

КОРЕКЦІЯ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ З ПСИХОСОМАТИЧНОЮ СИМПТОМАТИКОЮ МЕТОДОМ ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПІЇ

CORRECTION OF DEPRESSIVE DISORDERS WITH PSYCHOSOMATIC SYMPTOMATIC BY GESTALT THERAPY

У статті вказана актуальність проблеми депресивних розладів з психосоматичною симптоматикою. Сьогодні прояви депресії поширені у всьому світі. Згідно зі статистичними даними, наданими ВООЗ, на клінічну депресію страждає понад 260 млн жителів Землі. Депресії та депресивні розлади більшою мірою розглядаються у психіатрії. Досить часто захворювання супроводжується аутоагресією різної міри. Однією з причин виникнення депресивного розладу є переживання травмуючих подій та наслідків психотравмуючого впливу. Як і будь-яке психосоматичне захворювання, депресія має фізичні і психологічні симптоми. Однак діагностувати депресію дуже складно. У різних людей вона проявляється по-різному. Описано емпіричне дослідження, яке проводилось на базі психологічного центру за допомогою групової терапії осіб з депресивними розладами. Описано основні методики проведення психодіагностики. У дослідженні були використані такі методики: госпітальна шкала депресії та тривоги (HADS) для діагностики наявності депресивного розладу; шкала депресії А. Бека для підтвердження та вияву ступеня важкості депресії. Викладено етапи проведення психологічної корекції за допомогою гештальт-підходу. Описано основні принципи методу, зокрема «тут і зараз». Визначено конкретні техніки гештальт-терапії, якими є слухання, виявлення і передача емоційного змісту, вербалізація емоцій, техніка двох стилів, фокусування на пережитих в тілі відчуттях, «діалог» частин тіла, ототожнення з симптомом. Арсенал технік гештальт-терапії досить великий і різноманітний, проте найважливішим технічним елементом є розробка індивідуального експерименту, що дозволяє розширити усвідомленість клієнта свого способу взаємодії в ситуації «тут і тепер». Гештальт-терапія може допомогти у досягненні гнучкості особистості й полегшити ті процеси, які ще не стали патологічними.

Ключові слова: депресивний розлад, психосоматика, гештальт-терапія, експеримент, психодіагностика.

The statistic indicates the urgency of the problem of depressive disorders with psychosomatic symptoms. Years of depression widened in the whole world. According to the statistics of the World Health Organization, there are more than 260 million inhabitants of the Earth in the form of a key depression of the guardians. Depressions and depressive problems are seen in a larger world in psychiatry. Quite often the disease is accompanied by autoaggression to varying degrees. One of the reasons for the denunciation of a depressive breakdown is the experience of traumatic experiences and traces of psychotraumatic influx. As if psychosomatically fell ill, depression is a symptom of physical and psychological. However, the diagnosis of depression is even more straightforward. Young people won't manifest themselves in a smart way.

An empirical study is described, like organizing that was carried out on the basis of a psychological center for additional group therapy for individuals with depressive disorders. Describes the main methods of conducting psychodiagnostics. The following techniques were used in the study. State scale of depression and anxiety (HADS) for diagnostics of the manifestation of a depressive disorder. A Beck's Depression Scale for Degree of Depression. Laid out stages of carrying out psychological correction for an additional gestalt walk. Described the basic principles of the method, such as "here at once". Appointment of specific techniques of gestalt therapy of hearing, evoking and transmitting emotional intelligence, verbalization of emotions, the technique of two styles, focusing on the experiences experienced in these situations, dialogue from a part. An arsenal of techniques of gestalt therapy to achieve the great and versatile, protest with the most important technical element is the development of an individual experiment, allowing the expansion of the customer's understanding of the "warmth" in the current situation. Gestalt therapy can help you reach the dullness and greater learning in a whole, uninterrupted attachment. It's easier to grow easier at the same point, but the process does not become pathological.

Key words: depressive disorder, psychosomatics, gestalt therapy, experiment, psychodiagnostics.

УДК 159.9.072.43
DOI <https://doi.org/10.32843/2663-5208.2021.30.14>

Галиченко О.О.
студент
Чорноморський національний
університет імені Петра Могили

Астремська І.В.
к.психол.н.,
доцент кафедри психології
Медичний інститут
Чорноморського національного
університету імені Петра Могили

Сьогодні прояви депресії поширені у всьому світі. Згідно зі статистикою, наданою ВООЗ, на клінічну депресію страждає більше 260 млн жителів Землі. Щороку через неї вмирає близько 800 тис. людей. Особливо до цього захворювання схильні підлітки і молодь віком від 15 до 29 років. За даними Національного інституту психологічного здоров'я США, жінки страждають на депресію частіше, ніж чоловіки. Хоча б раз у житті клінічно окреслений депресивний епізод переносять 7–12% чоловіків і 25% жінок. У 60% випадків відзначаються рецидиви. Ризик їх розвитку тим вищий, чим слабший терапевтичний ефект від ліку-

вання попереднього депресивного епізоду. Досить часто захворювання супроводжується аутоагресією різної міри. У 15% спостережень пацієнти, які страждають на депресію, здійснюють суїцид, що становить 60% від усіх самогубств. Медико-соціальне значення депресії ще визначається тим, що ця патологія займає четверте місце у всьому світі серед інших захворювань за величиною витрат, що накладаються на суспільство, які на 97% зумовлені непрацездатністю хворих, на 3% – витратами на антидепресанти.

Депресія у жінок різних вікових категорій спостерігається у 2 рази частіше, ніж у ана-

логічної вікової групи чоловіків, тому сучасна медицина зарахувала жіночу статеву приналежність до факторів, що призводять до формування недуги. Цей факт пояснюється відмінностями статей – особливостями будови психіки, анатомічної будови, структури, властивостями ендокринної та нервової систем і особливостями реагування на ситуацію.

Депресії та депресивні розлади більшою мірою розглядаються у психіатрії, але останнім часом цей розлад активно вивчається у медичній та клінічній психології (Н.Г. Гаранян, В.В. Ковальов, Г.Д. Мазуро, Б.В. Михайлов, Є.С. Наталевич та ін.) [1].

Однією з причин виникнення депресивного розладу є переживання травмуючих подій та наслідків психотравмуючого впливу. Як і будь-яке психосоматичне захворювання, депресія має фізичні і психологічні симптоми. Однак діагностувати депресію дуже складно. У різних людей вона проявляється по-різному.

Критерії діагнозу депресії за МКБ-10. Обов'язковими є два з таких симптомів: знижений депресивний настрій протягом більшої частини дня; втрата інтересів і здатності отримувати задоволення від того, що раніше цікавило; почуття втрати енергії і підвищена втомлюваність.

Додаткові симптоми: зниження концентрації уваги; зниження самооцінки; ідеї самознищення або самообвинувачення; порушення сну будь-якого типу; зниження апетиту та зменшення ваги (або навпаки); суїцидальні тенденції. Тривалість депресивного стану становить не менше 2 тижнів [2].

У прихованій депресії ступінь вираження психічного (депресивного) стану частіше неглибокий, але він має цілком визначатися градацією. Наприклад, у зв'язку з незначною глибиною прихованої депресії часто відзначаються спроби самогубства. Спостерігається притаманна депресії закономірність, яка полягає в тому, що чим слабшою є депресія, тим інтенсивнішими є соматичні прояви, і навпаки, на зміну вираженим соматичним симптомам приходять депресія [5].

З метою визначення особливостей прояву депресивних станів було проведено емпіричне дослідження на базі психологічного центру за допомогою групової терапії. 4 терапевтичні групи взяли участь у дослідженні. Загальна кількість людей становила 28 осіб віком від 24 до 46 років. Серед них були як жінки, так і чоловіки.

У дослідженні були використані такі методики:

– госпітальна шкала депресії та тривоги (HADS) для діагностики наявності депресивного розладу, переваги якої полягають у простоті її застосування і обробки даних, тому її рекомендують до використання для первинного виявлення тривоги та депресії. Шкала

складається з 14 тверджень, які обслуговують дві підшкали – тривогу і депресію. Кожному твердженню відповідають 4 варіанти відповіді, які відображають градацію виразності ознаки та кодуються за наростанням важливості симптому від 0 (відсутність) до 3 (максимальна виразність). Інтерпретація результатів: норма (відсутність достовірно виражених симптомів тривоги і депресії); субклінічно виражена тривога/депресія; клінічно виражена тривога/депресія. Лаконічність і простота HADS дозволяє рекомендувати цю шкалу до використання у загальній практиці для первинного виявлення проявів тривоги і депресії у клієнтів;

– шкала депресії А. Бека для підтвердження та вияву ступеня важкості депресії – це тест, який відрізняється високою релевантністю та специфічністю, створений для використання у клінічній практиці з метою діагностики та оцінки рівня депресивних розладів. Незважаючи на дату розробки, шкала депресії А. Бека досі не застаріла і широко застосовується у психіатричній та психотерапевтичній практиці. Цей опитувальник складається з 21 пункту, кожен з яких містить кілька варіантів тверджень. Показник за кожною категорією розраховується так: кожний пункт шкали оцінюється від 0 до 3 балів відповідно до наростання тяжкості симптому. Сумарний бал становить від 0 до 63 балів і знижується відповідно до поліпшення стану. Результати тесту інтерпретуються так: норма, легка депресія, помірна депресія, важка депресія.

Емпіричне дослідження можемо поділити на три етапи. Перший етап – початкова діагностика групи людей для отримання даних щодо наявності чи відсутності депресії та вираження ступенів важкості.

Другий етап – проведення психологічної корекції.

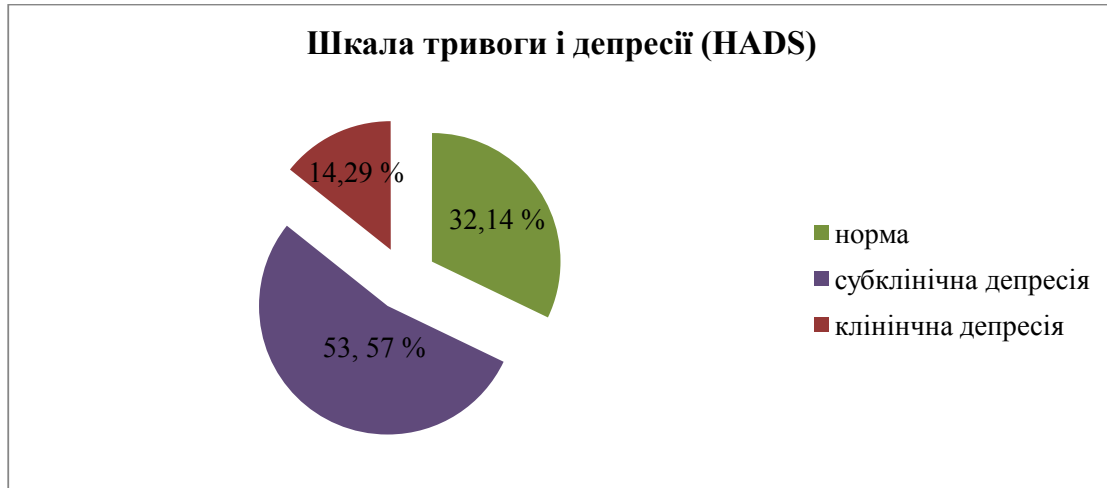
Третій етап – повторна діагностика для оцінки результатів другого етапу.

Перший етап ми провели за допомогою двох методик, описаних вище.

Шкала тривоги і депресії (HADS) складається з 14 тверджень, які обслуговують 2 підшкали: «тривога» (непарні пункти: 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13); «депресія» (парні пункти: 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14). Кожному твердженню відповідають 4 варіанти відповіді, які відображають градацію виразності ознаки та кодуються за наростання важкості симптому від 0 (відсутність) до 3 (максимальна виразність).

Вираховується сумарний показник за кожною з підшкал (A і D), при цьому виділяються три області значень: 0–7 балів – норма; 8–10 балів – субклінічно виражена тривога / депресія; 11 балів і вище – клінічно виражена тривога / депресія. Рівень депресії вираховується за такою формулою: $РД = \sum n$, де n – кількість балів за відповідь з обох підшкал. Ана-

Діаграма 1



Таблиця 1

№	Рівень депресії	Бали	Кількість осіб	Кількість осіб у %
1	Депресія відсутня	0-4	9	32,14
2	Легкий рівень депресії	5-7	10	35,71
3	Середній рівень депресії	8-15	5	17,86
4	Високий рівень депресії	i	4	14,29

ліз результатів госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS) показав, що 32,14% опитаних (9 осіб) мають показники норми. Норма – це відсутність виразних симптомів тривоги та депресії.

У 53,57% опитаних (15 осіб) спостерігається субклінічно виражена тривога / депресія. Субклінічно виражена тривога / депресія – це стан, коли в людини переважає знижений настрій, загальний смуток, у неї підвищений поріг сприйняття приємних подій. Людина схильна бачити все в «темних окулярах», сприймати все гостро та негативно.

У 14,29% опитаних (4 особи) спостерігається клінічно виражена тривога / депресія.

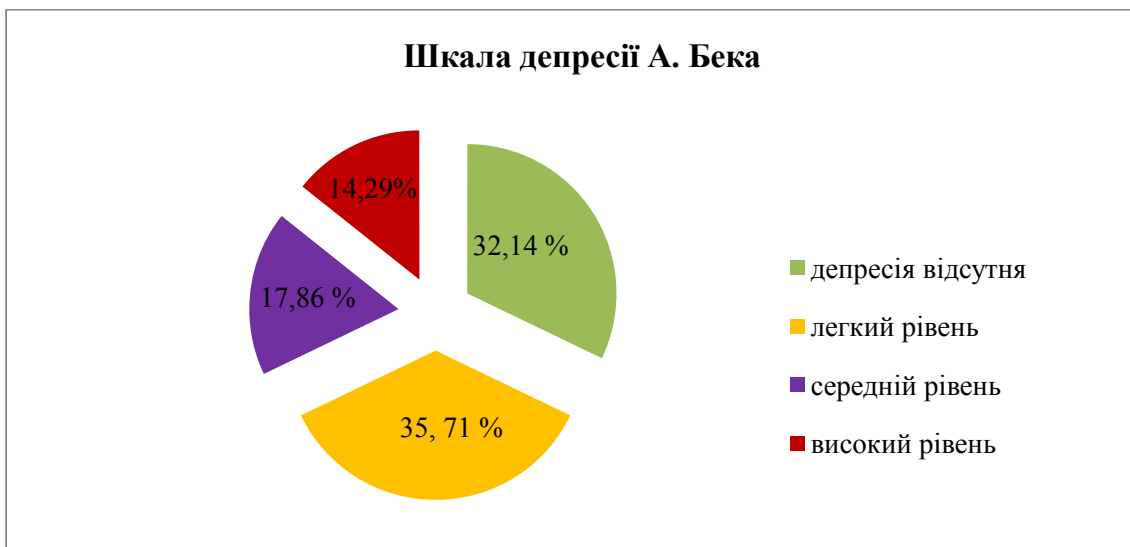
Клінічно виражена тривога / депресія – це такий стан, за якого людина відчуває емоційну неврівноваженість, негативно переживає внутрішнє занепокоєння, відчуває невдоволеність, напругу, необхідність якихось пошуків.

Результати за шкалою тривоги і депресії HADS зображені на діаграмі 1.

Наступним етапом була діагностика рівня депресії за допомогою шкали А. Бека.

Опитувальник включає в себе 21 категорію симптомів і скарг. Кожна категорія скла-

Діаграма 2



дається з 4–5 тверджень, які відповідають специфічним проявам / симптомам депресії. Ці твердження ранжовані в міру збільшення питомого внеску симптому в загальний ступінь важкості депресії. Відповідно до ступеня вираженості симптому кожному пункту присвоєне значення від 0 (симптом відсутній або виражений мінімально) до 3 (максимальна вираженість симптому). Деякі категорії включають в себе альтернативні твердження, що мають еквівалентну питому вагу.

Результати тестування записані в таблиці 1.

Можемо зробити висновок, що опитувальник А. Бека підтвердив дані щодо відсутності депресії у 9 осіб. У 19 осіб були виявлені рівні депресії від легкого до високого. Дані за опитувальником А. Бека зображені на діаграмі 2.

Другий етап – проведення психологічної корекції за допомогою гештальт-підходу. З точки зору гештальт-терапії депресію може викликати незавершена дія, невиражені почуття та емоції. Депресію також може викликати придушення емоційної чи душевної потреби, важливої для повноцінного життя. Здебільшого це відчувається як роздратування (злість), прагнення змінити ситуацію (відносини), або потреба в ніжності, прихильності, теплі і / або переживання, пов'язані з сексуальністю людини. Підготовані та проведені вправи були спрямовані переважно на виявлення та вираження почуттів та емоцій [3].

Корекційним технікам у гештальт-терапії надається дуже важливе значення. Вони називаються експериментами.

Основною технікою гештальт-терапії є активне слухання, під час якого терапевт надає клієнту можливість повністю розгорнути переживання. Якщо у пацієнта в фокусі уваги перебуває те, що він говорить, тобто утримувальний компонент розповіді, то терапевт звертає увагу на те, як говорить клієнт, тобто на процесуальний компонент розповіді.

1. Виявлення і передача емоційного змісту. Вербалізація емоцій.

Гештальт-терапевти заохочують клієнтів до відновлення зв'язку між емоцією і тією ситуацією, яка породила емоцію, тому «безадресні» емоції пропонується проговорювати так, щоб клієнт зміг усвідомити, з яким об'єктом – внутрішнім або зовнішнім – пов'язане переживання цієї емоції.

Терапевт: Що ви відчуваєте зараз?

Клієнт: Мені сумно ...

Терапевт: Спробуйте продовжити фразу: «Мені сумно від того, що...»

2. Фокусування на пережитих в тілі відчуттях. Зрілі форми психологічного захисту – інтелектуалізація та раціоналізація – грають важливу роль у процесі соціалізації, сприяючи стримуванню безпосередніх емоцій залежно від контексту [6].

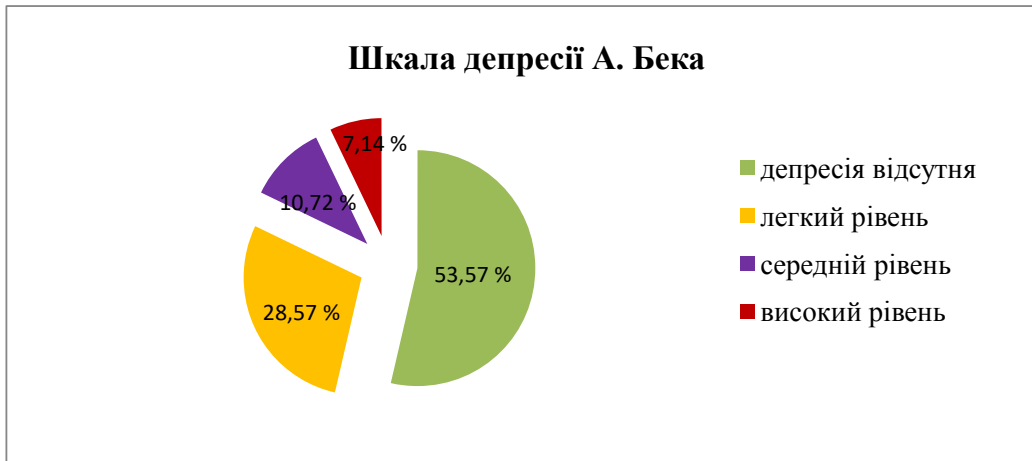
Невротичні уникнення найчастіше фіксуються у формі інтелектуалізації, коли розмова про ситуацію підміняє дію в ситуації. Захисні механізми підтримують хронічну нерозв'язану ситуацію низької інтенсивності, тому для здійснення реальних змін людині не вистачає енергії. У результаті невротична особистість живе за принципом «хотілось як краще, а вийшло як завжди».

Для нового вибору й прийняття відповідальності необхідний перехід застиглої хронічної ситуації низької інтенсивності в гостру ситуацію високої інтенсивності, тобто у ситуацію «тут і тепер». Для подолання блокади чуйного досвіду в гештальт-підході застосовується фокусування відчуттів тіла на утриманні («Побудь з цим (в цьому)!»). Пережиті в ході сеансу емоції і відчуття вербалізуються («Поговори від імені свого страху!», «Дай голос своїй печалі!», «Спробуй поговорити від імені головного болю!»). У осіб з алекситимією і психосоматичними розладами можуть виникнути великі труднощі з вербалізацією емоцій, тому терапевт допомагає клієнту, який стверджує, що він «нічого не відчуває», сфокусувати енергію за рахунок простої концентрації на відчуттях і опрацювання суми цих відчуттів

Діаграма 3



Діаграма 4



(«Ти морщиш лоба, стримуєш подих, червонієш, стискаєш кулаки – на яке переживання це схоже?») [7].

3. «Діалог» частин тіла. Варіантом техніки полярностей є програвання «діалогу» частин тіла. Клієнт вибирає ту частину тіла, яка йому найбільше приємна, і ту, яка викликає у нього огиду і неприйняття. Потім програється можливий діалог між частинами тіла. У процесі ототожнення і озвучування частин тіла клієнт усвідомлює спроектовані на них елементи ставлення до себе і пов'язані з ними установки, може усвідомити фрустровані потреби. Це сприяє самоприйняттю. Така техніка застосовується в роботі з афективними розладами, розладами харчової поведінки, депресіями.

4. Ототожнення з симптомом. Згідно з гештальт-підходом, якщо ми працюємо з невротичним симптомом ізольовано, тобто у відриві від системи відносин, в умовах якої він виник, ми ризикуємо лише посилити регресивні тенденції, переживання безпорадності у пацієнта і відчуття неефективності зусиль терапевта. Початковим кроком до подолання симптому розщеплення Его можуть бути техніки ототожнення з симптомом. Застосування цих технік вже на вступному етапі може сприяти переведенню пацієнта від залежної, симптом-орієнтованої моделі ставлення «пацієнт – терапевт» до моделі конвенціональної співпраці «клієнт – терапевт».

5. Техніка двох стільців. Ця техніка є різновидом техніки полярностей. Клієнту пропонується по черзі займати обидва стільці, висловлюючи полярні частини вну-

трішньо-особистісного конфлікту («обвинувач – обвинувачений»). Внутрішньоособистісне зіткнення може відбуватися не тільки між різними соціальними ролями, але і між будь-якими поляризованими частинами досвіду (наприклад, між протилежними за знаком емоціями) [6].

Після закінчення кожної вправи психотерапевт просить усіх учасників сісти в загальне коло. Далі проводиться обговорення вправи, при цьому особливо виділяються два таких аспекти: по-перше, процес виконання вправи (як учасники її виконували, що вони при цьому відчували); по-друге, зміст (те, про що учасники говорили, виконуючи вправу).

Арсенал технік гештальт-терапії досить великий і різноманітний, проте найважливішим технічним елементом є розробка індивідуального експерименту, що дозволяє розширити усвідомленість клієнта свого способу взаємодії в ситуації «тут і тепер». Експеримент завжди є унікальним і пристосованим до особливостей конкретного клієнта. Реалізація будь-якої техніки передбачає наявність узгоджених цілей терапії, довіри до терапевта і процесу терапії та сталого робочого альянсу, що дозволяє клієнту переживати корисні для нього фрустрації [7].

Третій етап. Повторна діагностика відбулася за допомогою методик, які використовувалися раніше. Ідеться про шкалу тривоги і депресії (HADS) та шкалу депресії А. Бека. Під час обробки результатів були виявлені зміни.

Аналіз результатів госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS) показав, що

Таблиця 2

№	Рівень депресії	Бали	Кількість осіб	Кількість осіб у %
1	Депресія відсутня	0-4	15	53,57
2	Легкий рівень депресії	5-7	8	28,57
3	Середній рівень депресії	8-15	3	10,72
4	Високий рівень депресії	i	2	7,14

Рівень депресії	Первинна діагностика	Повторна діагностика після корекційних вправ
Депресія відсутня	9 осіб	15 осіб
Легкий рівень депресії	10 осіб	8 осіб
Середній рівень депресії	5 осіб	3 особи
Високий рівень депресії	4 особи	2 особи

53,57% опитаних (15 осіб) знаходяться у нормі. У 39,29% опитаних (11 осіб) спостерігається субклінічно виражена тривога / депресія. У 7,14% опитаних (2 особи) спостерігається клінічно виражена тривога / депресія. Дані зображені на діаграмі 3.

Наступним етапом була повторна діагностика рівня депресії за допомогою шкали А. Бека. Дані представлені в таблиці 2 та зображені на діаграмі 4.

Варто відзначити, що повторна діагностика показала значне покращення стану серед людей, які діагностувалися. Для порівняння зобразимо дані первинної і повторної діагностики у таблиці 3.

Отже, завдяки цілісному погляду гештальт-підходу на людину, який передбачає єдність психологічного, біологічного і соціального існування, його парадигма виявляється досить продуктивною для розуміння і терапії соматичних і психосоматичних розладів.

Гештальт-терапія має на меті допомогти пацієнтові знайти нове, відновлює його рівновагу з навколишнім середовищем у відповідний для нього спосіб, а також допомагає навчитися творчому пристосуванню.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Абрамова Г.С., Юдичь Ю.А. Психологія в медицині : навч. посіб. Москва, 1998. 162 с.
2. Сухарєва В.Д. Депресія. Довідник. М. : Світ, 2000. 214 с.
3. Гінгер С., Гінгер А. Гештальт-терапія контакту. М. : Гиль-Естель, 2016. 318 с.
4. Тополянський В.Д. Психосоматичні розлади : посібник для лікарів. М., 2015. 544 с.
5. Третьяк Л.Л., Федоров А.П. Техніки сучасної гештальт-терапії. Москва : Добросвіт, 2017. 62 с.
6. Третьяк Л.Л. Гештальт-підхід в патогенетичній психотерапії психогенних депресій невротичного рівня. М. : Сенс, 2005. 249 с.
7. Старак Я., Кей Т., Олдхейм Дж. Техніки гештальт-терапії на кожен день. Ризикніть бути живим. М. : Психотерапія, 2011. 176 с.