

УДК 616.33–002.44+616.12–008.331.1+616.248]:616.895.4

Д-р мед. наук В. І. КОРОСТІЙ

## ПРОГНОЗУВАННЯ ТА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА КОРЕКЦІЯ ЕМОЦІЙНИХ РОЗЛАДІВ ПРИ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ

Харківський національний медичний університет

**Подано результати вивчення емоційних психічних розладів при психосоматичних захворюваннях (ПСЗ) у 956 молодих осіб і принципи диференційованої терапії в структурі комплексної системи їх лікування і психотерапевтичної реабілітації, розробленої автором. Науково обґрунтовано, розроблено і впроваджено в практику систему психотерапевтичної корекції та медико-соціальної реабілітації хворих із ПСЗ, ефективність застосування якої підтверджено даними катамнестичного спостереження.**

*Ключові слова: психосоматичні захворювання, емоційні розлади, депресивні розлади, тривожно-фобічні розлади, особливості особистості, алекситимія, прогностична здатність, агресивність, прогнозування, психотерапія, медико-психологічна реабілітація.*

Ефективне лікування і профілактика психосоматичних захворювань (ПСЗ) у класичному розумінні цього терміна (бронхіальної астми (БА), пептичної виразки (ПВ), артеріальної гіпертензії (АГ) та ін.) є важливою проблемою у зв'язку з високою частотою хронічного перебігу, зростанням

захворюваності й поширеності цих патологій [1–4]. Частота психосоматичних розладів серед населення становить 15–50 %, а в загальномедичній практиці частка таких хворих досягає, за даними різних авторів, від 30 до 57 % [5–9]. Соматичні за основними проявами, класичні психосоматичні

захворювання на всіх етапах свого розвитку тісно пов'язані зі змінами психічного стану пацієнтів, особливо в емоційній сфері [10–15].

Пацієнти із ПСЗ та психічними порушеннями тривожного й депресивного реєстрів у першу чергу потребують психотерапевтичної корекції емоційного стану [12, 16, 17]. Незважаючи на значну кількість публікацій, присвячених вивченню психологічного підґрунтя порушень здоров'я, роль і функції медичного психолога в системі медичної допомоги пацієнтам із ПСЗ визначена не досить чітко [5, 6, 11, 18]. Пошук нових ефективних патогенетичних методів психотерапевтичної корекції та реабілітації має найбільше значення для хворих молодого віку завдяки можливості більш істотно позитивно впливати на якість життя, працездатність пацієнтів та полегшення подальшого перебігу ПСЗ [4, 7, 19, 20].

Мета цього дослідження — на основі системного підходу до оцінки клінічної структури й особливостей формування емоційних порушень в осіб молодого віку із ПСЗ розробити патогенетично обґрунтовану систему їх прогнозування та психотерапевтичної корекції, медико-психологічної реабілітації цих хворих.

Дослідження відбувалося в декілька етапів. Перший містив скринінг емоційних розладів (ЕР) у студентів ВНЗ різного профілю під час профілактичних оглядів. ЕР виявлялися серед молодих людей із ПСЗ частіше ( $38 \pm 3,1\%$ ), ніж серед обстежених цього контингенту в цілому ( $25 \pm 3,1\%$ ). Таким чином, у результаті проведеного скринінгового дослідження встановлено високу коморбідність ПСЗ та ЕР у молодих осіб студентської популяції незалежно від соціально-демографічних та професійних особливостей.

Для участі в подальших етапах дослідження пацієнти відбиралися за нозологічним принципом. За умови інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики та деонтології протягом 2003–2010 рр. на базі Обласної студентської лікарні м. Харкова (ОСБ) було обстежено 956 молодих осіб із ПСЗ (із них 468 чоловіків та 488 жінок). Дослідження проводилося шляхом тотальної вибірки пацієнтів із БА, з ПВ шлунка й дванадцятипалої кишки та з АГ у період їх лікування в стаціонарі. На другому етапі у пацієнтів із ПСЗ на основі поглибленого аналізу встановлених клінічних та психологічних особливостей визначали чинники розвитку ЕР і мішені психотерапевтичного впливу. На цьому етапі групу порівняння 1 (ГП1) становили 100 пацієнтів (46 чоловіків і 54 жінки) з діагнозами, що відповідали рубрикам F4, F3 за МКХ-10, порівнянних з основною групою за віком, статтю й головними соціально-демографічними показниками; до

групи порівняння 2 (ГП2) увійшли 100 практично здорових молодих осіб (48 чоловіків і 52 жінки), порівнянних з основною групою за віком, статтю й основними соціально-демографічними показниками.

На третьому етапі роботи в дослідження було включено 510 пацієнтів (188 хворих із БА, 162 — з ПВ шлунка й дванадцятипалої кишки, 160 — з АГ), які перед початком комплексної терапії ЕР та ПСЗ були рандомізовані на дві групи: досліджувану (260 осіб) та контрольну (250 осіб). Пацієнти досліджуваної групи (ГД) разом із лікуванням відповідно до стандартів медичної допомоги при даному захворюванні одержували стандартне лікування, брали участь у заходах системи психотерапевтичної корекції й медико-психологічної реабілітації, розробленої автором. Пацієнти контрольної групи (ГК) одержували тільки стандартне лікування. На четвертому й п'ятому етапах проводилися активна та підтримуюча психотерапія та реабілітаційні заходи, ефективність яких оцінювали на останньому, шостому, етапі роботи. Катамнестичне спостереження відбувалося упродовж 12 міс.

Верифікація БА ґрунтувалася на загальноприйнятих традиційних рекомендаціях міжнародної групи експертів — Глобальної ініціативи з БА (Global Strategy for Asthma Management and Prevention, NHLBI / WHO Workshop Report, March, 1993). Верифікація діагнозу ПВ проводилася згідно з «Протоколом надання медичної допомоги хворим на неускладнену виразкову хворобу та інші пептичні виразки шлунка та/або дванадцятипалої кишки» (Наказ МОЗ України від 13.06.2005 № 271). Діагноз АГ встановлювався відповідно до рекомендацій Комітету експертів ВІЗ/МІГ, Європейського товариства гіпертензії і Європейського товариства кардіологів (1999, 2007).

При клінічному і психодіагностичному обстеженні у всіх пацієнтів із ПСЗ у клінічній картині захворювання виявлено сполучення соматичних симптомів зі скаргами на емоційний стан і симптомами психічних порушень. Із них тільки в  $38 \pm 3,1\%$  випадків встановлено діагнози психічних розладів відповідно до критеріїв МКХ-10: невротичні, афективні, неврозоподібні й особистісні розлади. У  $59 \pm 3,1\%$  від загальної кількості обстежених спостерігалися скарги на емоційний стан і симптоми психічних порушень, які були субсиндромальними та донозологічними, не досягали ступеня вираженості, що відповідає діагностичним критеріям відповідних рубрик МКХ-10.

Особистісні особливості хворих були вивчені за допомогою методики багатостороннього дослідження особистості. Профіль особистості хворих на БА свідчив про виражене підвищення

показників на шкалах депресії (D), істерії (Hy), психопатії (Pd). Пацієнти з БА характеризувалися відчуттям внутрішньої напруженості, незадоволеності, невпевненості, песимізмом, усуненням тривоги внаслідок витиснення, використанням свого соматичного стану як засобу тиску на оточуючих, порушенням соціальної адаптації.

Профіль особистості обстежених із ПВ відрізнявся помірним підвищенням на шкалах іпохондрії (Hs), депресії (D), афективної ригідності (Pa), психастенії (Pt). У хворих на ПВ на перший план виступали такі риси, як фіксація уваги на власному фізичному стані, знижений настрій, дратівливість, довгостроково невгасаючі негативні емоції, сенситивність, невмотивовані побоювання, невпевненість у собі, сумніви при необхідності прийняти рішення.

Аналіз профілю особистості хворих на АГ показав підвищення на шкалах достовірності (F), корекції (K), депресії (D), психастенії (Pt). Таким чином, результати проведеного обстеження хворих на АГ свідчили про неадекватність уявлень про себе, прагнення заперечувати життєві труднощі, внутрішню напруженість, тривожність, невпевненість, знижену самооцінку, відчуття невизначеної загрози, недостатність фізичних і психічних ресурсів.

У пацієнтів із ЕР при ПСЗ виявлено психологічні особливості, відмінні від ГП1 та ГП2: у пацієнтів із ПСЗ переважали механізми психологічного захисту, що приводили до витиснення афекту, в той час як для осіб ГП1 були притаманні раціоналізація, проекція і регресія, а для обстежених ГП2 — формування реакції, компенсація, раціоналізація.

При порівняльному аналізі психологічних особливостей пацієнтів із переважанням різних механізмів психологічного захисту встановлено, що у хворих із шляхом витиснення були достовірно вищі показники алекситимії ( $p < 0,01$ ).

Загальна антиципаційна спроможність (прогностична здатність) у пацієнтів із ПСЗ була достовірно вища, ніж у пацієнтів ГП1, й нижча, ніж у здорових осіб ГП2 ( $p < 0,05$ ) (табл. 3). Отже, розвиток ЕР у пацієнтів із ПСЗ менше пов'язаний із неспроможністю антиципаційних механізмів, ніж у хворих із неврозами, що необхідно враховувати у процесі психотерапії.

При дослідженні агресивності й ворожості було встановлено, що індекси агресивності у хворих із ПСЗ у цілому перевищували показники осіб ГП1 і ГП2, а індекси ворожості були достовірно вищими у пацієнтів з АГ та БА. Рівень агресивності та ворожості у хворих на ПСЗ достовірно вищий, ніж у здорових осіб, а його підвищення відбувається переважно за рахунок непрямої агресивності та

ворожості. Таким чином, підтверджується можлива патогенетична роль рівня агресивності у розвитку ПСЗ та ЕР при цих захворюваннях.

Отже, патогенетична роль розглянутих психологічних особливостей хворих на ПСЗ із розвитком у них ЕР визначається комбінацією високого рівня алекситимії, низькою продуктивністю психологічного захисту, високою прогностичною здатністю, високими показниками непрямої агресії й індексу ворожості ( $p < 0,05$ ).

Аналіз факторів ризику розвитку емоційних порушень, виявлених в обстежених хворих, дозволив визначити відмінності, характерні для пацієнтів різних нозологічних груп. Доведено, що при зіставленні з пацієнтами ГП1 в обстежених основної групи достовірно більш високі показники конституційно-біологічних факторів ризику розвитку ПСЗ, більш низький соціально-економічний рівень життя, більша частота шкідливих звичок і порушень харчової поведінки ( $p < 0,05$ ). При порівняльному аналізі серед факторів ризику ЕР у молодих осіб із ПСЗ визначені анамнестична обтяженість, невідповідність режиму навчання/роботи фізіологічному циркадному ритму, патогенна особистісна predisпозиція, додаткова соматична обтяженість ( $p < 0,05$ ). Факторами ризику соматизації тривожних розладів є сполучення високого рівня алекситимії й переважання механізму захисту шляхом витиснення. Профіль навчання в студентів, тяжкість соматичного стану не є самостійними факторами ризику, прогностично значущими вони стають лише у сполученні з патологічною особистісною predisпозицією ( $p < 0,05$ ).

На підставі узагальнення результатів дослідження ідентифіковані чинники розвитку — фактори ризику ЕР при ПСЗ, які ранжовані за інтенсивністю впливу: вагомий (тіснота кореляційного зв'язку між показниками 0,8 та більше), впливовий (тіснота кореляційного зв'язку між показниками 0,7–0,79), достовірний (тіснота кореляційного зв'язку між показниками 0,6–0,69). В основу системи прогнозування покладено розподіл чинників розвитку — факторів ризику ЕР при ПСЗ за прогностичною значущістю, який представлено.

Вивчення ставлення до хвороби виявило, що негармонійні типи трапляються в осіб з акцентованими особливостями особистості або відповідають клінічній картині ЕР (тривожний, меланхолічний), але мають достовірний вплив як чинник розвитку ЕР.

Система прогнозування ЕР при ПСЗ поряд з оцінкою значущості чинників їх розвитку включає типологію розподілу цих факторів на біологічні, клінічні, психологічні та психосоціальні (рис. 1).

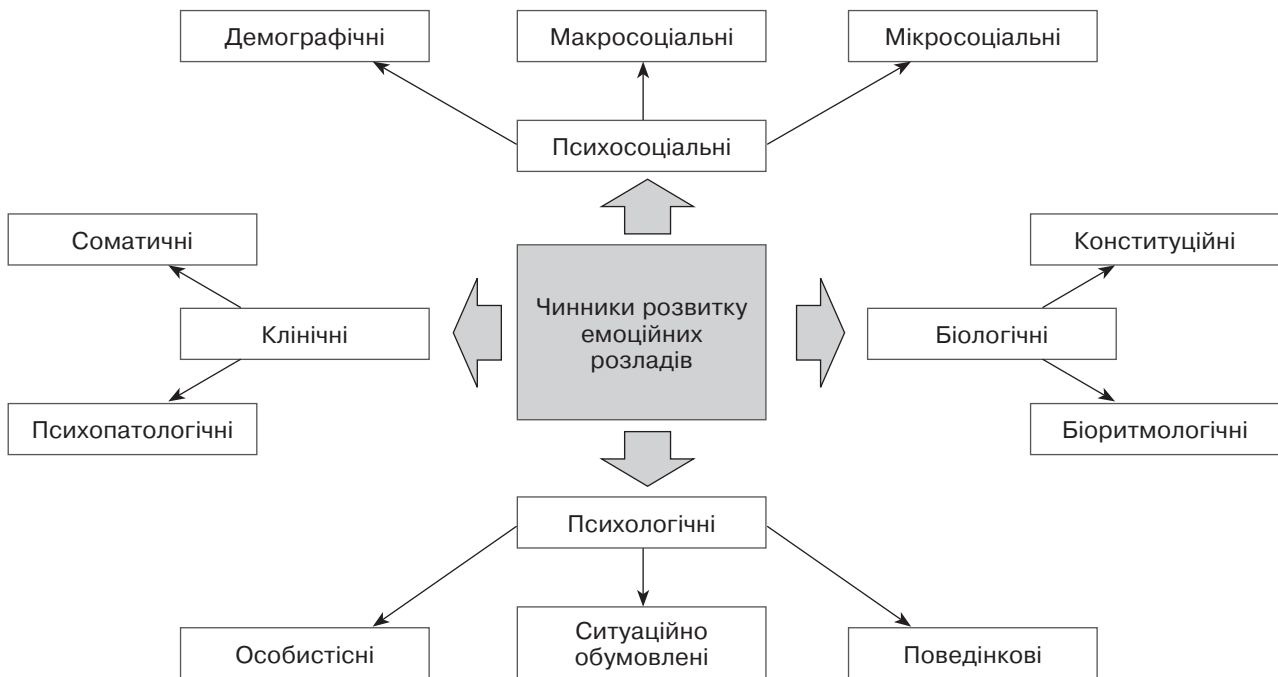


Рис. 1. Типологія чинників розвитку емоційних розладів у пацієнтів із психосоматичними захворюваннями

На основі отриманих результатів нами сформульовано загальні засади патогенетично-обґрунтованої психотерапії ЕР при ПСЗ в осіб молодого віку:

— застосування комплексного біологічного, психотерапевтичного і психологічного впливів як основи терапевтичної тактики при ЕР при ПСЗ;

— визначення психотерапії та психотерапевтичної корекції як центральної ланки системи лікування і реабілітації пацієнтів молодого віку з ЕР при ПСЗ на всіх її етапах;

— встановлення мети психотерапії як впливу на патогенетично значущі біопсихосоціальні чинники розвитку ЕР при ПСЗ;

— урахування специфіки психотерапевтичних підходів у цих осіб, яка визначається поєднанням невротичної та психосоматичної патології (ЕР та ПСЗ);

— диференціація завдань та обсягу психотерапії і медико-психологічної реабілітації з огляду на різноманітну вираженість клінічної симптоматики ЕР від субсиндромальних до клінічно окреслених.

Відповідно до зазначених засад обґрунтовано принципи побудови комплексної системи психотерапевтичної корекції та медико-психологічної реабілітації (в діагностиці і лікуванні пацієнтів):

1) наступність — послідовність проведення лікувальних заходів; поступовий перехід від переважно психофармакологічних, фізіотерапевтичних впливів до психотерапевтичних й психопрофілактичних заходів, створення організаційної основи для продовження лікувальних, реабілітаційних і профілактичних заходів на всіх етапах лікування та реабілітації;

2) комплексність — вплив на різні ланки патогенезу розладу з використанням психофармакологічних, психотерапевтичних і фізіотерапевтичних методів на кожному з етапів проведеної терапії, участь у лікувально-діагностичному процесі мультидисциплінарної команди фахівців, яка включає психіатра, психотерапевта, медичного психолога, терапевта, лікаря ЛФК;

3) етапність — проведення комплексних діагностичних і реабілітаційних заходів з оцінкою типологічної структури особистості й емоційних порушень, враховуючи етапи лікування: кризовий, базисний, відновлювальний, реабілітаційний; урахування клінічної динаміки та нейродинаміки; пом'якшення або усунення предрисуючих і пускових мікросоціальних факторів, які призводять до зриву адаптації;

4) індивідуальність — розробка індивідуальної психотерапевтичної програми з урахуванням нозології захворювання, тяжкості соматичного стану, наявності невротичних розладів; ґрунтується на вивченні патогенетичних чинників розвитку ЕР, виділенні серед них таких, що модифікуються, і використанні як мішеней психотерапії та медико-психологічної реабілітації;

5) стадійність — диференціація психотерапевтичних підходів відповідно до стадії розвитку психосоматичного захворювання, з урахуванням співвідношення невротичного та психосоматичного компонентів у клінічній картині захворювання.

На основі отриманих результатів нами розроблено та реалізовано систему психотерапевтичної



Рис. 2. Система психотерапевтичної корекції ЕР і медико-психологічної реабілітації осіб молодого віку з ЕР при ПСЗ



корекції ЕР та медико-психологічної реабілітації осіб молодого віку з ЕР при ПСЗ (рис. 2). Патогенетично обґрунтований вибір форм і методів психотерапії з урахуванням виявлених закономірностей формування емоційних розладів і застосування принципу етапності залучення хворих із психосоматичними захворюваннями в психотерапевтичний процес сприяв підвищенню ефективності психотерапевтичного лікування.

Після проведеного лікування позитивна динаміка в пацієнтів ГД спостерігалась в 77,8% випадків, із них у 32,2% відзначено виражене поліпшення з повною редукцією психопатологічної симптоматики. Зміна сумарного бала за шкалою CGI (від  $3,2 \pm 0,2$  до  $2,3 \pm 0,2$ ) достовірна ( $p < 0,05$ ). У ГК стабільна позитивна динаміка спостерігалась в 24,2% ( $p < 0,01$ ) випадків. За шкалою CGI визначено позитивну динаміку (від  $3,2 \pm 0,3$  до  $3,0 \pm 0,2$ ), відмінність недостовірна ( $p > 0,05$ ).

Аналіз ефективності впровадження системи психотерапевтичної корекції ЕР і медико-психологічної реабілітації осіб молодого віку з ЕР при ПСЗ через 12 міс від початку лікувальних заходів здійснювався за показниками наявності та ступеня вираженості ЕР і стійкості та тривалості ремісії ПСЗ. Верифікація психопатологічної симптоматики відбувалася за допомогою шкали Гамільтона для оцінки депресії (HDRS) і тривоги (HARS).

При катаместичному спостереженні при повторному дослідженні через 12 міс у пацієнтів ГД відзначено достовірне поліпшення показників за шкалою HDRS до рівня норми (від  $22,5 \pm 0,8$  до  $12,6 \pm 0,6$ ) ( $p < 0,01$ ), за винятком пункту «добові коливання»; за шкалою HARS поліпшення від  $25,5 \pm 0,7$  до  $11,6 \pm 0,5$  ( $p < 0,01$ ). У пацієнтів ГК динаміка за розглянутими параметрами відрізнялася від обстежених ГД. За шкалою HARS поліпшення показників від  $21,5 \pm 0,8$  до  $17,6 \pm 0,6$  ( $p > 0,05$ ). Відзначено статистично незначущу зміну сумарного бала за шкалою HDRS у бік поліпшення (від  $21,3 \pm 2,7$  до  $19,5 \pm 1,6$ ) ( $p > 0,05$ ) внаслідок зменшення за пунктами «соматична тривога» (від  $1,6 \pm 0,4$  до  $0,9 \pm 0,2$ ) ( $p < 0,05$ ), «шлунково-кишкові симптоми» (від  $0,8 \pm 0,4$  до  $0,4 \pm 0,2$ ), «соматичні симптоми» (від  $1,3 \pm 0,4$  до  $0,9 \pm 0,1$ ), «загальмованість» (від  $0,8 \pm 0,4$  до  $0,4 \pm 0,2$ ) ( $p < 0,05$ ). За всіма іншими пунктами загальний бал у пацієнтів ГК зберігався на колишньому рівні. Частота рецидивів ПСЗ із госпіталізаціями у пацієнтів ГД на 16,5% менше, ніж у пацієнтів ГК ( $p < 0,01$ ). Таким чином, для нормалізації психічного статусу та сприятливого віддаленого прогнозу істотно позитивне значення мала реалізація системи психотерапевтичної корекції ЕР і медико-психологічної реабілітації пацієнтів молодого віку з ПСЗ та ЕР.

## Література

1. *Бабак О. Я.* Психосоматические нарушения при язвенной болезни и способ их коррекции / *О. Я. Бабак* // Сучасна гастроентерологія.— 2003.— № 2.— С. 65–67.
2. *Вейн А. М.* Универсальные церебральные механизмы в патогенезе пароксизмальных состояний / *А. М. Вейн, О. В. Воробьева* // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова.— 1999.— Т. 99, вып. 12.— С. 44–46.
3. *Гавенко В. Л.* Непсихотические психические расстройства у больных с психосоматическими заболеваниями / *В. Л. Гавенко, В. И. Коростий* // Экспериментальна і клінічна медицина.— 2007.— № 3.— С. 122–124.
4. Довженківські читання: актуальні питання соціальної і клінічної наркології: матеріали ІХ Укр. наук.-практ. конф. з участю міжнар. спеціалістів, 8–9 квіт. 2008 р., Харків.— ДУ «Ін-т неврології, психіатрії та наркології АМН України»; ред. *П. В. Волошин*.— Харків, 2008.— 384 с.
5. *Козидубова В. М.* Патопсихологические аспекты изучения расстройств настроения / *В. М. Козидубова* // Междунар. мед. журн.— 2008.— Т. 14, № 2.— С. 8–10.
6. Медико-психологічні аспекти розвитку, перебігу та терапії невротичних, пов'язаних зі стресом розладів, коморбідних з артеріальною гіпертензією / *С. І. Табачников, М. В. Маркова, Є. М. Харченко [и др.]* // Таврический журн. психиатрии.— 2007.— Т. 11, № 2 (39).— С. 32–48.
7. *Марута Н. О.* Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні / *Н. О. Марута* // НейроNews. Психоневрологія и нейропсихиатрия.— 2010.— №5 (24).— С. 83–90.
8. *Мишиев В. Д.* Распространенность, диагностика и лечение психических расстройств в общесоматической сети / *В. Д. Мишиев, В. А. Демченко, А. В. Качура* // Лікарська справа.— 2003.— № 7.— С. 82–87.
9. *Михайлов Б. В.* Соматоформні розлади — сучасна загальномедична проблема / *Б. В. Михайлов, І. М. Сарвір, О. С. Баженов* // Укр. мед. часопис.— 2003.— № 3.— С. 73–77.
10. *Кришталь В. В.* Психосоматическая патология: генез и подходы к коррекции / *В. В. Кришталь* // Междунар. мед. журн.— 2007.— Т. 7, № 1.— С. 37–40.
11. *Маркова М. В.* Медико-психологічні аспекти розвитку та перебігу хвороб системи кровообігу / *М. В. Маркова, В. В. Бабич* // Новости медицины и фармации. Неврология и психиатрия: спец. вып.— 2008.— № 243.— С. 71–74.
12. *Напреенко А. К.* Психосоматические расстройства: подходы к фармакотерапии / *А. К. Напреенко* // Междунар. мед. журн.— 2002.— Т. 8, № 4.— С. 40–45.

13. Фактори, що в найбільшому ступені впливають на показники врахованої захворюваності та поширеності психічних розладів серед населення України (Перше повідомлення) / В. С. Підкоритов, О. І. Серіков, Л. І. Дяченко [ті ін.] // Укр. вісн. психоневрології.— 2009.— Т. 17, вип. 2 (59).— С. 51–57.
14. Alexithymia and Somatization in General Population / A. K. Mattila, E. Kronholm, A. Jula [et al.] // *Psychosom. Med.*— 2008.— Vol. 70.— P. 716–722.
15. Prevalence of comorbidities in patients with chronic obstructive pulmonary disease Respiration / M. Cazzola, G. Bettoncelli, E. Sessa [et al.].— 2010.— Vol. 80 (2).— P. 112–119.
16. Михайлов Б. В. Роль и место психотерапии в формировании качества жизни больных с невротическими и психотическими расстройствами / Б. В. Михайлов, В. В. Чугунов, И. Н. Сарвир // *Журн. психиатрии и мед. психологии.*— 2004.— № 4 (14).— С. 35–38.
17. Багаторівнева корекція психосоматичних розладів в загальномедичній практиці (на прикладі метаболічного синдрому X) / О. С. Чабан, М. В. Маркова, О. О. Хаустова, О. Ю. Жабенко // *Medix AntiAging.*— 2010.— № 2 (14).— С. 92–97.
18. Emotion and adherence to treatment in people with asthma: an application of the emotional stroop paradigm / D. C. Jessop, D. R. Rutter, D. Sharma, L. P. Albery // *Br. J. Psychol.*— 2004.— Vol. 95, № 2.— P. 127–147.
19. Специфіка адаптаційних реакцій студентів першого курсу до навчальної діяльності у вищому навчальному закладі / Г. М. Кожина, С. О. Краснікова, Л. М. Гайчук, К. О. Зеленська // *Мед. психологія.*— 2011.— Т. 6, № 3 (23).— С. 14–17.
20. Anger expression, violent behavior, and symptoms of depression among male college students / D. J. Terasaki, B. S. Gelaye, Y. Berhane [et al.] // *BMC Public Health.*— 2009.— Vol. 9, № 13.— P. 1–25.

## ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

В. И. КОРОСТИЙ

**Представлены результаты изучения эмоциональных психических расстройств при психосоматических заболеваниях (ПСЗ) у 956 молодых лиц и принципы дифференцированной терапии в структуре комплексной системы их лечения и психотерапевтической реабилитации, разработанной автором. Научно обоснована, разработана и внедрена в практику система психотерапевтической коррекции и медико-социальной реабилитации больных с ПСЗ, эффективность применения которой подтверждена данными катамнестического наблюдения.**

*Ключевые слова: психосоматические заболевания, эмоциональные расстройства, депрессивные расстройства, тревожно-фобические расстройства, особенности личности, алекситимия, прогностическая способность, агрессивность, прогнозирование, психотерапия, медико-психологическая реабилитация.*

## PROGNOSIS AND PSYCHOTHERAPEUTIC CORRECTION OF EMOTIONAL DISORDERS IN PSYCHOSOMATIC DISEASES

V. I. KOROSTIY

**The findings of the study of emotional mental disorders at psychosomatic diseases (PSD) in 956 young people and the principle of differential treatment in the structure of an integrated system of treatment and psychological rehabilitation, developed by the author, are presented. The system of psychotherapeutic correction and medical and social rehabilitation of patients with PSD, the effectiveness of which was confirmed by follow-up, was substantiated, developed and introduced to the practice.**

*Key words: psychosomatic disorders, emotional disorders, depressive disorders, anxiety-phobic disorders, personality features, alexithymia, prognostic ability, aggressiveness, prognosis, psychotherapy, medical-psychological rehabilitation.*

*Надійшла 04.07.2013*