

## ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ПСИХОТЕРАПІЇ У СОМАТИЧНИХ ХВОРИХ

УДК 159.9:61:616.89-053.9:614.4

Коваль І.А.

*Дослідження ефективності застосування психотерапії у хворих з різними соматичними захворюваннями.*

*Ключові слова: психотерапія, індивідуально-психологічні особливості особистості, соматичні хвороби.*

*Исследование эффективности применения психотерапии у больных с различными соматическими заболеваниями.*

*Ключевые слова: психотерапия, индивидуально-психологические особенности личности, соматические заболевания.*

*The research of psychotherapy in patients with various somatic diseases.*

*Keywords: psychotherapy, individual psychological characteristics of personality, physical illness.*

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.

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, ухилення 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 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.

Мета дослідження полягає у аналізі ефективності застосування психотерапії у соматичних хворих.

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, багато лікарів-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 постінфарктних 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: у I – з гіпертонічною хворобою, у 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). Обчислені середні дані про динаміку окремих показників методики САН представлено у таблиці (див. табл. 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. 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 бали 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).

Таблиця 1.

## Усереднені дані про динаміку показників САН внаслідок психотерапії

Показники	група I	група II	група III	група IV
самопочуття				
до сесії	3,4±1,2	3,9±2,1	4,5±2,5	4,1±0,4
після	6,8±0,5	6,6±1,4	7,5±1,2	6,2±0,2
приріст	3,5±0,8	2,7±1,2	2,0±1,4	2,1±0,5
до сесії	3,8±2,1	4,4±0,5	5,2±0,6	4,6±0,3
активність після	7,1±1,2	6,3±0,6	6,7±0,7	6,1±0,4
приріст	3,3±1,2	1,9±0,5	1,5±0,4	1,5±0,3
настрій до сесії	3,9±1,3	3,8±0,6	5Д±1,5	4,4±0,2
після	7,4±0,4	7,4±0,3	7,4±1,3	6,1±0,5
приріст	3,5±0,6	3,6±0,4	2,3±1,4	1,7±0,4

Найвищі вихідні показники самопочуття (4,5±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±1,4) показників цієї характеристики внаслідок сеансів психотерапії, однак при цьому були досягнуті найвищі абсолютні результати (7,5±1,2).

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

У першій групі спостерігався найвищий приріст (3,3±1,1), були досягнуті найвищі абсолютні результати внаслідок психотерапії (7,5±1,2), хоча показники були найнижчими (3,8±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±0,5) остаточні результати були незначні (6,3±0,6), що і дало досить низький приріст (1,9±0,5) показників цієї характеристики внаслідок сеансів психотерапії. Найнижчий приріст (1,5±0,3) мав місце у четвертій групі, так само як і найнижчі отримані результати (6,1±0,4). Такі ж результати щодо приросту (2,5±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, настрій, 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 ±0,4). При цьому остаточні результати (7,4±0,3) такі ж, як і у першій та третій групах, а приріст досягнуто за рахунок найнижчих (3,8±0,6 проти 3,9±1,3 у першій та 5,1±1,5 у третій групах) вихідних значень цієї характеристики. Відмінності у прирості (3,5±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 настроїв, як і їх динаміки.

Як відомо нейрофізіологічним субстратом організації актуального психофізіологічного стану людини є лімбійно-гіпоталамо-ретикулярний комплекс, де особлива роль у психофізіологічному регулюванні належить гіпоталамусові [3], що являє собою досить високий рівень інтегративної діяльності мозку; складається з зон, подразнення яких спричиняє різноманітні вегетативні ефекти, що супроводжуються паралельною появою емоційних реакцій, з чим і пов'язана його особлива роль серед лімбійних структур, що контролюють тривожність і страх [2].

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 двосединому процесі соціалізації й індивідуалізації» [1, 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-а 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-а 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-я 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).

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 складало  $\pm 4,2$  бала), а після завершення останніх –  $3,6 \pm 1,2$ .

**Таблиця 2**  
**Узагальнені дані про динаміку психоемоційного стану респондентів**  
**внаслідок психотерапії**

Рівень емоційної стабільності	група I (y %)	група II (y %)	група III (y%)	група IV (y%)
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

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 несгійкість, контрастні прояви агресивності та вразливості, залежності та протестних реакцій, драгівливості та образливості. Мова йде про тенденцію до витіснення досить виявленої агресії, що спричиняє психосоматичні проблеми та вегето-судинний 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 (-6-3), 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 та 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 спостерігалося зміщення основних кольорів у ліву частину кольорового ряду. Часто спостерігається поєднання кольорів (+1+4), що вказує на змішаний, емоційно-нестійкий 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).

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

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

І група. Провідні типологічні тенденції – тривожність та інтровертованість. Дезадаптація, передусім, за психастеничним, 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 експекта-

ціям групи, інертності у прийнятті рішень, підвищеної помисливості та самокритичності тощо).

II група. Провідні типологічні тенденції – тривожність та екстравертованість. Деадаптація, 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). Деадаптація передусім за імпульсивним типом. Незначний 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.

### Література:

1. Братусь Б.С. К проблеме человека в психологии// Вопросы психологии. – 1997. - № 5. – С. 3-19.
2. Варганян Г.А. Петров Е.С. Эмоции и поведение. – Л.: Наука, 1996. - 144 с.
3. Гельгорн Э., Луфборроу Д. Эмоции и эмоциональные расстройства. – М.: Мир, 1966. – 672 с.