

ФЕДЕРАЛЬНОЕ АГЕНТСТВО ПО ОБРАЗОВАНИЮ
УРАЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
им. А. М. ГОРЬКОГО

ПСИХОСОМАТИКА

Практикум для студентов 4 курса
факультета психологии
Специальность 030302
«Клиническая психология»



Екатеринбург
Издательство Уральского университета
2006

Практикум подготовлен
кафедрой клинической психологии

Утверждено
учебно-методической комиссией
факультета психологии
1 июня 2006 г.

Рецензент Н. Ф. Климушева,
кандидат медицинских наук,
заместитель главного врача по стационару
Свердловской областной клинической больницы № 1

Научный редактор Л. Т. Баранская

Авторы-составители Н. В. Гафарова, Е. В. Павлова

ВВЕДЕНИЕ

Психосоматика (греч. *psyche* – душа, *soma* – тело) – направление клинической психологии, занимающееся изучением влияния психологических факторов на возникновение и последующую динамику соматических заболеваний. Несмотря на многовековую историю существования проблемы психосоматических соотношений, только за последние десятилетия к ней начали применяться подлинно научные методы исследования. И на сегодняшний день психосоматика – одно из наиболее активно развивающихся направлений клинической психологии. Это связано не только с академическим интересом к объяснению взаимосвязей между телесным функционированием и сферой психического реагирования, но и с насущной практической необходимостью. По данным ВОЗ, от 38 до 42 % всех пациентов соматических клиник относятся к категории психосоматических. По данным некоторых отечественных исследователей, эти цифры доходят до 57–68 %. Очевидно, что картина органического или функционального заболевания зачастую обуславливается наличием внутренних психологических конфликтов и психореактивных связей. Игнорирование или недостаточное внимание к ним объясняет у пациентов длительное сохранение или рецидивирование симптоматики заболевания, резистентность его к медикаментозной терапии.

Сегодня в отечественном здравоохранении наметилась тенденция сближения медицинских и психологических подходов к оказанию помощи пациентам с психосоматическими расстройствами, что делает актуальным углубленное изучение вопросов психосоматики студентами психологических факультетов.

Практикум по психосоматике представляет собой цикл лекций и практических занятий для студентов 4 курса психологического факультета, специализирующихся по клинической心理学, в дополнение к теоретическим курсам «Клиническая心理学», «Psychология телесности» и «Основы психосоматики».

Цель практикума – создание условий для формирования у студентов практических навыков психологической работы с пациентами, имеющими заболевания психосоматической специфичности и нуждающимися в психологической помощи. В связи с этим занятия проводятся в условиях реальной ситуации в клинике внутренних болезней на базе многопрофильного медицинского учреждения.

Студенты в процессе непосредственного взаимодействия с пациентами терапевтических отделений обучаются решению задач предстоящей профессиональной деятельности: проведению клинической беседы, тестовых и проективных психодиагностических методик, выделению базового синдрома в психогенезе болезни, выявлению личностных особенностей при разных психосоматозах, установлению типа отношения больного к своему заболеванию, анализу внутренней картины болезни, определению направлений психотерапевтической работы с конкретными пациентами.

На практических занятиях по психосоматике студент должен:

- сформировать представление о направленности практической и научно-исследовательской деятельности психолога в клинике внутренних болезней на повышение психических ресурсов и адаптационных возможностей человека, на сохранение здоровья и преодоление недугов;

- научиться проводить психологическое обследование психосоматических пациентов с учетом их нозологической специфики; создавать необходимый психологический контакт и адекватный текущий контроль психологической дистанции; планировать и организовывать исследование; осуществлять выбор адекватного методического аппарата и проводить количественный и качественный анализ результатов исследования;

- научиться проводить дифференциальную диагностику между психосоматозами, соматизированными и соматоформными расстройствами;

- на основе знания основных направлений современных психосоматических исследований и овладения методами психологического обследования личности пациентов с хроническими соматическими заболеваниями понимать роль факторов возникновения психосоматических расстройств, а также значение психосоматики для развития общей и клинической psychology;

- научиться решать прикладные профессиональные задачи в области организации и проведения необходимой психологической помощи пациентам с психосоматическими расстройствами, включая определение направлений и выбора средств психотерапевтических интервенций, определение содержания психосоциальной составляющей реабилитационного процесса.

Практикум по психосоматике предполагает проведение лекций и практических занятий, содержание которых составляют шесть тем, которые представлены ниже. Каждое занятие имеет следующую структуру. Предварительно студентам предлагается ряд вопросов для самостоятельной подготовки по отдельной теме с использованием материала лекционных курсов и литературных источников. Также на занятиидается задание для практической работы с пациентами терапевтических отделений больницы, направленное на овладение студентами комплексом практических навыков профессиональной деятельности психолога в клинике. В конце занятия проводится обсуждение полученных в ходе работы материалов психодиагностического исследования, а также стратегии и тактики психологического содействия пациентам, обмен мнениями. Отчет о выполнении практического задания по каждой теме студенты предоставляют в письменном виде. На основании этих отчетов впоследствии студенты должны написать развернутое психосоматическое заключение с интерпретацией результатов выполнения психодиагностических методик и анализом данных, полученных в ходе психологического обследования, а также с определением мишеней для психотерапевтической работы.

Форма контроля выполнения программы практикума по психосоматике – зачет.

Тема 1

Основные принципы и методы психологического обследования пациентов с психосоматическими расстройствами (6 ч)

Первым этапом работы с пациентами психосоматического профиля является психологическая диагностика. При постановке психосоматического диагноза в распоряжении клинического психолога имеются два основных метода – *клинико-биографический* (сбор информации в ходе диагностической беседы, которая направлена на определение актуального внешнего и внутреннего состояния пациента, его личностных особенностей и истории его жизни, предшествующей заболеванию) и *психометрический* (оценка специфических черт личности, особенностей переживаний и поведения пациента с помощью разнообразных психологических тестов). Одной из наиболее информативных методик в плане выявления проблемных зон пациента и их связи с актуальной психосоматической симптоматикой является мультимодальный опросник жизненной истории (прил. 1).

Вопросы для самостоятельной подготовки

1. Психологическая диагностика в психосоматике: основные принципы и методы.
2. Клинико-биографический метод. Понятие психологического анамнеза. Структура клинической беседы.
3. Мультимодальный опросник жизненной истории (прил. 1, 2).

Список литературы

Баранская Л. Т., Леонов А. Г., Блохина С. И. Психологическое сопровождение пациентов с врожденными и приобретенными дефектами и деформациями челюстно-лицевой области. Екатеринбург, 2005.

Кулаков С. А. Основы психосоматики. СПб., 2003.

Лазарус А. Краткосрочная мультимодальная психотерапия. СПб., 2001.

Малкина-Пых И. Г. Психосоматика: Новейший справочник. М.; СПб., 2003.

Старшенбаум Г. В. Психосоматика и психотерапия: исцеление души и тела. М., 2005.

Задание для практической работы

Самостоятельно проведите с одним из пациентов терапевтического отделения клиническую беседу с использованием мультимодального опросника жизненной истории.

Обсуждение

Сопоставьте и проинтерпретируйте полученные в ходе психологического обследования данные, на их основании выдвиньте гипотезу психогенеза заболевания у конкретного обследованного вами пациента и наметьте план дальнейшей работы с пациентом в направлении подтверждения или опровержения данной гипотезы.

Тема 2

Психическое реагирование на заболевание. Определение паттерна отношения к болезни у пациентов с заболеваниями психосоматической специфики (6 ч)

Любое соматическое заболевание (особенно с тяжелым хроническим течением) качественно изменяет всю социальную ситуацию развития человека, а также его внутреннюю позицию по отношению к себе самому, своей болезни и жизни в целом. Психотравмирующее воздействие соматического заболевания на личность больного может быть обусловлено как субъективно тяжелыми проявлениями болезни, так и представлениями об опасности диагноза, ограничениями, налагаемыми соматическим страданием на бытовую и профессиональную деятельность, и многими другими факторами. Отношение пациента к своему заболеванию определяет как саму необходимость, так и направленность психологического сопровождения. Широко распространена классификация типов отношения к болезни, предложенная А. Е. Личко и Н. Я. Ивановым, которая основывается на их идентификации с помощью специального опрос-

ника (прил. 3). Кроме того, если обозначить болезнь как своего рода жизненный кризис или поворотную точку в развитии личности, то в клинико-психологической работе важное место занимает поиск личностных механизмов регуляции жизнедеятельности, которые позволили бы человеку быть успешным в разрешении этого кризиса.

Вопросы для самостоятельной подготовки

1. Факторы, влияющие на выработку субъективного отношения к заболеванию (пол, возраст, профессия, особенности темперамента и характера, мировоззренческие установки).
2. Субъективная тяжесть болезни и факторы, ее определяющие.
3. Типы психологического реагирования на заболевание (по А. Е. Личко, Н. Я. Иванову).
4. Болезнь как жизненный кризис. Этапы преодоления ситуации жизненной нестабильности, связанной с болезнью.

Список литературы

Баранская Л. Т., Леонов А. Г., Блохина С. И. Психологическое сопровождение пациентов с врожденными и приобретенными дефектами и деформациями челюстно-лицевой области. Екатеринбург, 2005.

Лакосина Н. Д. Клиническая психология. М., 2003.

Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология. М., 2005.

Сидоров П. И., Парняков А. В. Клиническая психология. М., 2002.

Задание для практической работы

Проведите психологическое обследование пациента с психосоматическим заболеванием с использованием метода клинической беседы и ленинградского опросника бехтеревского института (ЛОБИ) (прил. 3). Определите тип отношения к болезни у данного пациента.

Обсуждение

При каких типах отношения к болезни социальная адаптация существенно не нарушается, а при каких имеется психическая

дезадаптация в связи с заболеванием (обоснуйте свое мнение полученными в ходе исследования данными)? Как проявляется дезадаптивное поведение пациентов с психосоматозами? Определите направленность процесса психологического сопровождения пациентов с психосоматическими заболеваниями.

Тема 3

Исследование внутренней картины болезни при психосоматических заболеваниях (12 ч)

Субъективно-психологическую сторону любого заболевания чаще всего обозначают понятием «аутопластическая» или «внутренняя картина болезни» (ВКБ). Она характеризуется формированием определенного рода ощущений, переживаний, представлений и знаний о своем заболевании. Углубление знаний о психологической стороне заболеваний в отечественной теории и практике медицины и психологии привело к появлению множества концептуальных схем, раскрывающих структуру внутреннего мира больного человека («сознание болезни», «психологическое информационное поле болезни», «аутогенное представление о болезни» и т. д.). Наиболее глубоким и последовательным представляется понимание данного феномена в психологических концепциях В. В. Николаевой и А. Ш. Тхостова.

Занятие 1. Понятие внутренней картины болезни и ее содержание в концепции В. В. Николаевой (6 ч)

В. В. Николаевой была предложена систематика уровней отражения болезни в психике заболевшего человека (чувственный, эмоциональный, интеллектуальный и мотивационный) и исследована динамика внутренней картины болезни (ВКБ).

Вопросы для самостоятельной подготовки

1. Понятие ВКБ, историческая и современная интерпретация феномена ВКБ. Значение исследования ВКБ в практической деятельности клинического психолога.

2. Концепция В. В. Николаевой – уровневое строение ВКБ. Методы исследования содержания сенсорного, эмоционального, интеллектуального и мотивационного уровней ВКБ.

3. Динамика ВКБ в течение заболевания.

Список литературы

Абрамова Г. С., Юдчиц Ю. А. Психология в медицине: Учебное пособие. М., 1998.

Актуальные проблемы клинической психологии в современном здравоохранении / Под ред. С. И. Блохиной, Г. А. Глотовой. Екатеринбург, 2004.

Лакосина Н. Д. Клиническая психология. М., 2003.

Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику. М., 1987.

Психологическое сопровождение и организационно-медицинские алгоритмы реабилитации / Под ред. С. И. Блохиной, Л. Т. Баранской. Екатеринбург, 2005.

Сидоров П. И., Парняков А. В. Клиническая психология. М., 2002.

Соколова Е. Т., Николаева В. В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М., 1995.

Задание для практической работы

Составьте программу исследования ВКБ и проведите психологическое обследование пациента с психосоматическим заболеванием, используя различные психодиагностические методики (клиническая беседа, Гиссенский опросник соматических жалоб, визуальная аналоговая шкала боли, вербальная оценочная шкала боли, госпитальная шкала тревоги и депрессии, опросник Сердюка для изучения самооценки социальной значимости болезни, методика незаконченных предложений Сакса – Сиднея, модифицированная для психосоматических пациентов, цветовой тест М. Люшера).

Обсуждение

На основании полученных данных определите содержание сенсорного, эмоционального, интеллектуального и мотивационного

уровней внутренней картины болезни, обоснуйте свои выводы. Выскажите свои предположения относительно динамики ВКБ в течение заболевания.

Занятие 2. Концепция внутренней картины болезни

**А. Ш. Тхостова. Смыловые образования
при психосоматических расстройствах (6 ч)**

А. Ш. Тхостов предложил рассматривать процесс формирования ВКБ как особую форму познавательной деятельности (соматоперцепции), «обладающей собственным содержанием и специфичностью, но тем не менее подчиняющейся общепсихологическим закономерностям формирования, развития и функционирования». ВКБ при этом выступает как «сложное многоуровневое образование, включающее в себя чувственную ткань, первичное и вторичное означение, личностный смысл», между которыми имеется тесная взаимосвязь и возможны взаимопереходы этих уровней, что обеспечивает динамичность и гибкость ВКБ. Кроме того, в ней также присутствует и оценка ожидаемых результатов лечения и всей будущей жизни в целом.

В данной концепции одно из центральных мест принадлежит описанию смысловых образований личности при психосоматических заболеваниях. Личностный смысл есть жизненное значение для субъекта объективных обстоятельств болезни по отношению к мотивам его деятельности, определяющее их пристрастное восприятие. При этом болезнь неоднозначно включается в мотивационную систему и может наполняться различным смыслом. Наиболее распространены следующие варианты: болезнь как условие, препятствующее достижению мотива (негативный, препятственный смысл болезни); болезнь как условие, способствующее ему (позитивный смысл болезни); болезнь как условие, способствующее достижению одних мотивов и препятствующее достижению других (конфликтный смысл болезни).

Вопросы для самостоятельной подготовки

1. Понятие интрацепции. Первичное и вторичное значение интрацептивных ощущений. Семиотическое опосредствование телесных ощущений, мифологизация болезни.

2. Смыслоное опосредствование телесных ощущений. Особенности ВКБ при наличии у пациентов преградного, позитивного или конфликтного смысла болезни.

3. Исследование смысловых образований у психосоматических пациентов. Специфика психотерапевтических интервенций в зависимости от индивидуального личностного смысла болезни.

Список литературы

Хостов А. Ш. Психология телесности. М., 2002.

Хостов А. Ш. Семантика телесности и мифология болезни // Телесность человека: междисциплинарные исследования: Сб. ст. М., 1991.

Хостов А. Ш., Арина Г. А. Теоретические проблемы исследования внутренней картины болезни // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и психосоматической патологии. Л., 1990.

Психологическое сопровождение и организационно-медицинские алгоритмы реабилитации / Под ред. С. И. Блохиной, Л. Т. Баранской. Екатеринбург, 2005.

Задание для практической работы

Проведите психологическое обследование больного с использованием клинической беседы и диагностических методик (методика самооценки Дембо – Рубинштейн, тематический апперцептивный тест, цветовой тест М. Люшера, рисуночные проективные тесты, опросник «Восстановление локуса контроля», измерение индекса удовлетворенности жизнью), поставив во главу угла определение личностного смысла болезни у конкретного психосоматического пациента.

Обсуждение

Какие из полученных в ходе психологического обследования данных позволяют утверждать, что заболевание имеет негативный, позитивный или конфликтный смысл для обследованного вами пациента? Какие защитные психологические механизмы у него выявлены и как они свидетельствуют в пользу сделанных вами выводов? Какова направленность психотерапевтической работы при каждом

варианте смыслового опосредствования телесных проявлений заболевания?

Тема 4

Анализ психологии личности больного. Методы диагностики личностных особенностей пациентов с разными нозологическими формами психосоматических заболеваний (24 ч)

Личностные особенности пациентов с разными нозологиями уже давно находятся в фокусе внимания специалистов по психосоматике. С одной стороны, еще в древности Гиппократ, а затем Гален описывали людей с разными типами темпераментов, каждый из которых имел склонность к определенным болезням. В последующем Ф. Данбар сформулировала теорию профилей личности, в которой также постулировалась предопределенность возникновения тех или иных заболеваний в связи с качествами личности. С другой стороны, учеными высказывается точка зрения, согласно которой нет четких оснований для выделения «коронарного», «артритического», «язвенного» и других типов личности. Скорее речь может идти о наделенной определенными специфическими чертами «психосоматической» личности. Как бы то ни было, к настоящему времени накоплен достаточно большой клинический материал относительно того, какие характерные черты, паттерны поведения, внутренние конфликты наиболее часто присущи пациентам с той или иной нозологической формой заболевания. Для клинического психолога важно учитывать эти личностные особенности при работе с психосоматическими пациентами.

Занятие 1. Личностные особенности пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы (6 ч)

Заболевания сердца и сосудов в экономически развитых странах являются самой частой причиной смерти. В последние годы кардиологи все большее значение придают психосоциальным фак-

торам риска и их связи с somатическими факторами. Образ жизни, установки личности и положение человека в профессиональном и семейном окружении важны для кровообращения и его физиологической регуляции. Издавна известны такие somатические факторы риска, как неправильное питание, ожирение, курение и злоупотребление алкоголем, в которых отражаются особенности личности. Психосоматический компонент в первую очередь характерен для следующих заболеваний сердечно-сосудистой системы: ишемическая болезнь сердца, эссенциальная артериальная гипертония, нарушения сердечного ритма, вегетососудистая дистония.

Вопросы для самостоятельной подготовки

1. Взаимосвязь между somатическими и психологическими факторами возникновения сердечно-сосудистых заболеваний.
2. Типы поведения, предрасполагающие к возникновению сердечно-сосудистых заболеваний психосоматической специфичности (поведение типа А и его варианты).
3. Интрапсихические конфликты у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. Враждебность как элемент психической предрасположенности к коронарным заболеваниям. Понятие и значение Алекситимии в развитии психосоматоза. Роль эмоциональных нарушений в психогенезе сердечных болезней (ларвированные депрессии).
4. Пусковые ситуации манифестации сердечно-сосудистых заболеваний. Роль стресса.
5. Особенности личности больных гипертонической болезнью и ишемической болезнью сердца.

Список литературы

Актуальные проблемы клинической психологии в современном здравоохранении / Под ред. С. И. Блохиной, Г. А. Глотовой. Екатеринбург, 2004.

Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение: Пер. с англ. М., 2002.

Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: Краткий учеб.: Пер с нем. М., 1999.

Малкина-Пых И. Г. Психосоматика: Новейший справочник. М.; СПб., 2003.

Менделевич В. Д., Соловьева С. Л. Неврозология и психосоматическая медицина. М., 2002.

Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия: Пер. с нем. М., 1996.

Психосоматические и somатоформные расстройства в современной клинической практике: Сб. материалов межрегионал. науч.-практ. конф. Иркутск, 2005.

Старшенбаум Г. В. Психосоматика и психотерапия: исцеление души и тела. М., 2005.

Задание для практической работы

Проведите психологическое обследование пациента с заболеванием сердечно-сосудистой системы психосоматической специфичности, используя метод клинической беседы и психоdiagностические методики (составьте батарею тестов из следующего перечня: Торонтская Алекситимическая шкала (прил. 4), опросники для диагностики депрессивных состояний, шкала реактивной и личностной тревожности Спилбергера – Ханиниа, методика диагностики показателей и форм агрессии А. Басса и А. Дарки, методика измерения уровня тревожности Тейлора, опросник УСК Роттера, опросник «Тип поведенческой активности» (прил. 5), методика изучения ценностных ориентаций Рокича, методика исследования самооценки Дембо – Рубинштейн, проективные методики). Опишите профиль личности обследованного вами пациента.

Обсуждение

Сопоставьте результаты психологического обследования разных пациентов с психосоматическими сердечно-сосудистыми заболеваниями. Чем могут быть обусловлены совпадения и расхождения выявленных феноменов? Каким образом можно использовать полученные данные для планирования психотерапевтической работы?

Занятие 2. Личностные особенности пациентов с бронхиальной астмой (6 ч)

Бронхиальная астма (БА) является классическим примером многофакторно обусловленной болезни, при которой взаимодействуют многочисленные компоненты, обуславливающие гиперреактив-

ность бронхов: наследственная предрасположенность, воздействие вредных факторов внешней среды и внутренняя предрасположенность к развитию аллергических реакций, особая роль отводится психологическому фактору. Полагают, что эмоциональные факторы сами по себе вряд ли могут создать достаточные условия для развития болезни, но у биологически предрасположенного к ней человека они могут привести в действие астматический процесс. По данным ряда исследователей, личность больных БА характеризуется рядом специфических особенностей.

Вопросы для самостоятельной подготовки

1. Взаимодействие психологических и инфекционно-аллергических компонентов в патогенезе БА.

2. Специфические особенности личности больных БА. Значение агрессии в психогенезе БА. Выраженность истероидного радиала как преморбидная личностная особенность.

3. Интрапсихические конфликты при БА. Концепция «нуклеарного конфликта» Ф. Александера. Специфика внутренних конфликтов при разных вариантах нервно-психических механизмов патогенеза БА.

Список литературы

Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение: Пер. с англ. М., 2002.

Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: Краткий учеб.: Пер с нем. М., 1999.

Малкина-Пых И. Г. Психосоматика: Новейший справочник. М.; СПб., 2003.

Менделевич В. Д., Соловьева С. Л. Неврозология и психосоматическая медицина. М., 2002.

Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия: Пер. с нем. М., 1996.

Старшенбаум Г. В. Психосоматика и психотерапия: исцеление души и тела. М., 2005.

Задание для практической работы

Проведите психологическое обследование пациента с БА, используя метод клинической беседы и психодиагностические мето-

дики. Опишите профиль личности обследованного вами пациента с БА.

Обсуждение

Сопоставьте результаты психологического обследования разных пациентов с БА. Чем могут быть обусловлены совпадения и расходления выявленных феноменов? Каким образом можно использовать полученные данные для планирования психотерапевтической работы?

Занятие 3. Личностные особенности пациентов с ревматоидным артритом (6 ч)

Ревматоидный артрит (РА) является хроническим неуклонно прогрессирующим заболеванием суставов и других систем организма, сопровождающимся выраженным двигательными ограничениями. Психологические аспекты РА изучаются с начала прошлого века. Частое выявление специфических психологических черт позволяет говорить об особенностях личности больных РА, для которых характерны сильный контроль над эмоциями и выражение психических реакций преимущественно через напряжение скелетных мышц.

Вопросы для самостоятельной подготовки

1. В чем заключаются специфические личностные особенности больных РА?

2. Значение самоконтроля в подавлении враждебно-агрессивных импульсов. Редукция самовосприятия и алекситимические черты личности индивидов с РА.

3. Внутриличностные конфликты при РА.

Список литературы

Актуальные проблемы клинической психологии в современном здравоохранении / Под ред. С. И. Блохиной, Г. А. Глотовой. Екатеринбург, 2004.

Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение: Пер. с англ. М., 2002.

Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: Краткий учеб.: Пер с нем. М., 1999.

Малкина-Пых И. Г. Психосоматика: Новейший справочник. М.; СПб., 2003.

Менделевич В. Д., Соловьева С. Л. Неврозология и психосоматическая медицина. М., 2002.

Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия: Пер. с нем. М., 1996.

Психологическое сопровождение и организационно-медицинские алгоритмы реабилитации / Под ред. С. И. Блохиной, Л. Т. Баранской. Екатеринбург, 2005.

Старшенбаум Г. В. Психосоматика и психотерапия: исцеление души и тела. М., 2005.

Задание для практической работы

Проведите психологическое обследование пациента с РА, используя метод клинической беседы и психоdiagностические методики. Опишите профиль личности обследованного вами пациента.

Обсуждение

Сопоставьте результаты психологического обследования разных пациентов с РА. Чем могут быть обусловлены совпадения и расхождения выявленных феноменов? Каким образом можно использовать полученные данные для планирования психотерапевтической работы?

Занятие 4. Личностные особенности пациентов с сахарным диабетом (6 ч)

Современные исследования подтверждают, что у людей, страдающих сахарным диабетом (СД), часто отмечается ряд психологических проблем и психических расстройств. С одной стороны, они обусловлены преморбидно существующими внутриличностными конфликтами (к примеру, описана склонность к удовлетворению психологических потребностей с помощью еды). С другой стороны, наступление СД, подобно любой другой хронической болезни,

может вызывать глубокие психологические изменения, связанные с изменением социального статуса, взаимоотношений с родными, необходимостью пожизненно соблюдать строгую диету и лечиться медикаментозными препаратами.

Вопросы для самостоятельной подготовки

1. Психосоматические концепции возникновения СД.
2. Специфика внутриличностных конфликтов при СД.
3. Ларвированные депрессии при СД.

Список литературы

Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение: Пер. с англ. М., 2002.

Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: Краткий учеб.: Пер с нем. М., 1999.

Малкина-Пых И. Г. Психосоматика: Новейший справочник. М.; СПб., 2003.

Менделевич В. Д., Соловьева С. Л. Неврозология и психосоматическая медицина. М., 2002.

Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия: Пер. с нем. М., 1996.

Старшенбаум Г. В. Психосоматика и психотерапия: исцеление души и тела. М., 2005.

Задание для практической работы

Проведите психологическое обследование пациента с СД, используя метод клинической беседы и психоdiagностические методики. Опишите профиль личности обследованного вами пациента.

Обсуждение

Сопоставьте результаты психологического обследования разных пациентов с СД. Чем могут быть обусловлены совпадения и расхождения выявленных феноменов? Каким образом можно использовать полученные данные для планирования психотерапевтической работы?

Тема 5

Методы диагностики и принципы работы с пациентами при наличии соматизированных и соматоформных расстройств (6 ч)

Особое место в работе клинического психолога занимает взаимодействие с пациентами, имеющими «необъяснимые» симптомы, т. е. такие болезненные проявления, которые нельзя в достаточной степени объяснить органическими заболеваниями. Как правило, они являются вторичными последствиями какого-либо психического нарушения (например, депрессии или тревожного расстройства) и называются соматоформными расстройствами. Примерами соматоформных нарушений являются конверсионные симптомы, возникающие как символическое выражение психологического конфликта, а также соматизированные расстройства, характеризующиеся множеством повторяющихся физических недомоганий, не имеющих органической основы. Психологическая работа с такими пациентами выстраивается в направлении осознавания ими выгод от своего заболевания.

Вопросы для самостоятельной подготовки

1. Конверсионные расстройства – символическое выражение невротического конфликта. Первичные психические феномены без органической основы.
2. Функциональные психосоматические синдромы – соматизированные формы неврозов (вегетоневрозы). Телесное сопровождение эмоций. Депрессии в соматической клинике.
3. Понятие первичной и вторичной выгоды болезни.

Список литературы

- Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: Краткий учеб.: Пер с нем. М., 1999.
- Малкина-Пых И. Г. Психосоматика: Новейший справочник. М.; СПб., 2003.
- Менделевич В. Д., Соловьева С. Л. Неврозология и психосоматическая медицина. М., 2002.

Психосоматические и соматоформные расстройства в современной клинической практике: Сб. материалов межрегионал. науч.-практ. конф. Иркутск, 2005.

Сидоров П. И., Парняков А. В. Клиническая психология. М., 2002.

Современные вопросы клиники, терапии психических расстройств: Материалы межрегионал. науч.-практ. конф. Иркутск, 2005.

Задание для практической работы

Проведите психологическое обследование пациента с синдромом гипервентиляции легких, нейроциркуляторной дистонией, пароксизмальными суправентрикулярными тахикардиями, синдромом раздраженной кишки и пр., используя метод клинической беседы, психодиагностические методики и метод анализа медицинской документации (амбулаторная карта и история болезни с результатами объективного осмотра врача, данными лабораторного и инструментального обследования).

Обсуждение

Сопоставьте объективную картину болезни и картину субъективных представлений пациента о своем заболевании. В чем состоит внутриличностный конфликт при данном варианте психосоматических расстройств? В чем проявляется вторичная выгода болезни? Какова направленность психотерапевтической работы с данной категорией пациентов?

Тема 6

Принципы постановки психологической и психотерапевтической задачи для практической работы клинического психолога с больным в условиях клиники (6 ч)

Любая болезнь, особенно тяжелая и инвалидизирующая человека, становится для него тяжелым испытанием, поскольку кроме

объективно обнаруживаемых изменений сопровождается различными болезненными внутренними ощущениями и связана с целым рядом переживаний. Сущность лечебно-реабилитационных мероприятий заключается в нацеленности на восстановление гармонии между телесным функционированием и душевным состоянием индивида.

За рубежом процесс преодоления стресса, связанного с заболеванием, обозначается термином *coping* (совладание, преодоление). Копинг-поведение реализуется посредством применения копинг-стратегий на основе личностных и средовых копинг-ресурсов, к которым относят преморбидно сформированные психологические характеристики личности. В отечественной психологии понятие копинг-ресурсов соотносится с понятием психологического реабилитационного потенциала. В его структуре выделяют три компонента: эмоционально-волевой, интеллектуальный и мотивационный.

В работе с психосоматическими пациентами используются разнообразные психотерапевтические подходы. Выбор методов и конкретных методик зависит от ряда факторов: клинической картины заболевания; личностных особенностей пациента, времени, которое планируется потратить на психотерапию; компетенции психолога.

Вопросы для самостоятельной подготовки

1. Общие принципы психотерапии психосоматических расстройств. Специфика психотерапевтических интервенций при психосоматозах, конверсионных и соматизированных расстройствах.

2. Понятие реабилитации. Медицинские, психологические и социальные составляющие реабилитационного процесса в клинике внутренних болезней. Оценка психологического реабилитационного потенциала пациента.

Список литературы

Александр Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение: Пер. с англ. М., 2002.

Баранская Л. Т., Леонов А. Г., Блохина С. И. Психологическое сопровождение пациентов с врожденными и приобретенными де-

фектами и деформациями челюстно-лицевой области. Екатеринбург, 2005.

Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: Краткий учеб.: Пер с нем. М., 1999.

Малкина-Пых И. Г. Психосоматика: Новейший справочник. М.; СПб., 2003.

Мендельевич В. Д., Соловьева С. Л. Неврозология и психосоматическая медицина. М., 2002.

Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия: Пер. с нем. М., 1996.

Психологическое сопровождение и организационно-медицинские алгоритмы реабилитации / Под ред. С. И. Блохиной, Л. Т. Баранской. Екатеринбург, 2005.

Психосоматические и соматоформные расстройства в современной клинической практике: Сб. материалов межрегионал. науч.-практ. конф. Иркутск, 2005.

Старшенбаум Г. В. Психосоматика и психотерапия: исцеление души и тела. М., 2005.

Задание для практической работы

Проведите полное психологическое обследование пациента с одним из вариантов психосоматических расстройств. Напишите развернутое психосоматическое заключение, обязательными пунктами которого является освещение следующих аспектов: психологический анамнез, личностные особенности пациента, содержание внутренней картины болезни, тип отношения к болезни, мишени для психотерапевтической работы.

Обсуждение

Каковы ваши представления о направлениях практической работы клинического психолога в соматической клинике? Как на практике реализуется холистический подход к оказанию помощи пациентам с психосоматическими заболеваниями? Какой вам представляется необходимая система реабилитационных мероприятий при психосоматических расстройствах? Место и роль клинического психолога в этой системе.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Каковы основные принципы психологической диагностики в психосоматике?
2. Как проводится клиническая беседа с пациентами психосоматического профиля?
3. С какой целью и каким образом используется мультимодальный опросник жизненной истории?
4. Какие факторы определяют реакцию пациента на свое заболевание?
5. Какие выделяют типы психологического реагирования на заболевание, в чем особенности каждого из них?
6. Как можно охарактеризовать ситуацию болезни с точки зрения теории жизненных кризисов?
7. Что такое внутренняя картина болезни?
8. Использование каких психологических методик позволяет определить содержание каждого уровня внутренней картины болезни?
9. Какова динамика ВКБ в течение заболевания?
10. Как происходит становление ВКБ с момента появления болезненных интрацептивных ощущений?
11. Какие варианты наполнения личностным смыслом возможны при появлении симптомов болезни?
12. Как можно охарактеризовать тип поведенческой активности, характерный для больных ишемической болезнью сердца?
13. Наличие каких психологических черт предрасполагает к возникновению сердечно-сосудистых заболеваний?
14. В чем заключаются специфические особенности личности больных бронхиальной астмой?
15. В чем заключаются специфические особенности личности больных ревматоидным артритом?
16. В чем заключаются специфические особенности личности больных сахарным диабетом?
17. Какие внутриличностные конфликты характерны для больных с ишемической болезнью сердца, артериальной гипертензией, ревматоидным артритом, бронхиальной астмой и сахарным диабетом?
18. Что такое конверсионные расстройства, в чем их отличие от психосоматозов?
19. Что такое соматизированные расстройства?
20. Что понимается под первичной и вторичной выгодой от заболевания?
21. В чем заключается специфика клинико-психологической работы с пациентами, имеющими соматоформные расстройства?
22. Какова цель психологической реабилитации пациентов с разными формами психосоматических расстройств?
23. Что составляет психологический реабилитационный потенциал личности?
24. Какие психологические методики позволяют оценить различные составляющие психологического реабилитационного потенциала пациентов с психосоматическими заболеваниями?
25. В чем заключаются общие принципы психотерапии психосоматических расстройств?

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

МУЛЬТИМОДАЛЬНЫЙ ОПРОСНИК ЖИЗНЕННОЙ ИСТОРИИ*

ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Дата _____
Имя: _____
Адрес: _____
Телефон: рабочий _____ домашний _____
Возраст: _____ Профессия: _____ Пол: М ____ Ж ____
Дата рождения: _____
Место рождения: _____ Религия _____
Рост: _____ Вес: _____ Ваш вес колеблется? Да ____ Нет ____
Если да, каковы пределы колебания? _____
У вас есть семейный врач? Да ____ Нет ____
Фамилия семейного врача: _____ Телефон: _____
Кто направил вас на консультацию? _____
Семейное положение (выберите одну позицию): Холост (не замужем) _____
Обручен(а) ____ Женат (замужем) ____ Разведен(а) ____ Вдовец (вдова) ____
Живу с гражданским супругом ____ Вступил(а) в новый брак ____
Сколько раз вы вступали в брак? _____
Вы живете в: доме ____ комнате ____ квартире ____ другое: _____
С кем вы живете (отметьте все, что описывает вашу ситуацию):
Один ____ С родителями ____ С супругом ____ С любовником ____
С детьми ____ С друзьями ____ Другое: _____
Работу какого типа вы выполняете в настоящее время? _____
Удовлетворены ли вы вашей нынешней работой? Да ____ Нет ____
Если нет, объясните, почему: _____
Кем вы работали в прошлом? _____
Прежде вы участвовали в терапии или получали какую-либо профессиональную помощь в решении ваших проблем? Да ____ Нет ____
Если да, то где и когда? _____
У вас были когда-нибудь попытки самоубийства? Да ____ Нет ____

СЕМЕЙНОЕ И СОЦИАЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ

Отец: _____
Имя: _____ Возраст: _____ Профессия: _____ Здоровье: _____

* Из кн.: Кулаков С. А. Основы психосоматики. СПб., 2003.

Если умер, укажите его возраст в момент смерти: _____

Сколько вам было лет: _____

Причина смерти: _____

Мать: _____

Имя: _____ Возраст: _____ Профессия: _____ Здоровье: _____

Если умерла, укажите ее возраст в момент смерти: _____

Сколько вам было лет: _____

Причина смерти: _____

Возраст брата (братьев): _____ Возраст сестры (сестер): _____

Существенные детали о братьях и сестрах: _____

Если вас воспитывали не родители, то кто заботился о вас и в какой период? _____

Опишите особенности характера своего отца (или лица, заменяющего вам отца) и его отношение к вам (в прошлом и сейчас): _____

Опишите особенности характера своей матери (или лица, заменяющего вам мать) и ее отношение к вам (в прошлом и сейчас): _____

Какими способами родители наказывали вас? _____

Опишите атмосферу в вашей семье (т. е. там, где вы выросли). Опишите отношения между родителями и детьми _____

Доверяете ли вы своим родителям? Да ____ Нет ____

Как правило, вы ощущаете любовь и уважение со стороны своих родителей? Да ____ Нет ____

Если у вас есть мачеха или отчим, укажите ваш возраст, когда ваши родители вновь вступили в брак: _____

Кто-нибудь (родители, родственники, друзья) повлиял на ваш выбор супруга, профессии и т. д.? Да ____ Нет ____

Если да, пожалуйста, кратко опишите это: _____

Школьные предметы, по которым вы успевали: _____

Школьные предметы, по которым вы не успевали: _____

Ваше образование: _____

Отметьте те моменты, которые имели место в вашем детстве/в подростковом возрасте:

Счастливое детство ____ Недостаток друзей ____ Несчастливое детство ____

Школьные проблемы ____ Эмоциональные проблемы ____ Финансовые проблемы ____

Поведенческие ____ Правонарушения ____ Сильные религиозные убеждения ____ Смерть близких родственников ____ Использование

наркотиков____ Проблемы со здоровьем____ Употребление алкоголя____
Отвержение____ Суровые наказания____ Сексуальное насилие____ Серьезные запугивания и насмешки____ Другое: _____

ОПИСАНИЕ СУЩЕСТВУЮЩИХ ПРОБЛЕМ

Опишите своими словами суть ваших основных проблем: _____

Оцените серьезность ваших проблем по следующей шкале:

Немного расстраивают____ Умеренно расстраивают____ Очень серьезные____ Крайне серьезные____ Полностью выводят из строя____

Когда начались ваши проблемы? _____

Что, как вам кажется, усиливает ваши проблемы? _____

Что вы пытались сделать для улучшения ситуации? _____

Насколько вы удовлетворены вашей жизнью в целом?

Совсем не удовлетворен 1 2 3 4 5 6 7 Полностью удовлетворен

Оцените общий уровень напряжения в течение прошлого месяца:

Расслаблен 1 2 3 4 5 6 7 Напряжен

Ожидания относительно терапии_____

В нескольких словах: что вы думаете о терапии в целом? _____

Как долго, по вашему мнению, должно длиться ваше лечение? _____

Какими качествами, по вашему мнению, должен обладать идеальный терапевт? _____

ПОВЕДЕНИЕ

Отметьте те виды поведения, которые часто свойственны вам:

Переедание____ Трудности с концентрацией____ Прием наркотиков____

Нарушение сна____ Неуверенность____ Фобии____ Эксцентричное поведение____ Чрезмерная траты денег____ Злоупотребление алкоголем____

Частая смена работы____ Слишком тяжелая работа____ Бессонница____

Откладывание дел «на потом»____ Бессмысленный риск____ Импульсивность____

Лень____ Потеря контроля____ Проблемы с питанием____ Попытка суицида____

Агрессивное поведение____ Принуждение____ Плач____

Курение____ Вспышки ярости____ Уход____ Нервный тик____ Другое: _____

Какими особенными талантами или навыками вы гордитесь? _____

Что вам нравится делать? _____

Что вам не нравится делать? _____

Как вы проводите свободное время? _____

Какие виды хобби и проведения досуга нравятся вам или позволяют расслабиться? _____

Сложно ли вам получать удовольствие от отдыха, выходных и отпуска?

Да____ Нет____

Если да, пожалуйста, объясните: _____

Если бы можно было использовать два любых желания, что бы вы загадали? _____

ЧУВСТВА

Отметьте те чувства, которые вы часто испытываете:

Злость____ Надежда____ Раздражение____ Беспомощность____ Грусть____

Спокойствие____ Депрессия____ Ревность____ Беспокойство____ Ощущение себя несчастным____ Страх____ Скука____ Паника____ Тревога____

Активность____ Одиночество____ Зависть____ Удовлетворение____ Чувство вины____ Возбуждение____ Ощущение счастья____ Оптимизм____

Конфликтность____ Напряженность____ Стыдливость____ Раскаяние____

Отчаяние____ Другое: _____

Перечислите пять своих основных страхов:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Какие позитивные ощущения вы недавно испытывали? _____

Что наиболее вероятно может заставить вас потерять контроль над вашими чувствами? _____

Опишите ситуацию, когда вы чувствовали себя спокойным и расслабленным? _____

ФИЗИЧЕСКИЕ ОЩУЩЕНИЯ

Отметьте физические ощущения, которые характерны для вас:

Боли в животе____ Серные пробки____ Боль или жжение при мочеиспускании____ Слезящиеся глаза____ Менструальные проблемы____ Прилив крови____ Головные боли____ Тошнота____ Головокружения____ Проблемы с кожей____ Сильное сердцебиение____ Сухость во рту____ Спазмы в мускулах____ Горячая или зудящая кожа____ Напряжение____ Боль в грудной клетке____ Половые нарушения____ Частое сердцебиение____ Неспособность расслабиться____ Не нравятся прикосновения____ Желудочные рас-

стройства__ Полное отключение__ Звон в ушах__ Чрезмерная потливость__ Оцепенение__ Проблемы со зрением__ Желудочные боли__ Проблемы со слухом__ Утомление__ Судороги__ Боли в спине__ Тремор__ Обмороки__ Тики__ Другое:_____
Какие ощущения приятны вам?_____
Какие ощущения неприятны вам?_____

ПРЕДСТАВЛЕНИЯ

Отметьте, что характерно для вас:

Я считаю себя:

Счастливым__ Слабым__ Страдающим__ Попавшим в ловушку__
Не справляющимся__ Подвергающимся насмешкам__ Успешным__
Неразборчивым__ Подвергающимся преследованию__ Обсуждаемым__
Агрессивным__ Беспомощным__ Обижающим других__
Управляющим__ Потерявшим контроль__ Другое:_____
У меня бывают:

Приятные сексуальные образы__ Соблазнительные образы__ Неприятные детские образы__ Образы любви__ Негативные телесные представления__ Другое:_____ Неприятные сексуальные образы__
Образы одиночества__

Опишите очень приятные образы, представления, фантазии:_____

Опишите самые неприятные образы, представления, фантазии:_____

Опишите ваше представления совершенно «безопасного места»:_____

Как часто у вас бывают ночные кошмары?_____

МЫСЛИ

Отметьте то, что характерно для вас:

Сообразительный__ Неадекватный__ Уверенный в себе__ Смушенный__
Стоящий специалист__ Раздражительный__ Честолюбивый__
Бестолковый__ Впечатлительный__ Наивный__ Верный__ Честный__
Надежный__ Некомпетентный__ Сожалеющий о содеянном__
Тревожный__ Никуда не годный__ Конфликтный__ Никчемный человек__
Нарушение концентрации внимания__ Бесполезный__ Имеющий проблемы с памятью__
Злой__ Привлекательный__ Помешанный на чем-нибудь__ Не способный принять решение__
Морально деградирующий__ Раздумывающий о суициде__ Тактичный__ Упорный__
Отклоняющийся от нормы__ С хорошим чувством юмора__

Непривлекательный__ Трудолюбивый__ Неприятный__ Нежелательный__
Ленивый__ Ненадежный__ Нечестный__ Другое:_____
Как вы считаете, какие ваши мысли или идеи были наиболее сумасшедшими?

Преследуют ли вас какие-нибудь мысли? Да__ Нет__

Если да, что это за мысли?

Что беспокоит вас и портит ваше настроение или негативно отражается на поведении?

По каждому из следующих пунктов, пожалуйста, обведите кружком цифру, которая наиболее точно отражает ваше мнение:

	Абсолютно не согласен	Не согласен	Согласен	Полностью согласен
Я не должен ошибаться	1	2	3	4
Я должен делать все хорошо	1	2	3	4
Когда я не знаю что-нибудь, я должен притворяться, что знаю	1	2	3	4
Я не должен раскрывать личную информацию	1	2	3	4
Я жертва обстоятельств	1	2	3	4
Моей жизнью управляют внешние силы	1	2	3	4
Другие люди более счастливы, чем я	1	2	3	4
Очень важно нравиться людям	1	2	3	4
Будь осторожней, не рискуй	1	2	3	4
Я не заслуживаю счастья	1	2	3	4
Если не замечать свои проблемы, они исчезнут	1	2	3	4
Я должен сделать других людей счастливыми	1	2	3	4
Я должен стремиться быть совершенным	1	2	3	4
Существует два способа действия – правильный и неправильный	1	2	3	4
Я никогда не должен расстраиваться	1	2	3	4

МЕЖЛИЧНОСТНЫЕ ОТНОШЕНИЯ

Отношения с друзьями

Вы легко заводите друзей? Да Нет

Сохраняете ли вы отношения? Да Нет

У вас много свиданий во время учебы в институте? Да Нет

В колледже? Да Нет

Вас когда-нибудь серьезно задирали или дразнили? Да Нет

Опишите любые отношения, которые дарят вам:

Радость: _____

Огорчения: _____

Оцените, насколько расслабленно и удобно вы обычно чувствуете себя в большом обществе:

Очень расслабленно 1 2 3 4 5 6 7 Очень беспокойно

Есть ли у вас один или несколько друзей, с которыми вы можете поделиться самими сокровенными мыслями? Да Нет

Брак или близкие отношения

Как долго вы знали своего супруга/супругу до обручения?

Как долго вы были обручены прежде, чем женились/вышли замуж?

Как долго вы состоите в брачных отношениях?

Сколько лет вашему супругу? _____ Его/ее профессия _____

Опишите вашего супруга/ супругу:

Что вам больше всего нравится в вашем партнере?

Что вам меньше всего нравится в вашем партнере?

Какие факторы снижают ваше удовлетворение браком?

Отметьте, пожалуйста, на шкале, насколько вы удовлетворены вашим браком:

Очень недоволен(льна) 1 2 3 4 5 6 7 Очень доволен(льна)

Как вы ладите с друзьями и семьей вашего партнера?

Очень плохо 1 2 3 4 5 6 7 Очень хорошо

Сколько у вас детей?

Пожалуйста, укажите их имена и возраст:

Кто-нибудь из ваших детей доставляет особые проблемы? Да Нет

Если да, пожалуйста, опишите:

Что вы можете сказать о вашем предыдущем браке?

Сексуальные отношения

Опишите отношения вашего партнера к сексу. Обсуждаете ли вы в доме вопросы секса?

Когда и как вы получили ваши первые сведения о сексе?

Когда вы впервые осознали свои собственные сексуальные импульсы? _____

Вы когда-нибудь испытывали тревогу или чувство вины за сексуальные отношения или мастурбацию? Да Нет

Если да, пожалуйста, объясните: _____

Можете ли вы описать детали вашего первого и последующего сексуального опыта?

Вы довольны вашей нынешней сексуальной жизнью? Да Нет

Если нет, пожалуйста, объясните, почему: _____

Были ли у вас когда-нибудь гомосексуальные отношения или реакции?

Если да, опишите их _____

Пожалуйста, отметьте любые моменты относительно секса, которые не обсуждались выше:

Другие отношения

Есть ли какие-нибудь проблемы в ваших отношениях с людьми на работе?

Да Нет

Если да, пожалуйста, опишите: _____

Пожалуйста, закончите следующие фразы:

Меня обижает, когда люди _____

Я могу шокировать вас _____

Мой супруг (друг/подруга) описали бы меня как _____

Мой лучший друг думает, что я _____

Люди, которые не любят меня, _____

Сейчас вы переживаете из-за каких-либо прошлых случаев отвержения

или любовных неудач? Да Нет

Если да, пожалуйста, объясните: _____

БИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ

Что-нибудь беспокоит вас сейчас в вашем физическом состоянии?

Да Нет

Если да, пожалуйста, опишите: _____

Пожалуйста, укажите лекарства, которые вы сейчас принимаете:

Вы питаетесь три раза в день, сбалансированно? Да Нет

Вы регулярно занимаетесь физическими упражнениями? Да Нет

Если да, то каким видом спорта и как часто?

Пожалуйста, перечислите ваши медицинские проблемы и проблемы со здоровьем у членов вашей семьи:

Пожалуйста, укажите, подвергались вы когда-либо операции (укажите даты): _____

Пожалуйста, перечислите физические недостатки, которые есть у вас:

СВЕДЕНИЯ О МЕНСТРУАЦИИ

Возраст начала менструации: _____ Знали ли вы об этом? Да _____ Нет _____

Это шокировало вас? Да _____ Нет _____ Регулярны ли они? Да _____ Нет _____

Продолжительность: _____ Болезненны ли они? Да _____ Нет _____

Влияют ли они на ваше настроение? Да _____ Нет _____

Даты последней менструации: _____

Поставьте отметку в соответствующую графу:

	Никогда	Редко	Иногда	Часто	Ежедневно
Мышечная слабость					
Транквилизаторы					
Мочегонные средства					
Диетические средства					
Марихуана					
Гормональные препараты					
Снотворные					
Аспирин					
Кокаин					
Болеутоляющие					
Наркотики					
Стимуляторы					
Галлюциногены (например, ЛСД)					
Слабительные					
Сигареты					
Табак (специальный)					
Кофе					
Алкоголь					
Противозачаточные средства					
Витамины					

Окончание таблицы

	Никогда	Редко	Иногда	Часто	Ежедневно
Недоедание					
Переедание					
Употребление несвежей пищи					
Диарея					
Запор					
Метеоризм					
Тошнота					
Рвота					
Изжога					
Головокружение					
Сильное сердцебиение					
Усталость					
Аллергия					
Высокое давление					
Боли в грудной клетке					
Сдавленное дыхание					
Бессонница					
Повышенная сонливость					
Прерывистый сон					
Раннее пробуждение утром					
Боли в ушах					
Головные боли					
Боли в спине					
Легко образуются синяки или кровоподтеки					
Другие					

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Альбина, 32 года, обратилась к психологу по поводу выраженной раздражительности в отношениях с окружающими, нежелания мужчин уставливать с ней близкие отношения и в связи с астенизацией.

При этом жаловалась на хронический ринит, обостряющийся особенно сильно осенью и в меньшей степени весной. Ринит носит по степени выраженности тяжелый характер, практически не поддается коррекции никакими медикаментозными средствами. Купируется приступ заболевания с трудом, все сосудосуживающие средства не эффективны, облегчения заболевания не наступает.

НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ И ГЕНЕТИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

По линии матери

Большие татарские семьи. Жили в деревне, все работали в колхозе. Женщинам «быть было некогда» – трудолюбивые, выносливые,ственные. Долгожители. Мать матери (бабушка) дожила до 96 лет. Дед умер от ранений после войны.

Бабушка, по описаниям, была любимой дочерью своих родителей, была избалована. Будучи уже старой женщиной, она любила наряжаться, постоянно покупала себе красивую одежду и украшения. Властная, эгоистичная, настойчивая, командующая. Все дети относились к ней с уважением, соблюдали дистанцию. Были почтительны.

Дедушка был простой, много работал. Очень добный, мягкий и нежный.

Мать – пятый ребенок в семье. Всего 14–15 детей, некоторые умерли от голода. В живых остались 8 человек. Постоянно встречаются, поддерживают отношения. У матери теплые отношения с двумя сестрами: старшей и младшей, помогают друг другу, дарят подарки, постоянно ездят в гости. С остальными встречается реже.

Родня очень любит собираться вместе в деревне и шумно праздновать национальные праздники, куда привозят показать своих внуков, хваствуются своими детьми. Альбине не нравится туда ездить, по ее мнению, там все агрессивны, ей не чем хвастаться.

По линии отца

Татарская семья. Родители отца крестьяне, долгожители, трудолюбивые. Больше десяти детей в семье.

Бабушка имела среднее образование. По рассказам родственников, была суровая, замкнутая и холодная.

Дедушка был грамотный человек, с высшим образованием, занимался сельским хозяйством, получал государственные премии за введение новых технологий. Эмоциональный, умный, очень интересный человек.

Отец Альбины – один из младших детей. В возрасте 4–5 лет подвергся абьюсу со стороны беглого солдата, после чего длительное время не разговаривал. Дедушке не удалось поймать насильника, он очень переживал, болел долгое время.

Семья Альбины

Родители познакомились во время учебы в вузе. Были знакомы несколько лет, знакомились с родственниками, пока с обеих сторон не получили одобрение в выборе будущего супруга. Об этом постоянно напоминали дочерям при выборе ими спутников жизни.

Отец имел высшее образование. Был замкнутый, неразговорчивый, очень умный; постоянно помогал другим людям: писал для них диссертации, научные статьи, своему начальнику написал даже книгу. Сам диссертацию не защитил. Постоянно испытывал обиду, боль и разочарование по поводу того, что не был признан, хотя те люди, которым он помогал, писал для них научные работы, стали академиками и кандидатами наук. Еще до рождения детей болел хроническим гайморитом. Умер в возрасте 60 лет (Альбине 31 год) от инфаркта миокарда.

Мать открытая, не скрывающая своих эмоций, доминирующая, привыкшая добиваться своего. Для того чтобы получить квартиру (семья жила много лет в общежитии), ходила с детьми к начальнику мужа и требовала улучшения условий проживания, после чего квартиру мужу дали. В другой раз таким же образом добивалась повышения зарплаты мужу. В настоящее время не работает – на пенсии. Здоровье хорошее.

Сестра на три года старше Альбины. Замужем, имеет ребенка.

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ И БОЛЕЗНИ

Альбина родилась от второй беременности (от первой – сестра Лена), отцу при рождении было 30 лет, матери – 28.

Атмосфера в семье. Родители много работали, были очень заняты, детям уделяли мало времени. Фактическим воспитателем Альбины была сестра Лена.

Наказания – папа замолкал и не разговаривал, и это было самое страшное наказание. Мама наказывала физически – шлепала, била, иногда оста-

вались синяки. Лену часто наказывали за Альбину, и Альбина старалась вести себя хорошо. Альбина сестру очень любила и любит сейчас.

Старшую сестру отец не любил, но никогда не наказывал. Больше любил младшую дочь, научил Альбину в 3 года играть в шахматы, и они часто этим занимались, это их очень сближало. Отец не придавал значения достижениям Лены и высоко ценил математические способности и успехи в школе Альбины. Лена плакала и расстраивалась по этому поводу. Мама говорила, что отец ошибается, и они обе не отличаются большим умом.

Сестры не должны были ни в коем случае тревожить папу, так как папа все время писал, он занимался умственным трудом, его нельзя было отрывать. Когда его беспокоили, он не ругался, но его лицо становилось очень несчастным, к тому же папа очень болел, у него был гайморит, постоянные головные боли. Он все время держал платок у носа, и Альбина боялась, что папа себя задушит этим платком.

Мама (по описанию Альбины) агрессивная, злобная, постоянно ограничивающая, критикующая. Постоянно приводила в пример других людей, родственников, которые живут лучше, чем Альбина. Не придавала значения успехам Альбины, говорила, что папа ошибается, что на самом деле никакими выдающимися способностями дочь не отличается. За плохо сделанную работу постоянно наказывала физически (и до сих пор пытается ударить за то, например, что Альбина плохо вымыла пол). Она все время кричала на дочерей, говорила, что они ее «заели», что они ей мешают, что она очень устала, что дочери «путаются под ногами». Но сестры гораздо больше боялись беспокоить папу.

Праздники обычно проводили вместе с Леной, гуляя на улице, а родители со взрослыми родственниками праздновали отдельно. Детей не любили сажать за общий стол со всеми родственниками, заставляли вести себя тихо и прилично или отправляли на улицу. С детьми очень мало куда ходили – как в раннем детстве, так и позже.

Семья мусульманская, но религиозные убеждения не насаждались. Только когда в гости приезжала бабушка (раз в несколько лет), она заставляла сестер молиться и ходить в церковь.

Альбина не может назвать свое детство счастливым. Помнит, что все время пряталась под стол. Под стол приходила сестра, и они играли в куклы. Постоянно болел нос, и Альбина плакала. (Плакать можно было, только если что-нибудь болит. В других случаях дети старались не раздражать папу.) Ринит постоянно лечили, Альбину водили по разным врачам, которые ничего не находили. В возрасте 7 лет провели операцию по удалениюadenoidов. Альбина испытывала страх перед врачами и хирургическими

инструментами и испытывает его до сих пор, говорит, что «до безумия боится врачей», но вынуждена к ним ходить. Со счастливым детством ассоциируются только игры с Леной.

Друзей было очень много, но им не позволяли приходить в дом. Друзья, по словам мамы, «принесут в дом грязь» и могут научить чему-то нехорошему. Поэтому они всегда ждали под дверью, и это было очень обидно, особенно в подростковом возрасте.

Во время занятий в школе все время болел нос. Мама била Альбину, считая, что она симулирует. Но врачи освобождали от ее занятий. Альбина, сидя дома, много читала, любила делать уроки. Дома нос не болел. В школе очень раздражали «злобные учителя», которые «все время орали» (хотя никогда на Альбину), и она их боялась. Училась хорошо, потому что, сидя дома с больным носом, за две недели могла прорешать весь учебник по математике на год вперед и прочитывала все учебники. Когда врачи объясняли маме, что у дочери хронический ринит, мама перестала ее бить.

В подростковом возрасте очень стеснялась своей внешности и своей болезни, считала себя очень некрасивой и до сих пор в этом уверена. Очень стеснялась мальчиков, не могла даже смотреть на них. Мальчики, по ее мнению, считали Альбину странной и тоже ее сторонились. В возрасте 13 лет случайно в трусах и майке зашла в комнату родителей, папа покраснел, покрылся пятнами, вскочил и убежал в другую комнату. Считает, что вызывала у папы очень сильное отвращение. С тех пор ходила в длинных, кургузых майках, похожих на мешок, до колен, чтобы не смущать папу. Вообще дома было принято скрывать свое тело. Сестра тоже одевалась в бесформенные длинные одежды. Видя папину реакцию и учтивая то, что у папы «очень болен нос», Альбина боялась, что, увидев ее с сестрой в трусах, он может умереть.

Мама все время говорила, что если Альбина будет распускать руки или делать не то, а в подростковом возрасте позволять себе вольности с мальчиками, то у нее будет очень сильная болезнь и, вполне возможно, отвалятся руки или провалится внутрь нос.

В школе была отличницей. Учителя очень ценили Альбину. Помешала закончить школу с золотой медалью только «четверка» по физкультуре. Больше всего любила математику и постоянно занимала призовые места на олимпиадах. Папа очень гордился этим.

После окончания школы Альбина поступила в университет на специальность «Социальная психология». В университете с молодыми людьми близких отношений не заводила – было мало времени, много училась. Университет окончила также хорошо – с двумя «четверками».

На протяжении всего этого времени, начиная с раннего детства, болезнь носила устойчивый характер и сопровождалась осенне-весенними обострениями – когда нос практически не дышал, болел, появлялись обильные слизистые и гнойные выделения, ничем это состояние не стабилизировалось. В межсезонье симптомы ринита почти исчезали. Ринит также усиливается на высоте какой-либо стрессовой ситуации. Как только ситуация разрешалась, признаки ринита смягчались. Консультировалась у аллерголога, но подтверждения аллергической природы ринита не получила.

После окончания университета поступила на работу в фирму менеджером по кадрам. Отношения с коллегами складывались хорошо. По словам Альбины, они видели, что она «со странностями» и приспособливались к ней. Начальство Альбину ценило и уважало. К этому времени она поддерживала отношения с близкими подругами детства. Завязались близкие отношения с молодым человеком ее возраста (слесарь-сборщик на заводе). Альбина не испытывала к нему сильной любви, но ее устраивали гармоничные сексуальные отношения. Молодой человек слегка злоупотреблял алкоголем, вступать в брак ни он, ни Альбина не хотели. Отношения длились в течение года, пока родители не стали настаивать на их узаконивания. Альбина не могла ослушаться родителей, кроме того, испытывала стыд и вину в ответ на их укоры. Через два месяца после заключения брака муж стал пить больше, избивать Альбину, настаивать на сексуальной близости в пьяном виде. Усилились симптомы ринита – обострения носили более длительный и выраженный характер. Напряженные отношения длились год, в течение которого Альбина подвергалась постоянным побоям. Уйти от мужа она не решалась, так как родители не разрешали расторгнуть брак. Она предприняла попытку самоубийства – наглоталась таблеток, начались очень сильные боли. Случайно ее крики услышала соседка, взломала балконную дверь и вызвала «скорую». (После этого Альбина в течение года вынуждена была лечить желудок, кишечник, пищевод. На сегодняшний момент заболеваний желудочно-кишечного тракта нет.)

За следующие после попытки самоубийства два года Альбина развелась с мужем, поменяла несколько мест работы (из-за низкой оплаты), оставаясь везде менеджером по кадрам. Ринит стал носить еще более выраженный характер. Обострения стали сопровождаться головными болями, повышенной утомляемостью, астенизацией. Альбина продолжала жить с родителями. Отношения были несколько напряженными, хотя открытых конфликтов не возникало никогда. Отец настаивал на поступлении в аспирантуру и написании диссертации. Мать считала, что папа ошибается – у Альбины нет для этого достаточных способностей.

Появилось увлечение – лепка из глины, которое приносило облегчение. Во время лепки Альбина забывалась, нос переставал болеть, выделения прекращались. Подруги говорили, что во время лепки она становится более женственной, красивой и здоровой. Альбина стала зарабатывать больше, продвигалась по службе, через два года после развода ушла от родителей и стала снимать квартиру. Симптомы заболевания сразу стали мягче. О том периоде Альбина говорит, что она много работала, много общалась и ей было некогда болеть.

Внезапно от инфаркта умер отец, и Альбина из жалости к матери вернулась в родительскую квартиру. Сразу ухудшилось состояние, вернулись головные боли, усталость, ухудшились отношения с матерью.

Отношения с мужчинами складывались по-прежнему не очень хорошо. Альбине казалось, что она, ее болезнь вызывают отвращение у мужчин. Знакомства с мужчинами всегда заканчивались некрасивым и злобным расставанием – мужчины либо внезапно бросали ее, не желая больше даже видеться, либо Альбина сама пугалась близости, говорила глупости и расстраивала отношения. Стала часто говорить мужчинам о том, что она хронически больной человек, что у нее из носа не прекращаются гнойные выделения, и мужчины сами уходили от нее.

Стала замечать, что после такого неадекватного расставания с мужчиной наступает обострение болезни, особенно если это случает осенью или весной: нос очень болит, практически перестает дышать, усиливаются выделения, повышается температура, все это сопровождается упадком сил, нервным возбуждением, постоянным плачем. Не помогают никакие лекарства. С каждым годом ринит становится все более выраженным. Стала понимать, что это может быть связано с нескладывающимися взаимоотношениями с мужчинами. Пыталась справиться с этим с помощью знаний по психологии, но облегчения не наступало. В последние шесть-семь лет болезнь приобрела характер очень серьезной проблемы, с которой Альбина и пришла на консультацию к психологу.

К психологу обратилась впервые. Считает, что у нее очень высокая раздражительность из-за ринита и она явно мешает во взаимоотношениях с друзьями. Не налаживаются взаимоотношения с мужчинами, нет ни сексуальных контактов, ни дружеских, что тоже может быть связано с обострением ринита. Считает, что мужчинам неприятно устанавливать взаимоотношения с большой девушкой. Очень хочет встретить нормального мужчину, создать семью и родить детей. Считает свои проблемы очень серьезными, так как она в этом направлении ничего сделать не может.

Альбина не знает, что такое любовь. Она не чувствовала любви со стороны родителей. Ей казалось, что папа ее любил, когда они играли в шах-

маты. Альбина папу любила больше, чем маму, и это чувство сохраняется до сих пор, но ей очень обидно и печально, что папа мало любил Альбину. Маму Альбина не любила, испытывала все детство к маме страх и злость. Все радостные моменты детства связаны со старшей сестрой Леной, это самое теплое и родное существо в жизни.

Иногда нарушается сон. Сильно нервничает и плохо спит после развода отношений с мужчиной. Чувствует неуверенность, считает себя некрасивой и непривлекательной. Боится насилия со стороны мужчин. Опасаетсяходить вечером одна, носит с собой газовый баллончик. При облегчении заболевания, ближе к декабрю, начинает покупать себе много подарков, тратит много денег на себя.

Степень удовлетворенности жизнью средняя, так как имеет много подруг, вполне удовлетворена своей работой, зарабатывает достаточно денег, есть увлечение – лепит из глины, очень нравится этим заниматься. Изделия из глины дарит своим друзьям, иногда получает заказы, что убедило ее в том, что в этом у нее есть определенный талант.

Напряжение в последние годы очень высокое. Особенно выросло в августе после расставания с молодым человеком, когда раньше времени началось обострение ринита, добавилась одышка, стало сжиматься сердце. Врач посоветовал обратиться к психиатру.

Ожидания относительно терапии: считает, что психолог ей поможет, «надо поучиться перестать нервничать». Считает, если она перестанет «так относиться к жизни, то и нос будет получше».

В ситуации общения ринит проявлялся как очень интенсивные насильтственные выдохания, шмыгания носом, насильтвенное высмаркивание из носа субстрата, что вызывало одновременно чувство отвращения к ней и нежелание контактировать. Это носило одновременно насильтственный и демонстративный характер и в то же время вызывало чувство вины и опасения, что ситуацию можно разрушить какими-то неадекватными словами.

На начальном этапе терапии с трудом вербализовала свои чувства – неопределенно и неуверенно. В процессе терапии признала чувство вины перед старшей сестрой, осознала обиду, досаду и гнев по отношению к отцу – на этот момент признаки ринита почти исчезли. На следующем этапе терапии признала любовь к отцу и простила его, после чего изменилось отношение к болезни, перестала акцентировать на ней внимание – рецидив закончился раньше, чем обычно.

В настоящее время Альбина посещает психодраматическую группу.

Анализируя данный случай, можно предположить, что развившееся расстройство относится к разряду соматоформных, поскольку не могут

быть выделены какие-либо объективные органические причины, вызывающие соматические симптомы. На развитие расстройства оказали влияние несколько факторов. С одной стороны, можно проследить наследственную предрасположенность – тот же орган-мишень, что и у отца, нос; с другой – воспитание по типу эмоционального отвержения со стороны родителей, эмоциональная депривация, запрет на выражение негативных эмоций обусловили формирование алекситимических черт личности. Нарушенные объектные отношения и процессы интернализации обусловили развитие расстройств личности (возможно, пограничного характера) и нарушение межличностных отношений. Можно сделать предположение, что психосоматический симптом развился как форма выражения негативных эмоций, как разрешение их чувствовать. Далее он стал использоваться с целью избегания ситуаций, в которых актуализировался внутриличностный конфликт, ситуаций взаимодействия с другими людьми – позволял неходить в школу и устанавливать контакты с учителями и одноклассниками, позже – устанавливать близкие отношения с лицами противоположного пола. На подтверждение этих предположений указывают и результаты проводимой психотерапии.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

ЛЕНИНГРАДСКИЙ ОПРОСНИК БЕХТЕРЕВСКОГО ИНСТИТУТА (ЛОБИ)*

Ленинградский опросник бехтеревского института (ЛОБИ) разработан с целью диагностики типов отношения к болезни и других связанных с нею личностных отношений у больных хроническими соматическими заболеваниями.

Диагностируется сложившийся под влиянием болезни паттерн отношений к самой болезни, ее лечению, врачам и медперсоналу, родным и близким, окружающим, работе (учебе), одиночеству и будущему, а также к своим витальным функциям (самочувствие, настроение, сон, аппетит).

Инструкция: выберите из каждого раздела *не более трех утверждений*, которые выражают ваше мнение, и отметьте их кружком в бланке для ответов.

САМОЧУВСТВИЕ

1. С тех пор как я заболел, у меня почти всегда плохое самочувствие.
2. Я почти всегда чувствую себя бодрым и полным сил.
3. Дурное самочувствие я стараюсь перебороть.
4. Плохое самочувствие я стараюсь не показывать другим.
5. У меня почти всегда что-нибудь болит.
6. Плохое самочувствие возникает у меня после огорчений.
7. Плохое самочувствие появляется у меня от ожидания неприятностей.
8. Я стараюсь терпеливо переносить боль и физические страдания.
9. Мое самочувствие вполне удовлетворительное.
10. С тех пор как я заболел, у меня бывает плохое самочувствие с приступами раздражительности и чувством тоски.
11. Мое самочувствие очень зависит от того, как относятся ко мне окружающие.
0. Ни одно из определений мне не подходит.

НАСТРОЕНИЕ

1. Как правило, настроение у меня очень хорошее.
2. Из-за болезни я часто бываю нетерпеливым и раздражительным.

* Из кн.: Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология: Учеб. пособие. М., 2005.

3. У меня настроение портится от ожидания возможных неприятностей, беспокойства за близких, неуверенности в будущем.
4. Я не позволяю себе из-за болезни предаваться унынию и грусти.
5. Из-за болезни у меня почти всегда плохое настроение.
6. Мое плохое настроение зависит от плохого самочувствия.
7. У меня совершенно безразличное настроение.
8. У меня бывают приступы мрачной раздражительности, во время которых страдают окружающие.
9. У меня не бывает уныния и грусти, но возможны ожесточение и гнев.
10. Малейшие неприятности сильно задевают меня.
11. Из-за болезни у меня всегда тревожное настроение.
12. Мое настроение обычно такое же, как и у окружающих меня людей.
0. Ни одно из определений мне не подходит.

СОН И ПРОБУЖДЕНИЕ ОТО СНА

1. Проснувшись, я сразу заставляю себя встать.
2. Утро для меня самое тяжелое время суток.
3. Если меня что-то расстроит, я долго не могу уснуть.
4. Я плохо сплю ночью и чувствую сонливость днем.
5. Я сплю мало, но встаю бодрым, сны вижу редко.
6. С утра я более активен и мне легче работать, чем вечером.
7. У меня плохой и беспокойный сон и часто бывают тосклые сновидения.
8. Бессонница у меня наступает периодически без особых причин.
9. Я не могу спокойно спать, если утром надо встать в определенный час.
10. Утром я встаю бодрым и энергичным.
11. Я просыпаюсь с мыслью о том, что сегодня надо будет сделать.
12. По ночам у меня бывают приступы страха.
13. С утра я чувствую полное безразличие ко всему.
14. Я могу свободно регулировать свой сон.
15. По ночам меня особенно преследуют мысли о моей болезни.
16. Во сне мне видятся всякие болезни.
0. Ни одно из определений мне не подходит.

АППЕТИТ И ОТНОШЕНИЕ К ЕДЕ

1. Нередко я стесняюсь есть при посторонних людях.
2. У меня хороший аппетит.

3. У меня плохой аппетит.
4. Я люблю сытно поесть.
5. Я ем с удовольствием и не люблю ограничивать себя в еде.
6. Мне легко можно испортить аппетит.
7. Я боюсь испорченной пищи и всегда тщательно проверяю ее свежесть и доброкачественность.
8. Еда меня интересует прежде всего как средство поддержания здоровья.
9. Я стараюсь придерживаться диеты, которую сам разработал.
10. Еда не доставляет мне никакого удовольствия.
0. Ни одно из определений мне не подходит.

ОТНОШЕНИЕ К БОЛЕЗНИ

1. Моя болезнь меня пугает.
2. Я так устал от болезни, что мне безразлично, что со мной будет.
3. Стараюсь не думать о своей болезни и жить беззаботной жизнью.
4. Моя болезнь больше всего угнетает меня тем, что люди стали стояниться ко мне.
5. Постоянно думаю обо всех возможных осложнениях, связанных с болезнью.
6. Я уверен, что моя болезнь неизлечима и ничего хорошего меня не ждет.
7. Считаю, что моя болезнь запущена из-за невнимания и неумения врачей.
8. На мой взгляд, опасность моей болезни врачи преувеличивают.
9. Стараюсь перебороть болезнь и работать как прежде и даже больше.
10. Я чувствую, что моя болезнь гораздо тяжелее, чем это могут определить врачи.
11. Я здоров и болезни меня не беспокоят.
12. Моя болезнь протекает совершенно необычно – не так, как у других, и поэтому требует особого внимания.
13. Моя болезнь меня раздражает, делает нетерпеливым, вспыльчивым.
14. Я знаю, по чьей вине я заболел, и не прошу этого никогда.
15. Я всеми силами стараюсь не поддаваться болезни.
0. Ни одно из определений мне не подходит.

ОТНОШЕНИЕ К ЛЕЧЕНИЮ

1. Избегаю всякого лечения – надеюсь, что организм сам переборет болезнь, если о ней поменьше думать.

2. Меня пугают трудности и опасности, связанные с предстоящим лечением.
3. Я был бы готов на самое мучительное и даже опасное лечение, только бы избавиться от болезни.
4. Я не верю в успех лечения и считаю его напрасным.
5. Я ищу новые способы лечения, но, к сожалению, во всех них постоянно разочаровываюсь.
6. Считаю, что мне назначают много ненужных лекарств, процедур, меня уговаривают на бесполезную операцию.
7. Всякие новые лекарства, процедуры и операции вызывают у меня бесконечные мысли об осложнениях и опасностях, с ними связанных.
8. От лечения мне становится только хуже.
9. Лекарства и процедуры нередко оказывают на меня такое необычное действие, что это изумляет врачей.
10. Считаю, что среди способов лечения есть настолько вредные, что их следовало бы запретить.
11. Считаю, что меня лечат неправильно.
12. Я ни в каком лечении не нуждаюсь.
13. Мне надоело бесконечное лечение, хочу только, чтобы меня оставили в покое.
14. Я избегаю говорить о лечении с другими людьми.
15. Меня раздражает и озлобляет, когда лечение не дает улучшения.
0. Ни одно из определений мне не подходит.

ОТНОШЕНИЕ К ВРАЧАМ И МЕДПЕРСОНАЛУ

1. Главным во всяком медицинском работнике я считаю внимание к больному.
2. Я хотел бы лечиться у такого врача, у которого большая известность.
3. Считаю, что заболел больше всего по вине врачей.
4. Мне кажется, что врачи мало что понимают в моей болезни и только делают вид, что лечат.
5. Мне все равно, кто и как меня лечит.
6. Я часто беспокоюсь о том, что не сказал врачу что-то важное, что может повлиять на успех лечения.
7. Врачи и медперсонал нередко вызывают у меня неприязнь.
8. Я обращаюсь то к одному, то к другому врачу, так как не уверен в успехе лечения.
9. С большим уважением я отношусь к медицинской профессии.

10. Я не раз убеждался, что врачи и медперсонал невнимательны и недобросовестно выполняют свои обязанности.

11. Я бываю нетерпеливым и раздражительным с врачами и персоналом и потом сожалею об этом.

12. Я здоров и в помощи врачей не нуждаюсь.

13. Считаю, что врачи и медперсонал попусту тратят время на меня.

0. Ни одно из определений мне не подходит.

ОТНОШЕНИЕ К РОДНЫМ И БЛИЗКИМ

1. Я настолько поглощен мыслями о моей болезни, что дела близких меня перестали волновать.

2. Я стараюсь не показывать виду родным и близким, как я болен, чтобы не омрачать им настроения.

3. Близкие напрасно хотят сделать из меня тяжелобольного.

4. Меня одолевают мысли, что из-за моей болезни моих близких ждут трудности и невзгоды.

5. Мои родные не хотят понять тяжесть моей болезни и не сочувствуют моим страданиям.

6. Близкие не считаются с моей болезнью и хотят жить в свое удовольствие.

7. Я стесняюсь своей болезни даже перед близкими.

8. Из-за болезни я потерял всякий интерес к делам и волнениям близких и родных.

9. Из-за болезни я стал в тягость близким.

10. Здоровый вид и беззаботная жизнь близких вызывают у меня неприязнь.

11. Я считаю, что заболел из-за моих родных.

12. Я стараюсь поменьше доставлять тягот и забот моим близким из-за моей болезни.

0. Ни одно из определений мне не подходит.

ОТНОШЕНИЕ К РАБОТЕ (УЧЕБЕ)

1. Болезнь делает меня никуда не годным работником (не способным учиться).

2. Я боюсь, что из-за болезни я лишусь хорошей работы (придется уйти из хорошего учебного заведения).

3. Моя работа (учеба) стала для меня совершенно безразличной.

4. Из-за болезни мне стало не до работы (не до учебы).

5. Все время беспокоюсь, что из-за болезни могу допустить оплошность на работе (не справиться с учебой).

6. Считаю, что болезнь моя из-за того, что работа (учеба) причинила вред моему здоровью.

7. На работе (по месту учебы) совершенно не считаются с моей болезнью и даже придираются ко мне.

8. Не считаю, что болезнь может помешать моей работе (учебе).

9. Я стараюсь, чтобы на работе (по месту учебы) меньше знали и говорили о моей болезни.

10. Я считаю, что, несмотря на болезнь, надо продолжать работу (учебу).

11. Болезнь сделала меня на работе (учебе) неусидчивым и нетерпеливым.

12. На работе (за учебой) я стараюсь забыть о своей болезни.

13. Все удивляются и восхищаются тем, что я успешно работаю (учусь), несмотря на болезнь.

14. Мое здоровье не мешает мне работать (учиться) там, где я хочу.

0. Ни одно из определений мне не подходит.

ОТНОШЕНИЕ К ОКРУЖАЮЩИМ

1. Мне теперь все равно, кто меня окружает и кто около меня.

2. Мне хочется только, чтобы окружающие оставили меня в покое.

3. Когда я заболел, все обо мне забыли.

4. Здоровый вид и жизнерадостность окружающих вызывают у меня раздражение.

5. Я стараюсь, чтобы окружающие не замечали моей болезни.

6. Мое здоровье не мешает мне общаться с окружающими, сколько мне хочется.

7. Мне бы хотелось, чтобы окружающие испытывали на себе, как тяжело болеть.

8. Мне кажется, что окружающие сторонятся меня из-за моей болезни.

9. Окружающие не понимают моей болезни и моих страданий.

10. Моя болезнь и то, как я ее переношу, удивляют и поражают окружающих.

11. С окружающими я стараюсь не говорить о моей болезни.

12. Мое окружение довело меня до болезни, и я этого не прощу.

13. Глядя на окружающих, я теперь вижу, как много людей страдают от болезней.

14. Общение с людьми мне теперь стало быстро надоедать и даже раздражает меня.

15. Моя болезнь не мешает мне иметь друзей.

0. Ни одно из определений мне не подходит.

ОТНОШЕНИЕ К ОДИНОЧЕСТВУ

1. Предпочитаю одиночество, потому что одному мне становится лучше.
2. Я чувствую, что болезнь обрекает меня на полное одиночество.
3. Оставшись наедине, я стараюсь найти какую-нибудь интересную и нужную работу.
4. В одиночестве меня начинают особенно преследовать нерадостные мысли о болезни, осложнениях, предстоящих страданиях.
5. Часто, оставшись наедине, я скорее успокаиваюсь: люди меня стали сильно раздражать.
6. Стесняясь болезни, я стараюсь отдалиться от людей, а в одиночестве скучаю по людям.
7. Избегаю одиночества, чтобы не думать о своей болезни.
8. Мне стало все равно: что быть среди людей, что оставаться в одиночестве.
9. Желание побыть одному зависит у меня от обстоятельств и настроения.
10. Я боюсь оставаться в одиночестве из-за опасений, связанных с болезнью.
0. Ни одно из определений мне не подходит.

ОТНОШЕНИЕ К БУДУЩЕМУ

1. Болезнь делает мое будущее печальным и унылым.
2. Мое здоровье не дает пока никаких оснований беспокоиться за будущее.
3. Я всегда надеюсь на счастливое будущее, даже в самых отчаянных положениях.
4. Не считаю, что болезнь может существенно отразиться на моем будущем.
5. Аккуратным лечением и соблюдением режима я надеюсь добиться улучшения здоровья в будущем.
6. Свое будущее я целиком связываю с успехом в моей работе.
7. Мне стало безразлично, что станет со мной в будущем.
8. Из-за моей болезни я в постоянной тревоге за мое будущее.
9. Я уверен, что в будущем вскроются ошибки и халатность тех, из-за кого я заболел.
10. Когда я думаю о своем будущем, меня охватывают тоска и раздражение по отношению к другим людям.
11. Из-за болезни я очень тревожусь за свое будущее.
0. Ни одно из определений мне не подходит.

Обработка результатов

За каждое совпадение выбранного ответа с нормативным (приведенным ниже) начисляется один балл по тому или иному типу психического реагирования. Если в нормативном трафарете отмечено несколько типов на один ответ, то баллы начисляются по каждому из них. Сдвоенные символы (например, ПП, РР) обозначают, что в пользу данного типа начисляется по два балла.

НОРМАТИВНЫЙ ТРАФАРЕТ

Самочувствие

1. Т
2. З
3. Г
4. ПП
5. И
6. Н
7. Т
10. ТН
11. ТТО

Сон и пробуждение ото сна

3. ТНО
4. А
11. СС
12. О
15. О

Отношение к болезни

1. ТТ
2. АА
3. ФФ
4. С
5. ОО
6. И
7. П
8. З
9. РР
10. И
11. З
12. ЯЯ
13. НН

14. П

15. Г

Насстроение

1. Ф
2. ННЯ
3. ООС
4. Г
5. ИЯ
6. ТН
7. А
10. П

Аппетит и отношение к еде

1. С
2. ФП
3. И
5. З
7. И
8. Р
9. И

Отношение к лечению

10. П
11. П
14. Г
0. ЗФР

Отношение к врачам и медперсоналу

1. Г
2. И
3. П
8. Я
9. Г
10. НП

Отношение к работе (учебе)

1. А
5. С
7. О
8. Ф
9. Р
10. РР

Отношение к одиночеству

1. АС
5. НЯ
9. ГФ
10. СЯ
0. Ф

Отношение к родным и близким

2. СР
5. И
7. Я
12. ГРР

Отношение к окружающим

6. ЗЗ
9. Я
14. И
15. Г

Отношение к будущему

1. АА
2. ЗФ
4. ЗЗ
5. ГТ
7. А
8. ИСЯЯ
9. П

Интерпретация: заключение о преобладающем типе психического реагирования на заболевание делается на основании сравнения полученных при обработке данных испытуемого по всем типам реагирования с минимальными диагностическими числами. Диагностируются лишь те типы, которые оказываются равными или превышающими соответствующее минимальное диагностическое число.

Тип реагирования	Г	Т	И	М	А	Н	О	С	Я	Ф	З	Р	П
Минимальное диагностическое число	7	4	3	3	3	3	4	3	3	5	5	6	3
Показатели испытуемого													

Обозначения: Г – гармоничный; Т – тревожный; И – ипохондрический; М – меланхолический; А – апатический; Н – неврастенический; О – обессиленно-фобический; С – сенситивный; Я – эгоцентрический; Ф – эйфорический; З – анозогностический; Р – эргопатический; П – паранойяльный.

1. Гармоничный (Г). Трезвая оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть и без оснований видеть все в мрачном свете, но и без недооценки тяжести болезни. Стремление во всем активно содействовать успеху лечения. Нежелание обременять других тяготами ухода за собой. В случае неблагоприятного прогноза (например, инвалидизации) переключение интересов на те области жизни, которые останутся доступными больному. При неблагоприятном прогнозе quo ad vitam сосредоточение внимания, забот, интересов на судьбе близких, на своем деле.

2. Тревожный (Т). Постоянное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. Поиск новых способов лечения, жажда дополнительной информации о болезни, вероятных осложнениях, методах лечения, непрерывный поиск «авторитетов». В отличие от ипохондрии более интересуют объективные данные о болезни (результат анализов, заключения специалистов), чем собственные ощущения. Поэтому предпочитают больше слушать высказывания других, чем бесконечно предъявлять свои жалобы. Настроение прежде всего тревожное, угнетенность – вследствие этой тревоги.

3. Ипохондрический (И). Сосредоточение на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях. Стремление постоянно рассказывать о них окружающим. На их основе преувеличение действительных и выискивание несуществующих болезней и страданий. Преувеличение побочного действия лекарств. Сочетание желания лечиться и неверия в успех, требований тщательного обследования и боязни вреда и болезненности процедур.

4. Меланхолический (М). Удрученность болезнью, неверие в выздоровление, в возможное улучшение, в 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 (А). Полное безразличие к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам лечения. Пассивное подчинение процедурам и лечению при настойчивом побуждении со стороны. Утрата интереса ко всему, что ранее волновало.

6. Неврастенический (Н). Поведение по типу «раздражительной слабости». Вспышки раздражения, особенно при болях, неприятных ощущениях, неудачах лечения, неблагоприятных данных обследования. Раздражение нередко изливается на первого попавшегося и завершается нередко раскаянием и слезами. Непереносимость болевых ощущений. Нетерпе-

ливость. Неспособность ждать облегчения. В последующем – раскаяние за беспокойство и несдержанность.

7. Обсессивно-фобический (О). Тревожная мнительность прежде всего касается опасений не реальных, а маловероятных осложнений болезни, неудач лечения, а также возможных (но малообоснованных) неудач в жизни, работе, семейной ситуации в связи с болезнью. Воображаемые опасности волнуют больше, чем реальные. Защитой от тревоги становятся приметы и ритуалы.

8. Сенситивный (С). Чрезмерная озабоченность о возможном неблагоприятном впечатлении, которое могут произвести на окружающих сведения о своей болезни. Опасения, что окружающие станут избегать, считать неполноценным, пренебрежительно или с опаской относиться, распускать сплетни или неблагоприятные сведения о причине и природе болезни. Боязнь стать обузой для близких из-за болезни и неблагожелательного отношения с их стороны в связи с этим.

9. Эгоцентрический (Я). «Уход в болезнь». Выставление напоказ близким и окружающим своих страданий и переживаний, чтобы полностью завладеть их вниманием. Требование исключительной заботы – все должны забыть и бросить все и заботиться только о больном. Разговоры окружающих быстро переводятся на себя. В других людях, также требующих внимания и заботы, видят только «конкурентов» и относятся к ним неприязненно. Постоянное желание показать свое особое положение, свою исключительность в отношении болезни.

10. Эйфорический (Ф). Необоснованно повышенное настроение, нередко наигранное. Пренебрежение, легкомысленное отношение к болезни и лечению. Надежда на то, что «само все обойдется». Желание получать от жизни все, несмотря на болезнь. Легкость нарушений режима, хотя эти нарушения могут неблагоприятно сказаться на течении болезни.

11. Анозогнозический (З). Активное отбрасывание мысли о болезни, о возможных ее последствиях. Отрицание очевидного в проявлениях болезни, приписывание их случайным обстоятельствам или другим несерьезным заболеваниям. Отказ от обследования и лечения. Желание «обойтись своими средствами».

12. Эргопатический (Р). «Уход от болезни в работу». Даже при тяжести болезни и страданиях стараются во что бы то ни стало работу продолжать. Трудятся с ожесточением, с еще большим рвением, чем до болезни, работе отдают все время, стараются лечиться и подвергаться обследованию так, чтобы это оставляло возможность для продолжения работы.

13. *Паранойяльный* (П). Уверенность, что болезнь – результат чьего-то злого умысла. Крайняя подозрительность к лекарствам и процедурам. Стремление приписывать возможные осложнения лечения или побочные действия лекарств халатности или злому умыслу врачей и персонала. Обвинения и требования наказаний в связи с этим.

Система отношений, связанных с болезнью, может не укладываться в один из описанных типов. Здесь речь может идти о смешанных типах, особенно близких по картине (тревожно-обсессивный, эйфорически-ано-зогнозический, сенситивно-эропатический и др.). Но система отношений может еще не сложиться в единый паттерн, – тогда ни один из перечисленных типов не может быть диагностирован и черты многих или всех типов бывают представлены более или менее равномерно.

ТОРОНТСКАЯ АЛЕКСИТИМИЧЕСКАЯ ШКАЛА*

Под алекситимией понимают сниженную способность к вербализации эмоциональных состояний. Алекситимическая личность характеризуется трудностями в определении и описании собственных переживаний, сложностью в различении чувств и телесных переживаний, снижением способности к символизации, о чем свидетельствует бедность фантазии, воображения, большая сфокусированность на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях. Указанные особенности вызывают трудности в осознании эмоций и когнитивной переработки аффекта, что ведет к усилению физиологических реакций на стресс. Клинический опыт подтверждает это предположение. Уровень алекситимии измеряется при помощи специального опросника – Торонтской алекситимической шкалы, адаптированной в Институте им. В. М. Бехтерева.

Инструкция испытуемому. Прочтите утверждения опросника и укажите, в какой степени вы согласны или не согласны с каждым из следующих утверждений (ставьте «+» в соответствующей колонке). Дайте только один ответ на каждое утверждение: 1) совершенно не согласен, 2) скорее не согласен, 3) ни то ни другое, 4) скорее согласен, 5) совершенно согласен.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ АЛЕКСИТИМИИ

Утверждения	Совершенно не согласен	Скорее не согласен	Ни то ни другое	Скорее согласен	Совершенно согласен
1. Когда я плачу, всегда знаю, почему 2. Мечты – это потеря времени 3. Я хотел бы быть не таким застенчивым 4. Я часто затрудняюсь определить, какие чувства испытываю 5. Я часто мечтаю о будущем 6. Мне кажется, я так же способен легко заводить друзей, как и другие					

* Из кн.: Малкина-Пых И. Г. Психосоматика: Новейший справочник. М., 2003.

П р о д о л ж е н и е т а б л и ц ы

Утверждения	Совершенно не согласен	Скорее не согласен	Ни то ни другое	Скорее согласен	Совершенно согласен
7. Знать, как решать проблемы, более важно, чем понимать причины принятия этих решений					
8. Мне трудно находить правильные слова для моих чувств					
9. Мне нравится ставить людей в известность о своей позиции по тем или иным вопросам					
10. У меня бывают физические ощущения, которые непонятны даже докторам					
11. Мне недостаточно знать, что привело к такому результату, мне необходимо знать, почему и как это происходит					
12. Я способен с легкостью описать свои чувства					
13. Я предпочитаю анализировать проблемы, а не просто их описывать					
14. Когда я расстроен, не знаю, печален ли я, испуган или зол					
15. Я часто даю волю воображению					
16. Я провожу много времени в мечтах, когда не занят ничем другим					
17. Меня часто озадачивают ощущения, возникающие в моем теле					
18. Я редко мечтаю					
19. Я предпочитаю, чтобы все шло само собой, и не стремлюсь понимать, почему все произошло именно так					
20. У меня бывают чувства, которым я не могу дать вполне точное определение					
21. Очень важно уметь разбираться в эмоциях					

О к о н ч а н и е т а б л и ц ы

Утверждения	Совершенно не согласен	Скорее не согласен	Ни то ни другое	Скорее согласен	Совершенно согласен
22. Мне трудно описывать свои чувства по отношению к людям					
23. Люди мне говорят, что я недостаточно выражаю свои чувства					
24. Следует искать более глубокие объяснения происходящему					
25. Я не знаю, что происходит внутри меня					
26. Я часто не знаю, почему я сердусь					

Обработка и интерпретация данных. Подсчет баллов осуществляется таким образом.

Ответ «совершенно не согласен» оценивается в 1 балл, «скорее согласен» – в 2, «ни то, ни другое» – в 3, «скорее согласен» – в 4, «совершенно согласен» – в 5. Эта система баллов действительна для пунктов шкалы 2, 3, 4, 7, 8, 10, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 25, 26.

Отрицательный код имеют пункты шкалы 1, 5, 6, 9, 11, 12, 13, 15, 21, 24. Для получения итоговой оценки в баллах следует проставить противоположную оценку по этим пунктам (т. е. оценка 1 получает 5 баллов, 2 – 4 балла, 3 – 3 балла, 4 – 2 балла, 5 – 1 балл).

Сумма баллов по всем пунктам и есть итоговый показатель лекситимичности.

Теоретическое распределение результатов возможно от 26 до 130 баллов. По данным авторов методики, алекситимический тип личности получает 74 балла и выше, неалекситимический тип личности набирает 62 балла и ниже. Ученые Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева, адаптировавшие методику, выявили средние значения показателя алекситимии у нескольких групп испытуемых: контрольная группа здоровых людей – $59,3 \pm 1,3$, группа больных с психосоматическими расстройствами (J45, I10, K25, K26) – $72,09 \pm 0,82$, группа больных неврозами (F40–F48) – $70,1 \pm 1,3$.

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

МЕТОДИКА «ТИП ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ» – ТПА*

Инструкция. Вам будет предъявлен ряд вопросов или утверждений, касающихся особенностей жизни, активности в делах и общении или поведения в эмоционально-напряженных ситуациях. Внимательно прочитайте каждый вопрос (утверждение) и выберите в качестве ответа тот из вариантов, который в наибольшей степени соответствует вашим поведенческим характеристикам, и обведите соответствующий порядковый номер (проставьте номер в соответствующей графе бланка для ответа).

Старайтесь отвечать искренне и быстро. Помните, правильных или неправильных ответов здесь не существует.

1. Бывает ли вам трудно выбрать время, чтобы сходить в парикмахерскую:

- 1) никогда;
- 2) иногда;
- 3) почти всегда.

2. У вас такая работа, которая взбадривает (понукает, будоражит):

- 1) меньше, чем работа большинства людей;
- 2) примерно такая же, как работа большинства людей;
- 3) больше, чем работа большинства людей.

3. Ваша повседневная жизнь в основном заполнена:

- 1) делами, требующими решения;
- 2) обыденными делами;
- 3) делами, которые вам скучны.

4. Одни люди живут спокойной, размеренной жизнью, жизнь других часто переполнена неожиданностями, непредвиденными обстоятельствами и осложнениями. Как часто вам приходится сталкиваться с такими событиями:

- 1) несколько раз в день;
- 2) примерно раз в день;
- 3) несколько раз в неделю;
- 4) раз в неделю;
- 5) раз в месяц или реже.

* Опубликовано на сайте: www.psynet.narod.ru/tests/meme2.htm

5. В случае если вас что-то сильно гнетет, давит или люди слишком много требуют от вас, то вы:

- 1) теряете аппетит и/или меньше едите;
- 2) едите чаще и/или больше обычного;
- 3) не замечаете никаких существенных изменений в аппетите.

6. В случае если вас что-то гнетет, давит или у вас есть неотложные заботы, то вы:

- 1) немедленно принимаете соответствующие меры;
- 2) тщательно обдумываете, прежде чем начать действовать.

7. Как быстро вы обычно едите:

- 1) обычно кончаю есть раньше других;
- 2) ем немного быстрее других;
- 3) с такой же скоростью, как и большинство людей;
- 4) ем медленнее, чем большинство людей.

8. Ваши родные или друзья когда-либо говорили, что вы едите черезчур быстро:

- 1) да, часто;
- 2) да, раз или два;
- 3) нет, мне никто никогда этого не говорил.

9. Как часто вы делаете несколько дел одновременно, например едите и работаете:

- 1) делаю несколько дел одновременно всякий раз, когда это возможно;
- 2) делаю это только тогда, когда не хватает времени;
- 3) делаю это редко или никогда не делаю.

10. Когда вы слышите кого-либо и этот человек слишком долго не может закончить мысль, вы чувствуете желание поторопить его:

- 1) часто;
- 2) иногда;
- 3) почти никогда.

11. Как часто вы действительно заканчиваете мысль медленно говорящего, чтобы ускорить разговор:

- 1) часто;
- 2) иногда;
- 3) почти никогда.

12. Как часто ваши близкие или друзья замечают, что вы невнимательны, если вам говорят о чем-либо слишком подробно:

- 1) раз в неделю или чаще;
- 2) несколько раз в месяц;

- 3) почти никогда;
- 4) никогда.

13. Если вы говорите своим близким или друзьям, что приедете в определенное время, то как часто вы опаздываете:

- 1) иногда;
- 2) редко;
- 3) почти никогда;
- 4) никогда не опаздываю.

14. Бывает ли, что вы торопитесь к месту встречи, хотя времени еще вполне достаточно:

- 1) часто;
- 2) иногда;
- 3) редко или никогда.

15. Предположим, что вам надо с кем-то встретиться в установленное время, например, на улице, в вестибюле метро и т. п., и этот человек опаздывает уже на 10 минут, то вы:

- 1) спокойно подождете;
- 2) будете прохаживаться в ожидании;
- 3) обычно у вас есть с собой книга или газета, чтобы было чем заняться в ожидании.

16. Если вам приходится стоять в очереди, например, в столовой, в магазине, то вы:

- 1) спокойно ждете своей очереди;
- 2) испытываете нетерпение, но не показываете этого;
- 3) чувствуете такое нетерпение, что это замечают окружающие;
- 4) решительно отказываетесь стоять в очереди и пытаетесь найти способ избежать потери времени.

17. Если вы играете в игру, в которой есть элемент соревнования (например, шахматы, домино, волейбол), то вы:

- 1) напрягаете все силы для победы;
- 2) стараетесь выиграть, но не слишком усердно;
- 3) играете скорее для удовольствия, чем серьезно.

18. Представьте, что вы и ваши друзья (или сотрудники) начинаете новую работу. Что вы думаете о соревновании в этой работе:

- 1) предпочитаю избегать этого;
- 2) принимаю потому, что это неизбежно;
- 3) получаю удовольствие, так как это меня подбадривает и стимулирует.

19. Когда вы были моложе, большинство людей считало, что вы:
1) часто стараетесь и по-настоящему хотите быть во всем первым и лучшим;

- 2) иногда стараетесь и вам нравится быть во всем первым и лучшим;
- 3) обычно вам хорошо так, как есть (обычно вы расслаблены);
- 4) вы всегда расслаблены и не склонны соревноваться.

20. Чем, по вашему мнению, вы отличаетесь в настоящее время:
1) часто стараетесь (и по-настоящему хотите) быть во всем первым и лучшим;

- 2) иногда стараетесь и вам нравится во всем быть первым и лучшим;
- 3) обычно вам хорошо так, как есть (обычно вы расслаблены);
- 4) вы всегда расслаблены и не склонны соревноваться.

21. По мнению родных или друзей, вы:
1) часто стараетесь (и по-настоящему хотите) быть во всем первым и лучшим;

- 2) иногда стараетесь и вам нравится быть во всем первым и лучшим;
- 3) обычно вам хорошо так, как есть (обычно вы расслаблены);
- 4) вы всегда расслаблены и не склонны соревноваться.

22. Как оценивают ваши родные или друзья вашу общую активность:
1) недостаточная активность, медлительность, надо быть активнее;

- 2) около среднего, всегда есть какое-то занятие;
- 3) сверхактивность, бьющая через край энергия.

23. Согласились бы знающие вас люди, что вы относитесь к своей работе слишком серьезно:

- 1) да, абсолютно;
- 2) возможно, да;
- 3) возможно, нет;
- 4) абсолютно нет.

24. Согласились бы хорошо знающие вас люди, что вы менее энергичны, чем большинство людей:

- 1) да, абсолютно;
- 2) возможно, да;
- 3) возможно, нет;
- 4) абсолютно нет.

25. Согласились бы хорошо знающие вас люди с тем, что за короткое время вы способны выполнить большой объем работы:

- 1) абсолютно да;
- 2) возможно, да;

- 3) возможно, нет;
- 4) абсолютно нет.

26. Согласились бы хорошо знающие вас люди, что вы легко сердитесь (раздражаетесь):

- 1) да, абсолютно;
- 2) возможно, да;
- 3) возможно, нет;
- 4) абсолютно нет.

27. Согласились бы хорошо знающие вас люди, что вы живете мирной и спокойной жизнью:

- 1) да, абсолютно;
- 2) возможно, да;
- 3) возможно, нет;
- 4) абсолютно нет.

28. Согласились бы хорошо знающие вас люди, что вы большинство дел делаете в спешке:

- 1) да, абсолютно;
- 2) возможно, да;
- 3) возможно, нет;
- 4) абсолютно нет;

29. Согласились бы хорошо знающие вас люди, что вас радуют соревнования (состязания) и вы очень стараетесь выиграть:

- 1) да, абсолютно;
- 2) возможно, да;
- 3) возможно, нет;
- 4) абсолютно нет.

30. Какой характер был у вас, когда вы были моложе:

- 1) вспыльчивый и с трудом поддающийся контролю;
- 2) вспыльчивый, но поддающийся контролю;
- 3) вполне уравновешенный (не было проблем);
- 4) почти никогда не сержусь (не выхожу из себя).

31. Каким вы представляете свой характер сегодня:

- 1) вспыльчивым, с трудом поддающимся контролю;
- 2) вспыльчивым, но поддающимся контролю;
- 3) вполне уравновешенным;
- 4) почти никогда не сержусь (не выхожу из себя).

32. Когда вы погружены в работу и кто-либо (не начальник) прерывает вас, что вы обычно чувствуете при этом:

- 1) чувствую себя вполне хорошо, так как после неожиданного перерыва работает лучше;
- 2) чувствую легкую досаду;
- 3) чувствую раздражение, потому что это мешает делу.

33. Если повторяющиеся перерывы в работе действительно вас разозлили, то вы:

- 1) ответите резко;
- 2) ответите в спокойной форме;
- 3) попытаетесь что-то сделать, чтобы это предотвратить;
- 4) попытаетесь найти более спокойное место для работы, если это возможно.

34. Как часто вы выполняете работу, которую должны закончить к определенному сроку:

- 1) ежедневно или чаще;
- 2) еженедельно;
- 3) ежемесячно или реже.

35. Работа, которую вы должны закончить к определенному сроку, как правило:

- 1) не вызывает напряжения, потому что она привычна, однообразна;
- 2) вызывает сильное напряжение, так как срыв срока может повлиять на работу группы людей.

36. Вы сами себе определяете сроки выполнения работы на службе и дома:

- 1) нет;
- 2) да, но только изредка;
- 3) да, весьма часто.

37. Качество работы, которую вы выполняете, к концу назначенного срока бывает:

- 1) лучше;
- 2) обычное;
- 3) хуже.

38. Бывает ли так, что на работе вы одновременно выполняете два или несколько заданий, делая то одно, то другое:

- 1) нет, никогда;
- 2) да, но не так часто;
- 3) да, постоянно.

39. Были бы вы удовлетворены возможностью оставаться на нынешней работе в последующие годы:

- 1) да;
- 2) нет, мне хотелось бы добиться большего;
- 3) конечно нет, я делаю все для того, чтобы меня повысили, иначе я буду очень расстроен.

40. Если бы можно было выбирать, то что бы вы предпочли:

- 1) прибавку к заработной плате без продвижения в должности;
- 2) продвижение в должности без существенного повышения зарплаты.

41. К концу отпуска вы:

- 1) хотите продлить его еще на неделю-другую;
- 2) чувствуете, что готовы вернуться к обычной работе;
- 3) хотите, чтобы отпуск закончился и можно было вернуться к обычной работе.

42. Бывало ли так, что за последние три года вы брали меньше дней отпуска, чем положено:

- 1) да;
- 2) нет;
- 3) на моей работе это невозможно.

43. Бывает ли, что во время отпуска вы не можете перестать думать о работе:

- 1) да, часто;
- 2) да, иногда;
- 3) нет, никогда.

44. В последние три года вы получали какие-либо поощрения на работе:

- 1) нет, никогда;
- 2) иногда;
- 3) да, часто.

45. Как часто выносите работу домой или изучаете дома материалы, связанные с работой:

- 1) редко или никогда;
- 2) раз в неделю или реже;
- 3) почти постоянно.

46. Как часто вы остаетесь на работе после окончания рабочего дня или приходите на работу в неурочное время:

- 1) на моей работе это невозможно;
- 2) весьма редко;
- 3) иногда (реже, чем раз в неделю).

47. Вы обычно остаетесь дома, если у вас озноб или повышенная температура тела:

- 1) да;
- 2) нет.

48. Если вы чувствуете, что начинаете уставать от работы, то:

- 1) некоторое время работаете менее активно, пока силы не вернутся к вам;
- 2) продолжаете работать так же активно, несмотря на усталость.

49. Когда вы работаете в коллективе, то сотрудники ожидают от вас, что вы будете руководить:

- 1) редко;
- 2) не чаще, чем от других;
- 3) чаще, чем от других.

50. Вы записываете свой распорядок дня (что нужно сделать):

- 1) никогда;
- 2) иногда;
- 3) часто.

51. Если кто-то поступает в отношении вас нечестно, вы:

- 1) прямо указываете ему на это;
- 2) находитесь в нерешительности и поступаете в зависимости от обстоятельств;
- 3) ничего не говорите об этом.

52. По сравнению с другими, выполняющими такую же работу, вы прилагаете:

- 1) гораздо больше усилий;
- 2) несколько больше усилий;
- 3) примерно столько же усилий;
- 4) немного меньше усилий;
- 5) гораздо меньше усилий.

53. По сравнению с другими, выполняющими такую же работу, вы чувствуете:

- 1) значительно большую ответственность;
- 2) несколько большую ответственность;
- 3) примерно такую же ответственность;
- 4) несколько меньшую ответственность;
- 5) значительно меньшую ответственность.

54. По сравнению с другими, выполняющими такую же работу, вы чувствуете необходимость торопиться:

- 1) гораздо больше;

- 2) несколько больше;
- 3) так же, как все;
- 4) несколько меньше;
- 5) гораздо меньше.

55. По сравнению с другими, выполняющими такую же работу, вы:

- 1) значительно более аккуратны;
- 2) несколько более аккуратны;
- 3) примерно в такой же степени аккуратны;
- 4) несколько менее аккуратны;
- 5) значительно менее аккуратны.

56. По сравнению с другими, выполняющими такую же работу, ваше отношение к ней:

- 1) гораздо более серьезное;
- 2) несколько более серьезное;
- 3) мало отличается от других;
- 4) несколько менее серьезное;
- 5) значительно менее серьезное.

57. По сравнению с работой, которую вы выполняли 10 лет назад, сейчас вы работаете в течение недели:

- 1) больше;
- 2) примерно столько же;
- 3) меньше, чем раньше.

58. По сравнению с работой, которую вы выполняли 10 лет тому назад, нынешняя работа требует:

- 1) меньшей ответственности;
- 2) такой же ответственности;
- 3) большей ответственности;

59. По сравнению с работой, которую вы выполняли 10 лет тому назад, нынешняя работа:

- 1) более престижна;
- 2) так же престижна;
- 3) менее престижна.

60. Сколько разных работ вы сменили за последние 10 лет (учтите, пожалуйста, любые изменения в характере или месте работы):

- 1) изменений не было или были однажды;
- 2) две;
- 3) три;
- 4) четыре;
- 5) пять и более.

61. За последние 10 лет вы ограничили число своих развлечений из-за недостатка времени:

- 1) да;
- 2) нет.

Ключи и диагностические правила

Оценка производится в баллах выбираемых (предпочитаемых) вопросов или утверждений (в порядке их нумерации).

При подсчете баллов учитываются следующие диагностические критерии.

Баллы

1. 13, 7, 1	21. 1, 5, 9, 13	41. 13, 7, 1
2. 13, 7, 1	22. 13, 7, 1	42. 1, 7, 13
3. 1, 17, 13	23. 1, 5, 9, 13	43. 1, 7, 13
4. 1, 4, 7, 10, 13	24. 13, 5, 9, 1	44. 13, 7, 1
5. 1, 7, 13	25. 1, 5, 9, 13	45. 13, 7, 1
6. 1, 13	26. 1, 5, 9, 13	46. 13, 9, 5, 1
7. 13, 9, 5, 1	27. 13, 9, 5, 1	47. 13, 1
8. 1, 7, 13	28. 1, 5, 9, 13	48. 13, 1
9. 1, 7, 13	29. 1, 5, 9, 13	49. 13, 7, 1
10. 1, 7, 13	30. 11, 5, 9, 13	50. 13, 7, 1
11. 1, 7, 13	31. 11, 5, 9, 13	51. 1, 7, 13
12. 1, 5, 9, 13	32. 13, 7, 1	52. 1, 4, 7, 10, 13
13. 13, 9, 5, 13	33. 1, 5, 9, 13	53. 1, 4, 7, 10, 13
14. 1, 7, 13	34. 1, 7, 13	54. 1, 4, 7, 10, 13
15. 13, 7, 1	35. 13, 1	55. 1, 4, 7, 10, 13
16. 13, 9, 5, 1	36. 13, 7, 1	56. 1, 4, 7, 10, 13
17. 1, 7, 13	37. 1, 7, 13	57. 1, 7, 13
18. 13, 7, 1	38. 13, 7, 1	58. 13, 7, 1
19. 1, 5, 9, 13	39. 13, 7, 1	59. 1, 7, 13
20. 1, 5, 9, 13	40. 13, 1	60. 13, 10, 7, 4, 1
		61. 1, 13

Если количество баллов не превышает 167, то с высокой вероятностью диагностируется выраженный тип поведенческой активности личности – тип А;

168–335 баллов – диагностируется определенная тенденция к поведенческой активности типа А (условно – А1);

336–459 баллов – диагностируется промежуточный (переходный) тип личностной активности – тип АБ;

460–626 баллов – диагностируется определенная тенденция к поведенческой активности типа Б (условно – Б1);

627 баллов и выше – диагностируется с высокой вероятностью выраженный поведенческий тип личностной активности – тип Б.

Интерпретация результатов исследования

Для испытуемых с выраженной поведенческой активностью (тип А) характерны следующие особенности. Преувеличенная потребность в деятельности – сверхвовлеченность в работу, инициативность, неумение отвлечься от работы, расслабиться; нехватка времени для отдыха и развлечений, нередко работа в выходные дни и в отпуске. Постоянное напряжение душевных и физических сил в борьбе за успех, высокая мотивация достижения, упорство и сверхактивность в достижении цели нередко сразу в нескольких областях жизнедеятельности, нежелание отказаться от достижения цели, несмотря на поражение. Неумение и нежелание выполнять каждодневную обстоятельную и однообразную работу. Неспособность к длительной и устойчивой концентрации внимания, нетерпеливость, острое чувство нехватки времени, стремление делать все быстро: ходить, есть, говорить, принимать решения. Энергичная, эмоционально выразительная речь, подкрепляемая жестами и мимикой и сопровождающаяся нередко напряжением мышц лица и шеи; нетерпеливость в диалогах, импульсивность, эмоциональная несдержанность в спорах, неумение до конца выслушать собеседника. Соревновательность, склонность к соперничеству и признанию, амбициозность, агрессивность по отношению к субъектам, противодействующим осуществлению планов; в случаях неуспеха нередко причина видится во внешних обстоятельствах или соперниках; стремление к доминированию в коллективе или компаниях, легкая фruстрируемость внешними обстоятельствами и жизненными трудностями. В случаях формального лидерства (начальник) стремление постоянно контролировать своих сотрудников, а нередко и выполнять работу кого-либо (делают медленно). В условиях дефицита информации при необходимости принятия быстрого решения возрастает реактивная тревожность, возможна потеря контроля за ситуацией, что может приводить к эмоциональной нестабильности, понижению устойчивости к стрессу и снижению поведенческого контроля в целом.

Для лиц, у которых диагностируется тенденция к поведенческой активности типа А1, характерны: повышенная деловая активность, напористость, увлеченность работой, целеустремленность. Нехватка времени для отдыха компенсируется в известной мере расчетливостью и умением выбрать главное направление деятельности, быстрым принятием решения.

Энергичная, выразительная речь и мимика. Эмоционально насыщенная жизнь, честолюбие, стремление к успеху и лидерству, неполная удовлетворенность достигнутым, постоянное желание улучшить результаты проделанной работы, чувствительность к похвале и критике; неустойчивость настроения и поведения в стрессоносыщенных ситуациях. Стремление к соревновательности, однако без амбициозности и агрессивности; при обстоятельствах, препятствующих выполнению намеченных планов, легко возникает тревога, снижается уровень контроля личности, но преодолевается волевым усилием.

Для лиц, у которых диагностируется промежуточный (переходный тип поведенческой активности – АБ), характерна активная и целенаправленная деловитость, разносторонность интересов, умение сбалансировать деловую активность, напряженную работу со сменой занятий и умело организованным отдыхом; моторика и речевая экспрессия умеренно выражены. Лица типа АБ не выявляют явной склонности к доминированию, но в определенных ситуациях и обстоятельствах уверенно берут на себя роль лидера; для них характерны эмоциональная стабильность и предсказуемость в поведении, относительная устойчивость к действию стрессогенных факторов, хорошая приспособляемость к различным видам деятельности.

Для лиц, у которых диагностируется определенная тенденция к поведенческой активности типа Б1, характерны: рациональность и неторопливость в делах и общении, сочетание интенсивной работы с отдыхом, раслаблением; естественная смена видов деятельности, когда этого требуют обстоятельства; долгое, подчас, обдумывание планов сочетается с тщательным и ответственным их выполнением. Внешняя сдержанность в движениях и речи сочетается с выдержанкой и невозмутимостью при неудачах, общении с неприятным или неудобным собеседником; устойчивость к действию фрустрирующих ситуаций и обстоятельств, внутренняя эмоциональная стабильность и сдержанность в проявлении аффектов и чувств к другим людям.

Для лиц, у которых с высокой вероятностью диагностируется выраженный поведенческий тип Б, характерны: отчетливая неторопливость, взвешенность и рациональность в работе и других сферах жизнедеятельности, преданность избранному делу, отсутствие стремления к смене работы. Скупость в движениях и проявлениях эмоциональных реакций и чувств, в том числе при общении с близкими и друзьями; обстоятельность и обязательность, надежность и предсказуемость в поведении, подчеркнутое дружелюбие и расположженность к окружающим. Излишне долгое об-

думывание планов деятельности, сочетающееся с весьма неторопливом и сверхтищательным исполнением даже незначительных фрагментов, нередко раздражающие окружающих; отсутствие стремления к соревновательности и соперничеству, неумение и нежелание спорить, но в то же время твердость в отстаивании своей точки зрения. Отсутствие внешних проявлений неуверенности в своих силах и возможностях. Неумение, а подчас и нежелание быстро менять стереотипы деятельности вызывают трудности и в приспособлении к ситуациям, требующим быстрого принятия ответственного решения или смены работы. Относительная устойчивость к фрустрирующим и стрессогенным ситуациям и обстоятельствам, однако при длительном действии этих факторов склонны к депрессивным реакциям, уходам в себя, потерей интереса к работе и общению.

Оглавление

Введение	3
Тема 1. Основные принципы и методы психологического обследования пациентов с психосоматическими расстройствами	6
Тема 2. Психическое реагирование на заболевание. Определение паттернаотношения к болезни у пациентов с заболеваниями психосоматической специфики	7
Тема 3. Исследование внутренней картины болезни при психосоматических заболеваниях	9
Тема 4. Анализ психологии личности больного. Методы диагностики личностных особенностей пациентов с разными нозологическими формами психосоматических заболеваний	13
Тема 5. Методы диагностики и принципы работы с пациентами при наличии соматизированных и соматоформных расстройств	20
Тема 6. Принципы постановки психологической и психотерапевтической задачи для практической работы клинического психолога с больным в условиях клиники.....	21
<i>Приложение 1. Мультимодальный опросник жизненной истории</i>	26
<i>Приложение 2. Клинический случай</i>	36
<i>Приложение 3. Ленинградский опросник бехтеревского института (ЛОБИ)</i>	44
<i>Приложение 4. Торонтская алекситимическая шкала</i>	57
<i>Приложение 5. Методика «Тип поведенческой активности» – ТПА</i>	60

Учебное издание

ПСИХОСОМАТИКА

Практикум для студентов 4 курса факультета психологии

Составители
Павлова Елена Владимировна
Гафарова Наталья Владимировна

Редактор и корректор Т. А. Федорова
Компьютерная верстка Н. В. Комардина

Оригинал-макет подготовлен
редакционно-издательским отделом университета

План выпуска 2006 г., поз. 80. Подписано в печать 04.12.2006.
Формат 60×84 1/16. Бумага офсетная. Гарнитура Times.
Уч.-изд. л. 4,1. Усл. печ. л. 4,42. Тираж 300 экз. Заказ .

Издательство Уральского университета. 620083, Екатеринбург, пр. Ленина, 51.

Отпечатано в ИПЦ «Издательство УрГУ». 620083, Екатеринбург, ул. Тургенева, 4.