

Министерство образования и науки Российской Федерации
Ярославский государственный университет им. П. Г. Демидова
Кафедра общей психологии

Н. А. Митрушина

Введение в психологию лечебного процесса

Методические указания

*Рекомендовано
Научно-методическим советом университета для студентов,
обучающихся по направлению Психология*

Ярославль 2011

УДК 159.9:61
ББК Ю 948я73
М 67

*Рекомендовано
Редакционно-издательским советом университета
в качестве учебного издания. План 2011 года*

Рецензент
кафедра общей психологии
Ярославского государственного университета им. П. Г. Демидова

Митрушина, Н. А. Введение в психологию лечебного процесса : методические указания / Н. А. Митрушина; Яросл. гос. ун-т им. П. Г. Демидова. – Ярославль : ЯрГУ, 2011. – 48 с.

В методических рекомендациях рассмотрен вопрос психологического сопровождения лечебного процесса в соматической/ психосоматической клинике. Предлагаемые практические задачи могут использоваться студентами для самопроверки и закрепления теоретического материала: позволяют научиться формировать психокоррекционные мишени с учетом личности больного, соматогенного и психогенного характера болезни.

Предназначены для студентов, обучающихся по направлению 030300.62 Психология (дисциплина «Психология соматического больного», блок Б 3), очной, заочной форм обучения.

УДК 159.9:61
ББК Ю 948я73

© Ярославский государственный университет им. П. Г. Демидова, 2011

Психосоматические расстройства

Длительное время в психосоматической медицине, возникшей в ответ на грубый механистический биологический подход к пониманию природы соматической патологии, предпринимались попытки изучения психогенеза соматических расстройств и выделения заболеваний, в этиопатогенезе которых существенная роль принадлежит психоэмоциональным и личностным факторам. К этим расстройствам были отнесены органичные и функциональные психосоматозы, конверсионные расстройства. Такой взгляд на психосоматические нарушения существует и в настоящее время, однако он дополнен рассмотрением влияния соматических вредностей на психическую сферу и наиболее полно представлен в руководствах по соматопсихиатрии.

В работах, посвященных проблеме психосоматических отношений, чаще приводятся факторы, участвующие в генезе психосоматической патологии, нежели сами психосоматические расстройства. Стоит заметить, что в МКБ 10 термин «психосоматическое расстройство» для обозначения диагностических рубрик не используется. Связывается это с тем, как пишут сотрудники Курского государственного медицинского университета, что «...психосоматическая медицина, ориентированная сначала на изучение ограниченного числа расстройств ... постепенно трансформировалась в универсальный принцип (парадигму) всей медицины, предполагающей при анализе любого заболевания подходить к пациенту как биопсихосоциальной целостности, характеризующейся единством функционирования телесного и душевного» [26].

Общепринятой является классификация психосоматических расстройств А. Б. Смулевича. Автор выделяет следующие группы психосоматических расстройств [3, 29]:

- 1) соматические расстройства, психогенно спровоцированные,
- 2) соматизированные психические реакции, формирующиеся при невротических или конституциональных расстройствах,
- 3) психогенные психические расстройства, отражающие реакцию личности на заболевание,
- 4) экзогенные психические расстройства, возникающие вследствие соматической вредности.

Попробуем разобраться в приведенной классификации, рассмотрев используемые в ней понятия.

Данная классификация содержит два направления психосоматических соотношений, дифференцированных по механизмам формирования: психосоматический (этиопатогенез определяется влиянием психического /психологического фактора) и соматопсихический (этиопатогенез определяется влиянием соматического фактора).

Для объяснения процесса образования соматической патологии в результате психогенного влияния в литературе используется термин **соматизация** – общий феномен выражения эмоционального дискомфорта и психологического стресса языком физических, телесных симптомов [3]. Например, «ларвированная» («маскированная») депрессия, когда депрессия и тревога проявляются в соматической форме.

В формировании соматопсихических расстройств участвуют два механизма – соматогенный (органический) и психогенный (нозогенный).

Соматогенные нарушения, или соматогении, – психические расстройства, вызванные соматическими причинами, или более точно – это весь комплекс нарушений в психической сфере, возникших под влиянием воздействия соматических вредностей на ЦНС. К соматогенным причинам, вызывающим нарушения в психической сфере, относятся: инфекции, интоксикации, нарушение кровообращения, применение фармакологических препаратов и др. К соматогениям в качестве примера можно отнести астенический и психоорганический синдромы, соматогенные депрессии [23; 24; 29].

Реакция личности на соматическое заболевание и его последствия рассматривается в качестве психогенного влияния соматической сферы на психическую и определяется как **нозогения**.

В психиатрии широко используется разделение этиологических факторов психосоматических нарушений на экзогенные – внешние по отношению к организму – и эндогенные – внутренние по отношению к организму. Психогенные и соматогенные факторы относятся к экзогенным причинам, а эндогенные причины свя-

заны с наследственностью, конституциональными особенностями человека, возрастными сдвигами [5; 7].

Психосоматические расстройства классифицируются следующим образом:

- 1) психосоматические заболевания,
- 2) псевдосоматические расстройства,
- 3) нозогении,
- 4) соматогении.

Рассмотрим каждую из указанных групп более подробно.

1. Психосоматические заболевания

Традиционно к ним относится так называемая чикагская семерка, выделенная Ф. Александером: тиреотоксикоз, эссенциальная гипертония, бронхиальная астма, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, язвенный колит, ревматоидный артрит, нейродермит [30].

Тиреотоксикоз – заболевание, обусловленное нарушением функции щитовидной железы.

Эссенциальная гипертония – хроническое заболевание, основным клиническим признаком которого является длительное и стойкое повышение артериального давления (гипертензия). Ее еще называют первичной артериальной гипертензией, имея в виду, что причиной повышенного давления является нарушение системы кровяного давления, а не нарушения функций других органов.

Бронхиальная астма – аллергическое заболевание, в клинической картине которого центральное место занимают приступы удушья, вызванные бронхоспазмом, гиперсекрецией и отеком слизистой оболочки бронхов.

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки – хроническое рецидивирующее заболевание, при котором образуется пептическая язва в желудке и двенадцатиперстной кишке.

Язвенный колит – хроническое рецидивирующее воспалительное заболевание прямой и толстой кишок, сопровождающееся отеком и деструкцией слизистой и подслизистой оболочек.

Ревматоидный артрит – относится к группе заболеваний с системным поражением соединительной ткани, главным образом в области суставов.

Нейродермит – заболевание кожи, первым и ведущим симптомом которого является зуд; видимые клинические проявления на коже развиваются позже.

Некоторые авторы склонны расширять классический перечень психосоматозов, включая в него желчнокаменную болезнь, мигрень, рак, заболевания крови, грыжи и т. п. [24]. По-видимому, связано это с тем, что доказать или опровергнуть участие психогенных факторов в манифестации заболевания достаточно сложно, так как чаще всего имеет место взаимодействие различных факторов. Психотравмирующий фактор следует рассматривать как одну из множества причин, участвующих в процессе развития заболевания.

Обязательным условием отнесения болезненных состояний к психосоматическим является наличие для личности психотравмирующих эмоционально значимых событий, которые связаны во времени с началом или обострением соматического заболевания и выполняют существенную патогенную роль в возникновении психосоматических расстройств.

Принято считать, что патогенез психосоматических расстройств определяется следующими факторами [2]:

- 1) неспецифической наследственной и врожденной отягощенностью соматическими нарушениями и дефектами,
- 2) наследственным предрасположением к психосоматическим расстройствам,
- 3) нейродинамическими сдвигами (нарушения деятельности ЦНС),
- 4) личностными особенностями,
- 5) психическим и физическим состоянием во время действия психотравмирующих событий,
- 6) фоном неблагоприятных семейных и других социальных факторов,
- 7) особенностями психотравмирующих событий.

2. Псевдосоматические расстройства

К псевдосоматическим относятся расстройства, проявляющиеся в соматической сфере при отсутствии объективной соматической патологии: соматоформные расстройства, сомато-психозы.

Соматоформные расстройства подразделяются на следующие группы [4]:

1) *соматизированные расстройства* характеризуются наличием множественных повторно возникающих и часто изменяющихся соматических симптомов. Больные жалуются на расстройства желудочно-кишечной системы, кожные симптомы, сексуальные и менструальные расстройства, сердечно-сосудистые нарушения;

2) *соматоформная вегетативная дисфункция* характеризуется жалобами, сводящимися к вегетативной регуляции сердечно-сосудистой, желудочно-кишечной, мочеполовой и дыхательной систем. Симптомы отражают признаки вегетативного возбуждения (тремор, потение и др.) или ощущений (жжение, тяжесть, раздувание и др.) в определенном органе или системе;

3) *ипохондрическое расстройство* характеризуется страхом или небредовой убежденностью в развитии серьезного соматического заболевания;

4) *соматоформное болевое расстройство* проявляется жалобами на постоянную, тяжелую и психически угнетающую боль, которая не связана с соматической патологией и находится в причинной связи с эмоциональными переживаниями.

Соматопсихоз – псевдосоматическое расстройство психотического регистра, характеризующееся сочетанием признаков сенестопатии с тревожными опасениями телесного недуга [29].

3. Нозогении

Тип нозогенных реакций связан с преморбидными (добольными) личностными особенностями больного, семантикой диагноза заболевания, социальными последствиями болезни, степенью трудности совладания с ней, состоянием организма. В случае хронизации заболевания нозогения может стать исходным пунктом формирования патологического развития личности.

А. В. Квасенко, Ю. Г. Зубарев выделяют типы нозогенных реакций с учетом субъективной оценки больным своего соматического состояния [14].

Нормонозогнозия – адекватная, реальная оценка своего соматического состояния.

Гипернозогнозия – яркая, преувеличенная оценка соматических симптомов, тяжесть заболевания преувеличена, формируется заниженная модель ожидаемых результатов.

Гипонозогнозия – тенденция к недооценке значимости соматического состояния, убежденность в самостоятельном совладании с нею.

Анозогнозия – отрицание болезни. Отрицание или вытеснение болезни чаще всего бывает при тяжелых и опасных заболеваниях (злокачественная опухоль, туберкулез, психические заболевания).

А. Е. Личко, Н. Я. Ивановым предложена типология отношения к болезни на основе выделения типа дезадаптации больного в ситуации болезни. Выделяются три блока поведенческого реагирования больного, каждый из которых включает несколько типов отношения к болезни: адекватный, дезадаптация с интрапсихической направленностью, дезадаптация с интерпсихической направленностью. Данная классификация опирается на концепцию личности как системы отношений, разработанную В. Н. Мясищевым [10, 15].

Типы отношения к болезни, когда психическая дезадаптация не нарушена или несущественна:

1. *Гармоничный* – трезвая оценка своего состояния без склонности преувеличивать и преуменьшать его тяжесть, понимание объективной тяжести заболевания; стремление во всем активно содействовать успеху лечения, опираться на известные науке факты о происхождении симптомов и возможности излечения.

2. *Эргопатический* – уход от болезни в работу: при объективной тяжести болезни и страданиях больные стараются во что бы то ни стало продолжать работу. Трудятся с ожесточением, с еще большим рвением, чем до болезни, работе отдают все время, стараются лечиться и подвергаться обследованиям так, чтобы это не мешало работе. Их позиция заключена в том, что нет такого заболевания, которое нельзя было бы преодолеть своими силами.

3. *Анозогнозический* – активное отбрасывание мысли о болезни, о возможных ее последствиях; приписывание проявлений болезни случайным обстоятельствам, отказ от обследования и лечения; желание обойтись «своими средствами», пренебрежение, легкомысленное отношение к болезни и лечению.

Типы отношения к болезни, характеризующиеся психической дезадаптацией с интрапсихической направленностью (болезнь доставляет неудобства самому больному):

1. *Тревожный* – непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения, поиск новых способов лечения, непрерывный поиск «медицинских авторитетов», жажда дополнительной информации о болезни, выраженный интерес к объективным данным о заболевании, повышенный интерес пациента к медицинской литературе, придирчивость к медицинскому персоналу, нацеленность на перепроверку получаемых от врачей сведений о болезни.

2. *Ипохондрический* – сосредоточение на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях, стремление постоянно рассказывать о них окружающим; преувеличение действительных и высказывание несуществующих болезней и страданий, преувеличение побочного действия лекарств, сочетание желания лечиться и неверия в успех, требования тщательного обследования и в то же время боязнь вреда и болезненности процедур.

3. *Неврастенический* – поведение по типу «раздражительной слабости», вспышки раздражения, особенно при болях, при неприятных ощущениях, при неудачах лечения, раздражение нередко изливается на первого попавшегося и завершается раскаяниями и слезами; непереносимость болевых ощущений, нетерпеливость, неспособность ждать облегчения.

4. *Меланхолический* – удрученность болезнью, неверие в выздоровление, в возможное улучшение и эффект лечения; активные депрессивные высказывания вплоть до суицидных мыслей, пессимистический взгляд на все вокруг, неверие в успех лечения даже при благоприятных объективных данных.

5. *Апатический* – полное безразличие к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам лечения; пассивное подчинение процедурам и лечению при настойчивом побуждении со стороны, утрата интереса к жизни, ко всему, что ранее волновало.

Типы отношения к болезни, характеризующиеся психической дезадаптацией с интерпсихической направленностью (болезнь доставляет неудобства окружающим):

1. *Сензитивный* – чрезмерная озабоченность возможностью неблагоприятного впечатления, которое могут произвести на окружающих сведения о его болезни; опасения, что окружающие станут его избегать, считать неполноценным, пренебрежительно или с опаской относиться, распускать неблагоприятные слухи о причине и природе болезни; боязнь стать обузой для близких из-за болезни и неблагоприятного отношения с их стороны в связи с этим.

2. *Эгоцентрический* – «уход в болезнь», выставление напоказ близким и окружающим своих страданий и переживаний с целью полностью завладеть их вниманием; требование исключительной заботы о себе – все должны все бросить и заниматься только этим больным, постоянное желание показать другим свое особое положение, исключительность своей болезни.

3. *Паранойяльный* – уверенность, что болезнь – результат чьего-то умысла, крайняя подозрительность к лекарствам и процедурам, стремление приписывать возможные осложнения и побочные действия лекарств халатности или злему умыслу врачей и персонала, обвинения и требования наказания в связи с этим.

4. *Эйфорический* – легкомысленное отношение к болезни и лечению, надежда на то, что «все само собой обойдется», нарушение режима, даже если оно неблагоприятно сказывается на течении болезни.

5. *Обсессивно-фобический* – проявляется навязчивыми мыслями о маловероятных неблагоприятных последствиях болезни и лечения, постоянными размышлениями о возможном влиянии заболевания на повседневную жизнь, о риске инвалидизации, летальном исходе. Больной зачастую использует ритуалы для защиты себя от потенциального неблагоприятного течения болезни, верит в приметы. Пациент становится суеверным. Он придает особое значение мелочам, которые превращаются для него в своеобразные знамения (к примеру, расценивает шансы своего излечения в зависимости от того, в каком порядке войдут в его палату врач и медицинская сестра; от того, троллейбус какого маршрута подойдет к остановке первым).

Типы отношения к болезни, предложенные А. Е. Личко и Н. Я. Ивановым, соотносятся с типами нозогений в зависимости

от осознания личностью своего заболевания и степенью вовлеченности в него (по А. В. Квасенко, Ю. Г. Зубареву):

- нормозогнозический тип – гармоничный;
- гипернозогнозический тип – тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, сензитивный, эгоцентрический, паранойяльный, обсессивно-фобический;
- гипонозогнозический тип – эргопатический, апатический, эйфорический;
- анозогнозический.

Выделяют также предпочтительный вариант нозогенных реакций, характерный для определенной соматической патологии, и универсальный, возникающий при патологии любого профиля и в ответ на любые связанные с соматическим заболеванием стрессогенные ситуации. Например, предпочтительным вариантом нозогении при нейродермите будет сензитивный тип отношения к заболеванию. К универсальному варианту некоторые авторы относят нозогении тревожного и ипохондрического типа [1].

4. Соматогении

Вероятность возникновения соматогенных расстройств зависит от специфики заболевания (степени тяжести, длительности, этапа течения), проводимого лечения, индивидуальных особенностей личности (конституция, преморбидный склад личности, патохарактерологические особенности личности, развившиеся в процессе болезни, возраст, пол), наличия предшествующих вредностей.

К наиболее распространенным вариантам соматогений, с которыми встречается медицинский психолог в своей профессиональной деятельности, относятся психоорганический и астенический синдромы.

Психоорганический синдром – синдром нарушения интеллектуальной деятельности и эмоционально-волевой сферы при поражениях головного мозга. Может развиваться на фоне сосудистых заболеваний, нейроинфекций, при хронических обменных нарушениях и др.

Астенический синдром – одна из наиболее распространенных форм неспецифического реагирования ЦНС на внутренние вредные факторы.

Выделяют три формы астенического синдрома, различающиеся по степени тяжести клинической картины [5; 17; 30]:

1. При *гиперстеническом синдроме* для больных характерна высокая чувствительность к неудачам, слезливость, повышенная неупорядоченная малоорганизованная деятельность, раздражительность, вспыльчивость, эмоциональная лабильность, неспособность довести до конца энергично начатое дело вследствие неустойчивости внимания и быстрого утомления.

2. *Синдром раздражительной слабости* относится к смешанной форме, сочетающей в себе признаки и гипер- и гипостенического вариантов астении. Для больных с данной формой астенического синдрома характерна резкая смена настроения и темпа активности: больные быстро теряют самообладание, быстро приходят в возбуждение и в отчаяние, бурно, с интересом и нетерпением начинают деятельность и вскоре ее прекращают в связи с возникшей вялостью, усталостью, бессилием, разочарованием.

3. *Гипостенический синдром* характеризуется снижением настроения с оттенком апатии, снижением умственной и физической работоспособности, общей слабостью, вялостью, сонливостью, потерей инициативности.

Чаще всего выраженные астенические признаки встречаются при тяжелых хронических заболеваниях. Астенический синдром, имея первично соматогенное происхождение, вторично может поддерживаться психогенными факторами (например, получаемой больным выгодой от своего состояния). В. В. Николаева, описывая особенности взаимодействия между психикой и сомой, указывает на механизм «замкнутого круга», проявляющийся в том, что нарушение, возникающее первоначально, например, в соматической сфере, вызывает психопатологические реакции, а последние являются причиной дальнейших соматических нарушений: соматическое заболевание → соматогенное аффективное расстройство → вторичные соматовегетативные расстройства → утяжеление соматического заболевания [24].

Достаточно интересными представляются результаты исследования, проведенного И. А. Мелентьевым на больных стенокардией и инфарктом миокарда [20]. Автором предпринята попытка выявить у больных двух нозологических групп связь между ме-

ханизмом патогенного влияния болезни на психическое состояние и типом отношения к болезни. Психогенный компонент проявляется при невыраженной степени тяжести соматического состояния и связан с личностными особенностями пациентов: высокий уровень личностной тревожности у больных стенокардией определяет гипернозогностический тип отношения к болезни, а склонность больных с инфарктом миокарда к враждебности и использованию психологической защиты по типу вытеснения – гипонозогностический тип. В то время как соматическое состояние, вовлекающее соматогенный характер изменения психической сферы, обуславливает гипонозогнозию у больных стенокардией и гипернозогнозию у больных инфарктом миокарда.

Таким образом, тесное переплетение психогенных, соматогенных, личностных факторов, которые на практике далеко не всегда удается разделить на первичные и вторичные, обуславливает сложность этиопатогенеза психической патологии при соматических расстройствах. На начальных стадиях заболевания, как правило, наибольший вес имеют психогенные факторы в формировании психических нарушений (например, депрессия), а затем, при утяжелении соматического состояния и углублении астении, – соматогенные: аффективная патология приобретает черты органичности, а имеющиеся на начальной стадии соматического расстройства эгоцентрические, тревожные реакции на болезнь могут сменяться анозогнозией [33].

Роль медицинского психолога в лечебном процессе

Интеграция в медицинскую среду специалистов, сопровождающих лечебный процесс вне рамок биологической парадигмы, имеет длительную историю. Так, психоаналитическое и антропологическое направления в медицине ставили своими задачами изучение психологических и социальных причин возникновения и развития болезни, выявление психологических последствий болезни для больного, поэтому используемые ими методы оказания помощи были психотерапевтическими. На современном этапе осуществления бригадной помощи соматическим больным в рам-

ках биопсихосоциального подхода попытки включить специалиста немедицинского профиля получили дальнейшее развитие введением в 2004 г. специальности медицинского психолога. Однако по-прежнему сохраняются многочисленные трудности в осуществлении полипрофессиональной помощи, связанные, в частности, с недостаточной проработанностью алгоритма взаимодействия врачей и психологов, сохраняющимися мифами о психологах, житейским пониманием их профессиональной деятельности, отличиями в парадигмах, на которые эти специалисты опираются: естественно-научную и гуманитарную, и, как следствие, имеющимися выраженными отличиями в понятийном аппарате, которым они оперируют. Таким образом, можно говорить о том, что по-прежнему сохраняет свою актуальность развитие междисциплинарного взаимодействия для повышения эффективности оказываемой помощи больному соматического профиля [12; 13; 18; 26; 27; 28].

А. Гронский с позиции клинического гештальт-терапевта рассматривает отличия медицинского подхода к лечению больного от психотерапевтического [8]. Традиционные особенности гештальт-подхода и медицинско-биологического он представляет в виде таблицы (см. табл. 1).

Таблица 1

Отличия медицинского подхода от психотерапевтического

<i>Особенности медицинского подхода</i>	<i>Особенности гештальт-подхода</i>
В своей основе является биологическим, хотя теоретически признает влияние психосоциальных факторов	Социопсихобиологический подход, но наиболее полно разработан психологический аспект
Причина симптомов	
Биологические нарушения	Прерывание важных потребностей организма, как физиологических, так и психологических
Цель терапии	
Устранение симптома, обнаружение и устранение биологической причины симптома	Восстановление органической саморегуляции (процесса сознания и удовлетворения доминирующих потребностей), в результате восстановления органической саморегуляции устраняется симптом

Особенности диагностики	
Диагностика проводится по принципу выявления устойчивого сочетания симптомов (синдрома) и биологической причины, вызвавшей нарушения	Диагностика проводится в терминах психологических механизмов, которые привели к возникновению психологических и соматических нарушений
Факторы, приводящие к устранению симптомов	
Симптомы устраняются благодаря манипуляциям врача	Симптомы устраняются благодаря совместной работе пациента и психотерапевта по осознанию заблокированных потребностей и нахождению способов их удовлетворения
Распределение ответственности между врачом и пациентом	
Ответственность в основном лежит на враче	Ответственность распределяется между психотерапевтом и пациентом. Значительная доля ответственности за состояние пациента лежит на самом пациенте
Роль сознания пациента	
В основном пассивная. Пациенту не обязательно понимать причины своего состояния	Активная. Необходимы усилия пациента для осознания причин своего состояния
Позиция пациента в процессе терапии	
В основном пассивная. Активность касается только технического выполнения врачебных предписаний	Активная работа пациента по осознанию и регуляции своего состояния – необходимое условие успешной психотерапии

Не вызывает сомнения, что разделение ответственности за результаты лечения между врачом и пациентом, признание большей роли пациента в своем выздоровлении чужды медицинскому сознанию, не говоря уже о возможности восстановить саморегуляцию организма посредством психокоррекционной работы, – все это объясняет скепсис специалистов медицинского профиля к деятельности психологов.

Бригадная форма помощи соматическому больному, когда в команде работают специалисты медицинского профиля и психологического, обеспечивает комплексный подход к профилактике и лечению соматических расстройств. Роль медицинского психо-

лога, работающего в соматической клинике, может быть различной, зависящей от этапа лечебного процесса.

Рассмотрим возможные функции медицинского психолога на каждом этапе лечебного процесса: на этапах профилактики, диагностики, прогноза, терапии и реабилитации.

1. Этап профилактики психосоматических расстройств

Принято выделять первичную профилактику, направленную на предотвращение заболевания, вторичную – направленную на предотвращение рецидивов заболевания, и третичную профилактику – предупреждение хронизации и инвалидизации пациента. Для определения факторов риска в профилактическом плане необходимо учитывать по крайней мере три аспекта [13]: личностный, межличностный, ситуационный.

Значение первых двух аспектов в этиопатогенезе психосоматических расстройств хорошо продемонстрировано в теории Я. Морено: ролевые конфликты являются основной причиной психосоматических нарушений [16]. Ролевой конфликт может проявляться на интраперсональном уровне (внутриличностный конфликт) или интерперсональном уровне (межличностный конфликт) и переживаться личностью в рамках одной роли или в виде конфликта между различными ролями. Примером интраперсонального конфликта в рамках одной роли может являться фиксация личности на роли домохозяйки и одновременное неприятие этой роли; интраперсональный конфликт между двумя ролями – женщина, находящаяся в декретном отпуске по уходу за ребенком, желает быть заботливой матерью и мечтает выйти на работу, чтобы не потерять свою профессиональную позицию.

Психологу, занимающемуся психопрофилактикой психосоматических расстройств, следует принимать во внимание особенности семейной ситуации, в которой находится больной, особенности его родительской семьи как значимых причин развития патогенетических факторов психосоматических заболеваний: профиля личности (тип акцентуации характера), инфантильности (десоматизация-ресоматизация), алекситимии и др. Так, например, результаты многочисленных исследований показывают, что в типе семейного воспитания лиц с поведением типа А, являющегося фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний, присутствует чрезмерный кон-

троль и недостаток эмоционального принятия со стороны родителей, чрезмерный акцент на познавательное развитие ребенка, формирование установки на высокие достижения и престижное положение в жизни, неудовлетворенность достигнутым [22].

Еще один аспект, которому стоит уделять внимание на этапе профилактики, – формирование представлений о здоровье, коррекции внутренней картины здоровья. Как пишет В. Е. Каган, «человек считает себя больным лишь тогда, когда его переживания своего состояния не "вписываются" в картину его внутренней картины здоровья, и, напротив, представления о здоровье могут быть настолько широкими, что обнимают широкий круг патологических состояний» [11]. Тем самым искажение внутренней картины здоровья может являться причиной, которая приводит к нарушению образа жизни, несвоевременному обращению больного за медицинской помощью, неудовлетворенности ею, нарушению комплаенса.

Основными задачами психолога в формировании концепции здоровья у пациента являются расширение знаний о своих возможностях; развитие способности к пониманию своих чувств и чувств других людей, конгруэнтного их выражения; развитие навыков обращения к своим внутренним ресурсам, лежащим в основе саморегуляции.

2. *Этап диагностики* включает [2; 3; 12; 13]:

- диагностику познавательной деятельности больного,
- особенностей его личностного и социально функционирования,
- типов и выраженности акцентуаций характера,
- типа внутренней картины болезни и здоровья,
- психогенных реакций на медицинские вмешательства, само заболевание, образ жизни, вызванный болезнью,
- механизмов психологической адаптации,
- мотивации к участию в лечебно-реабилитационной работе,
- выявление психологически значимых раздражителей окружающей среды, которые ослабляют или усиливают проявление заболевания, сущность психологического конфликта.

3. *Этап прогноза* позволяет строить гипотезы об эффективности психотерапии и лечения в целом, опираясь

- на полученные данные психологической диагностики,

- социальные, профессионально-трудовые факторы: степень трудоспособности, трудовая занятость, уровень инвалидизации,
- социально-бытовые факторы: степень адаптации и актуальная ситуация в семейной и несемейных сферах общения,
- динамику в процессе психотерапевтической, психокоррекционной работы.

4. *Этап терапии* включает применение с учетом задач восстановительного лечения психокоррекционных и психотерапевтических методов, направленных на коррекцию неблагоприятных внутренних и внешних факторов, негативно сказывающихся на состоянии здоровья пациента.

В каждом практическом случае будут свои психотерапевтические (психокоррекционные) мишени, в качестве примеров приведем лишь некоторые из них:

- работа с внутриличностными конфликтами больного,
- коррекция внутренней картины болезни и здоровья,
- коррекция неконструктивных копинг-механизмов,
- разработка рекомендаций по оптимизации контакта в диаде «врач – больной» в целях формирования у больного приверженности лечению, повышения эффективности лечебного воздействия.

5. *Этап реабилитации*

Под реабилитацией понимают широкую систему мер, в которой биологическая терапия, психосоциальные методы лечения и мероприятия, направленные на социальное окружение и оптимизацию внешних условий адаптации больного, взаимосвязанно фокусируются на предотвращении или снижении стойких последствий заболевания и на восстановлении или укреплении личного и социального статуса больных [13].

Этот этап включает также большое количество психотерапевтических методов, и достаточно большое значение в нем придается психологической работе с родственниками пациента: выработке правильного отношения к больному и коммуникаций с ним, разъяснению их роли в профилактике рецидивов заболевания, в адаптации больного к новым условиям соматического состояния [4].

Оптимизация контакта в диаде «врач – больной»

Несмотря на то, что психотерапевтическая составляющая контакта между врачом и пациентом на настоящий момент практически отсутствует, именно этот аспект взаимодействия в диаде «врач – больной» является наиболее важным, определяющим эффективность проводимых лечебных мероприятий. Нарушения в системе взаимоотношений «врач – больной» сказываются не только на отношении больного к конкретному проводимому лечению, но и на отношении к медицине в целом: больной может отказаться от приема лекарственных препаратов в силу возникшего недоверия к назначенному лечению, страха перед возможностью привыкнуть к ним, он может потерять веру в успех лечения и в дальнейшем игнорировать обследования, отказаться от обращения за медицинской помощью к другим врачам. Многие врачи единодушны в том, что к каждому больному должен быть индивидуальный подход, но, к сожалению, на практике эту составляющую медицинской помощи реализовать оказывается крайне сложно, в частности из-за низкой подготовленности медиков по вопросам психологии личности, психологии больного человека, недостаточности развитости коммуникативных умений, эмпатических способностей и др.

Психолог, работающий в учреждении здравоохранения, может выполнять функцию медиатора, фасилитирующего процесс взаимодействия в диаде «врач – больной», делая его более эффективным и благоприятным для обеих сторон. На основе информации об особенностях личности пациента, его внутренней картины здоровья и болезни психолог составляет рекомендации по оптимизации взаимодействия врача с конкретным больным, указывая в них предпочтительные способы установления и поддержания контакта, которые могут быть включены в обычное общение врача с пациентом в процессе проведения приема и плановых осмотров, или психолог может самостоятельно проводить работу по коррекции внутренней картины болезни и здоровья пациента. В настоящий момент требуется большее включение психологической составляющей в интегративную помощь больному, чем это имеет место.

В этом разделе рассмотрен вопрос, касающийся оптимизации взаимодействия диады «врач – больной», повышения включенности больного в лечебно-реабилитационный процесс на основе коррекции его внутренней картины болезни (ВКБ).

Как уже отмечалось, эффективность терапии, осуществляемой врачом, определяется активностью пациента в своем выздоровлении, соблюдением медицинских назначений. В литературе для описания принятия пациентом врачебных рекомендаций закрепился термин «комплаенс», который переводится как «согласие»: согласие с медицинским режимом, предписаниями врача. Термин «нон-комплаенс» описывает обратный процесс. Формы «нон-комплаенса», связанного с приемом медикаментов, могут быть следующими: пациент игнорирует назначение, не принимает лекарство; пациент принимает лекарство, но из-за неправильно понятой инструкции принимает его неправильно; пациент принимает лекарство, но нарушает дозу или частоту приема.

Приверженность больного лечению связана с имеющейся у него ВКБ, на основе которой формируется предпочитаемая модель лечения. Внутренняя картина болезни пациента, являясь субъективным образованием, может существенно различаться с объективными данными врача о протекании болезни. Отдельные компоненты ВКБ могут противоречить, не соответствовать другим компонентам или дополнять друг друга, оказывать взаимовлияние.

П. Б. Зотов, С. М. Уманский на примере онкологических больных выделяют пять наиболее часто встречающихся типов ВКБ: божественный, мистический, биомеханический, аутологический, мозаичный [9].

Божественный тип ВКБ

Возникновение болезни при данном типе ВКБ пациенты связывают с божественным началом. Болезнь рассматривается как

- незаслуженное наказание свыше (неадаптивный вариант);
- наказание за какие-либо грехи или проступки самого больного (неадаптивный вариант);
- наказание за грехи предков (неадаптивный вариант);
- испытание (адаптивный вариант);
- научение, назидание другим (адаптивный вариант).

При данном типе ВКБ ответственность за заболевание больной делит между двумя крайними полюсами: Бог – больной. Так, в случае незаслуженного наказания вся ответственность лежит на Боге («за что Бог меня наказывает?»), в другом – на пациенте (например, при идеях виновности, самоуничужения).

Отношение к лечению также неоднозначно. Обязательными являются методы религиозного действия: молитвы, исповеди, причащения, чтение Библии и другой религиозной литературы, что в представлениях больных является основным залогом улучшения состояния даже на фоне традиционного лечения. Академические подходы отодвинуты на второй план. Нередко по религиозным причинам пациенты отказываются от специального лечения.

Роль врача пациент, как правило, ограничивает лишь техническим выполнением процедур, а ответственность за выздоровление остается на Боге. Сам пациент либо занимает активную позицию – искупления, замаливания грехов – либо пассивно страдает.

Мистический тип ВКБ

Представления больного основываются на сверхъестественном происхождении болезни вследствие действия злых чар, сглаза, порчи и т. д.

При оценке источника мистического воздействия и определении ответственного за заболевание человека выделяют два неадаптивных варианта. В первом случае больные имеют точные представления о «заинтересованном» в их заболевании лице (родственник, сосед и др.), в другом – они считают себя случайной жертвой действий индивидов, конкретно не заинтересованных в их нездоровье. Для этого типа представлений характерны минимальное или полное отсутствие ответственности пациента за заболевание.

Отношение пациента к лечению неоднозначно. Обязательными являются методы магического действия: снятие порчи, сглаза, очищения ауры и др. Академические подходы отодвинуты на второй план. Роль врача в этих условиях пациент обычно ограничивает техническим выполнением процедур. Ответственность самого пациента за выздоровление минимальна. Позиция больного в отношении лечения: активная – поиск «верных» средств снятия порчи, очищения ауры, выведения из себя злых чар, пассивная – бездействие.

Биомеханический тип ВКБ

Болезнь рассматривается как «поломка» биологической программы или механической структуры организма.

Причины заболевания объясняются:

- плохой наследственностью;
- следствием травм, повреждений;
- плохой экологией;
- стечением обстоятельств.

Отношение к противоопухолевому лечению может иметь два варианта. В первом случае, если смерть близких (родители, бабушка/дедушка) произошла достаточно давно, то у больного могут присутствовать определенные надежды на успешное лечение, что пациенты объясняют возможным прогрессом науки в лечении данной патологии. Если смерть близкого от такого же заболевания наступила в недавнем прошлом, то позиция больного при выявлении у него опухолевого заболевания преимущественно пассивная. В зависимости от этих вариантов на врача возлагаются определенные надежды или ему отводится роль технического исполнителя в «бессмысленной борьбе».

Для больных с таким типом ВКБ характерна тенденция объяснять причины заболевания, основываясь на внешних факторах, отсутствие личной ответственности за заболевание, конкретно-формальное описание и восприятие симптомов при минимальном экзистенциальном поиске.

Аутологичный тип ВКБ

Болезнь воспринимается как следствие действий самого индивида. Пациенты могут объяснять возникновение опухоли неправильным образом жизни («много курил», «ел всухомятку», «изработался») или следствием собственных ошибок («зря не вырезал язву»).

Присутствие идей личной ответственности за болезнь создает базис для психотерапевтической коррекции. Предлагаемые методы специального лечения обычно принимаются больными в полном объеме.

Мозаичный тип ВКБ

Сочетает отдельные элементы перечисленных выше типов ВКБ. Характерным для него является высокая подвижность, не-

стойкость и зависимость представлений о заболевании от мнения окружающих. Пациенты обычно не принимают на себя ответственность за болезнь, а используемые ими нетрадиционные методы лечения могут включать самые различные подходы, обычно рекомендованные соседями по палате, знакомыми или прочитанные в литературе.

Диагностика типа ВКБ может происходить на основе простых вопросов о том, что больной знает и думает о своем заболевании, о его причинах и предполагаемых им методах лечения. Важно, чтобы специалист, работая с когнитивной составляющей ВКБ, выделял рациональные и нерациональные представления, – противоречащие здравому смыслу, являющиеся нелогическими и догматичными, и осуществлял коррекцию неадекватных представлений.

Два основных типа нозогенных реакций, наиболее часто встречающиеся в лечебной практике, – гипернозогнозический и гипонозогнозический – отличаются между собой по нескольким параметрам, опираясь на которые также следует строить психотерапевтический контакт с больным (см. табл. 2) [19].

Больной с гипернозогнозическим типом отношения к болезни, настолько встревожен и обеспокоен событиями, связанными с заболеванием, погружен в переживания соматического страдания, что проявляет мнительность в отношении своих способностей влиять на происходящее с ним, тогда как больной с гипонозогнозическим типом отношения к болезни чрезмерно дистанцированно относится к болезни, не всегда своевременно обращается за медицинской помощью. Пациентам с гипернозогнозией бессмысленно давать правильное, с точки зрения специалиста, объяснение течения болезни, ее симптоматики, ожидая на основе этого изменения их поведения в лечебно-реабилитационном процессе в сторону повышения их ответственности, они слишком погружены в свой дискомфорт, им требуется в первую очередь эмоциональная поддержка, коррекция эмоционального состояния; скорее это будет иметь положительный результат при работе с пациентами, имеющими гипонозогнозическое отношение к болезни.

**Отличия между типами отношения к болезни:
гипернозогнозическим и гипонозогнозическим**

<i>Тип нозогении</i>	<i>Гипернозогнозический</i>	<i>Гипонозогнозический</i>
<i>Параметры</i>		
Оценка значимости болезни	Высокая Эго-синтонное отношение – восприятие болезни как диффузного, неструктурированного, неотделенного от собственной личности феномена, затрагивающего изменение собственного Я – «Я болен».	Низкая Эго-дистонное отношение – симптомы болезни противопоставлены Я и воспринимаются как объект борьбы или проблема, с которой необходимо справиться – «У меня есть болезнь».
Способ формирования образа болезни	Формируется под воздействием переживаний, связанных с телесным дискомфортом. Телесные ощущения воспринимаются как симптомы, угрожающие жизни.	Формируется под влиянием информации от окружающих, интерпретации ими состояния пациента (врач, родственники и т. д.). Заболевание воспринимается как информация об имеющемся соматическом неблагополучии.
Модальность реагирования	Эмоциональная	Интеллектуально-поведенческая
Тип совладания	Пассивный: отказ от самостоятельных действий, попытки переадресовать ответственность другим людям.	Активный: самостоятельные действия направлены на минимизацию проявлений заболеваний.

Группа авторов – М. Н. Гордеев, Е. Н. Тимошенко, В. И. Есаулов – предлагает варианты работы с такими пациентами путем коррекции представлений больного о собственных способностях и возможностях в достижении и удовлетворении желаний в ситуации болезни [6]. Локализацию ответственности между спе-

циалистом и пациентом они представляют в виде следующих схем (см. рис. 1).

По мнению этих авторов, важным направлением повышения включенности пациента в систему реабилитации является реструктуризация «Образа Я», который существенно изменяется в ситуации болезни, с коррекцией таких психологических характеристик, как «Я могу /Я хочу/ Я должен». В работе с пациентами следует помогать им осознавать разницу между представлениями о том, «что Я могу», «что Я хочу», «что Мне надо»: у больного с гипернозогнозией в его психической реальности важно выделить зоны «надо» и «хочу», в противовес зоне «могу» и придать им значимость, у больных с гипонозогнозией – выделить «надо» в противовес «хочу» и «могу». Формулы вербальных посланий для таких пациентов могут быть следующими: для больного с гипернозогнозией – «Сейчас Вы действительно не можете заниматься прежним трудом, но у Вас есть желание ..., для того, чтобы его реализовать в жизни, Вам надо делать...», для больного с гипонозогнозией – «Вы многое можете делать, чтобы помочь себе, но по тому, как протекает болезнь, требуется большее... даже если Вы этого не хотите, это обязательно надо для...». Для достижения этих задач авторы также рекомендуют использовать техники трансактоного анализа, когнитивно-бихевиоральной терапии, НЛП, элементы эриксоновского гипноза.

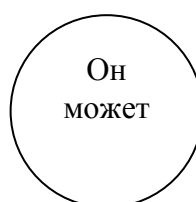
Адекватная внутренняя картина болезни

Пациент



=

Специалист



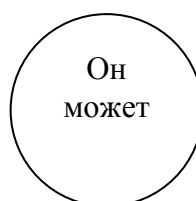
Гипернозогнозия

Пациент



<

Специалист



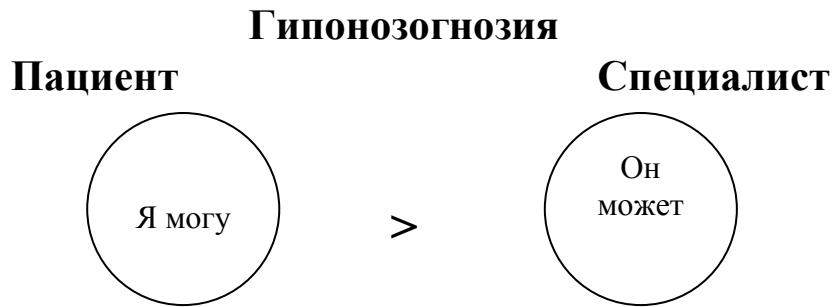


Рис. 1. Распределение ответственности между специалистом и пациентом при разных типах отношения к болезни

В другом исследовании изучалось изменение психологического статуса у больных с ишемической болезнью сердца, имеющих эго-синтонное и эго-дистонное отношение к болезни, в зависимости от представлений больных о позиции врача по отношению к нему и его заболеванию: «человек болен» или «у человека есть болезнь» [21]. Автор исследования дифференцирует эти врачебные позиции, как и позиции пациентов, по основанию синтонность/дистонность, характеризуя участливый или отстраненный тип отношения к больному как страдающему субъекту или объекту диагностических исследований и терапевтических вмешательств. Дистонная позиция, приписываемая врачу, отражает общую низкую психосоциальную адаптацию пациента, независимо от его собственной установки на заболевание: как правило, это люди, неудовлетворенные жизнью, эгоистичные, отличающиеся повышенной враждебностью и трудностями в межличностных отношениях. По-видимому, в реальности врач действительно занимает к таким пациентам по механизму проективной идентификации дистанцированную позицию, игнорируя переживания больных и ограничиваясь рамками времени и тематикой обсуждения объективных данных обследования в контексте общепринятых алгоритмов диагностики и стандартов лечения, что еще больше повышает убежденность больных в отстраненном к ним отношении, усиливая и без того имеющиеся дезадаптивные черты.

Ощущение дефицита эмоциональной поддержки со стороны врача может оказывать влияние на динамику психологического статуса больных, которая оценивалась в этом исследовании по раз-

нице тестовых показателей на 3–5-е и 20–25-е сутки лечения. При синтонном параллелизме (сочетание синтонной позиции больного и приписываемой им синтонной позиции врача) достоверно больше (чем при синтонно-дистонной диссоциации) у больных уменьшается ипохондрическое недовольство и повышается настроение и активность (показатели шкал F, 1-й и 9-й теста СМОЛ); снижается склонность к паранойяльным проекциям (по тесту шкалы враждебности) и повышается удовлетворенность жизнью (показатель качества жизни). У больных с дистонным параллелизмом возрастает, а у больных с дистонно-синтонной диссоциацией (сочетание синтонной позиции больного с приписываемой врачу дистонной позицией) снижается склонность возлагать ответственность за свои проблемы на окружающих, переживая чувство отчужденности от них (показатели 6-й и 8-й шкал теста СМОЛ), а также склонность к подозрительности и поведенческим проявлениям враждебности (показатели паранойяльных проекций и агрессивности по шкале враждебности). Таким образом, позиция врача может являться условием проведения малой психотерапии, оказывая воздействие на психологическое состояние пациента.

В продолжение обсуждения вопроса оптимизации контакта между врачом и пациентом достаточно интересным представляется использование следующих приемов общения с больным в зависимости от его типа отношения к болезни, опирающихся на теорию трансактного анализа [14; 32].

Тревожный тип отношения к болезни

Сквозным приемом общения с таким пациентом является успокаивающее воздействие, которое реализуется через зрительный и тактильный контакт, эмпатическое выслушивание без применения рефлексии. Болезнь смещает ролевую позицию больного, он оказывается в позиции ребенка, поэтому для перевода во взрослую позицию используются техники, направленные на повышение авторитета больного в глазах врача: косвенные техники – проекция ожиданий: «Вы как умный человек...» и т. п., прямые техники: беседа с привлечением знаний из области компетентности больного, просьба со стороны специалиста в совете больного в каком-либо внешнем по отношению к болезни вопросе.

Специалисту также нужно обязательно укреплять свой авторитет, доверие к себе, как правило, это достигается через внимательность к проблемам пациента.

Только после установленного контакта, снижения у пациента эмоционального напряжения, врач проводит разъяснительную беседу о сути заболевания и планируемом лечении. При этом для поддержания у больного взрослой активной позиции на протяжении всего взаимодействия постоянно проводится искусственная идентификация больного с врачом, где врач олицетворяет взрослое активное начало. Для этого в общении специалист использует следующие фразы: «Мы с Вами...», «Нам нужно...», «Наши дела...».

В заключительной беседе фиксируются три момента: указывается достигнутый положительный результат лечения, подчеркивается личная роль больного в выздоровлении, четко формулируются врачом и записываются пациентом дальнейшие действия больного, направленные на профилактику, лечение и реабилитацию.

Ипохондрический тип отношения к болезни

Так как такие больные склонны подолгу рассказывать о своем заболевании, еще больше погружаясь в переживания и усиливая убежденность в его наличии, использование техники эмпатического выслушивания при работе с ними противопоказано. При первичной беседе вопросы задаются ясно и четко без внешних признаков недоверия к словам пациента. Беседа о характере заболевания и методах лечения недлительная и конкретная, разговоры с жалоб и ощущений переводятся на активное выздоровление. Специалистом используются приемы резюмирования, интерпретации, идентификации с врачом, повышения авторитета больного. В беседе лидирует врач. Особое внимание таким больным уделяется во время процедур: для снижения напряженности используются отвлекающие разговоры.

Если взаимодействие между специалистом и пациентом осуществляется в стационаре, то желательно найти для пациента замещающую деятельность, отвлекающую от погруженности в переживания, фиксации на соматических ощущениях.

Неврастенический тип отношения к болезни

Больной при таком типе отношения к болезни часто прямо или косвенно (например, интонационно) проявляет раздражи-

тельность в связи с отсутствием положительных результатов лечения за короткое время, поэтому в общении с таким пациентом специалисту следует вести себя ровно, вежливо, несколько дистанцированно, демонстрируя свой авторитет. Высокое напряжение, свойственное этому типу, приводит к быстрому забыванию рекомендаций, поэтому во время беседы больному желательно предлагать ручку и бумагу для записи.

Меланхолический тип отношения к болезни

При первичном приеме таких больных важно внимательно выслушивать. В случае их малоразговорчивости и замкнутости использовать прием «машинного общения», повторяя в форме вопроса последнюю их фразу. Повышать авторитет лечащего врача, привлекая для этого референтного для больного человека: профессор при обходе говорит: «Ваш лечащий врач – лучший специалист клиники по Вашей болезни».

Врач в разговоре вселяет веру в выздоровление, настраивает на активное преодоление препятствий, формирует иерархию ценностей (самое важное, что у Вас есть сейчас, – жизнь), подчеркивает возможность улучшения, при этом ни в коем случае не проявляет жалость по отношению к такому больному.

Апатический тип отношения к болезни

Этот тип отношения рассматривается как крайний вариант меланхолического, система воздействия аналогична.

Сензитивный тип отношения к болезни

При взаимодействии с таким больным важно демонстрировать уважительное к нему отношение.

Эгоцентрический тип отношения к болезни

При данном типе возможно нарушение ролевой структуры личности по одной из двух групп: усиленная позиция ребенка или усиленная позиция родителя. В случае фиксации больного в позиции ребенка, используются приемы, описанные при работе с больным, имеющим тревожный тип отношения к болезни.

Пациент с фиксацией на позиции родителя пытается контролировать работу врача, зачастую выискивает различные нарушения и с наслаждением высказывает их вслух врачу в присутствии других больных. Поэтому при взаимодействии с больным такого типа важно придерживаться тона холодной вежливости, при об-

ходе не начинать и не заканчивать контакт с таким больным, при возможности найти замещающую деятельность. При этом важно, чтобы специалист не проявлял и не показывал слабых мест своей работы, не рассказывал об объективных трудностях, не подмечал свои ошибки и недостатки.

Паранойяльный тип отношения к болезни

Как правило, общение с таким пациентом вызывает у врача желание к быстрому сворачиванию контакта, но именно при таком типе отношения к болезни специалисту следует быть как можно более открытым, чтобы не стать объектом для негативных проекций больного. Специалист обсуждает с больным возможные причины его болезни, предполагаемую стратегию лечения и реабилитации. Важно, чтобы при взаимодействии с ним специалист не допускал ни малейших ошибок и неточностей.

Эйфорический и анозогностический типы отношения к болезни

На первом этапе осуществляется попытка выявления причин игнорирования болезни. Далее используется рефлексивное выслушивание, так как часто за этим типом отношения скрывается тревожный тип отношения.

Обсессивно-фобический тип отношения к болезни

Стратегия взаимодействия совмещает приемы, используемые при тревожном типе отношения к болезни с элементами воздействий при меланхолическом. Важно, чтобы беседа проходила по следующим этапам: седативный, активного выслушивания, разъяснительный, активационный.

Эргопатический тип отношения к болезни

Специалист во взаимодействии с таким пациентом задает иерархию ценностей, например: «Да, работа – самое важное в жизни, но, если не будет здоровья, не пойдет работа. Любая болезнь снижает эффект деятельности». Часто пациент с таким типом недооценивает медицинский труд, поэтому специалисту в общении с ним важно показывать свою эрудицию и компетентность.

Если больных с гипернозогностическим и гипонозогностическим типом отношения к болезни врач может достаточно легко дифференцировать, то провести более тонкую диагностику типов отношения становится труднее из-за недостатка времени. Кос-

венно о типе отношения к болезни можно судить по особенностям предъявления больным жалоб [10] (см. табл. 3).

Таблица 3

***Особенности предъявления жалоб пациентами
с разными типами отношения к болезни***

<i>Тип отношения к болезни</i>	<i>Особенности предъявления жалоб</i>
Ипохондрический	Больные постоянно ищут слушателей, чтобы можно было излить душу
Апатический	Уклоняются от предъявления жалоб, даже тогда, когда это необходимо
Эргопатический	Больные строго отбирают, о чем лучше сказать и о чем умолчать, чтобы не возникло препятствий для работы
Сензитивный	Своими жалобами боятся произвести неблагоприятное впечатление
Обсессивно-фобический	Боятся забыть или не сказать того, что, по их представлениям, способно предотвратить возможные неправильные или опасные для них действия врача
Неврастенический	В тоне сквозит несдерживаемое раздражение, так как с их пор больной не избавлен от неприятных ощущений
Паранойяльный	Озлобленность на всех и все

Задачи

Для решения приведенных ниже задач студент должен знать систематику психосоматических нарушений, основные отечественные и зарубежные теории психосоматических нарушений, концепции внутренней картины болезни и внутренней картины здоровья, типологию нозогений, особенности изменения психики в ситуации болезни, психологические феномены лекарственной терапии, психологические аспекты оптимизации отношений «врач – больной».

Рекомендуемая литература, помимо данной методической разработки, для подготовки к решению задач:

1. Александер, Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение / Ф. Александер. – М. : Институт Общегуманитарных Исследований, 2004.
2. Лапин, И. П. Плацебо и терапия / И. П. Лапин. – СПб. : Лань, 2000.
3. Николаева, В. В. Влияние хронической болезни на психику / В. В. Николаева. – М., 1987.
4. Сандомирский, М. Психосоматика и телесная психотерапия: практ. руководство / М. Сандомирский. – М. : Класс, 2007.
5. Тхостов, А. Ш. Психология телесности / А. Ш. Тхостов. – М. : Смысл, 2002.
6. Урванцев, Л. П. Психология в соматической клинике / Л. П. Урванцев. – Ярославль : ЯрГУ, 1998.
7. Урванцев, Л. П. Психология соматического больного / Л. П. Урванцев. – Ярославль : Институт психологии РАН, Институт «Открытое общество», 2000.

Задача 1

Прочитайте отрывок из романа и опишите свойственный персонажу внутриличностный конфликт (Ф. Александер). Отметьте заболевание, которое соотносится с выделенным Вами внутриличностным конфликтом. Ответ обоснуйте.

«Зовут его Николаем Петровичем Кирсановым. У него в пятнадцати верстах от постоянного двора хорошее имение в двести душ, или, как он выражается с тех пор, как размежевался с крестьянами и завел "ферму", – в две тысячи десятин земли. Отец его, боевой генерал 1812 года, полуграмотный, грубый, но не злой русский человек, всю жизнь свою тянул ляжку, командовал сперва бригадой, потом дивизией и постоянно жил в провинции, где в силу своего чина играл довольно значительную роль.

Родительница его, из фамилии Колязиных, в девицах Agathe, а в генеральшах Агафоклея Кузьминишна Кирсанова, принадлежала к числу "матушек-командирш"...

В качестве генеральского сына Николай Петрович – хотя не только не отличался храбростью, но даже заслужил прозвище трусишки – должен был, подобно брату Павлу, поступить в военную службу; но он переломил себе ногу в самый тот день, когда

уже прибыло известие об его определении, и, пролежав два месяца в постели, на всю жизнь остался "хроменьким". Отец махнул на него рукой и пустил его по штатской.

Из диалога с сыном

Вот это уж наши поля пошли, – проговорил он после долгого молчания.

– А это впереди, кажется, наш лес? – спросил Аркадий.

– Да, наш. Только я его продал. В нынешнем году его сводить будут.

– Зачем ты его продал?

– Деньги были нужны; притом же эта земля отходит к мужикам.

– Которые тебе оброка не платят?

– Это уж их дело, а впрочем, будут же они когда-нибудь платить.

– Жаль леса, – заметил Аркадий и стал глядеть кругом.

...

Однажды они как-то долго замешкались; Николай Петрович вышел к ним навстречу в сад и, поравнявшись с беседкой, вдруг услышал быстрые шаги и голоса обоих молодых людей. Они шли по ту сторону беседки и не могли его видеть.

Николай Петрович притаился.

– Твой отец добрый малый, – промолвил Базаров, – но он человек отставной, его песенка спета.

Николай Петрович приник ухом... Аркадий ничего не отвечал.

"Отставной человек" постоял минуты две неподвижно и медленно поплелся домой.

– Третьего дня, я смотрю, он Пушкина читает, – продолжал между тем Базаров. – Растолкуй ему, пожалуйста, что это никуда не годится. Ведь он не мальчик: пора бросить эту ерунду. И охота же быть романтиком в нынешнее время! Дай ему что-нибудь дельное почитать.

– Что бы ему дать? – спросил Аркадий.

– Да, я думаю, Бюхнерово "Stoff und Kraft" на первый случай.

– Я сам так думаю, – заметил одобрительно Аркадий.

....

Вот как мы с тобой, – говорил в тот же день после обеда Николай Петрович своему брату, сидя у него в кабинете, – в отставные люди попали, песенка наша спета. Что ж? Может быть, Базаров и

прав; но мне, признаюсь, одно больно: я надеялся именно теперь тесно и дружески сойтись с Аркадием, а выходит, что я остался позади, он ушел вперед, и понять мы друг друга не можем».

(И. С. Тургенев)

Задача 2

Прочитайте отрывок из рассказа и опишите свойственный персонажу внутриличностный конфликт (Ф. Александер). Отметьте заболевание, которое соотносится с выделенным Вами внутриличностным конфликтом. Ответ обоснуйте.

«В ту осень много было у Матрены обид. Вышел перед тем новый пенсионный закон, и надоумили ее соседки добиваться пенсии. Была она одинокая кругом, а с тех пор, как стала сильно болеть – и из колхоза ее отпустили. Наворочено было много несправедливостей с Матреной: она была больна, но не считалась инвалидом; она четверть века проработала в колхозе, но потому что не на заводе – не полагалось ей пенсии за себя, а добиваться можно было только за мужа, то есть за утерю кормильца. Но мужа не было уже двенадцать лет, с начала войны, и нелегко было теперь добыть те справки с разных мест о его стаже и сколько он там получал.хлопоты были – добыть эти справки; и чтоб написали все же, что получал он в месяц хоть рублей триста; и справку заверить, что живет она одна и никто ей не помогает; и с года она какого; и потом все это носить в собес; и перенашивать, исправляя, что сделано не так; и еще носить. И узнавать – дадут ли пенсию.

...

– Притесняют меня, Игнатич, – жаловалась она мне после таких бесплодных проходов. – Иззаботилась я.

Но лоб ее недолго оставался омраченным. Я заметил: у нее было верное средство вернуть себе доброе расположение духа – работа. Тотчас же она или хваталась за лопату и копала картовь. Или с мешком под мышкой шла за торфом. А то с плетеным кузовом – по ягоды в дальний лес. И не столам конторским кланяясь, а лесным кустам, да наломавши спину ношей, в избу возвращалась Матрена уже просветленная, всем довольная, со своей доброй улыбкой.

...

И в эту жизнь, густую заботами, еще вривалась временами тяжелая немочь, Матрена валилась и сутки – двое лежала пластом. Она не жаловалась, не стонала, но и не шевелилась почти. В такие дни Маша, близкая подруга Матрены с самых молодых годков, приходила обихаживать козу да топить печь. Сама Матрена не пила, не ела и не просила ничего. Вызвать на дом врача из поселкового медпункта было в Тальнове вдиво, как-то неприлично перед соседями – мол, барыня».

(А. И. Солженицын)

Задача 3

Прочитайте отрывок из поэмы и опишите свойственный персонажу внутриличностный конфликт (Ф. Александер). Отметьте заболевание, которое соотносится с выделенным Вами внутриличностным конфликтом. Ответ обоснуйте.

«Генерал Бетрищев, как и все мы, грешные, был одарен многими достоинствами и многими недостатками. То и другое, как случается в русском человеке, было набросано в нем в каком-то картинном беспорядке. Самопожертвованье, великодушье в решительные минуты, храбрость, ум – и ко всему этому – изрядная подмесь себялюбья, честолюбья, самолюбия, мелочной щекотливости личной и многого того, без чего уже не обходится человек. Всех, которые ушли вперед его по службе, он не любил, выражался о них едко, в сардонических, колких эпиграммах. Всего больше доставалось от него его прежнему сотоварищу, которого считал он ниже себя и умом и способностями и который, однако же, обогнал его и был уже генерал-губернатором двух губерний, и как нарочно тех, в которых находились его поместья, так что он очутился как бы в зависимости от него. В отместку язвил он его при всяком случае, критиковал всякое распоряженье и видел во всех мерах и действиях его верх неразумия. Несмотря на доброе сердце, генерал был насмешлив. Вообще говоря, он любил первенствовать, любил фимиами, любил блеснуть и похвастаться умом, любил знать то, чего другие не знают и не любил тех людей, которые знают что-нибудь такое, чего он не знает. Воспитанный полуиностранным воспитаньем, он хотел сыграть в то же время роль русского барина. С такой неровностью в харак-

тере, с такими крупными, яркими противоположностями, он должен был неминуемо встретить по службе кучу неприятностей, вследствие которых и вышел в отставку, обвиняя во всем какую-то враждебную партию и не имея великодушия обвинить в чем-либо себя самого».

(Н. В. Гоголь)

Задача 4

Прочитайте отрывок из поэмы и опишите свойственный персонажу внутриличностный конфликт (Ф. Александер). Отметьте заболевание, которое соотносится с выделенным Вами внутриличностным конфликтом. Ответ обоснуйте.

«Трудно, Платон Михалыч, трудно! – говорил Хлобуев Платонову. – Не можете вообразить, как трудно! Безденежье, бесхлебье, бессапожье! Трын-трава бы это было все, если бы был молод и один. Но когда все эти невзгоды станут тебя ломать под старость, а под боком жена, пятеро детей, – сгрустнется, поневоле сгрустнется...

...

– Как же вы ничего не предпринимаете, чтобы выпутаться из таких обстоятельств?

– Что ж предпринять?

– Будто нет уже средств?

– Никаких.

– Ну, ищите должности, возьмите какое-нибудь место.

– Ведь я губернский секретарь. Какое ж мне могут дать выгодное место? Жалованье дадут ничтожное, а ведь у меня жена, пятеро детей.

– Ну, частную какую-нибудь должность. Пойдите в управляющие.

– Да кто ж мне поверит имение! я промотал свое.

– Ну, да если голод и смерть грозят, нужно же что-нибудь предпринимать. Я спрошу, не может ли брат мой через кого-либо в городе выхлопотать какую-нибудь должность.

...

Вздыхнул глубоко бедный Хлобуев и сказал так:

– Иной раз, право, мне кажется, что будто русский человек – какой-то пропащий человек. Нет силы воли, нет отваги на постоянство. Хочешь все сделать – и ничего не можешь. Все думаешь – с завтрашнего дни начнешь новую жизнь, с завтрашнего дни примешься за все как следует, с завтрашнего дни сядешь на диету, – ничуть не бывало: к вечеру того же дни так объешься, что только хлопаешь глазами и язык не ворочается, как сова, сидишь, глядя на всех, – право и эдак все.

...

Шампанское было принесено.. Хлобуев развязался, стал умен и мил. В речах его оказалось столько познания людей и света! Так хорошо и верно видел он многие вещи, так метко и ловко очерчивал в немногих словах соседей-помещиков, так видел ясно недостатки и ошибки всех, так хорошо знал историю разорившихся бар – и почему, и как, и отчего они разорились, так оригинально и метко умел передавать малейшие их привычки, что они оба были совершенно обворожены его речами и готовы были признать его за умнейшего человека.

– Послушайте, – сказал Платонов, схвативши его за руку, – как вам, при таком уме, опытности и познаниях житейских не найти средств выпутаться из вашего затруднительного положения?

– Средства-то есть, – сказал Хлобуев и вслед за тем выгрузил им целую кучу прожектов. Все они были до того нелепы, так странны, так мало истекали из познания людей и света, что оставалось только пожимать плечами да говорить: "Господи боже! какое необъятное расстояние между знаньем света и умением пользоваться этим знаньем!"».

(Н. В. Гоголь)

Задача 5

Объясните причины возникновения данного заболевания с помощью известных Вам психосоматических концепций.

На приеме у психолога мужчина 40 лет, страдающий от коликообразных болей в желудке. Работает в солидной фирме, имеет высокую квалификацию. Никогда не вступает в конфликты. На невежливость, несправедливость, необъективность к нему со стороны коллег не обращает внимания. Без возражений берется

за любой объем работы. Немедленно приходит на помощь, если кто-нибудь из коллег нуждается в ней. В своей семье также сглаживает конфликты, примиряет членов семьи.

На консультациях мало и неохотно рассказывает о своих конфликтах, скуп описывает свои переживания, постоянно возвращается к своему заболеванию.

Задача 6

Объясните причины возникновения соматического расстройства с помощью известных Вам психосоматических концепций.

Женщина 45 лет обратилась за психологической консультацией из-за частых головных болей, подавленности, чувства грусти. Третий раз замужем. Ни в одном браке, по ее словам, не была счастлива. Причины семейных трудностей объясняет недостатками своих мужей. Во всех браках наблюдалась схожая картина: не обремененный семейными заботами образ жизни мужа и ее беспрекословное ведение постепенно наскучившего домашнего хозяйства, смиренное ожидание, что муж изменится, догадавшись о ее трудной женской доле.

Задача 7

Объясните причины возникновения соматического расстройства с помощью известных Вам психосоматических концепций.

Пациентка X, 35 лет. На протяжении последнего года наблюдается у эндокринолога: анализ крови показывает высокое содержание тиреотропного гормона. Два года назад развелась с мужем. Будучи в браке 10 лет, активно помогала мужу в улаживании рабочих вопросов, хорошо разбиралась в них, подходила к их решению достаточно ответственно. Такая склонность брать на себя больше, чем требуется, и повышенная забота об окружающих с постоянным стремлением оказывать помощь в решении чужих проблем проявляется с детства, с момента появления в семье младшего брата.

Задача 8

Объясните причины возникновения соматического расстройства с помощью известных Вам психосоматических концепций.

Владимир 56 лет. Гипертония. Кровяное давление резко повышается к вечеру.

На протяжении последних десяти лет работает бизнес-консультантом. Амбициозен, честолюбив, большую часть времени проводит на работе в постоянном цейтноте, стремясь в сжатые сроки выполнить большое количество заявок. Болезнь мало сказывается на образе жизни. Даже когда нездоровится, находясь дома в постели, разговаривает по телефону, решая рабочие вопросы. С коллегами отношения достаточно формальны, в основном рассматривает их в качестве конкурентов. В общении проявляет нетерпеливость, времени от времени перебивает собеседников, если суть разговора становится ясной.

Задача 9

В приведенной ниже ситуации какие аспекты Вы как психолог будете исследовать в процессе консультации (в т. ч. какие гипотезы будете проверять)? Дайте обоснование Вашим возможным действиям.

На первичный прием к психологу пришла женщина со своим 6-летним часто болеющим сыном. В общении со специалистом держится несколько закрыто, отстраненно, занимает выжидательную позицию. Свое обращение объясняет советом врача, не находящего медицинское обоснование частым простудным болезням ребенка.

Задача 10

Определите тип отношения к болезни, характерный для данного больного. Назовите психокоррекционные мишени.

Мужчина 38 лет. Родственники вызвали скорую помощь из-за резкого скачка давления. От госпитализации отказался, объяснив, что родственники чересчур беспокоятся и преувеличивают тяжесть его состояния. С его слов, он здоров «как бык» и прямым доказательством является то, что у него хороший аппетит, он может долго выполнять физическую работу, не замечая усталости, а «то, что голова побаливает, так это у всех периодически бывает, особенно если четвертый десяток уже».

Задача 11

Определите тип отношения к болезни. Какие психотерапевтические гипотезы в ходе консультации будете проверять?

Женщина 26 лет обратилась за консультацией к психологу. Диагноз: функциональное бесплодие. Имеется сниженное содержание в крови фолликулостимулирующего гормона. В поиске дополнительной информации о болезни постоянно консультируется у разных врачей, обращается к разным способам лечения, читает медицинскую литературу. Проявляет мнительность в отношении эффективности лечения, сильно беспокоится. Строго контролирует менструальный цикл.

Задача 12

Опишите тактику поведения врача с данным пациентом.

К психологу за консультацией обратился врач-интерн пациента со стенокардией.

Беспокоит то, что пациент затягивает приемы, дотошно рассказывая о своих ощущениях, телесном дискомфорте, требует тщательного обследования, но при этом высказывает переживания относительно болезненности процедур и возможного вреда от них.

Задача 13

Определите тип отношения к болезни, характерный для данной пациентки. Назовите, что из приведенных жалоб пациентки относится к соматогениям. Ваши рекомендации как психолога лечащему врачу пациентки для повышения ее социальной адаптации.

Пациентка с гипертонической болезнью жалуется соседке по палате, что длительность ее нахождения в стационаре обусловлена халатностью участкового терапевта и врача скорой помощи, которые своевременно ее не госпитализировали. В стационаре она тоже не получает должной помощи: врач малословен при обходе, ничего не сообщает о выписке. Из-за постоянного безделья она чувствует слабость в теле. С ее слов, чтобы пациенты были спокойными, врачи назначают лекарства, которые делают их рассеянными и малоэнергичными.

Задача 14

Определите тип отношения к болезни. Ваши рекомендации как психолога для изменения сложившейся ситуации.

Пациент одной из городских больниц обратился к заведующему отделением с жалобой на своего лечащего врача. В перечне причин, вызывающих неудовлетворенность лечением, названы следующие: несмотря на выраженные недомогания у больного, врач быстро и поверхностно проводит осмотр, ничего не рассказывает о течении заболевания, скупо отвечает на вопросы, ограничивается назначением медикаментов. Из беседы заведующего с лечащим врачом выяснилось, что пациент периодически игнорирует назначения.

Задача 15

Ваши предположения о психологических особенностях данного пациента и рекомендации лечащему врачу.

Из беседы с лечащим врачом пациента с гипертонической болезнью выясняется, что пациент периодически помещается в стационар из-за резкого скачка давления. Провоцирующими факторами служат пропуски приема назначенных препаратов. К тому же больной часто игнорирует контрольные обследования. Сам пациент невыполнение врачебных назначений объясняет чрезмерной занятостью на работе. В общении производит приятное впечатление – податлив, мягок.

Задача 16

К какому виду психосоматических нарушений можно отнести описанные симптомы? Объясните улучшение соматического состояния пациентки с психологической точки зрения.

Женщина сорока лет с воодушевлением рассказывает своей знакомой о частном центре с высоким уровнем профессиональной грамотности врачей, диагностирующих у нее после длительного скрупулезного обследования цитомегаловирусную инфекцию и общее снижение иммунитета на фоне психологической травмы. В разговоре отмечает: «Это очень дорогой центр и назначаются очень дорогие препараты, так как привозятся из Ин-

дии, но свое здоровье дороже денег». По ее словам, применение выписанных препаратов ведет к улучшению состояния.

До обращения в частный центр постоянно консультировалась с разными врачами городской поликлиники. Среди жалоб: учащенное сердцебиение, сухость во рту, чувство тяжести в области живота, повышенная потливость. Все эти симптомы возникли спустя несколько месяцев после развода и сохранялись на протяжении 4 лет.

Задача 17

Назовите причины нарушения комплаенса. Дайте рекомендации лечащему врачу данного пациента.

Пациентке X городской поликлиники свойственно нарушение комплаенса. О своем лечащем враче говорит как о некомпетентном специалисте: «Всегда краток, безэмоционален, не поднимая головы от амбулаторной карты, дает назначения. У него есть один плюс, который одновременно является и минусом – быстро работает, пациенты не засиживаются в коридоре, но никогда не интересуется настроением. Еще не успеешь зайти в кабинет, а он уже просит результаты анализов, спрашивает, регулярно ли я принимаю лекарства».

Рассказывая о себе, пациентка склонна самовосхваляться; уделяет много внимания своей внешности, негативные события своей жизни склонна преувеличивать.

Задача 18

Дайте психологическое обоснование тому, что больной не обращается за медицинской помощью. Назовите психокоррекционные мишени.

За последний год у больного Y участились сердечные боли. Близкие испытывают волнение за состояние своего родственника, который, хотя и не жалуется на свое состояние, но в последние время все чаще внезапно хватается за сердце. При этом сам больной отказывается обращаться за медицинской помощью. Говорит, что заболевание сердца является наследственным и имеется у всех его родственников, передается из поколения в поколение.

Список литературы

1. Андрющенко А. В. Распространенность и структура психических расстройств в общей медицине // Психические расстройства в общей медицине. 2011. № 1.

2. Афонникова Е. В. Основы психосоматики. М.: Московский государственный университет им. М. А. Шолохова, 2008.

3. Белялов Ф. И., Собенников В. С. Психосоматические расстройства в клинической практике. Иркутск : Иркутский государственный институт усовершенствования врачей Министерства здравоохранения и социального развития РФ, 2009.

4. Бойко Ю. П., Прокудин В. Н., Аппенянский А. И., Гончарова Э. Л. Организация психотерапевтической помощи в многопрофильном стационаре // Методические рекомендации № 13. – М., 2003.

5. Бочанова Е. В., Гейслер Д. А., Гитун Т. В. и др. Психосоматические заболевания: полный справочник / под ред. Ю. Ю. Елисеева. – М. : Эксмо, 2003.

6. Гордеев М. Н., Тимошенко Е. Н., Есаулов В. И. Психологическая коррекция искаженных внутриличностных границ у больных инсультом на раннем этапе комплексной восстановительной терапии в неврологическом стационаре // Мир психологии. 2008. № 3.

7. Григорьева Е. А., Хохлов Л. К. К проблеме психосоматических, соматопсихических отношений // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. 2011. № 2.

8. Гронский А. Гештальт-подход и клиническая медицина: проблемы интеграции // Российский гештальт / под ред. Н. Б. Долгополова, Р. П. Ефимкиной. Новосибирск : Научно-учебный центр психологии НГУ, 2001.

9. Зотов П. Б., Уманский С. М. Типы внутренней картины болезни у больных со злокачественными новообразованиями // Психические расстройства в общей медицине. 2009. № 1.

10. Кабанов М. М., Личко А. Е., Смирнов В. М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. Л. : Медицина, 1983.

11. Каган В. Е. Внутренняя картина здоровья – термин или концепция? // Вопросы психологии. 1993. № 1.

12. Караваева Т. А. Изменение психотерапевтических и реабилитационных стратегий при лечении невротических расстройств в условиях социально-экономических перемен. Часть III Основные тенденции изменения психотерапевтических и реабилитационных стратегий при лечении невротических расстройств // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. 2010. № 4.

13. Карвасарский Б. Д. Медицинская психология. Л. : Медицина, 1982.

14. Квасенко А. В., Зубарев Ю. Г. Психология больного. Л. : Медицина, 1980.

15. Косырев В. Н. Клиническая психология. Тамбов : Изд-во ТГУ им. Г. Р. Державина, 2003.

16. Кулаков С. А. Основы психосоматики. СПб. : Речь, 2003.

17. Лебедева У. В., Рыбакова К. В. и др. Основы психосоматической медицины. Разработки к семинарским занятиям для студентов 6 курса лечебного и спортивного факультетов / под. ред. У. В. Лебедевой, Н. Г. Незнанова, Л. И. Вассермана. СПб. : Издательство СПбГМУ, 2008.

18. Ледер С. Психотерапия и медицина // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. 2006. Т. 3, № 1.

19. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика: справочник практического психолога. М. : Эксмо, 2005.

20. Мелентьев И. А. Комплексное клинико-психометрическое исследование психологического статуса больных ИБС на этапе внутрибольничной реабилитации: автореферат дис. ... канд. мед. наук. М., 1994.

21. Мелентьев И. А. Психологические особенности больных ишемической болезнью сердца на стационарном этапе реабилитации в зависимости от особенностей терапевтического контакта с врачом // Журнал неврологии и психиатрии. 2008. № 9.

22. Митрушина Н. А. Социально-перцептивные и личностные корреляты поведенческих типов А и Б: дис. ... канд. психол. наук. Ярославль, 2007.

23. Мясищев В. Н., Карвасарский Б. Д., Либих С. С. и др. Основы общей и медицинской психологии. Л. : Медицина, 1968.
24. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику. – М. : Издательство Московского университета, 1987.
25. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия. М. : Институт позитивной психотерапии, 2006.
26. Плотников В. В., Северьянова Л. А., Плотников Д. В. Психосоматическая медицина: устаревший термин или новая парадигма? (В порядке обсуждения) // Психические расстройства в общей медицине. 2008. № 1.
27. Подхватилин Н. В., Арбузов С. С., Исхаков О. С. и др. Психологическая служба в клинике Неотложной Детской Хирургии и Травматологии: двенадцатилетний опыт работы // Здоровоохранение. 2009. № 8.
28. Русина Н. А. Проблемы подготовки и деятельности клинических психологов // Актуальные проблемы теоретической и прикладной психологии: традиции и перспективы: материалы Всерос. науч.-практ. конф. / отв. ред. А. В. Карпов. Ярославль, 2011. Ч. 1.
29. Смулевич А. Б. Психосоматическая медицина // Психические расстройства в общей медицине. 2007. Т. 2, № 1.
30. Справочник терапевта / под ред. Ф. И. Комарова. М. : Медицина, 1979.
31. Труфанова О. К. Основы психосоматической психологии. – Ростов н/ Д. : ЮФУ, 2008.
32. Урванцев Л. П. Психология в соматической клинике. Ярославль : ЯрГУ, 1998.
33. Цивилько М. А., Коркина М. В. Особенности и условия формирования аффективной патологии при хронических соматических заболеваниях / под ред. Г. П. Пантелеевой, М. Я. Цуцульковской // Аффективные и шизоаффективные психозы. М., 1998.

Оглавление

Психосоматические расстройства	3
1. Психосоматические заболевания.....	5
2. Псевдосоматические расстройства.....	6
3. Нозогении.....	7
4. Соматогении.....	11
Роль медицинского психолога в лечебном процессе	13
Оптимизация контакта в диаде «врач – больной»	19
Задачи	31
Список литературы.....	43

Учебное издание

Митрушина Наталья Анатольевна

Введение в психологию лечебного процесса

Методические указания

Редактор, корректор М. Э. Левакова
Верстка Е. Л. Шелехова

Подписано в печать 30.11.2011. Формат 60×84 ¹/₁₆.
Бум. офсетная. Гарнитура "Times New Roman".
Усл. печ. л. 2,79. Уч.-изд. л. 2,03.
Тираж 20 экз. Заказ

Оригинал-макет подготовлен
в редакционно-издательском отделе Ярославского
государственного университета им. П. Г. Демидова.

Отпечатано на ризографе.

Ярославский государственный университет им. П. Г. Демидова.
150000, Ярославль, ул. Советская, 14.

Н. А. Митрушина

**Введение в психологию
лечебного процесса**
