

МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ
ЛЬВІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ВНУТРІШНІХ СПРАВ

Інститут управління, психології та безпеки

Кафедра теоретичної психології

**СУЧАСНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ПСИХОТЕРАПІЇ НА ПСИХІКУ
ЛЮДИНИ**

кваліфікаційна робота

здобувача вищої освіти
освітнього ступеня «бакалавр»

Вікторії БАЙРАК

4 курсу, денної форми навчання
спеціальність 053 «Психологія»
ОПП «Психологія»

Науковий керівник:

кандидат психологічних наук, доцент
Оксана ХРИСТУК

Рецензент:

кандидат психологічних наук, доцент
Олександра КУЗЬО

Кваліфікаційна робота допущена до захисту

« 1 » травня 2023 р., протокол № 11

завідувач кафедри теоретичної психології

доктор психологічних наук, професор

_____ **Зоряна КОВАЛЬЧУК**

Львів

2023

АНОТАЦІЯ

Байрак В.С. Сучасні дослідження впливу психотерапії на психіку людини.

У першому розділі розкрито теоретико-методологічні основи психотерапії та її впливу на психіку людини. Досліджено теоретичні основи психотерапії, узагальнено існуючі види та методи. Розглянуто особливості застосування психотерапії у соматичних.

Другий розділ містить емпіричне дослідження. Досліджуються питання ефективності застосування психотерапії. Розглянуто характеристики вибірки та методів дослідження для застосування до соматичних хворих. Виконаний аналіз результатів та кореляційний аналіз досліджень соматичних хворих.

На основі опрацювання теоретичних та практичних матеріалів зроблені відповідні висновки та обґрунтовано конкретні пропозиції.

Ключові слова: психотерапія, психічні стани, психотерапевтичні напрямки, соматично хворі.

ANNOTATION

Bayrak V.S. Modern studies of the impact of psychotherapy on the human psyche. The first chapter reveals the theoretical and methodological foundations of psychotherapy and its impact on the human psyche. The theoretical foundations of psychotherapy were studied, the existing types and methods were summarized. The peculiarities of the use of psychotherapy in somatic diseases are considered.

The second chapter contains an empirical study. The question of the effectiveness of the use of psychotherapy is being investigated. The characteristics of the sample and research methods for application to somatic patients are considered. Analysis of results and correlational analysis of studies of somatic patients was carried out.

Based on the processing of theoretical and practical materials, appropriate conclusions were drawn and concrete proposals were substantiated.

Keywords: psychotherapy, mental states, psychotherapeutic directions, somatically ill.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ПСИХОТЕРАПІЇ ТА ЇЇ ВПЛИВУ НА ПСИХІКУ ЛЮДИНИ.....	7
1.1. Аналіз психотерапевтичних напрямків та їх вплив на психіку людини.....	7
1.2. Аналіз сучасних досліджень впливу психотерапії на психіку людини.....	13
1.3. Особливості застосування психотерапії у соматичних хворих.....	17
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1.....	27
РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ПСИХОТЕРАПІЇ У СОМАТИЧНИХ ХВОРИХ.....	29
2.1. Характеристика вибірки та методу дослідження.....	29
2.2. Аналіз результатів дослідження.....	36
2.3. Кореляційний аналіз даних.....	39
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2.....	45
ВИСНОВКИ.....	48
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	51
ДОДАТКИ.....	53

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Сучасна людина, самосвідомість якої у зв'язку з розвитком цивілізації різко зросла, щодня переживає у багато разів більше стресових ситуацій, чим її предки навіть в недалекому минулому. Все це викликає перенапруження функцій життєво важливих систем організму людини, вони не в змозі адаптуватися, унаслідок чого виникають соматичні та психічні розлади.

У кожній нозологічній одиниці можна виділити в окрему групу тих хворіб, які обумовлені психосоматикою. Зокрема це стосується захворювань серцево-судинної системи – гіпертонічної хвороби, склерозу вінцевих артерій серця з інфарктом міокарду, склерозу артерій мозку з порушеннями мозкового кровообігу; шлунково-кишкового тракту; залоз внутрішньої секреції, а також нервових та психічних захворювань. Актуальність вивчення психосоматичних взаємовпливів досить аргументувати наступними фактами. За даними E.Stromgren і V.Lunn, 22% осіб зі скаргами психосоматичного характеру забирають до 50% робочого часу лікаря, також не менш 30% хворих, що звертаються із соматичними скаргами в поліклініки і стаціонари мають невротичні симптоми.

Про поширеність психосоматичних порушень загалом судити важко, оскільки у зв'язку з різноманіттям їх клінічних проявів хворі спостерігаються в різних медичних установах як загальносоматичного, так і психіатричного профілю, а іноді звертаються за допомогою і до представників «нетрадиційної медицини», взагалі випадаючи з поля зору лікарів. Тому наявні в літературі показники хворобливості повинні оцінюватися як кілька занижені в порівнянні з числом хворих серед населення.

Одним з основних завдань дослідження, викладеного у даній роботі є пошук першопричини виникнення психологічних проблем психосоматичних хворих середнього віку, дослідження особливості їх емоційного реагування на хворобу, чуттєвого вмісту внутрішньої картини хвороби і проаналізувати

теоретичні і практичні аспекти впливу психокорекційних програм на психічний стан їхнього самопочуття.

Метою даної роботи є аналіз сучасних досліджень впливу психотерапії на психіку людини.

Предметом дослідження є особливості впливу психотерапії на психіку людини з огляду на сучасні дослідження.

Об'єктом дослідження є психічні стани соматичних хворих під впливом психотерапевтичного процесу.

Теоретичне значення дослідження полягає у розширенні та поглибленні вивчення впливу психотерапії на соматичних хворих.

Завдання дослідження:

1. Дослідити поняття «психотерапії», її становлення та розвиток;
2. Проаналізувати усі напрямки діяльності психотерапевта;
3. Виявити теоретичні переваги та недоліки лікування психотерапією соматичних хворих;
4. Провести емпіричне дослідження впливу психотерапії на лікування соматичних хворих;
5. Сформулювати висновки експерименту, ґрунтуючись на основі аналітичних даних дослідження.

Практичне значення. Результати дослідження та отримані висновки можуть використовуватись у профільних публікаціях та для ознайомлення в даній темі студентами.

Гіпотеза дослідження. Припускаємо, що після проведеної психотерапії самопочуття у осіб із соматичними захворюваннями буде суттєво кращим.

Теоретична основа. Сучасні підходи до проблеми психосоматичних та соматопсихічних розладів. Основні концепції психосоматичних захворювань: психоаналітичні концепції (Фрейд, Данбар, Александер); антропологічна концепція (Вайзеккер); інтегративні моделі; концепція алекситимії; концепція профілю особистості; теорія стресу; нейрофізіологічний напрямок; психоендокринний, психоімунний напрямок і т.і. Проблема особливостей

соматичних захворювань у хворих на психічні розлади, особливості їх психодіагностики та психокорекції. Соматоформні та дисоціативні (конверсійні) розлади. Проблема соматизованої депресії. Проблема хронічного болю, психологічні методи об'єктивізації больових відчуттів. Проблеми психалгій. Особливості психокорекційної роботи з пацієнтами, які страждають на хронічний біль.

Теоретична новизна. Сформовані базові концептуальні засади системи психотерапевтичного та медико-психологічного супроводу хворих на соматичні захворювання, яка містить психодіагностичну, психоосвітню, психокорекційну, психотерапевтичну, оціночну складові і таргетну спрямованість впливу.

Методологія. Для виконання поставлених завдань і перевірки гіпотез була розроблена програма дослідження, реалізація якої передбачала застосування комплексу методів: теоретичних, емпіричних, методів статистичного аналізу отриманих даних та якісної інтерпретації результатів.

Структура роботи. Бакалаврська робота складається зі вступу, двох розділів, висновків та переліку використаних джерел.

РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ПСИХОТЕРАПІЇ

1.1. Аналіз психотерапевтичних напрямків та їх вплив на психіку людини

У основі психоаналітичної терапії лежить уявлення про те, що аномальна поведінка людини є наслідком неадекватної інтерпретації нею своїх відчуттів, потреб і спонук. Виходячи з такого розуміння людської поведінки, основною метою корекції виступає допомога клієнтові в розумінні і усвідомленні нею причин її поганого пристосування до реальності і надання їй допомоги в можливості адаптації до неї.

Таким чином, коректувальна робота психоаналітика будується в двох основних напрямках:

1. Робота з клієнтом над усвідомленням неусвідомлюваного (мотивів фіксації захисних механізмів, способів поведінки) і прийняття клієнтом адекватної і реалістичної інтерпретації.

2. Робота з клієнтом по посиленню його «Его» для побудови реалістичнішої поведінки.

Позиція психолога. У класичному психоаналізі роль і позиція психолога досить жорстко фіксовані. Основні вимоги до особистості психолога: невторчання, усунутість, нейтралітет, особова закритість, уміння і здатність витримати «перенесення» і працювати з «контр-перенесенням», тонка спостережливість і здібність до адекватних інтерпретацій.[5]

Однією з найважливіших вимог до психоаналітика виступає вимога усвідомлення власних проблем, реакцій і їх можливого впливу на клієнта. Обов'язковою умовою професійної підготовки психоаналітика є проходження тривалого і докладного курсу психоаналізу.

Вимоги і очікування від клієнта. До клієнта також пред'являється ряд вимог. По-перше, від нього очікується прийняття самої концепції психоаналізу. По-друге, від клієнта очікується повна відвертість і готовність до тривалого (від декількох місяців до багатьох років) періоду спільної роботи.

По-третє, до умови контракту вноситься пункт, згідно якому клієнт бере на себе зобов'язання утримуватися від різких змін в особистому житті впродовж курсу психоаналізу (а в деяких випадках такий курс може тривати до 20 років, по декілька п'ятидесяти хвилинних сеансів в тиждень).

Психоаналіз - це система заходів, яка може тривати довгі роки, перш ніж стан клієнта покращає, і він буде здатний реалістично управляти власним життям. Відзначають, що найбільших успіхів з його допомогою можна добитися у осіб у віці від 15 до 50 років, які мають високий інтелект і їх проблеми мають швидше невротичну, ніж психотичну природу.

Важливим є прагнення клієнта тісно співпрацювати з психологом, бажання і стан зрозуміти процес психоаналізу. Наголошується також, що чим молодше клієнт і чим сильніше у нього тривога, тим вище вірогідність значного поліпшення його стану. Протипоказаннями для психоаналітичної роботи є наявність психічних захворювань, особливо шизофренії, суїцидальних думок.

Основні стадії психоаналізу:

Перша стадія - пошук хворобливого вогнища (його згадка). На цій стадії використовують методи асоціацій, спостереження за поведінкою людини, вивчення гумору, обмовок, описок людини. Стадія закінчується виявленням цього вогнища.

Друга стадія - розтин вогнища збудження, його вербалізація. Людина вимовляється, розповідає психологові про свої переживання і їх джерела. Це дуже хворобливий процес, оскільки людина як би наново переживає і страждає, при цьому дуже часто формується негативне і агресивне відношення до психолога. Стадія вважається закінченою після того, як людина все розповіла і почала поступово заспокоюватися.

Третя стадія - переоцінка значущості подій, прихованих в хворобливому вогнищі, так зване «переклеювання ярликів». Наприклад, з «ворога» в «неприємну людину», з «подруги» в «знайому» і так далі. На цій стадії особливе значення має уважне і дбайливе відношення психолога до клієнта, допомога клієнтові в зміні його системи установок.

Четверта стадія - емоційне забарвлення нової системи установок, головним чином позитивна, спокійна. Здійснюється поступовий перехід від любові до байдужості, від агресивності до байдужості.

П'ята стадія - забування, ліквідація вогнища збудження. Найчастіше ця стадія проходить природним чином як продовження роботи з психологом на попередніх стадіях.[6]

Психоаналіз як психотерапевтичний процес включає наступні процедури:

- конфронтацію;
- прояснення (класифікацію); - інтерпретацію;
- опрацювання.

Конфронтація використовується для того, щоб показати клієнтові, що він чогось боїться, уникає, для виділення, відособлення того психічного феномена, який повинен стати предметом аналізу.

Інтерпретація припускає перетворення неусвідомлених деталей і явищ в усвідомлені.

Опрацювання включає комплекс процедур і процесів, які необхідно здійснити після інсайту. Це найбільш трудомістка частина психоаналітичної роботи, оскільки потрібна велика кількість часу і зусиль для подолання опору, який виступає перешкодою на шляху перетворення особистості.

Найбільш важливою з цих процедур є інтерпретація, всі останні їй підпорядковані: вони або ведуть до неї, або роблять її ефективнішою.[2]

1. Метод вільних асоціацій.
2. Тлумачення (інтерпретація) сновидінь.
3. Інтерпретація.
4. Аналіз опору.
5. Аналіз перенесення.

1. Метод вільних асоціацій полягає в тому, що психолог-аналітик пропонує клієнтові висловлювати будь-які припущення, які з'являються у клієнта і відображають його переживання. Вислови можуть вестися у випадковому

порядку, вони є спонтанними, мимовільними. Для консультанта-аналітика важливі наступні моменти:

- зміст висловів;
- послідовність висловів; - блокування висловів.

Останні два моменти є ключами до неусвідомлюваної проблематики, визначити яку і зобов'язаний психоаналітик, виходячи з тієї школи або напряму психоаналізу, якої він дотримується.

2. Тлумачення (інтерпретація) сновидінь клієнта, яке сам Фрейд називав «найкоротшим шляхом в підсвідоме». Під час сну ослаблюються «єго»-захисні механізми і виявляються приховані від свідомості переживання. Сновидіння - це не тільки ілюстрація пригнічених переживань, але і процес їх перекладу в прийнятнішу для свідомості форму. Саме цю функцію сновидіння Фрейд позначив як «робота сновидіння».

Завдання консультанта-аналітика полягає в забезпеченні інтерпретацій, розкритті латентного змісту сновидінь і спонуці клієнта до вислову вільних асоціацій, пов'язаних з сновидінням, а звідси і допомога йому в усвідомленні реальних подій минулого і сьогодення, що викликали ті або інші картини снів.

3. Інтерпретація є роз'ясненням неясного або прихованого для клієнта значення деяких аспектів його переживання або поведінки. При цьому неусвідомлені феномени стають усвідомленими. Інтерпретація включає три основні процедури:

- 1 Ідентифікацію (позначення).
2. Роз'яснення (власне тлумачення).
3. Переклад тлумачення мовою повсякденного життя клієнта.

4. Аналіз опору. Основні функції цієї техніки - забезпечити усвідомлення клієнтом своїх захисних механізмів і прийняти необхідну конфронтацію ним, враховуючи, що саме опір «Его» є головною перешкодою усвідомлення особистих проблем. Головне правило психоаналітика полягає у використанні для інтерпретації найбільш очевидних «єго»-захисних механізмів. Істотним моментом в аналізі опору є не подолання «Его» (бо психологічний захист

необхідний), а саме усвідомлення захисту як психологічного механізму, що усліпу діє там, де, як виявляється, захисна функція вже не потрібна.

5. Аналіз перенесення. У класичному психоаналізі перенесення трактується як неодмінний атрибут психотерапії, спеціально заохочується специфічною позицією аналітика (невтручання, усунутість, закритість і так далі).[4]

Аналіз «неврозу перенесення» - ключовий момент, оскільки він сприяє усвідомленню фіксацій, визначальну поведінку і переживання клієнта таким чином, що фігура психолога стає як би фантомом, на який накладаються відносини і переживання, пов'язані з емоційними травмами перших років життя клієнта. Сенс аналізу перенесення полягає у виявленні справжніх психоемоційних основ, зафіксованих форм поведінки, інтерпретації їх і тим самим допомозі в їх опрацюванні і зживанні.

Класичний фрейдівський психоаналіз зараз не так популярний, як колись. Частково це пов'язано з тим, що теорія особистості Фрейда, заснована на інстинктах, застаріла, частково ж з тим, що психоаналіз дорогий і вимагає багато часу. Більше всього піддавалася критиці ідея Фрейда про те, що всі симптоми є реакцією на конфлікт, викликаний фрустрацією інфантильних сексуальних імпульсів. З'явилися багато різновидів психо-динамічних теорій особистості і лікування емоційних порушень.

Деякі з цих різновидів у меншій мірі, чим фрейдизм, фокусують на «ід», несвідомому і минулому. Вони приділяють більше уваги актуальним проблемам і тому, як можна використовувати «силу его» для їх вирішення. У цих терапіях клієнтам допомагають усвідомити не «едипів комплекс», а то, як глибинні відчуття тривоги, невпевненості і неповноцінності приводять до емоційних порушень і проблем у відносинах з іншими.

Сюди входить перш за все індивідуальна психологія Альфреда Адлера (1927), який підкреслював роль природжених соціальних спонук у формуванні особистості. Адлер припустив, що кожна людина народжується в безпорадному, залежному стані, який створює відчуття неповноцінності. Це негативне відчуття,

сполучене з природним бажанням стати членом суспільства, що «оперився», є стимулом для розвитку особистості. Адлер пояснював цей процес як прагнення до переваги, під якою розумів прагнення до самоздійснення, а не тільки бажання бути краще за інших. Якщо відчуття неповноцінності дуже сильне, то вони приводить до компенсації, навіть гіперкомпенсації неповноцінності — до «комплексу неповноцінності». Невроз розвивається в тому випадку, якщо людина терпить невдачу при подоланні комплексу неповноцінності; невроз дозволяє пацієнтові зберегти відчуття власної гідності, відносячи свою слабкість за рахунок хвороби.

Іншим різновидом психоаналізу є егопсихологія (Ганна Фрейд, 1946, Хартман, 1958, Клейн, 1960). Егопсихологи розглядали «єго» не просто як посередника в конфліктах між «ід», «суперего» і середовищем, а як творчу, адаптивну силу. «Его» відповідально за розвиток мови, сприйняття, увагу, планування, навчання і інші психологічні функції.[4]

Теоретики неофрейдизма, такі, як Карен Хорні (1937), Еріх Фромм (1941), Гарі Саллівен (1953), слідували шляхом Адлера, зосередившись на вивченні того, як соціальне середовище бере участь у формуванні особистості. Вони вважали, що найбільш значущим для формування особистості є задоволення соціальних потреб — потреб в захищеності, безпеці, у визнанні (ухваленні). Коли ці потреби не задовольняються, люди відчувають сильний дискомфорт і прагнуть вирішити проблему, використовуючи інших людей, отримавши від них те, чого вони потребують. Стратегії, використовувані для цього, — прагнення до переваги над іншими або, навпаки, надмірна залежність від інших — формують особистість. Саллівен надавав таке велике значення міжособовим відносинам, що визначив особистість як «патерн інтерперсональної поведінки індивіда».

Теорії об'єктних відносин підкреслюють важливість для особового розвитку дуже ранніх відносин між дітьми і їх об'єктами любові, зазвичай матір'ю і первинними фігурами, що забезпечують дитині відхід. Особливо критичним в житті людини є те, як первинні фігури забезпечують підтримку, захист, ухвалення і схвалення або, іншими словами, задовольняють фізичні і

психологічні потреби дитини. Природа цих об'єктних відносин має важливий імпульс для розвитку особистості. У своєму розвитку здорова особистість проходить шлях від надійної ранньої прихильності до матери або її заміників через поступове віддалення від об'єкту прихильності до здатності будувати відносини з іншими людьми як незалежний індивід. Порушені об'єктні відносини можуть створювати проблеми, які втручаються в процеси особового розвитку і приводять до неадекватної самооцінки, труднощів в міжособових відносинах або серйозніших психічних розладів.

Отже, мета психоаналізу полягає в пошуку прихованих хворобливих вогнищ в просторі несвідомого і психологічній допомозі людині в усвідомленні і переоцінці переживань, що турбують її.

1.2. Аналіз сучасних досліджень впливу психотерапії на психіку людини

Сучасна психотерапія – це розроблена наукою і перевірка на практиці система планомірних психологічних впливів на психіку людини з метою поліпшення її психічного і фізичного стану за допомогою таких засобів, як: мовлення психотерапевта, паузи, жести, міміка, музика та вербальні, невербальні й інші засоби.

У психологічній науці найбільш поширеним визначенням психотерапії є така дефініція: психотерапія – це система лікувального впливу на психіку і через психіку на організм людини. Психотерапія часто визначається і як діяльність, спрямована на позбавлення людини від різних проблем психологічного характеру (емоційних, особистісних, соціальних тощо). Але при цьому в цих і багатьох інших визначеннях психотерапії їх автори не згадують, який засіб є провідним засобом психологічного впливу на психіку людини, з якими іншими засобами він гармонійно співіснує.

Хоча при найпростішому аналізуванні стає зрозумілим, що провідним засобом впливу були і залишаються до цього часу мовленнєво-вербальні засоби. Тому це твердження має стати, на наш погляд, головним принципом

психотерапії. Також необхідно наголосити на тому, що не існує психотерапії в її узагальненому значенні. Психотерапія – це загальне поняття, а кожний конкретний вид психотерапії потрібно виокремлювати, оскільки він завжди відноситься до якоїсь школи: чи до психоаналізу, чи групового аналізу, чи когнітивно-поведінкової психотерапії, чи психодрами та інших, і має свої специфічні засоби впливу.

У даний час існує кілька напрямів в психотерапії, які ґрунтуються на положеннях основних психологічних спрямувань і течій та психотерапевтичних шкіл:

- когнітивний напрям (когнітивна психотерапія), заснований на когнітивному підході в психології;
- поведінковий напрям (поведінкова психотерапія), заснований на психології біхевіоризму;
- раціонально-емоційно-поведінковий напрям – терапія, близька до когнітивної психотерапії, але використовує також і поведінкові аспекти;
- динамічний напрям (психоаналіз), заснований на глибинній психології;
- гуманістичний напрям (клієнт-центрована психотерапія К. Роджерса – розмовна психотерапія, соматичний підхід, духовний підхід), пов'язаний з гуманістичною психологією;
- екзистенційний напрям (екзистенційна терапія), сформований як доповнення психології та психотерапії ідеями екзистенціальної філософії. Мета такого поширення ідей – підвести пацієнта до осмислення свого життя, усвідомлення своїх життєвих цінностей і на їх основі змінити свій життєвий шлях з прийняттям повної відповідальності за свій вибір. Екзистенційний напрямок включає як один із різновидів логотерапію, яка базується на пошуку та аналізі сенсу існування;
- гуманістичний напрям (гештальт-терапія) – заснований на експериментально-феноменологічному і екзистенційному підходах;
- драматично-імпровізаційний напрям (психодрама Я. Морено) – підхід, що використовує драматичну імпровізацію для вивчення внутрішнього світу

клієнта, яка дозволяє розвивати спонтанність, краще усвідомлювати свій рольовий репертуар, виявляти і вирішувати рольові конфлікти;

– транзактний напрям (транзактний аналіз Е. Берна), заснований на ідеї про те, що людина спілкується і діє, виходячи з одного з «Его-станів» (Дитина, Дорослий, Батько). Взаємодія між двома людьми, кожен з яких знаходиться в якомусь «Его-стані», називається «транзакцією». Самоставлення людини також розглядається через призму внутрішніх взаємодій «Его-станів» Батька, Дорослого і Дитини [1]. Крім того, існує велика кількість видів психотерапії та налічується більше 400 методів. Різновиди психотерапії класифікують за певними ознаками, виділяючи серед них великі групи. Поділ психотерапевтичних напрямків здійснюється:

- 1) за кількістю учасників: а) індивідуальна психотерапія; б) групова психотерапія;
- 2) за завданнями: а) пошукова психотерапія; б) корегувальна психотерапія;
- 3) за цілями: а) процесуальна психотерапія; б) цілеорієнтована психотерапія;
- 4) за ступенем теоретичного узагальнення: а) аналітична психотерапія; б) феноменологічна психотерапія;
- 5) за роллю, яку виконує терапевт: а) директивна психотерапія; б) недирективна психотерапія;
- 6) за відношенням вирішуваної проблеми до медичних (в тому числі психопатологічних) проблем: а) клінічна психотерапія; б) неклінічна психотерапія;
- 7) за застосовуваними для терапії областями і видами діяльності: а) заснована на використанні мистецтва і творчості – арт-терапія; б) на основі використання ігрової діяльності – ігрова психотерапія [2].

За даними А.Б. Холмогорової та її співавторів, M.W. Lipsey, D.B. Wilson в 1993 році, узагальнивши в мета-аналізі дані сотень досліджень впровадження різних видів психотерапії, засвідчили їх ефективність. Дані мета-аналізів,

проведених на 29 та 56 різних дослідженнях, продемонстрували, що ефект від психотерапії при лікуванні депресій був таким самим, як і від антидепресантів.

Мета-аналіз, проведений в Національному інституті психічного здоров'я США, дав змогу з'ясувати, що при лікуванні пацієнтів із депресією антидепресанти перевершують психотерапію лише при лікуванні важких депресій. Іншим мета-аналізом доведена однакова ефективність як психотерапії, так і комбінованого лікування психотерапією і медикаментами при неважких розладах. Проте важкі депресії зникали тільки при комбінованому лікуванні.

Психотерапія без медикаментів такої ефект не забезпечувала. Також мета-аналіз, здійснений на даних когнітивно-поведінкової психотерапії, продемонстрував її ефект, який був виражений сильніше, ніж при лікуванні антидепресантами. Також виявилось, що у пацієнтів після когнітивно-поведінкової психотерапії повторні напади відзначалися лише в 29,5% випадків, а у пацієнтів з медикаментозним лікуванням – в 60% випадків.

Отже, когнітивно-поведінкова терапія виявила істотніший профілактичний ефект, ніж антидепресанти. Інший мета-аналіз випадків лікування панічних атак когнітивно-поведінковою психотерапією показав сильніший ефект порівняно з фармакологічним лікуванням і комбінованим лікуванням. Крім того, при використанні когнітивно-поведінкової психотерапії менша кількість пацієнтів переривала лікування, ніж при фармакологічному і комбінованому лікуванні. Таким чином, ефективність когнітивно-поведінкової психотерапії доведена надійними мета-аналізами у випадках лікування депресивних і тривожних розладів, а також психічних розладів в цілому.

Якість мета-аналізів щодо зіставлення психотерапії і медикаментозних методів лікування зазнавала критики. Ефективність психотерапії критикував Г. Айзенк, вважаючи, що психотерапія не перевищує дію плацебо. Спростовуючи це, R.J. Grissom в 1996 році узагальнив результати 46 мета-аналізів і довів перевагу психотерапії як у пацієнтів контрольної групи, які очікували лікування, так і у пацієнтів, які отримували замість специфічних форм психотерапії плацебо [3].

Результати мета-аналізів, як зазначають А.Б. Холмогорова та її співавтори, засвідчили й такі факти: через три роки після психотерапії її ефект зберігався у значної кількості пацієнтів. При алкогольній залежності 30% пацієнтів після курсу психотерапії перестали вживати алкоголь на тривалий термін, а ще 30% істотно знизили кількість споживаного алкоголю. [5]

У мета-аналізі, який охопив дослідження з-понад 2000 пацієнтами, з'ясувалося, що 14% з них демонструють поліпшення ще до першої сесії психотерапії, 53% – після 8 щотижневих сесій, 75% – після 26 щотижневих сесій, а 83% – після 52. Дані двох інших мета-аналізів демонструють, що після 15 сесій психотерапії їх ефект приблизно дорівнює ефекту двох років спонтанного одужання, а близько 50% пацієнтів, які почали лікування під час загострення, досягають клінічно значимого поліпшення після 21 сесії і 75% пацієнтів – після 50 сесій [3].

Отже, результативність і раціональність неклінічної психотерапії аргументується як отриманими результатами численних мета-аналізів, так і багаторічною ефективною практикою фахівців у цій галузі та позитивними відгуками клієнтів.

Отже, неклінічна психотерапія достойно зайняла свою нішу в системі психологічної допомоги людям, піднялася до рівня самостійної галузі психологічної науки, почала виконувати високу гуманітарну місію в суспільстві як людинознавчо спрямована наукова течія, як прагматична, плідотворна і корисна діяльність лікування словом та іншими засобами, зокрема невербальними, природними, художніми, музичними тощо.

1.3. Особливості застосування психотерапії у соматичних хворих

Психічні розлади з соматичними симптомами (РСС) є важливою медико-соціальною проблемою через високу поширеність у людській популяції, суттєве погіршення якості життя пацієнтів та значну вартість лікування. Поширеність РСС у загальній популяції становить 5-7 % [9]. Їх виявляють у 26-35 % пацієнтів первинної ланки медичної допомоги. Процес діагностики ускладнюється

високою коморбідністю РСС з іншими психічними розладами, зокрема тривожними та депресивними. РСС пов'язані з істотним погіршенням якості життя пацієнтів. Їх вплив можна порівняти із захворюваннями з чітким органічним походженням [8]. Невчасна діагностика, велика кількість зайвих параклінічних обстежень додають ятрогенних ускладнень пацієнту, віддаляючи встановлення правильного діагнозу та призначення адекватного лікування на роки та збільшуючи фінансовий тягар як на хворого, так і на суспільство [12].

РСС та інші розлади, у клінічній структурі яких переважають соматичні порушення, наразі складають новий розділ DSM-5 — «Розлади з соматичними симптомами та пов'язані з ними розлади». До них належать: власне РСС; тривожний розлад наявності захворювання; конверсійний розлад (розлад із функціональними неврологічними симптомами); психологічні фактори, що впливають на інші медичні стани; симулятивний розлад; інші специфічні та неспецифічні розлади з соматичними симптомами.

Назва основного представника цього класу психічних розладів — РСС — підкреслює той факт, що його діагноз установлюють на підставі позитивних симптомів (виразних соматичних скарг у поєднанні з дисфункціональними думками, відчуттями та поведінкою), радше ніж відсутності медичного пояснення соматичних симптомів. Відмітною характеристикою РСС є не лише соматичні симптоми самі по собі, а й те, яким чином пацієнти інтерпретують їх. Включення афективного, когнітивного та поведінкового компонента до критеріїв РСС сприяє більш повному та точному зображенню клінічної картини, ніж це можливо лише шляхом оцінки соматичних скарг [11].

Принципові зміни критеріїв РСС у DSM-5, порівняно з DSM-IV, мають вирішальне значення для розуміння внутрішньої суті згаданого розладу. Діагностичний конструкт соматоформних розладів за DSM-IV був досить суперечливим та не мав чітких меж серед представників цього класу. Для вирішення цієї проблеми у DSM-5 зменшено загальну кількість порушень цього класу, а також їх підкатегорій [6].

Попередні критерії переоцінювали діагностичне значення неможливості медичного пояснення соматичних або неврологічних симптомів [11]. Такі симптоми певною мірою справді мають місце, особливо при конверсійному розладі, але РСС може супроводжувати й інші медичні захворювання. Надійність встановленого факту неможливості пояснення соматичного симптому суттєво обмежена, тому встановлення діагнозу РСС на цьому тлі є сумнівним. Крім того, наявність соматичного захворювання не виключає можливості супутнього психічного розладу, зокрема РСС. Нова класифікація визначає РСС як сукупність позитивних симптомів (виразні соматичні симптоми у поєднанні з дисфункціональними думками, відчуттями та поведінкою у відповідь на ці симптоми) [9]. Водночас, неможливість медичного пояснення симптомів лишається ключовою характеристикою конверсійного розладу та псевдовагітності, оскільки у цих випадках є можливість продемонструвати відсутність патофізіологічного пояснення чинних проявів.

Важливо зазначити, що низка психічних розладів можуть також маніфестувати переважно соматичними симптомами (такі як великий депресивний і панічний розлад) [13]. Ці діагнози можуть як включати соматичні симптоми, так і співіснувати з РСС. Наявна також висока соматична коморбідність серед пацієнтів із РСС. Хоча соматичні симптоми часто асоціюються з психологічним дистресом і психопатологічними станами, деякі РСС та пов'язані з ними розлади можуть виникати спонтанно, а їх причини лишатися нез'ясованими. Тривожні та депресивні розлади можуть супроводжуватися РСС. У такому разі соматичний компонент клінічної картини додає їм тяжкості та складності, і навіть резистентності до традиційного лікування. У деяких випадках ступінь стурбованості соматичними симптомами може бути настільки виразним, що це виправдовує встановлення діагнозу маячного розладу [9].

У розвиток РСС робить внесок значна кількість факторів [14]. До них належать генетична та біологічна схильність (наприклад, підвищена чутливість до болю); травматичні події у ранньому віці (такі як фізичне та сексуальне

насилля); набутий досвід привернення уваги до себе через соматичну хворобу, поряд з культуральними/соціальними нормами, що знецінюють та стигматизують психологічні страждання, порівняно з соматичними проблемами. Культуральні відмінності надання медичної допомоги впливають на презентацію, сприйняття та менеджмент соматичних ознак. Відмінності у проявах соматичних симптомів вірогідно є результатом взаємодії численних факторів культурального підґрунтя індивіда, яке впливає на ідентифікацію та класифікацію соматичних відчуттів, сприйняття захворювання та пошук медичної допомоги у відповідь на ці відчуття [10]. Отже, соматичні симптоми можуть бути розглянуті як прояв персонального страждання, що інтегровані в культуральний і соціальний контекст.

Пацієнти з розладами із соматичними симптомами та пов'язаними розладами характеризуються явною зосередженістю на соматичних проблемах і насамперед звертаються до загально медичних, а не психіатричних закладів. Критерії РСС за DSM-5 пропонують більш клінічно корисний метод характеристики пацієнтів, у яких в минулому був установлений діагноз сомато-формного розладу. Приблизно 75 % осіб зі встановленим раніше діагнозом «іпохондрія» відповідають критеріям РСС. Попри це, інші 25 % пацієнтів з іпохондрією мають підвищену тривогу щодо здоров'я без наявних соматичних симптомів, і більшість їх симптомів не відповідають діагнозу тривожного розладу. Для цієї категорії пацієнтів у DSM-5 запропоновано діагноз тривожного розладу наявності захворювання. Внаслідок надмірної зосередженості на соматичних проблемах, а також через те, що тривожний розлад наявності захворювання частіше зустрічається у загально медичних закладах, він включений до розділу РСС. Істотною особливістю конверсійного розладу є наявність неврологічних симптомів, що несумісні з неврологічною патофізіологією. Суттєвою рисою психологічних факторів, що впливають на інші медичні стани, є присутність одного/декількох клінічно значущих психологічних або поведінкових факторів, що негативно впливають на стан здоров'я, збільшуючи ризик страждання, смерті чи інвалідності.

Симулятивний розлад, як і інші соматичні симптоми та супутні розлади, включає персистуючі проблеми, пов'язані зі сприйняттям та ідентифікацією хвороби. У більшості зареєстрованих випадків симулятивного розладу в пацієнтів наявні соматичні симптоми та переконання у хворобі. Тому в класифікації DSM-5 симулятивний розлад також розташований у розділі РСС. До інших специфічних/неспецифічних та пов'язаних із ними розладів із соматичними симптомами відносять розлади, які відповідають лише деяким критеріям РСС або тривожного розладу наявності захворювання або псевдовагітності.

Якщо соматичні симптоми узгоджуються з іншим психічним розладом (наприклад, панічним розладом) та виконуються всі критерії цього розладу, тоді цей інший психічний розлад слід розглядати як альтернативний або додатковий діагноз. Окремий діагноз РСС не встановлюють, якщо соматичні симптоми та пов'язані думки, почуття чи поведінка виникають лише під час епізоду великого депресивного розладу. Якщо, як зазвичай буває, наявні критерії як РСС, так і іншого психічного розладу, то встановлюють обидва діагнози, оскільки обидва вони можуть потребувати лікування.

Для встановлення діагнозу РСС недостатньо лише соматичних симптомів неясної етіології. Багато пацієнтів із такими розладами, як синдром подразненого кишечника або фіброміалгія не будуть мати необхідного критерію В для діагнозу РСС. І навпаки, наявність соматичних симптомів установленого медичного розладу (наприклад, цукрового діабету або серцево-судинного захворювання) не виключає можливості присутності РСС, якщо є й інші критерії.

При панічному розладі соматичні симптоми та стурбованість щодо здоров'я наявні лише протягом гострого епізоду, тоді як при РСС тривожність та соматичні симптоми є постійнішими.

Пацієнти з генералізованим тривожним розладом турбуються про численні події, ситуації, справи і лише одна з них може охоплювати їхній стан здоров'я. Основним фокусом є несоматичні симптоми або страх хвороби, як при РСС.

Депресивні розлади зазвичай супроводжуються соматичними симптомами. Проте депресивні розлади вирізняються ядром депресивних симптомів — зниженим (дисфоричним) настроєм та ангедонією.

Якщо людина має надмірні переживання щодо здоров'я, але відсутні навіть мінімальні соматичні симптоми, необхідно розглянути діагноз тривожного розладу наявності захворювання.

При конверсійному розладі спостерігають втрату функції (наприклад, однієї кінцівки), тоді як при РСС основну увагу приділяють стражданню, яке викликають певні симптоми. Для диференційної діагностики цих двох розладів можуть бути корисними характерні особливості, що перераховані в критерії В для РСС.

При РСС переконання пацієнта, що соматичні симптоми можуть бути проявом серйозного фізичного захворювання, не настільки інтенсивні, як при маяченні. Втім, переконання щодо значення соматичних симптомів можуть міцно утримуватися, тоді як при маячному розладі соматичного підтипу вірування у соматичні симптоми і поведінка сильніші, ніж ті, що зустрічаються при РСС.

При тілесному дисморфічному розладі людина надмірно стурбована сприйманим недоліком її фізичного вигляду. Водночас при РСС стурбованість про соматичні симптоми відображає страх наявності захворювання, а не дефект зовнішності.

При РСС повторювані ідеї про соматичні симптоми або хворобу є менш нав'язливими. Особи із цим розладом виявляють пов'язану з ними повторювану поведінку, спрямовану на зменшення тривожності, що притаманна obsесивно-компульсивному розладу.

Психотерапія є основним втручанням для більшості пацієнтів. Так, позитивні результати продемонстрували: когнітивно-поведінкова психотерапія (КПТ); керована самодопомога на основі КПТ; групові тренінги КПТ; терапія повного осмислення (Mindfulness therapy) короткочасна динамічна психотерапія [15]. Навчання реатрибуції (альтернативного мислення) і посилена

психодинамічна міжособистісна психотерапія. В клінічній практиці найчастіше застосовують еkleктичні психотерапевтичні підходи, проте доказова база цього методу обмежена та потребує проведення більшої кількості рандомізованих контрольованих досліджень. Еkleктична психотерапія поєднує в собі елементи КПТ, терапії повного осмислення, міжособистісної психотерапії та короткострокової динамічної психотерапії. Окрім еkleктичної психотерапії, пацієнти з РСС потребують консультації психіатра.

У пацієнтів із РСС може бути ефективною коротка мультимодальна психосоматична терапія (КМПТ), що проводиться фізіотерапевтом. КМПТ використовує індивідуалізований підхід, щоб дозволити пацієнтам керувати своїми соматичними симптомами, включає елементи психоосвіти, релаксаційної терапії, терапії повного осмислення, активаційної терапії, а також когнітивні та поведінкові підходи. Пацієнти, що не відповіли на початкову терапію (еклектичну психотерапію та/або фармакотерапію), можуть отримати користь від інших видів психотерапії:

- психодинамічної;
- сімейної терапії: визначення невимовних дилем (придушених конфліктів, що виникають внаслідок сімейних, соціальних чи політичних подій, через переконання, що вони мають залишатися прихованими від ключових осіб);
- припинення подружнього підкріплення хворобливої поведінки пацієнта;
- групової терапії;
- діалектично-поведінкової терапії: використання тренувань *in vivo*, домашніх завдань і групових вправ, щоб навчити пацієнтів справлятися зі швидкою зміною емоцій та проблемною реакцією на емоційні подразники (особливо при супутньому пограничному розладі особистості);
- терапії парадоксальної інтенції (заохочення пацієнта навмисно займатися небажаною поведінкою);

- методу десенсибілізації та переробки рухами очей (особливо за наявності супутнього посттравматичного стресового розладу).

Серед сучасних методів психотерапії можемо виділити:

- Позитивна психотерапія

Позитивна психотерапія - це психотерапевтичний метод, який з'явився на стику гуманістичного та психоаналітичного підходу. Назва методу походить від латинського слова *positum*, яке означає реальне, дане, таке, яке є. Аналогію можна простежити в фотографії: негатив - це знімок із зворотними кольорами, а позитив - зображення, яке відображає реальність такою, якою вона є.

Для ефективного вирішення проблем даний метод фокусується на обох сторонах проблеми - важкій життєвій ситуації і людині, яка в ній знаходиться. Кожна проблема містить в собі не тільки труднощі, а й ресурси для вирішення. Наприклад, виснаження, яке виникло внаслідок перевантажень на роботі, вказує нам на необхідність відновлення, змушує звернути увагу на потреби організму і душі. Немає сенсу боротися з самим виснаженням, нам необхідно побачити сенс, потреби і цінності, які стоять за ним, і змінити життя. У цьому полягає позитивний підхід до вирішення проблем.

Позитивна психотерапія сприймає людину як ціле. Кожен із нас існує в чотирьох сферах реальності - тілесній, сфері досягнень, контактів і духовності. Для оптимального функціонування людини важливо підтримувати між ними баланс, жодну з них не можна оголосити найважливішою, кожна потребує належної уваги.

- Психодрама

Психодрама - це метод психотерапії, в якому клієнти продовжують і завершують свої дії за допомогою театралізації, рольової гри, драматичного самовираження. Використовується як вербальна, так і невербальна комунікація. Розігрується кілька сцен, де зображено, наприклад, спогади про специфічні події минулого, незавершені ситуації, внутрішні драми, фантазії, сни, підготовка до майбутніх ситуацій з можливим ризиком або мимовільні прояви психологічних станів «тут і зараз». Ці сцени або наближені до реальної життєвої ситуації, або

виводять назовні внутрішні ментальні процеси. За потреби інші ролі можуть взяти на себе члени групи або неживі предмети.

Через сценічне розігрування епізодів зі свого життя (минулого, теперішнього і майбутнього) людина отримує можливість, використовуючи свою спонтанність і креативність, увійти в контакт з власним минулим і набути навичок, які стануть необхідними в майбутньому.

- Символдрама

Символдраму або кататимно-імагінативну психотерапію (від грец. *Kata* - відповідний; *thymos* - настрій, почуття; лат. *Imago* - образ) можна розуміти як «уявлення образів, що відповідають настрою» або «чуттєве переживання образів».

- Транзактний аналіз

Це самостійний метод глибинно-орієнтованої психотерапії, який спирається на ідеї психоаналізу і теорію архетипів і колективного несвідомого Карла Юнга. Транзактний аналіз - це одна з найбільш зрозумілих, цікавих і ефективних психологічних моделей, яку з успіхом застосовують провідні психологи, психотерапевти, бізнес-консультанти в усьому світі. Транзактний аналіз (ТА) - це теорія людської особистості, соціальної взаємодії і система психотерапії, заснована Еріком Берном і розвинена пізніше іншими дослідниками.

Школа транзактного аналізу має два критерії: зрозумілість і прозорість. Зрозумілість - це не тільки доступність матеріалу людям з різним рівнем освіти, соціального стану і віку, але також і вміння говорити про складні психічні або соціальні явища простою мовою. Інший критерій - прозорість передбачає чесність психологічних стратегій і відсутність будь-якого натяку на маніпулятивність.

Таким чином, класифікації сучасних методів психотерапії дуже різні і різноманітні в залежності від їх теоретичних і методичних обґрунтувань, приналежності до певного теоретичного напрямку або психологічної школи. З достатньою умовністю можна виділити два напрямки: перший ґрунтується на

виділенні одного з методів психотерапії західноєвропейської чи американської школи психології, друге в основу кладе еkleктичний принцип, не дотримуючись строго якогось одного методу роботи.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1

Термін «психотерапія» має двояке тлумачення, пов'язане з буквральним його перекладом із грецької (psyche - душа itherapeia - турбота, догляд, лікування), - «лікування душі» і «зцілення душею». Введений термін у 187 році В. Тьюкі («Ілюстрація впливу розуму на тіло») і став широко використовуватися з кінця ХІХ століття. Однак до теперішнього часу немає єдиної думки про межі, форми і методи психотерапії, підготовки фахівців у цій галузі, як немає і загальновизнаного її визначення. Враховуючи, що психотерапія у вітчизняній науці та практиці традиційно ставилася до медицини - розглядалася як один з методів лікування та профілактики захворювань (у 1985 р. він була виділена в самостійну медичну спеціальність), найбільш відповідає її суті, ймовірно потрібно вважати таке визначення: психотерапія - цілеспрямоване використання психічних (психологічних) методів для лікування хвороб. Її прийнято розглядати як комплексний лікувальний вплив на психіку хворого, що використовує його емоційні реакції, когнітивні, інтелектуальні, вольові можливості, умовно рефлекторні зв'язку, а в результаті – на весь організм з метою усунення хворобливих симптомів, зміни ставлення до свого захворювання, своєї особистості і навколишньому середовищу.

Лікар будь-якої спеціальності може здійснювати і повинен не шкодувати на це часу психотерапевтичне спілкування з пацієнтами в рамках когнітивної психотерапії з елементами навчання. Психотерапія тісно переплітається з практикою психології, психогігієни і психопрофілактики.

Важливо зазначити, що низка психічних розладів можуть також маніфестувати переважно соматичними симптомами (такі як великий депресивний і панічний розлад) . Ці діагнози можуть як включати соматичні симптоми, так і співіснувати з РСС. Наявна також висока соматична коморбідність серед пацієнтів із РСС. Хоча соматичні симптоми часто асоціюються з психологічним дистресом і психопатологічними станами, деякі

РСС та пов'язані з ними розлади можуть виникати спонтанно, а їх причини лишатися нез'ясованими.

РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ПСИХОТЕРАПІЇ У СОМАТИЧНИХ ХВОРИХ

2.1. Характеристика вибірки та методу дослідження

Поява у медицині принципово нових методів лікування призвела до значного скорочення смертності, збільшення числа станів, при яких досягнення потрібного рівня контролю над симптомами хвороби дозволяє не тільки продовжити тривалість життя пацієнта, але й, в значній мірі, повернути йому працездатність. Водночас, даний підхід до здійснення лікувального процесу неможливий без досягнення між пацієнтом та лікарем терапевтичного альянсу, що включає розробку індивідуального плану довготривалого лікування, що ґрунтується на ознайомленні пацієнта із сучасними уявленнями про терапію захворювання, навчання його навичкам розпізнавання ознак загострення соматичної хвороби, методам самостійного моніторингу важкості її перебігу. Однак, намагання реалізації таких програм наштовхнулися на суттєві труднощі, пов'язані із неможливістю добитися від пацієнтів необхідного рівня комплаєнсу.

Будь-яка хвороба тіла, шкіри або внутрішніх органів, яка ніяк не пов'язана з психічними захворюваннями, у медицині вважається соматичним розладом. До таких вад можна віднести будь-яку травму кісток або м'яких тканин, інфекційно-вірусні захворювання, запальні процеси внутрішніх органів та інше. Однак потрібно вміти розрізняти, що таке соматична патологія та психосоматичний розлад. Якщо перше – це наслідок впливу на організм зовнішніх факторів, то друге результат самонавіювання

З медичної точки зору практично будь-які відхилення від норми в роботі внутрішніх органів і систем організму відносяться до соматичних хвороб. Це і проблеми з шлунково-кишковим трактом, серцево-судинні відхилення, паразитарні інвазії, патології печінки або нирок, травми м'яких тканин та спадкові генетичні хвороби. Психосоматичні розлади, навпаки, мають не настільки великий список і, як правило, зводяться лише до семи можливих патологій:

- нейродерміт;

- виразка дванадцятипалої кишки і шлунка;
- ревматоїдний артрит;
- шлунковий коліт;
- бронхіальна астма;
- гіпертензія.

Крім того, сучасні лікарі часто до психосоматичних розладів відносять ішемічну хворобу серця, ожиріння чи, навпаки, анорексію, цукровий діабет. На відміну від звичайних соматичних хвороб тіла, недуги, викликані психічним розладом, важко піддаються лікуванню, часто переходять у хронічну форму і можуть супроводжуватися не пов'язаними один з одним симптомами.

Шукати джерело соматичних хвороб самостійно практично марно, тут знадобитися допомога одночасно кількох спеціалістів: терапевта, психолога, невролога та інших докторів вузьконаправленої спеціалізації. Якщо за допомогою лабораторних тестів була встановлена психологічна спрямованість, то причини варто шукати в наступному:

- невирішені конфлікти, емоції страху або сильного гніву – часта причина загострення бронхіальної астми;
- тривожно-депресивний стан, обмеження відпочинку, проблеми в сексуальній сфері призводять до проявів ревматоїдного артрити;
- виразковий коліт може провокуватися соціальними проблемами;
- стійку гіпертензію викликають короткочасні емоційні зриви у жінок, а у чоловіків – робота підвищеної відповідальності;
- шкірні захворювання (кропив'янка, нейродерміт, екзема, псоріаз) пов'язані з невпевненістю в собі, заниженою самооцінкою, часто зі стресами і нервозністю;
- виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки спостерігається у тих пацієнтів, які часто піддаються негативним впливам ззовні.

Зважаючи на те, що у багатьох соматичних пацієнтів можуть проявлятися патологічні заперечення хвороби, погіршуватися виконання медичних рекомендацій, несвоєчасні звернення за медичною допомогою, небажання пацієнтів виключити контакти із факторами, що провокують напад та загострення захворювання, відмови від довгострокової підтримуючої терапії, ухиляння від лікарських оглядів в межах динамічного спостереження, пізні звернення за медичною допомогою застосування психотерапії сприяє уникненню цих загрозливих для життя та здоров'я пацієнта факторів.

На сьогодні у процесі комплексного лікування соматичних захворювань використовують різні види невербальної чи напіввербальної психотерапії (тілесно-орієнтовану терапію, дихальну гімнастику, аутотренінг, вправи з м'язової релаксації, гештальт-терапію та ін.), скеровані на необхідність навчити пацієнта переживати та виявляти свої агресивні почуття, які ускладнюють перебіг хвороби та погіршують прогноз. Іншим важливим принципом лікування соматичних захворювань є те, що, основним у їхньому лікуванні є загальносоматична терапія, а психотерапія може лише ефективно доповнювати її. Отже, психотерапія носить підтримуючий (суппортивний) характер, тобто сприяє встановленню позитивних, довірливих взаємин між психотерапевтом і пацієнтом, пацієнтом і лікарем-інтерністом, пацієнтом і його близькими.

Відомо, що взаємозалежність і взаємовплив соматичних та психічних розладів у клініці вимагає виявлення відповіді на питання про походження захворювання. Адже з'ясувавши причину його виникнення, зазвичай лікування дає швидкий позитивний ефект, а без особистісного підходу, без врахування особливостей психічної організації пацієнта розраховувати на високоякісну діагностику під час соматичних захворювань не доводиться. Можливість застосування психокорекційних та психотерапевтичних методик може не лише знизити активність прояву соматичних симптомів, а й – головне – вирішити старі психологічні проблеми та отримати можливість відкрити для себе нові можливості в соціальному, професійному і особистісному житті.

Окрім того, у терапевтичній практиці доцільно допомогти лікареві виявити значущі для встановлення діагнозу факти з життя пацієнта, які він свідомо або несвідомо приховав від лікаря, пояснити сутність його хвороби та методів діагностики й лікування, підготувати пацієнта до проведення інструментальних досліджень, заспокоїти його, зняти тривожність, здійснити загальнолікарську психотерапію, що знімає в хворого зайву напругу, вселяє в нього надію на благополучне лікування.

І хоча зараз можна відзначити усе більшу інтеграцію психотерапії у соматичну медицину, багатолікарів-інтерністів вважають, що результати психотерапії у соматичних хворих мізерні. На ефективність психотерапевтичного впливу у соматичних пацієнтів впливають: біологічні механізми соматичних розладів; особистісні характеристики, уявлення і захисні механізми пацієнта, що мають пряме відношення до лікувальної мотивації і поведінки під час лікування (наприклад, опір пацієнта, заперечення ними ролі психологічних механізмів хвороби тощо); негативне значення контрпереносних реакцій у лікарів-інтерністів і психотерапевтів.

Однак психотерапія ефективна при різних соматичних розладах, якщо вона спрямована на відновлення системи відносин пацієнта, що визначають участь у етіопатогенезі захворювання психічного стресу, або розвиток невротичних розладів; також вона сприяє зменшенню клінічних проявів захворювання, підвищенню соціальної активації хворих, їхньої соціальної та особистісної адаптації, а також підвищує ефективність лікувальних впливів біологічного характеру.

При лікуванні соматичних захворювань широко застосовуються різні методи психотерапії, та основним завданням є подолання зафіксованих реакцій тривоги, які призводять до формування психопатологічних проявів – страху, астенії, депресії, іпохондрії, та нейровегетативних і нейросоматичних функціонально-динамічних розладів серцево-судинної, дихальної, травної систем. Застосування психотерапії дає позитивні результати при гіпертонічній хворобі, у пацієнтів зменшуються прояви невротичних розладів, відзначається зниження

артеріального тиску. Набуває ваги застосування психотерапії у пацієнтів з ішемічною хворобою серця (особливо у пост-інфарктних хворих). У пацієнтів з бронхіальною астмою ефективність психотерапії відзначається лише за відсутності гострих інфекційних процесів в органах дихання та за наявності виразного психічного компонента у патогенезі. У пацієнтів з хворобами травної системи та з ревматоїдним артритом ефективними вважають методи саморегуляції, які дають їм змогу краще справлятися з боллю.

Формування особистості опосередковується вродженими біологічними і психофізіологічними якостями, що створюють основу формування конституціональних особливостей індивіда. Процес взаємодії вроджених властивостей індивіда з навколишнім світом формує його особистісні властивості і визначає, зокрема, емоційно-динамічний патерн особистості. Емоційно-особистісний стиль реагування на ті або інші ситуації, у свою чергу, накладаючись на систему психологічних особливостей людини, багато в чому визначають її адаптаційний потенціал.

Для діагностування динаміки емоційного, фізіологічного та поведінкового аспектів психічних станів соматичні пацієнти упродовж психотерапевтичних сесій на початку та після завершення психотерапії були поділені на чотири групи:

- I – з гіпертонічною хворобою
- II – з ішемічною хворобою серця
- III – з бронхіальною астмою,
- IV – з хворобами травної системи і ревматоїдним артритом, вони виконували тест САН (використовувалася комп'ютерна модифікація тесту).

Методики дослідження : Методика САН (експеримент №1), Психоедукація (експеримент №2).

- *Експеримент №1*

Методика САН може використовуватися для діагностики дітей будь-якого віку.

Можливий як груповий спосіб проведення діагностики, так і індивідуальний. Використання один на один з випробуванням рекомендується в тому випадку, якщо дитина невпевнено читає і відчуває труднощі з розумінням значення всіх слів-станів, на аналізі яких і побудований тест. Тимчасових обмежень для дітей немає, але варто вказати на те, що відповідь має бути дана швидко - перше що прийшло в голову. Тільки так можна розраховувати на об'єктивність результатів тесту.

Індекс 3, що означає незадовільний стан, оцінюється в 1 бал, індекс 2 - 2 очка, 3 - 3 бали. За позначку 0 зараховуємо дитині 4 очка. Індекс 1, що означає слабку вираженість позитивного стану, оцінюється в 5 балів, 2 - в 6, 3 - в 7. Таким чином, за негативний випробуваний отримує низькі бали, а за позитивне - високі. Після обрахунку потрібно вивести загальну суму оцінок, орієнтуючись на таблицю (ключ):

За загальною сумою - від 10 до 70 балів - можна визначити стан випробуваного на поточний момент часу:

- менше 30 - поганий показник;
- від 30 до 50 - середній;
- більше 50 - високий.

Ряд джерел пропонує дещо іншу систему підрахунку: отримані результати по кожній шкалою потрібно поділити на 10. В результаті вийде середній бал:

- більше 4 - сприятливий стан;
- 5-5,5 - нормальні показники;
- менше 4 - погане значення.

Метою даної методики є експрес-оцінка стану людини в момент проходження тесту.

В опитувальнику тридцять пар протилежних характеристик. З цих питань потрібно оцінити, як ви себе почуваєте в момент проходження тесту. Кожна пара

- це шкала, де потрібно зазначити ступінь вираженості певної характеристики свого стану.

Вибирайте в кожній парі ту характеристику, яка оптимально точно описує ваш стан і відзначайте відповідну цифру.

Людина, що проходить тест, повинен поставити той бал, який максимально точно висловить його стан на момент проходження тесту. (ДОДАТОК А)

- ***Експеримент №2***

Сьогодні психоедукацію у країнах Європи та США зазвичай пропонують пацієнтам з психічними розладами: шизофренією, клінічною депресією, тривожними розладами, психотичними захворюваннями, розладами харчової поведінки і розладами особистості. На нашу думку, психоедукацію слід застосовувати до пацієнтів та їхніх близьких у контексті лікування соматичних хвороб.

Мета психоедукації для пацієнта – краще зрозуміти і навчитися справлятися з хворобою, а також сприяти виявленню та залученню сильних особистісних властивостей пацієнта, його ресурсів і навичок подолання кризових станів для уникнення рецидиву і покращення здоров'я і благополуччя на довгостроковій основі, оскільки з кращим знанням пацієнта про свою хворобу, він краще може жити з цим станом. Результати клініко-психопатологічного дослідження соматичних пацієнтів, які перебували на стаціонарному лікуванні у терапевтичному відділенні ДОЛ упродовж 2003–2012 рр. У дослідженні використовували психологічні і клінічні тести та питальники для об'єктивізації різних психічних параметрів. Процес обстеження здійснювався у два етапи.

На першому – всіх пацієнтів піддавали скринінговому дослідженню з застосуванням шкали оцінки функціональної повсякденної життєдіяльності (Katz S., Akrom C.A., 1976), госпітальної шкали тривоги і депресії HADS (A.S.Zigmond, R.P.Snaith, 1983). На другому етапі пацієнтів з виявленими психічними розладами обстежували клінікопсихопатологічним методом для

оцінки глибини виразності цих розладів із застосуванням таких питальників: шкали реактивної та особистісної тривожності Ч.Д.Спілбергера і Ю.Л.Ханіна (1978), шкали депресії Бека BDI (А.Т.Веєк, 1961), Торонтської алекситимічної шкали TAS (G.J.Taylor et al., 1985), шкали діагностики самооцінки психічних станів Г.Айзенка (1976). Перед випискою (через 3 тижні) пацієнтів обстежували повторно за допомогою скринінгових методик (HADS, MMSE).

Групу хворих із депресивними розладами обстежували катамнестично при повторному надходженні скринінговими методиками (HADS). Проведено обстеження 100 пацієнтів віком від 30 до 71 років. Із них – 65 (65%) жінок і 35 (35%) чоловіків. Усі обстежені пацієнти мали ознаки ішемічної хвороби серця (ІХС) та гіпертонічної хвороби (ГХ). Контрольну групу порівняння склали 18 пацієнтів без психопатологічної симптоматики. За статтю, віком, соціальними факторами (родинним станом, освітнім рівнем, умовами проживання та рівнем доходу), соматичним станом достовірних розбіжностей з основною групою не виявлено.

2.2. Аналіз результатів дослідження

- ***Експеримент №1***

Обчислені середні дані про динаміку окремих показників методики САН представлено у таблиці (див.табл. 2.1). Розрахунок коефіцієнта Ст'юдента свідчить про високу статистичну вірогідність ($p < 0,01$) відмінностей у відповідях респондентів, віднесених до різних груп. Певною інтегральною характеристикою фізіологічної і психологічної комфортності внутрішнього стану людини виступає її самопочуття. (ДОДАТОК Б)

Внаслідок психотерапевтичних сесій спостерігалось зростання показників цієї характеристики, специфічне для кожної класифікаційної групи, за наявності досить істотних індивідуальних варіацій у межах цих груп. Так, найбільше зростання цього показника (приріст склав +3,5 бала за стандартного відхилення

$\pm 0,8$ бали) спостерігалось у першій групі, домінуючим типом реагування у представників якої були чутливість до впливів середовища, сензитивність, потреба у розумінні. При цьому на початку сеансу респонденти саме цієї групи характеризувалися найнижчими показниками цієї характеристики (3,4 бали за стандартним відхиленням $\pm 1,2$ бали).

Показники самопочуття	Група I	Група II	Група III	Група IV
До сесії	3,4 \pm 1,2	3,9 \pm 2,1	4,5 \pm 2,5	4,1 \pm 0,4
Після сесії	6,8 \pm 0,5	6,6 \pm 1,4	7,5 \pm 1,2	6,2 \pm 0,2
Приріст	3,5 \pm 0,8	2,7 \pm 1,2	2,0 \pm 1,4	2,1 \pm 0,5
До сесії	3,8 \pm 2,1	4,4 \pm 0,5	5,2 \pm 0,6	4,6 \pm 0,3
Активність після	7,1 \pm 1,2	6,3 \pm 0,6	6,7 \pm 0,7	6,1 \pm 0,4
Приріст	3,3 \pm 1,2	1,9 \pm 0,5	1,5 \pm 0,4	1,5 \pm 0,3
Настрій до сесії	3,9 \pm 1,3	3,8 \pm 0,6	5 \pm 1,5	4,4 \pm 0,2
Після	7,4 \pm 0,4	7,4 \pm 0,3	7,4 \pm 1,3	6,1 \pm 0,5
Приріст	3,5 \pm 0,6	3,6 \pm 0,4	2,3 \pm 1,4	1,7 \pm 0,4

Таблиця 2.1. Усереднені дані про динаміку показників САН внаслідок психотерапії

Найвищі вихідні показники самопочуття (4,5 \pm 2,5) мали представники третьої групи, характерними для яких було прагнення до лідерства та самоствердження. Водночас, саме у цій групі спостерігався найнижчий приріст (2,0 \pm 1,4) показників цієї характеристики внаслідок сеансів психотерапії, однак при цьому були досягнуті найвищі абсолютні результати (7,5 \pm 1,2).

Виразеним (2,7 \pm 1,2) було також зростання показників самопочуття і у респондентів другої групи. Значно меншим був приріст показників (2,1 \pm 0,5) у четвертій групі, де за досить високих вихідних даних (4,1 \pm 0,4) були отримані найнижчі результати (6,2 \pm 0,2). Саме представникам цієї групи притаманні тенденція до опору, наполегливість, ригідність.

У першій групі спостерігався найвищий приріст (3,3 \pm 1,1), були досягнуті найвищі абсолютні результати внаслідок психотерапії (7,5 \pm 1,2), хоча показники

були найнижчими ($3,8 \pm 2,1$), водночас саме тут мали місце найбільш помітні індивідуальні варіації у динаміці показників.

Цікаво, що у другій групі за досить високих вихідних показників ($4,4 \pm 0,5$) остаточні результати були незначні ($6,3 \pm 0,6$), що і дало досить низький приріст ($1,9 \pm 0,5$) показників цієї характеристики внаслідок сеансів психотерапії. Найнижчий приріст ($1,5 \pm 0,3$) мав місце у четвертій групі, так само як і найнижчі отримані результати ($6,1 \pm 0,4$). Такі ж результати щодо приросту ($2,5 \pm 0,4$) показників активності отримали і представники третьої групи.

Емоційне тло психічного життя людини, її емоційні реакції на значення тих чи інших подій у більш загальному життєвому контексті залежить від її настрою. Будучи вже сформованим, настрої, у свою чергу, вже сам впливає на ті чи інші емоційні реакції людини, змінюючи характер її думок, особливості соціальної перцепції та поведінки.

Найбільш вагомий приріст ($+3,60$) показників настрою спостерігався у другій групі, при цьому індивідуальні варіації перебували у досить вузькому діапазоні (стандартне відхилення склало $\pm 0,4$). При цьому остаточні результати ($7,4 \pm 0,3$) такі ж, як і у першій та третій групах, а приріст досягнуто за рахунок найнижчих ($3,8 \pm 0,6$ проти $3,9 \pm 1,3$ у першій та $5,1 \pm 1,5$ у третій групах) вихідних значень цієї характеристики. Відмінності у прирості ($3,5 \pm 0,6$) показників настрою у першій групі не є принциповими.

Найнижчий приріст ($1,7 \pm 0,4$) мав місце у четвертій групі, так само як і найнижчі отримані результати ($6,1 \pm 0,5$). Цікаво, що саме у цій групі спостерігався найвужчий діапазон індивідуальних варіацій показників характеристики настрої, як і їх динаміки.

- ***Експеримент №2***

Досліджувані пацієнти отримували терапію серцево-судинними засобами згідно з клінічним діагнозом кардіологічного захворювання. Пацієнтів із

межовими психічними розладами поділили на 3 групи (за їхнім вибором та згодою на лікування):

1) які отримували лише терапевтичне лікування (34 особи) (середній бал за BDI $22,73 \pm 4,2$);

2) які отримували психотерапевтичне лікування (33 особи) (середній бал за BDI $22,69 \pm 4,48$);

3) які отримували комбіновану терапію (антидепресанти та психотерапію з застосуванням психоедукації) (33 особи) (середній бал за BDI $26,48 \pm 4,02$).

Результати показують, що вираженість депресивної симптоматики у пацієнтів першої групи після курсу серцево-судинної терапії зменшилася, проте при повторному поступленні досягала тих самих показників, що й перед першим лікуванням. У третій групі пацієнтів, де поєднувалися психотерапія з елементами психоедукації з комбінованою терапією, редукція депресивної симптоматики була більш вираженою, ніж у групах пацієнтів, які не отримували антидепресивної терапії. У другій групі при повторному поступленні депресивна симптоматика була менш вираженою, ніж при першому, проте більше вираженою, ніж після проведеного курсу психотерапії. Пацієнти, які отримували комбіновану терапію, при повторному поступленні не виявляли ознак депресивних розладів.

2.3. Кореляційний аналіз даних

- *Експеримент №1*

Емоційні реакції й емоційні стани людини є основною формою усвідомлення нею своєї власної індивідуальності. Емоційна реакція є безпомилковим індикатором, що вказує на справжнє ставлення людини до того, що відбувається, у тому числі й до свого власного когнітивного і поведінкового функціонування. Внутрішнє життя людини – це, насамперед, емоційне життя. За високої стандартизації, що суспільство вносить у спрямування думок і способів

дії, емоційні реакції залишаються суто індивідуальними. «Саме завдяки своїм емоційним патернам людина багато в чому підтримує свою індивідуальність у двоєдиному процесі соціалізації й індивідуалізації» [13, с 4]. Для характеристики емоційного стану респондентів була використана методика, яка являє собою модифікацію тесту Люшера. Обробка результатів здійснювалася за допомогою комп'ютерної програми, яка дозволяла виділити істотні аспекти психоемоційного стану особистості: рівень тривожності, напруженості, емоційної стабільності і стійкості, індивідуально-особистісні особливості реагування та способи подолання стресових ситуацій тощо.

За особливостями психоемоційного стану ми виокремили три групи респондентів:

1 група (високий рівень емоційної стабільності): характеризуються низьким рівнем тривожності, напруги, відрізняються високою емоційною стабільністю і стійкістю. Представники цієї групи адекватно оцінюють навколишню дійсність, знаходять конструктивні шляхи подолання стресових ситуацій, здатні самостійно розв'язувати власні проблеми і розпоряджатися власною долею.

2 група (середній рівень емоційної стабільності): представники цієї групи мають середній рівень тривожності, напруги. Переживають певну невпевненість, підвищену чутливість до впливів навколишнього середовища, залежність своєї позиції від них. Підвищений самоконтроль допомагає їм приховати свою вразливість і розглядається як єдина гарантія самоствердження і обстоювання своїх позицій. Занепокоєння, викликане емоційною нестійкістю, часто порушує продуктивну концентрацію уваги, тому респонденти цієї групи не завжди можуть знайти конструктивний вихід зі стресової ситуації.

3 група (низький рівень емоційної стабільності): опитані мають високий рівень тривожності, заклопотані і дратівливо нестримані, нетерпимі, занепокоєні й пригнічені. Не мають теплих міжособистісних взаємин і тому переживають розчарування. Емоційна нестійкість не дозволяє їм обстоювати свою позицію, і вони нездатні знаходити конструктивні шляхи подолання стресових ситуацій,

що спричиняє їхню вразливість, схильність до психосоматичних захворювань через втрату життєстійкості.

Розрахунок коефіцієнта Ст'юдента свідчить про високу статистичну вірогідність ($p < 0,01$) відмінностей у рівнях емоційної стабільності респондентів, віднесених до різних груп. Узагальнені результати діагностики відображені у таблиці (див. табл. 2.2).

86% респондентів, віднесених до першої класифікаційної групи, мали на початок психотерапії низький, а 14% середній рівень емоційної стабільності (високий рівень за даними тесту Люшера не траплявся взагалі). Обрахований середній показник тривожності на початок психотерапевтичних сесій склав 6,4 за значних індивідуальних варіацій (стандартне відхилення склало $\pm 4,2$ бала), а після завершення останніх – $3,6 \pm 1,2$.

Рівень емоційної стабільності	I Група	II Група	III Група	IV Група
Високий до сесії	0	0	25	22
Після	26	7	25	22
Середній до сесії	14	30	25	33
Після	48	58	63	56
Низький до сесії	86	70	50	44
Після	26	35	13	22

Таблиця 2.2. Узагальнені дані про динаміку психоемоційного стану респондентів внаслідок психотерапії

На початку сеансів психотерапії у багатьох респондентів з цієї групи першу позицію у кольоровому спектрі посідав синій колір, що вказує на домінування у них афіліативної потреби, виявлені риси залежності, чутливості до середовищних впливів, наявність тенденції зміцнювати свою позицію за рахунок прихильності та захисту з боку інших осіб. Сказане добре узгоджується з провідними тенденціями, притаманними цій класифікаційній групі. Часто натрапляли на поєднання (+1+7), що свідчить про емоційну та вегетативну нестійкість, контрастні прояви агресивності та вразливості, залежності та протестних реакцій, дратівливості та образливості. Мова йде про тенденцію до

витіснення досить виявленої агресії, що спричиняє психосоматичні проблеми та вегетосудинний дисбаланс. У низки респондентів на перших позиціях мало місце поєднання синього та сірого кольорів, що вказує на егоцентричну невротичну зосередженість на власних проблемах, труднощі спілкування, сором'язливість, переживання неприйняття себе значущими іншими. Цікаво, що це часто супроводжується поєднанням кольорів, що засвідчує стрес, пов'язаний з фрустрацією фізіологічних потреб, коли помітний самоконтроль у царині чуттєвості приводить до ізоляції.

Характерним для них був такий вибір кольорів, коли спостерігається зміщення основних і активних у кінець ряду, що відображає наявність тривоги, зниження емоційного тону і адаптивних можливостей організму. Майже у 70% респондентів кольори робочої групи (зелений, червоний, жовтий) перерозташовані у кінець кольорового ряду, особливо це стосується жовтого (що вказує на зменшення задоволеності роботою, втрату до неї інтересу, на психічне виснаження) та червоного (фізичне виснаження) кольорів.

За результатами психотерапії у 26% респондентів цієї групи відзначався високий, у 48% - середній, у 26% - низький рівень емоційної стабільності. У них не лише знизився рівень тривожності, а й спостерігалися інші характерні тенденції. Так, схильність розташовувати на перших позиціях у кольоровому ряду синій колір збереглася, що свідчить про стабільність домінуючих тенденцій, притаманних представникам класифікаційної групи.

У більшості респондентів спостерігалось зміщення основних кольорів у ліву частину кольорового ряду. Часто спостерігається поєднання кольорів (+1+4), що вказує на змішаний, емоційнонестійкий патерн індивідуально-особистісних властивостей, пов'язаних з високою залежністю від зовнішніх (середовищних) впливів, коли чутливість залежність від інших поєднується з тенденцією до легких змін настрою та потребою уникнути надмірної відповідальності.

У низки респондентів має місце поєднання кольорів (+2+1), яке виявляє пасивно-оборонну позицію, яка поєднує підвищену потребу у повазі та самоповазі з надмірною впертістю у обстоюванні власної позиції. Часто це є

компенсацією фрустрованої потреби в увазі та розумінні, суб'єктивне переживання відсутності довіри і підтримки значущих оточуючих (поєднання кольорів+ 5+2).

- ***Експеримент №2***

Результати ефективності психотерапії у пацієнтів виявили, що одразу після завершення лікування всі пацієнти відзначали покращення самопочуття і зниження рівня психотичних проявів. У контрольній групі, де психотерапія не застосовувалась, 35,9% не виявляли ознак покращення, а інші пацієнти з цієї групи у результаті патопсихологічного дослідження виявляли ознаки зниження рівня прояву симптомів психічних розладів, хоча перед початком лікування у пацієнтів цієї групи вони не були діагностовані. Це, ймовірно, можна пояснити тим, що пацієнти були залучені у проект психотерапевтичної допомоги і не були проінформовані, що у них недіагностовані коморбідні психічні розлади, а особистість хворих має властивість сприймати будь-які прояви соматичних захворювань як загрозливі і проектувати їх у психічну сферу. Тому, не зважаючи на відсутність цілеспрямованих психотерапевтичних впливів на них, вони у результаті психологічних раціональних бесід відзначали і виявляли ознаки змін психічного стану. Результати катамнестичного дослідження пацієнтів виявили значне зниження рівня ефективності психотерапії у пацієнтів. У контрольній групі 71,9% не відзначали жодних ознак покращення. Пацієнти третьої групи, де застосовувалась комбінована терапія (терапевтична інтервенція, антидепресанти та психотерапія з застосуванням психоедукації) виявили ознаки більш істотного рівня збереження ефективності психотерапії, ніж пацієнти, які займалися в інших групах.

Діагностика коморбідних психічних розладів у соматичних пацієнтів та їхня корекція недостатні через незначне число звертань хворих у психоневрологічну службу, а також через труднощі розпізнавання психічної патології лікарями загальної медичної практики. Психічні розлади впливають на

перебіг соматичного захворювання, обтяжують його перебіг та погіршують прогноз. Отже, назріла нагальна потреба вивчення поширеності та структури психічних розладів, що зустрічаються у загальній медичній практиці, для покращання діагностики та лікування таких форм психічної патології, а також удосконалення форм організації медичної допомоги цій групі пацієнтів. Застосування психотерапії у соматичних пацієнтів підвищує загальну ефективність їхнього лікування. У пацієнтів з коморбідними психічними розладами значно знижується рівень прояву патопсихологічних симптомів і покращується самопочуття, знижується вираженість соматичної симптоматики.

Оскільки у багатьох соматичних пацієнтів (особливо за наявності коморбідних психічних розладів) можуть проявлятися: патологічні заперечення хвороби, погіршуватися виконання медичних рекомендацій, несвоєчасні звернення за медичною допомогою, небажання пацієнтів виключити контакти з чинниками, що провокують напад та загострення захворювання, відмови від тривалої чи постійної підтримуючої терапії, ухиляння від лікарських оглядів у межах динамічного спостереження, пізні звернення за медичною допомогою – застосування психоедукації у процесі психотерапії сприяє уникненню цих загрозливих для життя та здоров'я пацієнта чинників.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2

Залучення психоедукації до арсеналу сучасних впливів на процес курації пацієнта вимагає від лікаря і психолога вміння вибудовувати свої стосунки з пацієнтами і їхніми родичами, здатності впливати на них, уміння у кожному конкретному випадку застосовувати до пацієнтів та їхніх родичів найбільш ефективний спосіб виховного впливу. Особливо важливими є дані, які свідчать про те, що ефективність застосування комбінованої терапії (специфічне лікування соматичної хвороби, антидепресанти та психотерапія з застосуванням елементів психоедукації) не лише значно підвищили ефективність лікування як соматичних, так і психічних розладів, а й виявили стійке протягом 6–12 місяців покращення самопочуття і відсутність рецидивів, що, безумовно, вказує на доцільність її подальшого застосування.

Тому дуже важливим на цьому етапі підготовки сучасних лікарів є запровадження комплексного підходу до вивчення всіх медичних дисциплін, яке поєднувалося б з глибоким розумінням психологічної та педагогічної складових виникнення та перебігу захворювань, що дасть змогу, застосовуючи комплексний підхід до курації пацієнтів, лікувати не хворобу, а хворого.

Обстеження 118 пацієнтів з соматичною патологією (клінічний діагноз респондентів включав розлади гастроентерологічного та кардіологічного профілю на тлі загальної невиразності симптоматики, депресивні та невротичні розлади; після проведення психотерапії у 78% клієнтів спостерігалось істотне продовження тривалості ремісії) показало наступне:

Виокремилися чотири психологічно однорідні групи респондентів, які відрізняються за емоційно-динамічними патернами, типом дезадаптації та ефективністю терапевтичного впливу:

- I група. Провідні типологічні тенденції – тривожність та інтровертованість. Дезадаптація, передусім, за психастенічним, депресивним або іпохондрійним варіантом. Найістотніший терапевтичний ефект. Найбільш виявлена позитивна динаміка

функціональних станів упродовж психотерапевтичних сесій. Має місце пом'якшення диспропорції, породженої фрустрацією базових потреб, що спричиняє розвиток вегетативного дисбалансу внаслідок блокування поведінкових реакцій, за збереження основних психодіагностичних показників індивідуально-особистісного патерну (емоційної нестабільності, низького рівня агресивності, прагнення відповідати експектаціям групи, інертності у прийнятті рішень, підвищеної помисливості та самокритичності тощо).

- II група. Провідні типологічні тенденції – тривожність та екстравертованість. Дезадаптація, передусім, за істероїдним або фобійним варіантом. Значний терапевтичний ефект. Позитивна динаміка функціональних станів упродовж психотерапевтичних сесій виявлена майже такою ж мірою, як і у попередній групі. Спостерігається розлагодженість (яка зменшується внаслідок психотерапії) психодіагностичних показників індивідуально-особистісного патерну, що спричиняла соматизацію тривожності, емотивність, схильність до змін настрою внаслідок суперечливого поєднання пасивно-песимістичного зі стенично-оптимістичним типом реагування на зовнішні чинники на тлі підвищеної залежності від останніх, емоційну напругу, пов'язану з переживаннями за власне здоров'я.

- III група. Провідні типологічні тенденції – екстравертованість та агресивність (активність). Дезадаптація передусім за імпульсивним типом. Не значний терапевтичний ефект. Специфіка індивідуально-особистісного патерну полягає у стеничному типі реагування за конфліктного поєднання різноспрямованих тенденцій (коли, наприклад, надмірно високий рівень домагань, тенденція до домінування, абсолютизація правильності власної позиції суперечливо поєднані з ананкастними рисами, схильністю песимістично оцінювати життєві та соціальні перспективи тощо), внаслідок чого зовнішньо врівноважена поведінка досягається ціною внутрішньої напруги з тенденцією до

коливання симпатико-парасимпатичного балансу і психосоматичних проявів. Позитивна динаміка функціональних станів упродовж психотерапевтичних сесій незначна.

- IV група. Провідні типологічні тенденції – інтровертованість та агресивність (активність). Деадаптація передусім за параноїдальним та експлозивним типом. Незначний терапевтичний ефект. Специфіку індивідуально- особистісного патерну складає замкненість, схильність до рефлексії, надмірна відповідальність, ригідність настановлень, висока конфліктність, хвороблива зосередженість на своїх проблемах, схильність до експлозивних реакцій, надмірна вразливість зі стрімкими змінами поведінки, що зберігається і за результатами психотерапії, виявляючись більш помірно. Позитивна динаміка функціональних станів незначна.

ВИСНОВКИ

На сьогодні існують два суттєво відмінні визначення психотерапії. Згідно з першим:

Психотерапія — галузь медицини, яка широко застосовує психологічні знання для діагностики та лікування різного роду захворювань.

Таке визначення побутувало в СРСР. До сьогодні державні вищі навчальні заклади пострадянського простору готують лікарів-психотерапевтів з-поміж тих, хто отримав медичну освіту за спеціальністю психіатрія.

Згідно з іншим, поширеним в Європі та США:

- Психотерапія — це науково обґрунтований та емпірично перевірений вид діяльності, що спрямований на допомогу людям, які потерпають від психологічних, психічних, психосоматичних, соціальних проблем або страждання, та використовує психологічні інструменти.
- Психотерапія належить до методів психологічної інтервенції, а ці методи є частиною клінічної психології. Своєю чергою, клінічна психологія — це розділ психології.

Тут психотерапія має більш значущий зв'язок з психологією. Тому психотерапевтами, після додаткової підготовки, можуть стати психологи, або психіатри.

Колись, як психотерапію розглядали практику психоаналізу, який був зосереджений на суб'єктивних переживаннях і в цілому не торкався тілесних захворювань. Таким чином саме психоаналіз сформував уявлення про психотерапію в сучасному «західному» розумінні.

Класифікацію моделей психотерапії, як різновиду лікувальних дій, описує Х.Ремшмідт. Він пропонує класифікацію моделей психотерапії здійснювати за такими принципами:

- теоретичної концепції, яка лежить в основі психотерапії (психоаналіз, поведінкова психотерапія, когнітивна терапія тощо);

- організаційних форм лікування (індивідуальна, групова та сімейна терапія);
- специфікою коригованого розладу (психози, синдром аутизму, невротичні порушення, депресивні стани, синдром страхів, синдром нав'язливості тощо).

У психологічній літературі теж немає одностайності у виділенні основних моделей психотерапії. Так, зокрема, Г. Онищенко, В. Панок виділяють три основні моделі психотерапії:

- психодинамічну психотерапію, яка зорієнтована на психоаналіз;
- гуманістичну психотерапію та її основні течії — роджеріанська, екзистенційна, гештальт-терапія;
- бігевіоральна (поведінкова) психотерапія.

Зважаючи на те, що у багатьох соматичних пацієнтів можуть проявлятися патологічні заперечення хвороби, погіршуватися виконання медичних рекомендацій, несвоєчасні звернення за медичною допомогою, небажання пацієнтів виключити контакти із факторами, що провокують напад та загострення захворювання, відмови від довгострокової підтримуючої терапії, ухиляння від лікарських оглядів в межах динамічного спостереження, пізні звернення за медичною допомогою застосування психотерапії сприяє уникненню цих загрозливих для життя та здоров'я пацієнта факторів.

Актуальність дослідження була зумовлена усе більш активним застосуванням психотерапії у процесі комплексного лікування соматичних хворих, адже її питома вага у ньому визначається співвідношенням біологічних, психологічних і соціальних чинників в етіології та механізмах перебігу соматичного захворювання.

Метою дослідження був аналіз ефективності застосування психотерапії у соматичних хворих.

Було проведено обстеження різних груп пацієнтів з соматичною патологією. Клінічний діагноз респондентів включав розлади

гастроентерологічного та кардіологічного профілю на тлі загальної невиразності симптоматики, депресивні та невротичні розлади. Після проведення обох експериментів у 78% клієнтів спостерігалось істотне продовження тривалості ремісії.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Калмиков Г. Дискурсивні практики як компоненти професійно-мовленнєвої діяльності психологів / Г. Калмиков // Психолінгвістика. 2016. Вип. 20(1). С. 98-111. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/psling_2016_20%281%29__10
2. Калмиков Г. Дискурсивно-компетентнісні аспекти підготовки майбутніх психотерапевтів у психологічних і медичних ЗВО України. / Доброскок С. // Психолінгвістика в сучасному світі. 2020. № 15. С. 95–99. URL: <https://doi.org/10.31470/10.31470/2706-7904-2020-15-95-99>.
3. Калмиков Г.В. Дискурс як мовленнєвий вплив//Психолінгвістика № 21(1). С. 112–128.
4. Кривоніс Т.Г. Основи особистісної психотерапії. Навчально-методичний посібник. К.: Видавничий дім „Слово”, 2011. 192 с.
5. Психологічне консультування. Хрестоматія / Упор. І.В.Кошова, Н.Ф.Литовченко, І.М.Наказна. Ніжин: «Міланік», 2009. 623 с.
6. Навчальний посібник із психотерапії [Електронний ресурс]. – 2017. –URL: http://univer.nuczu.edu.ua/tmp_metod/1312/Kurs_lekcij_z_OPsT.pdf.
7. Техніки тілесно-орієнтованої психотерапії [Електронний ресурс]. – 2017.- URL: <https://meclee.com/blog/obshchie/tilesno-oriyentovana-psihoterapiya-shcho-se-i-yak-pracyuye-??>
8. Alonso J., Angermeyer M. C., Bernert S., Bruffaerts R., Brugha T. S., Bryson H., ... European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum. 2004. Vol. 420. P. 38-46.
9. Bagayogo I. P., Interian A., & Escobar J. I. Transcultural aspects of somatic symptoms in the context of depressive disorders. Advances in Psychosomatic Medicine. 2013. Vol. 33. P. 64-74. DOI: 10.1159/000350057. Epub 2013 Jun 25.

10. Barsky A. J. Assessing the New DSM-5 Diagnosis of Somatic Symptom Disorder. *Psychosomatic Medicine*. 2016. Vol. 78, issue 1. P. 2-4. DOI: 10.1097/PSY.0000000000000287.
11. Barsky A. J., Orav E. J., & Bates D. W. Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Archives of General Psychiatry*. 2005. Vol. 62, issue 8. P. 903-910.
12. Barsky A. J., Peekna H. M., & Borus J. F. Somatic symptom reporting in women and men. *Journal of General Internal Medicine*. 2001. Vol. 16. P. 266-275.
13. Bernardy K., Füßer N., Köllner V., & Häuser W. Efficacy of cognitive-behavioral therapies in fibromyalgia syndrome: a systematic review and metaanalysis of randomized controlled trials. *Journal of Rheumatology*. 2010. Vol. 37. P. 1991-2005.
14. Dantzer R., & Kelley K. W. Twenty years of research on cytokine-induced sickness behavior. *Brain, Behavior, and Immunity*. 2007. Vol. 21. P. 153-160
15. Fjorback L. O., Arendt M., Ornbol E., Walach H., Rehfeld E., Schröder A., & Fink P. Mindfulness therapy for somatization disorder and functional somatic syndromes: randomized trial with one-year follow-up. *Journal of Psychosomatic Research*. 2013. Vol. 74. P. 31-40.
16. Shorter E. Hysteria and catatonia as motor disorders in historical context // *Hist. Psychiatry*. –2006. – V. 17 (68). – P. 461-478.
17. Persaud R. Patients do not demand and doctors do not misunderstand – how medically unexplained symptoms become medicalized // *Psychosom. Med.* – 2006. – V. 68 (6). – P. 993-997.
18. Meissner W.W. Psychoanalysis and the mindbody relation // *Psychosomatic perspectives*. –2006. – V. 70 (4). – P. 295-315.

Тест САН

ДОДАТОК А

Тест з питаннями

1. Самопочуття добре	3	2	1	0	1	2	3	самопочуття погане
2. Відчуваю себе сильним								Відчуваю себе слабким
3. Пасивний								Активний
4. Малорухливий								Рухомий
5. Веселий								Сумний
6. Гарний настрій								Поганий настрій
7. Працездатний								Розбитий
8. Повний сил								Знесилений
9. Повільний								Швидкий
10. Бездіяльний								Діяльний
11. Щасливий								Нещасний
12. Життєрадісний								Похмурий
13. Напружений								Розслаблений
14. Здоровий								Хворий
15. Байдужий								Захоплений
16. Байдужий								Схвильований
17. Захоплений								Похмурий
18. Радісний								Сумний
19. Відпочив								Втомлений
20. Свіжий								Виснажений
21. Сонливий								Збуджений
22. Бажання відпочити								Бажання працювати
23. Спокійний								Заклопотаний
24. Оптимістичний								Песимістичний
25. Витривалий								Стомлює
26. Бадьорий								Млявий
27. Міркувати важко								Міркувати легко
28. Розсіяний								Уважний
29. Повний надій								Розчарований
30. Задоволений								Незадоволений

Питання на самопочуття знаходяться під номерами 1, 2, 7, 8, 13, 14, 19, 20, 25, 26; на активність - під номерами 3, 4, 9, 10, 15, 16, 21, 22, 27, 28. Що стосується питань на настрій, то вони знаходяться під номерами 5, 6, 11, 12, 17, 18, 23, 24, 29, 30 ..

Результати тесту САН

ДОДАТОК Б

Обробка результатів.

При обробці результатів дослідження оцінки перераховуються в «сирі» бали від 1 до 7 (крайня ступінь вираженості негативного полюса пари оцінюється в 1 бал, а крайня ступінь вираженості позитивного полюса пари - в 7). При цьому потрібно враховувати, що полюси шкал постійно змінюються.

Варіант 1. Отримані бали групуються відповідно до ключам в три категорії і підраховується кількість балів по кожній з них.

Самопочуття: 1, 2, 7, 8, 13, 14, 19, 20, 25, 26.

Активність: 3, 4, 9, 10, 15, 16, 21, 22, 27, 28.

Настрій: 5, 6, 11, 12, 17, 18, 23, 24, 29, 30.

Отримані результати по кожній категорії діляться на 10.

Інтерпретація. Середній бал шкали дорівнює 4. Оцінки, що перевищують 4 бали, говорять про сприятливий стан іспитуемого. Оцінки нижче 4 балів свідчать про несприятливий стан іспитуемого. Оцінки стану лежать в діапазоні 5,0-5,5 балів свідчать про нормальний стан іспитуемого. Слідует враховувати, що при аналізі функціонального стану випробуваного важливі не тільки значення окремих показників САН, але і їх співвідношення.

Варіант 2. Сума балів, набрана випробуванним по всіх 30 шкалами, ділиться на 30.

Інтерпретація.

1-3 бали - людина, у якого переважає поганий настрій

3,5-4,5 бала - людина, у якого домінує мінливе настрій або така людина, яка сама не в змозі оцінити свій настрій як хороше або погане.

5-7 балів - людина, у якого найчастіше домінує гарний настрій