

Бондаренко А.Ф.

Профессор, доктор психологических наук

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

RU ▾

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

> Экспериментальное исследование личностно-ориентированной психотерапии при соматогениях (сообщение 1)

Экспериментальное исследование личностно-ориентированной психотерапии при соматогениях (сообщение 1)

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 САИ (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.

Постановка проблемы

Особую и едва ли не важнейшую по значимости сферу общественной жизни составляет лечебное дело, а в прямой связи с ним такой вид парамедицинской, да и медицинской деятельности, как психотерапия (в широком смысле этого слова). Развитие именно этого направления современной медицинской психологии получило в наше время немалое значение при решении широкого круга проблем, связанных с обеспечением психотерапевтического аспекта лечения больных не только и не столько с традиционно установившимся кругом заболеваний из области «большой психиатрии», но прежде всего пациентов с нозологическим рядом расстройств из так называемой «малой психиатрии» и, в частности, лечения больных со специфическими психоэмоциональными проблемами, обусловленными хроническим заболеванием. Речь идет о довольно распространенном нозологическом круге даже не столько психосоматических, сколько, преимущественно, **соматических заболеваний**, которые в силу разных обстоятельств (степень тяжести, хронификация, специфические синдромологические и симптомологические сопутствующие факторы и т.д.) чреватые соматогениями, т.е. могут приводить не только к провокациям и манифестациям негативных психических состояний, но и вызывать стойкие расстройства личности (по современной Международной классификации болезней 10-го пересмотра МКБ-10 последние относятся к V классу и, соответственно, обозначены кодом от F 60.0 до F 60.09). Анализ психотерапевтических исследований и конкретных процессов психотерапии на территории постсоветского пространства в целом свидетельствует: все больше и больше исследователей пытаются ставить перед собой собственно теоретические, рефлексивные задачи на определение того, какие именно модели психотерапии, традиционные и новейшие, и каким именно образом могут составлять наиболее эффективный арсенал борьбы с психологическим страданием личности на фоне хронических и тяжелых соматических и психосоматических заболеваний ([1; 2; 3; 4; 5; 6; 9; 11; 12; 13; 14; 15; 16; 17; 18; 19; 20; 21; 22; 23; 24; 25; 26; 27; 28; 29; 30; 31; 32] и др.). Таким образом, сама практика свидетельствует об актуальности проблемы исследования реальных возможностей современной психотерапии применительно к проблематике страданий, в которых человеческая личность может деформироваться не вследствие нейрохимических или органических поражений мозга и нервной системы, а вследствие психо- и соматогений, вызванных тяжелыми хронифицирующими, инвалидизирующими соматическими заболеваниями. На наш взгляд, именно это проблемное поле требует особого внимания на нынешнем этапе развития отечественной медицинской психологии.

Испытуемые

В качестве испытуемых были отобраны пациенты в стадии обострения следующих хронических заболеваний гастроэнтерологического спектра: различные типы хронического гастрита с нормальной или повышенной секрецией, а также с секреторной недостаточностью, помимо этого: простой, катаральный, геморрагический гастриты; хронический холецистит и ангиохолит (холангит), с учетом пациентов после холецистэктомии; язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки; гастроэзофагиальная рефлюксная болезнь, хронический язвенный колит, в том числе хронический колит различной локализации (сигмоидит, проктит, проктосигмоидит), а также синдром раздраженного кишечника¹ (http://mprj.ru/archiv_global/2017_2_43/nomer07.php#snoska).

Общее количество испытуемых составило 144 человека. Из них — 85 (59,09%) женщин и 59 (40,01%) — мужчины в возрастном диапазоне от 24 до 59 лет. Все пациенты из общей выборки 144 человек изначально проходили психодиагностическое тестирование по сокращенной версии методики ММПИ в сочетании с МЦВ Люшера.

Официально процедура именовалась «диагностика актуального состояния». По завершению обследования психолог кратко обсуждал полученные результаты с пациентом, выясняя при этом, проявляет ли тот интерес к работе по «снятию стресса»: в индивидуальной или групповой форме. Те пациенты, психограмма которых представляла исследовательский интерес и которые изъявляли желание поработать с психологом-психотерапевтом, проходили дополнительные собеседования с психологом и «психоневрологом» (так официально именовался врач-психиатр), после чего на отдельном закрытом совещании руководителя проекта (проф. Бондаренко А.Ф.), консультанта-эксперта (канд. психол. наук Максименко К.С.) и врача-психиатра, выносилось окончательное решение о том, включать ли данного пациента в целевую когорту или просто предоставить возможность участия в психотерапевтической работе. Далее каждый из пациентов, изъявивших желание и принявших рекомендацию к участию в психотерапевтической работе, проходил диагностику по методу Л. Сонди (вариант Л.М. Собчик). Более того, каждый пациент по завершению работы получал на руки распечатку первого этапа диагностического заключения, что создавало естественный повод для начала личностно-ориентированной работы. Помимо этого, перед началом каждой индивидуальной или групповой сессии и после её завершения каждый участник психотерапевтической работы заполнял бланк экспресс-диагностики по принципу методики САН (самооценка, активность, настроение), но в варианте личностного семантического дифференциала. Посредством указанных процедур исследовательская команда осуществляла постоянный текущий мониторинг актуального комплексного состояния пациентов, что повышало интерес участников психотерапии к работе и одновременно оказывало определенную информационную поддержку лечащему врачу. В связи со спецификой исследовательского проекта, психологи, работающие с различными группами пациентов, не посвящались в тонкости и нюансы нозологической диагностики и не информировались о том, что другие группы психологов в других лечебных заведениях работают с идентичным контингентом пациентов. Иначе говоря, психологи не были введены в курс сверхзадач данного исследования, хотя общая установка для них состояла в том, что группе пациентов необходима психотерапия, направленная на снижение личностного стресса, связанного с вынужденным пребыванием в гастроэнтерологическом стационаре. Тем самым мы стремились к максимальной реализации требований к соблюдению условий двойного слепого метода в проведении экспериментального исследования² (http://mprj.ru/archiv_global/2017_2_43/nomer07.php#snoska). После завершения своего участия в психотерапевтических занятиях пациент повторно выполнял диагностические программы по методикам Мини-мульт и «Выбор портретов» Л. Сонди, так, что руководитель проекта (проф. Бондаренко А.Ф.) и консультант-эксперт (доц. Максименко К.С.) имели возможность совместно с психологом, врачом-психиатром и, в случае заинтересованности, с лечащим врачом глубоко и всесторонне проанализировать личностную динамику пациента и психотерапевтический эффект.

Как уже отмечалось, психотерапевтическая сессия проводилась ежедневно с 16.00 до 17.30 шесть раз в неделю, за исключением воскресенья. Средняя продолжительность психотерапии для пациентов варьировалась в промежутке от 15 до 20 часов. Девять человек изъявили желание продолжить индивидуальные встречи после выписки из стационара и получили дополнительно от 6 до 10 часов психотерапии. Определенные сложности налагались нормативами койко-часов, фактически выделяемых в современных больницах на пациента, в том числе — не более 14 койко-дней на одного пациента гастроэнтерологического отделения. В продолжение нашего проекта фактическое пребывание пациента в стационаре редко достигало трех рабочих недель. Можно считать, что полученное в условиях соматической клиники психотерапевтическое лечение в действительности соответствует возможностям жителя современного мегаполиса, а по общепринятым стандартам вписывается в каноны краткосрочной психотерапии. Не будем также забывать о том, что наши целевые испытуемые — пациенты соматического, а не психиатрического стационара и у них, естественно, иное отношение к психотерапии, равно как и у психотерапевтов относительно таких пациентов.

Отдельного внимания заслуживает та часть когорты целевых пациентов (15 человек), которая принимала специальные препараты, назначенные врачами-психиатрами в соответствии с психопатологическим заключением и по согласованию с лечащим врачом с учётом основного диагноза. В целом, лист назначений включал

противотревожные препараты (афобазол, стрезам, ксанакс и др.); седативные (глицин, глицисед, седавит и др.); ноотропные препараты (ноофен, пантогам, ноотропил, глицин и др.), а также группу антидепрессантов как растительного происхождения (лайф-900; гелариум-гиперикум, деприм), так и из группы СИОЗС (ципролекс, циталопрам, флуоксетин) и ССОЗСН (венлафаксин, дулоксетин), а при вторичной инсомнии — сонован (зопиклон), вита-мелатонин или, по показаниям, агомелатин (мелитор). Основным исследовательским моментом при этом выступил тот факт, что эта часть когорты пациентов сама, в свою очередь, **делилась на две группы**. Одна из них (7 чел.) ограничивалась приемом вышеуказанных препаратов, а другая (8 чел.) в дополнение к назначенным лекарствам принимала участие и в психотерапии. Сложность же заключалась в том, что, как правило, указанные препараты, за небольшим исключением, назначаются на срок, намного превышающий сроки самой психотерапии. Помимо этого, действие многих из них, тех же антидепрессантов, начинает проявляться не раньше 10—12 дней, так что объективное рассогласование психотерапевтических мероприятий и фармакодинамики с учётом критерия «респондент — нон-респондент» составляло еще один немаловажный нюанс данного исследовательского проекта. С целью обеспечения полноценного лечения особое внимание уделялось вопросам обратной связи, в том числе отсроченной обратной связи, с использованием электронной почты и возможности, в случае необходимости, обратиться к руководителю проекта, а через него — к врачам-психиатрам за рецептом и т.п.

Результаты исследования и их анализ

Динамика психоэмоционального состояния и физического самочувствия пациентов, прошедших курс экзистенциально-гуманистической психотерапии. На первом этапе оценки динамики психоэмоционального состояния в группе пациентов были проанализированы 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 показывает график изменения средних значений на рис. 1, динамика показателей по каждой из шкал достаточно выражена. Наиболее явные улучшения самочувствия наблюдается по шкале «плохой — хороший», после курса групповой терапии пациенты чувствуют себя более спокойно, уравновешенно и «приятно».

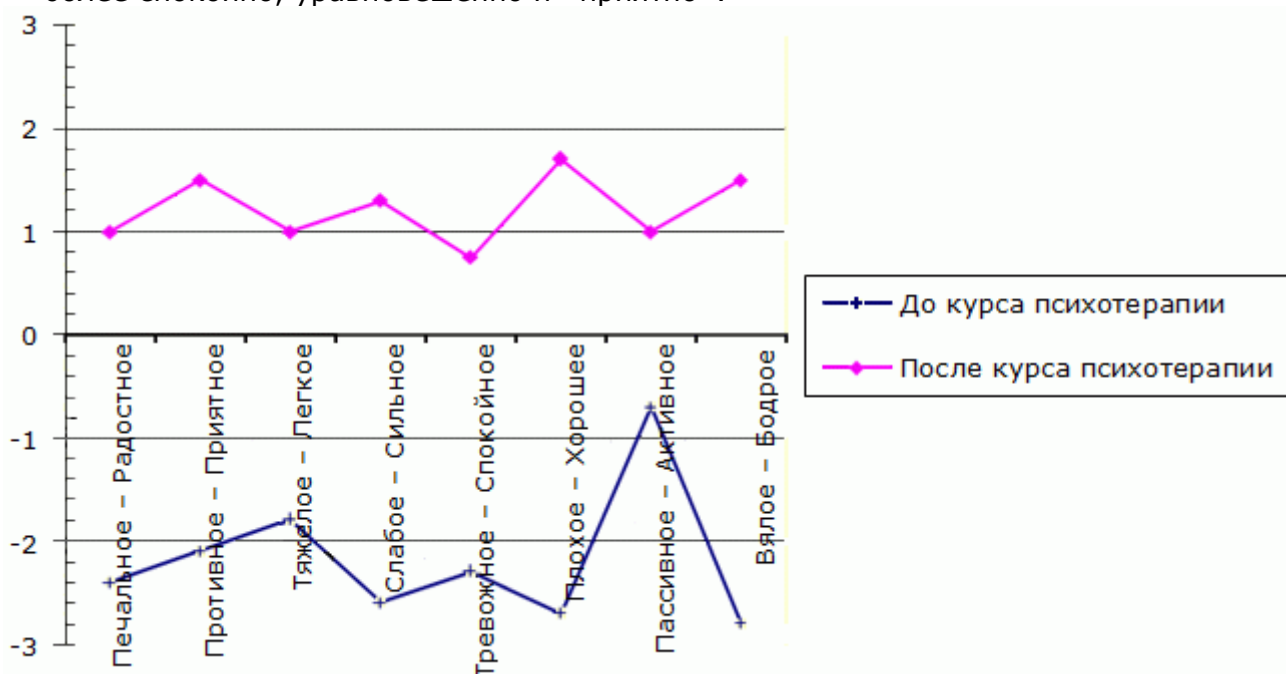


Рис 1. Динамика субъективной оценки душевного равновесия пациентов (средние значения по шкалам в группе) до и после прохождения курса

групповой психотерапии в экзистенциально-гуманистической парадигме
(по результатам семантического дифференциала).

Стоит отметить, что 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 первое основание для допущения о недостаточной роли исключительно психотерапевтических мероприятий, направленных на улучшение психоэмоционального состояния пациентов.

Динамика субъективной оценки пациентами собственного физического состояния также положительна и достаточно выражена (см. рис. 2). Показатели по всем шкалам склонились к положительному полюсу, но также в рамках среднего уровня.

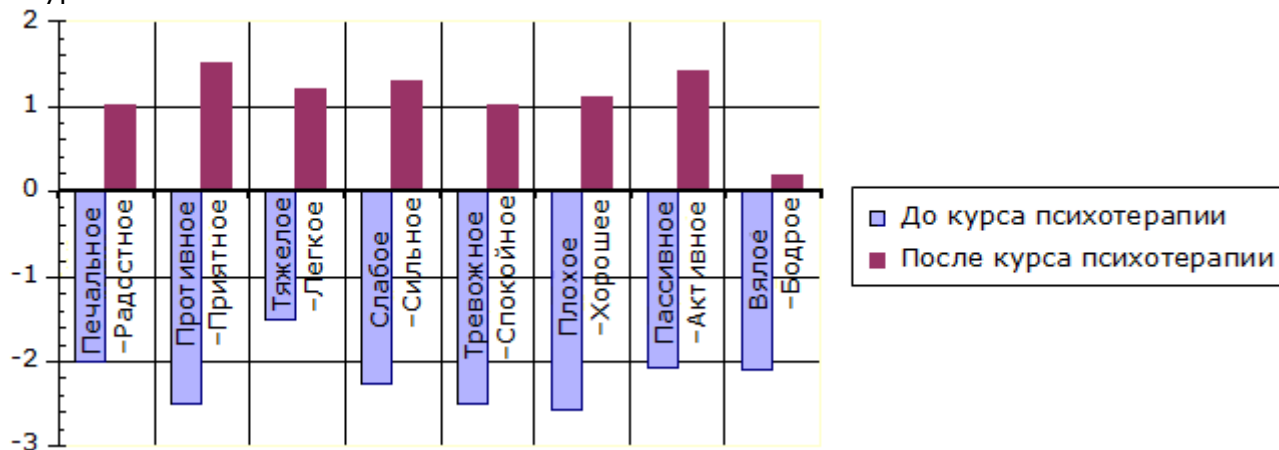


Рис 2. Динамика субъективной оценки физического состояния пациентов (средние значения по шкалам в группе) до и после прохождения курса групповой психотерапии в экзистенциально-гуманистической парадигме (по результатам модифицированного варианта семантического дифференциала).

Характерно, что 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-мульти в группе пациентов в начале и по окончании курса экзистенциально-гуманистической психотерапии. Так как мы анализируем зависимые группы (до 35 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:

H₀ — различия между показателями по шкалам методики Мини-мульти в группе пациентов с заболеваниями гастроэнтерологического спектра до и после прохождения курса экзистенциально-гуманистической психотерапии не значимы.

H₁ — различия между показателями по шкалам методики Мини-мульти в группе пациентов с заболеваниями гастроэнтерологического спектра до и после прохождения курса экзистенциально-гуманистической 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 психотерапевтического курса по шкалам методики Мини-мульти были получены следующие данные: достоверная динамика показателей выявлена по двум шкалам — F (агрессии) и Hs (ипохондри). По остальным девяти шкалам данной методики значимые различия не выявлены.

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 ¹	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.

¹ Exact significance is displayed for this test.

Рис 3. Результирующая таблица анализа различий показателей шкалы L (Лжи), по критерию знаков и критерию Вилкоксона, подкрепляющая нулевую гипотезу³
(http://mprj.ru/archiv_global/2017_2_43/nomer07.php#snoska).

В таблице на рис. 3 мы оцениваем 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 экзистенциально-гуманистической 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 экзистенциально-гуманистической 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 ¹	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.

¹ Exact significance is displayed for this test.

Рис 4. Результирующая таблица анализа достоверных различий показателей шкалы F (достоверности) по критерию знаков и критерию Вилкоксона, подкрепляющая рабочую гипотезу.

Показатель Sig. в таблицах на рис. 4–5 имеет значение ниже допустимого уровня значимости 0,05. Это дает нам основания для подтверждения статистической гипотезы, а именно: различия между показателями по шкалам F (аггравации) и Hs (ипохондри) в группе пациентов с заболеваниями гастроэнтерологического спектра до и после прохождения курса экзистенциально-гуманистической 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 ¹	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.

¹ Exact significance is displayed for this test.

Рис 5. 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 экзистенциально-гуманистической психотерапии, для раскрытия характера изменений по этим шкалам мы определили значения описательных статистик: средних значений по шкалам и стандартного отклонения (таблицы 1–2).

Таблица 1

Средние значения показателей по шкалам Мини-мульти в группе пациентов в начале прохождения курса групповой экзистенциально-гуманистической 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 2

Средние значения показателей по шкалам Мини-мульти в группе пациентов по окончании групповой экзистенциально-гуманистической 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	55, 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 группового курса экзистенциально-гуманистической психотерапии уменьшились средние показатели по шкалам достоверности и ипохондрии, что свидетельствует о положительной динамике психоэмоционального состояния у пациентов.

С целью более содержательного анализа различий мы вывели два графика (рис. 6). Статистически значимые различия между показателями по шкалам в группе пациентов до и после прохождения курса психотерапии были выявлены по двум шкалам: достоверности (аггравации) 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.

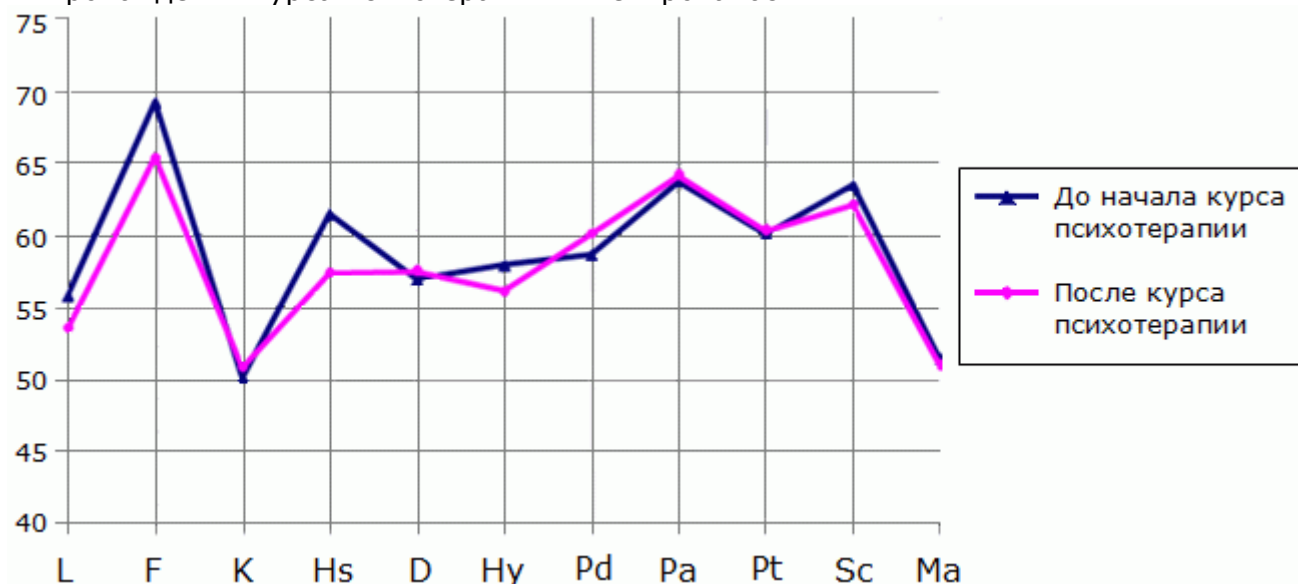


Рис 6. Динамика показателей по шкалам Мини-мульти до и после курса прохождения экзистенциально-гуманистической психотерапии.

В начале курса групповой 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 курса групповой экзистенциально-гуманистической психотерапии сосредоточенность на плохом самочувствии сменилась на осмысление положительного содержания будущих перспектив, нахождение новых смыслов жизни, дальнейших действий, направленных на восстановление здоровья, изменение образа жизни.

- ¹ Исследовательский проект проводился на базе следующих лечебных учреждений: Центральный клинический госпиталь Государственной пограничной службы Украины (заведующая клиникой гастроэнтерологии Поплавская В.В., лечащий врач Войтенко С.О.); городская клиническая больница № 12 г. Киева (заведующая гастроэнтерологическим отделением Голуб Н.С., лечащие врачи Кулаковская Т.Т. и Меркулова И.О.); медицинское научно-практическое объединение "Медбуд" Холдинговой компании "Киевгорстрой" (заведующая гастроэнтерологическим отделением и лечащий врач Малеева Ю.Н.). ↑ (http://mprj.ru/archiv_global/2017_2_43/nomer07.php#vozvrat1)
- ² Пользуясь случаем, авторы выражают глубокую признательность за неоценимую помощь в работе коллегам-психологам канд. психол. наук Б.С. Божуку, канд. психол. наук Н.А. Кучеровской, канд. психол. наук Л.В. Дзюбко, канд. психол. наук И.А. Коваль, канд. психол. наук С.Л. Федько, а также врачам-психиатрам д-ру мед. наук Е.А. Хаустовой и канд. мед. наук Т.И. Левиной. Особая благодарность Н.К. Лопушанской за содействие в статистической обработке большого массива полученных данных. ↑ (http://mprj.ru/archiv_global/2017_2_43/nomer07.php#vozvrat2)
- ³ Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью программного пакета IBM SPSS Statistics 20.0. ↑ (http://mprj.ru/archiv_global/2017_2_43/nomer07.php#vozvrat3)

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. 1. – 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 соматогениях. – 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 1 // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2017. – Т. 9, № 2(43). – С. 8 [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

