

**НАЦІОНАЛЬНИЙ АВІАЦІЙНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**  
**Факультет лінгвістики та соціальних комунікацій**  
**Кафедра авіаційної психології**

ЗАТВЕРДЖУЮ  
Завідувач кафедри  
\_\_\_\_\_ Любов ПОМИТКІНА  
«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2022 р.

**КОНСПЕКТИ ЛЕКЦІЙ**  
з навчальної дисципліни

**«МЕТАФОРИЧНІ АСОЦІАТИВНІ КАРТИ У РОБОТІ ПСИХОЛОГА»**

ОС «Бакалавр»  
галузі знань 05 «Соціальні та поведінкові науки»  
спеціальності 053 «Психологія»  
ОП «Психологія»

Конспекти лекцій розглянуто та схвалено на засіданні кафедри авіаційної психології, протокол № 9 від «22» серпня 2022 р.

Укладач:  
Доцент кафедри авіаційної психології  
\_\_\_\_\_ Наталія МУЖАНОВА

## Лекція № 7

### Тема лекції: Використання метафоричних асоціативних карт при роботі з розладами невротичного спектру.

#### План:

1. Розлади невротичного спектру.
2. Робота психолога з розладами невротичного спектру з використанням метафоричних асоціативних карт: можливості і обмеження у застосуванні.
3. Вправи з МАК для психодіагностики та психокорекції типових симптомів неврологічних розладів.

#### Література:

1. Основи роботи з метафоричними картами. Теорія і практика. / Н. Квітка. – К.: «Видавець Кравченко Я.О.». – 2021. – 90 с.
2. Сабліна Наталія Метафоричні асоціативні карти на піску або Про що говорять сліди на піску [Текст] : керівництво для психологів / Наталія Сабліна. – Вінниця: Твори, 2022. – 31 с.
3. Richard J Stockton, Developing English Language Teaching Metaphorical Associative Cards (ELTMAC): Complete Report

#### Зміст лекції

##### Питання 1.

**Невротичні розлади** – це велика клінічно різноманітна група захворювань, які виникають під впливом гострих або тривалих психічних травм і що проявляються психічними, соматичними і неврологічними порушеннями і, як правило, оборотні.

##### **Класифікація невротичних розладів:**

- Гостра реакція на стрес
- Неврози
- Неврастенія
- Диссоціативні (конверсійні розлади)
- Тривожно - фобічні, обсесивно - компульсивні розлади
- Невротичні тривожні розлади
- Невротична депресія
- Соматоформні розлади
- Неврози у дітей
- Системні (моносимптомні) неврози
- Неврози страху
- Патологічні звичні дії
- Реакція на важкий стрес і порушення адаптації.

**Неврози** – це психогенно обумовлені оборотні психічні розлади, що проявляються емоційною нестійкістю, підвищеною психічною виснаженістю, порушенням загального самопочуття і різних сомато-вегетативних функцій, стани, що не змінюють самосвідомість, і усвідомлення хвороби.

##### **Для усіх неврозів характерні також загальні прояви:**

- порушення самопочуття – почуття внутрішнього дискомфорту, головний біль, слабкість розбитість, підвищена стомлюваність, знесилення, поганий сон, неприємні хворобливі відчуття в різних частинах тіла;
- емоційно-вольові порушення – емоційна нестриманість, образливість, схильність до афектів, нестійкість настрою, схильність до депресивних реакцій, страхів, нав'язливостей, недостатній вольовий контроль за емоційними проявами;

- порушення інших психічних функцій: пам'яті, уваги, мислення, сприйняття і свідомості;
- порушення ефektorної сфери – тики, нав'язливі дії, функціональні паралічі, парези, мутизм, тремор;
- вегетативні порушення – пітливість, приливи жару, лабільність пульсу і АД, тахікардія, диспептичні явища, задишка.

**Неврастенія.** Причиною цього невроту є тривала дія несприятливих чинників, серед яких основне значення має виробничий нервовий стрес: великий об'єм інформації, яку необхідно засвоїти в умовах дефіциту часу і високі вимоги до діяльності. **Основними клінічними проявами неврастенії** є дратівлива слабкість. Хворі скаржаться на стомлюваність, слабкість, зниження працездатності. З ранку дуже важко «впрацювання», до передобіднього часу дещо знижуються симптоми астенії і трохи покращується працездатність, але дуже швидко знову розвивається стомлюваність, коли кожна дія вимагає неймовірних зусиль. Хворі стають нетерплячими, не можуть переносити очікування. У них легко виникає афекти, після яких астенія ще більше посилюється і з'являється відчуття провини за те, що було сказано або здійснено в стані афекту. У багатьох пацієнтів з'являється гіперестезія до зорових, слухових і навіть тактильних подразників, їх дратує капання води, звук ходу годинника, дотик до шкіри. Помітно порушується сон. Одні пацієнти не можуть довго заснути, інші швидко засинають, але в обох випадках сон поверхневий з частими пробудженнями і відсутністю почуття відпочинку після сну. Вдень хворі відчувають сонливість, але навіть якщо є можливість відпочити, вони не можуть заснути. Одними з постійних скарг хворих є головні болі, різноманіття яких (здавлення, стягання, коління) дуже неприємні для пацієнтів. Головні болі зазвичай посилюються після фізичної і розумової напруги. У багатьох хворих з'являються неприємні відчуття в різних органах. Із цього приводу вони звертаються до різних фахівців і, хоча останні ніякої патології не виявляють, пацієнтів це не заспокоює. Вони фіксовані на цих відчуттях, думають, що захворіли якоюсь важкою невиліковною хворобою. Іпохондричні симптоми нерідко супроводжують інші симптоми неврастенії. У перебігу хвороби можуть спостерігатися **гіпостенічна** (коли переважає астенія) і **гіперстенічна** (коли переважає дратівливість) форми. Результат неврастенії сприятливий, у більшості хворих після лікування настає одужання.

**Дисоціативні (конверсійні) розлади.** **Дисоціація** – такий стан, коли на якийсь час деякі психічні комплекси придбавають автономію і управляють психічними процесами у відриві від цілісності психічного життя. До розладів дисоціативного типу відносяться амнезії (F 44.0), fuga (F 44.1), ступор (F 44.2), трансї і стани одержимості (F 44.3), істеричні психози. У клінічному розумінні термін «**конверсія**» (лат. conversio -перетворення, заміна) означає особливий патологічний механізм, що обумовлює трансформацію психологічних конфліктів в соматоневрологічні симптоми. **Клініка дисоціативного невроту** відрізняється різноманітністю симптомів – психічних, неврологічних, соматичних. Пацієнти відрізняються підвищеною навіюваністю, яскравими і лабільними емоціями. Особливістю цих порушень є їх демонстративний характер, особлива мінливість, несподіваність появи і зникнення. Симптоми хвороби нерідко набувають характеру маніпуляції такими, що оточують, і при вирішенні психотравмуючої ситуації вони слабшають або повністю зникають. Ці порушення мають як би захисний характер. Нерідко соматичні і неврологічні симптоми тісно пов'язані зі змістом психічної травми. Так, страх захворіти якоюсь хворобою, може викликати у хворих «симптоми» цього захворювання, у зв'язку з чим цей неврот називають великою імітаторкою, хамелеоном. Дисоціативний неврот частіше розвивається у осіб художнього типу з ознаками психічного інфантилізму, емоційною незрілістю, вразливих, безпосередніх. У клінічній картині невроту спостерігаються наступні групи симптомів: афективні, вегетативні, рухові, сенсорні. **Афективні порушення** проявляються надзвичайною лабільністю емоцій, крайньою нестійкістю настрою, бурхливими емоційними реакціями. Хворі можуть голосно ридати, справляючи враження безутішного горя, і через декілька хвилин весело сміятися. **Вегетативні порушення** проявляються у вигляді різноманітних «соматичних» симптомів: болі в серці, серцебиття, непритомність, нудота, блювота, болі в животі, задишка, «напади» задухи, неправдива вагітність та інше. **Рухові розлади** можуть бути у вигляді гіперкінезів або акінезій. Гіперкінези мають характер тиків, тремора голови і кінцівок, блефароспазму,

глоссолабільного спазму, хореоформних рухів, судорожного нападу. Гіперкінези, на відміну від органічних, залежать від емоційного стану хворих, супроводжуються незвичайними позами, вегетативними симптомами (ком в горлі), вони зникають або слабшають після ліквідації або дезактуалізації психотравмуючих дій. Деякі хворі скаржаться на слабкість в руках і ногах, що виникають при хвилюванні, коли ноги стають «ватними», «важкими», «заплітаються». Характерними є невідповідність цих порушень їх топографічному розташуванню нервових стволів або локалізації вогнища в ЦНС, відсутність патологічних рефлексів, змін сухожильних рефлексів. **Сенсорні порушення** представлені розладом чутливості і больових відчуттів в різних органах і частинах тіла. Порушення шкірної чутливості мають різну конфігурацію і розташування, найчастіше вони локалізуються в області кінцівок у вигляді рукавичок, панчо, шкарпеток. Дисоціативні психогенні реакції бувають короткочасними і зникають без лікування. Проте, можлива і тривала (упродовж декількох років) фіксація хворобливих симптомів. В окремих випадках спостерігається хвилеподібна течія: після загасання розладів залишається схильність до їх виникнення в психологічно несприятливих ситуаціях.

**Тривожно-фобічні, obsесивно-компульсивні розлади** – ця загальна назва неврозів, що проявляються нав'язливими страхами (фобіями), нав'язливими думками (obsесіями), нав'язливими діями, тривогою. У МКХ-10 різні прояви цього неврозу кодуються різними знаками: фобічні і тривожні розлади – F 40; агорафобія – F 40.0 (без панічних розладів – F 40.00; з панічними розладами – F 40.01); соціальні фобії – F 40.1; специфічні (ізолювані) фобії – F 40.2; інші тривожні розлади – F 41; obsесивно-компульсивні розлади – F 42. У вітчизняній психіатрії ці стани традиційно описуються як окрема форма неврозу, оскільки вони пов'язані загальним етіологічним чинником (психічна травма), виникають у людей зі схожими особовими особливостями, симптоми хвороби рідко зустрічаються ізолювано і супроводжуються характерними для усіх неврозів вегетативними розладами.

У МКХ-10 виділяються в окрему групу **«Інші тривожні розлади»**. F 41. **Панічний розлад** (епізодична пароксизмальна тривога). Панічні напади протікають також як і при агорафобії. Швидко формується страх очікування повторних нападів, які хворі намагаються приховати. Напади панічні часто виникають спонтанно поза зв'язком з ситуаціями небезпечними або загрозливими життю. Тривога з'являється несподівано, досягає максимуму за декілька хвилин, супроводжується вегетативними розладами. Якщо впродовж місяця спостерігається 4 напади, то цей панічний розлад середньої тяжкості – F 41.00, якщо до 4-х нападів на тиждень, то це важкий панічний розлад – F 41.01. **Генералізований тривожний розлад** F 41.1 Часто поєднується з іншими невротичними станами. Спостерігається в 2-5% в популяції, у жінок в 2 рази частіше, ніж у чоловіків. **Клінічно** розлад проявляється стійкою тривогою, що нерідко є безмістовною, такою, що супроводжується почуттям внутрішньої напруги і вегетативними симптомами, інтенсивність яких менша, ніж при панічному розладі. Хворі випробовують внутрішнє тремтіння, вони боязливі, в усіх справах передбачають гірший результат. Пацієнти нетерплячі, дратівливі, метушливі. Вони зазвичай не розцінюють хворобливі симптоми як психічні, тому до психіатра звертаються рідко, велика їх частина шукають допомоги у лікарів-інтерністів. Змішаний тривожний і депресивний розлад F 41.2. **Стани, при яких депресивний і тривожний компоненти виражені недостатньо і жоден з них не домінує над іншим.** Ці порушення супроводжуються вегетативними розладами і виникають в психогенних ситуаціях.

**Невротичні депресії.** На початку 20 століття невротична депресія була уперше описана в якості самостійної нозологічної форми. У МКХ-10 це порушення кваліфікується як пролонгована депресивна реакція, що проявляється негрубими невротичними депресивними порушеннями у відповідь на затяжну стресову ситуацію – F 43.21. Розвивається невротична депресія частіше у осіб з ригідністю, безкомпромісністю, які намагаються зовні не проявляти свої емоції, а переживають неприємності «в собі». Причиною цього неврозу зазвичай є тривала, недозволена несприятлива ситуація, як наприклад, невиліковна хвороба дитини, розлука з близькими, відсутність можливості поділитися з кимось своїми переживаннями. Хворі намагаються пригнічувати в собі негативні емоції, не показують їх оточенню. На початку хвороби з'являються вегето-дистонічні симптоми: порушення сну, головний біль,

болі в ділянці серця. У подальшому (через декілька тижнів) з'являється астения з пониженим настроєм і тривожністю. Хворі говорять, що втратили радість від життя і в той же час вони не оцінюють своє майбутнє як безперспективне, будують плани на майбутнє як би не враховуючи невіршеної психотравмуючої ситуації. Нерідко хворі намагаються заглушити душевний біль підвищеною активністю при виконанні професійних і домашніх обов'язків, незважаючи на слабкість і стомлюваність. У деяких пацієнтів з'являється слізливість з будь-якого приводу. При тривалій течії депресивного невроту з'являється невласлива пацієнтам раніше багатомовність, коли вони починають «вилити душу» навіть малознайомим людям, розповідати про свої переживання і неприємності. Однією з особливостей цього невроту є те, що психотравмуючі ситуації зазвичай не відбиваються на переживаннях хворих, вони, як правило, не зв'язують свій стан з нею. Як і при інших невротозах, в клінічній картині невротичної депресії відзначається значна вираженість сомато-вегетативних розладів: коливання АД, дисфункції шлунково-кишкового тракту, порушення сну у вигляді ускладненого засипання і пробудження в ранні уранішні години з почуттям тривоги, серцебиттям. Хворі нерідко звертаються за допомогою до терапевтів, які або лікують їх симптоматично, або діагностують яке-небудь соматичне захворювання. Слід зазначити, що незважаючи на велику кількість соматичних скарг у хворих, не відбувається іпохондричної фіксації на них. Невротичні депресії протікають хвилеподібно і нерідко є етапом невротичного розвитку особистості.

**Соматоформні розлади.** Серед клінічних проявів у хворих на невротоз, які звертаються за допомогою до інтерністів, домінують соматизовані симптоми. Рубрика «соматоформний розлад» фактично є невротичними, соматизованими пограничними психічними розладами. У етіопатогенезісоматоформних розладів, як і невротозів, провідну роль грають психогенні чинники – внутрішньоособові і мікросоціальні конфлікти, проте при соматоформних розладах хворі неохоче обговорюють психологічні проблеми. Разом з цим передбачається наявність нейропсихологічної основи, генетичної схильності. На думку ряду авторів, «соматизації» психічних порушень сприяє алекситимія (нездатність людини виражати свої душевні переживання, утруднення у вербальному і символічному вираженні емоцій). Риси алекситимії характерні також для пацієнтів, які страждають «класичними» психосоматичними захворюваннями. **Алекситимія** характеризується наявністю труднощів в розпізнаванні і описі власних почуттів, пониженою здатністю до символізування і фантазування, зосередженістю більшою мірою на зовнішніх подіях, ніж на внутрішніх переживаннях. **Класифікація клінічних проявів.** Психічні захворювання, які проявляються переважно різними «псевдосоматичними» розладами, традиційно у вітчизняній психіатрії описували у рамках неврастенії, істерії, іпохондрії. При цьому соматовегетативні симптоми вважають однією з обов'язкових ознак невротичних розладів будь-якого типу. У МКХ-10 соматоформні розлади визначаються як група психопатологічних порушень, головною ознакою яких є повторюване виникнення фізичних симптомів разом з постійними вимогами медичних обстежень усупереч негативним результатам, які підтверджуються, і завіренням лікарів про відсутність фізичної основи для симптоматики.

**Соматизований розлад.** Клінічну картину складають велика безліч стійких і змінюваних соматичних симптомів, які існують не менше двох років, за відсутності соматичних захворювань, які могли б ці симптоми пояснити. Симптоми можуть відноситися до будь-якої частини тіла або системи, найчастіше – шлунково-кишкової (біль, нудота, відрижка, блювота, пронос, регургітація, метеоризм), шкірні (свербіж, паління, хворобливість, оніміння, колення), серцево-судинні (болі, задишка), сечостатевої (дизурія, геніталгія, виділення). Увага хворих фіксована на цих симптомах, до лікарів звертаються з проханням про лікування. Спостерігається часта коморбидність з тривогою і депресією, зловживанням психоактивними речовинами.

**Іпохондричний розлад.** Проявляється наявністю постійних ідей (немаячних) про існування одного або декількох соматичних захворювань, при якому нормальні, звичайні відчуття інтерпретуються як аномальні і хворобливі. Хворі постійно пред'являють соматичні скарги, причому увага зазвичай фокусується на одному або двох органах або системах організму. Хворий може назвати передбачуване соматичне захворювання, ця думка

може змінюватися від одного захворювання до іншого. Вказані ідеї зберігаються, попри те, що не виявлено адекватне соматичне пояснення наявним скаргам. На відміну від соматизованого розладу, для хворих важливіше самі захворювання і його наслідки, чим окремі симптоми, до лікарів звертаються переважно з метою діагностики.

**Соматоформна вегетативна дисфункція.** Скарги хворого постійно відносяться до однієї з систем, яка перебуває під впливом вегетативної регуляції (серцево-судинна, дихальна або травна). Симптоми не вказують на фізичний розлад органу або системи, а відбивають об'єктивні ознаки вегетативного порушення (серцебиття, задишка, гикавка та інше) або є суб'єктивними і неспецифічними (скороминущі болі, паління, тяжкість, розпирання та ін.). Залежно від органу і системи, які розглядаються хворим як джерело симптоматики, виділяють окремі розлади цієї групи з відповідним кодуванням п'ятим знаком.

**Хронічний соматоформний больовий розлад.** Скарги на постійний біль, який не може бути повністю пояснений фізіологічним процесом або соматичним розладом. Виникає на тлі психоемоційного конфлікту, має значення вторинна вигода від симптому – посилення уваги і підтримки з боку близьких і лікарів. Виключаються болі психогенного походження при інших психічних розладах (наприклад, при депресії), а також що виникають згідно відомих патофізіологічних механізмів (біль м'язової напруги, мігрень). Початок соматизованого розладу частіше у молодому віці. Хронічний соматоформний больовий розлад частіше починається у віці старше 45 років. Протікання соматоформних розладів, як правило, хронічна. Залежно від властивостей особистості хворого, гостроти симптоматики і наявності актуальної психотравмуючої ситуації проводять вибір форм і методів психотерапії: гіпноугестивна, психодинамічна, сімейна, когнітивна, поведінкова.

## Питання 2.

Робота психолога з клієнтами, які мають розлади невротичного спектру з використанням метафоричних асоціативних карт має свої особливості:

1. Необхідність збору анамнестичних даних клієнта, включаючи детальний опис симптомів, їх інтенсивності, тривалості прояву, ставлення клієнта до них тощо.
2. Психодіагностичне обстеження, аналіз лікарських заключень і діагнозів щодо стану психічного і соматичного здоров'я;
3. Тривалість консультації може бути скороченою в залежності від емоційного стану клієнта, ступеню його астенизованості та готовності до роботи за запитом;
4. При виконанні вправ з МАК пропонуємо клієнтові обирати карти «увідкрити» з метою зниження стресу від ситуації очікування та невизначеності.
5. У випадку переживання клієнтом надмірних і непереносимих емоцій нагадуємо йому про його право зупинити роботу, обрати іншу карту без пояснень чи зробити паузу і помістити карту у «Сейф» (Див. вправа «Сейф думок і переживань»).
6. Сценарій психокорекційної роботи має включати вправи, спрямовані на зняття тривоги і нервово-психічного напруження клієнта, а кожна зустріч має завершуватися вправою на ресурсування.
7. Не рекомендовано працювати з клієнтами, чиї психічні розлади характеризуються гострою стадією перебігу, особливо при підвищеній емоційній лабільності, вираженій нервово-психічній астенії, ознаках саморуйнівної поведінки, наявності агресивних тенденцій у поведінці тощо. У таких випадках, а також при підозрі наявності у клієнта психотичної симптоматики доцільним буде рекомендувати консультацію психіатра для уточнення діагнозу та, за необхідності, призначення медикаментозного лікування.

## Питання 3.

Табл. 1 Типи психокорекційних впливів при невротичних розладах і відповідні вправи з МАК.

Мета психокорекційного впливу	Колода МАК	Вправа з МАК

Зняття тривоги і нервово-психологічного напруження у клієнта	Ессо	«Мій настрій», «Робота з невизначеністю», «Розрядканегативнихемоцій».
Виявлення деструктивних установок та ригідних шаблонів мислення клієнта	Saga, 1001, Mythos, Shen Hua  ОН  Persona, Personita	«Мій життєвий сценарій», «Шлях героя», «Мені сниться сон».  «Мої стосунки», «Три карти», «Любов – це...»  «Роль симптома», «Механізм конфлікта», «Біографія».
Робота з травмою клієнта	Persona, Personita+Saga, ОН  ОН, Cope	«Робота з втратою»    «Сейф думок і переживань», «Реконструкція травмуючих спогадів», «Ріст після руйнування», «внутрішня тінь».
Розширення можливостей вибору клієнта	Ессо, ОН, Cope    ОН	«Зустріч»;  «Художник і мольберт», «Розвилка», «Двері, що обертаються», «Перетворення».  «Вибір»
Ресурсування клієнта	Saga, 1001, Mythos, ShenHua  Cope  ОН	«Подарунок»,    «Чудо і Ви – шість категорій внутрішніх ресурсів»  Я в +