

ОСОБЕННОСТИ ГРУПП ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ФЕНОМЕНОВ У БОЛЬНЫХ С СОМАТОФОРМНЫМ РАССТРОЙСТВОМ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА И ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И/ИЛИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Приведены результаты клинико-психофеноменологического обследования пациентов с язвенной болезнью желудка и/или двенадцатиперстной кишки, а также с соматоформным расстройством верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Выявлены наиболее характерные для данного контингента больных психотерапевтические феномены, которые составляют базис психофеноменологического профиля, установлено их соотношение и отличительные особенности.

Ключевые слова: психотерапия, язвенная болезнь желудка, соматоформное расстройство, психотерапевтические феномены, психофеноменологический профиль.

Обращаясь к истории исследования проблематики психосоматического направления в медицине вообще и в психотерапии в частности, следует отметить значительное снижение в последние годы научного интереса к этому вопросу. Данная тенденция ярко прослеживается на примере психосоматических нарушений желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) — язвенной болезни желудка (ЯБЖ) и/или двенадцатиперстной кишки (ДПК), а также соматоформного расстройства верхних отделов ЖКТ. Так, в ходе проведенного контент-анализа научных публикаций отмечается уменьшение на 30 % работ, посвященных взаимосвязи и роли психологических причин в развитии вышеуказанной патологии по сравнению с их количеством во времена расцвета учения о психосоматике. В большей степени это касается представлений об этиопатогенезе язвенной болезни [1–9].

По-видимому, такая тенденция возникла ввиду интенсификации развития объективных методов исследования в рамках направления доказательной медицины, включающих эндоскопическую диагностику, а также открытия *Helicobacter pylori*, а с ней и инфекционной природы данного заболевания. Акцентирование внимания клиницистов на исследовании роли бактериального фактора в развитии язвенной болезни и гастрита, лоббирование внедрения в обязательную медицинскую практику эндоскопического исследования с целью обнаружения морфологического субстрата патологии в виде катарального воспаления нивелируют роль психоземональных, психосоциальных, конституциональных факторов и стресса в развитии вышеуказанных расстройств [10].

На сегодняшний день, однако, все еще остается неподтвержденной роль бактериального и пептического факторов, курения, употребления алкоголя, чая и кофе, приема нестероидных противовоспалительных средств в развитии диспепсий неязвенной природы. Для язвенной болезни относительность влияния данных факторов также очевидна [11].

Многочисленные исследования, проведенные в последние годы, доказывают отсутствие взаимосвязи между воспалительными изменениями слизистой оболочки желудка и наличием у лиц, страдающих функциональной диспепсией (соматоформным расстройством верхних отделов ЖКТ), гастритических жалоб.

Всемирная организация здравоохранения на основании проведенного в течение последнего десятилетия мониторинга обнаружила неэффективность многих традиционных моделей фармакотерапии в лечении наиболее эпидемиологически актуальных заболеваний. Для заболеваний ЖКТ показатели неэффективности стандартного лечения достигают, по данным ВОЗ, 80 % [12].

Все эти обстоятельства обусловили постепенный отказ от нозоцентрических терапевтических стратегий, и сегодня концепция персонализации является основой современного диагностико-терапевтического подхода. Именно поэтому со стороны врачей-интернистов отмечается возрастающий интерес к привлечению психотерапии в общесоматическую клинику с целью индивидуализирования диагностического и лечебного процессов, улучшения комплайенса в отношении лечения основного заболевания, что тем самым будет способствовать повышению эффективности терапевтических и реабилитационных мероприятий.

Именно увеличение обращаемости за психотерапевтической помощью в курации вышеуказанных заболеваний обусловило актуальность настоящей работы, посвященной проблемам стратификации психотерапевтических феноменов, характерных для психосоматических и соматоформных расстройств.

Говоря о психотерапевтическом вмешательстве у пациентов общесоматического профиля, необходимо принимать во внимание конституциональные, персонологические, патопсихологические характеристики, а также выраженное патопластическое действие имеющегося соматического заболевания на структуру свойственных индивидууму реактивно-личностных образований, поскольку все перечисленные факторы создают определенный психогенный фон и органическую почву в ходе психотерапевтического процесса, облегчая или осложняя его течение [13, 14].

В качестве специфического метода исследования психики и поведения нами был использован клинико-психофеноменологический метод, ориентированный на выявление, анализ и квалификацию (с последующей интерпретацией) клинической психофеноменологии, лежащей в основе современной психотерапевтической диагностики.

Психофеноменологический профиль представляет собой важный инструмент в руках психотерапевта и определяется как пропорциональное качественно-количественное соотношение установленных психотерапевтических феноменов. Введение в психотерапевтическую практику психофеноменологического профиля, который отражает всю совокупность индивидуальных конституциональных, персонологических, патопсихологических характеристик, а также межличностных особенностей пациента, направлено на оптимизацию диагностико-терапевтического процесса [14–17].

Цель нашего исследования — на основании клинико-психопатологической семиотики и медико-психологических особенностей пациентов, страдающих ЯБЖ и/или ДПК, а также соматоформным расстройством верхних отделов ЖКТ, сравнить особенности групп психотерапевтических феноменов обследованных контингентов.

Выбор нозологий обусловлен общностью клинических проявлений и жалоб пациентов при различной вовлеченности морфологического субстрата, генеза и психопатогенеза, на основании чего нами была сформулирована гипотеза о различном феноменологическом отклике больных на психотерапевтическое вмешательство в зависимости от заболевания.

На протяжении 2011–2014 гг. было обследовано 129 пациентов (мужчин и женщин) в возрасте от 24 до 60 лет, которые вошли в две группы.

Первую группу составили 66 пациентов с ЯБЖ и/или ДПК, вторую — 63 больных с соматоформным расстройством верхних отделов ЖКТ. В ходе исследования дифференцирование контингентов по полу не проводилось.

Комплексное обследование пациентов включало социально-демографический, клинико-анамнестический, психодиагностический, статистический методы. Кроме того, в исследовании применялся специальный психофеноменологический метод, что позволило установить конституциональные, индивидуально-психологические особенности и в последующем выделить группы психотерапевтических феноменов, характерных для лиц с рассматриваемой патологией.

Психофеноменологические характеристики пациентов с ЯБЖ и/или ДПК, а также соматоформным расстройством верхних отделов ЖКТ свидетельствуют о значительной роли психосоматического компонента в этиопатогенезе указанных заболеваний и идентифицируют основные точки приложения, особенности течения психотерапевтического процесса у данных контингентов с учетом патопластического влияния патологии. Были рассмотрены три группы феноменов первого класса («со стороны пациента»), а именно: саногенные, дефензивные и инструментальные как основные, определяющие клинические особенности и координирующие стратегию психотерапевтического процесса. Смешанные феномены и артефакты в данной работе не анализировались.

Исследование контингента первой группы указало прежде всего на наиболее часто выявляемые общие отличительные особенности средовых факторов: низкий уровень материального достатка и образования, неблагоприятная макро- и микросоциальная обстановка (внутрисемейные и профессиональные конфликты, разводы). Следует отметить, что среди пациентов, страдающих ЯБЖ и/или ДПК, по результатам психоэкспериментального исследования значительно чаще, чем у больных второй группы, наблюдались расстройства личности, причем преобладали ананкастное, диссоциальное и тревожное. По данным обследования типичными для пациентов с ЯБЖ и/или ДПК стали высокий уровень тревожности, депрессивный синдром различной тяжести, а также высокий уровень интровертированности личности (что предопределяло в психофеноменологии феномен *инверсии*).

Тревога, враждебность, чувства обиды, вины и разочарования, которые ярко выражены у пациентов с ЯБ, приводят к усилению перистальтики ЖКТ, повышению секреции пищеварительных соков и простагландинов. Эти эмоциогенные факторы определяются зачастую накануне и во время

экзацербации ЯБ. В клинической психофеноменологии идентифицируемые проявления негативных эмоций находили отражение в феномене *агрессии*. Говоря об индивидуальных психологических особенностях пациентов, отметим, что перечисленные эмоции у них сопряжены с такой моделью поведения индивидуума, в которой при развитии конфликта интересов (или другой психотравмирующей ситуации) на первый план выступает стремление самоустраниться от его разрешения. Данный модус поведения у больных первой группы в ходе специального психофеноменологического обследования с учетом определенных механизмов психологической защиты был интерпретирован в рамках феноменов *блокирования, подавления, изоляции*. Среди лиц с указанной патологией часто определялись такие стратегии поведения в психотравмирующих ситуациях: одна часть чувствовала себя обязанными действовать согласно установленному порядку, несмотря на собственные убеждения, что проявлялось феноменом *проекции*; другая часть обнаруживала стремление соответствовать недостижимым стандартам, выдвигаемым к личности в конфликтных, стрессовых условиях, что определяло у них феномен *идентификации*.

Исследование факторов социального окружения больных первой группы показало высокий уровень незрелости символической экспрессии, что в нашем исследовании ассоциируется с феноменом инфантилизма, а также недостаток опыта в использовании приемов межличностного взаимодействия, проявляющийся наиболее ярко в феноменах *регрессии* и *конверсии*, что обуславливает особую подверженность стрессу таких пациентов. У данного контингента выражено стремление к сохранению источника психологической зависимости, что часто обуславливает табакокурение, употребление алкоголя и возможное злоупотребление нестероидными противовоспалительными и другими лекарственными препаратами, являясь одновременно дополнительным провоцирующим фактором для основного заболевания, индикатором эффективности использования в качестве инструментального феномена *подкрепления*. Недостаточное выражение, переживание отрицательных эмоций, которые испытывают обследуемые в психотравмирующих ситуациях, с их блокированием, подавлением, изоляцией, инкапсуляция агрессии, боязнь и избегание открытого конфликта обуславливают эффективность катарсиса как саногенного феномена, специфичного для данной группы.

Кроме того, использование специального психофеноменологического метода с целью выявления тех феноменов, которые было затруднительно идентифицировать в ходе стандартного психодиагностического обследования, позволило

установить следующие особенности. Путем клинической провокации в ходе психоэкспериментального исследования нами использовались различные психотехники, в ответ на которые пациенты отвечали проявлением тех или иных саногенных феноменов. Таким образом, применение персуазии и элементов гипносугестии позволило обнаружить феномены *убеждаемости* и *внушаемости*. В ходе проективной игры установлена доступность части контингента первой группы *гештальт-инсайта*, положительный эффект от использования приемов экзистенциальной психотерапии указывает на присутствие в структуре психотерапевтического реагирования *аутентичности*. Положительное воздействие специальных психометодологических приемов говорит о возможности использования в качестве саногенного феномена *забывания*.

Качественно-количественное соотношение психотерапевтических феноменов пациентов с ЯБЖ и/или ДПК представлено в табл. 1.

Большинство пациентов второй группы с соматоформным расстройством верхних отделов ЖКТ в ходе исследования личностного профиля показали различную степень проявления акцентуированных черт характера по эмоционально неустойчивому и демонстративному типам. Однако следует отметить, что их патофизиологические особенности значительно реже достигали уровня личностных расстройств, обнаруженных у больных ЯБ. Социальные и материальные показатели у обследуемых

Таблица 1

Структура групп психотерапевтических феноменов у пациентов с язвенной болезнью желудка и/или двенадцатиперстной кишки

Группа феноменов	Пациенты с ЯБЖ и/или ДПК, n = 66	
	абс. ч.	%
Иструментальные:		
подкрепление	55	83,33
внушаемость	30	45,45
убеждаемость	27	40,90
Саногенные:		
катарсис	49	74,24
гештальт-инсайт	41	62,12
аутентичность	38	57,57
забывание	35	53,03
Дефензивные:		
инверсия	49	74,24
агрессия	46	69,69
блокирование	58	87,87
подавление	62	93,93
изоляция	54	81,81
проекция	44	66,66
идентификация	37	56,06
регрессия	54	81,81
конверсия	60	90,90

этой группы были в среднем несколько выше, чем у контингента первой группы. Во второй группе больше пациентов с высшим образованием, несколько ниже уровень разводов и профессиональных конфликтов по сравнению с аналогичными показателями у пациентов, страдающих ЯБ.

Результаты обследования больных этой группы также выявили повышенный уровень тревожности, однако вместо внешних ее проявлений в психотравмирующих ситуациях они чаще демонстрировали симптомы диспептического круга, жалуюсь на неприятные, болезненные ощущения в эпигастрии, тошноту или изжогу, соответствующие эрзацеции соматоформного расстройства. Для пациентов с подобными явлениями были характерны феномены *блокирования* и последующей *соматизации* тревоги, свойственные лицам с соматоформным расстройством верхних отделов ЖКТ.

Изучение социального взаимодействия данного контингента показало, наряду с привычной частотой стресса, большую субъективную значимость и тенденцию к утяжелению воспринимаемых психотравмирующих факторов, что обуславливает снижение контролируемости собственного поведения и управляемости стрессовых ситуаций. Квалифицировать такое поведение в стрессовой ситуации можно при помощи психофеноменологического метода как феномены *регрессии* и *конверсии*. Хотя в отличие от интровертированности, свойственной пациентам первой группы, у обследованных с соматоформным расстройством верхних отделов ЖКТ наблюдается активное стремление к социальной поддержке, поиску способа разрядки психологического напряжения с целью дальнейшей обработки стрессовых жизненных событий, что соответствует феномену *реализации* (по аналогии с механизмом психологической защиты «реализация в действии»). Уместно ассоциировать данные индивидуально-психологические особенности с феноменом *групповой динамики*. Вместе с тем психоэкспериментальное исследование выявляет также феномены *убеждения* и *суггестии* у значительной части пациентов второй группы, на что указывают в некоторой мере модус покорности обстоятельствам, желательное сохранение зависимости и контроля над ситуацией со стороны третьего лица. Это в совокупности со специальным психофеноменологическим исследованием позволяет нам определить эффективность инструментальных феноменов *убеждаемости* и *внушаемости* у данной группы пациентов, хотя, бесспорно, феномен реализации преобладает.

Активный тип реагирования на психотравму зачастую влечет за собой значительное повышение уровней тревоги, агрессии и связан с испытываемыми чувствами ревности, вины, обиды

и разочарования, что дает нам возможность интерпретировать такой модус поведения с позиций психофеноменологии как феномен *сублимации*.

Идентификация себя с более сильной личностью у многих пациентов с соматоформным расстройством обуславливает стремление соответствовать недостижимым образцам поведения и бороться за практически недостижимые результаты. Такое стремление предрасполагает к использованию *подкрепления* в качестве одного из инструментальных феноменов. Эти обстоятельства говорят о большом удельном весе сублимации в числе дефензивных феноменов.

С помощью импрегнации в психодиагностический процесс элементов некоторых психотерапевтических методик у пациентов второй группы удалось идентифицировать следующие саногенные феномены: при использовании техники реверсивных переживаний значительная часть контингента второй группы ответила на приемы *катарсисом*, эффективность применения методики интерпретации как элемента психодинамической терапии позволила констатировать наличие феномена *осознания*, тогда как фрагментация-дефрагментация опыта выявила феномен *научения*.

Общая картина количественно-качественного соотношения психотерапевтических феноменов у пациентов с соматоформным расстройством верхних отделов ЖКТ отражена в табл. 2.

Результаты исследования позволяют сделать заключение, что наиболее общими предрасположенными факторами социального характера, которые могут сопровождать формирование соматоформного расстройства верхних отделов ЖКТ и ЯБЖ и/или ДПК, являются низкий уровень образования и социальной адаптации личности (на внутрисемейном, межличностном, профессиональном уровнях), а также фактор материального неблагополучия. Среди факторов конституционально-биологического спектра отмечается значение личностных особенностей пациентов, а точнее — состояний нарушения компенсации, определяемых в период эрзацеции основного заболевания. Кроме того, для данных заболеваний достоверна взаимосвязь их течения с повышением уровней тревожности, агрессии и других эмоций отрицательного значения, а также с наличием наивных форм психологической защиты в психотравмирующих ситуациях — регрессии, конверсии, вытеснения, подавления, блокирования.

Учитывая различия среди индивидуально-психологических особенностей в обеих группах исследования, мы установили следующие тенденции: во-первых, заболеваемость патологией ЖКТ находится в более тесной взаимосвязи с неблагоприятными

Таблица 2

Структура групп психотерапевтических феноменов у пациентов с соматоформным расстройством верхних отделов желудочно-кишечного тракта

Группа феноменов	Пациенты с соматоформным расстройством верхних отделов ЖКТ, n = 63	
	абс. ч.	%
Инструментальные:		
убеждаемость	28	44,44
внушаемость	30	47,61
подкрепление	49	77,77
Саногенные:		
осознание	32	50,79
научение	29	46,03
убеждение	28	44,44
суггестия	30	47,61
групповая динамика	57	90,47
катарсис	49	77,77
Дефензивные:		
реализация	46	73,01
сублимация	52	82,53
регрессия	55	87,30
конверсия	59	93,65
блокирование	60	95,24
соматизация	51	80,55

социокультуральными факторами для пациентов с ЯБ, нежели для больных с соматоформным расстройством; во-вторых, уровень патофизиологических расстройств у обследуемых второй группы значительно реже достигает уровня расстройства личности, ограничивается наличием акцентуированных черт. Кроме того, интровертированность, изоляция и агрессия в структуре психофизиологического портрета более характерны для пациентов с ЯБ среди всех психотических образований, тогда как для больных с соматоформным расстройством высокоспецифичными являются сублимация, соматизация и групповая динамика.

Проведенное исследование позволило сформировать комплекс психотерапевтических феноменов у пациентов, страдающих ЯБЖ и/или ДПК, и больных с соматоформным расстройством верхних отделов ЖКТ, что стало базисом психофизиологического профиля этого контингента.

У пациентов первой группы определены психотерапевтические феномены: саногенные — катарсис, гешталь-инсайт, аутентичность, забывание; дефензивные — инверсия, агрессия, блокирование, подавление, изоляция, проекция, идентификация, регрессия и конверсия; инструментальные — подкрепление, внушаемость, убеждаемость.

У пациентов второй группы из числа саногенных феноменов выявлялись осознание, научение, убеждение, суггестия, групповая динамика

и катарсис; дефензивных — реализация, сублимация, регрессия, конверсия, блокирование и соматизация; инструментальных — убеждаемость, подкрепление, внушаемость.

Выявленные особенности комплекса психотерапевтических феноменов у пациентов, страдающих ЯБЖ и/или ДПК, а также соматоформным расстройством верхних отделов ЖКТ, имеют практическое значение как для понимания процессов синдроногенеза, синдромокинеза и синдромотаксиса психопатологических образований (в том числе и для прогнозирования их возникновения и преобразования в различных условиях патогенных или саногенных воздействий), так и для построения психофизиологического профиля контингентов с данной патологией, обоснованности вспомогательного психотерапевтического воздействия, в частности при выборе способов психотерапевтического вмешательства.

Список литературы

1. *Alp M. H.* Personality pattern and emotional stress in the genesis of gastric ulcer / M. H. Alp, J. H. Court, A. K. Grant // *Gut.*— 1970.— № 11.— P. 773–777.
2. *Christodoulou G. N.* Peptic ulcer in adults: psychopathological, environmental, characterological and hereditary factors / G. N. Christodoulou, B. H. Alevizos, E. Konstantakakis // *Psychother. Psychosom.*— 1983.— № 39.— P. 55–62.
3. *Craig T. K. J.* Goal frustration and life events in the aetiology of painful gastrointestinal disorder / T. K. J. Craig, G. W. Brown // *J. Psychosom. Res.*— 1984.— № 28.— P. 411–421.
4. *Acute and chronic stress in duodenal ulcer disease* / K. Ellard, J. Beaurepaire, M. Jones, D. Piper, C. Tennant // *Gastroenterology.*— 1990.— № 99.— P. 1628–1632.
5. *Life events stress and psychosocial factors in men with peptic ulcer disease: a multidimensional case-controlled study* / M. Feldman, P. Walker, J. L. Green, K. Weingarden // *Gastroenterology.*— 1986.— № 91.— P. 1370–1379.
6. *Life event stress and chronic difficulties in duodenal ulcer: a case control study* / I. Gilligan, L. Fung, D. W. Piper, C. Tennant // *J. Psychosom. Res.*— 1987.— № 31.— P. 117–123.
7. *Jess P.* The personality patterns in patients with duodenal ulcer and ulcer-like dyspepsia and their relationship to the course of the diseases / P. Jess, J. Eldrup // *Hvidovre Ulcer Project Group. J. Intern. Med.*— 1994.— № 235.— P. 589–594.
8. *Psychosituational factors and duodenal ulceration in South African blacks and Indians* / A. Levin, L. Schlebush, I. E. Katzeff [et al.] // *Afr. Med. J.*— 1981.— № 59.— P. 5–9.
9. *The personality pattern of patients with chronic peptic*

- ulcer: a case-control study / J. H. McIntosh, R. W. Nairsy, M. Frydman [et al.] // Scand. J. Gastroenterol.— 1983.— № 18.— P. 945–950.
10. National Institutes of Health Consensus Development Panel on Helicobacter pylori in Peptic Ulcer Disease. Helicobacter pylori in peptic ulcer disease // JAMA.— 1994.— № 272.— P. 65–69.
11. *Смулевич А. Б.* Психосоматические расстройства (клиника, терапия, организация медицинской помощи) / А. Б. Смулевич // Психиатрия и психофармакотерапия.— 2000.— Т. 2, № 2.— С. 35–39.
12. *Сидоров П. И.* Психосоматическая медицина / П. И. Сидоров, А. Г. Соловьев, И. А. Новикова.— М.: МЕДпресс-информ, 2006.— С. 13–63.
13. *Блейхер В. М.* Патопсихологическая диагностика / В. М. Блейхер, И. В. Крук.— К.: Здоровье, 1986.— 280 с.
14. *Чугунов В. В.* Психотерапевтическая феноменология, клинические эффект-синдромы в психотерапии и их коррелят-механизмы / В. В. Чугунов // Арх. психиатрии.— 2002.— № 4 (31).— С. 202–206.
15. *Чугунов В. В.* Сравнительная характеристика и взаимодействие клинико-психологических синдромологий в сфере компетенции психотерапии / В. В. Чугунов, Б. В. Михайлов // Таврич. журн. психиатрии.— 2007.— № 1 (38).— С. 49–62.
16. *Чугунов В. В.* Диагностика в психотерапии та психотерапевтичний діагноз: навч. посіб. / В. В. Чугунов.— Харків: Наука, 2010.— 304 с.
17. *Чугунов В. В.* Диагностика в психотерапии и психотерапевтический диагноз: учеб. пособ. / В. В. Чугунов.— Харьков: Наука, 2010.— 304 с.
18. *Кудрявцев И. А.* О диагностическом и прогностическом значении некоторых патопсихологических симптомокомплексов / И. А. Кудрявцев // Восстановительная терапия и реабилитация больных нервными и психическими заболеваниями.— Л.: ЛНИИМП им. В. М. Бехтерева, 1982.— С. 46–52.

ОСОБЛИВОСТІ ГРУП ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНИХ ФЕНОМЕНІВ У ХВОРИХ ІЗ СОМАТОФОРМНИМ РОЗЛАДОМ ВЕРХНІХ ВІДДІЛІВ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ І ВИРАЗКОВОЮ ХВОРОБОЮ ШЛУНКА ТА/АБО ДВАНДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Ю. І. ЗАСЕДА

Наведено результати клініко-психофеноменологічного обстеження пацієнтів із виразковою хворобою шлунка та/або дванадцятипалої кишки, а також із соматоформним розладом верхніх відділів шлунково-кишкового тракту. Виявлено найбільш характерні для цього контингенту хворих психотерапевтичні феномени, які становлять базис психофеноменологічного профілю, встановлено їх співвідношення та відмінні особливості.

Ключові слова: психотерапія, виразкова хвороба шлунка, соматоформний розлад, психотерапевтичні феномени, психофеноменологічний профіль.

PECULIARITIES OF GROUPS OF PSYCHOTHERAPEUTIC PHENOMENA IN PATIENTS WITH SOMATOFORM DISORDERS OF THE UPPER GASTROINTESTINAL TRACT AND GASTRIC AND/OR DUODENAL ULCER

Yu. I. ZASEDA

The paper reports the results of clinical-psychophenomenological study of patients with gastric and/or duodenal ulcers as well as those with somatoform disorder of the upper gastrointestinal tract. The most characteristic for this group of patients psychotherapeutic phenomena constituting the basis of the psychophenomenological profile were revealed; their relationship and distinctive features were determined.

Key words: psychotherapy, gastric ulcer, somatoform disorder, psychotherapeutic phenomena, psychophenomenological profile.

Поступила 26.09.2014