Составители: Киреева Д.С., Дереча Г.И., Габбасова Э.Р.

Кафедра психиатрии и наркологии

ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

**МОДУЛЬ 2. ПСИХОДИАГНОСТИКА И ПСИХОКОРРЕКЦИЯ ПРИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ**

**Тема 1. Задачи, алгоритм и основные методы патопсихологического исследования при ПСР**

***Содержание:***

1. Алгоритм психологического исследования больных с ПСР.

2. Психобиографический подход в психосоматической диагностике. Этапы сбора психосоматического анамнеза.

3. Психологические тесты в психосоматической практике.

4. Исследование преморбидных особенностей личности больных по личностным опросникам (Леонгарда, Личко и др.).

5. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМИЛ (MMPI).

6. Исследование типа поведенческой активности личности по опроснику ТПА.

7. Исследование по Торонтской алекситимической шкале.

8. Определение фрустрационной толерантности больных по рисуночной методике Розенцвейга.

9. Исследование по личностным проективным методикам (цветовой тест отношений (ЦТО), методика незаконченных предложений Сакса — Сиднея, модифицированная для психосоматических больных)

10. Исследование особенностей адаптации личности (методика Роджерса – Даймонд, копинг-тест Лазаруса, «Индекс жизненного стиля»).

11. Исследование степени конфликтности с окружением (опросник Басса-Дарки, тест Томаса).

12. Исследование уровня депрессии (шкалы Гамильтона, Бека, Цунга и др.).

13. Определение уровня тревожности (опросники Спилбергера-Ханина, Тейлора, Гамильтона).

**1. Алгоритм психологического исследования больных с ПСР.**

**Алгоритм психологического исследования больных с психосоматическими расстройствами.**

Одной из основных задач работы психолога в клинике внутренних болезней является диагностическая работа [1]. Диагностика, всегда предшествующая терапии, проводится психологом не только с целью предоставления врачу дополнительной информации для постановки диагноза, но и для контроля изменений психического статуса пациента в процессе комплексной терапии с применением психокоррекционных воздействий. Прежде чем воздействовать на психологические составляющие психосоматического статуса больного, требуется исследовать психосоматические и соматопсихические взаимосвязи в структуре клинической картины заболевания. Эта задача предполагает наличие у психолога широкого круга знаний как из области медицинской психологии, так и из области медицины, в частности, соответствующей профилю отделения, в котором работает психолог [8].

(...)

Проводя экспериментально-психологическое исследование больного, психолог, прежде всего, выполняет запрос врача, которому предоставляет полученные данные в форме, понятной и полезной для диагностического процесса. Для этого психолог должен уметь оперировать не только психологическими понятиями и концепциями, но и ориентироваться в определенной степени в понятийно-концептуальном аппарате медицины в соответствии с профилем отделения [1]. Это также требует наличия соответствующей медицинской подготовки клинического психолога. *(Соловьева С.Л. Особенности работы психолога в клинике внутренних болезней // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн. – 2015. – N 3 (9) [Электронный ресурс]. – URL: http://medpsy.ru/climp (дата обращения: 05.04.2017 г.)*

Алгоритм психологического исследования больного психосоматического профиля включает три этапа: подготовительная работа, клинико-психологическое исследования и экспериментально-психологическое исследование.

**1. Подготовительная работа.** На этом этапе осуществляется предварительный сбор данных о больном, формулируется цель психодиагностического исследования. Этап начинается:

*1) для студентов-психологов* - с выбора тематического больного (при участии преподавателя, психолога отделения и др.) и получения его согласия на проведение исследования и работу со студентом;

*2) для психологов, работающих в учреждениях здравоохранения* - с запроса на консультацию пациента со стороны лечащего врача, заведующего отделением и др.

*(Практикум по психосоматике: учебное пособие/ В.А. Дереча, Г.И. Дереча; ГБОУ ВПО ОрГМА Минздрава РФ. – 85 с.)*

В первом случае цель исследования определяет преподаватель, в соответствии с тематикой и целью практического занятия / дисциплины. Во втором случае цель исследования формулирует лечащий врач (при условии, что запрос на консультацию исходил от него), однако здесь стоит учитывать следующее:

Цель исследования на первый взгляд должна определяться лечащим врачом, поскольку психолог в клинике не является самостоятельным независимым специалистом, он не несет юридической ответственности за больного, предоставляя лишь дополнительную информацию, позволяющую врачу в связи с задачами диагностики и терапии более точно квалифицировать психическое состояние пациента. Однако на практике, подобно тому, как психолог часто оказывается не информированным о тех или иных аспектах соматического состояния пациента, лечащий врач может оказаться не информированным о глубинных психологических процессах, оказывающих то или иное влияние на возникновение, течение и исход соматического заболевания. В этой связи врач не всегда может корректно формулировать цель экспериментально-психологического исследования, ставить перед психологом конкретные психодиагностические задачи. Поэтому на практике, как правило, врач и психолог совместно определяют цель психологического исследования, иногда после обсуждения содержания употребляемых терминов, в которые каждый из них может вкладывать свое собственное «клиническое» или «психологическое» содержание [8]. (...)

Формулировка (...) цели обеспечивается теми знаниями по психологии, и, в частности, по медицинской психологии, которые будущий врач получает в процессе обучения в медицинском вузе. Однако эти знания, которые на первый взгляд для студентов имеют немного отношения к будущей врачебной специальности, часто воспринимаются ими формально и используются на практике скорее интуитивно и лишь в процессе накопления профессионального опыта. *(Соловьева С.Л. Особенности работы психолога в клинике внутренних болезней // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн. – 2015. – N 3 (9) [Электронный ресурс]. – URL: http://medpsy.ru/climp (дата обращения: 05.04.2017 г.)*

После выбора / назначения больного и изучения его клинической истории болезни (для уточнения диагноза, заключений различных специалистов и обнаружения или исключения органической патологии, объясняющей состояние и жалобы больного) происходит знакомство с ним, установление эмпатического контакта, формирование партнерства.

**2. Клинико-психологическое исследование.** К клинико-психологическим методам исследования личности относятся: беседа, наблюдение, сбор психологического анамнеза, анализ поведения и продуктов деятельности человека. С их помощью психолог на данном этапе работы решает следующие задачи:

*1) Уточнение жалоб больного* (включая жалобы при поступлении и жалоб на момент осмотра).

*2) Уточнение анамнеза заболевания и анамнеза жизни.*

*(Практикум по психосоматике: учебное пособие/ В.А. Дереча, Г.И. Дереча; ГБОУ ВПО ОрГМА Минздрава РФ. – 85 с.)*

Сбор анамнестических данных рекомендуется проводить в следующей последовательности: установление точного времени появления жалоб - исследование жизненной ситуации к моменту начала болезни - исследование отдаленного прошлого. *(Малкина-Пых И.Г. Психосоматика)*

Задаются вопросы о влиянии болезни на разные сферы отношений. Можно поинтересоваться у больного, как относятся к его болезни в семье, не мешает ли болезнь его обычным семейным занятиям, увлечениям, как влияет болезнь на результаты его работы, не мешает ли она его карьере. Уместны вопросы относительно того, не связывает ли больной свое недомогание с обстановкой дома и на работе. Ответ на этот вопрос не может убедить психолога в том, что болезнь вызвана внутрисемейным конфликтом, но показывает, насколько семейные отношения и карьера важны для пациента. *(Тюльпин, Ю. Г. Медицинская психология [Текст] : учеб. / Ю. Г. Тюльпин. – М.: Медицина, 2004. – 320 с. – (Учебная литература для студентов медицинских вузов).)*

*3) Выяснение и описание психического статуса.*

Необходимо использовать описательный метод! Нельзя использовать (лишь в крайних случаях) психиатрическую терминологию, которая квалифицирует имеющиеся расстройства в соответствии с пониманием их врачом. Желательно использовать более простые выражения, избегая метафор, образных сравнений. Можно употреблять используемые больным слова и выражения, точно характеризующие его состояние, беря их в кавычки. Но злоупотреблять этим также не следует. Статус не должен представлять собой перечисление сведений, отрицающих нарушения каких-либо психических функций! Однако, если отсутствие какого-либо симптома имеет важное значение для дифференциального диагноза или прогноза в данном клиническом случае, это должно быть отражено (например, суицидальные мысли при наличии депрессии, бред, галлюцинации и др.). (СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ. - URL.: http://edumed.narod.ru/psycho/schema.htm)

4) Уточнение и конкретизация цели экспериментально-психологического исследования.

**3. Экспериментально-психологическое исследование.** Экспериментально-психологический метод исследования личности предполагает использование психологических тестов.

В зависимости от поставленной задачи, используемые в психосоматической практике тесты, можно условно разделить на следующие группы:

*1) Выявление и оценка тяжести эмоциональных нарушений:*

* Шкала реактивной (ситуативной) и личностной тревожности Ч. Д. Спилбергера — Ю. Л. Ханина;
* Шкала самооценки депрессии Цунга (в адаптации Т. И. Балашовой);
* Шкала Гамильтона для оценки депрессии (HDRS);
* Шкала тревоги Гамильтона (HARS);
* Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS);
* Личностная шкала проявлений тревоги Тейлора;
* Шкала депрессии Бека;

и др.

*2) Диагностика реакций личности на болезнь и особенностей адаптации к своему заболеванию* (перечисленные выше методы оценки эмоционального состояния можно также включить и в эту группу, поскольку разного рода отрицательные эмоции пациента могут возникать как реакции на заболевание, хотя могут быть обусловлены и другими факторами):

* Методика «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ);
* Опросник Сердюка для изучения самооценки социальной значимости болезни;
* Гиссенский опросник соматических жалоб;
* Методика диагностики уровня социальной фрустрированности Вассермана;
* Многоуровневый личностный опросник «Адаптивность» (МЛО-АМ) (А.Г. Маклакова и С.В. Чермянина);
* Опросник «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса;
* Диагностика копинг-стратегий Э. Хейма;
* Опросник Плутчика–Келлермана–Конте «Индекс жизненного стиля»;

и др.

*3) Изучение преморбидных особенностей личности* (с целью выявления личностных факторов, обусловливающих уязвимость к заболеванию и препятствующих эффективному лечению):

* Методика «Тип поведенческой активности» Л.И. Вассермана и Н.В. Гуменюка;
* Торонтская алекситимическая шкала;
* Сокращенный многофакторный опросник для исследования личности (СМОЛ) В.П. Зайцева (Мини-Мульт);
* Опросник Шмишека;
* Опросник «Уровень субъективного контроля» (УСК) Дж. Роттера;
* Опросник уровня агрессивности Басса – Дарки;
* Тест описания поведения Томаса;
* Шкала реактивной (ситуативной) и личностной тревожности Ч. Д. Спилбергера — Ю. Л. Ханина (в данном случае представляет интерес шкала личностной тревожности);

и др.

4) Отдельную группу составляют *проективные тесты,* при помощи которых можно осуществить комплексную оценку личности - от ее актуального психоэмоционального состояния до устойчивых черт, потребностей, отношений с другими людьми, существующих конфликтов и способов их преодоления и др. К проективным методам исследования личности относятся:

* Методика незаконченных предложений Сакса — Сиднея, модифицированная для психосоматических больных;
* Цветовой тест Люшера;
* Тест руки («Hand-test»);
* Рисуночные тесты («Образ себя», «Телесные состояния», «Дом-Дерево-Человек», «Несуществующее животное», «Рисунок семьи» и др.);
* Тест фрустрационных реакций Розенцвейга;
* Метод Г. Роршаха;

и др.

**2. Психобиографический подход в психосоматической диагностике. Этапы сбора психосоматического анамнеза.**

При соматическом заболевании диагностическая беседа направлена на определение в первую очередь нынешнего внешнего и внутреннего состояния пациента (Бройтигам и др., 1999). Что знает пациент о своем заболевании? Какое значение имеет оно для него сейчас и в его жизни в целом? Имеется ли у него свой взгляд, в соответствии с которым он сам, его родные, психотерапевты или кто-либо еще ответственны за это заболевание? Соответствует ли его знание о болезни, ее причинах и течении психотерапевтической оценке?

Чтобы знать, как действовать дальше, необходимо разобраться в особенностях личности пациента и истории его жизни, предшествовавшей болезни. Были ли у него в прошлом другие заболевания? Имеется ли неблагоприятная наследственность? Как он справлялся до сих пор с предыдущими заболеваниями и как справляется с нынешним? Имеются ли у него своя точка зрения на эти и сопоставимые с ними трудности, свое мнение об особых ситуациях, которые отдалили его от семьи и профессии? Может ли он поделиться с другими своими мыслями, страхами и чувствами, надеждами и отчаянием, которые его охватывают, когда он остается один?

Чем более свободно и менее формально протекает беседа, чем больше пациент раскрывает себя психотерапевту, тем больше возможностей обнаружить «сценический» характер его поведения. Представляется ли пациент образцом типичной проблематики межличностных отношений, в которых и возникли его конфликт и вызванные им нарушения? Характерно ли для его проблем экспансивное или сдержанное поведение, полезна или бесполезна в этих условиях его встреча с психотерапевтом? Каковы осанка пациента, его манера разговаривать, как он относится к психотерапевту и к тому, что психотерапевт вмешивается в его интимную жизнь?

Наконец, в первой же диагностической беседе необходимо выявить, что пациент утаивает от психотерапевта, несмотря на обилие даваемой им информации. Психотерапевт, со своей стороны, может оценить легко обнаруживаемые или скрытые психосоматические связи, отметить выявленные им соотношения симптомов, оставить открытым вопрос о неизвестных пока обстоятельствах, которые, по его мнению, позволили бы обсудить с пациентом вопросы прогноза и возможностей лечения.

Первая беседа имеет решающее значение для дальнейшего формирования отношений психотерапевта и пациента. Рекомендуется уже перед первой встречей сделать установку на диагностически-терапевтическое использование пациентом своих чувственных реакций. Важные указания на свой конфликт пациент часто дает тем, что использует в отношениях с психотерапевтом свою привычную систему переноса и защиты (Любан-Плоцца и др., 2000).

В течение первых минут пациенты обычно расслабляются. Они с удивлением замечают, что о проблемах оказывается возможным говорить; при этом можно затрагивать очень личные вопросы, не впадая в особое смущение.

Разговор с самого начала должен также преследовать терапевтические цели. Это пациент должен чувствовать, т. к. он часто хотел бы начать лечение с момента, когда он переступит порог кабинета.

Рекомендуется использовать даже едва уловимое структурирование процессов как метод исследования, позволяющий оценивать как потребности, так и свободу пациента, которые в его собственном представлении противоречат друг другу, но психотерапевту позволяют составить общую картину болезни.

1. Вначале задают вопрос о жалобах, давших основание для обращения к психотерапевту: «Что привело вас сюда?» Часто при ответе на этот вопрос предварительно информированный пациент указывает конкретные симптомы или сообщает уже готовый диагноз: «стенокардия», «язва», «ревматизм». Эти жалобы обязывают расспросить пациента о содержании его предшествующих переживаний. Следует подвести пациента к тому, чтобы он рассказал о своем состоянии своими словами. При этом необходимо отмечать речевые обороты, которыми он пользуется при описании своих жалоб и картины своей болезни.

2. Следующий вопрос позволяет уточнить время появления болезненных переживаний: «Когда вы это почувствовали впервые?» Устанавливаются и периоды последующих ухудшений и улучшений. Психотерапевт должен настойчиво расспрашивать пациента о времени начала болезненных переживаний вплоть до дня и часа. Анамнез жизни в рамках общеврачебной ситуации, когда психотерапевт получает как психические, так и соматические данные, включает и соматическое обследование.

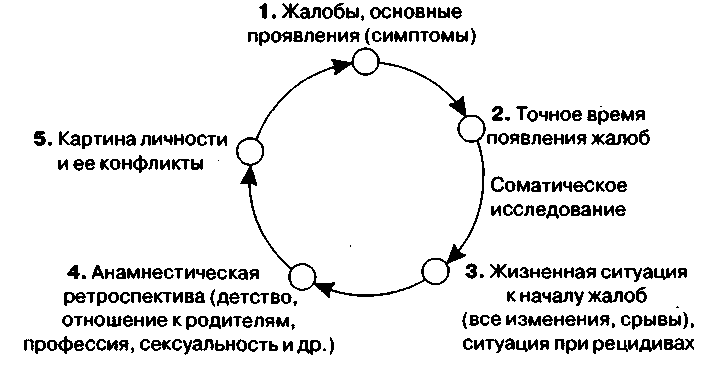
3. Решающим для понимания внутренних конфликтов и внешних психосоциальных связей является вопрос о жизненной ситуации к моменту начала болезни: «Что произошло в вашей жизни, когда это случилось? Что в то время появилось нового в вашей жизни, кто появился в вашей жизни и кто ушел из нее?» Это вопрос о «провалах» в судьбе, о ситуациях искушений и неудач, об изменениях в служебной деятельности, жилищных условиях. Пациент должен при этом вызывать у себя воспоминания в форме свободных ассоциаций. Поскольку о драматических событиях пациенты могут сообщать как о банальных переменах, которые всплывают в памяти и расцениваются как пустячные, на такие события следует обратить особое внимание. Если же невозможно установить связь между жизненными кризами и началом болезни (в том числе и при повторных беседах), то психосоматическую природу заболевания следует поставить под сомнение.

4. При ретроспективном взгляде жизненные ситуации, вызывающие болезни, могут обнаруживаться в детстве, юности и зрелом возрасте. «Расскажите мне еще немного о себе, быть может, что-то из детства», «Расскажите немного о своих родителях» или «Каким вы были ребенком?», «Что было для вас важным событием в жизни?». При сборе анамнеза разговор ведется об отношениях с родителями, о развитии в детстве, о служебной карьере, о сексуальном развитии.

5. В конечном итоге создается картина личности пациента в целом. Если учесть его душевные переживания и поведение, то можно оценить значение симптоматики, ситуации заболевания и данных анамнеза. «Что это означает для вас? Как вы это пережили?» — такие вопросы приводят самого пациента к пониманию собственных способов реагирования.

Конечно, этот метод следует использовать гибко. Целевое направление от симптома к ситуации, анамнезу жизни и личности полезно в качестве основной линии беседы (рис. 1).

Диагностическая беседа имеет отчасти характер провокации. Психотерапевт оперирует подбадриванием, откровенными вопросами, которые наталкивают пациента на ответы, но не фиксируют на них внимание, давая лишь направления для размышления: «Расскажите мне об этом подробнее. Как это переживалось вами тогда? Мы еще совсем не говорили о сек-



*Рис. 1. Анамнез в психосоматике*

суальности. Вы еще не сказали о своем браке». При этом следует отрешиться от представления, что пациент все о себе знает. Беседа должна во многом вести к созданию новых представлений даже из несовпадающих сообщений. Пациент должен быть открытым и критичным в отношении своих воспоминаний, новых ассоциаций и взглядов, если они могут стать плодотворными. Наиболее важными оказываются те моменты беседы, когда пациент вдруг умолкает, как бы наткнувшись на внутреннюю преграду. Паузы в разговоре — это «ворота» для прорыва вытесненных до того воспоминаний, необузданных фантазий и, может быть, для наступающего озарения. Всегда следует помнить, что слишком структурированная, жестко поставленная тема, чрезмерное количество вопросов ограничивают свободу пациента. Ошибочно также воспринимать молчание пациента «аналитически» и путать ситуацию первого интервью с ситуацией психоаналитического сеанса.

Многократно указывалось, что психосоматические больные пытаются с помощью болезни удержаться в своего рода лабильном и болезненном равновесии. Соматический симптом служит им для того, чтобы снять груз неосознаваемых конфликтов за счет переноса части своей психической энергии в физическую сферу.

Требование разработать в ходе психотерапии другие и, как кажется, лучшие пути разрешения конфликтов мобилизует страх и усиливает защиту, которая нередко в форме рационализирования используется расхожей концепцией соматической медицины, когда, например, язвенный больной говорит: «Доктор, у меня не в порядке желудок, а не голова».

Пациента, который уже долгое время привязан к своим симптомам, трудно сразу убедить, что они могут быть связаны с трудностями эмоциональной природы. Гораздо чаще он хочет быть убежденным в том, что его страдание имеет органическую причину.

Такого рода сопротивление в особенности характерно для пациентов с функциональными болевыми синдромами. Их внутренняя неуверенность и лабильность, которая была удачно обозначена как «существование между» (Staehelin, 1963), заставляет их искать психотерапевта, который подтвердил бы наличие у них органического заболевания и освободил бы их от него. При этом они часто меняют психотерапевта.

Неспособность многих психосоматических больных осознавать эмоциональные проблемы и соответствующая этому склонность к переоценке соматических проявлений часто являются выражением страха перед стигматизацией. Ибо разделение на «приличные» (органические) и «неприличные» (психические) заболевания широко распространено не только среди пациентов. И психотерапевты иногда опасаются ясно обозначить в диагнозе психическую патологию.

К тому же эти клинические картины часто трудно распознать при психосоматических заболеваниях. В отличие от неврозов, где симптомы четко фиксированы в психической сфере, при психосоматических нарушениях, первично связанных с органными функциями, их связь с психическими процессами часто не вполне отчетлива для психотерапевта и пациента.

Субъективное отношение пациента к своей болезни есть существенный фактор начала, течения и исхода заболевания. Bleuler (1961) указал на то, что искаженное понимание болезни и неверная трактовка понятий могут иметь серьезнейшие последствия для здоровья.

Психотерапевт должен учитывать вербальные и невербальные выражения пациента, он должен видеть и слышать. Уже в начале беседы информативными могут быть следующие факты и особенности: отношение пациента к договоренности о консультации, ранний приход или опоздание на прием, сообщение избыточной информации персоналу, вступительные комментарии, приход в сопровождении членов семьи или без них, одежда, прическа, выражение лица, мимика, жестикуляция, характер рукопожатия, где и как усаживается пациент, звук его голоса и выбор слов, разговорчив ли пациент, молчалив, вздыхает, раздражителен, враждебен, бунтарствует или доступен.

Люди, которые приходят к психотерапевту, чаще всего беспокойны и напряжены, поскольку должны говорить о том, о чем вообще никогда раньше не говорили или рассказывали очень редко. Их ожидания различны. Отчасти они рассматривают психотерапевта как «мозгового хирурга», отчасти видят в нем мага и волшебника или заумного ученого. Во всех случаях пациентом предъявляются ожидания мудрости и компетентности психотерапевта.

Инициатива разговора должна быть предоставлена пациенту. При этом применима, например, техника «ассоциативного анамнеза», позволяющая пациенту постоянные колебания между обоими полюсами психической и соматической сфер. Сначала пациент дает информацию лишь о своих органических нарушениях, далее чаще замолкает в ожидании вопросов. Надо быть внимательным, чтобы не упустить момент, в который в дискуссию можно подбросить ключевое слово. Если повторить в этот момент одну из последних фраз пациента в форме вопроса, он, как правило, дает дополнительные сведения, значимые как для его эмоциональной жизни, так и относительно органического статуса. Так, он часто сам связывает свои соматические симптомы с эмоциями, окружением и межличностными отношениями. Во время пауз в разговоре, обозначаемых как *эмоциональные узловые моменты,* происходит исследование психотерапевта пациентом. Является ли психотерапевт человеком, который не только слушает, но и может хранить тайну? Взаимный анализ ситуации происходит еще до начала собственно разговора.

Пациент должен рассматриваться как «субъект», а не как «объект». Чем сильнее проявляется эмоциональность пациента в процессе заболевания, тем выше, как правило, и эмоциональная вовлеченность психотерапевта, обнаруживает ли он у себя повышенное сострадание или, наоборот, злится на пациента и находит его «несимпатичным». Он должен распознавать эти личные побуждения и контролировать их повышенным самовосприятием. Он должен всегда знать, что происходит между ним и пациентом. Он должен свободно думать и может иметь «сумасшедшие» мысли, но действовать обязан осторожно.

Психотерапевт, который может слушать, позволяет пациенту не только распространяться о своим симптомах, но и высказываться о своем отношении к миру, своих близких знакомых, своей скрытой агрессии и тайных желаниях.

Пациент должен чувствовать, что он может говорить, не боясь чьих-то суждений или осуждения. Он может позволить себе немножко агрессии без установки стены между вами, но должен хотеть довериться вам. Возможно, он впервые узнает о своих глубочайших ощущениях, если почувствует интерес психотерапевта и догадается о его цели — понять симптом как осмысленную, с точки зрения пациента, составную часть его жизни.

Чрезвычайно важным является способ формулирования вопроса психотерапевтом. Менее определенный вопрос дает больший простор для ассоциаций и поэтому является более предпочтительным. Слишком точный вопрос ограничивает возможности ответа и угрожает спонтанности разговора. Он может, однако, помочь пациенту, когда он споткнется о свою проблему, не отважится затронуть ее. Таким образом можно иногда получить ответ, который даст интересную информацию о неосознаваемых ассоциациях интервьюируемого. В особенности ценно, когда в ходе разговора происходит неожиданный для пациента поворот.

Часто пациенты страдают от психосоциальных конфликтов, которые могут быть решены не психотерапевтом, а лишь самим больным. Психотерапевт может, впрочем, предложить ценную помощь, выступая в роли понимающего партнера. В ходе терапевтической беседы часто чувствуется, как проблемы и конфликты теряют свою интенсивность и без прямых советов или рационального понимания, часто уже потому, что пациент их принимает.

*Источник: Малкина-Пых И.Г. Психосоматика*

***2.1. Беседа и анализ анамнестических жалоб, как источник информации о личности***

Метод *беседы* является главным диагностическим и терапевтическим инструментом в психологической практике и, соответственно, одним из ведущих методов медико-психологической диагностики, как консультативной, так и направленной на решение разнообразных экспертных задач. Беседа психолога с пациентом является одновременно диагностическим инструментом и *инструментом формирования и поддержания психологического контакта.* Поскольку беседа, как правило, предшествует инструментальному исследованию, она должна быть направлена на формирование у испытуемого *адекватного отношения к психодиагностической процедуре*, мобилизацию его на выполнение последующих экспериментальных методик и в оптимальном случае - актуализировать у испытуемого мотивацию самопознания [Зеличенко и др., ред., 1989].

В процессе беседы психолог не только получает необходимые ему диагностически значимые сведения, но и оказывает на больного *психокоррекционное* и *психотерапевтическое* воздействие, результаты которого (по механизму обратной связи) представляют ценную диагностическую информацию.

Метод беседы относится к диалогическим (интерактивным) техникам, которые предполагают вступление психолога в непосредственный вербально-невербальный контакт с обследуемым и достижение наилучших диагностических результатов за счет специфических особенностей этого контакта, релевантных диагностической задаче [Столин, 1987].

Фактор личного контакта, социально-психологическая ситуация взаимодействия психолога-диагноста и пациента заслуживают большего внимания, чем им обычно уделяется в психодиагностике. До последнего времени были известны лишь отдельные работы, посвященные «социальной психологии психологического исследования» [Дружинин, 1997; Rozenthal, 1966].

Установление позитивных отношений между участниками психодиагностической беседы требует специальной технологии проведения, которая предполагает, наряду с другими составляющими, контроль за состоянием самого психолога и умение расположить к себе собеседника, используя приемы личностно-ориентированной психотерапии. Важным элементом общения психолога с больным является так называемая *триада Роджерса* [Карвасарский, ред. 2000; Rogers, 1957]:

1. переживание психологом *эмпатического понимания* внутреннего состояния пациента,
2. переживание психологом *безусловной положительной оценки и принятия* пациента,
3. собственная *конгруэнтность* психолога (искренность).

Наиболее важной при рассмотрении информационно-познавательного аспекта деятельности психолога в ходе диагностической беседы является *проблема правильной постановки вопросов.*

***Одной из самых распространенных погрешностей***является ***постановка вопроса в суггестивной форме,*** когда в самой его формулировке содержится внушаемый ответ*.* В этом случае больной сообщает лишь те сведения, к которым своими прямыми вопросами его направляет психолог, тогда как существенные области переживаний больного остаются невыясненными. Суггестивный характер вопросов не свидетельствует об истинном сотрудничестве с больным.

В беседе с больным очень важно предоставить ему возможность высказаться в свободной манере, не одергивая его замечаниями и не упрекая в ошибочности мнения. Такая ***свободная беседа*** может уберечь психолога и от диагностической ошибки, поскольку его радость по поводу четких и ясных ответов пациента может помешать ему заметить, что в действительности он имеет дело с симулянтом, который прочел учебник перед тем, как идти на прием. В свободной беседе человек, не испытывающий в действительности тех страданий, которые он описывает, теряется, не может найти нужные слова, вновь и вновь повторяет то, что читал или слышал от других пациентов.

Большинство людей относятся с большим доверием к тем, кто их внимательно слушает, чем к тем, кто пытается заставить выслушать себя. Однако среди пациентов нередко встречаются люди, которые не умеют высказать свою точку зрения; настойчиво просят поточнее сформулировать вопрос; заявляют, что без вопросов психолога сами не могут передать свои мысли. Существуют люди, не способные вслух высказывать свои эмоциональные переживания (такое явление иногда называют *алекситимией)*.

***Другой вид погрешностей*** при постановке вопросов психологом возникает в ситуации, когда «ответы испытуемого в сочетании с имеющимися теоретическими и исследовательскими данными о личности и профессиональным опытом самого клинициста приводят к ***выдвижению предварительных гипотез.*** Процесс выдвижения гипотезы и последующей ее проверки настолько же полезен, насколько и опасен для клинической оценки. С одной стороны, он делает поиск более гибким и эффективным, по сравнению с тем, что дают тесты (опросники и другие стандартизованные процедуры). С другой стороны, клиницист под влиянием выдвинутой им гипотезы может замечать только данные, подтверждающие ее. Тип вопросов, их формулировка, неуловимые выражения согласия или несогласия могут повлиять на ответы пациента» [Анастази, 1982].

Что касается содержательной стороны клинико-психологической беседы, то ее тематика может быть разнообразной, однако ведущее значение для понимания психогенеза и актуального состояния больного имеет биографическая направленность беседы. В этом качестве беседа выступает как средство собирания *психологического анамнеза.*

Проблема психологического анамнеза разбирается в работе А. Е. Личко (1983), который подчеркивал его отличие от медицинского анамнеза и подразделял на *психологический анамнез жизни* и *психологический анамнез болезни.*

***Психологический анамнез жизни*** предполагает беседу с больным по следующим темам.

* Перенесенные в прошлом болезни и реакции на них.
* Профессиональный путь, трудовая деятельность и удовлетворенность ими.
* Развитие семейных и интимных отношений.
* Отношения с ближайшим микросоциальным окружением вне семьи.
* Наиболее тяжелые события прошлой жизни (психические травмы) и реакция на них.
* Вредные привычки.

Эта ориентировочная схема собирания психологического анамнеза, предложенная А. Е. Личко, может варьировать в зависимости от целей и задач психологического исследования, отдельные разделы могут быть дополнены или сокращены. Схема позволяет несколько формализовать процедуру опроса больного и тем самым обеспечить подход к возможности сопоставления психолого-анамнестических данных различных больных, что в свою очередь может облегчить клинико-диагностический анализ как отдельного случая, так и групповых сравнений.

***Психологический анамнез болезни*** собирается путем расспроса больного о жалобах и о влиянии болезни на различные сферы отношений. При выслушивании жалоб обращается внимание не только на их содержание, но и на то, в какой манере и какими словами эти жалобы предъявляются. Это помогает сформировать предварительную гипотезу об особенностях личности больного (которая будет уточняться и проверяться в ходе экспериментально-психологического исследования).

Можно поинтересоваться у больного, как относятся к его болезни в семье, не мешает ли болезнь его обычным семейным занятиям, увлечениям, как влияет болезнь на результаты его работы, не мешает ли она его карьере. Уместны вопросы относительно того, не связывает ли больной свое недомогание с обстановкой дома и на работе. Ответ на этот вопрос не может убедить психолога в том, что болезнь вызвана внутрисемейным конфликтом, но показывает, насколько семейные отношения и карьера важны для пациента.

При сборе психологического анамнеза существенное значение могут иметь данные, полученные из беседы психолога с *родственниками* больного или другими *членами его ближайшего микросоциального окружения.*

Интерпретация результатов беседы до известной степени субъективна. Поэтому целесообразно сопоставлять информацию, полученную в беседе, с объективными сведениями, а также учитывать источники «погрешности оценки» личностных характеристик испытуемого, которую психолог проводит непосредственно в процессе беседы и наблюдения [Дружинин, 1997].

***2.2. Получение данных о личности посредством наблюдения***

Наблюдение сопровождает любые другие методы исследования (наблюдение во время клинико-психологической беседы, экспериментально-психологического исследования и т.п.). Наблюдение предоставляет нам такую информацию о личности, которая не может быть получена другими путями. Именно с помощью наблюдения мы изучаем сферы эмоций, воли, моторики — все, что характеризует темперамент человека.

*Эмоциональность* человека может быть оценена по его мимике, интонации, позе. Данные наблюдения в этом смысле более информативны, чем содержание ответов пациента и его самооценка. Так, монотонный голос, отсутствие мимической реакции на шутку или замечание больше говорят о темпераменте больного, чем его признание в собственной *«ранимости»* и *«чувствительности».* Несколько действий пациента, когда он поправляет постель при появлении психолога, помещает закладку в книгу, точнее указывает на *педантичность* человека, чем то, что он характеризует себя как человека, «любящего порядок». Конкретная помощь другим пациентам в палате точнее указывает на *внимание к чужим интересам,* чем заявление об этом в беседе.

Важной характеристикой психики человека является его *моторика.* Так, плавные, размеренные движения обычно сочетаются со *стремлением к общению,* *умением найти взаимопонимание* с другими людьми. Напротив, угловатые, плохо координированные движения часто наблюдаются у людей *замкнутых, отгороженных,* не умеющих найти поддержки и сочувствия у окружающих, плохо различающих чужие эмоции. Тонкие движения пальцами (шитье, вязание, рисование миниатюр) лучше удаются людям спокойным, склонным к *самонаблюдению, размышлениям.* Ловкие, порывистые, размашистые движения, физические упражнения хорошо выполняют люди *решительные, уверенные в себе,* не склонные тратить времени на пустые рассуждения.

Основной задачей наблюдения как метода психодиагностики в клинике является оценка двух показателей: *психического состояния больного* и *особенностей его личности* [Личко, 1983]. В связи с этим метод наблюдения предполагает целенаправленное восприятие, обусловленное задачей исследования [Блейхер с соавт., 1996]; он состоит «в преднамеренном, организованном, систематическом и целенаправленном восприятии и изучении психических явлений с целью отыскания их смысла» [Гуревич с соавт., 1993, с. 236]. При этом, в зависимости от цели, наблюдатель будет стремиться к целостному восприятию изучаемого явления или селективному отбору в восприятии только тех внешних проявлений психологической реальности, которые наиболее существенны с точки зрения предмета изучения [Корнилова, 1997].

А. Г. Шмелев (1996) при описании общей формально-логической схемы применения метода наблюдения и экспертной оценки в психодиагностике, выделяет *два типа наблюдения,* различающихся по уровню организованности процедуры проведения и стандартизированности анализа данных - ***поисковое (нестандартизированное)*** и ***аналитическое (стандартизированное) наблюдение.*** Автор отмечает, что при правильном научном подходе к наблюдению даже минимально организованное «поисковое наблюдение» характеризуется рядом признаков, которые делают его эффективным. К этим признакам относятся.

* Наличие цели и предмета наблюдения.
* Наличие процедурной схемы наблюдения, одинаковой для всех объектов наблюдения.
* Наличие признаков наблюдения (эмоциональные реакции, поведенческие проявления и другие внешние признаки, по которым можно сделать вывод о выраженности изучаемой психологической характеристики).

Примером контрольного списка признаков наблюдения является «Перечень черт личности для оценки поведения при психологическом исследовании и в течение пребывания в больнице» [Шванцара с соавт., 1978]. Список поведенческих характеристик подэкспертного, которые должны стать предметом клинико-психологического наблюдения при проведении судебно-психологической экспертизы, приводят Н. В. Васильева, И. А. Горьковая (1997):

1) контактность;

2) понятливость;

3) отношение к исследованию;

4) эмоциональное состояние;

5) общая оценка нейродинамики;

6) моторика;

7) особенности речи;

8) личностные особенности.

Приведенные характеристики, выявляемые психологом путем наблюдения за больным в ходе клинико- и экспериментально-психологического исследования, помогают оценить такие значимые для психодиагностики параметры, как достоверность результатов, способность имитировать болезненное состояние при установочном поведении, а также являются отчетливыми диагностическими признаками для квалификации характера и глубины [интеллектуальных](http://psy-diagnoz.com/glossary/231-intellect.html), эмоционально-волевых, личностно-характерологических нарушений.

Одним из наиболее эффективных методов клинико-психологической диагностики является ***включенное наблюдение,***при котором наблюдатель находится в реальных деловых или неформальных отношениях с людьми, за которыми он наблюдает и которых он оценивает [Шмелев, 1996]. Типичным примером включенного наблюдения является наблюдение психолога (психотерапевта) за поведением пациентов в ходе групповой психотерапевтической (психокоррекционной) работы.

По мнению Б. Д. Карвасарского (1982), наблюдение в ходе групповой психотерапии обладает, по крайней мере, двумя преимуществами перед другими методами психологической диагностики:

* материалом для психодиагностики является процесс *реального межличностного взаимодействия,* в котором личность проявляется с наибольшей полнотой;
* в психотерапевтической группе, благодаря атмосфере благожелательного понимания со стороны остальных участников группы, больной приобретает возможность *свободно выражать свои эмоции,* что в других условиях может представлять для него значительную трудность.

К недостаткам (ограничениям) метода наблюдения, как и других клинико-психологических методов диагностики, относятся *зависимость от опыта* и *субъективных особенностей исследователя, большие временные затраты* и *сложность количественной оценки данных.* В значительной степени эти ограничения снимаются при использовании формализованных процедур регистрации хода и оценки результатов наблюдения (хотя при этом может частично утрачиваться основное преимущество этого метода – возможность видеть поведение во всей полноте его проявлений).

Регистрация наблюдения может осуществляться двумя основными способами. Как и при сборе анамнеза, данные наблюдения можно записывать *«свободным текстом»* в виде неформализованной записи, а также отмечать на *специально разработанных картах и схемах.* Количественная оценка данных наблюдения может быть получена с помощью *1) психологического шкалирования,* используемого в основном в виде *балльных оценок,* и *2) измерения времени* или *хронометража* [Корнилова, 1997].

Наиболее формализованным видом психологического наблюдения, предполагающим серьезный количественный и качественный анализ, является ***аналитическое стандартизованное наблюдение.*** В основе его лежит определенная система признаков, на основании фиксации которых объект наблюдения относится к определенной категории. Стандартизованное наблюдение выполняется по строго очерченной методической *схеме* и состоит в выполнении специально обученным наблюдателем определенной последовательности действий, включающей фиксацию определенного материала наблюдения, выявление в этом материале определенных заданных элементов и признаков, запись в протокол наблюдения этих элементов и признаков в особой кодифицированной форме, подсчет по определенному принципу частоты встречаемости кодифицированных признаков в протоколе [Шмелев, 1996].

В целях обеспечения надежности и валидности, к стандартизованному наблюдению за одними и теми же объектами и событиями привлекается несколько независимых наблюдателей, то есть используется ***«метод независимых судей».*** «Метод независимых судей» - метод экспертной оценки, предполагающий вынесение суждений (оценок) несколькими экспертами, каждый из которых не имеет ни знаний об оценках других экспертов, ни возможности повлиять на их оценки, а также предполагающий количественное определение согласованности оценок независимых экспертов.

С помощью определения согласованности экспертных оценок уточняется не только качество методики, но и квалифицированность конкретных психологов, осуществляющих наблюдение. Это является немаловажным в контексте часто упоминаемого определенного субъективизма клинических (экспертных) методов психологической диагностики.

*Источник: Киреева Д.С., Дереча В.А., Габбасова Э.Р. Психология личности*

**Диагностическая Беседа**

Установление связей между данными анамнеза и соматического обследования – повседневная работа в практике врача. Это касается врачей всех специальностей: врачей общей практики, интернистов, психиатров и др. Как свидетельствует старый врачебный опыт, хорошо собранный анамнез – половина диагноза. Он не только экономит силы и диагностические средства, но и раскрывает опытному врачу первоначальную, а затем и окончательную картину болезни и её этиологию. Когда врач обращает внимание на жалобы, жизненную ситуацию, проявления болезни и историю жизни больного, он знакомится с его психосоциальным положением. Это имеет неоценимое значение для взаимоотношений врача и больного и для готовности пациента к лечению.

В связи с тем что сегодня в распоряжении врача имеются сложные инвазивные и дорогостоящие методы исследования, немало больных приходят с просьбой о применении именно таких методов: «У меня уже четыре недели слабость и головная боль, мне нужна компьютерная томография», – заявляла 35-летняя пациентка семейному врачу. Если при наволящих вопросах обнаруживалось, что это потребует от пациентов каких-то новых и ответственных обязательств, то недомогание возникало обычно в понедельник и в течение рабочей недели, но не в выходные дни, в связи с чем создавалась более широкая перспектива, позволявшая воспользоваться другими диагностическими и терапевтическими методами.

Если психосоматическая медицина, как принято считать, уделяет телесному аспекту достаточно внимания, но всё же больше обращает его на психическое состояние, то такая точка зрения в результате полноценной диагностической беседы должна быть развенчана. Это означает, что врач обязан обращать внимание не только на выявление соматических и психических симптомов, но и на жизненную ситуацию и самочувствие, социальное положение и настроение самого пациента. Каким образом будут оцениваться данные анамнеза и клинического обследования в целом и сколько на это будет потрачено времени, полностью зависит от служебного положения врача. Врач, срочно вызванный налом или осматривающий пострадавшего при несчастном случае, задаёт лишь несколько проясняющих ситуацию вопросов и в первую очередь занимается соматическим обследованием. Психиатр и в первую очередь узкоспециализированные психотерапевты, исходя из обстоятельств, скорее всего не будут проводить соматическое обследование больного сами, а поручат это другим врачам. Это вопрос не только профессиональной компетенции и разграничения задач. Соматическое обследование предполагает эмоционально нейтральную обстановку, которая невозможна в ситуации психотерапевтического процесса.

В сфере психосоматики существуют две исходные ситуации, которые определяют направленность диагностической беседы.

1. Речь идёт о пациентах с известным соматическим заболеванием. Чтобы оказать больному помощь в переработке своей болезни (преодоление) и способствовать его соучастию в лечении (готовность, согласие), нужно определить роль психических влияний на болезнь, состояние и установки больного. В этом выражается соматопсихическая постановка вопроса.

2. Речь идёт о больных, у которых жалобы или соматические симптомы имеют психическую обусловленность. В таких случаях необходимо выяснять участие психических факторов в возникновении и течении заболевания. В этом заключается причинная психосоматическая постановка вопроса.

(…)

**АНАМНЕЗ ЖИЗНИ КАК МЕТОД ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ**

Предположение о наличии той или иной этиологической связи обеспечивается в психосоматике позитивными данными. Констатируются временные и понятные связи между появлением соматических нарушений и изменениями внешней или внутренней ситуации в жизни больного. Психосоматические связи не устанавливаются на основании отсутствия органических изменений и на основании того, что при соматическом обследовании не обнаруживается достаточных соматических оснований для их возникновения. Если нет этих временных и понятных связей, то психосоматическую обусловленность болезни следует ставить под сомнение.

Во всяком случае, имеются возможности понимания и интерпретации иных, казалось бы, менее очевидных закономерностей, чем естественнонаучные связи.

Какие средства имеются в распоряжении врача, чтобы поставить психосоматический диагноз?

Самую важную помощь оказывают диагностическая беседа и психосоматический анамнез, которые развились из психоаналитического интервью и сохранили его теоретическую основу.

Цель психосоматического анамнеза состоит в том, чтобы привести не осмысленные больным соматические симптомы в понятную смысловую связь с внешней и внутренней историей его жизни.

Первоочередная цель заключается в нахождении связей во времени между началом соматических проявлений и анамнестически достоверными жизненно важными изменениями или же в констатации их отсутствия. Если такие связи устанавливаются, то дальнейшая беседа должна прояснить, понимает ли сам больной значимость для развития заболевания тех неприятностей, которые возникли у него в связи с конфликтами и кризами. Это предполагает знание личности больного, условий его развития в детстве, конфликтов в процессе социализации, фиксации на них до последнего времени и уязвимости в отношении их с учётом ослабления актуальности прошлых переживаний.

Такая диагностическая беседа требует не менее 30 мин, но обычно занимает значительно больше времени. Она также предполагает дальнейшее сотрудничество врача и пациента. Врач расценивает пациента как сотрудника, и этим мотивируется общность их задач. Психосоматический диагноз, как и психотерапия, зависит от того, как на него реагирует сам пациент. В общении с ним врач должен активно повышать готовность пациента к самопознанию.

Рекомендуется использовать даже едва уловимое структурирование процессов как метод исследования, позволяющий оценивать как потребности, так и свободу пациента, которые в его собственном представлении противоречат друг другу, но врачу позволяют составить общую картину болезни.

1. Вначале задают вопрос о жалобах, давших основание для обращения к врачу: «Что привело вас сюда?». Часто при ответе на этот вопрос предварительно информированный больной указывает конкретные симптомы или сообщает уже готовый диагноз: «желудочные боли», «грудная жаба», «ревматические проявления». Эти жалобы обязывают врача расспросить пациента о содержании его предшествующих переживаний. Следует подвести пациента к тому, чтобы он рассказал о своём состоянии своими словами. При этом необходимо отмечать речевые обороты, которыми он пользуется при описании своих жалоб и картины своей болезни.

2. Следующий вопрос позволяет уточнить время появления болезненных переживаний: «Когда вы это почувствовали впервые?». Устанавливаются и периоды последующих ухудшений и улучшений. Врач должен настойчиво расспрашивать больного о времени начала болезненных переживаний вплоть до дня и часа. Анамнез жизни в рамках общеврачебной ситуации, когда врач получает как психические, так и соматические данные, включает и соматическое обследование. Поскольку время и силы врача ограничены, он экономит их обычно на соматическом обследовании, используя данные ранее проведённого обследования. Отсутствие соматических проявлений, обусловленных болезнью, может мотивировать обращение врача к более глубокому изучению связи болезни с конфликтами. Некоторые соматические находки и характер реакций больного при обследовании (напряжение мышц затылка, болезненность при надавливании в эпигастральной области) могут дать опытному врачу определённое, специфическое направление в его психологической диагностике.

3. Решающим для понимания внутренних конфликтов и внешних психосоциальных связей является вопрос о жизненной ситуации к моменту начала болезни: «Что произошло в вашей жизни, когда это случилось? Что в то время появилось нового в вашей жизни, кто появился в вашей жизни и кто ушел из неё?». Это вопрос о «провалах» в судьбе, о ситуациях искушений и неудач, об изменениях в служебной деятельности, жилищных условиях. Больной должен при этом вызывать у себя воспоминания в форме свободных ассоциаций. Поскольку о драматических событиях пациенты могут сообщать как о банальных переменах, которые всплывают в памяти и расцениваются как пустячные, на такие события следует обратить особое внимание. Если же невозможно установить связь между жизненными кризами и началом болезни (в том числе и при повторных беседах), то психосоматическую природу заболевания следует поставить под сомнение.

4. При ретроспективном взгляде жизненные ситуации, вызывающие болезни, могут обнаруживаться в детстве, юности и зрелом возрасте. «Расскажите мне ещё немного о себе, быть может, что-то из детства», «Расскажите немного о своих родителях» или «Каким вы были ребёнком?», «Что было для вас важным событием в жизни?». При сборе анамнеза разговор ведётся об отношениях с родителями, о развитии в детстве, о служебной карьере, о сексуальном развитии.

5. В конечном итоге создаётся картина личности больного в целом. Если учесть его душевные переживания и поведение, то можно оценить значение симптоматики, ситуации заболевания и данных анамнеза. «Что это означает для вас? Как вы это пережили?» – такие вопросы приводят самого больного к пониманию собственных способов реагирования.

Конечно, этот метод следует использовать гибко. Целевое направление от симптома к ситуации, анамнезу жизни и личности полезно в качестве основной линии беседы (рис. 5).

При этом не следует допускать, чтобы из-за слишком большого количества вопросов и жёсткого ограничения спонтанности обеднела информация, сообщаемая больным. Благодаря внимательной, эмоционально открытой, располагающей к откровенности беседе с врачом ситуация обычно складывается благоприятно. Сам врач должен несколько сдерживать себя, чтобы дать больному возможность свободно изложить свои мысли, воспоминания, мнения. Диагностическая беседа имеет отчасти характер провокации. Врач оперирует подбадриванием, откровенными вопросами, которые наталкивают больного на ответы, но не фиксируют на них внимание, давая лишь направления для размышления: «Расскажите мне об этом подробнее. Как это переживалось вами тогда? Мы ещё совсем не говорили о сексуальности. Вы ещё не сказали о своём браке». При этом следует отрешиться от представления, что пациент всё о себе знает. Беседа должна во многом вести к созданию новых представлений даже из несовпадающих сообщений. Больной должен быть открытым и критичным в отношении своих воспоминаний, новых ассоциаций и взглядов, если они могут стать плодотворными. Наиболее важными оказываются те моменты беседы, когда пациент вдруг умолкает, как бы наткнувшись на внутреннюю преграду. Паузы в разговоре – это «ворота» для прорыва вытесненных до того воспоминаний, необузданных фантазий и, может быть, для наступающего озарения. Всегда следует помнить, что слишком структурированная, жёстко поставленная тема, чрезмерное количество вопросов ограничивают свободу пациента. Ошибочно также воспринимать молчание больного «аналитически» и путать ситуацию первого интервью с ситуацией психоаналитического сеанса.

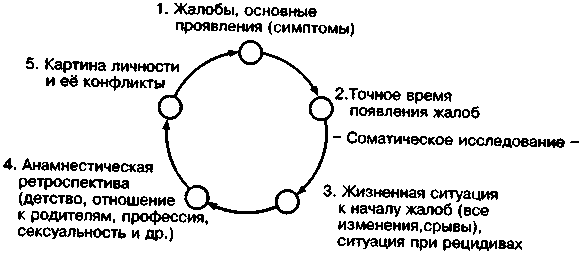


Рис. 5. Анамнез в психосоматике.

Диагностическая беседа благодаря своей рациональности в благоприятных случаях имеет характер проясняющего и высвобождающего акта и, следовательно, терапевтический характер.

Существенные трудности и уклонение больного от постановки психосоматического диагноза чаще зависят от самого врача и прежде всего от его традиционной врачебной роли: как может врач что-то диагностировать, если он в своём естественнонаучном образовании к этому не подготовлен? Что он должен знать о той области, где он имеет больше слабых мест и пробелов, чем в изученной им области соматической диагностики? Как он может заставить себя идти путём, который потребует от него много времени (и в связи с этим – материальных потерь)? С помощью соматического обследования (ЭКГ, лабораторные, рентгенологические исследования), а также ряда лечебных процедур (УФ-облучение, УВЧ-терапия, инъекции) он сможет получить гораздо больше, чем в результате беседы с пациентом. Как он может вторгаться в ту область, где , будет подвергать сомнению свою роль уверенного в себе, всезнающего и всемогущего врача и волшебника и к тому же чувствовать себя эмоционально ущемлённым?

Современная врачебная практика диктует необходимость находить время и место для сбора психосоматического анамнеза. Пациент будет активно говорить и размышлять, если почувствует, что врач его внимательно слушает. Это значит, что вечером врач ещё раз вернётся к этой теме. Тогда больной почувствует, что врач всегда думает о нём,, что сказанное им имеет значение и что врач готов принять сообщение больного для «участливого наблюдения» [participant observation, no Харри Салливану (Н. Sullivan)]. Это означает, что врач принимает в больном участие, но сохраняет определённую дистанцию, чтобы оставаться объективным, а не идентифицироваться с пациентом. Диагностическая ситуация имеет двоякий характер; она подразумевает участие, эмоциональный отклик, но в то же время и дистанцирование от пациента.

Диагностическая беседа с психосоматически больным при его высокой активности и соответствующей направленности позволит врачу приблизиться к психоаналитической ситуации и достичь её уровня рефлексии. Диагностическая беседа в психосоматике нацелена на спонтанные, свободные высказывания пациента, которые в идеале приближаются к свободным ассоциациям. При этом принимаются во внимание словесные выражения, последовательность изложения, перерывы и паузы. В атмосфере дружеского отношения можно поговорить и на тему об «инстинктах», хотя здесь можно встретить отпор. Сотрудничество пациента с врачом во время беседы (творческий союз) так же важно, как и эмоциональные и неделовые перерывы в отношениях с исследователем (перенесение). Опытный наблюдатель спросит себя, как пациент обращается с ним и какие реакции и эмоции он регистрирует у самого себя (контрперенесение): «Почему пациент вызывает у меня злость?», «Почему я не испытываю к ней настоящего интереса и сочувствия, хотя эта женщина сообщает о столь драматических событиях?», «Почему он хочет настроить меня против своей жены (или матери) и представить её единственной виновницей?». Стало быть, врач должен не только чувствовать, как к нему относится пациент, но и регистрировать и определять свои собственные осознанные или неосознанные, в том числе и эмоциональные, реакции на сведения, сообщаемые пациентом. Это очень ответственное требование, которое без психологической подготовки и опыта самооценки у врача вряд ли выполнимо.

Помощь здесь может оказать группа Балинта, названная так по имени лондонского психоаналитика Майкла Балинта (М. Balint). Врачи регулярно приходят в замкнутую группу, обсуждая там под руководством опытного коллеги-психоаналитика свой опыт, который они приобретают в процессе работы с пациентами.

*(Источник: Бройтигам Психосоматическая медицина)*

**3. Психологические тесты в психосоматической практике.**

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ТЕСТЫ В ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

Психологические тесты – это стандартизованные психодиагностические методы, предназначенные для изучения и оценки (как количественной, так и качественной) своеобразных свойств личности в её переживаниях и поведении. Эти тесты в принципе не выходят за пределы того, что можно получить в диагностической беседе с пациентом. Значение психологических тестов заключается в том, что они составлены таким образом, что с их помощью можно получить объективную оценку состояния пациента, независимую от субъективных мнений исследователей. Это достигается путём высокой стандартизации в проведении и оценке теста. Многие психологические тестовые методы возникли на основе теории личности или обогащены ею.

Большинство личностных тестов имеет характер опросника: таковы MPI [Н. Eysenck, 1959] и 16PF [R. Cattell и соавт., 1957]. Наибольшее распространение получил тест MMPI [S. Hathaway и J. McKinley, 1963], который содержит 566 вопросов и пытается охватить клинически определяемые черты личности (ипохондрические, истерические, психопатические свойства, тенденции маскулинизации-феминизации, параноидные, психастенические, шизоидные и маниакальные черты, а также социальная инверсия). Для психосоматических синдромов характерен зубец «V» в MMPI (рис. 6).

Особое положение среди психологических тестов занимают проективные диагностические методы, например тест Роршаха, цель которого состоит в определении личностных конфликтов посредством свободных реакций пациентов на слабоструктурируемый тестовый материал. Проективные тесты имеют больше историческое, чем актуальное клиническое значение. Они вряд ли могут играть роль в психологической диагностике вследствие своей малой достоверности и ограниченной валидности; из-за особенностей своей конструкции такие состояния, как страх, агрессивность и т.п., они определяют недостаточно точно. Современный обзор постоянно обновляющихся тестов и методических проблем приводится, в частности, у Р. Бриккенкампа fR. Brickenkamp, 1983].

Почву конфликта позволяет уточнить тематический апперцептивный тест (ТАТ), в котором на основе предлагаемых загадочных и фанта­стических картинок нужно представить и описать соответствующий им сюжет. Для психосоматических исследований плодотворно приме­нение Фрустрационного теста Розенцвейга (картиночно-фрустрацион­ная методика), который позволяет судить о характере реакций на фрустрацию, чаще всего при агрессии, направленной вовне или внутрь.

Особое положение в клинике-психологической, а тем самым и в психосоматической диагностике занимают опросники, которые построены скорее в прагматическом стиле, без непосредственного отношения к теории. Примером этого является Гисенская анкета жалоб, которая состоит из 57 вопросов, касающихся жалоб на общее самочувствие, боль, нарушение эмоциональности, а также истериформных жалоб, которые распространены в амбулаторной психотерапевтической практике. Все эти тесты стандартизованы на репрезентативной выборке населения и группах больных, так что с их помощью можно оценивать ответы отдельных пациентов.

В связи со стратегией лечения важно выявление органической основы; ранимости личности. Эта задача может решаться с большой достоверностью с помощью теста рисунков (образный тест Бентона).

Практическое значение имеют также интеллектуальные тесты, в частности гамбургский вариант теста Векслера для взрослых. Уровень интеллекта необходимо знать, чтобы интерпретировать данные, полученные с помощью тестов, и учитывать его при планировании лечения.

Психологические тесты могут дополнить, но никак не заменить общую диагностику, В индивидуальной клинической диагностике они имеют вспомогательное значение. В психосоматических исследованиях роль тестов возрастает, если они проводятся среди большого числа пациентов. Здесь используются систематические и сопоставимые для всех больных данные.

*(Источник: Бройтигам Психосоматическая медицина)*