

**ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛИЧНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ СОМАТОГЕНИЯХ (на материале пациентов с хроническими заболеваниями гастроэнтерологического профиля).
Сообщение 1**

Бондаренко А.Ф.¹, Максименко К.С.²

¹ Бондаренко Александр Фёдорович

доктор психологических наук, профессор, заведующий кафедрой психологии; Киевский национальный лингвистический университет, ул. Большая Васильковская, 73, Киев, 03680, Украина. Тел.: +38 (044) 287-14-25;

руководитель модальности «Этический персонализм» Профессиональной психотерапевтической лиги.

E-mail: albond2012@gmail.com

² Максименко Ксения Сергеевна

доктор психологических наук, доцент кафедры общей и медицинской психологии; Киевский национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, бульвар Т. Шевченко, 13, Киев, 01601, Украина. Тел.: +38 (044) 234-01-19.

E-mail: kсения.maximenko@gmail.com

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.

УДК 159.9:615.851-072.8

Библиографическая ссылка по ГОСТ Р 7.0.5-2008

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).

Поступила в редакцию: 25.01.2017 Прошла рецензирование: 19.02.2017 Опубликовано: 26.04.2017

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.

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.).

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 ММРІ 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, психодиаграмма 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. 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

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.

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».

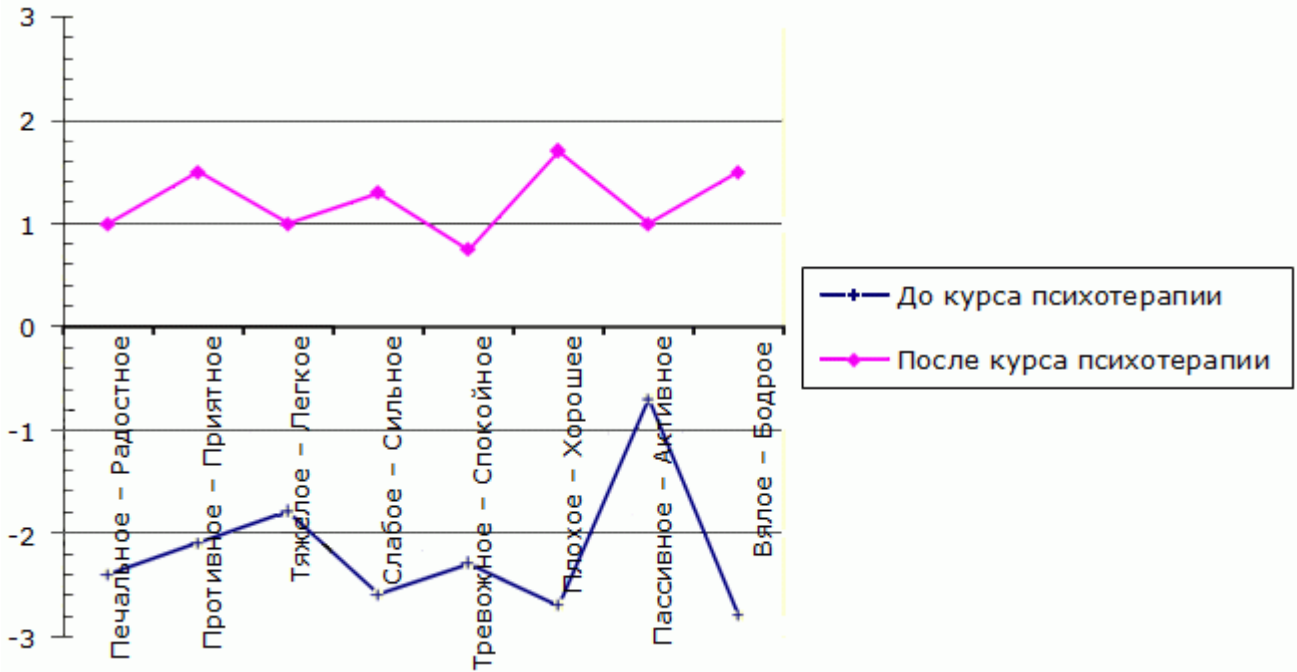


Рис 1. Динамика субъективной оценки душевного равновесия пациентов (средние значения по шкалам в группе) до и после прохождения курса групповой психотерапии в экзистенциально-гуманистической парадигме (по результатам семантического дифференциала).

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.

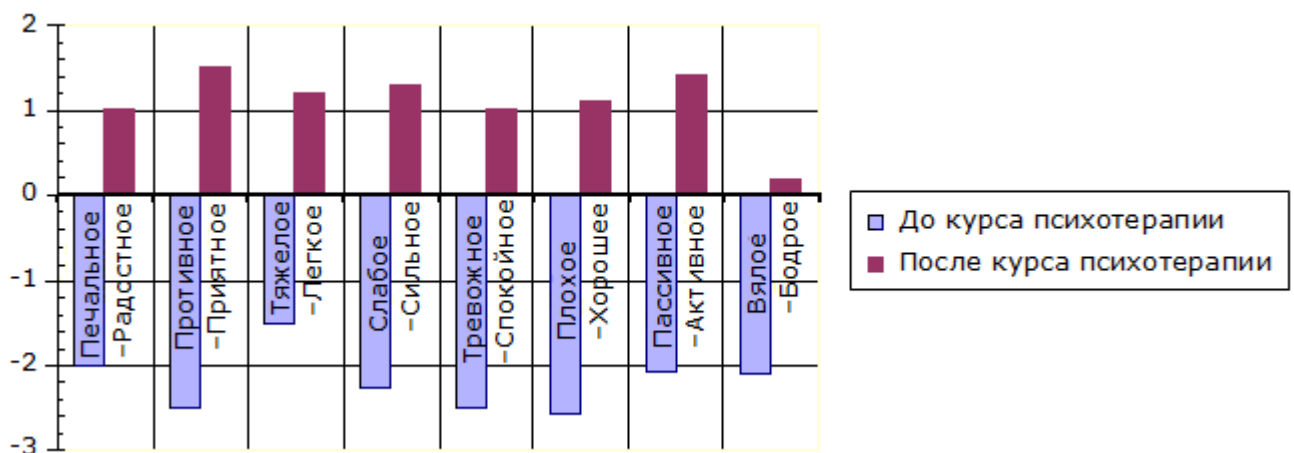


Рис 2. Динамика субъективной оценки физического состояния пациентов (средние значения по шкалам в группе) до и после прохождения курса групповой психотерапии в экзистенциально-гуманистической парадигме (по результатам модифицированного варианта семантического дифференциала).

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 (аггравации) 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),³ по критерию знаков и критерию Вилкоксона, подкрепляющая нулевую гипотезу³.

³ Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью программного пакета IBM SPSS Statistics 20.0.

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 (агравации) и Hs (ипохондрии) 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 (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 1–2).

Таблица 1

Средние значения показателей по шкалам Мини-мульт 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-мульт 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.

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 // Украинський 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 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.

Experimental study of person-centered psychotherapy effectiveness (based on sample with chronic gastrointestinal diseases). Part I

Bondarenko A.F.¹, Maksimenko K.S.²

¹ *Bondarenko Aleksandr Fedorovich*

Doctor of Psychology, Professor, Chief of the Department of Psychology; Kiev State Linguistic University, Bol'shaya Vasil'kovskaya st., 73, Kiev, 03680, Ukraine. Phone: +380 (44) 287-33-72;

Leader of modality "Ethical Personalism" of Professional Psychotherapeutic League.

E-mail: albond2012@gmail.com

² *Maksimenko Kseniya Sergeevna*

Doctor of Psychology, Associate Professor, Department of General and Medical Psychology; Bogomolets National Medical University, 13, Shevchenko boulevard, Kiev, 01601, Ukraine. Phone: +38 (044) 234-01-19.

E-mail: ksenia.maximenko@gmail.com

Abstract

This article touches upon the problem of Person-centered psychotherapy in the treatment of specific psycho-emotional problems which are caused by chronic physical illnesses.

The study involved the patients with chronic diseases of gastroenterological spectrum on the exacerbation stage. Total sample size was 144 people: 85 females (59.09%) and 59 males (40.01%) at the age from 24 to 59 y. The average duration of therapy ranged from 15 to 20 hours. A separate group of patients (15 people) were treated with medications prescribed by a psychiatrist in accordance with psychopathological report taking into account the basic diagnosis (anxiolytic, sedative, nootropic, anti-depressants).

Methods. At the sample selection and the final stages the MMPI, M. Lüscher Colour Test and L. Szondi Test were applied. Before each psychotherapy session and after it: Express-diagnostics on the basis of SAM- techniques (self-esteem, activity, mood), in form of personal semantic differential.

Results and conclusions. The most significant results in the clinical sense (health, strengthening, stress reduction, reduction of scales, indicating the severity of the reactive state, positive dynamics of the lab tests, etc.) have been observed in group of patients receiving concomitant (psychological, pharmacological and nosology-oriented) therapy. It can be assumed that the various psychotherapeutic approaches should be considered as subsidiary, rather than independent means of chronic illness treatment. Purely psychological methods will be useful for the emotional abreaction, switching attention from the dominant physical suffering to the patient's personal resources, as well as self-presentation processes.

Key words: medical psychology; somatogenic; gastroenterological diseases; chronic illness; existential-humanistic psychotherapy.

For citation

Bondarenko A.F., Maksimenko K.S. Experimental study of person-centered psychotherapy effectiveness (based on sample with chronic gastrointestinal diseases). Part I. *Med. psihol. Ross.*, 2017, vol. 9, no. 2(43), p. 8 [in Russian, in English]. Available at: <http://mprj.ru>

Received: January 25, 2017

Accepted: February 19, 2017

Publisher: April 26, 2017

Problem Statement

The medical and paramedical activities, including psychotherapy in the broadest sense of the word, are the special and perhaps most important public spheres. The development of these particular branches of modern medical (clinical) psychology gained in our time considerable importance in solving a wide range of issues related to the provision of psychotherapeutic aspects of patient care. This especially concerns the patients whose diagnoses belong to the so-called "small psychiatry" and in particular those who suffer from emotional problems caused by a chronic **somatic illness**. The last one may not only negatively affect the patient's mental states, but also cause permanent personality disorder (which according to the International Classification of Diseases (ICD-10) are of V-Class and are designated by the code from F 60.0 to F 60.09). The analysis of psychotherapy researches as well as specific processes in psychotherapy on the territory of the former Soviet Union suggests: more and more researchers are trying to set a proper theoretical task to determine exactly which model of psychotherapy (traditional and new) and in what way may be the most effective in overcoming the psychological problems of a person who suffers from chronic somatic and psychosomatic diseases ([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] etc.). Thus, the actual experience indicates the urgent need for studying the real possibilities of modern psychotherapy in the matter of treatment the sufferings, in which the person can't resist the strain not due to the neurochemical / organic brain and nervous system damage, but as a result of psycho- and somatogenic disorders, which were caused by chronic painful physical conditions. In our opinion, this problem field requires special attention at the present stage of development of medical (clinical) psychology.

Subjects

The study involved the patients with the exacerbation stage of the following chronic diseases of gastroenterological spectrum: various types of chronic gastritis with normal or increased gastric secretory function as well as with secretory insufficiency: simple, catarrhal, hemorrhagic gastritis; chronic cholecystitis and angiocholitis (cholangitis), taking into account patients after cholecystectomy; gastric and duodenal ulcers; gastroesophageal reflux disease, chronic ulcerative colitis, including chronic colitis of various localization (sigmoiditis, proctitis, proctosigmoiditis), as well as irritable bowel syndrome.

Total sample size was 144 people: 85 females (59.09%) and 59 males (40.01%) at the age from 24 to 59 years.

The initial psychodiagnostic examination of patients was performed using the short version of the MMPI test and Lüscher Color Test. Officially procedure was called the "current state assessment". At the end of the psychodiagnostic procedure, the psychologist briefly discussed the results with the patient, asking if he was interested in work on "stress reduction": in individual or group form.

Those patients whose psychogram were of the research interest and who were willing to work with the psychologist or therapist had additional interviews with a "psychoneurologist" (as officially a psychiatrist was named). At a separate closed meeting of the project supervisor (Prof. Bondarenko A.F.), an expert consultant (cand. of psychol. science Maksimenko K.S.) and a psychiatrist, the final decision was made whether to include each patient in a target cohort or just to provide an opportunity to participate in psychotherapeutic work. Each patient, who expressed desire to participate in the psychotherapeutic work, passed L. Szondi diagnostic test (version adapted by Sobchik L.M.) and received a printout of the diagnostic conclusion that created a natural occasion for the beginning of person-oriented therapy. Additionally, prior to each individual or group session and after it, each participant filled out the express-diagnostics test on the basis of SAM-test (self-esteem, activity, mood), but in form of personal semantic differential. In this way the research team carried out a constant monitoring of the patient current state, which increased the interest of the participants in psychotherapy and at the same time provided certain feedback to a psychologist. Due to the specifics of the research project, the psychologists, working with different groups of patients, were not initiated into the subtleties and nuances of nosological diagnosis and were not informed that other groups of psychologists in other medical institutions are working with the same patient population. In other words, psychologists have not been introduced to the sense of the super task of this study, although the common setting for them was that the group of patients need psychotherapy aimed at reducing personal stress associated with Forced hospitalization. Thus, we complied with conditions relating to the requirements of the double-blind method in a pilot study*. After completing the participation in psychotherapeutic sessions, the patient reperform the diagnostic programs, so that the project supervisor (prof. Bondarenko A.F.) and consultant expert (Cand. Sc. (Psychology) Maksimenko K.S.) had the opportunity, together with a psychologist, psychiatrist, and doctor thoroughly and comprehensively analyze the dynamics of the patient's personality and psychotherapeutic effect.

The psychotherapeutic session was conducted daily from 16.00 to 17.30 six times per week (daily except Sunday). The average duration of psychotherapy for patients ranged from 15 to 20 hours. Some people (9) expressed the desire to continue individual psychotherapy after discharge from the hospital, and received an additional from 6 to 10 hours of psychotherapy. The certain difficulties were imposed by the norms of the bed-hours, actually allocated per patient in modern hospitals (e.g. no more than 14 bed-days per patient in the gastroenterological department). During our project, the actual length of patient hospital stay rarely reached three working weeks. It can be argued that such psychotherapeutic treatment actually corresponds to the life style of modern megalopolis inhabitant, and fits into the canons of short-term psychotherapy. And let's not forget that our target group consists of patients of a somatic rather than a psychiatric profile. Therefore, they naturally have a different attitude to psychotherapy, as well as psychotherapists have it in relation to such patients.

The special attention should be paid to that part of the cohort of targeted patients (15 people) who took special medications prescribed by psychiatrists in accordance with the psychopathological diagnosis as were agreed with the attending physician, taking into account the main diagnosis. In general, prescription drug list included anti-anxiety drugs (Afobazol, Strezam, Xanax, etc.); sedative (Glycine, Glycide, etc.); nootropic drugs (Noophen, Pantogam, Nootropil, Glycine, etc.), as well as a group of antidepressants of both plant origin (Life-900, Gelarium-Hypericum, Deprim), and of the SSRIs-group (Ciprolex, Citalopram, Fluoxetine) and SOSSN (Venlafaxine, Duloxetine), and in case of secondary

* The authors would like to thank to Cand. Sc. (Psychology) Bogdan Bozhuk, Cand. Sc. (Psychology) Natalia Kucherovska, Cand. Sc. (Psychology) Liudmila Dziubko, Cand. Sc. (Psychology) Irina Koval, Cand. Sc. (Psychology) Svetlana Fedko, clinician Prof. Elena Haustova and Tatiana Levina for their support and cooperation. The authors are indebted to Natalia Lopushanska for her assistance in statistical data processing.

insomnia — Sonovan (Zopiclone), Vita-melatonin or, if necessary, Agomelatine (Melitor). The main research aspect was that this part of the cohort was **divided into two groups**. One of them (7 people) was limited to taking the above mentioned drugs, and the other (8 people) took part in psychotherapy in addition to prescribed medications. The difficulty lied in the fact that, as a rule, most of these drugs are appointed for a period much longer than the timing of the psychotherapy itself.

In addition, the effects of many of them begins to manifest in 10—12 days, so the objective mismatch between psychotherapeutic interventions and pharmacodynamics, taking into account the "respondent-non-respondent" criterion, was another important nuance of this research project. In order to ensure effective treatment, special attention was paid to feedback issues, including delayed feedback via e-mail, and the possibility, if necessary, contact the project supervisor, and then — the psychiatrist for a prescription, etc.

Results and analysis

The dynamics of patients' psycho-emotional and physical condition after the Existential-Humanistic psychotherapy. At the first stage of the psycho-emotional state assessment, the presence of changes in the subjective assessment of the patient's emotional state was analyzed using the semantic differential technique. Since the values of the scales of the modified version of the semantic differential, proved to be sufficiently homogeneous, we analyzed the average values for the whole group of each scale. As can be seen from the graph of Figure 1, the dynamics of the indicators for each of the scales is sufficiently explicit. The most obvious improvement of well-being observed on the scale of "bad — good". The patients felt more relaxed and comfortable after a group therapy.

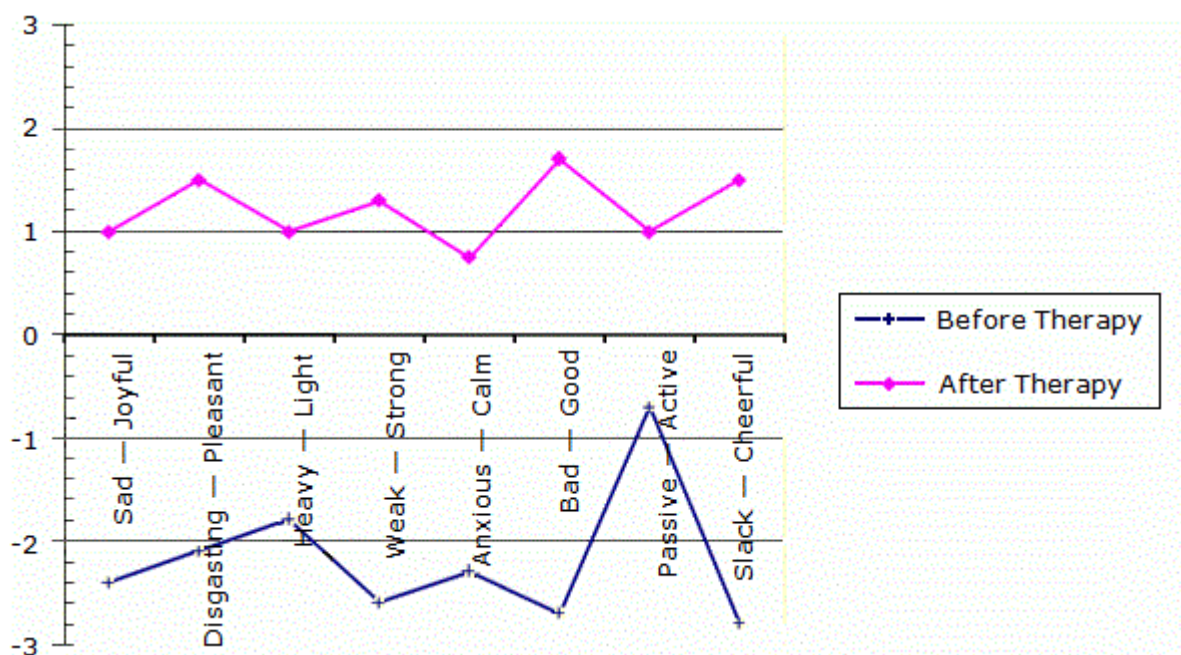


Figure 1. Dynamics of subjective assessment of patient's emotional state (mean values on the scales in the group) before and after the group therapy course in existential-humanistic paradigm (based on semantic differential).

It is worth noting that the figures for all the scales in the diagnosis after the psychotherapeutic course vary within no more than the average level of expression (1.5 points on the SD scales). High rates, reflecting the positive subjective assessment of the patients are not available, which gives us the ground for the assumption that exclusively psychotherapeutic measures are insufficient to improve the psycho-emotional state of patients.

The dynamics of the subjective assessment of the patient's physical condition is also positive and sufficiently expressed (Figure 2). The indicators for all scales tended to a positive pole, but also within the framework of the average level.

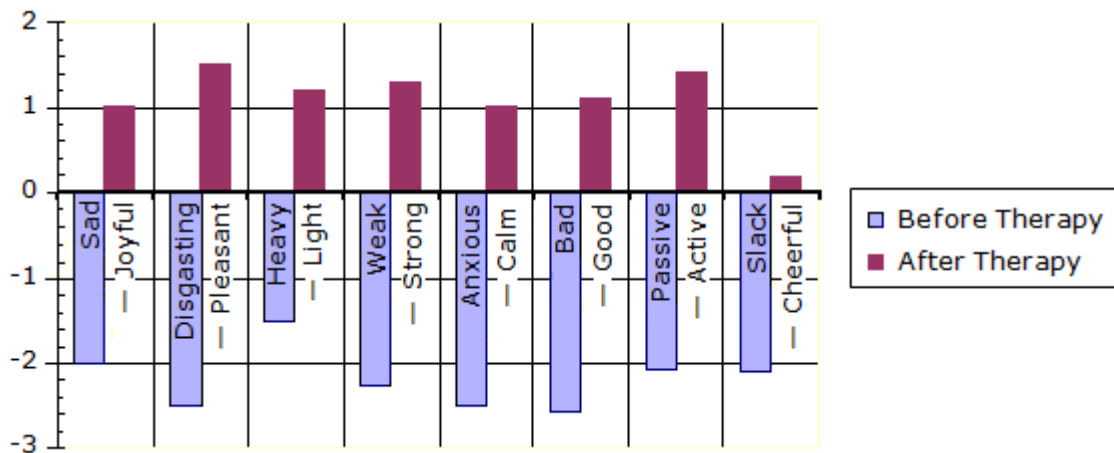


Figure 2. Changes in the subjective assessment of the physical condition of the patients (mean values on the scales in the group) before and after the Existential-Humanistic group psychotherapy (based on a modified version of the semantic differential).

It should be noted that after the course of existential-humanistic group psychotherapy the patients continued to complain on head aches, mood swings, fatigue and lack of motivation for professional activity.

Analysis of the results obtained by using the Mini-Mult Test at the beginning and at the end of Existential-Humanistic psychotherapy. Since we analyze the dependent samples (up to 35 people) — before and after the course of group of psychotherapy sessions and psychopharmacological therapy — we chose a nonparametric criterion of signs as the main statistical method to compare two dependent samples based on the comparison of the number of positive and negative shifts of values. A non-parametric Wilcoxon test was chosen as an auxiliary method of mathematical analysis. As anull and working hypothesis of our experimental research, we accepted the following statements:

H0 — the differences between the scores of the Mini-Mult scales in the group of patients with diseases of the gastroenterological spectrum before and after a course of Existential-Humanistic psychotherapy are not significant.

H1 — the differences between the scores of the Mini-Mult scales in the group of patients with diseases of the gastroenterological spectrum before and after a course of Existential-Humanistic psychotherapy are statistically significant.

The differences were estimated between the indicators for each scale of the Mini-Mult Test. Since the nonparametric criteria allow us to estimate only one pair of variables characterizing the dependent groups for one analytical stage, the analysis results tables describe each pair separately.

The result of checking the significant differences between the indicators before and after the psychotherapeutic course according to the Mini-Mult Test showed that the reliable dynamics of the indexes was revealed on two scales — F (Reliability) and Hs (Hypochondria). For the remaining nine scales of this technique, the significant differences were not detected.

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.

Figure 3. The resulting table of the reliable differences analysis of L-scale (Lie), by the criterion of signs and Wilcoxon test, which support the null hypothesis.

In the table in Fig. 3, we estimate Sig.-index, which in both cases has a value that exceeds the maximum allowable significance level of 0.05. This gives us grounds for confirmation of the null hypothesis: the differences between the L-scores in the group of patients with diseases of the gastroenterological spectrum before and after a course of Existential-Humanistic psychotherapy are not significant.

The same conclusions can be applied to the following scales: Reliability (F), Depression (D), Hysteria (Hy), Psychopathy (Pd), Paranoid (Pa), Psychasthenia (Pt), Schizoid (Se) and Hypomania (Ma). The lack of significant differences in these scales confirms the stability of the individual characteristics of a person and the stability of the clinical condition, even in case of relatively long-term Existential-Humanistic psychotherapy.

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.

Figure 4. The resulting table of the reliable differences analysis of F-scale (Reliability) on the criterion of signs and Wilcoxon test which support the working hypothesis.

As can be seen from the Fig. 4–5 the Sig.-indicator value is below the acceptable level of significance of 0.05. This fact gives us grounds to confirm the statistical hypothesis, that the differences between the scores on the F (Aggravation) and Hs (Hypochondria) scales in the group of patients with diseases of the gastroenterological spectrum before and after the course of Existential-Humanistic psychotherapy are statistically significant.

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.

Figure 5. The resulting table of the reliable differences analysis of Hs-scale (Hypochondria) on the criterion of signs and Wilcoxon test which support the working hypothesis.

After revealing the significant differences in Reliability (F) and Hypochondria (Hs) scales before and after the Existential-Humanistic psychotherapy, to disclose the nature of the changes in these scales, we have calculated the descriptive statistics: mean and standard deviation (Tables 1–2).

Table 1

The mean values of indicators of the Mini-Mult scales in the group of patients at the beginning of the group Existential-Humanistic psychotherapy

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

Assessing the minimum and maximum values on the scales, it can be argued that there are no emissions in the distribution of values with in data-dependent samples. The absence of emissions makes it statistically legitimate to assess the mean values in the future.

Table 2

The mean values of indicators of the Mini-Mult scales in the group of patients at the end of the group Existential-Humanistic psychotherapy

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

At the end of the group Existential-Humanistic psychotherapy, the average scores on the scales of Reliability and Hypochondria decreased. This fact indicates positive dynamics of the psycho-emotional state of patients.

For the purpose of more meaningful analysis of the differences, we derived two graphs (Fig. 6). Statistically significant differences between the scores in the group of patients before and after the course of psychotherapy were identified on two scales: Reliability (Aggravation) and Hypochondria. The changes in the Reliability scale among patients were manifested in the reduction of the tendency to hyperbolize the symptomatic characteristic of their physical state. Moreover, the desire to emphasize the severity of the physical state was leveled as a result of psychotherapy.



Figure 6. Dynamics of indicators on the Mini-Mult scales before and after the Existential-Humanistic psychotherapy.

A predominance of the passive personal position, a high level of awareness of the existing problems through the prism of frustration and a pessimistic assessment of its prospects, the tendency to a negative perception of the world due to illness, inertness in a decision-making were noticed at the beginning of a group psychotherapy. But at the end of the group Existential-Humanistic psychotherapy the focus shifted towards positive understanding of the future prospects, new meanings of life, further actions aimed at restoring health and lifestyle changes.

The analysis of the dynamics of test results by the M. Lüscher Color Test and the Method of Portrait Elections by L. Szondi in the group of patients at the beginning and end of the Existential-Humanistic psychotherapy. As a result of meaningful interpretation of the vectors and factors of the Szondi Portrait Elections Test before and after psychotherapy, the following changes were found: the tendencies to outwardly aggressive response and selfishness have become less pronounced; the increased self-control and distrustfulness have also reduced after a course of psychotherapy.

The analysis of diagnostic results by the M. Lüscher Color Test, identified changes in the following characteristics: the frustration of the need for hope for the best and the anxiety have decreased; the desire for peace, rest, and also, the dissatisfaction with the attitude towards oneself remained unchanged; the negative attitude to the situation have leveled; the volitional qualities and the self-confidence have increased.

References

1. Babich V.V. *Psikhoterapiya u kompleksnomu likuvanni rozladiv adaptatsii u khvorikh z gostrim infarktom miokardu. Avtoref. dis. kand. med. nauk* [Psychotherapy in a Comprehensive Treatment of Adaptation Disorder in Patients with Acute Myocardial Infarction. Cand. med. sci. diss.]. Kiev, 2008. 20 p.
2. Bulyubash I.D., Morozov I.N., Prikhod'ko M.S. *Psikhologicheskaya rehabilitatsiya patsientov s posledstviyami spinal'noi travmy* [Psychological Rehabilitation of Patients with the Consequences of Spinal Cord Injury]. Samara: Izdatel'skii Dom "Bakhrakh-M" Publ., 2011. 272 p.
3. Burno M.E. *Klinicheskaya psikhoterapiya* [Clinical Psychotherapy]. 2nd edition. Moscow, Akademicheskii proekt Publ., 2006. 800 p.
4. Amosova K.M., Samar S.A., Vinnikov D.M., et al. *Vikoristannya psikhoterapii v kompleksnomu likuvanni ta rehabilitatsii revmatologichnikh khvorikh* [The Use of Psychotherapy in the Comprehensive Treatment and Rehabilitation of Rheumatologic Patients]. In: *Pitannya diagnostiki ta likuvannya* [The Issues of Diagnostics and Treatment]. Kiev, 1995, p. 83.
5. Vorobiov V.V. *Psikhologichni i seksual'ni chinniki v genezi mastopatii ta ikh psikhokorektsiya. Avtoref. dis. kand. med. nauk* [Psychological and Sexual Factors in the Genesis of Mastopathy and Their Psychological Correction. Cand. med. sci. diss.]. Kharkov, 2009. 20 p.
6. Voronov M. *Psikhosomatika. Pakticheskoe rukovodstvo* [Psychosomatics. Practical Guidance]. Kiev, Nika-Tsentr Publ., 2004. 256 p.
7. Gas'kov V.S. [Psychotherapy in Patients with Hypertensive Disease with Account for Leading Representative Channels]. *Ukrains'kii visnik psikhonevrologii*, 1995, vol. 3, no. 1, pp. 166–167 [in Russian].
8. Groisman A.L. *Meditsinskaya psikhologiya: Lektsii dlya vrachei — slushatelei kursov poslediplomnogo obrazovaniya* [Medical Psychology. Lectures for Doctors — Participants of Postgraduate Courses]. Moscow, Izdatel'stvo Magistr Publ., 1997. 360 p.
9. Kabanov M.M., Lichko A.E., Smirnov V.M. *Metody psikhologicheskoi diagnostiki i korrektsii v klinike* [Methods of Psychological Diagnostics and Correction in a Clinical Setting]. Leningrad, Meditsina Publ., 1983. 312 p.
10. Kaplan H.I., Sedok B.J. *Klinicheskaya psikhiatriya* [Clinical Psychiatry]. In 2 volumes. Transl. from English. Moscow, Meditsina Publ., 1994, vol. 1. 670 p.

11. Karvasarskii B.D., ed. *Klinicheskaya psikhologiya* [Clinical Psychology]. 4th edition. St. Petersburg, Piter Publ, 2011. 864 p.
12. Korostii V.I. The Place of Psychotherapy in a Comprehensive Treatment of Non-Psychotic Mental Disorders in Patients with Psychosomatic Diseases. *Meditinskaya psikhologiya*, 2009, vol. 4, no. 2–3, pp. 139–141 [in Russian].
13. Korolenko Ts.P., Dmitrieva N.V. *Sotsiodinamicheskaya psikhiatriya* [Social Dynamic Psychiatry]. Moscow, Akademicheskii Proekt Publ.; Ekaterinburg, Delovaya kniga Publ., 2000. 460 p.
14. Koryagin Yu.A., Rashevskii A.I. The Work of a Psychotherapist in Rehabilitation Department for Cardiological Patients. *Voprosy klinicheskoi i sotsial'noi psikhologii i psikhiatrii: tez. dokl.* [The Issues of Clinical and Social Psychology and Psychiatry. Abstracts]. Dnepropetrovsk, 1996, pp. 93–94 [in Russian].
15. Kocharyan A.S. The Efficiency of the Instruments of Psychological Diagnostics of Complex Multi-Level Psychological Formations (on the Example of the Complex of Masculinity/Feminity Symptoms). *Zhurnal praktikuyushchego psikhologa*, 2010, no. 17, pp. 163–174 [in Russian].
16. Kulakov S.A. *Praktikum po psikhoterapii psikhosomaticheskikh rasstroistv* [Practical Course on the Psychotherapy of Psychosomatic Disorders]. St. Petersburg, Rech' Publ., 2007. 294 p.
17. Kutova N.V., Markova M.V. Chronic Pancreatitis as a Model of a Somatic Disease with Stressful Effects. *Ukrains'kii visnik psikhonevrologii: Tezi naukovo-praktichnoi konferentsii z mizhnarodnoyu uchastyu "Suchasni pidkhodi do diagnostiki, terapii ta reabilitatsii posttravmatichnikh stresovikh rozladiv" 28-29.05.2015 r.m.* [Ukrainian Bulletin of Psychoneurology: Proceedings of the applied research conference with international participation "Modern Approaches to Diagnostics, Therapy and Rehabilitation of Post-Traumatic Stress Disorders"]. Kharkiv, 2015, vol. 23, no. 2(83), pp. 111–112 [in Ukrainian].
18. Kocharyan A.S., Saprykina E.V., Saprykin A.V., Topalov D.P., Lapin I.P., Demin Yu.A. The Personality of Patients with Neurotic Disorders: a Sex-Role Aspect. *Mezhdunarodnyi meditsinskii zhurnal*, 2002, no. 2, pp. 67–70 [in Russian].
19. Maksimenko K.S. *Lichnostno-orientirovannaya terapiya emotsional'nykh rasstroistv pri somatogeniyakh* [Person-Centered Therapy of Emotional Disorders in Case of Somatogeny]. Kiev, Izdatel'skii Dom "Slovo" Publ., 2015 352 p.
20. Mendelevich V.D. *Klinicheskaya i meditsinskaya psikhologiya* [Clinical and Medical Psychology]. 5th edition. Moscow, MEDpress-inform Publ., 2005. 432 p.
21. Mikhailov B.V., Serdyuk A.I., Fedoseev V.A. *Psikhoterapiya v obshchesomaticheskoi meditsine. Klinicheskoe rukovodstvo* [Psychotherapy in General Somatic Medicine: A clinical practice guideline]. Kharkov, Prapor Publ., 2002. 128 p.
22. Moroz S.M. *Psikhopatologiya i patopsikhologiya invalidnosti vnaslidok somatichnikh zakhvoryuvan' (fenomenologiya, mekhanizmi formuvannya, printsipi sotsial'noi reabilitatsii). Avtoref. dis. doc. med. nauk* [Psychopathology and Pathopsychology of Disability Caused by Somatic Diseases (Phenomenology, Mechanisms of Development, and Principles of Social Rehabilitation). Doc. med. sci. diss.]. Kharkov, 2010. 39 p.
23. Obukhov Ya.L. *Glubinno-psikhologicheskii podkhod v psikhoterapii psikhosomaticheskikh zbolevanii* [Depth Psychological Approach in the Psychotherapy of Psychosomatic Diseases]. Moscow, RMAPO Publ., 1997. 33 p.
24. Prostomolotov V.F. *Psikhosomaticheskie rasstroistva. Klinika. Patogenez. Terapiya. Profilaktika* [Psychosomatic Disorders. Clinical Picture. Pathogenesis. Therapy. Prophylaxis]. Odessa, KP OGT Publ., 2007. 295 p.
25. Roslyakova V.A. Clinical Psychopathological Characteristics of Non-Psychotic Depressive Disorders in Patients with Tumors of Maxillofacial Area. *Meditinskaya psikhologiya*, 2012, vol. 7, no. 1, pp. 85–88 [in Russian].
26. Samushiya M.A., Zubova I.V. Nosogenia (Psychogenic Responses) in Case of Breast Cancer. *Psikhicheskie rasstroistva v obshchei meditsine*, 2009, no. 1, pp. 24–29 [in Russian].

27. Tkhostov A.Sh. A Psychotherapist and His Magic. *Psikhologiya*, 2006, vol. 3, no. 1, pp. 103–109 [in Russian].
28. Shcheglov L.M. Psychology of a Somatic Patient. *Meditinskaya psikhologiya*, 2006, vol. 1, no. 3, pp. 22–28 [in Russian].
29. Garcia-Vega E., Fernandez-Rodriguez C. A stress management programme for Crohn's disease. *Behav Res Ther*, 2004, vol. 42, no. 4, pp. 367–383.
30. Maksimenko K. *Mental Conditions*. In: Maksimenko S.D. *Genesis of Personality Existence*. Montreal, Accent Graphics Communication, 2015, pp. 271–293.
31. Bitton A., Sewitch M.J., Peppercorn M.A., Edwardes M.D., Shah S.A., Ransil B., Locke S.E. Psychosocial determinants of relapse in ulcerative colitis: a longitudinal study. *Am J Gastroenterol*, 2003, vol. 98, no. 10, pp. 2203–2208.
32. Von Wietersheim J., Kessler H. Psychotherapy with chronic inflammatory bowel disease patients: A Review. *Inflamm Bowel Dis*, 2006, vol. 12, no. 12, pp. 1175–1184.