

ДОСВІД МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА ПСИХОСОМАТИЧНІ РОЗЛАДИ

В статті висвітлений досвід медико-психологічної реабілітації осіб, які страждають на психосоматичні розлади. Визначені змістові складові основних етапів (діагностичного, психотерапевтичного, рекомендаційного) такої роботи. Обґрунтовані цілі та завдання індивідуальних сеансів та групових занять з клієнтами.

Ключові слова: медико-психологічна реабілітація, психосоматичні розлади, індивідуальні сеанси, групові заняття.

В статье освещен опыт медико-психологической реабилитации лиц, имеющих психосоматические расстройства. Определены содержательные составляющие основных этапов (диагностического, психотерапевтического, рекомендационного) такой работы. Обоснованы цели и задачи индивидуальных сеансов и групповых занятий с клиентами.

Ключевые слова: медико-психологическая реабилитация, психосоматические расстройства, индивидуальные сеансы, групповые занятия.

Впродовж 2010-2014 рр. нами проводилася медико-психологічна реабілітація осіб із психосоматичними розладами на базі приватного Психологічного центру ЛСК (м. Київ). Було сформовано 14 психотерапевтичних груп загальною кількістю 62 особи (по 4-5 осіб), у віці 34-44 роки, з них чоловіків – 24, жінок – 38. Соціальний статус учасників – не піддається узагальненню через нечисленність вибірки, втім, всі вони мають рівень доходів вищий, аніж в середньому по Україні, що відображає загальну тенденцію звертання до платних послуг психологів – консультантів та психотерапевтів. Типовим для всіх клієнтів мотивом звертання була низька ефективність лікування засобами традиційної медицини та загострення симптомів захворювання у зв'язку з психотравмуючими обставинами (переважно, сімейного та виробничого характеру), хронічна втома та погіршення внаслідок цього стосунків із оточуючими.

Робота з психотерапевтичними групами та окремими особами здійснювалася в приміщенні Центру, в часовому інтервалі 17-20 год. двічі на тиждень (такий графік був найбільш зручним для працюючих, які склали більшість учасників). Її алгоритм: 1) визначення лікарем поточного функціонального пацієнта та надання йому рекомендацій (за необхідності – призначення медичних засобів чи зміна протоколу їх застосування); 2) групова робота; 3) індивідуальне консультування; 4) виконання учасниками «домашніх завдань» (поза межами означеного вище часу).

Етапами медико-психологічної реабілітації осіб із психосоматичними розладами визначено:

- I – підготовчий (діагностичний);
- II – основний (психотерапевтичний);
- III – заключний (рекомендаційний).

На **діагностичному етапі** лікар аналізував результати клінічних аналізів та історію хвороби пацієнта; психолог – здійснював психодіагностичне дослідження, зорієнтоване, переважно, на встановлення актуального психічного стану особи. В психодіагностичний комплекс були включені наступні психологічні методики: діагностична бесіда; колірний тест М. Люшера; методика діагностики самопочуття, активності, настрою (САН); методика Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна для оцінки ситуативної та особистісної тривожності; тест Т. Лірі для дослідження уявлень суб'єкта про себе та ідеальне «Я», а також встановлення домінуючого типу ставлення до людей; стандартні фізіологічні проби Штанге і Генча, спрямовані на вивчення функціонального стану і резервних можливостей організму.

При проведенні діагностичної бесіди важливо здійснювати її на засадах активного слухання, а саме: всю увагу приділяти лише клієнту, сидіти зручно і без напруги; переповторювати сказане, щоб він переконався, що його дійсно зрозуміли і нічого не пропустили; не перебивати співрозмовника і починати говорити лише тоді, коли він замовкне; говорити безоціночно; висловлювати лише позитивно-конструктивні фрази. Слід також звертати

увагу на особливості невербальної комунікації, аби в подальшому адекватно розуміти прояви психоемоційних станів клієнта.

На психотерапевтичному етапі проводилося психологічне консультування та сеанси психотерапії.

Ми вважаємо психологічне консультування одним із різновидів психологічної допомоги, що змістовно є відносинами допомоги між психологом і особою, у якої наявні ознаки психосоматичних розладів, надання їй допомоги в оптимізації своєї психічної активності, в подоланні несприятливих психічних станів, в розвитку специфічних життєвих умінь, в організації самовиховання та ін.

Основними етичними принципами психологічного консультування стали наступні.

1. *Добррозичливе і безоціночне ставлення до клієнта* – професійна поведінка, спрямована на те, щоб клієнт почувався спокійно та комфортно.

2. *Орієнтація психолога на норми і цінності клієнта* – психолог орієнтується на норми і цінності клієнта, а не на соціально прийнятні вимоги і правила, що дозволяє йому бути щирим і відкритим. Прийняття цінностей клієнта та повага до них є не тільки можливістю підтримати його, але дозволяють також впливати на них у майбутньому, якщо з'ясується, що вони заважають нормальній життєдіяльності людини.

3. *Заборона надавати поради* – психолог, попри наявність професійного і життєвого досвіду, не може надати гарантовано правильну пораду клієнту хоча б тому, що життя клієнта унікальне й непередбачуване, і лише він сам є основною діючою особою та експертом у ньому. Окрім того, надати пораду – це прийняти відповідальність на себе, що не сприяє розвитку особистості, навпаки, спричинює пасивність та поверхове ставлення до проблеми. Психолог повинен бути експертом в інших сферах, зокрема, в побудуванні стосунків із клієнтом.

4. *Анонімність* – жодна інформація не може бути повідомлена іншим особам, в тому числі близьким родичам і друзям, без згоди клієнта. Існують лише виключення,

обумовлені законодавчо, про які його потрібно завчасно попереджувати.

5. *Розмежування професійних і особистих стосунків* – вимога, пов'язана з наявністю певних психологічних феноменів, що впливають на процес психологічної допомоги, зокрема, йдеться про феномени переносу та контрпереносу. Необхідність дотримання цієї вимоги безумовна, і якщо особисті стосунки все ж виникають, слід якомога швидше (так, щоб не нанести клієнту додаткової психологічної травми) припинити надання психологічної допомоги.

Основними критеріями досягнення цілей психологічного консультування ми вважаємо:

1) *задоволеність клієнта*, тобто поява в нього відчуття полегшення, зменшення інтенсивності негативних емоційних переживань, стабілізація психосоматичного статусу;

2) *прийняття клієнтом відповідальності* за те, що відбувається з ним.

В науковій літературі можна зустріти точку зору, що цілі консультування поділяються на:

- цілі, пов'язані з виправленням чогось (корекція);

- цілі, що сприяють особистісному зростанню та розвитку.

Ми цілком згодні з такою позицією. Дійсно, межа між виправленням (корекція) і розвитком (консультування) досить умовна: в процесі виправлення особливостей психологічного розвитку, що не відповідають оптимальній моделі адаптації до умов життєдіяльності, відбувається формування властивостей і якостей, необхідних для підвищення рівня соціалізованості та адаптованості особистості; і навпаки, консультанти, фокусуючи свою увагу на вирішенні завдань розвитку, сприяють нейтралізації негативних рис та підсиленню позитивних, тобто корегують особистість. Загалом корекція та консультування спрямовані на реалізацію профілактичних функцій, тобто досягнення клієнтом стану психологічного комфорту.

Втім, відмінність між цими двома різновидами психологічної допомоги все ж існує: при консультуванні особливе значення надається підвищенню особистої відповідальності клієнтів за власне життя. Для цього створюється ситуація вибору,

котрий надає їм можливість відчувати, мислити й діяти найбільш ефективно для досягнення своїх цілей. Кінцева мета консультування – навчити людину допомагати самій собі, тобто стати власним консультантом.

Психотерапія – комплексне використання репертуару методів і засобів психологічного впливу задля задіяння глибинних особистісних механізмів та кардинальної перебудови особистості.

Ми вбачаємо наступні відмінності між психологічним консультуванням і психотерапією:

- консультанти прагнуть допомогти людині в використанні наявних ресурсів для поліпшення якості їх життя за рахунок інформування і пояснення;

- психотерапевти акцентують увагу на особистісних змінах. Вони мають справу з більш глибинними психологічними проблемами, що потребують інтенсивного психологічного втручання.

З певним ступенем умовності можна стверджувати, що консультанти працюють із свідомістю клієнта, а психотерапевти – із його підсвідомістю. Це дозволяє нам аргументувати необхідність їх комплексного та послідовного в часі застосування у процесі надання психологічної допомоги особам із психосоматичними розладами.

Ми вважаємо беззмисловою дискусію з приводу того, хто є суб'єктом психотерапії – лікар чи психолог (як варіант – чи може особа без медичної освіти практикувати в площині психотерапії). Важливо розуміти, що психотерапія поділяється на клінічно-орієнтовану – спрямовану на пом'якшення чи ліквідацію негативної психічної симптоматики та особистісно-орієнтовану – зорієнтовану на зміну особою свого ставлення до соціального оточення і самої себе. В першому випадку процедура психотерапії здійснюється лікарем-психотерапевтом та передбачає супутнє психофармакологічне супроводження; в другому – психологом-психотерапевтом, який використовує одну чи декілька психологічних парадигм (психоаналіз, гештальт-терапія, інтерперсональна психотерапія, клієнт-центрована терапія, тілесно-орієнтована психотерапія, раціонально-емоційно-поведінкова терапія, когнітивна психотерапія, екзистенціальна психотерапія та ін.).

Особистісно-орієнтована терапія найчастіше звернена до особистісних проблем, що межують із порушеннями психіки, з чим пов'язані внутрішньоособистісні конфлікти, тяжкі переживання, порушення спілкування та соціальної поведінки, зміни свідомості і самосвідомості тощо.

Втім, в обох випадках можуть використовуватися традиційні методи психологічної саморегуляції (аутогенне тренування, медитація тощо) та різні види і техніки навіювання (в тому числі гіпноз, недирективний гіпноз М. Еріксона, нейролінгвістичне програмування), але з відмінними цілями: для зняття чи полегшення симптомів хвороби або ж для створення умов оптимального функціонування особистості та покращення стосунків із оточуючими.

Оскільки наші клієнти висловлювали скарги стосовно більш чи менш розгорнутої психосоматичної симптоматики, процедура індивідуального психологічного консультування і психотерапії передбачала медичне супроводження у формі фізіотерапії (вплив кольору та музики, ароматерапія та фітотерапія) та рефлексопрофілактики (масаж, точковий масаж, акупресурний масаж – шіацу) з реєстрацією біологічного зворотного зв'язку (БЗЗ). Використання цих методів покращує психоемоційний стан та вегетативне забезпечення діяльності організму, оскільки дозволяє знаходити енергетично більш вигідні варіанти підтримання гомеостазу внутрішнього середовища, в загальному вигляді – протидіє професійному стресу шляхом підвищення адаптивних можливостей організму, зняття втоми та відновлення працездатності.

Ми надаємо особливого значення рефлексопрофілактиці при корекції психосоматичних розладів: масаж чи будь-який інший тілесний контакт, окрім безпосереднього впливу на психофізіологічний стан людини, активізує глибинні рівні свідомості. На наше переконання, психічна травматизація настає саме в тих випадках, коли зовнішнього відреагування на екстремальну для людини ситуацію виявилось недостатньо для нейтралізації супроводжуючої її емоційного стану. Внаслідок таких глибинних переживань втрачається почуття захищеності (почуття «базової довіри до світу»), основа

якого закладається в дитинстві завдяки позитивним тілесним контактам із дорослими. Психотерапевтичний тілесний контакт допомагає «повернути» первісний онтогенетичний досвід та відновити відчуття надійності та підтримки, долає емоційну відчуженість та нездатність до емоційно-близьких стосунків із оточуючими.

Біологічний зворотний зв'язок (БЗЗ) – використання певного інструментарію для одержання інформації про стан організму та динаміку різних функціональних його систем. В якості такого інструментарію може бути використаний електроенцефалограф, електрокардіограф, електроміограф, прилад для виміру шкірно-гальванічного рефлексу, тобто фактично будь-який прилад із арсеналу сучасної медицини та психофізіології. Виміри об'єктивних показників створюють можливість реалізації механізму саморегуляції, забезпечують контроль над такими фізіологічними процесами, які не піддаються довільній перевірці. БЗЗ є методом накопичення інформації про відповідність паттернів певних функцій нормотипу функціональних станів.

БЗЗ складається з трьох етапів: вимір фізіологічних параметрів, переведення цих результатів у доступну форму і повідомлення про них людину, яка навчається контролювати процеси свого організму.

Хоча досі не існує достатніх аргументів для пояснення, як люди контролюють фізіологічні параметри, сама можливість такого контролю вже не є приводом для дискусій. Але якщо людина здатна збільшувати та зменшувати частоту серцебиття чи артеріальний тиск, вона, тим більше, здатна контролювати й власну поведінку та самопочуття: важливо лише прийняти на себе відповідальність за вибір того чи іншого способу дій. Експериментально доведено, що застосування БЗЗ ефективно при наданні психологічної допомоги у випадках високої тривожності, синдрому вигорання, кашлю психогенного походження, при корекції локусу контролю, регуляції психічного стану та афективних розладів [1, с. 253]. Як бачимо, цей ряд цілком можна не суперечливо доповнити психосоматичними розладами.

Другий (основний, психотерапевтичний) етап медико-психологічної реабілітації осіб із психосоматичними розладами передбачав, окрім індивідуальної роботи, проведення

групових занять. Ми свідомо уникаємо популярного в сучасній психологічній літературі поняття «тренінгу», оскільки специфічна категорія клієнтів потребує, на наше переконання, й особливих підходів, в той час як тренінгова процедура передбачає розгортання процесу навчання учасників у межах досить жорсткого алгоритму.

Мета проведення таких групових занять визначалася необхідністю вирішення декількох завдань:

- 1) оволодіння вміннями управління тривожністю;
- 2) оволодіння вміннями релаксації;
- 3) оволодіння вміннями самомасажу.

У межах означеного вище часу кожне завдання вирішувалося впродовж 2 днів занять, тобто одного тижня; кожен день завершувався розгорнутими самозвітами учасників стосовно свого психоемоційного стану на початку, впродовж та по завершенню занять, а також груповим обговоренням одержаних результатів. Таким чином, вся процедура медико-психологічної реабілітації осіб із психосоматичними розладами, включно з діагностичним та рекомендаційним етапами, завершувалася впродовж одного місяця.

1. *Оволодіння вміннями управління тривожністю* – до найбільш ефективних технік подолання особистісної тривожності, на нашу думку, належать «приспособлення до ситуації», «переіменування», «розмова з самим собою», «зупинка думок» та систематична десенситизація. При цьому під особистісною тривожністю ми розуміємо наявність схильності до ірраціональних страхів, що супроводжується станом напруженості, занепокоєння, прагненням уникнути чогось неприємного а також активацією автономної нервової системи.

Приспособлення до ситуації – полягає в завчасному ознайомленні з особливостями оточуючого середовища та з'ясуванні його дійсної, а не уявної небезпечності; переіменування – фокусування на позитивних аспектах події; розмова з самим собою – встановлення ступеня ймовірності розвитку ситуації в негативному напрямі та настання небажаних наслідків; зупинка думок – застосування прийомів релаксації при виникненні негативних думок; систематична десенситизація – визначення ієрархії ситуацій, що призводять до

виникнення тривожності, та послідовне їх подолання в стані релаксації.

2. *Техніки релаксації* в нашому медико-психологічному реабілітаційному комплексі представлені:

- діафрагмальним диханням;
- «мисленневим скануванням тіла»;
- рефлексом заспокоєння;
- станом усвідомлення.

Це не означає, що ми недооцінюємо значущість традиційних методів аутогенного тренування (АТ І. Шульца, методика прогресивної релаксації Е. Джекобсона, психорегулююче тренування Л. Д. Гіссена, психом'язове тренування А. В. Алексеєва та ін.). Вони представлені в науковій літературі і, за необхідності, можуть бути застосовані при наданні психологічної допомоги особам із психосоматичними розладами. Критерієм обрання саме цих технік була простота їх засвоєння та застосування. Окрім того, наші клієнти вже пройшли певний шлях спроб позбавлення від негативних переживань, в тому числі й ознайомлення з вищезазначеними методами. Обрані нами техніки їм не були відомі, отже, не викликали небажаних асоціацій.

Сутність діафрагмального дихання – активне включення в процес дихання діафрагми та м'язів живота; «мисленнєве сканування тіла» – визначення відносно розслабленої частини тіла та перенесення цього відчуття на найбільш напружені ділянки тіла [1, с. 256].

Рефлекс заспокоєння – передбачає послідовне проходження наступних кроків: 1) підтримання рівного і глибокого дихання; 2) позитивний вираз обличчя; 3) баланс осанки; 4) «хвиля релаксації»; 5) свідомий контроль.

Стан усвідомлення – фокусування уваги на актуальному моменті буття («тут і тепер»): замість думати, «що буде, якщо...», слід фокусуватися на тому, «що є». Як зазначає Д. Грінберг, деякі люди доходять до кінця життя, так і не переживаючи по справжньому свій життєвий шлях [1, с. 259].

3. *Оволодіння вміннями самомасажу* – є корисним для будь-якої людини, оскільки покращує постачання органів киснем і поживними речовинами, прискорює виведення з організму продуктів розпаду.

Особам із схильністю до психосоматичних розладів бажано щоденно проводити загальний масаж кінцівок (від

кінчиків пальців до центру, оминаючи лімфатичні вузли) та грудну клітину (від центру до пахової западини), шию (від межі волосся до спини). Для відновлення функціонального стану можна також здійснювати точковий масаж, впливаючи таким чином на біологічно активні точки.

Ми вважаємо, що в своїй сукупності оволодіння вміннями управління тривожністю, релаксації та самомасаж є ефективною технікою протидії стресу, тобто здатні впливати на глибинні структури особистості, що породжують схильність до психосоматичних розладів.

Рекомендаційний етап медико-психологічної реабілітації розпочинається зі здійснення підсумкової діагностики соматичного стану (згідно з результатами попередніх та заключних клінічних аналізів, оглядів лікаря та порівняння наявних скарг клієнтів та їх оцінки свого стану здоров'я). Суттєві позитивні зміни психосоматичного статусу мала місце у 22 із 62 осіб (10 чоловіків та 12 жінок), певні позитивні зміни – у 25 осіб (6 чоловіків та 19 жінок), відсутність змін при загальному покращенні самовідчуття – у 15 осіб (8 чоловіків та 7 жінок); не зафіксовано жодного випадку погіршення стану здоров'я.

Згідно з результатами підсумкового психодіагностичного дослідження, констатована суттєва позитивна динаміка результатів за колірним тестом М. Люшера (особливо виразна за виборами зеленого та коричневого кольорів – +1,5 та +1,6 відповідно) та методикою САН (середні бали за шкалами «самооцінка», «активність», «настрій» зросли відповідно до 4,2, 4,8 та 4,8 балів), наявність певних змін за методикою Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна (динаміка за показником ситуативної тривожності – -7 балів, особистісної тривожності – -4 бали); результати за тестом Т. Лірі залишалися практично незмінними (середні значення «реального Я-образу» за I-IV октантами зросли на 0,4 бали, за V-III октантами – зменшилися на 0,9 бали).

Після завершення діагностичної частини зазначеного етапу проводилося обговорення досягнутих позитивних змін: спочатку при індивідуальній співбесіді (у форматі – психолог, лікар, клієнт), потім – у групі. З'ясовувалися найбільш вагомі здобутки здійсненої медико-психологічної реабілітації, її найскладніші та дискусійні моменти,

Питання психології

побажання щодо вдосконалення процедури, після чого кожному з учасників надавалися рекомендації стосовно подальшої самостійної роботи.

В найбільш загальному вигляді такі рекомендації передбачали практикування самомасажу та певних елементів тілесно-орієнтованої психотерапії.

Ми вважаємо одержані результати можуть бути екстрапольовані на працівників ОВС через тотожність скарг психологічного характеру та вектору динаміки психосоматичного статусу особистості. Вони є достатньо переконливими для того, щоб рекомендувати апробований нами комплекс медико-психологічної реабілітації осіб, які страждають на психосоматичні розлади, для впровадження на рівні МВС України.

Вищезазначені техніки, методи і методики протидії стресогенним і психотравмуючим чинникам професійної

діяльності можуть бути доповнені окремими прийомами, а саме: самопостереження, самозвіт, самосповідь, самопереконавання, самонаказ, самопідкріплення, самозаохочення та ін.

Безумовно, що науково-методичне забезпечення медико-психологічної реабілітації осіб, які страждають на психосоматичні розлади, потребує подальшого опрацювання й удосконалення. Одна з основних проблем тут – визначення й уточнення взаємозв'язків тих психофізіологічних і індивідуально-психологічних механізмів, що відповідальні за довільну саморегуляцію психосоматичного стану особистості. Окрім того, така саморегуляція, на наше переконання, здатна призводити й до позитивної динаміки сталих типологічних та особистісних особливостей.

Список літератури

1. Гринберг Дж. Управление стрессом / Гринберг Дж.; [пер. с англ. Л. Гительман, М. Потапова; 7-е изд.]. – СПб.: Питер, 2002.– 496 с.

Sheleg L. S., researcher of department of legal psychology

THE EXPERIENCE OF MEDICAL-PSYCHOLOGICAL REHABILITATION OF PERSONS WITH PSYCHOSOMATIC DISORDERS

The author identified the following stages of the medical-psychological rehabilitation of persons with psychosomatic disorders: I – the preparatory (diagnostic); II – the main (psychotherapeutic); III – the final (recommendation).

In the diagnostic phase, the doctor analyzed the clinical findings and patient history; psychologist – performed psychodiagnostic study, which was to determine the actual mental condition of a person. On psychotherapeutic stage psychologist conducted counseling and group psychotherapy. The procedure also provided medical support in the form of physiotherapy and reflexoprevention. At the recommendation stage of medical-psychological rehabilitation the doctor has made the final diagnosis of the physical condition of the client, the psychologist conducted the final psychodiagnostic study. After that, they provided recommendations for further independent work for each client.

The author believes that the results can be extrapolated to police officers through the identity of a psychological complaints and vector dynamics of psychosomatic status of the individual