

**Бондаренко А.Ф.**

Профессор, доктор психологических наук

[\(https://prof-bondarenko.kiev.ua/\)](https://prof-bondarenko.kiev.ua/)

RU ▾

Главная (<https://prof-bondarenko.kiev.ua/>)

&gt; Экспериментальное исследование личностно-ориентированной психотерапии при соматогениях (сообщение 3)

# Экспериментальное исследование личностно-ориентированной психотерапии при соматогениях (сообщение 3)

*Бондаренко А.Ф., Максименко К.С. (Киев, Украина)*

## **Аннотация**

В настоящем исследовании рассматриваются возможности применения современной личностно-ориентированной психотерапии при лечении специфических психоэмоциональных проблем, обусловленных хроническим соматическим заболеванием.

В качестве испытуемых были отобраны пациенты в стадии обострения ряда хронических заболеваний гастроэнтерологического спектра. Общее количество выборки составило 144 человека. Из них — 85 (59,09%) женщин и 59 (40,01%) — мужчины в возрастном диапазоне от 24 до 59 лет. Средняя продолжительность психотерапии для испытуемых составила от 15 до 20 часов. В отдельную группу испытуемых (15 чел. из числа общей выборки) вошли пациенты, принимавшие специальные препараты (противотревожные, седативные, ноотропные, антидепрессанты).

Методы. На этапе формирования выборки испытуемых и по завершению эксперимента: ММРІ в сочетании с МЦВ М. Люшера; Метод портретных выборов Л. Сонди (вариант Л.М. Собчик). Перед началом каждого сеанса психотерапии и после его завершения: экспресс-диагностика по принципу методики САН (самооценка, активность, настроение) в варианте личностного семантического дифференциала.

Результаты и выводы. Наиболее значимые в клиническом смысле результаты (улучшение самочувствия, снижение общего стресса, снижение пика шкал, свидетельствующих о степени выраженности реактивного состояния; улучшение динамики лабораторных анализов и т.д.) наблюдались у пациентов, проходивших сочетанную (психологическую, фармакологическую и нозологически

ориентированную) терапию. Можно предположить, что различные психотерапевтические подходы целесообразно рассматривать в качестве несущих вспомогательные функции, относящиеся к процессам эмоционального отреагирования, переключения внимания с доминанты соматического страдания на личностные ресурсы пациента, а также влияющие на образ «Я» и процессы самопрезентации.

**Ключевые слова:** медицинская психология; соматогении; гастроэнтерологические заболевания; хронические заболевания; экзистенциально-гуманистическая психотерапия.

**Ссылка для цитирования** размещена в конце публикации.

---

\* Сообщение 1 см. в № 2 2017 года ([http://mprj.ru/archiv\\_global/2017\\_2\\_43/nomer07.php](http://mprj.ru/archiv_global/2017_2_43/nomer07.php)); сообщение 2 — в № 3 2017 года ([http://mprj.ru/archiv\\_global/2017\\_3\\_44/nomer04.php](http://mprj.ru/archiv_global/2017_3_44/nomer04.php)). ↑ ([http://mprj.ru/archiv\\_global/2017\\_4\\_45/nomer10.php#vozvrat](http://mprj.ru/archiv_global/2017_4_45/nomer10.php#vozvrat))

**Динамика психоэмоционального состояния и физического самочувствия пациентов, прошедших курс индивидуальной психотерапии.** На первом этапе оценки динамики психоэмоционального состояния в этой группе пациентов мы проанализировали наличие и характер изменений в субъективной оценке собственного душевного равновесия и эмоционального состояния пациентов, которое они оценивали с помощью методики семантического дифференциала. Так как значения в группе по шкалам модифицированного варианта семантического дифференциала, который мы использовали в диагностике, оказались в достаточной степени однородными, в дальнейшем мы анализировали средние значения для группы по каждой шкале. Как явствует из графика, изменения средних значений на рис. 19 и динамика показателей по каждой из шкал достаточно выражены. Наиболее явные улучшения самочувствия наблюдается по шкале «плохой — хороший», после курса групповой терапии пациенты чувствуют себя более спокойно, уравновешенно и «приятно». Однако, как и ранее, показатели по всем шкалам при диагностике после психотерапевтического курса варьируются в рамках не выше среднего уровня выраженности (1,5 балла по шкалам СД). Высокие показатели, отражающие положительную субъективную оценку состояния пациентов, отсутствуют, что дает нам бесспорное основание для допущения мнения о недостаточной роли исключительно психотерапевтических мероприятий, направленных на улучшение психоэмоционального состояния пациентов.

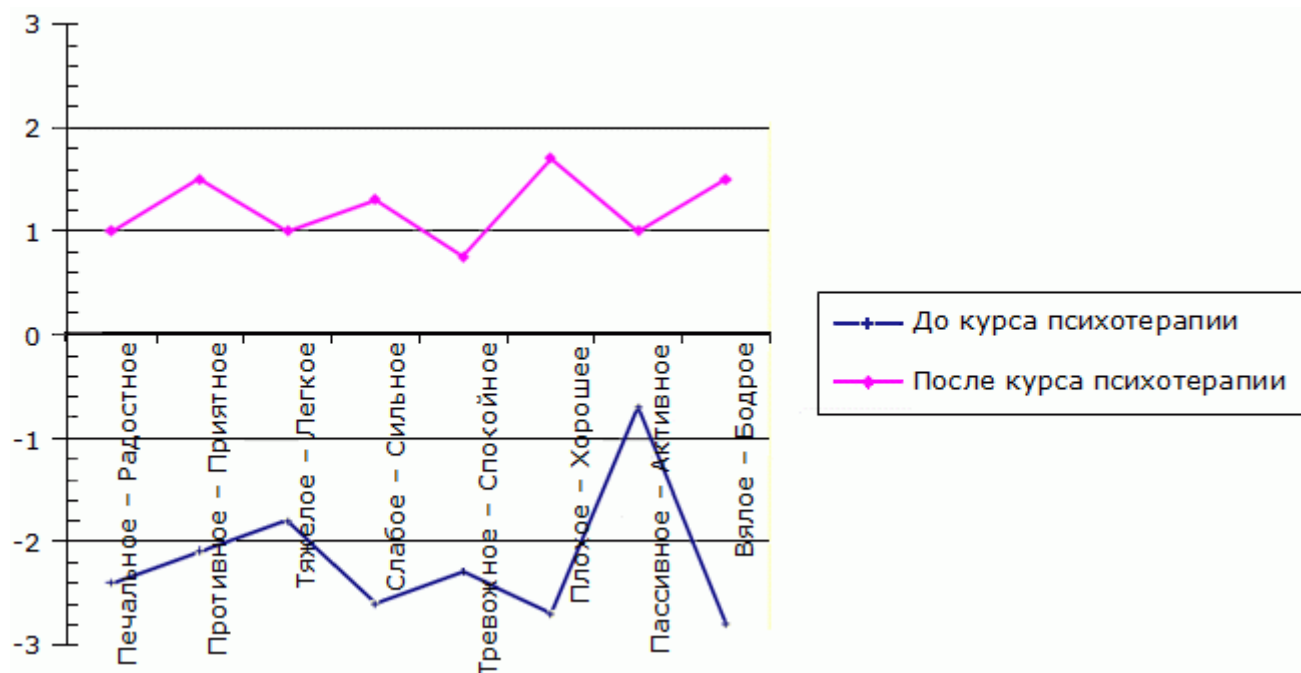


Рис 19. Динамика субъективной оценки душевного равновесия пациентов (средние значения по шкалам в группе) до и после прохождения курса сеансов индивидуальной психотерапии (по результатам семантического дифференциала).

Динамика субъективной оценки пациентами собственного физического состояния также положительна и достаточно выражена (см. рис. 20). Показатели по всем шкалам склонились к положительному полюсу, но также в рамках среднего уровня.

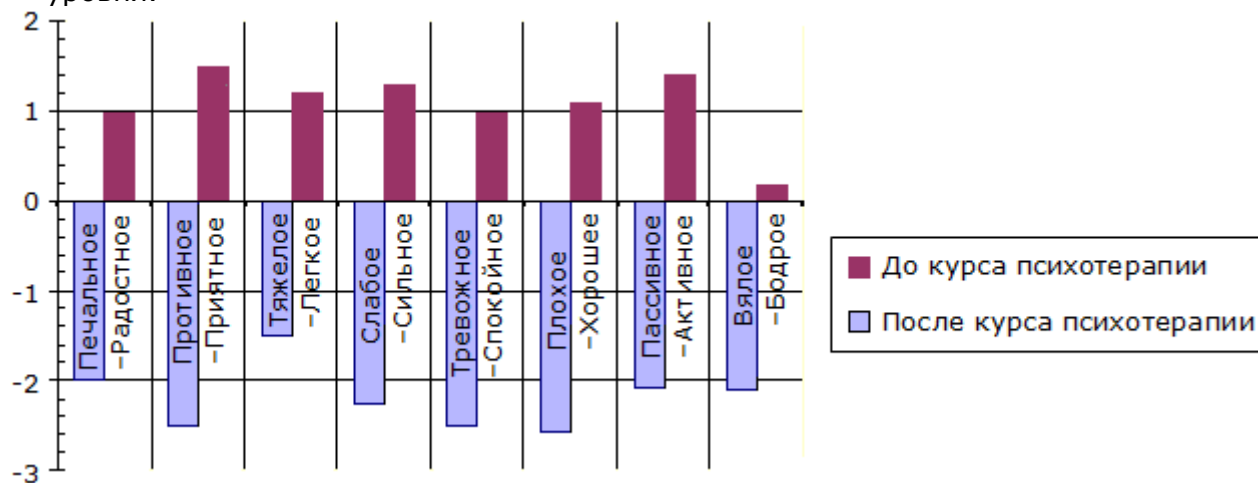


Рис 20. Динамика субъективной оценки физического состояния пациентов (средние значения по шкалам в группе) до и после прохождения курса индивидуальной психотерапии (по результатам модифицированного варианта семантического дифференциала).

Отметим, что после прохождения курса групповой экзистенциально-гуманистической психотерапии пациенты продолжали жаловаться на головные боли, перепады настроения, отсутствие мотивации к профессиональной деятельности.

**Анализ динамики результатов, полученных по шкалам методики Минимульт в группе пациентов в начале и по окончании курса сеансов психотерапии.** Наиболее часто встречающиеся специфические психологические характеристики пациентов этой группы следующие: низкий самоконтроль, высокая тревожность, нарушения социальных контактов, искаженное восприятие телесности.

Для них характерны ипохондрия (иногда при объективно удовлетворительном физическом состоянии), которая позволяет реализовать стремление привлечь к себе внимание. Так как анализировались малые зависимые группы (до 15 человек) до и после прохождения курса индивидуальных сеансов психотерапии, главным статистическим методом для сравнения показателей, как и прежде, служил непараметрический критерий знаков, который позволяет сравнить две зависимые выборки на основании сопоставления количества положительных и отрицательных сдвигов значений. Вспомогательный метод математического анализа — непараметрический критерий Вилкоксона. В качестве нулевой и рабочей гипотезы нашего экспериментального исследования принимались следующие утверждения:

$H_0$  — различия между показателями по шкалам методики Мини-мульти в группе пациентов с заболеваниями гастроэнтерологического спектра до и после прохождения курса сеансов индивидуальной психотерапии не значимы.

$H_1$  — различия между показателями по шкалам методики Мини-мульти в группе пациентов с заболеваниями гастроэнтерологического спектра до и после прохождения курса сеансов индивидуальной психотерапии статистически значимы.

Различия оценивались между показателями по каждой шкале методики Мини-мульти. Так как непараметрические критерии позволяют за один аналитический этап оценить лишь одну пару переменных, характеризующих зависимые группы, таблицы результатов анализа описывают каждую пару отдельно.

В результате проверки наличия значимых различий между показателями до и после прохождения шестинедельного курса приема антидепрессантов и других препаратов в рекомендованных дозах по шкалам методики Мини-мульти мы получили следующие данные: достоверная динамика показателей была выявлена лишь по двум шкалам — F (аггравации) и Hs (ипохондрии). По остальным девяти шкалам методики Мини-мульти значимые различия выявлены не были.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The median of differences between L_a and L_b equals 0.	Related-Samples Sign Test	.125 <sup>1</sup>	Retain the null hypothesis
2	The median of differences between L_b and L_a equals 0.	Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test	.068	Retain the null hypothesis

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

<sup>1</sup> Exact significance is displayed for this test.

Рис. 21. Результирующая таблица анализа различий показателей шкалы L (Лжи), по критерию знаков и критерию Вилкоксона, подкрепляющая нулевую гипотезу <sup>2</sup> ([http://mprj.ru/archiv\\_global/2017\\_4\\_45/nomer10.php#snoska](http://mprj.ru/archiv_global/2017_4_45/nomer10.php#snoska)).

На рис. 21 мы отмечаем показатель Sig, имеющий в обоих случаях значение, превышающее максимальный допустимый уровень значимости 0,05. Это дает нам основания для подтверждения нулевой гипотезы: различия между показателями по шкале L (Лжи) в группе пациентов с заболеваниями гастроэнтерологического спектра до и после прохождения курса индивидуальной психотерапии не значимы.

Такие же выводы относятся к шкалам: коррекции, депрессии, истерии, психопатии, паранойи, психастении, шизоидности и гипомании. Отсутствие значимых различий по этим шкалам у пациентов данной группы подтверждает факт об устойчивости индивидуальных особенностей личности и стабильности структуры клинического состояния, даже в условиях относительно долговременной психотерапии.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The median of differences between F_a and F_b equals 0.	Related-Samples Sign Test	.016 <sup>1</sup>	Reject the null hypothesis
2	The median of differences between F_b and F_a equals 0.	Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test	.018	Reject the null hypothesis

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

<sup>1</sup> Exact significance is displayed for this test.

Рис. 22. Результирующая таблица анализа достоверных различий показателей шкалы F (достоверности) по критерию знаков и критерию Вилкоксона, подкрепляющая рабочую гипотезу.

Показатель Sig. на рис. 22—23 имеет значение ниже допустимого уровня значимости 0,05. Это дает нам основания для подтверждения рабочей гипотезы: различия между показателями по шкалам F (агравации) и Hs (ипохондри) в группе пациентов с заболеваниями гастроэнтерологического спектра до и после прохождения курса сеансов индивидуальной психотерапии статистически значимы.

#### Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The median of differences between Hs_a and Hs_b equals 0.	Related-Samples Sign Test	.012 <sup>1</sup>	Reject the null hypothesis
2	The median of differences between Hs_b and Hs_a equals 0.	Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test	.008	Reject the null hypothesis

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

<sup>1</sup> Exact significance is displayed for this test.

Рис. 23. Результирующая таблица анализа достоверных различий показателей шкалы Hs (ипохондри) по критерию знаков и критерию Вилкоксона, подкрепляющая рабочую гипотезу.

Выявив значимые различия по шкалам достоверности и ипохондри в группе пациентов до и после прохождения курса индивидуальной психотерапии, для раскрытия характера изменений по этим шкалам мы определили значения описательных статистик: средних значений по шкалам и стандартного отклонения (Таблицы 6—7).

Таблица 6

Средние значения показателей по шкалам Мини-мульти в группе пациентов до начала курса сеансов индивидуальной психотерапии

**Statistics**

	L_b	F_b	K_b	Hs_b	D_b	Hy_b	Pd_b	Pa_b	Pt_b	Sc_b	Ma_b
Valid N	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean	55, 8182	69, 1818	50, 0909	61, 4545	56, 9091	57, 9091	58, 6364	63, 7273	60, 0909	63, 4545	51, 3182
Std. Deviation	6, 16146	8, 64660	5, 55796	5, 92222	8, 25172	6, 94917	7, 77525	12, 5943	10, 0643	8, 21418	7, 68044
Minimum	48,0	54,0	40,0	55,0	40,0	47,0	39,0	50,0	48,0	52,0	40,00
Maximum	70,0	79,0	58,0	70,0	70,0	69,0	72,0	85,0	80,0	79,0	63,00

Оценивая минимальные и максимальные значения по шкалам, констатируем, что выбросы в распределении значений в данных зависимых выборках отсутствуют. Отсутствие выбросов делает статистически правомерной оценку показателей средних значений в дальнейшем.

Таблица 7

Средние значения показателей по шкалам Мини-мульти в группе пациентов по окончании курса индивидуальной психотерапии

**Statistics**

	L_a	F_a	K_a	Hs_a	D_a	Hy_a	Pd_a	Pa_a	Pt_a	Sc_a	Ma_a
Valid N	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean	53, 5455	65, 3636	50, 8182	57, 3636	57, 4545	56, 0909	60, 0909	65, 0909	60, 2727	62, 0909	50, 9091
Std. Deviation	3, 80430	6, 91770	6, 32168	4, 80151	6, 36182	6, 56437	5, 82159	6, 59476	7, 49788	8, 51416	7, 94298
Minimum	48,0	54,0	40,0	50,0	47,0	44,0	45,0	55,0	48,0	52,0	40,00
Maximum	61,0	79,0	60,0	65,0	70,0	65,0	65,0	78,0	70,0	78,0	62,00

После окончания курса индивидуальной психотерапии уменьшились средние показатели по шкалам лжи, шизоидности и гипомании.

С целью более содержательного анализа различий мы представили два графика (рис. 24). Статистически значимые различия между показателями по шкалам в группе пациентов до и после прохождения курса психотерапии были выявлены по двум шкалам: достоверности и ипохондрии. Изменения по шкале достоверности среди пациентов проявляются в уменьшении тенденции к гиперболизации симптоматической характеристики собственного состояния, а стремление подчеркнуть максимальную тяжесть физического состояния после прохождения курса психотерапии нивелировалось.

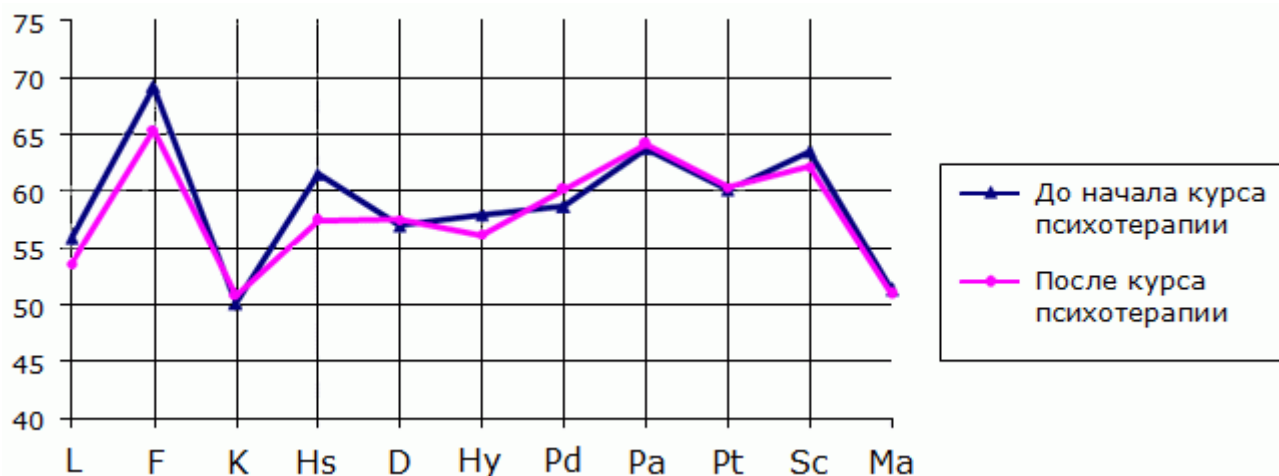


Рис. 24. Динамика показателей по шкалам Мини-мульт до и после курса индивидуальной психотерапии.

В начале курса индивидуальной психотерапии среди пациентов регистрировались: преобладание пассивной личностной позиции, высокий уровень осознания имеющихся проблем через призму неудовлетворенности и пессимистической оценки своих перспектив, склонность к негативному восприятию окружающего мира в связи с болезнью, инертность в принятии решений, выраженная глубина переживаний. По окончании индивидуальной психотерапии сосредоточенность на плохом самочувствии сменилась на осмысление положительного содержания будущих перспектив и проработку дальнейших действий, направленных на восстановление здоровья и изменение прежнего образа жизни.

**Анализ динамики результатов диагностики по методикам МЦВ Люшера и Теста портретных выборов Сонди в группе пациентов в начале и по окончании курса индивидуальной психотерапии.** В результате обобщения и содержательной интерпретации значений векторов и факторов теста портретных выборов Сонди до и после прохождения индивидуального психотерапевтического курса в рамках индивидуально-типологического подхода были обнаружены следующие изменения психодиагностических показателей: склонность к внешнеобвиняющему агрессивному реагированию приобрела менее выраженные показатели, эгоистические тенденции уменьшились, конфликтность, повышенный самоконтроль и недоверчивость после прохождения курса психотерапии также уменьшили свои показатели.

Анализ результатов диагностики по методике МЦВ Люшера выявил изменения в таких характеристиках: уровень фрустрированности потребности в перспективе и надежде на лучшее снизился, равно как и стремление к покою и отдыху; неудовлетворенность отношением к себе осталась неизменной; негативное отношение к ситуации нивелировалась, тревожность уменьшилась. Возросли показатели волевых качеств и уверенности в собственных силах.

**Динамика психоэмоционального состояния и физического самочувствия пациентов, прошедших курс сочетанной терапии.** Данная группа была разделена на две части: на первом этапе оценки динамики психоэмоционального состояния в этой группе пациентов мы проанализировали наличие и характер изменений в субъективной оценке собственного душевного равновесия и эмоционального состояния пациентов, которое они оценивали с помощью методики семантического дифференциала. Так как значения в группе по шкалам модифицированного варианта семантического дифференциала, который мы использовали в диагностике, оказались в достаточной степени однородными, в дальнейшем анализировались средние значения для группы по каждой шкале.

Как видно из графика изменения средних значений на рис. 25, динамика показателей по каждой из шкал достаточно выражена. Наиболее явные улучшения самочувствия наблюдаются по шкалам «плохой — хороший». После курса групповой терапии пациенты чувствуют себя более спокойно, уравновешенно и «приятно». Правда, как и ранее, показатели по всем шкалам при диагностике после курса

групповой психотерапии варьируются в рамках не выше среднего уровня выраженности (1,5 балла по шкалам СД). Высокие показатели, отражающие положительную субъективную оценку состояния пациентов, отсутствуют, что позволяет сформулировать допущение о недостаточной роли исключительно психотерапевтических мероприятий, направленных на улучшение психоэмоционального состояния пациентов.

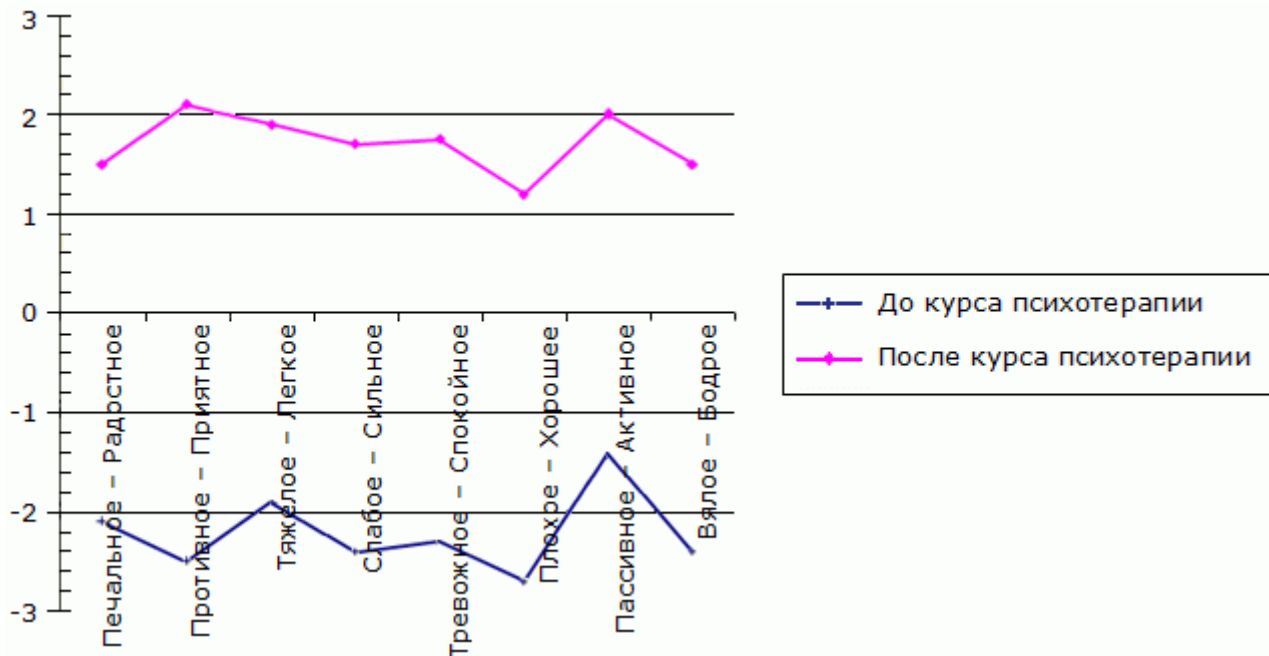


Рис. 25. Динамика субъективной оценки душевного равновесия пациентов (средние значения по шкалам) в группе до и после прохождения курса сочетанной терапии (по результатам семантического дифференциала).

Динамика субъективной оценки пациентами собственного физического состояния также положительна и достаточно выражена (см. рис. 26). Показатели по всем шкалам выявили тенденцию к положительному полюсу, но тоже в рамках среднего уровня.

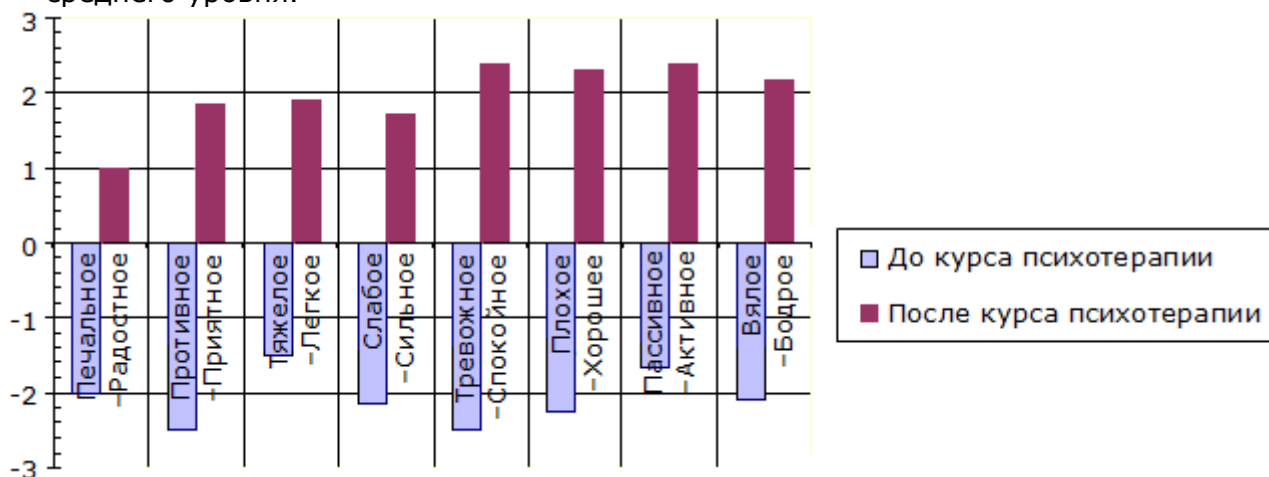


Рис. 26. Динамика субъективной оценки физического состояния пациентов (средние значения по шкалам в группе) до и после прохождения курса сочетанной терапии (по результатам модифицированного варианта семантического дифференциала).

Важно, что и после прохождения курса групповой экзистенциально-гуманистической психотерапии пациенты продолжали жаловаться на головные боли, резкую смену настроения, вялость, отсутствие мотивации к профессиональной



деятельности.

**Анализ динамики результатов, полученных по шкалам методики Мини-Мульт в группе пациентов в начале и по окончании курса сочетанной терапии.** Так как мы анализируем малые зависимые группы (до 15 человек) до и после прохождения курса групповых сеансов психотерапии и приема психофармакологических средств, главным статистическим методом для сравнения показателей мы выбрали непараметрический критерий знаков, который позволяет сравнить две зависимые выборки на основании сопоставления количества положительных и отрицательных сдвигов значений. Вспомогательным методом математического анализа мы выбрали непараметрический критерий Вилкоксона. В качестве нулевой и рабочей гипотезы нашего экспериментального исследования мы принимаем следующие утверждения:

H<sub>0</sub> — различия между показателями по шкалам методики Мини-мульт в группе пациентов с заболеваниями гастроэнтерологического спектра до и после прохождения курса сочетанной терапии статистически не значимы.

H<sub>1</sub> — различия между показателями по шкалам методики Мини-мульт в группе пациентов с заболеваниями гастроэнтерологического спектра до и после прохождения курса сочетанной терапии значимы.

Различия оценивались между показателями по каждой шкале методики Мини-мульт. Так как непараметрические критерии позволяют за один аналитический этап оценить лишь одну пару переменных, характеризующих зависимые группы, таблицы результатов анализа описывают каждую пару отдельно.

В результате проверки наличия значимых различий между показателями до и после прохождения психотерапевтического курса по шкалам методики Мини-мульт мы получили следующие данные: достоверная динамика показателей была выявлена по шкалам: F (аггравация), K (повышенный самоконтроль), D (депрессия), H<sub>у</sub> (истерия) и H<sub>с</sub> (ипохондрия). По остальным пяти шкалам методики Мини-мульт значимые различия выявлены не были.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The median of differences between Pa_a and Pa_b equals 0.	Related-Samples Sign Test	.549 <sup>1</sup>	Retain the null hypothesis
2	The median of differences between Pa_b and Pa_a equals 0.	Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test	.722	Retain the null hypothesis

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

<sup>1</sup> Exact significance is displayed for this test.

Рис 27. Результирующая таблица анализа различий показателей шкалы Pa (паранойяльности) по критерию знаков и критерию Вилкоксона, подкрепляющая нулевую гипотезу.

На рис. 28 видно, что показатель Sig имеет в обоих случаях значение, превышающее максимальный допустимый уровень значимости 0,05. Это дает нам основания для подтверждения нулевой гипотезы: различия между показателями по шкале H<sub>у</sub> (истероидности) в группе пациентов с заболеваниями гастроэнтерологического спектра до и после прохождения курса сочетанной терапии не значимы.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The median of differences between K_a and K_b equals 0.	Related-Samples Sign Test	.001 <sup>1</sup>	Reject the null hypothesis
2	The median of differences between K_b and K_a equals 0.	Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test	.003	Reject the null hypothesis

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

<sup>1</sup> Exact significance is displayed for this test.

Рис. 28. Результирующая таблица анализа достоверных различий показателей шкалы К (коррекции) по критерию знаков и критерию Вилкоксона, подкрепляющая рабочую гипотезу.

Показатель Sig. на рис. 28—29 имеет значение ниже допустимого уровня значимости 0,05. Это дает нам основания для подтверждения рабочей гипотезы: различия между показателями по шкалам F (агривации), К (повышенного самоконтроля), D (депрессии), Н<sub>у</sub> (истерии) и Н<sub>с</sub> (ипохондрии) в группе пациентов с заболеваниями гастроэнтерологического спектра до и после прохождения курса сочетанной терапии значимы.

#### Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The median of differences between Hs_a and Hs_b equals 0.	Related-Samples Sign Test	.012 <sup>1</sup>	Reject the null hypothesis
2	The median of differences between Hs_b and Hs_a equals 0.	Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test	.008	Reject the null hypothesis

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

<sup>1</sup> Exact significance is displayed for this test.

Рис. 29. Результирующая таблица анализа достоверных различий показателей шкалы Н<sub>с</sub> (ипохондрии) по критерию знаков и критерию Вилкоксона, подкрепляющая рабочую гипотезу.

Выявив значимые различия по шкалам достоверности и ипохондрии в группе пациентов до и после прохождения курса экзистенциально-гуманистической психотерапии, для раскрытия характера изменений по этим шкалам мы определили значения описательных статистик: средних значений по шкалам и стандартного отклонения (Таблицы 8—9).

Таблица 8

Средние значения показателей по шкалам Мини-мульти в группе пациентов до начала сочетанной терапии

## Statistics

	L_b	F_b	K_b	Hs_b	D_b	Hy_b	Pd_b	Pa_b	Pt_b	Sc_b	Ma_b
Valid N	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean	55,81	69,18	50,09	61,45	56,9	57,9	58,63	63,72	60,09	63,45	51,31
Std. Deviation	5,16146	4,64660	5,55796	5,92222	7,25172	6,4917	7,57525	11,5943	9,0643	7,21418	8,68044
Minimum	48,0	54,0	40,0	55,0	40,0	47,0	39,0	50,0	48,0	52,0	40,00
Maximum	70,0	79,0	58,0	70,0	70,0	69,0	72,0	85,0	80,0	79,0	63,00

Оценивая минимальные и максимальные значения по шкалам, констатируем, что выбросы в распределении значений в данных зависимых выборках отсутствуют. Отсутствие выбросов делает статистически правомерной оценку показателей средних значений в дальнейшем.

Таблица 9

Средние значения показателей по шкалам Мини-мульти в группе пациентов по окончании сочетанной терапии

## Statistics

	L_a	F_a	K_a	Hs_a	D_a	Hy_a	Pd_a	Pa_a	Pt_a	Sc_a	Ma_a
Valid N	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean	53,54	65,36	50,81	56,36	54,45	55,09	57,09	61,09	60,27	63,09	50,9
Std. Deviation	3,8043	6,91	6,32	4,80	6,36	6,56	5,82	6,59	7,49	8,51	7,942
Minimum	48,0	54,0	40,0	50,0	47,0	44,0	45,0	55,0	48,0	52,0	40,00
Maximum	65,0	69,0	55,0	61,0	64,0	61,0	62,0	70,0	63,0	72,0	59,00

После окончания курса сочетанной психофармакотерапии уменьшились средние показатели **по восьми шкалам:** лжи, ипохондрии, истероидности, депрессии, психопатии, паранойи и психастении. С целью более содержательного анализа различий представлено два графика (рис. 11). Изменения по шкале достоверности (аггравации) среди пациентов проявляются в снижении тенденции к гиперболизации симптоматической характеристики собственного состояния, а также в том, что стремление подчеркнуть максимальную тяжесть физического состояния после прохождения курса психотерапии нивелировалось.

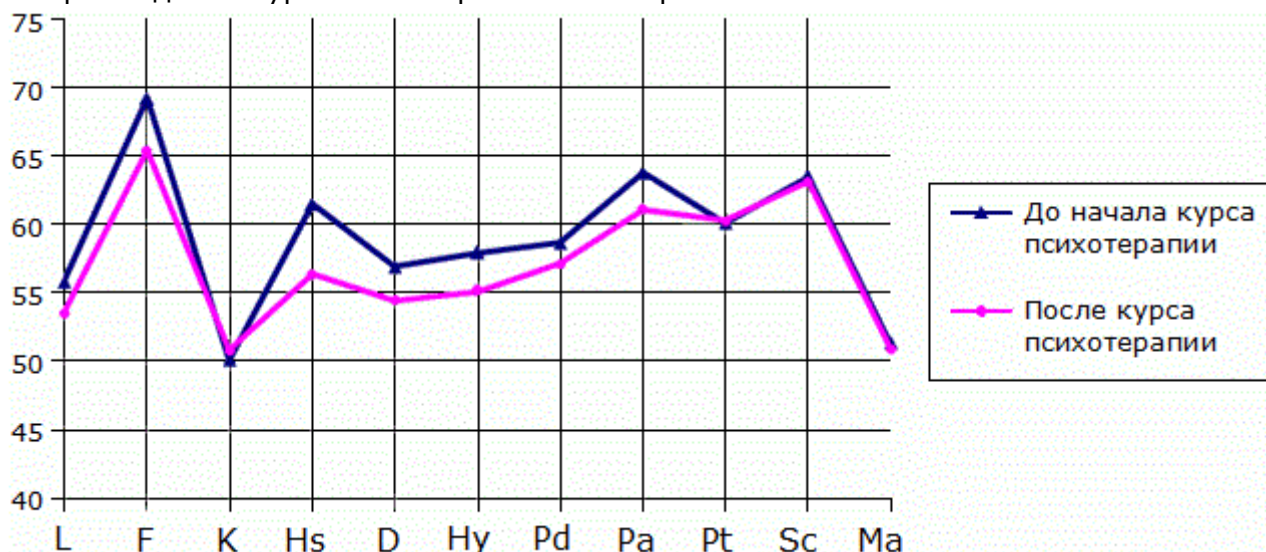


Рис. 30. Динамика показателей по шкалам Мини-мульти до и после курса прохождения групповой психотерапии с приемом психотропных препаратов.

Как следует из рис. 30, положительная динамика психоэмоционального состояния в группе пациентов, прошедших курс сочетанной психофармакотерапии, имеет наиболее выраженный характер (в сравнении с группами, проходившими исключительно курс групповой психотерапии). В начале курса групповой психотерапии среди пациентов, которые также принимали психотропные препараты, регистрировались: преобладание пассивной личностной позиции, высокий уровень осознания имеющихся проблем через призму неудовлетворенности и пессимистической оценки своих перспектив, склонность к негативному восприятию окружающего мира в связи с болезнью, инертность в принятии решений, выраженная глубина переживаний. По окончании курса групповой сочетанной психофармакотерапии сосредоточенность на плохом самочувствии сменилась осмыслением положительного содержания будущих перспектив, рефлексией дальнейших действий, направленных на восстановление здоровья и изменение прежнего образа жизни.

**Анализ динамики результатов диагностики по методикам МЦВ Люшера и Теста портретных выборов Сонди в группе пациентов в начале и по окончании курса сочетанной терапии.** В результате обобщения и содержательной интерпретации значений векторов и факторов теста портретных выборов Сонди до и после прохождения психотерапевтического курса в рамках индивидуально-типологического подхода были обнаружены следующие изменения психодиагностических показателей: склонность к внешнеобвиняющему агрессивному реагированию приобрела менее выраженные показатели; возрасла эмоциональная устойчивость; уменьшились эгоистические тенденции, конфликтность; повышенный самоконтроль и недоверчивость после прохождения курса сочетанной психофармакотерапии также редуцировались. До прохождения курса сочетанной терапии результаты диагностики выявили следующие характеристики у пациентов: пассивную жизненную позицию, высокий уровень алекситимии, блокирование потребности в аффилиации с усилением интерпсихической активности, неуверенность и неудовлетворенность жизненной ситуацией, недоверчивость и эмоциональную лабильность, усиление механизмов вытеснения. Также пессимистичное ожидание, блокирование потребности в аффилиации и социальной помощи, использование стратегии самообвинения. Сложность в определении собственных чувств и желаний, в построении собственной системы ценностей и оценок существенно затрудняют адекватное реагирование на происходящее.

Анализ результатов диагностики по методике МЦВ Люшера выявил изменения в следующих характеристиках: снижение уровня фрустрированности потребности в перспективе и надеждах на лучшее; степень неудовлетворенности по отношению к себе осталась прежней; негативное отношение к ситуации нивелировалась; тревожность снизилась. Возросли показатели волевых качеств и уверенности в собственных силах. Также результаты диагностики выявили повышение фрустрационной устойчивости, формирование мотивации к лечению и личностной активности пациента в лечебном процессе; отмечено изменение дезадаптивных форм поведения и выраженности эмоциональных нарушений, а также проявление потребности в оптимизации образа жизни.

## Выводы

Проведенное исследование дает основания для ряда выводов о возможностях современной личностно-ориентированной психотерапии при лечении соматогений. При этом учитывалось, что содержание жалоб, объективация психоэмоционального состояния, а также собственная субъективная оценка среди пациентов с заболеваниями гастроэнтерологического спектра в пяти экспериментальных группах до начала психотерапевтического и фармакологического лечения имели следующие общие черты: высокий уровень тревожности, обусловленный наличием глубинных неосознаваемых страхов из-за неопределенности перспектив, дефицита информации в прогнозировании собственного будущего, который создает постоянное фоновое ощущение опасности и незащищенности; снижение активности при выраженной потребности восстановить прежний образ жизни; конверсия психологических проблем

в соматические расстройства; понижение фрустрационной толерантности, пассивная жизненная позиция, повышенный уровень алекситимии, блокирование потребности в аффилиации с усилением интерпсихической активности.

По окончании психотерапевтического воздействия наиболее выраженная достоверная положительная динамика психоэмоционального состояния наблюдалась у пациентов, проходивших сочетанную психофармакотерапию. Достоверные положительные изменения были выявлены с помощью диагностической методики Мини-мульти по шкалам лжи, ипохондрии, истероидности, депрессии, психопатии, паранойи и психастении. Механизм защиты по типу «бегства в болезнь», при котором болезнь является ширмой, маскирующей стремление переложить ответственность за существующие проблемы на окружающих, также редуцировался именно у пациентов этой группы. У них, в том числе, снизились показатели гипостенического круга, выявляющие преобладание пассивно-страдательной позиции. После прохождения сочетанной терапии пациенты оценивают свое состояние здоровья как хорошее, видят перспективу в лечении. Повысился порог толерантности к стрессу. Увеличилась частота социальных контактов, что положительно повлияло на эмоциональную сферу пациентов и позволило получать удовлетворение в личной жизни и профессиональной деятельности. Достоверно снизилось состояние дезадаптации, отражающееся, в частности, в профиле Мини-мульти повышением 7-й шкалы и характеризующееся нарушениями сна, навязчивыми страхами, чувством растерянности, беспокойства, ощущением надвигающейся беды.

По результатам повторной диагностики, с помощью методик МЦВ Люшера и Сонди, достоверные различия были выявлены в группах пациентов, прошедших курс групповой арт-терапии и сочетанной терапии. Среди таких показателей, как повышенная тревожность, склонность к самоанализу, сдержанность в проявлении чувств, стремление к избеганию конфликтов, мы выявили тенденцию к уменьшению показателей этих психологических признаков.

Таким образом, на основании полученных данных можно с высокой степенью достоверности сформулировать вывод о том, что наиболее значимые в клиническом смысле результаты, как относящиеся к улучшению самочувствия, снижению общего стресса, снижению параметра «аггравация состояния», снижению пика шкал, свидетельствующих о степени выраженности реактивного состояния пациентов, так и сопровождающиеся улучшением динамики лабораторных анализов, наблюдались у пациентов, проходивших сочетанную (психологическую, фармакологическую и нозологически ориентированную) терапию.

Из этого следует, что в настоящее время нет доказательных оснований выносить категоричные суждения о достаточности психотерапии самой по себе, тем более о её патогенетической миссии во всех тех ситуациях, когда речь не идет исключительно о процессах, относящихся к психогении. Вместе с тем, заслуживает внимания то обстоятельство, что различные психотерапевтические подходы так или иначе выполняют вспомогательные функции, относящиеся к процессам эмоционального реагирования, переключения внимания с доминанты соматического страдания на личностные ресурсы пациента, а также влияющие на образ «Я», процессы самопрезентации. Иными словами, они расширяют сознание пациента, что лишает переживания, связанные с заболеванием, доминирующей значимости. Последнее обстоятельство, как мы полагаем, способствует освобождению ресурсов пациента как на уровне организма (нервная, эндокринная, иммунная системы), так и на уровне личностного «Я», и открывает дополнительные возможности для обеспечения эффективности лечебного процесса и восстановления здоровья во всех смыслах этого комплексного феномена. Несмотря на весьма богатую палитру эмоциональных и личностных изменений ситуативного характера, которые имели место в группах, проходивших курс психотерапии в определенном подходе (когнитивно-поведенческий, экзистенциально-феноменологический, арт-терапевтический, а также культуросообразные методы консультативной работы, в частности, метод этического персонализма в индивидуально-психологическом консультировании), наиболее выраженная достоверная динамика положительного характера наблюдалась у пациентов, проходивших именно сочетанную психотерапию. Именно в ней содержится реальный потенциал лечения вторичных невротических расстройств, вызванных длительными и отягощенными соматическими заболеваниями.

<sup>2</sup> Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью программного пакета IBM SPSS Statistics 20.0. ↑ ([http://mprj.ru/archiv\\_global/2017\\_4\\_45/nomer10.php#vozvrat2](http://mprj.ru/archiv_global/2017_4_45/nomer10.php#vozvrat2))

### Литература

1. Бабич В.В. Психотерапія у комплексному лікуванні розладів адаптації у хворих з гострим інфарктом міокарду: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Укр. НДІ соц. і суд. психіатрії та наркології. – Киев, 2008. – 20 с.
2. Булюбаш И.Д., Морозов И.Н., Приходько М.С. Психологическая реабилитация пациентов с последствиями спинальной травмы. – Самара: Издательский Дом «Бахрах-М», 2011. – 272 с.
3. Бурно М.Е. Клиническая психотерапия. – 2-е изд. – М.: Академический проект, 2006. – 800 с.
4. Використання психотерапії в комплексному лікуванні та реабілітації ревматологічних хворих / К.М. Амосова, С.А. Самар, Д.М. Вінніков та співавт. // Питання діагностики та лікування: збірник наукових праць. – Киев, 1995. – С. 83.
5. Воробйов В.В. Психологічні й сексуальні чинники в генезі мастопатії та їх психокорекція: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Харк. мед. акад. післядиплом. освіти МОЗ України. – Харьков, 2009. – 20 с.
6. Воронов М. Психосоматика. Практическое руководство. – Киев: Ника-Центр, 2004. – 256 с.
7. Гаськов В.С. Психотерапия у больных гипертонической болезнью с учетом ведущих репрезентативных каналов // Український вісник психоневрології. – 1995. – Т. 3, вип. I. – С. 166–167.
8. Гройсман А.Л. Медицинская психология: Лекции для врачей – слушателей курсов последипломного образования. – М.: Издательство Магистр, 1997. – 360 с.
9. Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. – Л.: Медицина, 1983. – 312 с.
10. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия: в 2 т. / пер. с англ. – М.: Медицина, 1994. – Т. 1. – 670 с.
11. Клиническая психология / под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер. – 4-е изд. – 2011. – 864 с.
12. Коростий В.И. Место психотерапии в комплексном лечении непсихотических психических расстройств у больных с психосоматическими заболеваниями // Медицинская психология: науч. мед. журн. – Харьков, 2009. – Т. 4, № 2–3. – С. 139–141.
13. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Социодинамическая психиатрия. – М.: Академический Проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2000. – 460 с.
14. Корягин Ю.А., Рашевский А.И. Работа психотерапевта в отделении реабилитации кардиологических больных // Вопросы клинической и социальной психологии и психиатрии: тез. докл. – Днепропетровск, 1996. – С. 93–94.
15. Кочарян А.С. Эффективность методик психодиагностики сложных многоуровневых психологических образований (на примере симптомокомплекса маскулинности/феминности) // Журнал практикующего психолога. – 2010. – Вып. 17. – С. 163–174.
16. Кулаков С.А. Практикум по психотерапии психосоматических расстройств. – СПб.: Речь, 2007. – 294 с.
17. Кутова Н.В., Маркова М.В. Хронічний панкреатит — як модель соматичної хвороби з психотравматичними наслідками // Український вісник психоневрології: Тези науково-практичної конференції з міжнародною участю «Сучасні підходи до діагностики, терапії та реабілітації посттравматичних стресових розладів» 28-29.05.2015 р. м. – Харків. – 2015. – Т. 23, вип. 2(83). – С. 111–112.
18. Личность больных невротическими расстройствами: полоролевой аспект / А.С. Кочарян, Е.В. Сапрыкина, А.В. Сапрыкин [и др.] // Международный медицинский журнал. – 2002. – № 2. – С. 67–70.
19. Максименко К.С. Личностно-ориентированная терапия эмоциональных расстройств при соматогеніях. – Киев: Издательский Дом "Слово", 2015 – 352 с.

20. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: учебное пособие. – 5-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2005. – 432 с.
21. Михайлов Б.В., Сердюк А.И., Федосеев В.А. Психотерапия в общесоматической медицине: Клиническое руководство / под общ. ред. Б.В. Михайлова. — Харьков: Прапор, 2002. – 128 с.
22. Мороз С.М. Психопатологія і патопсихологія інвалідності внаслідок соматичних захворювань (феноменологія, механізми формування, принципи соціальної реабілітації): автореф. дис. ... док. мед. наук / Харк. мед. акад. післядиплом. освіти. – Харьков, 2010. – 39 с.
23. Обухов Я.Л. Глубинно-психологический подход в психотерапии психосоматических заболеваний. – М.: РМАПО, 1997. – 33 с.
24. Простомолотов В.Ф. Психосоматические расстройства. Клиника. Патогенез. Терапия. Профилактика: руководство для психологов и врачей. – Одесса: КП ОГТ, 2007. – 295 с.
25. Рослякова В.А. Клинико-психопатологическая характеристика депрессивных расстройств непсихотического уровня у больных с опухолями челюстно-лицевой области // Медицинская психология: науч.-мед. журн. – Харьков, 2012. – Т. 7, № 1. – С. 85–88.
26. Самушия М.А., Зубова И.В. Нозогении (психогенные реакции) при раке молочной железы // Психические расстройства в общей медицине. – 2009. – № 1. – С. 24–29.
27. Тхостов А.Ш. Психотерапевт и его магия // Психология. – 2006. – Т. 3, № 1. – С. 103–109.
28. Щеглов Л.М. Психология соматического больного // Медицинская психология: науч.-мед. журн. – Харьков, 2006. – Т. 1, № 3. – С. 22–28.
29. Garcia-Vega E., Fernandez-Rodriguez C. A stress management programme for Crohn's disease // Behav Res Ther. – 2004. – Vol. 42, № 4. – P. 367–383.
30. Maksimenko K. Mental Conditions // Maksimenko S.D. Genesis of Personality Existence. – Montreal: Accent Graphics Communication, 2015. – P. 271–293.
31. Psychosocial determinants of relapse in ulcerative colitis: a longitudinal study / A. Bitton, M.J. Sewitch, M.A. Peppercorn [et al.] // Am J Gastroenterol. – 2003. – Vol. 98, № 10. – P. 2203–2208.
32. Von Wietersheim J., Kessler H. Psychotherapy with chronic inflammatory bowel disease patients: A Review // Inflamm Bowel Dis. – 2006. – Vol. 12, № 12. – P. 1175–1184.

### **Ссылка для цитирования**

УДК 159.9:615.851-072.8

Бондаренко А.Ф., Максименко К.С. Экспериментальное исследование эффективности личностно-ориентированной психотерапии при соматогениях (на материале пациентов с хроническими заболеваниями гастроэнтерологического профиля). Сообщение 3 // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2017. – Т. 9, № 4(45) [Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: чч.мм.гггг).

## Деятельность

### Публикации и выступления

Консультирование и психотерапия (<https://prof-bondarenko.kiev.ua/konsultirovanie-i-psihoterapiya.html>)

## Обучение психологов

Другая жизнь (<https://prof-bondarenko.kiev.ua/drugaya-gign.html>)

Психотерапия для всех (<https://prof-bondarenko.kiev.ua/psihoterapiya-dlya-vseh.html>)

---

## Анонсы

обратите внимание на новую статью автора (</news-show-42.html>)

📅 22 ноября 2018, 21:26

В разделе сайта "научные публикации" можно ознакомиться с новой статьей автора "Этический персонализм: синтез кросс-культурного и индигенного в психологическом консультировании" Эту и другие публикации автора вы можете найти на портале <http://ruspsy.net/>

Обновление в разделе научных публикаций (</news-show-33.html>)

📅 02 февраля 2016, 00:00

Соотношение процессов консультирования и психотерапии в разрешении межличностных конфликтов

Внимание, новая научная публикация (</news-show-39.html>)

📅 30 ноября 1999, 00:00

Уважаемые коллеги! в разделе "Научные публикации" появилась новая статья, посвященная методу Этического персонализма: "Этический персонализм: синтез кросс-культурного и индигенного в психологическом консультировании"

---

## Новости

Свежая публикация на сайте (</news-show-45.html>)

📅 21 ноября 2018, 11:20



На сайт в раздел "научные публикации" добавлена новая статья "Этический персонализм: синтез кросс-культурного и индигенного в психологическом консультировании"

Обновление в разделе "Научные публикации" (/news-show-43.html)

📅 24 ноября 2017, 16:59

на сайт добавлено несколько новых публикаций

---

☎ **Остались вопросы?**

**ОБРАЩАЙТЕСЬ!**

(/kontaktnaya-informaciya.html)

© 2013—2019 Профессор Бондаренко Александр Федорович (<https://prof-bondarenko.kiev.ua>) все права защищены