицина, 1986. — 150с.
23. Гельдер, М. Оксфордское руководство по психиатрии. Пер. с англ. Т.2. /М. Гельдер, Д.Гот, Р. Мейо. — Киев: Сфера, 1999. — 436с.
24. Геппе, Н.А. Актуальность проблемы бронхиальной астмы у детей / Н.А. Геппе // Педиатрия. — 2012. — Т.91. — №3. — С.76-82.
25. Гимадеев, М.М. Социально-экологический мониторинг / М.М. Гимадеев.- Казань, 1996. — 11с.
26. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы. Пересмотр 2007 г.: пер. с англ. / под ред. А.Г. Чучалина. — М.: Атмосфера, 2008. — 107с.
27. Головин, С.Ю. Словарь практического психолога / С.Ю. Головин. — Минск: Харвест, 1997. — 976с.
28. Де Сильва, Н.М. Маркеры дисфункции эндотелия у больных бронхиальной астмой / Н.М. Де Сильва, В.И. Немцов, В.И. Трофимов // РАЖ. — 2015. — №2. — С.15-18.
29. Доценко Е.Л. Семантика межличностного общения. Автореферат докторской диссертации. М., 2000.
30. Дробижев, М.Ю. Депрессия как общемедицинская проблема / М.Ю. Дробижев // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2006. — Т.8. — №2. — С.57–61.

31. Дробижев, М.Ю. Реактивные (нозогенные) депрессии у больных соматическими заболеваниями / М.Ю. Дробижев // Современная психиатрия. — 1998. — №2. — С.28–32.
32. Дубровина, И.В. Психология / И.В. Дубровина, Е.Е. Данилова, А.М. Прихожан. — М.: Академия, 2003. — 464с.
33. Дубницкая, Э.Б. Психосоматические соотношения при депрессиях у больных с соматическими заболеваниями / Э.Б. Дубницкая // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2000. — Т.2. — №2. — С.40–45.
34. Дудин В.А. Использование методики локус жизнеобеспечения личности в краткосрочном психологическом консультировании // Издательский центр ЮУрГУ Челябинск Современная психодиагностика в России. Преодоление кризиса. Сборник материалов 3 всероссийской конференции Том 2. – 2015. – С. 56-59.
35. Дурыгин, А.Н. Роль мембранопатологии в клинко-патогенетических проявлениях бронхитов у детей: автореф. дисс...докт. мед. наук / А.Н. Дурыгин. — Екатеринбург, 1994. — 33с.
35. Елисеева, М.В. Бронхиальная астма как психосоматическое заболевание, и возможности психотерапевтической коррекции личностных нарушений у больных бронхиальной астмой / М.В. Елисеева, Е.В. Бекяшева // Всерос. журн. врача общей практики. — 2000. — №3(13). — С.76–79.
36. Ермаков, В.С. Фармакоэкономическая эффективность применения отечественных противоастматических средств / В.С. Ермаков, А.С. Соколов, А.Г. Чучалин // Пульмонология. — 1997. — №3. — С.65-70.
37. Залевский, Г.В. Введение в клиническую психологию / Г.В. Залевский. — М., 2012. — 224с.
38. Зисельсон, А.Д. Психосоматические отношения при аллергических заболеваниях / А.Д. Зисельсон, Д.Н. Исаев. — СПб.: Специальная литература, 1996. — 209с.
39. Каганов, С.Ю. Заболевания легких при наследственной патологии обмена и иммунологической недостаточности / С.Ю. Каганов, Н.Н. Розина

// Хронические заболевания легких у детей и критерии их диагностики. — М.: Медицина, 1979. — С.138-149.

40. Карвасарский, Б.Д. Психотерапия: учебник для студентов медицинских вузов / Б.Д. Карвасарский. — М: Медицина, 1985. — 304с.

41. Кравцова, Н.А. Психологическое содержание организационных форм и методов оказания помощи детям и подросткам с психосоматическими расстройствами: автореф. дисс...докт. психол. наук / Н.А. Кравцова. — Томск, 2009. — 45с.

42. Крылов, В.И. Характеристика мембраностабилизирующих процессов при бронхиальной астме у детей по данным исследования бронхиального секрета / В.И. Крылов, М.В. Олехнович // Педиатрия. — 1985. — №8. — С.11-14.

43. Куприянов, С.Ю. Системный подход к оценке роли нервно-психических факторов в развитии и течении бронхиальной астмы / С.Ю. Куприянов // Вест. АМН СССР. — 1989.- №2.- С. 24–28.

44. Леонтьев, А.Н. Потребности, мотивы и эмоции / А.Н. Леонтьев. — М.: Изд-во Московского Университета, 1973.- 40с.

45. Леонтьев, А.Н. Деятельность. Сознание. Личность / А.Н. Леонтьев. — М.: Политиздат, 1977. — 304с.

46. Литвицкий, П.Ф. Патфизиология: учебник / П.Ф. Литвицкий. — М.: Медицина, 2009.- 496с.

47. Макаров, В.В. Избранные лекции по психотерапии / В.В. Марков. — М.: Академический проект, 2000. — 256с.

48. Малкин-Пых, И.Г. Возрастные кризисы: справочник практического психолога / И.Г. Малкин-Пых. — М.; Изд-во «ЭКСМО-Пресс», 2004.- 896с.

49. Малявин, А.Г. Роль и место физических факторов в комплексной терапии больных бронхиальной астмой: автореф. дисс...докт. мед. наук / А.Г. Малявин. — Москва, 2004. — 41с.

50. Медников, Б.Л. Экономические аспекты бронхиальной астмы / Б.Л. Медников, О.Б. Медников, С.А. Пиявский // Сборник резюме VII

Национального конгресса по болезням органов дыхания.- М: Медицина, 1997. — С.25-28.

51. Менделевич, В.Д. Клиническая и медицинская психология: практическое руководство / В.Д. Менделевич. — М.: МЕДпресс, 1998. — 343с.

52. Михайлов, Б.В. Проблема депрессий в общесоматической практике / Б.В. Михайлов // Междунар. мед. журн. — 2003. — Т.9. — №3. — С.22–27.

53. Немов, Р.С. Основы психологического консультирования: учебник для студентов педвузов / Р.С. Немов. — М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1999. — 394с.

54. Новикова, И.А. Психофизиологические аспекты формирования психосоматических заболеваний: автореф. дисс...докт. мед. наук / И.А. Новикова. — Архангелск, 2005. — 51с.

55. Обухов, Я.Л. Глубинно психологический подход в психотерапии психосоматических заболеваний / Я.Л. Обухов. — М.: Медицина, 1997. — 31с.

56. Овчаренко, С.И. Бронхиальная астма: диагностика и лечение / С.И. Овчаренко // РМЖ. — 2002. — Т.10.- № 17. — С.25-28.

57. Овчаренко, С.И. Наглядная пульмонология / С.И. Овчаренко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 112с.

58. Огородова, Л.М. Факторы риска астмы / Л.М. Огородова, Н.Г. Астафьева // Консилиум-медикум, 2001. — Т.3. — №9. — С.45-47.

59. Патофизиология: учебник / отв.ред. Литвицкий П.Ф. 4-е изд. — 2009. — 496с.

60. Пезешкиан, Н. Психосоматика и позитивная психотерапия / Н. Пезешкиан. — М.: Медицина, 1998. — 464с.

61. Петров, В.И. Бронхиальная астма у детей / В.И. Петров, И.В. Смоленов. — Волгоград: Изд-во «Офсет», 1998. — 140с.

62. Проворотов, В.М. Алекситимия / В.М. Проворотов, Ю.Н. Чернов, О.В. Латышева // Журнал неврологии и психиатрии. — 2000. — №6. — С.66-70.

63. Проворотов, В.М. Алекситимия в структуре личности больных бронхиальной астмой / Проворотов В.М. //Актуальные проблемы пульмонологии: сборник трудов Всерос. общества пульмонологов. — М., 2000. — С.272–276.

64. Просекова, Е.В. Фармакоэкономические аспекты бронхиальной астмы / Е.В. Просекова, Б.И. Гельцер, Т.Н. Шестовская // Терапевтический архив. — 2000. — №3. — С.55-58.

65. Психокоррекционная и развивающая работа с детьми: учебное пособие / под ред. И.В. Дубровиной. — М.: Издательский центр «Академия», 1999.- 160с.

66. Пучко, Е.А. Статистика бронхо-легочных заболеваний в Красноярском крае / Е.А. Пучко, Ю.А. Терещенко // Тезисы докл. краевой конф., июнь 2000г. Красноярск. — 2000. — С 24-26.

67. Пыцкий, В.И. Неиммунные механизмы в патогенезе atopической группы заболеваний / В.И. Пыцкий // Аллергология и иммунология. — 2005, Т.6. — №1. — С.98–105.

68. Ребров, А.П. Особенности психики больных бронхиальной астмой / А.П. Ребров, Н.А. Кароли // РМЖ. — 2003. — №1. — С.23–26.

69. Семенова, Н.Д. Психологические аспекты бронхиальной астмы / Н.Д. Семенова // Бронхиальная астма / под ред. Чучалина. М.: Агар, 1997. — Т.2.- С.187–212.

70. Смулевич, А.Б. Психосоматические расстройства (клиника, терапия, организация медицинской помощи) / А.Б. Смулевич // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2000. — Т.2. — №2. — С.36-40.

71. Солопов, В.Н. Астма. Эволюция болезни / В.Н. Солопов. — М.: Готика, 2001. — 2008с.

72. Старшенбаум, Г.В. Психосоматика и психотерапия / Г.В. Старшенбаум. — М.: медицина, 1998. — 290с.
73. Тополянский, В.Д. Психосоматические расстройства / В.Д. Тополянский, М.В. Струковская. — М.: Медицина, 1986.- 384с.
74. Трофимов, В.И. Бронхиальная астма / В.И. Трофимов. — СПб.: Нордмедиздат, 2006.- 308с.
75. Труфакин, С.В. Особенности механизмов вегетативной регуляции при психосоматических заболеваниях: бронхиальная астма и ревматоидный артрит / Труфакин С.В. // Бюл. СО РАМН, 2005. — №4 (118). — С.53–58.
76. Тхостов, А.Ш. Психология телесности / А.Ш. Тхостов. — М.: Смысл, 2002.- 287с.
77. Усвяцов, Б.Я. Гигиеническая оценка стафилококкового биосинтеза слизистой носа школьников промышленного города / Б.Я. Усвяцов // Гигиена и санитария. — 1998. — № 6. — С.13-16.
78. Узнадзе, Д.Н. Психологические основы, исследования, установки / Д.Н. Узнадзе. — Тбилиси, 1961. — 267с.
79. Федосеев, Г.Б. Бронхиальная астма как способ психологической адаптации к микросоциальной среде / Г.Б. Федосеев, С.Ю. Куприянов // Терапевтический архив. — 1985. — №5. — С.31–36.
80. Чучалин, А.Г. Бронхиальная астма. — М: Русский врач, 2001. — 144с.
81. Чучалин, А.Г. Вопросы этиологии, иммунной патологии и терапии острой пневмонии / А.Г. Чучалин, В.Е. Ноников // Клиническая медицина. — 1991. — № 1. — С.71-74.
82. Чучалин, А.Г. Клинические рекомендации: Бронхиальная астма / А.Г. Чучалин. — М.: Атмосфера, 2006.- 224с.
83. Чучалин, А.Г. Механизмы защиты органов дыхания / А.Г. Чучалин // Пульмонология. — 1992. — № 1. — С.71-74.
84. 1.00. Чучалин, А.Г. Основы клинической диагностики /А.Г. Чучалин.- М.: ГЭОТАР-МЕД, 2008. — 584с.

85. Эйдемиллер, Э.Г. Психология и психотерапия семьи / Э.Г. Эйдемиллер. — СПб.: Питер, 2002.- 656с.
86. Ялом, И.Д. Экзистенциальная психотерапия. Пер. с англ. Т.С. Драбкиной / И.Д. Ялом. — М.: Класс, 1999. — 575с.
87. Mancuso, C.A. Effects of depressive symptoms on health-related quality of life in asthma patients / C.A. Mancuso, M.G. Peterson, M.E. Charlson // J. Gen. Intern. Med, 2000. — Vol.15. — №5. — P.301–310.
88. Barsky, A.J. Overview: Hypochondriasis, bodily complaints and somatic styles. Am. J. Psychiatry / A.J. Barsky, G.L Klerman. — 1983. — Vol. 140. — P.273-283.
89. Can emotional stress cause bronchoconstriction? / J.E. Neild, I.R. Cameron // Biol. Psychol. — 1986. — Vol.22. — P.184–185.
90. Ritz, T. Emotion and Pulmonary Function in Asthma: Reactivity in the Field and Relationship With Laboratory Induction of Emotion / T. Ritz , A. Steptoe // Psychosom. Med. — 2000. — № 62. — P.808–815.
91. Ong, L.M. Doctor-patient communication: a review of the literature, Soc Sci / L.M. Ong, J.C. de Haes, A.M. Hoos, F.B. Lammers. — Med 1995. — 40(7):903-18.
92. Sifneos, P.E. The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients / P.E. Sifneos // J. Psychother. Psychosom. — 1973. — Vol.22. — №2. — P.255–262.
93. Spittle, B.J. Bronchial asthma: lack of relationships between allergic factors, illness severity and psychosocial variables in adult patients attending an asthma clinic / B.J. Spittle, M.R. Sears // Psychol. Med. — 1984. — Vol.14. — №4. — P.847-852.
94. Wright, R.J. Alternative modalities for asthma that reduce stress and modify mood states: evidence for underlying psychobiologic mechanisms / R.J Wright // Ann. Allergy Asthma Immunol. — 2004. — № 93. — P.18–23.

Электронные ресурсы

1. Научная библиотека КиберЛенинка [Электронный ресурс]: <http://cyberleninka.ru/article/n/analiz-biofizicheskoy-teorii-elektroforeza-zhivyh-kletok#ixzz3qdfAZfPY> (дата обращения 29.03.2015).
2. Статистика OSM Россия [Электронный ресурс] <http://www.medtechnics.ru/articles/396> (дата обращения 12.03.2015).
3. ЦНИИ ОИЗ Федеральное государственное бюджетное учреждение Центральные НИИ организации и информации здравоохранения [Электронный ресурс] <http://mednet.ru/ru/nauchnaya-deyatelnost/nauchno-issledovatel'skaya-rabota.html> (дата обращения 09.02.2015).

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1 Оценка рисков здоровья

Скрининг-тест «Оценка рисков здоровья»

Ф.И.О. _____ Дата рождения _____ Дата обследования _____

Образование _____ Пол ___ Место жительства _____

Инструкция.

Для оценки рисков физического здоровья Вам необходимо ответить на вопросы как *основного содержания*, так и на *косвенные вопросы*.

Оцените степень выраженности указанных затруднений, которые распределены от 0 до 4.

Список жизненных ситуаций, оцениваемых как негативные, оставшихся в виде психотравмирующих воспоминаний	отметка о наличии в анамнезе жизненной ситуации
1.Мне трудно принимать окончательное решение в выборе между жизненно важными альтернативами (например, выбрать круг общения, место работы, романтического партнера)	0-1-2-3-4
2.Бывает, меня не понимают окружающие и даже враждебно ко мне относятся	0-1-2-3-4
3.Решая трудные жизненные задачи, я становлюсь лучше	0-1-2-3-4
4.При стрессе или переутомлении я могу испытывать головную или зубную боль, затруднение дыхания, тошноту, расстройство желудка, онемение, мышечные боли, «ком в горле» и пр.	0-1-2-3-4
5.Когда я болею простудными заболеваниями, они протекают тяжело, с высокой температурой	0-1-2-3-4
6.Порой я виню себя, даже когда ни при чем	0-1-2-3-4
7.Меня нередко одолевают сомнения в выбранном мною жизненном пути, в правильности жизненных ориентиров и целей	0-1-2-3-4
8.В момент психического переутомления мне трудно переключаться с работы на отдых и наоборот	0-1-2-3-4
9.Мне трудно контролировать ситуацию, когда меня тянет, например, к алкоголю, перееданию, сексуальным связям и пр.	0-1-2-3-4
10.В последнее время стало труднее выполнять привычные двигательные навыки	0-1-2-3-4
11.У меня возникают проблемы с оптимальной организацией времени	0-1-2-3-4
12.У меня появляется выраженный страх чего-либо (фобия), мешающий повседневной жизни	0-1-2-3-4
13.Здоровье всегда подводит меня в самый ответственный момент	0-1-2-3-4
14.Мои мечты сбываются	0-1-2-3-4
15.Я легко могу простудиться или испытывать недомогание во всем теле	0-1-2-3-4

16.Для меня характерны затяжные течения болезни (после гриппа, простуды) или длительные остаточные явления (температура, слабость, потливость, утомляемость)	0-1-2-3-4
17.У меня часто возникают конфликты с родителями	0-1-2-3-4
18.В последнее время на меня все чаще «сваливается» большой объем работы в короткий срок для выполнения	0-1-2-3-4
19.При достижении цели на пути начатого дела я испытываю трудности или ощутимые препятствия	0-1-2-3-4
20.Далеко не всегда мне удается понять смысл выпавших на меня жизненных испытаний	0-1-2-3-4
21.Если дела перенести на следующий день, я уверен(а) они получатся качественно	0-1-2-3-4
22.Я опасюсь заболеваний, угрожающих жизни, таких как болезни сердца, кожи, легких, артериальное давление, рак и пр.	0-1-2-3-4
23.Я беспокоюсь, когда при ухудшении зрения или слуха врачи не выявляют причины заболевания	0-1-2-3-4
24.Я забочусь о том, чтобы найти пару других способов решения проблемы	0-1-2-3-4
25.Я тревожусь, когда врачи затрудняются поставить мне диагноз	0-1-2-3-4
26.В повседневной жизни у меня порой возникают: навязчивые негативные мысли, тяжелые воспоминания, противоестественные мне действия	0-1-2-3-4

Приложение 2 Оценка физического здоровья

АСQ 5-тест опросник по контролю симптомов астмы

Ф.И.О. _____ Возраст _____ Дата _____

Образование _____ Пол __ Место жительства _____

Инструкция. Для оценки физического здоровья Вам необходимо ответить на вопросы. Обведите кружком номер ответа, который лучше всего отражает Ваше состояние в течение последней недели.

Вопросы основного содержания оценки физического здоровья

1	В среднем, как часто за последнюю неделю Вы просыпались ночью из-за астмы?	0	Никогда
		1	Очень редко
		2	Редко
		3	Несколько раз
		4	Много раз
		5	Очень много раз
		6	Не мог (-ла) спать из-за астмы
2	В среднем, насколько сильны были симптомы астмы, когда Вы просыпались утром в течение последней недели?	0	Симптомов не было
		1	Очень слабые симптомы
		2	Слабые симптомы
		3	Умеренные симптомы
		4	Довольно сильные симптомы
		5	Сильные симптомы
		6	Очень сильные симптомы
3	В целом, насколько Вы были ограничены в своих профессиональных и повседневных занятиях из-за астмы в течение последней недели?	0	Совсем не ограничен (-а)
		1	Чуть — чуть ограничен (-а)
		2	Немного ограничен (-а)
		3	Умеренно ограничен (-а)
		4	Очень ограничен (-а)
		5	Чрезвычайно ограничен (-а)
		6	Полностью ограничен (-а)
4	В целом, была ли Вас одышка из-за астмы в течение последней недели	0	Одышки не было
		1	Очень небольшая
		2	Небольшая
		3	Умеренная
		4	Довольная сильная
		5	Сильная
		6	Очень сильная
5	В целом, какую часть времени в течение последней недели у Вас были хрипы в груди?	0	Никогда
		1	Очень редко
		2	Редко
		3	Иногда
		4	Значительную часть времени
		5	Подавляющую часть времени
		6	Все время

Приложение 3 Для пациентов телесно-ориентированная психология

Легенда.

Тело — это детектор лжи, мысленно человек можем обмануть кого угодно — даже себя, свое сознание. А вот тело «никогда не врет», оноотреагирует на ситуацию тогда, когда ему это необходимо, и в тот момент, когда произойдет любого рода ситуация. Но человек существо социальное, поэтому дает команду организму «не реагировать» тогда, когда ему это неудобно, и организм до поры до времени слушается своего «хозяина» (сознание), создавая мышечные зажимы (панцирь), «забивая» тем самым и энергетические каналы. «Броня» блокирует тревогу и не нашедшую выход энергию, цена этого — обеднение личности, потеря естественной эмоциональности, невозможность получать наслаждение от жизни и работы

Инструкция.

Цель занятий — снять мышечные напряжение, «пробить» панцирь который мешает свободному прохождению энергии.

Определенные упражнения проводятся в группе под наблюдением психолога. После проведенных упражнений в группе обсуждаются физические и иные реакции организма с целью понимания многогранности реакций и процесса воздействия телесно-направленной терапии. Для формирования навыков правильного мышечного реагирования предлагаются упражнения для самостоятельного контроля над телом в различных ситуациях. Те изменения или реакции, которые будут происходить с телом вовремя и после проведения упражнений, фиксируются в дневнике. В дневнике рекомендуем создать столбцы, в которых будет отражаться телесные и иные реакции. Для этого необходимо создать 2 столбца: 1 — описать упражнение; 2- описать физические и иные ощущения, которые возникали вовремя и после упражнения.

Упражнение1-«Последовательность предъявляемых опор». Мы предлагаем «опору» при самых различных ситуациях и запросах. Особенно оно подходит при астении, когда не хватает сил, человек чувствует себя уставшим, выжатым, безвольным. При страхах, когда, как известно, «земля из-под ног уходит», «ноги ватные и колени подгибаются». При

плохом настроении, когда безрадостный пациент не знает, откуда ему набраться положительных эмоций. Мы предлагаем этими упражнениями «восстанавливать контакт с маминым животом» когда комфортно, безопасно, когда мы не знаем, что мы чем-то можем болеть и т.д.

Упражнение делается в паре, на каждое прикосновение, возможны разные ощущения, их необходимо фиксировать для себя, каждая позиция длиться 3 мин: прикосновение ладони к стопам партнера; затем голеностопа к стопам партнера; затем производим захват ладонями голеностопа партнера и производим медленно поднятие ног партнера не прерывая контакт со своими ногами, этот подъем производится очень медленно в течении 3мин; затем после поднятия ног партнера до уровня своего живота фиксируем опору на 10 мин.; после истечения времени производится медленное опускание ног также в течении 3 мин; далее мы предлагаем спокойно лежать и рассматривая возникшие образы и мысли 3 мин.; далее партнёры меняются местами и дублируют предложенные позиции.

Упражнения 2 Релаксационный комплекс А.Минченкова

Предлагаем вам релаксационный комплекс с определёнными зонами тела (передней и задней поверхностью тела): голова, шея, плечи, руки, грудной отдел, брюшная область, таз и ноги. Данные упражнения вы можете делать как в группе, так и самостоятельно дома с заполнением дневника.

Приложение 4. Для пациентов (Психосемантический уровень)

Легенда.

Понятие психосемантики можно перефразировать следующим образом: «Кто как говорит, тот так себя и чувствует» или «У кого что болит, тот о том и говорит». Обратное утверждение тоже верно: «Кто что говорит, тот то и получает» — произнесенное слово дойдет до своего адресата, как «почтовый голубь» обязательно долетит. Действительно, организм знает, что данная ему команда должна выполняться, его так приучал «хозяин» (сознание) с детства. Организм не знает социальной метафоры, а только прямые указания: фраза «Перекрыли кислород» будет воспринимать не как сравнение, а как сообщение об угрозе кислородного голодания.

Инструкция.

Цель занятий — научиться слышать и анализировать то, что Вы говорите и приобрести навык «фильтрации» речи.

Данные упражнения рассчитаны как на проведение в группе с обсуждением, целью которого является понимание о многогранности возможных интерпретаций данных выражений. И вне группы т.е. дома, на работе и т.д., при этом необходимо вести дневник наблюдения, который включает в себя заполнение граф в течении всего дня, с проведением самостоятельного анализа. В дневнике рекомендуем обозначить 3 столбца: 1 — телесноориентированные выражения, которые Вы привычно говорите; 2 — ситуации, при которых эти выражения повторяете; 3 — не телесноориентированные выражения, которые могут заменить привычные. Формирует навык, который поможет человеку избавиться от привычных телесноориентированных метафор.

Для того чтобы приобрести навык («фильтровать» речь), мы предлагаем следующую аналитическую работу своей речи.

Упражнения.

Для начала такого вида работа, Вам необходимо вспомнить те выражения, которые Вы произносите привычно, и они отражают «телесное

направление» Н-р «Перехватило дыхание», «Забыла, как дышать» «Наступили на горло» и т.д. Если происходит групповая работа, то произнесите вслух это выражение, и обозначьте те ситуации, в которых Вы их произносите. Ответьте на следующие вопросы: Какие ассоциации вызвали эти метафоры? Какие образы возникают при произношении этой фразы? Как вы думаете, какое действие готовилось организмом с возникшими образами? Как среагировал организм?

Приложение 5 Для пациентов АТ

Легенда

Одной из задач при «лечении» бронхиальной астмы является разрушение мифов относительно болезни. Если Вы будете думать по-новому, если Вы постоянно (и с чувством абсолютной уверенности) будет внушать себе, что время, когда болезнь была нужна, истекло, что Вы теперь хотите быть здоровым и так далее, то имплицитно протекающие процессы обязательно подчинятся приказу. Ведь когда-то вероятно Вы сами не понимая того, дали своему бессознательному приказ на болезнь, «человек может все».

Инструкция.

Цель — Научиться регулировать деятельность внутренних органов, улучшить сон, применять приемы аутотренинга с психопрофилактической целью.

Каждое занятие условно разделено на 5 этапов. На 1 этапе, занятия – информационном, вы внимательно слушаете, то что говорит психолог, Вы узнаете основные физиологические механизмы психомышечной регуляции, приемы, помогающие ускорить освоение упражнений, научитесь как правильно применять приемы аутотренинга, регулировать деятельность внутренних органов, улучшать сон, применять их с психопрофилактической целью. Также подробно обсудите те упражнения методики, которые будем применять на наших занятиях. Длительность информативного этапа составляет 10-15 мин.. Второй условный этап приступаем непосредственно к упражнениям по И.Шульцу с добавлением расслабления мышц лица — «маски релаксации». При таких упражнениях субъективно отмечается состояние глубокого покоя, полного расслабления мышц вплоть до ощущения «исчезновения тела». На фоне аутогенного погружения Вы приступаете к целевому внушению через само-воздействие. Внушение осуществляется посредством повторения формул за психологом. Формулы одинаковые для всех и направлены на общее оздоровление:

Далее лечебное внушение проводится Вами самостоятельно в присутствии психолога. Четвертый условный этап — сюжетное воображение. Данный этап направлен на создание эмоционально-стрессового эффекта путем воображения, представления определенных сюжетов природы и вживания в созданный сюжет. После отработки сюжетного воображения для коррекции эмоционального состояния, нейтрализации отрицательных эмоций отрабатывается сюжетная функциональная тренировка.

Пятый этап — выход в состояние бодрости. Повторение формул на выход в состояние бодрости сочетается с физическими упражнениями — сгибание и разгибание рук в локтевых суставах, потягивание. Каждое упражнение будет проходить по заданной схеме «внушение-представление-ощущение».

Все предлагаемые упражнения будут проводиться аналогично описанной схеме.

Также будут формироваться навык саморегуляции. Во время обучения пациентов психической саморегуляции, мы будем использовать такую пробу. Один человек закрывает глаза и ярко, образно представляет себе, что расширяются сосуды в кисти. Когда он почувствует, что рука действительно (по личным ощущениям) стала теплее, он кивает головой. И его партнер своей рукой с расстояния несколько сантиметров начинает определять — какую руку разогревал партнер. Это удастся потому, что та рука, на которой концентрировался испытуемый, становится на несколько десятых градуса теплее. То есть под влиянием воображения сосуды тела расширяются — образные представления приводят к реальному воздействию на гладкую мускулатуру сосудов и внутренних органов. При аутогенной тренировки, можно поднимать температуру в подмышечной впадине примерно на один градус. А в кулаке — на 0,5 — 0,6 градуса. То есть концентрация внимания на определенной части тела приводит к тому, что в этом месте гладкая мускулатура сосудов или внутренних органов расслабляется. От этого кровь приливает к месту концентрации внимания и оно теплеет.

Приложение 6 Для пациентов «Жизненные смыслы»

Легенда

БА — это соматическая манифестация психодинамического конфликта, который возможно зарождается в раннем детстве, за которым стоит сильнейшая тоска по общению, истинная симпатия, большей частью, вызванная сверхзаботливостью матери. Причиной проблемы психодинамического конфликта может быть и реакция на чрезмерную властность или дефицит эмоциональной экспрессии ближайшего окружения, недостаток в безусловном принятии, запрещении и спонтанного подавлении у Вас эмоциональных проявлений. Всё это может способствовать трансформации «сдерживаемого» (безголосого) крика в приступ астмы. И здесь возникает метафора «вентиля», с помощью которого можно регулировать уровень открытия и закрытия выражений эмоционального состояния. На этом этапе Вы научитесь чувствовать «вентиль» и регулировать его.

Инструкция.

Вам предлагается пройти курс психоанализа, данный курс рассчитан как на работу в группе, так и вне ее с ведением дневника. Дневник заполняется в произвольной форме.

Приложение 7 Дневник телесных и иных реакций

Ф.И.О.

Дата	Описание выполняемого упражнения	Физические и иные ощущения, которые возникали во время и после упражнения.

Приложение 8 Дневник наблюдения за привычными высказываниями

Ф.И.О. _____

Временной отрезок: с _____ по _____

№	Телесноориентированные выражения, которые Вы привычно говорите	Частота	Ситуации, при которых эти выражения повторяете	Выражения, способные заменить привычные
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				

Приложение 9 Протоколы встреч

1	2
СОДЕРЖАНИЕ ВСТРЕЧ (ИЗВЛЕЧЕНИЯ ИЗ ПРОТОКОЛА)	КОММЕНТАРИИ О ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ЗНАЧИМОСТИ СОДЕРЖАНИЯ РАБОТЫ НА ВСТРЕЧЕ
<p>Дата — 30.03.16 — 1 занятие 1 этап — знакомство с группой — группе дается инструктаж занятий, это необходимо для взятия индивидуальной ответственности за посещение и выполнение домашнего задания. Проговариваются правила вербального поведения (в качестве пожелания, желательной тенденции) в группе:</p>	
<p>Психолог: расскажите о себе, и о своем заболевании (когда возникло, как протекало, с чем связываете начало заболевания)</p>	
<p>Ирина Б. С детства я была болезненным ребенком. Мама, не особо обращала внимание на меня, мною занимались ее коллеги со слов мамы «Я тебя не хотела рожать, вот т. Таня хотела тебя (мамина подруга), вот пусть и помогает, тебя воспитывать. Одна из маминых коллег сказала: «Хоть бы дожила до 15 лет». Меня старшая сестра ревновала ко всем т.к. на меня обращали внимание и жалели меня. В 17 лет я уехала учиться в город. По сестре скучала, звонила к ней, но она особого желания общаться не проявляла. Я стала успешной, вела активный образ жизни, помогала сестре деньгами. Однажды, уже будучи взрослыми людьми, поехали с ней отдыхать, и та призналась, что ненавидела меня в детстве. Мне стало очень больно т.к. я искренне не понимала за что? Ну вот 2 месяца назад я поехала отдыхать в горы, и там настегает меня новость о том, что умерла сестра. Я знала, что она болеет, но не думала, что так быстро можно умереть в таком возрасте. Я прервала отпуск и поехала к ним, туда где сестра жила. Я там держалась т.к. надо было помогать, я ведь осталась одна взрослая из всей родни, все умерли от рака. Приехав домой, мой физическое состояние резко ухудшилось, я вспомнила все те лекарства, которыми пользовалась ранее, и мне стало страшно, я вообще боюсь болеть и не хочу. Пришла сюда чтобы Вы мне помогли. Психологическое состояние удручающее, я все время хочу плакать, а так как работаю, не могу себе это позволить.</p>	<p>Уточняющими вопросами психолог проверил наличие психосоматического генеза БА. Это подтвердилось и анкетой (приложение 2)</p>
<p>Эльза З. Мне такой диагноз поставили 2 года назад, я связываю это с тем, что у меня умерла бабушка. Я с ней была близка. Да еще через полгода, после смерти бабушки, дедушка женился. До сих пор я не разговариваю с дедом, а как только подумаю о бабушке,</p>	<p>Уточняющими вопросами психолог подтвердил гипотезу о психосоматическом генезе Б.А. И это подтвердилось анкетой (приложение 2)</p>

я себя ощущаю одинокой.	
Миля М. Мне диагноз поставили 2 года назад. Моему ребенку поставили диагноз в 1,5 года, а ему сейчас 4 года. Он у меня поздний ребенок, маленький часто болел. И вот потом начал тяжело дышать, задыхаться. Я его начала обследовать для выявления причин такого состояния. И вот окончательно ему поставили диагноз. У меня через 2 месяца, после установления диагноза ребенку, начался кашель, ну я не обращала внимание на это, он мне не мешал. Потом все как по нарастающей и очень динамично, и через 2 месяца мне был выставлен диагноз БА.	Уточняющими вопросами психолог подтвердил гипотезу о психосоматическом генезе Б.А. И это подтвердилось анкетой (приложение 2)
Татьяна М. У меня с детства аллергия, но вот с 7 лет начался кашель. Я состою у пульмонолога на учете, лекарственной терапией не пользуюсь, обхожусь антигистаминными таблетками, и одышка проходит. Я это связываю с рождением младшего брата, все внимание было ему, я почти 3 месяца после рождения брата жила у бабушки, и чувствовала себя брошенной и не нужной родителям.	Уточняющими вопросами психолог подтвердил гипотезу о психосоматическом генезе Б.А. И это подтвердилось анкетой (приложение 2)
Нина. Я болею столько сколько себя помню очень многими заболеваниями. Меня угробили врачи, после перенесенных заболеваний в детстве. Я перенесла много операций и в том числе удалена часть легкого. Я росла в семье военного, занимающего высокое положение в обществе, я была у них поздним ребенком. От меня требовали, послушания, отличной учебы, друзей выбирали они мне. Мы со своей семье переезжали очень много раз 10, и мне было тяжело ориентироваться в обществе и занять свое место в нем. Из меня получился очень успешный человек, благодаря родителям. Сейчас у меня дочь взрослая, я за нее переживаю ей 40 лет у нее нет семьи и детей. Она вообще все что у меня есть, и она тоже за меня горой, переживает за меня, договаривается с докторами.	
Людмила К. Я болею 5 лет. Первые приступы у меня начались после смерти мамы, но они были не частые и не тяжелые. По семейным обстоятельствам я была вынуждена переехать к маме на квартиру. Я это сделала, но там на первом этаже было кафе и там жарили мясо на мангале очень много и у меня приступы стали тяжелее. Потом я стала реагировать просто на дым, увижу дым и сразу начинаю задыхаться. Такое же у меня отношение и к курящим, я из далека вижу курящего человека, и у меня начинается кашель.	Уточняющими вопросами психолог подтвердил гипотезу о психосоматическом генезе Б.А. И это подтвердилось анкетой (приложение 2)
2 этап. АТ цель этапа — дать участникам опыт переживания своих телесных процессов по-новому, фиксировать свои ощущения и переживания при этом упражнении.	
Психолог — дает инструкцию к упражнению «инспекционная экскурсия по телу».	
Психолог после упражнения: Расскажите о Ваших чувствах, ощущениях.	
Татьяна М.: Мне упражнение понравилось, это было для меня впервые. Чувствовала себя действительно хозяйкой тела. «Прошлась» по всем органам и почувствовала «отклик» в сердце. Мне хотелось плакать, и я плакала, не могла остановиться, было тяжелое ощущение в груди, «щемило сердце». Я знаю, о чем я плачу, но сказать не готова.	После наводящих и уточняющих вопросов психолог с помощью АТ воздействовал на телесно-ориентированный подуровень , т.к. участница отмечает что нашла «отклики» в организме , тем самым

	<p>почувствовала свое тело по-новому. На семантический уровень т.к. семантизировала свои переживания «защемило сердце». На личностный уровень — «почувствовала свое тело», повышается субъектность участницы.</p>
<p>Мила М. Для меня такие упражнения впервые. Я постаралась максимально расслабиться, это у меня очень хорошо получилось. Я нашла «отклик» почти от всех органов. Ощущение хозяйки тела, мне понравилось, значит я могу с ним разговаривать и договариваться.</p>	<p>Психолог воздействовал на телесно-ориентированный подуровень, т.к. участница отмечает что нашла «отклики» в организме, тем самым почувствовала свое тело по-новому. На личностный уровень — «почувствовала свое тело», ощущение «что я могу» повышается субъектность участницы.</p>
<p>Эльза З: Упражнение понравилось, но когда дошли до грудины (легкие) у меня началось знакомая мне тряска. Меня удивило то, что на ровном месте началось это состояние, обычно оно у меня возникает, когда я нервничаю. И вот после окончания упражнения оно не проходит. Мне протрястись хотелось. Ведущий попросил произвести со своим телом то, что хотелось на данный момент. Участница группы протряслась. Участница: Да я потряслась, как Вы мне сказали, мне стало как-то легче.</p>	<p>Желание протрястись, можно интерпретировать как желание управлять процессами в организме, это и является целью наших занятий, взять контроль за реакциями организма. Также было воздействие на телесные ощущения (телесно-ориентированный уровень), с помощью приема парадоксальной интенции, которая дала возможность участнице, через тело проработать отрицательные эмоции с ее слов в данный момент это «когда я нервничаю».</p>
<p>Нина З. У меня с воображением вообще очень плохо. Я не смогла поговорить ни с одним органом, я «не услышала отклика», но слушая мнения и ощущения участников группы я теперь знаю, к чему стремиться, как находить диалог со своим организмом.</p>	<p>На первой встрече она проявляет безсубъектность, не берет на себя ответственность за свою симптоматику. «Я знаю к чему стремиться» звучит как обещание, работать над собой в группе. Нам бы хотелось, чтобы это перешло «как находить диалог со своим телом»</p>
<p>Людмила К. Мне упражнение понравилось, я никогда не задумывалась над тем, что можно разговаривать со своим организмом. Я почувствовала жжение щитовидной железы, и мне стало жарко в области шеи. Я вот задумалась над тем, что я давно не ходила к эндокринологу, надо сходить. Еще у меня легкие, темные, не знаю, какого они должны быть цвета, посмотрю в атласе. Ведущий: рекомендовал рассмотреть другие возможные причины этого состояния, не отвергая своего устоявшегося мнения.</p>	<p>Участница отмечает жжение в области щитовидной железы и в области шеи, отреагировала она на упражнение физическими проявлениями, и ее ответная реакция была нацелена — пройти обследование, что для нас в свою очередь не так уж все очевидно, с точки зрения психологии. Это может быть не обязательно щитовидная железа, а признак того, что уже так необходимо избавиться от невыносимого бытия, от</p>

	<p>которого я хочу избавиться. Психолог воздействовал на телесно-ориентированный подуровень, мишенью в данном случае явилось отношение к своему здоровью, болезни к причинам возникновения приступов и к ее развитию. Так же мы видим, как участница соскальзывает на привычную семантизацию своих телесных переживаний.</p>
--	---

Анализ занятия	Уровни (мишени), на которые была направлена работа			
	Личностный	Семантический	Телесно-ориентированный	Психосоматический
<p>1 занятие. Мы на своих занятиях хотим найти логику того, кто и чем управляет. Ищем способы получить доступ со стороны сознания в те механизмы и процессы, которые находились за пределами его, затем подчинить их личностным установкам, стратегиям, тем самым согласно нашей схеме воздействуем опосредованно на триггеры БА. Мы видим что все уровни взаимосвязаны, воздействуя на один, мы видим отклик и другом уровне. Это подтверждает нашу схему воздействия.</p>	<p>На этот уровень, по итогам занятия, воздействовали опосредованно через телесные проявления т.е. повышается субъектность участников.</p>	<p>Во время работы мы воздействовали на этот уровень, опосредованно через телесный подуровень, и личностный уровень т.к. через телесные ощущения участники семинтизировали свои переживания и повысили субъектность.</p>	<p>Воздействуя на телесный уровень, мы пытаемся представить тело мысли и психику, как единое целое. Работая в группе, участники отметили, что, проводя работу со своим телом даже мысленно, это затрагивает их внутренние переживания, чувства и представление о своей личности (я могу, я хочу, я делаю)</p>	<p>Воздействуя на психосоматический уровень, мы искусственно, намеренно семантизируем, придаем дополнительное значение.</p>

СОДЕРЖАНИЕ ВСТРЕЧ (ИЗВЛЕЧЕНИЯ ИЗ ПРОТОКОЛА)	КОММЕНТАРИИ О ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ЗНАЧИМОСТИ СОДЕРЖАНИЯ РАБОТЫ НА ВСТРЕЧЕ
<p>Дата- 07.04.16г — 2 занятие. 1 этап занятия — обсуждение «домашнего задания». Оно необходимо для формирования у участников группы навыков самоанализа, самоконтроля.</p>	
<p>Психолог: Расскажите о ваших чувствах, переживаниях, физическом состоянии, после первой нашей встречи.</p>	

<p>Ирина Б. Я себя вспоминаю на занятии в понедельник, для меня это состояние не типичное, я никогда не плакала на людях (стараюсь сдерживать себя) Я это говорю, чтобы Вы понимали, насколько мне было тяжело на первом занятии. Проплакала весь вечер. Уснула сразу. Утром проснулась и пошла на тренировку, и поймала себя на мысли, что я прошла уже больше 2 км, а у меня нет одышки, мне хватает воздуха! Потом пошла на работу, и опять на меня нахлынули воспоминания, и накатили опять слезы.</p> <p>Ведущий дал разъяснение, какую пользу могут принести слезы, для чего они нужны, и как важно не сдерживать такую реакцию на стресс.</p>	<p>-Анализ проводится на личностном уровне (Я-концепция), есть конструкт, который не дает возможность оптимально реагировать на ситуации, которые вызывают слезы «я никогда не плачу на людях».</p> <p>- Анализирует физиологическое состояние, со стороны дыхательной системы, после того, как дала волю своим чувствам. Сброс напряжения (ослабление сверхконтроля) привело к ослаблению симптомов БА.</p> <p>Воздействовали на личностный уровень, конфликт между стремлением контролировать «головой» и внутренним неприятием действительности.</p>
<p>Эльза З.: Особенно изменений не почувствовала, но сейчас уже наступила весна, а весной мне всегда хуже. Тяжело дышать. Это состояние можно описать так — Оно вязкое, зеленое, желто коричневое, слизь, бултыхается хочется прокашляться. Мне в таком состоянии помогает пульмикорт, аэрозоль. Вы знаете, мне делается легче при воздействии на это вязкое.</p> <p>Ведущий: используя прием парадоксальной интенции, производит физическое давление на грудную клетку, и участник с помощью психолога подбирает те образы, которые бы уменьшили неприятные ощущения. Участник выбрал образ «мягкого света», после которого у нее улучшилось состояние на занятии.</p> <p>Участница. Свет. Мягкий, солнечный, не теплый. Из жизни, в течение дня, я как бы его накапливаю. Странно, я даже не чувствую ту силу, с которой вы сдавливаете мне грудь. Да, это классное ощущение.</p>	<p>Уточняющими вопросами психолог просит визуализировать состояние «тяжело дышать», применяя методики гештальт-терапии.</p> <p>Психолог рекомендовал использовать этот прием (расслабление достигать через сильное напряжение). Это было воздействие на телесно-ориентированный уровень, а именно физически воздействие на грудную клетку имитировало состояние «тяжело дышать», и психосоматическую мишень «отношение к болезни». В данном случае произошла образная замена лекарственного препарата на «мягкий свет». Также мы воздействовали на личностный уровень направляя ее повысить свою субъектность т.е создать образ того, чтобы, по ее мнению, ей помогло.</p> <p>Участница семантизировала образ света, что по крайней мере выглядит не обычно, можно предположить, что свет ассоциируется с теплом, который улучшает кровообращение в грудной клетке т.е. вымывает медиаторы воспаления и т.д.</p> <p>Психолог рекомендовал использовать этот прием (расслабление достигать через сильное напряжение).</p>
<p>Людмила К.: Я легла спать, уснула сразу. Но вдруг я проснулась ночью от нехватки воздуха. Я подскочила, и включила кондиционер. У меня такое бывает часто. Я думаю, это связано с тем, что, еще подходя к дому, увидела курящего человека, и вообще, я не переношу табачный дым. Может быть я надышалась его. Я</p>	<p>Наводящими, уточняющими вопросами психолог выясняет причины, которые являются триггерами приступов БА, по мнению участницы, делая при этом акцент, что есть неточности в ее рассказе, тем самым демонстрируя неоднозначность ее</p>

<p>вообще за эту неделю задумываюсь, откуда у меня непереносимость табака. Она наверно в голове. Мне с самого детства не нравился запах табака, хотя у меня дедушка, когда курил, я сидела у него на коленях. Вы знаете, вчера прибегает сын в комнату открывает окно и говорит, ты что не чувствуешь запаха табака? (он очень боится, что со мной что-то произойдет) Я ему отвечаю — нет. Я поняла, что пока я не вижу, то я спокойно реагирую, удивительно я этого раньше не замечала. Да, я об этом задумалась с первого дня встреч. Меня спрашивают часто врачи, есть ли у меня аллергия на травы, мята, березу душица и т.д. а я им отвечаю да вы что я это обожаю. У меня ведь аллергия на табак и дым от горелого мяса и даже просто на дым. Дым от курящих меня раздражает настолько сильно, я активно борюсь со всеми курильщиками, с соседями, с мужем чуть не развелась. Я сейчас вспоминаю, когда у меня начались сильные приступы удушья с прошлого года, а предшествовало то, что я узнала, что мой сын КУРИТ. Это после моих то запретов с детства, это после того что я его воспитала мальчиком вообще-то послушным, я была просто в шоке, в стрессе.</p>	<p>выводов по поводу этих причин (то что она любит, мята, душица, береза) не может вызывать приступы, тем самым воздействуя на стратегии поведения, (выгоды) на личностном уровне. Воздействовал на психосоматический уровень — конструкты, которые участница выстроила в течении жизни, я не люблю табачный дым, и дым вообще от чего бы то ни было. С нашей точки зрения мы наблюдаем психологический перенос (ругаюсь со всеми курящими людьми). Также здесь воздействуем на личностный уровень — крах системы ценностей (непослушание сына), который вызвал резкое ухудшение состояния здоровья.</p>
<p>Маша М.: Я обратила внимание на то, что я хочу плакать, почти всегда «слезы на колесах». При этом после того когда я поплачу, мне становится легче. Плачу я от жалости к себе. Ведущий предложил войти в то состояние, когда себя жалко. Участница: Маленькая девочка лет 5. -Хочется плакать, -Обнять Машеньку, -Сильно прижать к себе. -Мне стало легче, Машенька сидит как вкопанная, боится пошевелиться, она испытывает невероятное счастье.</p>	<p>Психолог уточняющими вопросами и приемами гештальт-терапии, психоанализа детско — родительские отношения, подводит участницу к пониманию того, что те установки, которые возможно она себе поставила (нельзя себя жалеть, нельзя плакать на людях) привели к внутреннему напряжению, тем самым воздействовал на личностный уровень — установки. Испытав удовольствие от внутреннего общения со своим Я-ребенок, участница пережила, в виде слез, те эмоции, которые она сдерживала на протяжении многих лет, тем самым «скинула» напряжение внутренних органов.</p>
<p>Мила М. Мне перед сном кашлять хочется. Я использую то упражнение, которому меня научили Вы и пытаюсь в этот момент направить тепло в бронхи. Но пока боюсь отказываться от лекарственных препаратов. Я чувствую сейчас себя немного увереннее, что могу сама себе помочь.</p>	<p>Психолог воздействовал с помощью приема АТ на психосоматический подуровень — на тревожность, которая не дает быть уверенной в своих возможностях управлять реакциями организма. Так же затронули и личностный уровень, повышение субъектности (стала увереннее), и стратегии поведения (во время кашля, использовать не лекарственный препарат, а упражнение, направленное на уменьшение симптомов БА).</p>
<p>Татьяна М.: Дышится легко, «ушла в себя», пока думаю, много мыслей и чувств. О жизненной ситуации, бросила институт. О ваших словах на занятиях. О весне, я ее</p>	<p>Психолог воздействовал на семантический уровень, мишенью которого является, индивидуальная система значений</p>

<p>боюсь. Я решила последовать вашему совету, желать себе здоровья, даже в той ситуации, которая обычно может негативно повлиять на состояние здоровья. Вчера было на улице зябко, шел дождь со снегом, а я вышла и сказала «Для здоровья Татьяна Игоревна!». И обратила внимание на то, что я целый день обошлась без сосудосуживающих капель, хотя ими пользуюсь уже неделю.</p> <p>-Да, буду теперь пробовать, и думать над вашими словами.</p>	<p>опосредующей процессы восприятия, так же наблюдаем работу на личностном уровне — повышается субъектность, желание сделать, самой то, что возможно облегчит состояние здоровья, стратегию поведение — использовать предлагаемый опыт, который раньше никогда не делала. Возможно так же стоит проблема выбора, решение сложной жизненной ситуации, которая участницу вводит в состояние дистресса, который негативно влияет на организм в целом.</p>
<p>2 этап — работа со сновидениями. Сны отражают внутренние переживания. Сновидения показывают подсознательные потребности и беспокойства человека.</p>	
<p>Психолог: Расскажите пожалуйста о Ваших сновидениях.</p>	
<p>Эльза З.: Этот сон я вижу часто, 1 раз в неделю. - Я стою длинную очередь в туалет. «Хочу по-маленькому», там много людей. Я жду, жду, жду. Еще бывает то, что когда я дождусь своей очереди, а облегчиться невозможно, то унитаза нет, то он забит.</p>	<p>Интерпретация психолога: Жду, жду, жду — чего? Вроде как по-маленькому (пустяшному), а отложить нельзя, это может быть по прямому назначению сон, а может по Фрейду: разрешаю, и не разрешаю эротические отношения. Можно интерпретировать иносказательно, что в этой жизни есть такое, что кажется неотложным, но мне все время что-то или кто-то мешает. Психолог касается личностного уровня: личностный смысл, поиск ответа на вопрос «Кто Я?», «Какая Я»</p>
<p>Мария М.: После первого занятия я пришла домой и почти сразу начала укладывать маленькую дочь спать. Обычно я после того как усыплю дочь спать, начинаю заниматься домашними делами. А в этот раз я уснула рядом с дочкой, и проспала с ней всю ночь, не просыпаясь! И какие я видела сны, я не помню. Я проснулась и поняла, что выспалась! я не помню, когда это было в последний раз.</p>	<p>На первом занятии участница группы «дала волю своим чувствам» в виде слез, т.е. снизила уровень самоконтроля, что привело к снижению напряжения, «перестала себя душить слезами». Через личностный уровень воздействовали на телесный уровень, ощущение «Я выспалась» связано с тем, что напряжение спало, тело достигло необходимого ему расслабления, что позволило свободно циркулировать энергии в теле, отсюда возникло ощущение отдыха.</p>

<p>Миля М.: Я покупала пирог, в каком то грязном помещении. Пирог был красивый, высокий с посыпкой и продавал мне его мужчина. Он заворачивал пирог, я тем временем ушла в другое заведение. Но когда я вернулась обратно, то увидела, что мой пирог разрезан на маленькие кусочки и продается по второму кругу, тем же продавцом. У меня было очень много возмущения!!! как так — это же мое!!!!</p> <p>Потом я оказываюсь рядом с очень презентабельным кафе. И там продают очень красивые пирожные и торты, и продает эту красоту милая, красивая женщина. Она меня спрашивает «Что Вы хотите?» Я сказала «пирог». А она говорит «я знаю, что вам надо» И она мне достает из холодильника очень красивый неповторимый торт. Я его купила и проходя мимо той забегаловки сказала, не пошли бы вы куда-нибудь.</p> <p>Где я хотела купить в первый раз, там было темно, невзрачно, а где я купила, там было светло и красочно, освещено. Т.е. две противоположности.</p> <p>Восточной внешности, такой, каких я не люблю, узкие глаза, высокий худощавый, абсолютно не презентабельный, т.е. на такого я бы не обратила внимание.</p> <p>Если бы он меня первоначально дождался, и не нашел более удобных покупателей, то я бы, наверное, у него бы все-таки купила пирог.</p> <p>Да...точно, эта проблема выбора, у меня очень актуально.</p> <p>Да..., я знаю точно при каких бы условиях этот продавец дождался бы меня и продал именно мне этот пирог: изящная молодая дама, которая бы выглядела на 100 миллионов, круглая дородная.. ..</p> <p>нет не совсем, все таки мужчина который мне его предлагал был не презентабельного вида, и я бы не получила полного удовольствия съесть этот пирог.</p>	<p>Интерпретация психолога — заметьте я хотел, чтобы Вы изменили обстановку, а Вы избегаете ситуацию. Я бы в дальнейшем в качестве домашнего задания, искать стратегии, и их пометать и оставлять их на внутренних полочках. И эти озарения (инсайты) ведут к внутренним изменениям.</p> <p>Психолог с помощью уточняющих вопросов помог участнице увидеть стратегии поведения, которыми она пользуется в жизни. Воздействуя тем самым на личностный уровень. Так же мы наблюдаем значимость презентабельности для участницы, которая характерна для перфекционистов. Желание сделать все на отлично, возможно способствует эмоциональному выгоранию. Также со слов участницы видно, что для нее остро стоят проблемы выбора, которые так же способствуют нарастанию тревожности, что относится к психосоматическому уровню.</p>			
<p>3 этап. Психолог дает домашнее задание: обратить внимание на интерпретацию снов, которые помогут найти ответы на вопросы.</p>				
<p>Этапы психотерапевтических встреч</p>	<p>Уровни (мишени), на которые была направлена работа</p>			
	<p>Личностный</p>	<p>Семантический</p>	<p>Телесно-ориентированные</p>	<p>психосоматический</p>

<p>Данная встреча показала нам, что участники группы находят сами себе объяснения причин возникновения заболевания, те, которые им выгодны, тем самым демонстрируют вторичную выгоду от заболевания и прослеживается вторичная выгода от болезни для манипуляции окружающими. Также работа со снами продемонстрировала как мы через неосознанное воздействуем на осознание, что облегчит в дальнейшем выбор стратегии поведения и тем самым снизит внутреннее напряжение и тревожность, которая в свою очередь негативно влияет на состояние здоровья.</p>	<p>При воздействии на данный уровень, мы затронули глубинные переживания человека, такие как крах ценностей, копинг стратегии, детско-родительские отношения. Влияли на такие мишени как субъектность, т.е. по сути происходит переоценка значимости того или иного аспекта в жизни т.е. работа над собой. Происходит осознание автоматических стратегий, которые возможно были не эффективны. Участники с уровня знания и понимания, переходят на уровень приобретения навыков т.е. демонстрируют личностный рост. Также на этом уровне мы наблюдаем работу с образом «Я ребенок», которая дает возможность вернуться в те переживания, которые были вытеснены. На этом уровне мы</p>	<p>Семантизированные представления у участников группы, могут быть весьма неожиданными, н-р участница представила образ света, который уменьшит приступ кашля и одышки, т.е светом изменяет давление.</p>	<p>Воздействуя на этот уровень методом парадоксальной интенции, усиливая ощущения физическим давлением на грудную клетку, мы усиливаем переживания участника, тем самым кинестезируем субъективные ощущения, и в это время у участника на сознательном уровне, «объединятся» физические и субъективные переживания, которые дают возможность по другому реагировать на приступы БА. Актуальным вопросом для участников является проблема выбора, «делать, не делать, «ждать не ждать» т.е. оптимизировать и реализовать свои желания, без ущерба для здоровья. Т.к. мы знаем о негативном влиянии дистресса на организм. Через личностный уровень воздействовали на телесный уровень, напряжение спадает, тело достигло необходимого ему расслабления, что позволило свободно циркулировать энергии в теле, отсюда возникает ощущение отдыха. Реакции, возникающие в ответ на стресс, например,</p>	<p>Воздействую на этот уровень ведущий демонстрирует отрицательное влияние тревожности на признаки болезни и опосредованно влияет на личностный уровень тем, что тревожность лишает человека действий, которые направлены на изменения стратегии поведения, которые в свою очередь возможно изменят течение БА.</p>
--	--	---	---	---

	<p>наблюдаем такое явление как перенос, он позволяет отыграть негативные эмоции, с помощью этого явления, также участникам перенос позволяет снять с себя ответственность за то что с ними происходит. На этом уровне происходит важная работа на высоком уровне, «Кто Я» т.е. анализ «Образ Я», который позволяет формировать новые стратегии и паттерны поведения..</p>		<p>потеря аппетита, кашель — оправдание находится в том, что небесконечные ресурсы перераспределяются в соответствии с актуальными приоритетными задачами;</p>	
--	---	--	--	--

СОДЕРЖАНИЕ ВСТРЕЧ (ИЗВЛЕЧЕНИЯ ИЗ ПРОТОКОЛА)	КОММЕНТАРИИ О ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ЗНАЧИМОСТИ СОДЕРЖАНИЯ РАБОТЫ НА ВСТРЕЧЕ
09.04.16 — 3 занятие. АТ	
1 этап — упражнение из авторской техники — Биоэнерготренинга А.М. Васютина.	
Психолог дает инструкцию к упражнению «Насос»	
<p>Мила М.: Я выполняю подобную дыхательную гимнастику, но это было без предложенных образов и метафор. Выполнение такого упражнения мне понравилось больше, я теперь понимаю, что посредством выдоха и убираю мусор из легкого. Ощущение очень приятное и легкое в груди.</p>	<p>Психолог воздействовал на телесно-ориентированный уровень, который позволяет участнику сформировать навык «прислушиваться к своему организму» и уметь управлять процессами в организме, и на психосоматический подуровень, мишенью которого является отношение к своему здоровью, болезни к причинам возникновения приступов и к ее развитию, формируя новую стратегию поведения для реализации цели — умение управлять своим организмом. Так же мы наблюдаем повышение субъектности — «Я буду пробовать», «У меня все получится».</p>
<p>Татьяна М.: Ощущение легкости в грудной клетке, я дышала носом без затруднения. Сейчас у меня закружилась голова, я думаю потому, что я так долго вдох и выдох не выполняла в полном объеме. Я буду пробовать дальше, и надеюсь, что с образами у меня будет получаться лучше.</p>	

<p>Нина З.: Мне стало удобно дышать, но тоже как у Тани закружилась голова, с воображением так же плохо. Мне не поддаются упражнения с образами. Психолог уточнил о запросе у участника группы Участница Я хочу научиться слышать свой организм, и понять, что провоцирует приступы.</p>		<p>У психолога возникает гипотеза о том, что у Нины сопротивление к терапии. У нее позиция «Я концепция» направлена на то, что «Я такая, и ни чего вы со мной не сделаете». «Вот попробуйте сделать что со мной»</p>		
<p>Эльза З.: Мне стало легче дышать. С образами все получилось, даже представила коктейльную трубочку и удалила мусор из легких.</p>		<p>Психолог воздействовал на телесно-ориентированный подуровень мишень, которого является повышение чувствительности и внимания к своим телесным переживаниям; и психосоматический подуровни - отношение к своему здоровью, болезни к причинам возникновения приступов и к ее развитию, формируя у участников навык чувствовать свое тело и анализировать ощущения, контролировать дыхание</p>		
<p>Ирина Б.: Я часто занимаюсь дыхательной гимнастикой, но с образами это упражнение оказалось более эффективным. С точки зрения дыхания, как инструмент чистки организма, это здорово. Буду пробовать дома.</p>				
<p>Людмила К.: Я как после генеральной уборки в доме. Хочу так дышать всегда, только немного кружиться голова.</p>				
<p>По окончании занятия дается домашнее задание, которое служит для формирования навыков контроля частоты и глубины дыхания, и над своими телесными реакциями в течении всего дня.</p>				
<p>Этапы психотерапевтических встреч</p>		<p>Уровни (мишени), на которые была направлена работа</p>		
	<p>Личностный</p>	<p>Семантический</p>	<p>Телесно-ориентированные</p>	<p>психосоматический</p>
<p>Данного типа задания и упражнения формируют умение образно представлять, то что происходит в организме, тем самым усиливает эффект на всех уровнях.</p>	<p>Желание участников, пробовать что-то новое повышает их субъектность. Так же влияем на Я концепцию, с целью пересмотра участниками стратегии поведения, по отношению к своему здоровью.</p>	<p>Семантизированные образы (генеральная уборка, коктейльная трубочка) помогаю участникам усилить восприятие процесса энергетического очищения организма</p>	<p>Воздействуя на этот уровень с помощью Бионэнергетических упражнений, участники, усиливают эффект образами. Эффект гипервентиляции легких, улучшает кровообращение, тем самым снимает мышечные напряжения, от этого чувство легкости при дыхании. А образ энергии (цвет, запах, форма) помогает усилить это состояние.</p>	<p>оптимизировать реакцию на болезнь; сформировать новые навыки реагирования на болезнь и восприятие на внешние и внутренние раздражители.</p>

СОДЕРЖАНИЕ ВСТРЕЧ (ИЗВЛЕЧЕНИЯ ИЗ ПРОТОКОЛА)	КОММЕНТАРИИ О ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ЗНАЧИМОСТИ СОДЕРЖАНИЯ РАБОТЫ НА ВСТРЕЧЕ
14.04.16 — 4 занятие	
1 этап — ознакомление с принципами телесно-ориентированной психотерапии.	
<p>2 этап: выполнение упражнения</p> <p>Упражнение предлагают при самых различных запросах. Особенно оно подходит при астении, когда не хватает сил, человек чувствует себя уставшим, выжатым, безвольным. При страхах, когда, как известно, "земля из-под ног уходит", "ноги ватные и колени подгибаются". При плохом настроении, когда безрадостный пациент не знает, откуда ему набраться положительных эмоций. Мы предлагаем этими упражнениями «восстанавливать контакт с маминым животом» когда комфортно, безопасно, когда мы не знаем, что мы чем-то можем болеть и т.д.</p> <p>Упражнение делается в паре, на каждое прикосновение, возможны разные ощущения, их необходимо фиксировать для себя, каждая позиция длится 3 мин: прикосновение ладони к стопам партнера; затем голеностопа к стопам партнера; затем производим захват ладонями голеностопа партнера и производим медленно поднятие ног партнера не прерывая контакт со своими ногами, этот подъем производится очень медленно в течении 3мин; затем после поднятия ног партнера до уровня своего живота фиксируем опору на 10 мин.; после истечения времени производится медленное опускание ног также в течении 3 мин; далее мы предлагаем спокойно лежать и рассматривая возникшие образы и мысли 3 мин.; далее партнёры меняются местами и дублируют предложенные позиции.</p>	
<p>3 этап — рефлексия</p> <p>Психолог: Расскажите о ваших ощущениях и переживаниях, вовремя и после упражнения.</p>	
<p>Ирина Б. Упражнение меня заинтересовало тем, что я почувствовала, легкое раздражение от того что оно делается медленно, ранее я не замечала, что такое качество, как медлительность, меня раздражало. Затем меня удивило ощущение того, что у меня длинные, длинные ноги. Поразило та точка фиксации ног, которая была на животе. Ощущение теплоты, заботы, легкости, я поймала себя на мысли о том, как я давно не испытывала этих чувств.</p> <p>...Жалко себя стало, что я не имею такого удовольствия.</p> <p>...После того как опустили ноги, я долго не могла вернуть ощущение плоского, ровного пола, он был не ровный т.к. мои ноги и руки находились в разных плоскостях.</p> <p>...Я хочу найти то место, где было бы так же спокойно и легко, как тогда, когда ноги</p>	<p>Психолог наводящими вопросами, показал те глубинные желаяния, которые возможно затронули детские воспоминания, может даже внутриутробную жизнь и ощущения счастья участника, которые он не осознавал. Воздействуя через телесные ощущения на «Образ Я» т.е. на личностный уровень.</p> <p>Вовремя занятий психолог, использовал приемы психоанализа, и телесно-ориентированной терапии.</p>

<p>были на животе.</p> <p>Татьяна М. Упражнение вызвало у меня неоднозначные ощущения. Меня удивило, то что во время всего упражнения, у меня были ноги, очень теплые, даже горячие. Когда ноги были на животе партнера, у меня было ощущение покоя и неги. ...Хочу покоя, т.к. сейчас это ощущения у меня вообще отсутствует. ...Да чувство тревожности и какой-то неудовлетворенности. ...Чувство того, что я всегда делаю что-то не так. ...Я везде опаздываю ...Да я обратила внимание, как только это чувство достигает своего пика, то дыхание у меня изменяется не в лучшую сторону.</p>	<p>Психолог наводящими вопросами, подтвердил свою гипотезу (Таня испытывает постоянно чувство тревожности, которое возможно негативно влияет на здоровье). Рекомендует обратить внимание на это чувство, анализировать то, откуда оно берется, где находится. Воздействует на психофизиологический уровень мишень — уровень тревожности и личностный уровень «Образ Я» «Какая Я»</p>
<p>Нина З. Я очень сильно расслабилась во время этого упражнения. Расслабиться я могу только во время сна. Так что я взяла на вооружение это упражнение. Чувств много, я подумала о дочери, которой было бы здорово научиться этому упражнению, для расслабления. Она у меня очень много работает, я за нее переживаю и поэтому стараюсь помочь. ...помогаю ей, советом, приготовлю еду, ну и в таком роде. ...нет она меня не просит ...да, я согласна с вами что, если она меня на просит, то зачем я помогаю ...я стараюсь в последнее время не помогать, пока не просит.</p>	<p>Психолог наводящими вопросами, продемонстрировал стратегию поведения с окружающими людьми «Я лучше знаю, как надо» т.е «Я концепция», на конструкты — все это мишени личностного уровня. Так же психолог воздействовал на телесный уровень — на представление о своем теле, «расслабиться я могу только во время сна», навык расслабления снизит то напряжение в теле которое накопилось у участника группы, которое в свою очередь расслабит мышечный панцирь.</p>
<p>Эльза З. Упражнение вызвало у меня неоднозначные чувства. Больше всего запомнилось ощущение, когда ноги были зафиксированы на животе партнера. В этот момент я не почувствовала ноги, они у меня как бы растворились и окунулась в теплый мягкий туман, мне на какой-то момент показалось, что я слышу все через пелену. Наверно так я себя чувствовала в животе у мамы, когда она была мной беременна. ...Мне не хватает мамы. ...Меня воспитывала бабушка ...Она умерла 2 года назад, я Вам говорила, тогда я сильно начала болеть. ...Дед живет с другой женщиной, я не могу ему этого простить.</p>	<p>Психолог наводящими вопросами воздействовал на психофизиологический уровень — мишень психологической обстановки вокруг больного, ближайшее окружение. Мы также видим, что участница по-другому воспринимает, знакомые ей переживания, пытается вспомнить где и когда с ними это было, мы можем предположить, что они испытывают внутриутробные ощущения влияя тем самым на личностный уровень «Кто Я» «Откуда Я»</p>
<p>Мила М. Упражнение мне запомнилось, тем, что меня в обычной жизни, чужие люди не трогают. А во время упражнения я поняла то что меня это не сильно и пугает. ...когда я держу дистанцию, я в безопасности ...меня не обидят ...если я буду в безопасности я смогу защитить своего сына. ...он у меня очень часто болеет, и я нужна ему чтобы лечить.</p>	<p>Психолог наводящими вопросами воздействовал на личностный уровень, мишень — стратегия поведения с окружающими людьми и копинги т.е. привычные реакции на раздражители. Также здесь наблюдается мотивация к излечению «для сына», что является опасным сточки зрения того, а вдруг она не так нужна сыну, как он ей. Тогда мы</p>

	<p>можем получить, обратную реакцию, «если ему не надо, то и мне тогда тоже не надо это излечение». Также видим присоединение к болезни ребенка, «что бы ему не было так тяжело, попробую заболеть тоже, и ему не так тяжело будет» и созависимость от ребенка, которая может и поддерживает болезнь ребенка и его болезненное состояние, которая дает яркое представление о своей «миссии» «спасти сына, взять болезнь на себя». Также если говорить о мотивации к выздоровлению, то мы относим это воздействие к семантизации переживаний</p>			
<p>Людмила К. Я во время упражнения уснула!. До упражнения я и не предполагала того, что я могу вообще в незнакомой обстановке, кругом чужие люди, да еще и с поднятыми ногами уснуть... Наверно это связано с тем, что я после предыдущего упражнения, плакала долго ...себя было жалко ...надоело быть паровозом для всех (дети, муж) .. тащить все на себе ..устала</p>	<p>Психолог наводящими вопросами воздействовал на личностный уровень, мишень — стратегия поведения, все держать в своих руках, все контролировать, свои ощущения она семантизировала в «паровоз для всех». Накопившаяся усталость негативно влияет на организм, человек не способен от усталости адекватно реагировать на происходящее вокруг, что приводит к внутреннему раздражению и не пониманию Психосоматический — психологической обстановки вокруг больного</p>			
<p>Этапы психотерапевтических встреч</p>	<p>Уровни (мишени), на которые была направлена работа</p>			
	<p>Личностный</p>	<p>Семантический</p>	<p>Телесно-ориентированные</p>	<p>Психосоматический</p>
<p>Упражнения телесно-ориентированной практики воздействуют опосредованно на все уровни, один влияет на другой, что усиливает терапевтический эффект от упражнения.</p>	<p>Воздействуя через телесные ощущения на «Образ Я» т.е. на личностный уровень, который затрагивает паттерны и стратегии поведения. «Я никогда не задумывалась». Мы также видим, что участники по-другому воспринимают, знакомые им</p>	<p>индивидуальная система значений опосредующей процессы восприятия, мышления, памяти, принятие решений - образы, символы, символические действия, все это мишени данного уровня, которые нашли отражение в переживании участников</p>	<p>Упражнения раскрывают глубинные переживания, Телом управляет неосознанные силы, которые дают понять, на сколько наше телесное связано с подсознанием, что не все так однозначно, как мы привыкли думать о физическом теле. Меняется представление о своем теле, оно умеет</p>	<p>Происходит опосредованное влияние на тревожность, на эмоциональную нестабильность и мнительность, которая как мы говорили ранее влияет на степень дестабилизации мембраны. процессы, обеспечивающие неспецифическую разрядку эмоционального напряжения в виде плача, это признаки</p>

	<p>переживания, пытаются вспомнить где и когда с ними это было, мы можем предположить, что они испытывают внутриутробные ощущения. С помощью упражнений, у некоторых участников, четко прослеживается «Я концепция» тоталитарного плана, что конечно влияет на отношение с окружением и близкими людьми.</p>	<p>группы. Посредством этого упражнения мы наблюдаем у некоторых участников мотивацию к излечению «Для сына», что является опасным сточки зрения того, а вдруг она не так нужна сыну, как он ей. Тогда мы можем получить, обратную реакцию, «если ему не надо, то и мне тогда тоже не надо это излечение». Также видим присоединение к болезни ребенка, «что бы ему не было так тяжело, попробую заболеть тоже, и ему не так тяжело будет» и созависимость от ребенка, которая может и поддерживает болезнь ребенка и его болезненное состояние, которая дает яркое представление о своей «миссии» «спасти сына, взять болезнь на себя». Если говорить о мотивации к выздоровлению, то мы относим это воздействие к семантизации.</p>	<p>«вести» себя по-другому, им можно управлять, т.е. расслабить и напрячь его, когда нам необходимо. Если сформируется навык управления, то мы можем предположить, что когда организму нужна будет помощь, участник силой осознанного и не осознанного сделает это.</p>	<p>неполного сброса напряжения эмоционального напряжения, например, в виде тонического напряжения мышц;</p>
--	--	---	---	---

СОДЕРЖАНИЕ ВСТРЕЧ (ИЗВЛЕЧЕНИЯ ИЗ ПРОТОКОЛА)	КОММЕНТАРИИ О ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ЗНАЧИМОСТИ СОДЕРЖАНИЯ РАБОТЫ НА ВСТРЕЧЕ
21.04.16 5 занятие.	
1 этап — опрос участников группы, о самочувствии с целью определения, эффективности программы.	
Психолог: расскажите пожалуйста о том, что с Вами происходит в данном промежутке времени, или какие перемены, если они есть, Вы заметили в себе и в своих реакциях на окружающий Вас мир.	
<p>Ирина Б. Самочувствие физическое нормальное, заметила, что легче стала дышать. Но Вы знаете ко мне постоянно возвращаются воспоминания о трагедии (40 дней назад умерла сестра) я опять прокручиваю «ролики» о прошлом с сестрой, что-то хорошее и плохое. В медленном темпе, я «смакую» каждое событие, движение, слова. ...«смак» это что-то хорошее, но мне не нравится вспоминать. Какой-то мазохизм. ... Смысл, наверно в том, что я хочу себя оправдать, т.к. я, наверное, что-то делала не так, и ищу те воспоминания, которые оправдывают мои поступки, что в моих поступках не было злого умысла. Ведущий после подтверждения гипотезы, о том, что участница ругает и корит себя за какие-то поступки, тем самым наказывает себя, дал задание, быть для себя адвокатом и защитить себя перед собой. Участница: В суде .. Судья .. Адвокатом? Хорошо, попробую, такая роль для меня вообще нова, я только себя ругаю. .. Нет, но я поняла, когда писала, одно, что я бы все повторила, и делала при этом то же самое. .. Да, но по отношению к сестре точно да. .. Хорошо, занятное упражнение.</p>	<p>Интерпретация: участница ругает и корит себя за какие-то поступки, тем самым наказывает себя и этим искупает вину перед сестрой. Психолог наводящими вопросами воздействовал на стратегии поведения — это мишень — личностного уровня, тем самым давая участнику понять, что, поменяв стратегию поведения по отношению к себе и близким, в данном случае критиковать и ругать себя, участник может найти для себя новую ресурсную зону, которая позволит заполнить образовавшуюся пустоту.</p>
<p>Людмила. Я сегодня опять плохо спала, но в этот раз я пытаюсь вспомнить, что же было первопричиной отдышки и понимаю, что, на наших занятиях мы говорим о том, что же послужило пусковым толчком для кашля. Я думаю, что все равно помимо внутренних причин, есть причины внешние, раздражающие запахи такие как кошачий туалет. ...Да всем людям не приятно, когда пахнет кошачьим туалетом Ведущий пытается вывести участника на размышление о физической и душевной боли. Участница: Нет кашель не у всех. ...Да разная чувствительность</p>	<p>Психолог наводящими вопросами, демонстрирует разные взгляды на причины болезни, тем самым влияет на психосоматический уровень, мишень которого является отношение к причинам болезни, что возможно сформирует новые поведенческие стратегии и взгляды на болезнь.</p>

<p>...телесную переживать легче ...да с душевной мы незнаем, что делать ...кошек не люблю, муж любит ...Еще я не люблю дым. Ведущий проводит ассоциативный ряд с дымом, тем самым ищет, возможную причину возникновения приступов кашля. ...пчелка... ...Я была правильная девочка, ...дым, окуривание, опасность как на пасеке... ...курящие — сволочи</p>	
<p>Эльза З. Ушло напряжение, нет тряски в теле. Я стараюсь разговаривать с близкими, не сдерживать и не терпеть. ...лучше сразу сказать, так легче. ...таблетки не принимаю, делаю упражнения со светом, ...я не обращаю внимание на многие вещи ...Разговаривая с мужем, я от него услышала фразу «ходишь по вечерам, не понятно где». Я ему говорю: «Я сейчас научусь, помощи самой себе и состояние улучшиться, перестану задыхаться, а он мне говорит «зачем потом я тебе буду нужен, если ты будешь здоровая». Мы с ним познакомились, в тяжелый период жизни, когда умерла бабушка и он меня сильно поддержал. Отношения с мужем нормальные, он раньше курил, меня это раздражало, он бросил — и теперь курит электронные сигареты, все равно бесит.</p>	<p>Психолог наблюдает вторичную выгоду от заболевания у близких, муж, однажды оказавшись рядом в тяжелый период, почувствовал нужным жене, и сформировалось представление о том, «я ей нужен, я ей помогу, она болеет», у него сформировалась роль «спасателя». У него появляется страх от того, что она вылечится, тогда зачем он ей будет нужен?. Поэтому излечение жены ему не выгодно. Также здесь мы наблюдаем перенос на не перенесении курящих людей. Проблемы с мужем замаскированные в неприязни к курящим, несмотря на то, что муж бросил курить, все равно это чувство неприязни осталось. Воздействует на психосоматический подуровень — мишень причина болезни и отношение к ней,</p>
<p>2 этап. Демонстрация упражнение из АТ. Рука подносится ко рту и производим выдох на ладонь, как бы согревая ее. Затем руку отодвигаем на 5 см. и тоже дышим, так чтобы почувствовали тепло в руке. Так последовательно отодвигаем руки до того, как она ляжет на колено, а вы будете чувствовать тепло.. Предлагаем каждому назвать это упражнение как будет удобно, и повторять его ежедневно.</p>	<p>Упражнение демонстрирует силу и эффект воображения. Цель — не дыша на руку, а только лишь представить дыхание, получаем эффект тепла в руке. Это тепло можем потом направить в больной орган, в данном случае в грудную клетку, во время кашля. Тем самым формируем навык контроля над симптомами заболевания. Психолог воздействует на психофизиологический уровень в частности на мишень — образы, символы.</p>
<p>Дается домашнее задание для закрепления приобретенных знаний, и отработки упражнений, для успешного использования их для купирования симптомов БА.</p>	

Этапы психотерапевтических встреч	Уровни (мишени), на которые была направлена работа			
	Личностный	семантический	Телесно-ориентированные	психосоматический
На данном занятии у участников прослеживается «соматический призыв» — соматические симптомы, служащие способом получения помощи, внимания от людей, например, кашель, одышка. Наблюдается склонность сдерживать эмоции, подавлять враждебность.	Поменяв стратегию поведения по отношению к себе и близким, в данном случае критиковать и ругать себя, участники могут найти для себя новую ресурсную зону, которая позволит заполнить образовавшуюся пустоту.	Семантизация причин заболевания, приводит к новой системе представлений отдельного человека о мире, включающая его индивидуальные значения и личностные смыслы. образы, символы, символические действия.		Понимание и принятие термина -вторичная выгода от заболевания, даёт возможность заново посмотреть на причины заболевание и развитие болезни, ответить на вопросы «Для чего болезнь» «Какая от нее выгода» и т.д. если человека поймет, что-то же внимание от родственников и т.д. можно получить другими способами, то и болезнь не нужна будет.

СОДЕРЖАНИЕ ВСТРЕЧ (ИЗВЛЕЧЕНИЯ ИЗ ПРОТОКОЛА)	КОММЕНТАРИИ О ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ЗНАЧИМОСТИ СОДЕРЖАНИЯ РАБОТЫ НА ВСТРЕЧЕ
28.04.16 — 6 занятие	
1 этап — опрос участников группы, о самочувствии с целью определения, эффективности программы.	
Психолог. Расскажите о вашем самочувствии.	
Татьяна М.. Я не пью таблетки уже 2 дня. Но капли продолжаю капать. Решила попробовать без них, вроде все хорошо только глаза, немного почесываются от линз. ... Зудят хочется почесать веки. ... Просто чешу, приятное ощущение, а потом больно от того, что натерла кожу. ... Капли в нос, но они сегодня закончились. Сегодня 1-ый день посмотрим узнаем. Чихаю много. Ведущий предлагает искусственно вызывать чихание и заменить капли в нос. Участница. ..Табак нюхать? Для того чтобы прочихаться? надо попробовать ...Заменить капли...	Чихание с точки зрения физиологии воспринимается как очищение организма, возможно если присоединить образное восприятие чихания, как вычихать из себя «грязь», то использовать при этом не привычное «аллергическое» чихание, с помощью пыли, запаха, а намеренно выбрать нюхательный табак, чтобы организм, желая очиститься, не искал знакомые ему раздражители, а «приучить» его к управлению т.е. когда «хозяйке» будет удобно Психолог воздействует на мишень из психосоматического уровня — индивидуальная система значений опосредующей процессы

	<p>восприятия, мышления, памяти, принятие решений; отношение к своему здоровью, болезни к причинам возникновения приступов и к ее развитию.</p>
<p>Нина З. . Я учусь наблюдать за собой, учусь дышать грудью. Наблюдаю за своими мыслями, за своими поступками. Какие-то отрицательные мысли появляются, я сразу их душу. «Как ты мне надоел», допустим. Да. Раз, ловлю себя на мысли «ой, не надо» Я думаю, что это должно быть исключена из моего лексикона. Потому что вы сами говорили, что наша мысль порождает действие.</p> <p>Раньше у меня часто звучали фразы ты сидишь у меня в печенках это у меня в крови.</p> <p>Сейчас абсолютно это исключено. Я стараюсь избегать этих слов.</p> <p>Если раньше использовались слова «больно видеть», «слишком близко принимаю к сердцу», «остался неприятный осадок». Больно видеть, я заменила на «досадно видеть»</p> <p>... Ссадина.</p> <p>... Принимаю близко к сердцу.</p> <p>Мне сложно даются упражнения с дыханием. Что только я не делаю, и чищу, и прочищаю. Все до такой степени себе прочищаю, что засыпаю.</p>	<p>У участницы происходит процесс осознания семантических образов, которые как она говорит «порождает» действия, это повышает ответственность за каждое выражение или слово, что в дальнейшем приведет к снижению готовности организма к реакции на высказывание</p> <p>Психолог наводящим словами воздействует на мишени — образы, символы, символические действия из семантического уровня.</p>
<p>Эльза З. На прошлой встрече говорила про работу либо сильно расслабленно, либо с головой окунаюсь в работу. Решила найти баланс. На этой неделе поняла, что главное отвлекающий фактор телефон, который лежит на столе. Начинаю лезть и теряю время. И убрав его я сделала довольно много работы не сильно напрягаясь, при этом.</p> <p>... Наверное, недостаток мотивации. До нового года мне обещали повышение. А в январе мне сказали о том, что не получается.</p> <p>... Вспоминаю, мама говорила мне в детстве лучший отдых — это смена деятельности.</p> <p>Приходила с работы уставшая. И не хотела ничего делать. Сейчас я стараюсь думать, что это не тяжело, так как на работе я работала умственно, а теперь можно и поработать и физически.</p> <p>Есть такое хорошее выражение, я сейчас помою посуду и буду радостно тупить, просто тупо мыть посуду. Иногда слова тупо оказывается очень удачным потому что ты понимаешь, что отключаешь всякие мысли.</p> <p>... И кстати говоря: пробовала делить эти трудности с членами семьи.</p> <p>... Помогает по хозяйству даже больше, чем обычно должны делать мужчины.</p> <p>... Чисто физически сегодня у меня обострилась аллергия, как я думаю — потеплело.</p> <p>... Самого утра все заплывшие.</p> <p>... Проснулась все нормально вышла из дома на остановку, работаю в Роцино поэтому. езжу на развозке. Важно вовремя прийти на остановку успеть. И по-другому не добраться либо будешь 2 часа ехать на автобусе. Я бежала, коллега садиться раньше меня, поэтому она</p>	<p>Работа проходит на личностном уровне: возможность выбора и ее участница использует рационально, смена деятельности, выбор оптимальной производительности т.д. Достигает, комфорт для себя через оптимизацию деятельности, а это соответствуют метафоре вентиля, оптимальное реагирование, на различные ситуации, приводит к рациональному выплеску эмоций.</p> <p>Наблюдаем за тем, что участница продолжает ассоциировать ухудшение состояние здоровья только с рациональной (физической), понятной ее точки зрения. Что наводит на мысль, что приобретенные знания еще не используются в полной мере.</p> <p>Мы можем предположить, что в данном случае злость и чихание показывают причинно-следственную связь.</p>

написала мне сообщение, что раньше сегодня. Водители меняются ездят не по расписанию. Хотят пораньше выйдут хотя попозже. Каждый день рулетка, успешно или неуспешно сядешь в развозку. Сегодня поздно вышла мне смс когда пришла я подбежала. Добежала не успела расстроилась. Может из-за этого я расстроилась пришла домой вызвала такси, расчихалась ...Злость

... На водителя, на себя, что я до последнего тянула. Поздно вышла. На светофоре еще стояла. ...Зеленый свет загорается. Обычно успевают добежать, если вижу, что он стоит. А сегодня почему-то для автомобилей зеленый свет загорелся, а для пешеходов нет я стояла и смотрела, как уезжает автобуса.

Почему нельзя было позвонить своей коллеге попросить задержать его. Я звонила и не успела, когда она взяла трубку, водитель уже уехал.

У меня такое ощущение что аллергия легальный способ поплакать. Когда возникает неудача, я как ребенок поплакала бы, но как взрослая не могу себе этого позволить. Когда аллергия, тогда в. на законных основаниях, я плачу.

Иногда я просыпаюсь от того, что чихаю. Я начинаю чихать просыпаюсь. И на яву продолжают чихать.

- Может показаться, что это реакция на сновидения. Да бывает.

Мне кажется, что это может быть из-за того, что я пол не помыла или пыль не протерла, просто просыпаюсь начинают чихать. И мне кажется, что мы все в пыли.

Как прошли симптомы за счет чего снимала? Они не прошли, наверное, когда отвлекаюсь я их не замечаю.

Психолог: Вернись к этим симптомам попроси усилиться. Спроси у симптомов, а куда мне пойти, чтобы вас усилить? А кому или к чему обратиться надо. На улицу выйти.

А если сидеть здесь то, кто у нас отвечает за реакцию.

Участница: ...Мозги.

Психолог: И покажите мне то место, где вы принимаете решение, что на улицу надо отреагировать аллергично. Теперь спросите, что хотите сказать мне своей реакцией?

Психолог: А если я вам дам другую программу. Какую выгоду вы от этого получаете.

Участница:... Это повод расслабиться.

Психолог: А есть ли другие способы расслабиться.

Участница ... Это оправдание, скорее, а не повод расслабляться. Оправдание того, что я чего-то не сделала.

А если я вместо оправдания найду другой способ себя принять со своей ленью вы готовы поддержать меня в этом?

...постепенно.

Психолог: Давайте так каждый день по 5 минут и за 20 дней мы устраним это — спросите,

Участница отмечает, что когда она не видит внешний раздражитель, она не реагирует на него, это может говорить о том, причина вовсе не в «аллергене», а в восприятии этого «аллергена», что доказывает психосоматический генез БА.

Психолог использует прием парадоксальной интенции, усиливая те, ощущения, которые волнуют участницу, тем самым через усиление его, наступает ослабление.

Через образы, участница показала, возможно ту болезненную точку, с которой можно вести отчет о начале заболевания, проработав приемами психоанализа эту ситуацию, возможно она навсегда избавится от симптомов БА.

Психоанализ воздействуя при этом на мишени — **представления об этом заболевании у больного; психологической обстановки вокруг больного, отношения к болезни дома родственников и сослуживцев на работе, все эти мишени относятся к психосоматическому уровню**

<p>такой график их устроит? Участница ...Да вполне. 20 дней и болеть перестану. Психолог: Ты находишь себя виноватой, а затем находишь инстанции, которая тебя обвиняют. Ты обвиняешь себя как-то. Кого-то себе напоминаешь, когда себя обвиняешь. Участница ...Маму. Психолог: А теперь встань в позицию той, маленькой девочки. Что девочка может сказать маме в ответ? Ну что бы то ни было в оправдание. И попроси эту девочку, чтобы она обратилась к маме, чтобы она рассказала как? Ты поучила меня немножко. Расскажи, как это сделать проще. (Ты же убрала мобильный на работе, нашла чисто техническое решение. Так же и здесь.) спроси свои мозги, готовы они не обсуждать такие творческие подходы? Участница ... Да готовы. Психолог: Поняла, что ты делаешь? Каждый случай разбираешь, чтоб понять на каком шаге кто запускает тебе патологическую реакцию. И предлагает свое решение. Участница ...А если я проснулась с симптомами и забыла сон? Психолог: Ну значит проиграла в этот момент. говори, ну ребята, дайте мне шанс все исправить.</p>	
<p>Психолог дает домашнее задание, для формирования навыков отслеживания реакций на события, для проработки их в дальнейшем.</p>	.

	Личностный	Семантический	Телесно-ориентированные	психосоматический
<p>На данном занятии показана важность</p>	<p>Индивидуальная система значений опосредующей процессы восприятия, мышления, памяти, принятие решений; отношение к своему здоровью, болезни к причинам возникновения приступов и к ее развитию. Работа проходит</p>	<p>Происходит процесс осознания семантических образов, которые «порождают» действия, это повышает ответственность за каждое выражение или слово, что в дальнейшем приведет к снижению готовности организма к реакции на высказывание.</p>		<p>Воздействие на отношение к своему здоровью, болезни к причинам возникновения приступов и к ее развитию. Представления об этом заболевании у больного; психологической обстановки вокруг больного, отношения к болезни дома родственников и сослуживцев на работе. Виденье внешнего раздражителя, приводит к реакции организма на него, но, когда он не в зоне видимости, она на него не реагирует</p>

	<p>на личностном уровне: возможность выбора и ее участники использует рационально, смена деятельности, выбор оптимальной производительности т.д. Достигают, комфорт для себя через оптимизацию деятельности, а это соответствуют метафоре вентиля, оптимальное реагирование, на различные ситуации, приводит к рациональному выплеску эмоций.</p>			<p>внешними проявлениями, это может говорить о том, причина вовсе не в «аллергене», а в восприятии этого «аллергена», что доказывает психосоматический генез БА.</p>
--	---	--	--	--

СОДЕРЖАНИЕ ВСТРЕЧ (ИЗВЛЕЧЕНИЯ ИЗ ПРОТОКОЛА)	КОММЕНТАРИИ О ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ЗНАЧИМОСТИ СОДЕРЖАНИЯ РАБОТЫ НА ВСТРЕЧЕ
05.05.16 — 7 занятие	
1 этап — опрос участников группы, о самочувствии с целью определения, эффективности программы.	
2 этап. Дается инструкция упражнений, цель, которых достичь максимального расслабления тела, продемонстрировать насколько сознание контролирует работу частей тела, не умение расслабить тело, уровень сопротивления организма.	

<p>Нина.</p> <p>Эльза З. Ощущение хрустальной куклы. Меня так бережно никто не трогал. Как последовательно работали с руками и ногами, я их переставала чувствовать, интересно. Правая нога, подрагивала. Когда надо было встать, после упражнения, не было сил. У меня возник образ цемента, у меня пошли трещины по всему телу. Я буду использовать этот прием.</p>	<p>Интерпретация: зная о проблемных отношениях с бабушкой, мы видим, реакцию правой ноги на расслабление, тем самым подтвердили гипотезу, что отношения с дедом еще остаются не решенными и являются для участницы приоритетными.</p> <p>Семантизировала свое состояние, как будто цемент дал трещины по всему телу, можно предположить, что ранее участницей было представление о своем теле как о цементной фигуре, а после упражнения, которое принесло глубокое расслабление, «панцирь» из цемента спал, что продемонстрировало эффективность упражнения.</p> <p>Психолог воздействовал через тело на телесно ориентированный уровень, показывая участнику, какой прием можно использовать при стрессе, чтобы минимизировать негативное влияние стресса на пусковые механизмы приступов БА.</p>
<p>Мария М.: Мне было смешно, что кто-то шевелит моей рукой. Мне было очень сложно расслабиться. Когда прорабатывали мою левую руку, у меня так и не получилось ее полностью расслабить. Но чем дольше продолжалось упражнение я потеряла ощущение пространства. Тело окрашивается сначала желтым потом голубым. Ощущение что я растворилась в пространстве. У меня не было ни дыхания, ни сердцебиения.</p>	<p>Ведущий заметил сопротивление, особенно левой руки, она отвечает за женский род, можно предположить, что у участницы есть на решенные, волнующие ее проблемы по женской линии, Ведущий наводящими вопросами, вывел участницу на внутренний диалог, для поисков ответов на вопросы.</p> <p>Психолог воздействовал через телесно-ориентированный уровень, показывая участнику, какой прием можно использовать при стрессе, чтобы минимизировать негативное влияние стресса на пусковые механизмы приступов БА.</p>
<p>Ирина Б. Я не смогла полностью расслабиться. Мне было не комфортно. Я отключилась, только тогда, когда взяли голову. У меня было на протяжении всего упражнения противостояние. Мне казалось, что по мне кто-то ползет или там еще кто-то.</p>	<p>Интерпретация. У участника идет фоновое напряжение, постоянное. Голова контролирует процесс. Я предполагаю, что однажды контроль над чем-то спас ситуацию, зачем нужен этот контроль. Есть голова, а чувств нет, зона чувств — это грудная клетка и руки. Запретили себе чувствовать, приказали. Участнице нужно жестко и конкретно, а про нежность и про</p>

	<p>чувства для нее пока нет постижимо. Надо сформировать навык — чувствовать свое тело. Психолог воздействовал на психофизиологический уровень, показывая участнику, какой прием можно использовать при стрессе, чтобы минимизировать негативное влияние стресса на пусковые механизмы приступов БА.</p>			
<p>Татьяна М. Мне удалось расслабиться, но я почувствовала неприятные болевые ощущения в левой ноге и руке.</p>	<p>Интерпретация. Рассматривая левую и правую сторону, мы опираемся на знание того, что левая сторона — женская, правая — мужская. И рассматриваем это с позиции — сначала папа, мама; затем я как мужчина и женщина, а затем со стороны родни. Ведущий наводящими вопросами, вывел участницу на внутренний диалог, для поисков ответов на вопросы. Боль может быть от того, что идет расслабление мышечного панциря, с которым тело не хочет расставаться.</p>			
<p>Нина З. Я нахожусь в состоянии нирваны. Я никогда не находилась в такой степени расслабления. Я чувствовала, что моя левая рука напряжена настолько, что она мешала даже упражнению. Но остальные части тела, я могла расслабить. Когда дошли до головы, то я вообще потеряла чувство реальности. Когда работали с головой у меня жгло со стороны спины около сердца, очень сильно. Еще я захотела сильно манго и ананас. Вспомнилось детство, когда я после катания на коньках, сильно устала пришла домой и сделала большой полный вздох. Мне кажется, что сейчас было похожий вздох. Я вообще дома ни минуты не могу лежать на спине, а здесь я пролежала 50 мин. Это удивительно.</p>	<p>Интерпретация. Участнику вообще редко удается позволить себе расслабиться, можно интерпретировать как сопротивление этому состоянию, измучаю себя, пусть меня жалеют и заботятся обо мне. Это упражнение относится к биоэнергетическим. Жжение можно интерпретировать как работу внутренней энергии, которое происходит во время упражнения. В орган, в котором есть застойные явления, направляется энергия, и начинать активно «работать» поэтому могут возникнуть различные ощущения, В случае участницы она ощутила сильное жжение со стороны спины в проекции грудной клетки.</p>			
<p>Дается домашнее задание, выполнять это упражнение- максимального расслабления, и постараться достичь его.</p>				
<p>Этапы психотерапевтических встреч</p>	<p>Уровни (мишени), на которые была направлена работа</p>			
	<p>Личностный</p>	<p>Семантический</p>	<p>Телесно-ориентированные</p>	<p>психосоматический</p>
	<p>Манипуляция своей</p>	<p>Семантический образ</p>	<p>Воздействуя с помощью</p>	

	болезнью и вторичная выгода от заболевания .	продемонстрировал участнику, картину восприятия самого себя, которая показала из чего он состоит, и что бы телу хотелось.	приема глубокого расслабления, мы влияем на мышечные зажимы, которые сформировались из-за дистресса, которые в свою очередь препятствовали свободному хождению энергии, что и вызывают болезненные изменения в организме. Свободное хождение энергии организме приводит изначально к неприятным ощущениям, что мы наблюдаем у участников.	
--	--	---	---	--

СОДЕРЖАНИЕ ВСТРЕЧ (ИЗВЛЕЧЕНИЯ ИЗ ПРОТОКОЛА)	КОММЕНТАРИИ О ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ЗНАЧИМОСТИ СОДЕРЖАНИЯ РАБОТЫ НА ВСТРЕЧЕ
12.05.16 — 8 занятие	
1 этап — опрос участников группы, о самочувствии с целью определения, эффективности программы.	
2 этап — Проводится инструктаж занятия. Проводиться упражнение АТ, цель которого, проникнуть в глубинные уровни подсознания.	Воздействие на личностный уровень , на стратегию поведения, «образ Я» «Кто Я» «Какая Я»
<p>Нина З. Я шла по парку и увидела платан. Высокий стройный. Но одушевленных персонажей не встретила. Я их сильно искала, старалась найти, но ничего не получилось. Ну знаете место, мне очень напомнило пещеру в Крыму.</p> <p>Ведущий: Вернитесь в ту пещеру в Крыму, там Вы кого-то видите.</p> <p>Нина З.: Женщина в черном спиной ко мне, лица не вижу. Стоит и смотрит куда-то. Я подхожу и вижу, что она смотрит на икону, она прямо в скале.</p> <p>Ведущий: Что хотите сделать?</p> <p>Нина З.: Подойти и посмотреть. Вижу икону.</p> <p>Ведущий: Пойдите рядом с ней и подумайте, о том, о чем хотите.</p>	<p>Психолог воздействовал на личностный уровень на «Образ Я». Нина росла в тоталитарной семье военнослужащего, от нее требовалось 100% послушание с детства. Папа воспитывал в обстановке строжайшей дисциплины, мыслить должны все одинаково, как он. Про чувства никогда в семье не говорилось. Нина никогда не сопротивлялась этому, папа был непререкаемым авторитетом в семье. Нина в своей семье является лидером, и она одна «знает кто, как и что» будет делать. Она была партийным работником, хобби — это просмотр всех важных политических программ, привлекает семью для обсуждения «Как можно не интересоваться политикой, это гражданский долг</p>

	<p>каждого». Когда Нина по окончании воздействия психолога, увидела иконы, внешняя феноменология была ярко выражена, недоумение на лице, смешанные чувства выдавали поднятые брови, уголки рта были опущены. Нина как бы застыла в инсайте.</p> <p>Интерпретация психолога: Нина верит только мыслям, они воспринимает мир через когнитивные процессы, все что глубже, ни кому не покажет и не расскажет. Что она и демонстрировала на протяжении всей работы с ней — сопротивление. Субличность в виде проводника женщины в черном подвела Нину к иконе, как бы давая ей понять, обратить внимание на себя, заглянуть глубже в себя внутрь, в душу.</p>
<p>Эльза З. Я оказалась в поле нет это было не поле, а поляна среди леса там я встретила старушку мы с ней прогулялись, но ответ на вопрос она мне не дала и просто исчезла я ходила искала. Потом я перестала искать и легла на поляну, смотрю навстречу бежит лисенок или это был не Лисенок, а скорее змея — питон. У существа не было четкой формы он был то лисёнком, то змей в конце концов это был все-таки лисенок. Я его поприветствовала, он сказал, что его зовут Рикки. Я его спросила, что мне делать? Он ответил пока не знаю. Я спросила его, а когда ты узнаешь, ты мне об этом скажешь? Он сказал, да. Скажите пожалуйста, что могло бы означать это существо?</p> <p>Ведущий: Расскажите, какой для Вас питон, лисенок.</p> <p>Эльза З.: Лисенок хитрый ловкий, пушистый, симпатичный. Питон сильный, скользкий, пролезет везде, может задушить.</p> <p>Ведущий: Выбор у Вас стоял между кем и кем, и почему Вы выбрали лисенка.</p> <p>Эльза З.: Ну змея вызывает какой трепет и ужас, мне чужды эти качества. А лисенок он поиграть может и приласкаться.</p>	<p>Психолог: Скорее всего эти субличности характеризуют участницу как личность, которая имеет разные стратегии поведения. Все-таки она остановила свой выбор на лисенке, он веселый, шустрый, пушистый, но она должна иметь ввиду, что ей свойственны и другие качества личности.</p>
<p>Татьяна М.: Закрывает глаза и увидела перед собой поле ржи, чуть левее лес. Желтые колосья достают мне до бедра я могу гладить их абсолютно не нагибаясь. Смотрю дальше, на линию горизонта, и вижу море, поворачиваю голову и замечаю скачущего ко мне навстречу коня. Легкий, теплый ветер колышет все вокруг, колосья, мои волосы, гриву коня. Подбегает он ко мне, я сажусь на него, и мы поскакали по полю ржи, затем выезжаем к берегу и продолжаем скакать по песку и немного по воде. Прокатившись вдоль береговой линии, поехали в лес. На въезде лес выглядит как вход в пещеру, то есть арка из деревьев. Заезжаем туда, там очень темно. Едем какое-то</p>	<p>Психолог: Обращает на себя внимание цветовые образы. Можно предположить, что когда она заходит в темный лес, то она зашла в «подвал» личности, где находятся глубинные переживания, скрытые от сознания. Субличность «Добрая фея» отвечает на вопрос участницы касаясь ее здоровья, но остались не отвеченные вопросы. Также интерпретация образа коня, которого оседлала участница. Конь это сильный,</p>

<p>время, никого не видно, я поспрашиваю коня, «может быть ты вещун»? Он мне отвечает «нет, я всего лишь проводник». Потом мы немного поспорились, но о чем была ссора я не помню. Едем какое-то время и лес меняет свой облик на ночной. Но ночной не как в фильмах ужасов, а как в мультиках. Преобладают голубовато-синеватые тона, лес как будто светится изнутри, летают светлячки. Вдруг, мы выходим к опушке там, стоит Малефисента (Малефисента, которая добрая фея, до того, как ей обрезали крылья). Я ее приветствую, а зачем спрашиваю «знаешь ли ты почему меня закладывает нос или почему прошла так быстро аллергия»? На что она мне отвечает «почему закладывает нос я не скажу, зато могу подсказать почему пошла так быстро аллергия. Потому что она из себя изжила, стала ненужной в нее больше нет надобности». Я ее поблагодарила и спросила кто может помочь с первым вопросом. Она меня отправила к Мифене.</p>	<p>мощный мужчина (мужское начало), она его хочет укротить или подчинить себе. Участница с ним поругалась, показывает то, что она постоянно в поиске баланса между своим мужским и женским началом. Возможно этот внутренний конфликт и сформировал у участницы тревожность, которая вызывает дестабилизацию мембраны.</p>			
<p>Ирина Б.: Я встретила с домовенком, и мы начали резвиться, прыгать на батуте. А что значит домовенок?</p> <p>Психолог: обращается к группе: Расскажите кто такой домовенок</p> <ul style="list-style-type: none"> -Веселый -Сказочный -Ни за кого не отвечает -Безликий -Безгендерный -Серьезный -Веселый -Он может пугать -В него веришь и не веришь -Он может быть видимым и невидимым <p>Ведущий: Что-то из перечисленного вы увидели в своем домовенке?</p> <p>Ирина Б.: Да, теперь я задумалась. Он такой разный. Но какое отношение он имеет ко мне? Задумалась. Точно, ведь у меня стратегия поведения, как у этого домовенка. Я до сих пор хочу играть, прятаться, шалить и эти качества я в себе подавляю, так как я взрослая женщина. Для меня это всё близко.</p> <p>Психолог: Что Вы с этим будете делать? Что Вы с этим сможете сделать</p> <p>Ирина Б.: я буду выбирать себе возможность где я могу поиграть и использовать на полную катушку</p> <p>Психолог: То есть оптимизировать свои реакции и желания.</p>	<p>Психолог: Ирина испытывала чувство тревожности, оттого, что не может найти оптимальное поведение и реакцию для своих желаний, она взрослая и бегать, шалить, нельзя, поймут неправильно. В ходе занятий ей было предложено применить метафору «вентиля» к своему переживанию и найти то оптимальное поведение для своих желаний. Поиграть там, где это будет уместно. Быть серьезной и взрослой там где это необходимо.</p>			
Этапы психотерапевтических	Личностный	Семантический	Телесно-ориентированные	психосоматический

встреч				
<p>Во время упражнения, психолог поставил перед собой цель — дать возможность участнику встретиться со своими субличностями и чтобы они дали ответы на волнующие вопросы, подсказали выходы из тех тупиков, которые оказались участниками и.д.</p>	<p>Воздействуя на этот уровень, мы увидели как через неосознанное можно выйти на осознание самого себя «Кто Я» «Какая Я». Принять позитивные, преимущественно непротиворечивые мифы и легенды о себе, соответственно отсутствие необходимости избыточного включения психологических защит для поддержания целостности; хорошо представленный образ желаемого будущего, оцененный с позиции желаемых достижений и собственных возможностей.</p>	<p>Через этот уровень участникам легче осознать, визуализировать, те образы, который возникают спонтанно и дают ответы на многие вопросы.</p>		

Приложение 10 Бланки результатов

Имя участника	До начала работы в гр. Нг/мл	По окончании работы в гр. Нн/мл
Таня М.	9	6
Мила М.	11	8
Нина З.	10	7
Эльза З.	18	12
Ирина Б.	12	11
Маша М.	12	9
Люда К.	11	11
группа	83	64

Таблица 1 — Уровня медиаторов воспаления в крови (ЕСР)

	FVC		FEV1		FEV1/FVC	
	пре	пост	пре	пост	пре	пост
Таня М.	3,5	3,5	3,5	3,4	100	96
% от нормы	92	93	105	103	118	114
Люда К.	3,6	3	2,9	2,9	81	80
% от нормы	106	104	101	100	104	101
Маша М.	4,1	4,1	3,6	3,5	88	85
% от нормы	106	106	107	104	105	102
Мила М.	3,3	3,4	2,3	2,4	71	70
% от нормы	119	122	100	101	88	87
Эльза З.	3,8	3,8	3	2,9	80	77
% от нормы	109	108	96	94	93	91
Нина З.	3,2	3,2	1,9	1,9	59	61
% от нормы	111	114	77	82	77	79
Ирина Б.	3,8	3,7	2,9	2,8	76	76
% от нормы	126	124	111	110	96	95

Таблица 2 — Результаты спирометрии пре-тест и пост-тест.

Таблица 3.

	Пре — тест							Пост-тест								
	Таня	Люда	Маша	Миля	Эльза	Нина	Ирина	сумма	Таня	Люда	Маша	Миля	Эльза	Нина	Ирина	сумма
Жизненные ситуации (психотравмирующие)																
1.Мне трудно принимать окончательное решение в выборе между жизненно важными альтернативами (например, выбрать круг общения, место работы, романтического партнера) ЛР	3	0	2	2	1	0	0	8	3	0	1	2	2	0	0	8
2.Бывает, меня не понимают окружающие и даже враждебно ко мне относятся ПЗ	2	0	1	0	0	1	0	4	1	0	2	0	1	1	0	5
3.Решая трудные жизненные задачи, я становлюсь лучше ЛР	2	4	3	4	4	3	0	20	4	4	4	4	3	4	0	23
4.При стрессе или переутомлении я могу испытывать головную или зубную боль, затруднение дыхания, тошноту, расстройство желудка, онемение, мышечные боли, «ком в горле» и пр. ПСОМ	3	4	4	0	4	4	0	19	1	2	3	0	3	1	0	10
5.Когда я болею простудными заболеваниями, они протекают тяжело, с высокой температурой ПСОМ	1	3	1	4	1	2	0	12	1	2	1	4	1	3	0	12
6.Порой я виню себя, даже когда ни при чем ПСОМ, ПЗ	3	0	2	1	2	4	3	15	3	0	2	1	2	3	1	12
7.Меня нередко одолевают сомнения в выбранном мною жизненном пути, в правильности жизненных ориентиров и целей ЛР	3	0	1	0	3	2	0	9	4	0	0	0	2	2	0	8
8.В момент психического переутомления мне трудно переключаться с работы на отдых и наоборот КОП	3	4	4	3	2	1	4	21	2	2	4	3	1	0	2	14

9.Мне трудно контролировать ситуацию, когда меня тянет, например, к алкоголю, перееданию, сексуальным связям и пр. ПЗ	1	3	0	0	1	1	0	6	1	1	1	0	1	2	0	6
10.В последнее время стало труднее выполнять привычные двигательные навыки(подходит для всех)	0	2	0	1	2	3	3	11	0	0	1	1	0	3	1	6
11.У меня возникают проблемы с оптимальной организацией времени КоП	4	0	4	1	3	3	2	17	4	2	4	1	3	1	1	16
12.У меня появляется выраженный страх чего-либо (фобия), мешающий повседневной жизни ПЗ	2	3	3	0	2	1	4	15	1	2	2	0	2	3	2	12
13.Здоровье всегда подводит меня в самый ответственный момент ПСОМ	1	3	2	0	4	2	1	13	0	1	1	0	4	3	0	9
14.Мои мечты сбываются ЛР.КОП	1	3	3	3	2	2	4	18	1	4	4	1	3	3	4	20
15.Я легко могу простудиться или испытывать недомогание во всем теле ПСОМ	1	3	1	3	4	4	0	16	2	1	1	3	4	4	0	15
16.Для меня характерны затяжные течения болезни (после гриппа, простуды) или длительные остаточные явления (температура, слабость, потливость, утомляемость) ПСОМ	0	3	2	4	3	3	0	15	0	1	2	3	2	3	0	11
17.У меня часто возникают конфликты с родителями ПЗ	2	0	2	1	0	1	0	6	2	0	1	0	1	1	0	5
18.В последнее время на меня все чаще «сваливается» большой объем работы в короткий срок для выполнения КОП ПЗ	2	1	3	0	4	3	1	14	0	1	3	0	3	1	0	8
19.При достижении цели на пути начатого дела я испытываю трудности или ощутимые препятствия КОП, ЛР	3	1	2	0	1	1	3	11	3	1	2	0	2	3	2	13
20.Далеко не всегда мне удается понять смысл выпавших на меня жизненных испытаний ЛР	3	0	3	0	1	3	2	12	3	0	2	0	2	3	1	11
21.Если дела перенести на следующий день, я уверен(а) они получатся качественно КОП, ПЗ	1	0	1	0	3	0	0	5	1	1	2	0	4	2	0	10

22.Я опасюсь заболеваний, угрожающих жизни, таких как болезни сердца, кожи, легких, артериальное давление, рак и пр. ПЗ, ПСОМ	4	2	0	4	4	2	4	20	1	1	0	1	4	4	2	13
23.Я беспокоюсь, когда при ухудшении зрения или слуха врачи не выявляют причины заболевания ПСОМ	4	2	0	4	3	4	4	21	3	1	0	2	4	2	2	14
24.Я забочусь о том, чтобы найти пару других способов решения проблемы КОП	4	2	0	4	2	3	3	18	2	3	1	3	3	4	3	19
25.Я тревожусь, когда врачи затрудняются поставить мне диагноз ПСОМ	4	2	0	4	4	2	4	20	3	1	0	2	4	3	3	16
26.В повседневной жизни у меня порой возникают: навязчивые негативные мысли, тяжелые воспоминания, противоестественные мне действия ПЗ	1	1	3	0	3	1	3	12	2	0	1	0	3	3	1	10
итого	58	46	47	43	63	56	45	358	48	31	45	31	64	62	25	306

Таблица 3 — Сводные результаты оценочной шкалы Риски здоровья

Пре-тест				Пост-тест			
лич	к	з	пс	л	к	з	пс
8	21	4	19	8	14	5	10
20	17	6	12	23	16	6	12
9	18	15	13	8	20	12	9
18	14	6	16	20	8	5	15
11	5	20	15	13	10	13	11
12	18	12	20	11	19	10	13
			21				14
			20				16
13	15,5	10,5	17	13,83	14,5	8,5	12,5
Значимость различий				0,289	0,624	0,144	0,004

Таблица 4 — Групповой результат оценочной шкалы Риски здоровья (Статистика t-Стьюдента)

Занятия Уровень	количество психотерапевтических интервенций								итого
	1	2	3 з	4	5	6	7	8	
Личностный уровень	2	18	8	3	1	1	2	5	40
Семантический уровень	2	2	2	1	4	2	1	1	15
Телесно-ориентированный уровень	4	2	7	1	1	2	4	1	22
Психосоматический уровень	1	5	7	3	7	4	2	2	31
Итого	9	27	24	8	13	9	9	9	108

Таблица 5 — Сводная таблица психотерапевтических вмешательств на заявленные мишени

показатели	ЕСР			спирометрия	оценочная шкала			ASQ		
	пре-тест	пост-тест	% прирост		пре-тест	пост-тест	% прирост	пре-тест	пост-тест	% прирост
Ирина Б.	12	11	8	("-")("+")	23	9	39	1,4	0,7	50

Таблица 6 — Таблица индивидуальных результатов Ирина Б

показатели	ЕСР			спирометрия	оценочная шкала			ASQ		
	пре-тест	пост-тест	% прирост		пре-тест	пост-тест	% прирост	пре-тест	пост-тест	% прирост
Таня М.	9	6	33	("-")("+")	21	14	33	0,6	0	100

Таблица 7 — Таблица индивидуальных результатов Таня М.

показатели	ЕСР			спирометрия	оценочная шкала			ASQ		
	пре-тест	пост-тест	% прирост		пре-тест	пост-тест	% прирост	пре-тест	пост-тест	% прирост
Люда К.	11	11	0	("-")("+")	24	10	58	2,8	0,9	68

Таблица 8 — Таблица индивидуальных результатов Люда К.

показатели	ЕСР			спирометри я	оценочная шкала			ASQ		
	пре- тест	пост- тест	% прирос т		пре- тест	пост- тест	% прирос т	пре- тест	пост- тест	% прирос т
Маша М.	12	9	75	(''-'')(''+')	12	9	75	1	0	100

Таблица 9 — Таблица индивидуальных результатов Маша М.

показатели	ЕСР			спирометри я	оценочная шкала			ASQ		
	пре- тест	пост- тест	% прирос т		пре- тест	пост- тест	% прирос т	пре- тест	пост- тест	% прирос т
Эльза З.	18	12	33	(''-'')(''+')	31	28	10	0,8	0,3	62

Таблица 10 — Таблица индивидуальных результатов Эльза З.

показатели	ЕСР			спирометри я	оценочная шкала			ASQ		
	пре- тест	пост- тест	% прирос т		пре- тест	пост- тест	% прирос т	пре- тест	пост- тест	% прирос т
Мила М.	11	8	27	(''-'')(''+')	28	17	39	1,4	0	100

Таблица 11 — Таблица индивидуальных результатов Мила М.

показатели	ЕСР			спирометри я	оценочная шкала			ASQ		
	пре- тест	пост- тест	% прирос т		пре- тест	пост- тест	% прирос т	пре- тест	пост- тест	% прирос т
Нина З.	10	7	30	(''+'')	30	29	6	3,6	3,4	5

Таблица 12 — Таблица индивидуальных результатов Нина З.