

К.В. Проноза, ст. гр. ПМ-09-Г1
Науковий керівник: П.В. Лушин,
д.психол.н., професор Інституту
менеджменту та психології ДВНЗ
«УМО» НАПН України

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОКОРЕКЦІЇ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ХВОРИХ СЕРЕДНЬОГО ВІКУ

Анотація. У статті «Особливості психокорекції психосоматичних хворих середнього віку» розглянуто основні першопричини виникнення психосоматичних порушень, особливості їх діагностики та корекції на основі теоретичного матеріалу та емпіричних даних, отриманих при дослідженні психосоматичних хворих середнього віку; проаналізувати теоретичні і практичні аспекти впливу психокорекційних програм на психічне здоров'я.

Ключові слова: стрес, психокорекція, психосоматика, психосоматичні хворі, стрес, стресори, емоційні порушення, психосоматичне здоров'я, психічні фактори, стресова ситуація, особистісна тривожність, ситуативна тривожність, психічна діяльність, психодіагностичні методики.

Аннотация. В статье «Особенности психокоррекции психосоматических больных среднего возраста» рассмотрены основные первопричины возникновения психосоматических нарушений, особенности их диагностики и коррекции на основе теоретического материала и эмпирических данных, полученных при исследовании психосоматических больных среднего возраста; проанализировать теоретические и практические аспекты влияния психокоррекционных программ на психическое здоровье.

Ключевые слова: стресс, психокоррекция, психосоматика, психосоматические больные, стресс, стрессоры, эмоциональные нарушения, психосоматическое здоровье, психические факторы, стрессовая ситуация, личностная тревожность, ситуативна тревожность, психическая деятельность, психодиагностические методики.

Abstract. The article "Features of functioning of psychosomatic patients of middle age" the basic root causes of psychosomatic disorders, especially their diagnosis and correction on the basis of theoretical material and empirical data obtained in the study of psychosomatic patients of middle age, to analyze the theoretical and practical aspects of the impact of psycho-corrective programs for mental health .

Keywords: Stress, psychological correction, Psychosomatics, psychosomatic patients, stress, stressors, emotional disorders, psychosomatic health, mental factors, stressful situation, personal anxiety, sytatyvna anxiety, mental activities, methods.

Постановка проблеми. Сучасна людина, самосвідомість якої у зв'язку з розвитком цивілізації різко зросла, щодня переживає у багато разів більше стресових ситуацій, чим його предки навіть в недалекому минулому. Все це викликає перенапруження функцій життєво важливих систем організму людини, він не в змозі адаптуватися до них, унаслідок

чого виникають соматичні та психічні розлади. У кожній нозологічній одиниці можна виділити в окрему групу ті хвороби, які обумовлені психосоматикою. Зокрема це стосується захворювань серцево-судинної системи – гіпертонічної хвороби, склерозу вінцевих артерій серця з інфарктом міокарду, склерозу артерій мозку з порушеннями мозкового кровообігу; шлунково-кишкового тракту; залоз внутрішньої секреції, а також нервових та психічних захворювань.

Актуальність вивчення психосоматичних взаємовпливів досить аргументувати наступними фактами. За даними E.Stromgren і V.Lunn [64], 22% осіб зі скаргами психосоматичного характеру забирають до 50% робочого часу лікаря, також не менш 30% хворих, що звертаються із соматичними скаргами в поліклініки і стаціонари мають невротичні симптоми. Про поширеність психосоматичних порушень загалом судити важко, оскільки у зв'язку з різноманіттям їх клінічних проявів хворі спостерігаються в різних медичних установах як загальносоматичної, так і психіатричного профілю, а іноді звертаються за допомогою і до представників «нетрадиційної медицини», взагалі випадаючи з поля зору лікарів. Тому наявні в літературі показники хворобливості повинні оцінюватися як кілька занижені в порівнянні з числом хворих серед населення. Проте опубліковані дані свідчать про те, що частота психосоматичних розладів досить висока і коливається в населенні від 15 до 50 % [Spaulding W., 1975; Schwab J. et al., 1978; Dilling H. et al., 1981; Halldin J., 1984; Schepank H. et al., 1984], а серед пацієнтів первинної практики населенні від 30 до 57 % [Spaulding W., 1975; Wohnlich H., Stahl R., 1985; Lobo A. et al., 1989]. Серед контингенту пацієнтів багатопрофільної лікарні (одноденний «зріз» госпіталізованих хворих) психосоматичні розлади були виявлені в 53,6% випадків [Смулевич А. Б. та ін, 1999]. Згідно з результатами вибірових досліджень, соматоформні розлади виявляються у - 26% хворих загальносоматичної мережі. [Slavney P., Teitelbaum M., 1985; Snyder S., Strain J., 1989; Levenson J. et al., 1990; Hemert A. et al., 1993], а

нозогении — у 13—41 % больных [Дробижев М. Ю., Печерская М. Б., 1994; Bronheim H. et al., 1989; Dunsis A., Smith G., 1996]. У той же час частота реакцій по типу симптоматичної лабільності оцінюється в 10-14%, а симптоматичних психозів-в 5-8% [Snyder S., Strain J., 1989; Ansari E. et al., 1990; Levenson J. et al., 1990]. За даними А. Б. Смулевича та ін (1999), соматоформні розлади діагностуються в 15,3%, нозогенні реакції - в 28,3%, тоді як реакції типу симптоматичної лабільності зустрічаються значно рідше - в 8,8 і 1, 2% випадків відповідно.

Якщо подивитися на проблему детальніше, можна допустити, що, якщо стрес є основним чинником виникнення психосоматичних захворювань (проф. Олег Чабан, УНДІССПН, НМУ, 2008), то основними рушійними силами є його сподвижники, тобто тривога, особливості емоційного реагування на хворобу і чуттєвого змісту внутрішньої картини хвороб, показники яких в діагностиці не повинні протиречити один одному.

Основна мета статті: – дати детальну характеристику психосоматичним порушенням і можливостям психодіагностики та психокорекції таких порушень, ґрунтуючись на теоретичних і емпіричних даних.

Приступаючи до дослідження, є припущення, що, стрес є першопричиною виникнення психологічних проблем психосоматичних хворих середнього віку, а вираженість особових властивостей (показники тривожності і т.п.) і емоційних порушень надають вплив на рівень психосоматичного здоров'я і відношення до своєї хвороби, саме тому застосування психокорекційних сеансів сприятливо впливає на психічний стан і самопочуття психосоматичних пацієнтів середнього віку.

Одним з основних завдань дослідження, викладеного у даній статті є пошук первопричини виникнення психологічних проблем психосоматичних хворих середнього віку, дослідження особливості їх емоційного реагування на хворобу, чуттєвого змісту внутрішньої картини хвороби і проаналізувати

теоретичні і практичні аспекти впливу психокорекційних програм на психічний стан їхнього самопочуття.

Дослідження проводилось на базі Київської Міської поліклініки №2 Шевченківського району, що розташована за адресою: м.Київ, вул. Пимоненка,10.

Для виконання поставлених завдань і перевірки гіпотез була розроблена програма дослідження, реалізація якої передбачала застосування комплексу методів: теоретичних, емпіричних, методів статистичного аналізу отриманих даних та якісної інтерпретації результатів.

ВИКЛАДЕННЯ ОСНОВНОГО МАТЕРІАЛУ

Зміни в економічному, соціальному та екологічному становищі населення Україна і планети в цілому привели до того, що структура захворюваності змінилася в бік зростання соматоформних розладів і захворювань, які прийнято відносити до психосоматичними і все більш актуальною стає задача психологічної підтримки та психотерапевтичної допомоги, а також розробка методів їх психопрофілактики [4].

Як зазначає один з видних представників психосоматичної медицини Стоквіс (Stokvis B.): «Успіхи психотерапії в психосоматики виробляють не настільки вже райдужне враження. Немає сенсу їх прикрашати: у багатьох випадках результати гнітюче мізерні, а нерідко і зовсім дорівнюють нулю».

Пітер Сіфнеос (Peter Emanuel Sifneos MD Professor Emeritus of Psychiatry at Harvard Medical School), що запропонував в 1973 термін «алекситимия» як психологічну характеристику особистості, підкреслював, що соматичні, в тому числі психосоматичні, пацієнти є малоперспективними для психотерапевтичного впливу, особливо для психоаналізу. Бірам Карасу (Karasu T.B.) головний редактор «Американського

психотерапевтичного журналу» (англ. American Journal of Psychotherapy), що видається Асоціацією розвитку психотерапії, пояснюючи труднощі у використанні психотерапії при лікуванні соматичних хворих, вважав, що основною з них є складна природа психосоматичних захворювань: роль власне соматичних (біологічних) механізмів та їх прояви; особистісні характеристики, подання та захисні механізми пацієнта, що мають пряме відношення до лікувальної мотивації і поведінки під час лікування (наприклад, виражене опір пацієнта, заперечення ним ролі психологічних механізмів хвороби та ін) ; негативне значення контрпереносних реакцій у самих інтерністів і психотерапевтів. Все це призводить до того, що ефективна психотерапія таких пацієнтів стає важкоздійсненним або нездійсненною задачею [3].

В останній період, особливо під впливом робіт психоаналітично орієнтованого лікаря З. Липовського (Z. Lipowsky), з ім'ям якого пов'язаний розвиток консультативної служби у великих лікарнях США - створення свого роду внутрішньолікарняних амбулаторій, які укомплектовані штатом психодинамічески орієнтованих і психотерапевтично підготовлених психіатрів у всіх спеціалізованих відділеннях лікарень, значно зросла кількість досліджень психосоматичних співвідношень в рамках екологічного спрямування[10]. Дослідження проблеми специфічності психосоматики Чиказької школою на чолі з Дж.Поллоком, підтвердили вагомість поєднання психологічних, ендокринних, фізіологічних і середовищних факторів, що беруть участь у формуванні поведінки.

Існує багаторівнева система регуляції, для розуміння якої є модель гіпотез, запропонована професором кафедри психології та соціології Харківського інституту МАУП Вороновим М. В.:

1. Все живе функціонує шляхом чергування процесів розширення та звуження, синтезу і розпаду, надходження енергії і її витрачання.

2. Ситуація, що вимагає рішення, виникає в тому випадку, коли на шляху розширення або звуження є перешкода.

3. Перешкода народжує стимул, яким є бажання вижити самому і зберегти свій рід.

4. Хоча людина - система надскладне, число варіантів подолання перешкоди, свідомо чи несвідомо обирають їм, обмежена.

Таким чином, людина (його складові: організм і психіка), долає хаос нескінченної кількості виборів.

Психічна діяльність людини співвідноситься з центральною нервовою системою (тобто головний і спинний мозок), і будь-який стан психіки людини, засновані на п'яти базових емоціях, обумовлює стан тіла. «Психіка (від греч. Psychikos - душевний), властивість високоорганізованої матерії, що є особливою формою відображення суб'єктом об'єктивної реальності. Найважливіша особливість психічного відображення - його активність. При цьому воно не тільки представляє собою продукт активної діяльності суб'єкта, а й, опосередковуючи її, виконує функцію орієнтації, управління нею. Таким чином, психічні явища складають необхідний внутрішній момент предметної діяльності суб'єкта (...) [7]. Проблема людини в тому, що в силу соціальних умов він далеко не завжди має можливість висловити пережиті почуття [6].

Як правило, неправильно відреагувати або невідреаговані взагалі емоції, почуття не усвідомлюються, а лише проявляються психологічним дискомфортом, а згодом і відчутними проблемами з боку зміни звичного стану тіла в негативному аспекті.

В основу механізму придушення емоцій закладений стійкий конфлікт між інстинктивними потребами людини і фруструючим впливом зовнішнього (соціального) світу [4]. В цьому проявляється захисний механізм реакції на незвідане і непріємлющее, з точки зору сприйняття психікою, на той або інший негативний подразник ззовні, і, як наслідок, дає збій у функціонуванні.

Тіло людини і будь-який інший живий організм має здатність пульсувати, тобто виконувати функцію «стиснення - розширення».

Небезпека - стиснення, відсутність небезпеки - розширення [6], адже при відсутності почуття небезпеки виникає неможливість протистояння. Людина ж, будучи своєрідною екосистемою, наділений масою способів саморегуляції. І тільки його психіка, враховуючи індивідуальні особливості свого ж організму, здатна зрозуміти першопричину виникнення захворювання свого ж тіла: адже це вона дала колись збій і не відреагувала належним чином на склався і, здався, їй тоді несприятливим екзо / ендо - генний фактор, дозволив увійти в зону дискомфорту і «законсервуватися» там, даючи сигнали своєму ж тілу на зрозумілій йому мові; найбільш відомі з них: бронхіальна астма, виразкова хвороба шлунка та 12перстної кишки, неспецифічний виразковий коліт, гіпертонічна хвороба, мігрень, цукровий діабет, тиреотоксикоз, ревматоїдний артрит, кропив'янка, нейродерміт, псоріаз, багато сексуальні розлади, а також порушення менструального циклу у жінок, клімактеричний синдром і тд.

Незважаючи на те, що всі ці хвороби різні, психолог знаходить в них цілий ряд загальних ознак.

1. Початок захворювання провокується психічними факторами (психічна травма, моціональний стрес, невроз), дія яких може бути короточасним (смерть близької людини, депресія), досить тривалим (конфлікт в сім'ї, на роботі, хвороба близької людини) або хронічним (наявність невирішених проблем через за особистісних особливостей, комплексу неповно - цінності, каліцтва).

2. Не тільки початок захворювання пов'язано зі стресовою ситуацією, але і будь-яке загострення або рецидив хвороби.

3. Перебіг і виникнення захворювання у певній мірі вікових особливостей. Наприклад, бронхіальна астма до періоду статевого дозрівання в 2 рази частіше зустрічається у хлопчиків, ніж у дівчаток, у той час як у більш зрілому віці - частіше у жінок, ніж у чоловіків.

Найбільш уразливою групою є середній вік, адже у період середнього віку відбуваються зміни структури і функції внутрішніх органів і систем організму

Ця різниця визначається не тільки генетичною схильністю до певних захворювань, але й характерологічними особливостями. Якщо у особистості запальною, збудливою, схильної до агресивних реакцій та вимушеної їх стримувати звичайно підвищується артеріальний тиск, то у людини соромливого, вразливого, з комплексом неповноцінності – виразковий коліт.

Психосоматичні хвороби - це хвороби порушеною адаптації (пристосування, захисту) організму. Людина постійно існує в умовах стресу, тому що він не ізольований від впливу навколишнього середовища. Повна свобода від стресу означає смерть. Однак, вплив зовнішнього фактора може бути настільки сильним, що захисні сили організму не справляються зі стресом, і виникає хворобливий стан. Кордон між реакцією адаптації і хворобою умовна і залежить як від сили і тривалості самого впливає фактора, так і від психологічного та фізичного стану людини. Звичайно, адаптаційні (пристосувальні) можливості у молодого, міцного, фізично здорового, оптимістично налаштованої людини набагато вище, ніж у старого, слабкого фізично, вже не раз піддавався впливу стресових впливів.

Саме від початкового стану залежить, чи буде людина активно шукати вихід із стресової ситуації або пасивно прирече себе на "руйнування" нею.

Зв'язок між психікою і тілом здійснюється через вегетативну нервову систему і проявляється у вигляді різних вегето-судинних реакцій. Психогенна ситуація як провокує чинник запускає спочатку загальну неспецифічну реакцію адаптації. Найчастіше зустрічаються три типи таких реакцій:

1) реакція з боку видільних органів - слинотеча, пітливість, блювання, прискорене сечовипускання, пронос ("ведмежа хвороба"). Можуть виникати при хвилюванні перед іспитом, відповідальним доповіддю і т.д.;

2) температурна реакція. Підвищення температури часто спостерігається у дітей в будь-якій стресовій ситуації (прорізування зубів, сильний плач, перевтома). Температурна реакція характерна і для деяких жінок, причому в тривалій психотравмуючій ситуації може триматися субфебрилітет (37,0-37,5 ° C);

3) реакція з боку серцево-судинної системи у вигляді серцевих спазмів, підвищення артеріального тиску, прискореного серцебиття. Будь-яка неспецифічна реакція може супроводжуватися тривогою або страхом. При повторних діях психогенних факторів або в умовах тривалої психотравмуючій ситуації у відповідь реакція на стрес набуває специфічність у вигляді ураження окремих органів і систем організму. Іншими словами, уражається орган-"мішень", що має до цього спадкову схильність. На початковому етапі соматичні розлади функціональні і в ряді випадків маскують або зашторювати психічні захворювання (неврози, депресії). Надалі хвороба приймає стійкий або навіть безповоротний характер, що ускладнює її лікування.

Особливості розвитку психосоматичних хвороб диктують і своєрідність терапевтичного втручання. Перш за все необхідно лікувати безпосередню сомато-вегетативну реакцію організму (підйом артеріального тиску, біль у серці, прорив виразки). Крім того, весь процес лікування пошкоджених органів і систем повинен супроводжуватися курсом психокорекції, спрямованої на корекцію особистісних рис хворого, його реакції на навколишнє, дозвіл психотравмуючій ситуації, врегулювання взаємин у сім'ї і т.д. Тільки весь лікувальний комплекс може сприяти одужанню. Для втілення цього комплексу в життя потрібна консультація та допомога психолога.

Виходячи з викладеного вище матеріалу, як система особових сенсів і стосунків, кожен пацієнт з психосоматичними порушеннями середнього віку має індивідуальне відношення до аспектів його оточення та внутрішнього світу. Психологічні особливості пацієнтів з психосоматичними порушеннями середнього віку є основою для розкриття змістовного характеру самооцінки афектного стану, в тому числі ім притаманні: емоційний дискомфорт, астеничні і фобічні компоненти, тривожна оцінка перспектив і соціальний захист. В кожного з них в тій чи іншій мірі є наявність емоційних розладів, понижений емоційний фон або незадоволення життєвою ситуацією, емоційна напруженість, елементи ажитації, наявність втоми, розладів сну, млявості і пасивності, швидкої стомлюваності, відчуття незрозумілої загрози, невпевненості в собі, власній даремності. Випробовувані не завжди можуть сформулювати джерело своїх тривог і в бесіді апелюють головним чином до феноменології «хронічних» страхів, що періодично зростають залежно від внутрішнього стану або загострення зовнішньої ситуації, тут виразно просліджується проекція страхів не на поточне положення справ, а на перспективу, загальна заклопотаність майбутнім на тлі підвищеної емоційної чутливості, що пов'язане з проявами тривожності у сфері соціальних контактів або із спробами випробовуваного розглядати соціальну сферу як основне джерело тривожної напруги і невпевненості в собі.

Для визначеності відносно наявності ступеня психосоматичних порушень за для подальшого визначення із методами психокорекції для дослідження були застосовані методики Інтегративного Тесту Тривожності, за якими перелічені дані відносно того чи ін. ступеню психоемоційних порушень підтвердилися і були запрокольовані у вигляді протоколів.

Далі наданий аналіз даних методики ІТТ, отримані при дослідженні пацієнтів до проведення психокорекції та після.

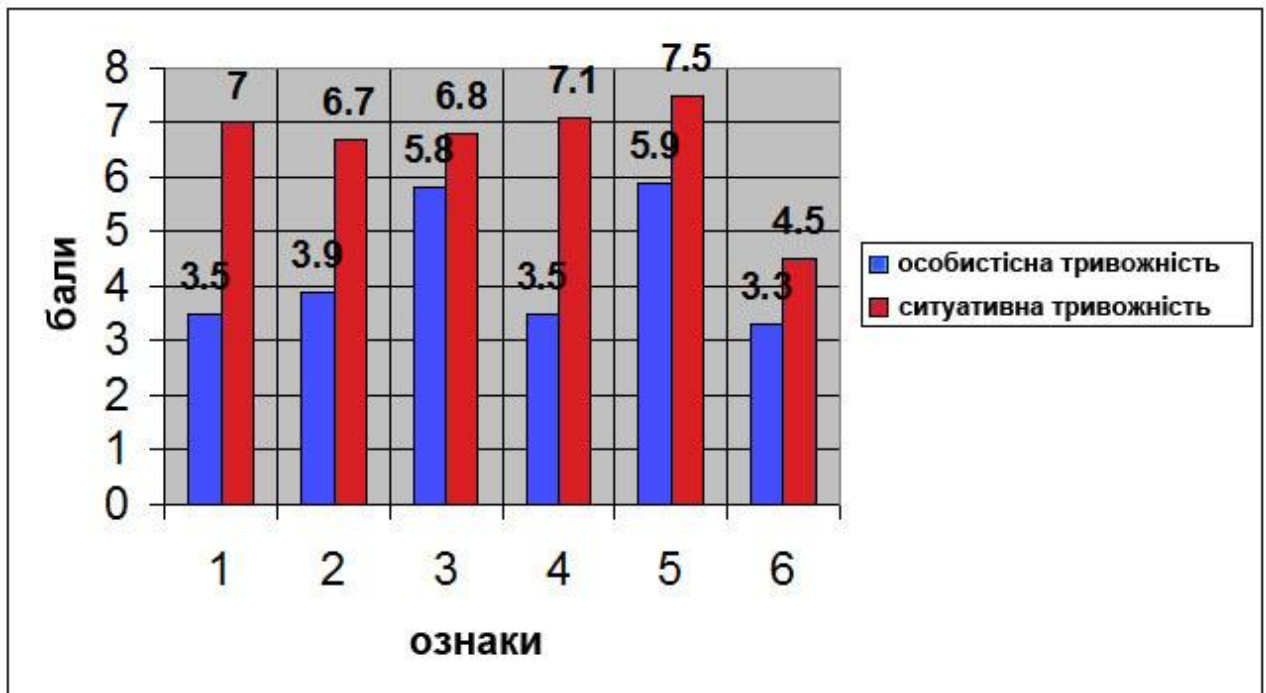


Рис.1. Результати ІГТ до психокорекції.

Аналізуючи дані методики ІГТ, отримані при дослідженні пацієнтів до проведення психокорекції (графічні дані у Рис.1.), видно, що середнє значення рівня особистісної тривожності за вибіркою становить-3,5 бала, середні значення рівня ситуативної тривоги-7балів. За результатами ІГТ ми отримали високу ситуативну тривожність значно перевищує особистісну тривогу. Можна побачити, що хворі відчувають відчуття незрозумілою загрози, невпевненість у собі, а так само, простежується проекція страхів на майбутнє.

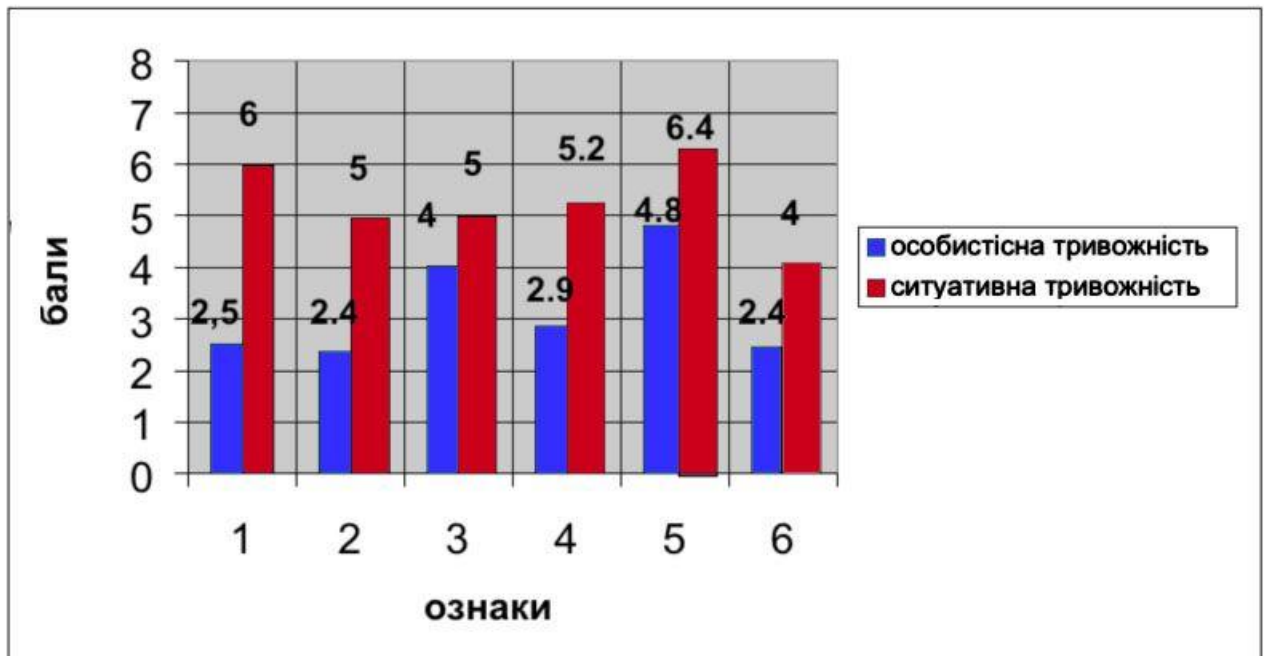


Рис.2. Результати ІГТ після психокорекції.

Аналізуючи дані методики ІГТ, отримані при дослідженні пацієнтів після проведення психокорекції групи, результати значно відрізняються від результатів, отриманих в ході дослідження у групи до сеансів психокорекції:

у структурі особистісної тривожності значно знизилися середні значення.

На підставі отриманих результатів можна зробити висновок, що у першого показника показники ситуативної та особистісної тривожності вище, ніж у другого показника, після сеансів психокорекції. Графічні дані у Рис. 2.

Т.ч. відповідно до результатів психодіагностичних методик, що були застосовані у дослідженні, були підібрані методи корекції.

Психологічна корекція - це комплекс цілеспрямованих заходів щодо впливу на психіку людини, що проводяться з метою оптимізації їх функціональних станів.

Загальним принципом і особливістю побудови психокорекції є диференційоване поєднання при її проведенні методів симптоматичної, особистісно-орієнтованої психокорекції. Вибір психотерапевтичних методів в першу чергу визначається їх спрямованістю та ефективністю,

можливостями і професіоналізмом психолога, а також особистісними особливостями пацієнта.

Проведенню заходів, як зазначалося вище, передувало вивчення і діагностування пацієнта, на заключному етапі якого проводилася індивідуальна бесіда. На основі проведеної роботи була виділена "мішень" психокорекційного впливу і визначилися відповідні психотехніки. Враховуючи наявність в структурі психосоматичних порушень високого рівня тривожності, емоційної збудливості і дратівливості, що супроводжуються м'язової напруженістю, найбільш адекватною була доцільна відповідна структура її проведення.

Під час вибору методу психокорекції, враховувалися біологічні та психологічні (психіатричні) аспекти його фізичного страждання, а також вплив на них різних соціальних чинників. В ході психокорекційної роботи з пацієнтами, що страждають психосоматичними розладами, насамперед ставилися основні практичні завдання: перша - навчання хворих і розвиток у них здібностей свідомого контролю, управління і впливу на власне тілесне стан, і друга-психотерапевтична опрацювання негативних впливів особистої історії. Виходячи з використаних методик психокорекції, а саме: застосування елементів символдрами та методики психічної саморегуляції (управління ритмом нервово-м'язової релаксації, аутогенне тренування, комплексні методики,використовувані в формі індивідуальної та групової психотерапії) були отримані наступні результати.

Висновки. Резюмуючи викладені в роботі результати теоретичних та експериментальних досліджень, можна зробити такі підсумкові висновки:

1.В ході дослідження теоретико-методологічних основ психосоматичного підходу в психології бібліографічним методом був розкритий зміст та розвиток таких понять як «психосоматика» та «психосоматичні розлади». На основі аналізу основних теоретичних підходів до проблеми психосоматики встановлено, що:

психологічні чинники напряму впливають на виникнення та перебіг соматичних (тілесних) захворювань. Реакцію на соматичні захворювання справляє група хворобливих станів, що проявляються загостренням соматичної патології, формуванням спільних, які виникають при взаємодії соматичних і психічних факторів симптомокомплексів – соматизованих психічних порушень, психічних розладів. В ході дослідження чинників, сприяючих виникненню психосоматичних розладів у людей середнього віку було встановлено, що особливе місце в етіології психосоматичних розладів відводиться концепції стресу. Стресогенні фактори, що викликають в організмі специфічні та неспецифічні фізіологічні, психологічні й поведінкові реакції, з одного боку, можуть сприяти адаптації до нових умов, з іншого — призвести до розвитку патологічних процесів, де вирішальну роль відіграють емоції. Розуміння ролі емоційного фактору у виникненні та прогресуванні соматичних розладів, а також протилежний процес — виникнення розладів психоемоційної сфери як відповідь на гостре чи хронічне захворювання внутрішніх органів, є особливо важливим.

2. Особливості дослідження психосоматичних хворих середнього віку має певну специфіку організації методів дослідження психосоматичних хворих: враховуючи особливості пацієнтів, їх освітній рівень, підвищену астенизацію, у тому числі, і через вікові особливості, вона, в першу чергу, повинна відповідати умовам адекватності. Дослідження рівня соціально-психологічного стресу психосоматичних хворих показує високий рівень стресового навантаження, визначається помірний рівень особистісної тривожності з переважанням таких структурних компонентів, як астеничний синдром і тривожна оцінка перспективи, при цьому найменш вираженим є компонент соціальних реакцій захисту. Також виявлено високий рівень ситуативної тривоги, у структурі якої переважає тривожна оцінка перспективи, фобічний компонент і загальна тривожність, а найменш вираженим є компонент соціальної захищеності.

3. По результатах проведених досліджень можна зробити висновок, що висунуте припущення, про вплив емоційних відхилень на внутрішню картину хвороб психосоматичних хворих підтвердилося. Дійсно емоційні порушення у вигляді: підвищеної тривожності, страху, напруження і наявності почуття навислої загрози впливають на активність хворого, знижують самооцінку. Враховуючи несприятливий вплив емоційних порушень на внутрішню картину хвороби психосоматичних хворих, а так само спираючись на аналіз отриманих результатів можна запропонувати ряд психотерапевтичних методів корекції.

4. Техніка проведення психокорекції та її методи обумовлені особливостями напрямків психокорекції психосоматичних хворих середнього віку. Загальним принципом і особливістю побудови психокорекції є диференційоване поєднання при її проведенні методів симптоматичної, особистісно-орієнтованої психокорекції. Даючи характеристику отриманим даним після психокорекції, можна сказати, що пацієнти не вважають свою хворобу результатом випадку. Вони бачать зв'язку між своїми діями і значущими для них подіями життя, вважають себе здатними контролювати цей зв'язок і вважають, що більшість подій і вчинків є не випадковими. Очевидно, що групова робота привела до того, що включення в співробітництво зняло стан тривоги і створило сприятливе тло для організації соєю життєдіяльності та оптимізації внутрішньої картини хвороби (ВКХ).

Література

1. Гиндикин В.Я. Соматогенные и соматоформные психические расстройства: Справочник. – М.: Триада-Х, 2000. – 256 с.
2. Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей. – СПб.: Питер, 2000. – 512 с.
3. Кискер К.П., Фрейбергер Г., Розе Г.К., Вульф Э. Психиатрия, психосоматика, психотерапия / Пер. с нем. – М.: Алетейя, 1999. – 504 с.
4. Кришталь В.В. Психосоматическая патология: генез и подходы к коррекции // Междунар. мед. ж. – 2001. – Т. 7, № 1. – С. 37-40.
5. Linden M., Muschalla B. Anxiety disorders and workplace-related anxieties // J. Anxiety Disord. – 2007. – V. 21 (3). – P. 467-474.

6. Shorter E. Hysteria and catatonia as motor disorders in historical context // Hist. Psychiatry. –2006. – V. 17 (68). – P. 461-478.
7. Persaud R. Patients do not demand and doctors do not misunderstand – how medically unexplained symptoms become medicalized // Psychosom. Med. – 2006. – V. 68 (6). – P. 993-997.
8. Meissner W.W. Psychoanalysis and the mindbody relation // Psychosomatic perspectives. –2006. – V. 70 (4). – P. 295-315.