

Министерство образования и науки Российской Федерации  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
**АМУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ**  
(ФГБОУ ВО «АмГУ»)

**ПРАКТИКУМ ПО ПСИХОСОМАТИКЕ**  
**сборник учебно-методических материалов**  
для специальности 37.05.01 – Клиническая психология

Благовещенск, 2017

*Печатается по решению  
редакционно-издательского совета  
факультета социальных наук  
Амурского государственного  
университета*

*Составитель: Павлова Е.В.*

Практикум по психосоматике: сборник учебно-методических материалов для специальности 37.05.01 Клиническая психология. – Благовещенск: Амурский гос. ун-т, 2017. – 39 с.

© Амурский государственный университет, 2017

© Кафедра психологии и педагогики, 2017

©Павлова Е.В., составление

## СОДЕРЖАНИЕ

1. Краткое изложение лекционного материала	4
2. Методические рекомендации (указания) к практическим занятиям	29
3. Методические рекомендации (указания) к лабораторным занятиям	31
4. Методические указания для самостоятельной работы студентов	32

## **1. КРАТКОЕ ИЗЛОЖЕНИЕ ЛЕКЦИОННОГО МАТЕРИАЛА**

### **Тема 1. Понятие психосоматики, психосоматических и соматоформных расстройств.**

Понятие психосоматики. Комплексный подход к лечению человека в период Античности. Причины разделения психологии и медицины. Позиция современной медицины по отношению к лечению соматических заболеваний. Психосоматика и соматопсихика. Современное понимание психосоматических расстройств. Многообразие феноменов, определяемых как психосоматические расстройства. Классификация психосоматических расстройств по МКБ-10. Соматоформные расстройства. Конверсионные расстройства. Соматизированные расстройства. Соматоформные болевые расстройства. Ипохондрия. Дисморфобическое расстройство. Неуточненные соматоформные расстройства. Ограничения МКБ-10 при работе с психосоматическими расстройствами.

Психосоматика (греч. *psyche* – душа, *soma* – тело) – направление в медицине и психологии, занимающееся изучением влияния психологических (преимущественно психогенных) факторов на возникновение и последующую динамику соматических заболеваний. Согласно основному постулату этой науки, в основе психосоматического заболевания лежит реакция на эмоциональное переживание, сопровождающаяся функциональными изменениями и патологическими нарушениями в органах. Соответствующая предрасположенность может влиять на выбор поражаемого органа или системы.

Объектом изучения психосоматики являются личность пациента, страдающего психосоматическим расстройством и индивидуальные психосоматические проявления. А предметом – психосоматические явления, их структура, функции, эволюция при различных видах телесных и психических патологий.

В античной медицине идея влияния души на физические процессы, протекающие в теле, была одной из центральных. Античный философ Сократ утверждал, что все болезни тела связаны с душевной болью, а Платон, ученик Сократа, писал о том, что нельзя лечить тело, не уделяя внимания недугам душевным, так как тело и душа неразделимы.

Знаменитый древнегреческий врач Гиппократ, которого считают отцом современной медицины, также высказывался о единстве телесного и духовного в человеке и призывал при лечении устранять причину болезни, а не устранять симптомы заболевания. Учение Гиппократа о природе человека было направлено на разработку профилактических, диагностических и терапевтических методов, которые позволяли обнаружить склонности пациентов к определенным патологиям и предупреждать развитие таких патологий. Именно Гиппократ ввел в науку понятие «темперамент» (в переводе с латинского это слово означает «надлежащее соотношение частей»). Гиппократ выделил четыре темперамента – сангвиники, холерики, флегматики и меланхолики. В зависимости от темперамента предполагались, в частности, и склонности к тем или иным болезням.

В медицине существует два подхода к представлениям о влиянии психики на здоровье человека. Представители первой группы убеждены, что соматические болезни – результат воздействия эндогенных (внутренних) факторов, экзогенных (внешних) воздействий, генетической предрасположенности. По их мнению, природу всех без исключения соматических заболеваний можно объяснить исключительно физиологическими, биологическими и аналогичными версиями.

Сторонники второй группы полагают, что корни многих проблем с телесным здоровьем в голове. Они уверены, что существует тесная связь между психическим статусом и состоянием тела. С точки зрения последователей психосоматической медицины, многие телесные болезни напрямую связаны с воздействием психогенных факторов. Ученые и врачи, изучающие психосоматику, находят немало подтверждений тому, что конституциональные особенности, черты характера, качества личности, стиль поведения и образ мышления человека напрямую связаны с тем или иным соматическим заболеванием. Именно состояние психоэмоциональной сферы человека определяет существующий риск развития, отягощения, разрешения и рецидива соматического недуга.

История современной психосоматической медицины начинается с психоаналитической концепции З. Фрейд, который совместно с Брейером доказал, что «подавленный аффект», «психическая травма» путем «конверсий» могут проявляться соматическим симптомом. З. Фрейд указывал, что необходима «соматическая готовность» – физический фактор, который имеет значение для «выбора органа» и который можно представить себе в процессе его возникновения. В психиатрии

З. Фрейд (1893 г.), I. Dejerine (1902, 1911 гг.), P. Dubois (1912 г.) показали возможность излечения соматических расстройств при неврозах с помощью психотерапии. Зарубежные психиатры, в первую очередь приверженцы психоанализа, считают, что именно З. Фрейд внес много ценных фактов в создание учения о психосоматической медицине.

Его исследования об истерическом (конверсионном) неврозе показали возможность проявления вонне болезненных расстройств не психическими, а соматическими симптомами. Наиболее часто конверсионные симптомы встречаются при истерическом характере, но они могут возникать и при любом другом характерологическом складе. Если в период создания учения З. Фрейд наиболее частыми конверсионными расстройствами являлись двигательные - припадки, параличи, парезы, астазия-абазия, анестезия, гиперестезия и т. д., то к настоящему времени конверсионные расстройства проявляются прежде всего в форме боли или респираторных нарушений (одышка). Одновременно создается учение об ипохондрическом неврозе и неврозе органов. Наблюдавшиеся при них самые разнообразные патологические ощущения не могли быть объяснены наличием соматической патологии.

Психосоматическими называют вторичные функциональные и органические расстройства внутренних органов и систем, первопричиной возникновения и обострения которых являются психологические факторы.

Соматопсихические (термин М. Якоби, 1822) являются психические расстройства, развивающиеся вторично при соматических болезнях, которые не касаются мозга. К последним относятся заболевания сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, мочевой и половой, эндокринной систем, опорно-двигательного аппарата, глаз, крови, кожи, а также экстракраниальные онкологические заболевания, патология беременности и послеродового периода и тому подобное.

По современным представлениям, к психосоматическим расстройствам относят:

Конверсионные симптомы. Невротический конфликт получает вторичный соматический ответ и переработку. Симптом имеет символический характер, демонстрация симптомов может пониматься как попытка решения конфликта. Конверсионные проявления затрагивают в большей части произвольную моторику и органы чувств. Примерами являются истерические параличи и парестезии, психогенная слепота и глухота, рвота, болевые феномены.

Функциональные синдромы. В отличие от конверсионных симптомов, отдельный симптом не имеет специфического значения, будучи неспецифическим следствием нарушенной телесной функции. Беспомощность врача относительно этой симптоматики объясняется среди прочего многообразием понятий, которыми обозначаются эти жалобы. Часто у таких больных имеются только функциональные нарушения отдельных органов или систем; какие-либо органические изменения, как правило, не обнаруживаются.

Психосоматозы – психосоматические болезни в более узком смысле. В основе их – первично телесная реакция на конфликтное переживание, связанная с морфологически устанавливаемыми изменениями и патологическими нарушениями в органах. Соответствующая предрасположенность может влиять на выбор органа. Заболевания, связанные с органическими изменениями, принято называть истинными психосоматическими болезнями, или психосоматозами. Первоначально выделяли 7 психосоматозов («holyseven»): бронхиальная астма, язвенный колит, эссенциальная гипертония, нейродермит, ревматоидный артрит, язва двенадцатиперстной кишки, гипертиреоз.

Позже этот список расширился – к психосоматическим расстройствам относят рак, инфекционные и другие заболевания.

Соматическое заболевание, одним из этиологических факторов которого является психическое расстройство (наличие психологических или поведенческих факторов, которые, как предполагается, сыграли важную роль в этиологии физических расстройств, классифицируемых в других главах МКБ-10), носит название психосоматического заболевания. При диагностике психосоматического заболевания, кроме регистрации самого соматического заболевания, должна быть использована следующая рубрика МКБ-10: «психологические и поведенческие факторы, связанные с расстройствами или заболеваниями, классифицированными в других разделах» [F54].

Согласно современным представлениям, к числу психосоматических заболеваний относят:

1) Психосоматические заболевания сердечно-сосудистой системы – прежде всего гипертоническая болезнь и артериальная гипотензия, хотя ряд исследователей указывают также ИБС, инфаркт миокарда и др.

2) Психосоматические заболевания желудочно-кишечного тракта – прежде всего язвенная болезнь желудка и неспецифический язвенный колит, однако, кроме прочего, в эту группу входят дискинезии желчевыводящих путей, гастриты, функциональные расстройства ЖКТ и др.

3) Психосоматические заболевания органов дыхания – прежде всего бронхиальная астма, хотя в этой группе называются также вазомоторный ринит и др.

4) Психосоматические заболевания кожи – прежде всего нейродермит, экзема, псориаз и др.

5) Психосоматические заболевания эндокринной системы – прежде всего тиреотоксикоз, а также диабет и др.

6) Другие психосоматические заболевания – некоторые формы ревматоидного артрита, ряд урогенитальных заболеваний, мигрень и др.

Большинство оценочных форм в медицинских учреждениях требует постановки диагноза, основанного на МКБ-10. Это самая большая классификационная система «психических и поведенческих расстройств», используемая во многих странах.

Цель классификации – упорядочить многообразие отдельных явлений и подчинить их категориям более высокого уровня. В медицине важно классифицировать не только признаки, но и индивидов по типу диагнозов.

В дискуссии вокруг новейших систем классификации встречается несколько основных понятий, которые подходят для МКБ и DSM. Ниже приведены варианты соматоформных расстройств двух наиболее ведущих классификационных систем мира.

Соматоформные расстройства по DSM-IV с кодировками по МКБ-10

1) Соматизированное расстройство (F45.0)

2) Недифференцированное соматоформное расстройство (F45.1)

3) Конверсионное расстройство (F44.xx)

4) Соматоформное болевое расстройство (F45.4)

5) Ипохондрия (F45.2)

6) Дисморфофобическое расстройство (F45.2)

7) Соматоформное расстройство неуточненное (F45.9)

Классификационная система МКБ-10, в отличие от американской классификационной системы DSM-IV, различает диссоциативные (конверсионные) (F44) и соматоформные расстройства. Признаком диссоциативного (конверсионного) расстройства, так же, как и в DSM-IV, является наличие «псевдоневрологических симптомов».

Согласно МКБ-10 в разделе «Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства» (F4). Соматоформные расстройства (F45) подразделяются на три группы: соматизированные расстройства (F45.0), соматоформная вегетативная дисфункция (F45.3), ипохондрическое расстройство (F45.2). Поскольку во многих случаях соматизированные расстройства, вегетативные дисфункции и симптомы ипохондрии проявляются в различных сочетаниях, захватывая разные висцеральные системы, авторы, как правило, ограничиваются общими их определением – соматоформные расстройства. Очевидно, этим можно объяснить, что число пациентов с соматоформными расстройствами в общей массе больных в широкой врачебной практике часто превышает 30-40%.

Определение соматоформных расстройств может быть сформулировано следующим образом. Соматические симптомы, которые нельзя в достаточной степени объяснить органическими заболеваниями и которые не являются вторичными последствиями другой, уже описанной психической симптоматики (например, депрессии или панических расстройств), называются соматоформными расстройствами.

Конверсионные расстройства традиционно понимают как потерю или нарушение физиологических функций, утрачивающих произвольное управление вследствие психологических проблем. Эти симптомы в отечественной психиатрии рассматривались ранее в рамках истерического невроза. Часто подобные состояния напоминают неврологические симптомы, но они могут поражать

любую систему или орган. Образовавшийся патологический комплекс приносит индивиду первичную и вторичную выгоду, что заставляет его удерживать психологический конфликт осознания и тем самым оберегать от возможных воздействий на него.

Соматизированное расстройство – соматоформное расстройство, которое характеризуется множеством повторяющихся физических недомоганий, не имеющих органической основы. Называется также синдромом или расстройством Брике.

Основными чертами являются многочисленные, повторные, часто меняющиеся физические симптомы, имеющие место по крайней мере в течение двух лет. Большинство пациентов имеют длительную и сложную историю контактов со службами первичной и специализированной медицинской помощи, в ходе которых могло быть выполнено множество безрезультатных исследований и бесплодных диагностических манипуляций. Симптоматика может относиться к любой части тела или системе органов. Течение расстройства хроническое и неустойчивое и часто ассоциируется с нарушением социального, межличностного и семейного поведения. Непродолжительно существующие (менее двух лет) и менее ярко выраженные примеры симптоматики должны классифицироваться как недифференцированное соматоформное расстройство.

Соматоформное болевое расстройство – это соматоформное расстройство, характеризующееся болью, ведущую роль в возникновении, силе или продолжительности которого играют психологические факторы.

Его основная черта – жалобы на боль при отсутствии физических расстройств или жалобы на боль, которая намного сильнее, чем это могло бы быть обусловлено физическим состоянием. Часто средовой стрессор обнаруживается как нечто предшествующее боли. Подобно конверсионным реакциям, жалобы на боль могут освободить личность от определенной ответственности или дают право на эмоциональную поддержку, которая иным образом не может быть приобретена.

Ипохондрические соматоформные расстройства – соматоформные расстройства, при которых люди неправильно интерпретируют незначительные и даже нормальные симптомы, связанные с функционированием организма, или свои внешние особенности и слишком сильно реагируют на них.

Важнейшей чертой является устойчивая озабоченность пациента возможностью иметь у себя тяжелое, прогрессирующее заболевание или несколько заболеваний. Пациент предъявляет устойчивые соматические жалобы или проявляет устойчивое беспокойство по поводу их возникновения. Нормальные, обычные ощущения и признаки часто воспринимаются больным как ненормальные, беспокоящие; он сосредоточивает свое внимание обычно только на одном-двух органах или системах организма. Часто присутствуют выраженная депрессия и тревога, что может объяснить дополнительные диагнозы.

Дисморфофобия – соматоформное расстройство, характеризующееся исключительным беспокойством по поводу предполагаемых недостатков внешности или неприятных для окружающих особенностей.

Люди с дисморфофобией глубоко озабочены воображаемыми или минимальными недостатками своей внешности или якобы плохим впечатлением, производимыми на других. Чаще всего они концентрируют свое внимание на морщинах, пятнах на коже, волосах или выпуклостях на лице, либо на «неудавшихся» губах, носе, бровях. Страдающие этим расстройством иногда не могут смотреть в глаза другим людям или предпринимают грандиозные усилия, стараясь скрыть свои «некрасивые» глаза.

Большую группу пациентов приходится относить к таким категориям, как «недифференцированное соматоформное расстройство» или «соматоформное расстройство неуточненное», поэтому часто выдвигается требование либо расширить критерии соматизированного расстройства, либо ввести диагноз «множественный соматоформный синдром». Отличительным признаком этого соматизированного синдрома должно стать наличие множественных соматических нарушений без достаточной на то органической причины, причем для диагностики должны присутствовать от четырех до шести соматических симптомов. Еще труднее приходится при диагностике психосоматических расстройств у детей.

Главной особенностью психосоматических расстройств является повторное предъявление соматической симптоматики одновременно с настойчивыми требованиями медицинских обследований, несмотря на повторные отрицательные их результаты и заверения врачей, что симптомы не имеют соматической природы. Если у больного имеются какие-либо соматические заболевания, они не объясняют природы и степени выраженности симптомов или страдания или жалоб пациента.

Исключены: диссоциативные расстройства (F44.-); выдергивание волос (F98.4); детская форма речи [лепет] (F80.0); сюсюканье (F80.8); кусание ногтей (F98.8); психологические и поведенческие факторы, связанные с нарушениями или болезнями, классифицированными в других рубриках (F54); сексуальная дисфункция, не обусловленная органическими нарушениями или болезнями (F52.-); сосание пальца (F98.8); тики (в детстве и подростковом возрасте) (F95.-); синдром де ла Туретта (F95.2); трихотилломания (F63.3).

## **Тема 2. Клинико-психологическое интервью.**

Планирование интервью. Изучение истории болезни как метод анализа ключевой психосоматической феноменологии. Выдвижение гипотез о регистре расстройств. Формулирование задач интервью. Планирование структуры, содержания интервью, условий его проведения. Особенности организации психодиагностических брифингов. Проведение интервью с больными, страдающими различными по этиологии и феноменологической структуре психическими расстройствами с соматоформной симптоматикой. Психодиагностические результаты. Ошибки интервьюера. Формулировка гипотез, требующих уточнения с помощью объективно-медицинских, экспериментально-психологических и других методов. Психологическое заключение по данным интервью. Требования к заключению. Виды заключений в зависимости от адресата и задач психологической диагностики. Оценка возможной психотерапевтической стратегии и тактики работы с больным.

Клинико-психологическое интервью может быть полуструктурированным и свободным. Полуструктурированное интервью включает в себя обязательный список специфических вопросов, касающихся конкретной проблемы, по поводу которой взрослые обратились за помощью к психологу. Оно позволяет психологу за короткий период собрать полную информацию, необходимую для постановки психологического диагноза, и прояснить все необходимые аспекты проблемы. Полуструктурированные интервью составляются на основе таксономических (синдромальных) признаков психических или поведенческих расстройств и облегчают классификацию проблемы в универсальных определениях болезней.

Свободные клинико-психологические интервью помогают сформировать наиболее полную информацию об актуальных проблемах ребенка и ситуации, в которой он находится. Свободное интервью позволяет детям и взрослым спонтанно высказывать свои наиболее актуальные, не навязанные психологом мысли и чувства, как это и бывает с ними в повседневном общении. Многие психологи разрабатывают индивидуальный стиль вовлечения своих клиентов в свободное диагностическое интервью, используя различные «приманки» – видеоигры, игрушки, совместная деятельность (игра, бытовое общение).

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

Вначале задают вопрос о жалобах, давших основание для обращения к врачу. Следующий вопрос позволяет уточнить время появления болезненных переживаний. Решающим для понимания внутренних конфликтов и внешних психосоциальных связей является вопрос о жизненной ситуации к моменту начала болезни. При ретроспективном взгляде жизненные ситуации, вызывающие болезни, могут обнаруживаться в детстве, юности и зрелом возрасте. В конечном итоге создается картина личности больного в целом.

Симптомы возникают и развиваются не случайно, а в некоторой последовательности, общей для многих заболеваний. Так, продуктивная симптоматика эволюционирует путем наслаения на мягкие (невротические) расстройства, возникающие в инициальном периоде болезни, все более тяжелых, грубых (психотических) симптомов. С другой стороны, развитие негативной симптома-



тики выражается в последовательном стирании, смывании (диссолюции) сначала наиболее хрупких, поверхностных слоев психики и личности, а затем и более глубоких, прочных функций, определяющих ее структуру.

Таким образом, наблюдая симптоматику каждого отдельного больного, мы имеем дело не с одним, а со всеми слоями психики, пострадавшими к настоящему моменту. Основоположник нозологического направления в психиатрии Э.Крепелин (1856– 1926) выделял 3 регистра психических расстройств:

- 1) невротические и аффективные, соответствующие неврозам и маниакально-депрессивному психозу;
- 2) шизофренические;
- 3) органические.

В ходе диагностической беседы, после анализа аффектов и уровня развития личности, формируется гипотеза. Обязательно следует выявить влияние на пациента других систем (школы, работы, ровесников, семей родственников); определить какие члены семьи смогут сотрудничать с психотерапевтом, а кто будет сопротивляться его изменениям; убедиться в способности и возможности (физических, психологических) психотерапевта для работы с этим пациентом; обратить внимание на свой собственный эмоциональный ответ на контакт с пациентом (есть ли ощущение закрытости, защищенности, напряжения); проверить мотивацию пациента на получение психологической помощи вообще и от данного психотерапевта в частности. Затем с пациентом обсуждаются дальнейшие шаги, даются рекомендации о дополнительных психодиагностических обследованиях и принимается решение о выборе метода коррекции.

В психодиагностическом интервью специалист уточняет характер проблемы, смысл и содержание переживаний, мнений, оценок, отслеживает точность понимания чувств и ощущений, которые испытывает человек. Тем самым исключаются недоговоренности, недоразумения и взаимное непонимание, которые способны помешать эффективному определению причинно-следственных связей. Он раскрывает характер настоящих переживаний человека, а также возможных прошлых переживаний, связанных с темой обращения за помощью и дополняет рассказ человека о проблеме следующим содержанием

Забытые, потерянные, объективизированные (от других людей) данные, составляющие такие виды анамнеза, как забытый, потерянный и объективный. Под забытым анамнезом подразумевается дополнительное активное извлечение из памяти человека таких, нередко давно прошедших и основательно забытых событий, которые никто (ни сам человек, ни окружающие его лица) не ставит ни в какую связь с настоящей проблемой.

Потерянный анамнез – это выявление таких обстоятельств, о которых человек сам не знает, возможно он лишь косвенно в них участвовал, но которые могут дать исчерпывающее объяснение причин и происхождения описываемого явления или состояния. Объективный анамнез подразумевает получение сведений от лиц, знающих диагностируемого. Он позволяет получить данные, описывающие внешние проявления психической реальности как бы «со стороны», подчас подчеркивая и фиксируя такие моменты, которые для самого человека остались незаметными, незначимыми или оказались иначе воспринимаемыми.

Характеристики внутреннего мира человека, его переживания, существующие в определенном слое психической реальности: цели, возможности, мысли, чувства человека, его представления о себе, сферы ответственности и др. Обсуждая переживания человека, их значение в происходящих жизненных событиях, специалист формирует собственное мнение о его внутреннем мире, о том, что он знает о своих действиях, целях, чувствах, мыслях, как он воспринимает свое «Я».

Сведения об отношении самого человека к своей проблеме, к своему положению, своему состоянию, реакции на обстановку, в которой находится. Это субъективное описание отношения помогает правильно оценить описываемые признаки с точки зрения их достоверности и истинной ценности для последующих этапов психодиагностического процесса.

Использование метода интервью требует тщательной разработки методических процедур и приемов его применения. Процедура использования интервью требует осуществления действий в двух направлениях:

1) Создание опросного листа (бланка интервью) на базе исследования. В опросном листе на основе сформулированных в программе исследования гипотез, целей и задач сформулированы вопросы, соответствующие тематике исследования. Типы и композиция вопросов, используемых в интервью, такая же, как в анкетном опросе (опрос анкетный, анкета). Бланк интервью содержит введение (где кратко, но исчерпывающе оговариваются цель исследования, возможности использования его результатов, кто проводит опрос, указывается значимость участия данного лица в опросе), основную часть (вопросы по теме исследования с использованием различных их разновидностей), паспортную часть (содержит вопросы о статусе личности и ее демографических характеристиках). В конце опросного листа уместны вопросы, позволяющие оценить качество проведенного интервью респондентом, а также имеется информация о времени начала и окончания интервью, самом интервьюере и подтверждение интервьюером точного использования всех требований инструкции при проведении Интервью.

2) Организация и проведение собственно интервью, что предполагает определение места, времени опроса, с одной стороны, и соответствующую подготовленность, опыт интервьюера – с другой. Учитывая особый статус интервьюера как активного, деятельностного, мобильного лица, проводящего беседу по определенному плану, следует иметь в виду, что именно от качества его работы, чуткости, терпимости и профессионализма зависит качество и надежность получаемой информации. Поэтому особого внимания заслуживает личность интервьюера, система технических приемов, обеспечивающих чистоту процедуры интервью и точность получения данных. Так, речь идет о правилах процедуры интервью в самом широком смысле слова.

Проведение интервью требует организационной подготовки, что предполагает выбор места и времени интервьюирования. Интервью может проводиться на дому (по месту жительства) – это наиболее оптимальный вариант, т.к. сама обстановка располагает к более искреннему общению, а респондент чувствует себя более защищенным; по месту работы (что создает определенные трудности, связанные с выбором свободного времени и соответствующего места для беседы: не рекомендуется брать интервью в обеденный перерыв, нельзя отнимать и рабочее время респондента, следовательно дата и время интервью оговариваются с потенциальным респондентом, чтобы выбрать наиболее оптимальный для него период; место проведения интервью должно быть также подготовлено заранее и обеспечивать конфиденциальность и рабочую атмосферу); на улице (это, как правило, блиц-опросы). Работа же самого интервьюера предполагает осуществление следующих целей:

- 1) налаживание контакта с респондентом;
- 2) правильная постановка вопросов интервью;
- 3) правильная фиксация ответов.

Задача интервьюера – организационно подготовить интервью, найти соответствующих выборке респондентов, убедить их принять участие в исследовании. На протяжении всего времени общения с респондентом интервьюер обеспечивает социально-психологическое взаимодействие, создает дружескую атмосферу, в которой далее ведется беседа. Так, вся процедура интервью, начиная с появления интервьюера и с первых его слов, должна предусматривать для опрашиваемых мотивы, побуждающие давать искренние ответы. Интервьюер лично, непосредственно взаимодействует с респондентом: он лично задает ему вопросы (соответственно опросному листу), лично регистрирует ответы. В связи с этим интервьюер должен точно формулировать вопрос; задавать все вопросы, находящиеся в опросном листе и строго в той последовательности, в которой они в нем зафиксированы; точно фиксировать полученные ответы. В ходе опроса ничего не должно меняться – опрос должен быть одинаковым для всех по условиям проведения, по формулировкам и последовательности задаваемых вопросов. Интервьюеру запрещается вступать в дискуссии с опрашиваемыми, прерывать их, подчеркивать личную заинтересованность в результатах исследования.

В процессе интервьюирования интервьюер должен занимать нейтральную позицию по отношению к предмету исследования. Во время интервью интервьюер может потребовать от респондента добавочной информации, уточнения и пояснения своей мысли; имеет право указать на обнаружившиеся в ходе беседы противоречия в ответах опрашиваемых. Продолжительность ин-

тервью не лимитируется; не рекомендуется торопить респондента с ответами. Темп интервью определяется обстоятельствами: спецификой темы исследования; уровнем образовательного и культурного развития респондента; возрастом респондента. Если изучаемая проблема сложна, темп интервью может быть медленным. Не следует допускать и другой крайности – чрезмерно долгого обдумывания ответов (это может привести к искажению информации). Для снижения проблем восприятия вопросов респондентами и социально-психологических проблем опроса необходимо по возможности использовать стандартизированные вопросы, учитывать особенности респондента (образование, пол, возраст и др.).

Способ регистрации данных зависит от вида интервью. При проведении глубинного или свободного интервью может применяться стенография, запись по “горячим следам” в бланк интервью или магнитофонная запись (с согласия респондента). Иногда может быть использована запись по памяти (если количество задаваемых вопросов не велико, интервьюер может записать ответы на вопросы по окончании интервью). Интервьюер, проводящий опрос, должен действовать строго по инструкции, полученной на инструктаже; он должен досконально знать содержание опросного листа с учетом всевозможных переходов и фильтров; знать, как регистрировать ответы, как работать с карточками, прилагающимися к инструментарию. Все указания по ведению опроса и работе с опросным листом, правилам заполнения опросных листов, поиска респондентов содержатся в инструкции и продублированы (как правило) в самом опросном листе (перед каждым вопросом другим шрифтом отмечается специфика работы с ним, указаны все переходы). Инструкция интервьюеру, где указаны все технические, методические, организационные аспекты интервью, которые могут вызвать затруднения в ходе интервьюирования, является важным методическим документом и должна быть подробно составлена. В инструкции описано содержание вводной беседы с респондентом, правила поиска и замены респондентов, принципы проведения интервью, способы регистрации ответов.

Первая беседа имеет решающее значение для дальнейшего формирования отношений психотерапевта и пациента. 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.

При соматическом заболевании диагностическая беседа направлена на определение впервые очередь нынешнего внешнего и внутреннего состояния пациента. Что знает пациент о своем заболевании? Какое значение имеет оно для него сейчас и всего жизни в целом?

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?

Наконец, в первой же диагностической беседе необходимо выявить, что пациент узнает 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.

Наибольшие диагностические трудности вызывают так называемые «соматически необъяснимые симптомы». Понятие «соматически необъяснимые симптомы» объединяет широкий круг апофатических расстройств – соматоформных, конверсионных, ипохондрических, а также алгий и более сложных – синдромальных – органоневротических образований.

Необходимость разграничения соматически необъяснимых симптомов и симптомов патологии внутренних органов возникает так же при скрытых, соматизированных формах психических расстройств, формирующихся при аффективной, расстройствах личности и их динамики, продро-

мах эндогенных (вялотекущая шизофрения и прежде всего ее ипохондрический и неврозоподобный варианты), а также при органических и других психических заболеваниях.

Письменное (или устное) заключение является конечным этапом психодиагностики. В содержание заключения включают все доступные диагносту данные, как тестовые, так и другие (из других источников).

Принципы составления заключения (А. Анастаси)

1) Содержание и стиль заключения зависят от теоретических установок специализации диагноста. Поэтому они не имеют единой стандартной формы и правила написания. Важно, чтобы оно соответствовало интересам, потребностям и уровню подготовки тех, кто его получит. Например, учителя предпочитают заключения с конкретными рекомендациями, а психиатрам нравятся заключения с объяснением основных данных, но без конкретных рекомендаций. В заключении, рассчитанном на специалистов и людей несведущих, должна приводиться краткая аннотация содержания характера, а потом даваться более подробное описание конкретных данных.

2) В содержании заключения должна быть обозначена цель диагностического исследования: входило ли в задачу дать какие-то конкретные рекомендации, или же требовалась простая консультация.

3) Заключение обычно ориентируется на действие, т.е. в нем дается рекомендация относительно программ обучения, типа лечения, выбора профессии и т.п.

4) Заключение эффективно, если в нем отражены отличительные свойства конкретного индивида, т.е. черты, результаты обследования которых были или значительно ниже, или значительно выше средних показателей. Т.е. заключение должно относиться только к данному человеку, а не к людям, чей возраст, пол, образование, социально-экономический уровень и другие факторы близки к аналогичным данным обследуемого.

5) Содержание заключения состоит из интерпретации данных и выводов; записи тестов и другие данные могут прилагаться отдельно для иллюстрации или пояснения подхода.

6) Всякая описательная оценка действий индивида и сама система оценок должны быть четкими. Является ли оценка критериально ориентированной или нормо-ориентированной, обязательно указывается, какими нормами сравниваются показатели индивида.

При распознавании психосоматических расстройств необходимо иметь в виду вероятность как минимум двух диагностических ошибок: возможности ошибочного распознавания психического расстройства в случае, когда клиническую картину определяют признаки соматической болезни; и переоценке роли соматической патологии при реально существующей психической.

От диагностики уровня развития личности психосоматического пациента будет зависеть объем дальнейших психотерапевтических и реабилитационных мероприятий. Традиционной ошибкой в реабилитации служит назначение краткосрочной психотерапии пациентам пограничного уровня.

Примерный алгоритм заключения:

1) Описание проблем, жалоб индивида (например, на состояние умственной работоспособности, памяти, внимания, утомляемости).

2) Описание плана и программы диагностики.

3) Краткое описание специфики работы испытуемого с методиками (уровень сопротивления, защитные реакции, заинтересованность в исследовании, критичность в самооценке). Чем сохраннее личность, тем обычно глубже выражена эмоциональная реакция на диагностику в целом. Безучастное отношение к факту тестирования наблюдается при глубокой депрессии и существенных отклонениях от нормы.

4) Ответ на конкретный вопрос заказчика. Эта часть заключения излагается в виде отдельных положений, доказывающих или опровергающих исходную гипотезу, и иллюстрируется данными тестирования.

5) В конце заключения резюмируются наиболее важные данные, полученные при тестировании. Резюме ни в коем случае не должно содержать суждение о диагнозе, т.к. психотерапевтический диагноз может быть лишь итогом общего клинического изучения субъекта.

В начале заключения кратко описываются жалобы больного на состояние умственной работоспособности, памяти, внимания. Следующую часть заключения составляет описание того, как

работал больной в ситуации психологического интервью: понимал ли смысл вопросов, старательно или неохотно отвечал, проявлял ли интерес к беседе. Эту часть заключения можно дополнить результатами исследования с помощью проектных методов или материалами специально организованной направленной беседы с больным.

Следующая часть заключения должна содержать сведения о характере познавательной деятельности больного. Желательно при этом начинать подробную характеристику с описания центрального нарушения, которое выявлено у больного в ходе исследования. Требуется показать также, в комплексе каких нарушений выступает это ведущее нарушение, т.е. следует вести описание не по методикам исследования и не по психическим процессам, а необходимо описать психологический синдром нарушений психической деятельности. В этой же части заключения описываются сохранные стороны психической деятельности больного. В конце заключения дается резюме, отражающее наиболее важные данные, полученные при исследовании. Эти данные должны выражать структуру основного психологического синдрома, выявившегося при исследовании. Резюме может содержать данные о диагнозе заболевания, но опосредованно, через описание структуры нарушений, выявленных в эксперименте.

Справка-заключение о результатах психологического обследования детей представляет собой сводные данные и их обобщенный анализ, свидетельствующий об уровне (особенностях) развития определенной совокупности детей (возрастная группа, класс, школьная параллель и пр.) по отношению к возрастным, социально-психологическим или другим, принятым за относительный эталон, нормам развития детей.

Психологическая характеристика – документ, отражающий психологический портрет человека (ребенка), группы по ряду индивидуально специфических показателей, например, особенности его познавательной и личностно-эмоциональной сферы, психофизиологические нюансы, коммуникативные предпочтения, наличие общих или специальных способностей и пр.

Первичное психологическое заключение составляется практическим психологом самостоятельно, ещё до полного клинико-педагогического обследования ребёнка, подростка, взрослого, – по результатам беседы, психологической оценки, данным психодиагностических методик, наблюдения за реагированием клиента в процессе психокоррекции.

Итоговое психологическое заключение – это некий знаменатель полного клинико-психолого-педагогического обследования ребёнка, подростка, взрослого, – оно является составной частью общего профессионального заключения-диагноза. В случаях работы с детьми и подростками, диагноз выставляется врачом – детским психиатром (психоневрологом) при совместном обсуждении результатов исследования ребёнка, подростка с практическим психологом. Такая практика выставления итогового психологического заключения принята в работе психолого-медико-педагогических комиссий.

Принципиальный вопрос психотерапии заключается не в том, как избавиться от симптома, а в том, что произойдет, если он исчезнет. Дискуссия переносится с обсуждения того, кто является носителем симптома, что его вызывает как от него избавиться, на то, как без него будет функционировать пациент, его семья и какому окружению придется заплатить микросоциальному окружению за его исчезновение.

Задача психотерапии состоит не только в избавлении от симптома, но и в определении «психологической» цены за его исчезновение.

В ходе заключительной части интервью следует:

- 1) выявить влияние на пациента других систем (школы, работы, ровесников, семей родственников);
- 2) определить, какие члены семьи смогут сотрудничать с психотерапевтом, а кто будет сопротивляться изменениям;
- 3) убедиться в способностях и возможностях (физических, психологических) психотерапевта для работы с этим пациентом.

**Тема 3. Комплексное клинико-психологическое обследование больных с соматоформными и психосоматическими расстройствами.**

Планирование клинико-психологического обследования. Принципы психосоматического синдромного анализа при различных соматоформных и психосоматических расстройствах. Вероятностный характер диагноза психосоматического и соматоформного расстройства. Роль патопсихологического и нейропсихологического анализа в комплексном обследовании больного. Этапы диагностического процесса. Правила выдвижения клинико-психологических гипотез о механизмах психосоматического симптомообразования. Модели возможных диагностических задач и дизайн эмпирического исследования. Сравнительный анализ методологии клинического и клинико-психологического интервью. Составление дизайна психологической работы на основе анамнестической информации и данных клинического разбора пациента. Организация и особенности установления контакта с больными в условиях стационара. Клинико-психологическое интервью, патопсихологическое интервью, патопсихологическое и нейропсихологическое обследование больного. Пути и способы квалификации интра- и интерпсихических механизмов симптомогенеза и «хронификации» расстройства. Супервизия диагностического процесса и построение диагностического заключения. Правила представления данных в зависимости от задач обследования. Анализ возможных психотерапевтических задач и техник работы с пациентом на основе результатов диагностического процесса.

Цель клинико-психологического обследования – дать психологическую оценку психологического расстройства для последующего оказания профессиональной помощи. Обследование нацелено на постановку диагноза, то есть определения характера расстройства. Различают медицинский и клинико-психологический диагноз. Медицинский диагноз обоснован на формальном отношении видимой психологической проблемы к наиболее подходящему названию. Правильное определение названия расстройства автоматически предопределяет круг его причин и специфическое лечение.

Этапы клинико-психологического обследования.

1) До знакомства с клиентом – этап формулирования клинической задачи. На этом этапе осуществляется сбор анамнеза, который психолог получает из анализа медицинских документов, личного дела клиента, беседы, с близкими людьми. Заканчивается этап составлением плана обследования. Перечисляется последовательность методик.

2) Беседа с клиентом – выясняется психический статус, на основании чего уточняется план обследования

3) Экспериментально-психологический. Проводится общение на материале стандартизированных или нестандартизированных методик, может включаться в специально организованное наблюдение за поведением.

4) Составление заключения. Единой формы заключения нет, даётся описание выявленных особенностей с применением примеров. Далее формулируется психологический диагноз.

Методологические предпосылки возможности введения синдромного анализа в область психологии телесности:

1) Должно быть эмпирически и теоретически выделено психологическое звено – единое в процессе нормального психологического онтогенеза телесности и в процессе симптомообразования.

2) Объект исследования должен быть представлен в качестве системного, мультикаузального, как в своем нормальном развитии, так и в структуре дефекта. Интерпсихологический уровень регуляции составляет центральный аспект ранних онтогенетических этапов социализации телесности, когда все звенья регуляции телесных потребностей и действий являются совместно – разделенными со взрослым, и осуществляется процесс постепенной интериоризации психологических средств регуляции.

3) Объект синдромного анализа должен быть описан как обладающий определенными признаками пластичности – трансформации и развития механизмов его регуляции. В нейропсихологии представление о пластичности связывается прежде всего с пластичностью функциональных систем мозга, а в психологии телесности – с возрастной динамикой психологической регуляции телесных явлений, а также со сломом этих механизмов в ситуации болезни при смысловой транс-

формации личности, смене иерархии опосредующих механизмов: от непосредственно эмоциональных к личностно-смысловым, рефлексивным.

Достижение приемлемого уровня эффективности в клинической психодиагностике встречает ряд трудностей. Главным образом это обусловлено тем, что диагностические решения выносятся преимущественно на основе субъективного способа получения информации. Использование субъективных способов диагностики автоматически обуславливает высокую вероятность возникновения различных диагностических ошибок. Перечислим вероятные причины таких ошибок:

- 1) недостаточная коммуникативная и психологическая компетентность специалистов;
- 2) недостаток времени;
- 3) отсутствие навыков использования диагностических методик,
- 4) низкая компетентность в области доказательной медицинской диагностики;
- 5) теоретические проблемы классификаций в психиатрии и клинической психологии;
- 6) условность и размытость диагностических критериев психических расстройств;
- 7) высокий уровень коморбидности (сочетания) психических расстройств;

Вместе с тем, каждый специалист в сфере психиатрии и клинической психологии должен стараться проводить диагностические действия в соответствии с требованиями доказательной эффективности, валидности и надежности.

Вероятностный характер диагностики определяет общее понимание смысла доказательной диагностики. Суть его состоит в том, что точная постановка диагноза всегда имеет вероятностно-прогностический характер. В зависимости от условий диагностического процесса, задаваемых вопросов, отношений и других факторов правильный диагноз может быть поставлен лишь с определенной степенью вероятности. Другими словами, получая результаты диагностического исследования, клиницист должен ответить на основной вопрос доказательной диагностики. Здесь могут значительно расходиться субъективные представления специалиста о собственной правоте и уровне профессионализма с реальным положением дел.

Нейропсихологическое исследование позволяет более точно провести дифференциально-диагностическую работу, установить базовый, первичный дефект, препятствующий полноценной адаптации больного, и, что самое важное, смоделировать иерархию и этапы психологического воздействия. Нередко патопсихологическое исследование способствует раннему выявлению симптомов психического заболевания и устанавливает их своеобразие. Многократно проводимые в процессе лечения патопсихологические исследования могут быть объективным показателем влияния терапии на течение болезни, свидетельствуют об эффективности проводимого лечения, а также характеризуют особенности наступления ремиссий и структуры формирующегося при этом психического дефекта, если речь идет о процессуальном заболевании.

Другая схема диагностического процесса предложена Л. Ф. Бурлачуком, который выделяет три основных этапа: 1) сбор данных в соответствии с задачей исследования; 2) переработка и интерпретация их; 3) принятие решения.

На первом этапе посредством анализа документации, беседы, а также с помощью психодиагностических методик осуществляется ознакомление с комплексом объективных и субъективных данных, формулируется диагностическая задача, делается выбор соответствующих методик на основе учета их валидности, надежности, широты охвата личности, проводится обследование.

На втором этапе перерабатываются и интерпретируются полученные данные на основе гармонического сочетания двух подходов: клинического, близкого к суждениям здравого смысла и ориентированного на опыт и интуицию диагноста, и статистического, предусматривающего учет объективных количественных показателей. В этом случае интеграция разнообразных данных осуществляется либо на эмпирическом уровне посредством разработки схемы, позволяющей проводить условное сопоставление результатов отдельных методик, либо путем теоретического обобщения и систематизации диагностических данных на основе понятий какой-либо одной теории личности.

Третий этап – принятие решения – предполагает построение диагностических заключений на одном из трех уровней: симптоматическом, этиологическом, типологическом. На первом уровне чаще всего строится ориентировочный диагноз, ограничивающийся констатацией симптомов,

служащих основой для построения практических выводов. На втором учитываются не только симптомы, но и вызывающие их причины. На третьем уровне осуществляется переход от описательных обобщений и гипотетических конструктов, использующихся на предыдущем уровне, к теории личности, служащей основой для определения места и значения полученных в обследовании данных. Этап принятия решений завершается построением прогноза, разработкой программы действий, которые необходимо осуществить для оказания психологической помощи.

Признаки продуктивной гипотезы заключаются в ее адекватности, правдивости и возможности проверки. Адекватность – соответствие теории исследования его целям и задачам, соотносённость с изучаемой реальностью. Правдивость – базирование на реальных и научно обоснованных фактах, логика здравого смысла. Возможность проверки включает 2 принципа: фальсифицируемость и верифицируемость. Принцип фальсифицируемости – в ходе эксперимента гипотеза может быть опровергнута, абсолютный принцип, так как опровержение теории всегда окончательно. Принцип верифицируемости – в ходе эксперимента гипотеза подтверждается. Принцип относителен, так как гипотеза может быть опровергнута в следующем исследовании.

В. К. Гайда (1994) описывает три модели психодиагностики, которые наиболее часто используются в медицинской психологии: нозологическая, или дифференциально-нозологическая; функциональная; интеракционная, или психосоциальная.

Суть нозологической модели в том, что в ходе совместной работы с врачом психолог фактически лишь уточняет сформулированный диагноз. Роль психодиагностики весьма ограничена и для самих психодиагностов недостаточно продуктивна, поскольку заранее определяет выбор больных и диагностируемых психических образований. Функциональная модель предполагает, что диагност не ищет соответствия между наблюдаемыми признаками и нозологической единицей, а стремится изучать личность больного.

Цель функциональной модели заключается в формулировке такой диагностической задачи, которая необходима для выявления трудностей в регуляции отношений больного с окружающей средой. В функциональной модели расширяется круг больных, которые обследуются психодиагностом. В него входят как больные, нуждающиеся в психиатрическом или неврологическом лечении, так и соматические больные, а также лица с трудностями социально-психологической адаптации, с нарушениями поведения и структуры личности.

Третья модель – интеракционная – учитывает социальный контекст деятельности психолога. Результаты диагностического исследования существенно различаются в зависимости от того, где происходит встреча психолога с обследуемым.

Клиническое интервью – это метод получения информации об индивидуально-психологических свойствах личности, психологических феноменах и психопатологических симптомах и синдромах, внутренней картине болезни пациента и структуре его проблемы, а также способ психологического воздействия, производимый непосредственно на основании личного контакта психолога и пациента.

Функциями интервью в клинической психологии являются: диагностическая и терапевтическая. Они должны осуществляться параллельно, поскольку только их сочетание может привести к желаемому для психолога результату – выздоровлению и реабилитации пациента. В этом отношении практикующийся клинический расспрос, игнорирующий психотерапевтическую функцию, превращает врача или психолога в статиста, чью роль мог бы с успехом выполнять и компьютер.

Принципами клинического интервью являются:

- 1) однозначность и точность;
- 2) доступность формулировок-вопросов;
- 3) последовательность (алгоритмизованность);
- 4) адекватность и проверяемость получаемой информации, гибкость;
- 5) беспристрастность опроса.

Под принципом однозначности и точности в рамках клинического интервью понимается правильное, корректное и точное формулирование вопросов. Примером неоднозначности может служить такой вопрос, обращенный к пациенту: «Испытываете ли Вы на себе психическое воздействие?» Утвердительный ответ на этот вопрос не дает диагносту практически ничего, поскольку



интерпретировать его можно разнообразно. Пациент мог подразумевать под «воздействием» как обычные человеческие переживания, события, людей, окружающих его, так и, например, «энергетический вампиризм», воздействие инопланетян и т.д. Вопрос этот неточен и неоднозначен, следовательно, малоинформативен и является лишним.

Принцип доступности базируется на нескольких параметрах: словарном (лингвистическом), образовательном, культурном, культуральном, языковом, национальном, этническом и других факторах. Обращенная к пациенту речь должна быть ему понятна и совпадать с его речевой практикой, основанной на множестве традиций. Вопрос диагноста: «Не бывает ли у Вас галлюцинаций?» может быть неправильно понят человеком, который впервые сталкивается с подобным научным термином. С другой стороны, если у пациента спросить, не слышит ли он голосов, то его понимание слова «голоса» может кардинально отличаться от понимания врачом того же термина. Доступность основывается на точной оценке диагностом статуса пациента, уровня его знаний, словарного запаса, субкультуральных особенностей, жаргонной практики.

Одним из важным параметров интервью считается алгоритмизированность (последовательность) расспроса, основанная на знаниях диагноста в области сочетаемости психологических феноменов и психопатологических симптомов и синдромов; эндогенном, психогенном и экзогенном типах реагирования; психотического и непсихотического уровней психических расстройств.

Наиболее значимыми являются принципы проверяемости и адекватности психологического интервью, когда для уточнения конгруэнтности понятий и исключения неверной интерпретации ответов диагност задает вопросы типа: «Что Вы понимаете под словом «голоса», которые Вы слышите?» или «Приведите пример испытываемых «голосов». При необходимости пациенту предлагается конкретизировать описание собственных переживаний.

Принцип беспристрастности – основной принцип феноменологически ориентированного психолога-диагноста. Навязывание пациенту собственного представления о наличии у того психопатологической симптоматики на основании предвзято или небрежно проведенного интервью может происходить как по причине сознательной установки, так и на базе незнания принципов интервью или слепой приверженности одной из научных школ.

Клинико-психологическое интервью - это метод сбора и структурирования информации путем задавания вопросов пациенту психологом связанных с определенным расстройством, оценка ответов и их фиксация. Например, интервью для оценки выраженности посттравматического стресса, когда собирается информация о проявлениях данного расстройства и оценивается их выраженность. После интервью обобщаются полученные результаты, проводится их анализ и формируются выводы.

От обычного расспроса (беседы) интервью отличается тем, что оно имеет направленный диагностический характер и направлено не только на идентификацию явно предьявляемых признаков патологии, но и на распознавание скрытых признаков, а также на более точное понимание существа проблемы.

Принципами клинико-психологического интервью является:

- 1) однозначность и точность вопросов;
- 2) доступность;
- 3) проверяемость и адекватность;
- 4) беспристрастность.

Само интервью состоит из двух частей. Первая часть подготовительная и она направлена на установление психологического контакта. Это наиболее важный и сложный этап, способный повлиять на качество полученных результатов. Этот этап следует начинать с формирования психологической безопасности и психологического комфорта. Для этого необходимо ситуативно поддерживать пациента, уточнить самочувствие и его способность участвовать в исследовании. Также важно объяснить цели и задачи совместной работы, акцентируя внимание на наличии у него права отказаться от диагностической процедуры.

Вторая часть интервью - собственное проведение клинического интервью. Здесь психологом задаются вопросы и выслушиваются ответы пациента. Важно отметить, что психолог не только фиксирует ответы пациента в протоколе, но и проводит их оценку. Часто эта оценка не совпадает с

оценкой пациента. Клинико-психологическое интервью похоже на клиническое интервью, проводимое врачом. Оно позволяет психологу за короткий период собрать полную информацию, необходимую для постановки психологического диагноза, и прояснить все необходимые аспекты проблемы. Содержание клинического интервью всегда зависит от поставленной задачи.

Клинико-психологическое интервью может быть структурированным или свободным. Структурированное интервью включает в себя обязательный список специфических вопросов, касающихся конкретной проблемы, с которой пациент был направлен на психологическое исследование.

Существуют правила эффективного общения, применение которых помогает установить взаимоотношения между психологом и пациентом. Поддержать атмосферу доверия и сотрудничества, создать и сохранить спокойную, уважительную и доброжелательную атмосферу психолог сможет с помощью нескольких приемов:

1) «Имя собственное». Беседу с пациентом начинают, назвав свое имя и отчество, должность и цель беседы. К пациенту также обращаются по имени и отчеству и на «вы», что способствует утверждению человека как личности, вызывает у него чувство удовлетворения и сопровождается положительными эмоциями.

2) «Комфортная обстановка». Беседу с пациентом проводят, по возможности обеспечив ему удобное место, учитывая освещение, наличие шума, мебель, помещение, присутствие посторонних и т.д. Необходимо помнить о межличностной дистанции, расположиться так, чтобы лицо находилось на одном уровне с лицом пациента.

3) «Зеркало отношений». Прием состоит в доброй улыбке и приятном выражении лица, свидетельствующем, что «я - ваш друг». Следует быть открытым, доброжелательным, позитивным и приветливым.

4) «Построение беседы». Разговор с пациентом начинают с подчеркивания его достоинств и положительных достижений в устранении проблемы со здоровьем. К наиболее волнующим и щепетильным вопросам подходят постепенно.

5) «Золотые слова». Прием заключается в высказывании комплиментов, способствующих эффекту внушения. Это выражают словами одобрения и похвалы.

6) «Риторические способности». Говорить следует четко, неторопливо, доходчиво, с максимальным проявлением дружелюбия, проверяя, правильно ли понимает сказанное собеседник. Нужно стараться вести беседу с учетом индивидуальных возрастных и личностных особенностей, вкусов и желаний пациента.

7) «Профессиональная тишина». В разговоре с пациентом избегают употребления медицинских терминов. Не требуют от пациента точного названия предметов ухода и лекарств, при необходимости просят просто показать их.

8) «Взаимное понимание». В конце беседы уточняют, не возникло ли смыслового барьера.

Клинико-психологическое интервью (беседа) – это метод получения информации об индивидуально-психологических особенностях личности и психологических состояниях. От обычного расспроса интервью отличается тем, что оно имеет направленный диалогический характер и направлено не только на идентификацию явно предъявляемых признаков патологии, но и на распознавание скрытых признаков, а также на более точное понимание существа проблемы.

В используемой в патопсихологическом исследовании беседе выделяют две части. Первая часть – это беседа в узком смысле слова. В данном случае экспериментатор беседует, разговаривает с больным, не проводя никакого эксперимента. Вторая часть беседы – это беседа во время эксперимента.

Патопсихологическое обследование включает в себя ряд компонентов: эксперимент, беседу с больным, наблюдение за поведением больного во время проведения исследования, анализ истории жизни заболевшего человека (которая представляет собой профессионально написанную врачом историю болезни), сопоставление экспериментальных данных с историей жизни.

Нейропсихологическое обследование - это обследование, включающее в себя оценку самых разных показателей: от наблюдения за вегетативными реакциями, двигательными и поведенческими проявлениями до тестирования конкретных психических функций. Также нейропсихологи-

ческое обследование выявляет тонкие отклонения высших психических функций и локализацию нарушений, которые вызвали эти отклонения.

Цель нейропсихологического обследования – выявление расстройств нейродинамики, которые включают в себя повышенную истощаемость, нарушение темпов и подвижности психических процессов, нарушение работоспособности, нарушение произвольной и целенаправленной познавательной деятельности, выявление нестойкости познавательных мотивов.

Первичный носитель психосоматического феномена – диада «мать-дитя», благодаря которому символический план изначально существует наряду с натуральным планом психосоматического феномена. В совместно-разделенных телесных действиях матери и дитя мать выполняет функцию означивания и наполнения смыслом витальных потребностей и телесных действий ребенка. В диаде его телесные действия оказываются изначально вписанными в психологическую систему «образа мира». Содержание и структура телесных действий определяются развитием системы значений и смыслов. Одна из ранних форм существования значения и, видимо, центральная для анализа процесса психосоматического развития – та из них, которая проявляет себя на языке чувственной (сенсорной и эмоциональной) модальности как начальное звено процесса формирования.

Второй этап развития телесных, психосоматических феноменов связан с организующей ролью системы значений уже на уровне репрезентации, символического манипулирования в плане представлений. Главным медиатором телесных действий становится вербализуемый образ тела, обретающий многообразие смысловых характеристик в контексте целостного «образа мира».

Можно предположить, что преобразование смысловой стороны психосоматических феноменов определяется этапами развития смыслового, интенционального компонента деятельности ребенка (смена ведущей деятельности, возникновение психологических новообразований). Так, фундаментом существования осмысленных психосоматических феноменов является коммуникация с матерью. Мать не только означает телесный феномен для ребенка (словесно и поведенчески), но и раскрывает своим эмоциональным реагированием смысл и ценность каждого телесного явления.

Следующий этап развития психосоматических феноменов связан с включением в них гностических действий, обретающих самостоятельный смысл и преобразующих психосоматическую связь. Этот этап характеризуется интересом ребенка к собственному телу, поиском средств вербального и иного символического обозначения телесных событий. Феноменология телесности описывается уже не формулой «Я есть тело», а иначе: «У меня есть тело». В образе тела смысловая трансформация выдвигает на первый план функциональную ценность определенных частей тела и сопряженных с ними телесных актов.

Другой этап социализации телесности связан, видимо, с возникновением рефлексивного плана сознания, способного трансформировать устоявшиеся и порождать новые смысловые системы. Разделение телесного и духовного Я делает тело и его феномены участником внутреннего диалога, порождающего новые жизненные смыслы. Дефицит рефлексивных психологических средств в дальнейшем может приводить к устойчивому существованию потенциально патогенного алекситимического стереотипа психологической регуляции или привычному – конверсионному – способу симптомообразования психосоматических расстройств в жизненно трудных ситуациях. Видимо, здесь же надо искать и точку отсчета для возникновения ипохондрических черт личности.

Структура психосоматического синдрома является сложной, иерархически организованной системой, включающей не только механизмы психофизиологического, интрапсихического уровня регуляции, но и факторы социальной ситуации развития телесности как важнейшие детерминанты симптомообразования. Разное содержание психологических факторов симптомогенеза в зависимости от возраста и достигнутого уровня опосредствования телесности означает нетождественность психологического синдрома клинической картине телесного расстройства. Одному клинически определенному расстройству могут соответствовать несколько психологических синдромов. Один и тот же клинический симптомокомплекс в разных синдромально психологических контекстах приобретает психологическую многозначность, поскольку разные культурные, знаково-символические механизмы участвуют в его становлении.

Принципы составления психодиагностического заключения:

1) психодиагностическое заключение обобщает данные психодиагностической процедуры, но не сами результаты, а их психологическую интерпретацию и выводы;

2) отраженный в психодиагностическом заключении вывод – четкий и конкретный ответ на поставленный перед специалистом вопрос.

3) содержание диагностического вывода должно отражать только наиболее существенные относительно запроса психологические причины или явления, которые могут объясняться и дополняться исходя из необходимости уточнения и лучшего понимания сущности изучаемого феномена.

4) по форме диагностическое заключение может быть представлено в виде как объясняющих понятий, так и суждений или умозаключений.

5) в случае выявления различного рода отклонений в заключении указываются сохраненные стороны или возможные компенсаторные механизмы личности;

6) текст диагностического заключения не должен быть перегружен техническими подробностями получения и обработки данных.

Результаты психодиагностического обследования в зависимости от задач и глубины анализа могут иметь:

1) Описательный характер. В данном случае психолог лишь констатирует факт наличия той или иной характеристики, симптома и степени его выраженности, опираясь на руководство методики. Это наименее профессиональный уровень анализа результатов, поскольку установление симптомов не приводит автоматически к диагнозу.

2) Проблемный характер. В данном случае психолог на основе анализа результатов обследования определяет причины тех или иных симптомов, основной конфликт изучаемой личности, который является существенным в сфере её взаимодействия с миром.

3) Специализированный характер. В данном случае на основе анализа результатов обследования определяет не только основной конфликт, но и преломление его в данных специфических условиях, в которых находится личность.

4) Прогностический характер. В данном случае глубокий анализ характера реализации конфликта личности позволяет строить прогноз её взаимодействия с данной или другой возможной ситуацией. Здесь прогноз строится на умении настолько понять внутреннюю структуру и динамику личности, что на основе прошлого и настоящего намечается и путь её дальнейшего развития.

При назначении психотерапии для лечения конкретных психических расстройств, выделяемых в рамках МКБ-10, необходимо учитывать следующие критерии:

1) научная обоснованность метода, включаемого в индивидуальную психотерапевтическую программу;

2) наличие разработанных моделей и стратегий лечения для конкретных типов расстройств;

3) наличие подготовленных специалистов, в соответствии с унифицированными программами специализации и повышения квалификации врачей-психотерапевтов с сертификатами по специальности «психотерапия», клинических (медицинских) психологов и специалистов по социальной работе, прошедших подготовку в соответствии с унифицированными программами переподготовки и повышения квалификации при наличии соответствующих штатов; 4) наличие организационных условий для проведения психотерапии.

#### **Тема 4. Основные психотерапевтические подходы и техники работы с больными и группами риска по соматоформным и психосоматическим расстройствам.**

Теоретико-методические основы психотерапевтической работы с больными психосоматического профиля. Особенности психотерапевтической работы с больными, страдающими различными формами соматоформных и психосоматических расстройств. Базовые теории и методы психотерапии в приложении к данной группе больных. Учет возрастных, индивидуально-типологических и нозотипических особенностей больных при планировании и организации психотерапевтической помощи. Содержание и процессуальные характеристики отдельных психотерапевтических подходов и техник. Техники телесно-ориентированной, гештальттерапии, когни-

тивно-бихевиоральной психотерапии; варианты интегративного подхода в психотерапевтической работе с больным. Правила подбора психотерапевтической программы для краткосрочной и долгосрочной психотерапевтической работы. Психотерапевтическая работа с психотравмой как возможным механизмом симптомообразования соматоформных и психосоматических расстройств. Психологическая помощь семье больного.

Психотерапевтическая триада «мишеней» пациентов психосоматического профиля – «телесная скованность», «подавленные отрицательные эмоции» и «неконгруэнтность смыслов».

Начальный этап работы: подбор психологического инструментария обследования, адекватного нозологии. Для работы с «мышечным панцирем» используются методы телесно-ориентированной терапии, методы саморегуляции, визуализация и др.

Второй этап – осознание связи между эмоциями и физиологическим состоянием, трудностей понимания и выражения чувств. Третий этап работы – изменение негативной установки пациента по отношению к отрицательным эмоциям, выявление причин, кто и когда «запретил» ему выражать их, фокусировка внимания на модусе переживания.

Обычно люди стремятся к прекращению плохих взаимоотношений. Психосоматический пациент годами может терпеть отношения, которые не только не доставляют удовольствия, но истощают и разрушают его личность. Толерантность к неблагоприятным взаимоотношениям и природу психосоматических симптомов можно объяснить подавлением враждебности, агрессивности, злобы.

Важнейшая задача психотерапевта в беседе с психосоматическим больным – помочь ему выявить, хотя бы частично, скрытую озлобленность. Психотерапевт должен не только помочь пациенту осознать свою озлобленность, но и указать, как она сказывается на поведении.

Еще одна существенная причина трудности консультирования психосоматической личности состоит в ее «эмоциональной безграмотности», неспособности вербализовать свои внутренние переживания, нехватке символического мышления. Если пациент – яркий алекситимик, следует применять техники, направленные не на конфронтацию, а на поддержку. Пациента также следует подготавливать к вербализации своих переживаний. Для этого можно использовать примеры эмоциональных слов и фантазий, анализ различных эмоциональных ситуаций, перевод умозаключений пациента на дифференцированный язык эмоций. Хотя такая подготовка далеко не во всех случаях бывает эффективной, она в определенной степени помогает осознать эмоциональные проблемы и вербализовать их.

Применяемые в психосоматической медицине методы психотерапии можно разбить на две группы: глубинно-психологические методы и методы, ориентированные на симптом и модификацию поведения. На практике они могут комбинироваться.

Глубинно-психологические методы ставят своей целью раскрытие психологического конфликта, который стоит за психосоматическими симптомами, перестройку личности в целом и ее отношений с окружающим миром. К этой группе относится психоанализ, различные направления психодинамической психотерапии, экзистенциально-гуманистические методы (гештальт-терапия, психодрама и др.).

К методам, ориентированным на симптом и модификацию поведения, можно отнести когнитивно-поведенческую психотерапию, а также гипнотерапию и другие суггестивные и ауто-суггестивные методы.

Кроме того, при психосоматических заболеваниях используют различные виды невербальной и полувербальной психотерапии (телесно-ориентированная терапия, дыхательная гимнастика, упражнения по мышечной релаксации, музыкальная терапия).

Психодинамическая психотерапия может осуществляться индивидуальной, семейной и групповой формах, для детей и взрослых. Она проводится как в краткосрочном (до 40 часов), так и долгосрочном (до 1 года и более) вариантах.

Психодинамическая психотерапия показана при широком спектре психических расстройств у взрослых и детей: тревожные расстройства (включая навязчивости) (F40, F41, F42), соматоформные расстройства (F45), расстройства настроения (F3), личностные расстройства (F6), нарушения пищевого поведения (F50), сексуальные дисфункции (E52).

Когнитивно-бихевиоральная психотерапия может осуществляться в индивидуальной, семейной и групповой формах, для детей и взрослых. Она проводится, как правило, в краткосрочном (от 8 до 30 часов) варианте. Показана при широком спектре психических расстройств: депрессии (F31.3, F32, F33, F34, F38), тревожные (включая ипохондрические) расстройства, навязчивости и посттравматические стрессовые состояния (F40, F41, F42, F43), соматоформные (F45) и личностные расстройства (F6), нарушения пищевого поведения (F50), сексуальные дисфункции (F52).

Гипнотерапия осуществляется в индивидуальной форме и форме психотерапии в группе. Современная гипнотерапия проводится в группе численностью 7-10 человек, что позволяет работать с пациентами параллельно без снижения эффективности психотерапии.

Областью клинического применения гипнотерапии в психиатрии в порядке убывания частоты применения являются: невротические, связанные со стрессом, соматоформные расстройства (F4); аддитивные расстройства (F10.1-F10.3, F11-F17); ряд поведенческих синдромов (F50, F51) и расстройств личности и поведения у взрослых (F60.5, F60, F62, F63.0), подростков (F92.0, F92.8), детей (F93.0- F93.3, F95, F98.5); некоторые аффективные расстройства (F34.0, F34.1); шизотипическое расстройство (F21).

Клиническая гипнотерапия может применяться как самостоятельный метод, а также в сочетании с иными методами психотерапии, физиотерапии, психофармакотерапии. Основной формой психотерапии является индивидуальная. Наряду с ней, все более широкое распространение находят семейная и групповая формы работы.

Семейная психотерапия показана при лечении взрослых и детей. Работа требует присутствия всех членов семьи на сеансе, однако возможны различные вариации (работа с частью семьи, с различными семейными подсистемами). Семейная терапия требует большей длительности сеансов (1,5-2 часа) при частоте встреч 1 раз в одну-две недели; желательно участие двух котерапевтов разного пола. Семейная терапия часто комбинируется с индивидуальной работой с пациентом. Системная семейная психотерапия рекомендована при лечении тревожных расстройств (F40, F41), депрессий (F31.3, F32, F33, F34, F38), соматоформных расстройств (F45), нарушений пищевого поведения, личностных расстройств (F6), шизофрении (F2). Показаниями для присоединения семейной терапии к индивидуальному лечению служат выраженные семейные дисфункции, проблемы трудоспособности и социальной адаптации, а также тенденция к затяжному, хроническому течению расстройства у пациента.

К психодинамическому направлению относится ряд психотерапевтических методов, в основе которых лежит представление о этиопатогенетическом влиянии неразрешенных интрапсихических конфликтов, определяющих разные формы психических расстройств. Общим для всех психодинамических подходов является представление о трех основных уровнях организации психики, соответствующих разной глубине патологии: невротическому регистру, регистру личностных расстройств (психопатиям), психотическому регистру. Каждому уровню личностной организации соответствуют специфические стратегии и техники психотерапии. Центральными понятиями в психодинамической традиции являются сопротивление, перенос, контрперенос, психологические защиты и др. К основным интервенциям относятся систематическая проработка интрапсихических конфликтов через интерпретацию сопротивления и переноса. Одним из современных методов психодинамического направления, разработанных и получившим широкое распространение у нас в стране, является личностноориентированная (реконструктивная) психотерапия.

Техники гештальт-терапии: «Развитие осознания» индивидуальные и групповые упражнения; «Концентрация внимания на чувствах»; «Интеграция полярностей»; «Работа со сновидениями».

Когнитивно-бихевиоральное направление возникло на основе бихевиоральной и когнитивной психологии. Оно включает ряд методов, среди которых наибольшее распространение получили: когнитивная психотерапия А. Бека и рационально-эмоциональная психотерапия А. Эллиса. Они интегрируют основные достижения других моделей когнитивно-бихевиоральной терапии, а также прошли проверку на эффективность в лечении ряда расстройств.

В основе этих методов психотерапии лежит представление о важной роли когнитивных процессов в различных нарушениях поведения и эмоционального реагирования. Тщательное исследо-

вание позволило выявить специфические когнитивные нарушения при различных психологических расстройствах. К основным понятиям когнитивного подхода относят автоматические (непроизвольные) мысли, когнитивные искажения (поляризованное мышление, негативное селективное информирование, «катастрофизацию», персонализацию и др.), дисфункциональные установки и убеждения (о себе, о своем заболевании, о других людях), компенсаторные стратегии поведения (например, избегание, гиперответственность, дистанцирование и др.). К основным интервенциям в когнитивно-бихевиоральной терапии относятся техники заполнения «пробела», направленные на выявление неадаптивных когниций; техники, направленные на оценку и коррекцию дисфункциональных мыслей и убеждений; система поведенческих техник, направленных на перестройку неадекватных компенсаторных стратегий, и система тренингов, направленных на восполнение дефицита социальных и когнитивных навыков. Техники когнитивно-бихевиоральной терапии: «Обучение основной формуле ABC»; «Доказательства того, что мысли определяют эмоции»; «Определение ожиданий»; «Определение самооффективности».

Техники телесно-ориентированной психотерапии: «Заземление»; «Снятие блоков с мышц таза», «Практика экспрессии чувств».

Несмотря на различия в психотерапевтических позициях сторонников краткосрочной психодинамической психотерапии, можно выделить и общие принципы, касающиеся целей, отбора пациентов, фаз и приемов.

1) Краткосрочной считается психодинамическая психотерапия, целенаправленно ограниченная 1-40 занятиями (наиболее распространенный вариант 10-12) при частоте встреч с пациентом приблизительно 1 раз в неделю.

2) Цель краткосрочной психодинамической психотерапии – поведенческие изменения в фокусированной области конфликта, в отличие от установки ортодоксальной психодинамической психотерапии на личностное развитие посредством тотального преодоления комплекса базальных конфликтов.

3) Соответственно цели ведущий стратегический принцип краткосрочной психодинамической психотерапии – выделение и переработка фокального конфликта, в большинстве случаев эдиповой природы (соперничество, проблемы выигрыша-проигрыша и т. п.). Маркерами такого фокального конфликта являются указания пациента на связанные с ним травмы раннего возраста, повторяющиеся стереотипы травматических переживаний, связь данного конфликта с одной фигурой переноса (отцовской или материнской) и с проявлениями блокирования (ингибции) каких-либо сфер жизнедеятельности пациента. Косвенным показателем адекватного выбора фокального конфликта является аффективная ответная реакция пациента на пробную его интерпретацию.

4) Требования к ролевой позиции психотерапевта: способность установить аффективный контакт с пациентом, сочетающаяся с «добросердечным отсутствием заботы», активность в контакте и интерпретациях (в отличие от позиции «нейтрального зеркала» ортодоксального психодинамического психотерапевта).

5) Определенные требования к пациенту. Показания: наличие фокального конфликта эдиповой природы или потеря любимого объекта, высокая мотивация, наличие опыта как минимум одних значимых взаимоотношений, способность рефлексировать чувства и конструктивная реакция на пробную интерпретацию. Противопоказания: выраженная депрессия, психотические нарушения (параноидного и/или нарциссического характера), тенденции к патологической переработке переживаний (суицидальное или наркоманическое поведение). Косвенным противопоказанием является преимущественное использование пациентом механизмов проекции и отрицания. Краткосрочная психодинамическая психотерапия в значительно большей степени, чем долгосрочная психотерапия, ориентируется на способность самого пациента обобщать и использовать материал, полученный в процессе психотерапии.

В рамках соматической терапии травмы (СТТ) были сформулированы следующие принципы успешной и продуктивной практической работы.

Первый принцип предполагает, прежде всего, создание в ходе психотерапии травмы ощущения безопасности, принятия, установление ясных терапевтических отношений, способствующих

самораскрытию, внутреннему исследованию и поиску. Эти отношения включают в себя доверие, надежность, понимание, сотрудничество и альянс.

Согласно второму принципу, работа с травмой обязательно начинается с создания ресурсов, чтобы не допустить ретравматизации. Ресурсы – это позитивное целостное самоощущение, включая телесное ощущение, позволяющее личности сохранять свою устойчивость и целостность перед опасностью возможного разрушения при травме. Важно подчеркнуть, что благодаря развитию и использованию своих внутренних ресурсов у личности пробуждается способность к саморегуляции

Ресурсы могут быть внешними и внутренними. К внешним ресурсам относятся увлечения, поддержка близких людей; к внутренним – смыслы, образы, воспоминания и т.д. Ресурс проявляется в переживаниях, которые имеет соматическую составляющую и проявляются в виде позитивных телесных переживаний, таких как приятные ощущения тепла, покалывания, вибрации, потока энергии и т.п. Ресурсы развиваются в процессе соматического переживания. Данный процесс подготавливает последующую работу с травматическими симптомами. Именно ресурсы делают возможным для пациента «прикасасться» к травматическому переживанию, сохраняя внутреннее равновесие.

Согласно третьему принципу, работа с травмой предполагает создание определенных границ травматического переживания, или так называемого «контейнирования». «Контейнирование» образуется благодаря осознанию, отслеживанию и называнию негативных телесных ощущений, которые соответствуют травматическим симптомам (например, сжатие, напряжение, дискомфорт, тремор и др.).

После реализации приведенных выше принципов происходит собственно работа с травматическим опытом, в которой используются специализированные психотерапевтические средства. В практике СТТ хорошо работают специфические психотерапевтические метафоры, такие как «воронка травмы» и «воронка исцеления», а также система «SIBAM».

В первую очередь необходимо дать понять близким больного, что его болезнь, несмотря на психосоматическую основу, реальна для него самого и причиняет такой же дискомфорт, как если бы причина болезни заключалась в органическом нарушении.

Болезнь одного из членов семьи сопровождается эмоциональным напряжением. Потребность в дополнительном уходе, помимо физической нагрузки, вынуждает одного или нескольких членов семьи лишать себя социальной жизни, часто уход за больным лишает и личной жизни.

Такое лишение несет дополнительную нагрузку и совсем не способствует улучшению отношений между больным и другими членами. В тех ситуациях, когда больной убегает из дома, со временем дом превращается в «учреждение закрытого типа» и сопровождается дополнительным контролем.

Сама структура семьи претерпевает изменения. Взаимоотношения между ее членами меняются в зависимости от сплоченности или разрозненности в обычной жизни. Но даже в самых сплоченных семьях происходит разделение, как правило, на три подгруппы с различным уровнем вовлеченности

Первая группа или внутренний слой. В нее входит один или несколько человек которые берут на себя основную роль повседневного ухода. Чаще всего это мать, сестра или жена. Жизнь этого члена семьи полностью сосредоточена на больном. В тех случаях, когда больной лишен социального контакта, этот человек остается единственным, кто поддерживает его связи с внешним миром.

Кроме постоянной заботы о потребностях больного этот человек занимается поисками причин болезни. Он ищет специалистов в Интернете, читает специальную литературу и ищет контакты с другими семьями, у которых есть подобное заболевание и опыт во взаимодействии с больным и медперсоналом.

Часто этот человек приносит в жертву всю свою жизнь. Со временем у них формируется некая зависимость, и если после длительной болезни больной умирает, смысл жизни у опекуна теряется. Семья должна отслеживать состояние первой группы. Желательно, чтобы группа состояла



минимум из двух человек. Обязательно минимум раз в неделю полностью исключать контакт с больным.

Вторая группа – это члены семьи, которые продолжают вести активную социальную жизнь (работают, учатся, встречаются с друзьями), но, несмотря на нечастые контакты, их эмоциональная связь с больным членом семьи достаточно сильная.

Отслеживать и прорабатывать возникающее чувство вины. Для второй группы важна социальная реализация. Ухудшение состояния больного может грозить прерыванием их самореализации, и в то же время они чувствуют потребность оказания помощи. Необходимо обговорить объем и возможность оказания помощи, стараться его выполнять или предупреждать, что сегодня Вы не можете, но завтра сделаете. Это снижает тревожность и помогает сохранить отношения с первой группой.

Третья группа. В нее входят близкие и дальние родственники, знающие о проблемах, но не принимающие никакого участия в помощи. К сожалению, от третьей группы чаще всего вместо поддержки слышны обвинения в адрес родственников.

Психологическая поддержка, заключающаяся в том, что психолог выслушает и поймет. Поможет выявить сильные и слабые стороны. Учитывая специфику ситуации, поможет адаптировать всю семью либо человека, который будет находиться в наибольшем контакте с больным. Поможет научиться вести себя так, чтобы эмоционально не выгорать при общении с больным. Научит, как принять случившееся с наименьшей утратой социальных контактов и возможностью продолжать личную жизнь.

Если в связи с болезнью исходом является развод, чаще в ситуациях алкоголизма и наркомании, психолог окажет необходимую поддержку. Возможно, совместно вы найдете способ госпитализации, и развода можно будет избежать. Психолог научит, как относиться к возникающим чувствам вины, стыда, моральному давлению со стороны окружающих и других членов семьи. Психолог, работающий при учреждении, пояснит, в чем заключается помощь именно при данном заболевании. Как себя вести в тех или иных ситуациях.

Наиболее эффективна и целесообразна в работе с детьми организация комплексного подхода. Психологическая помощь наиболее эффективна при активном взаимодействии с родителями.

Психолог поможет понять, как себя вести с ребенком, у которого отклонения в развитии. Подготовит и расскажет, как возможно корректировать и направлять своего малыша, дабы лучшим образом способствовать его нормальной социализации. Поможет справиться с чувством вины, снять стресс, эмоционально стабилизироваться. Обучит, как вводить ребенка в круг сверстников, если такое допустимо, с наименьшей травмой.

### **Тема 5. Особенности работы клинического психолога в учреждениях разного типа.**

Ознакомление с работой психолога в медицинских учреждениях разного типа (отделения для взрослых хронически больных, детские учреждения, учреждения системы социального обеспечения, интернаты и т.п.). Психологическое консультирование в условиях амбулаторного приема больных разного возраста с нарушениями психосоматического характера. Правила составления психологических рекомендаций больным, их семьям, врачам и социальным работникам.

Работа клинического психолога в учреждениях, оказывающих психиатрическую помощь. Основными направлениями работы клинического психолога являются психодиагностика, психокоррекция и участие в психотерапевтическом процессе. Диагностическое направление работы клинического психолога определяется задачами и спецификой лечебно-профилактической деятельности психиатрического учреждения.

Важной составной частью работы психолога в учреждениях психиатрического профиля является его участие в реабилитационных мероприятиях. В ряде психиатрических клиник они проводятся в специальных реабилитационных центрах, комплексах, отделениях восстановительной терапии.

Содержание и объем работы психолога в реабилитационных подразделениях обусловлены конкретным содержанием реабилитационных программ, в которых медикаментозная терапия,

психотерапия, психологическое воздействие и формирование социально-трудовых навыков составляют единое целое и способствуют конечной цели – возвращению больного в общество.

Работа клинического психолога в кризисных учреждениях имеет ряд особенностей. Психодиагностическое направление работы предполагает, в дополнение к общепринятым, наличие специальных знаний для проведения экспресс-дифференциальной диагностики степени риска суицидального поведения, личностных особенностей, выбора мишеней для проведения кризисного вмешательства. Психокоррекционная деятельность требует наличия специальных навыков для установления контакта с пациентами в кризисных состояниях, специальной подготовки для проведения различных форм кризисной интервенции.

Психологическое консультирование в стационаре или поликлинике является одним из важных видов деятельности психолога и играет немаловажную роль в лечебном процессе. Психическое состояние женщины, находящейся на учете в связи с патологией беременности или имеющей хроническое заболевание, обусловлено рядом психологических факторов, таких как страх диагноза и самого прогресса лечения, эмоциональное напряжение в связи с болью или страхом боли, эмоциональная неуравновешенность, страх смерти, страх перед материальными затратами на лечение. Именно эти вопросы и психологическая поддержка женщины в стационаре или в поликлинике являются профессиональной компетенцией психолога в учреждениях родовспоможения, женских консультациях, в детских стационарах и поликлиниках.

Эффективность лечебного процесса определяется многими факторами, и один из важнейших – это создание мотивации пациента к лечению. К другим психологическим факторам, влияющим на эффективность терапии, относятся ожидания пациентки; уровень информированности о своем заболевании, эмоциональная поддержка со стороны персонала, «совместимость» врача и больной (совместимость взгляда на болезнь, на методы лечения, особенности эмоционального контакта).

Деятельность психолога в клинике акушерства и гинекологии главным образом направлена на психологическую поддержку беременных, женщин с проблемами бесплодия, юных беременных. Именно в данной работе союз врача и медицинского психолога необходим и оправдан. Врач первым узнает о социально-психологических факторах риска нарушения протекания беременности (внебрачная беременность, конфликты в семье или проблемы с психологическим здоровьем) и направляет женщину к психологу. Эффективным является участие психолога в работе школы для беременных, занятия в которой проводятся как для беременной, так и для других членов ее семьи.

Деятельность психолога в педиатрической клинике направлена на психологическую поддержку больных детей, а также на детей с ограниченными возможностями, нарушениями развития, поведенческими отклонениями, эмоциональной депривацией. При помещении ребенка в стационар следует помнить, что дети до 2 лет наиболее ранимы и долго (до 10 дней) адаптируются к условиям больницы. Необходима психологическая работа с родителями, так как их эмоциональное состояние влияет на состояние детей. Особой психологической поддержки требуют дети с хроническими и тяжелыми заболеваниями и их семьи. Одной из ведущих форм в работе психолога с детьми является игровая терапия.

Особенно в понимании и сочувствии нуждаются пациенты, охваченные страхом и мучительным беспокойством. Страхи психиатрических больных намного серьезнее, чем те, с которыми приходится сталкиваться в обычной медицинской практике. Депрессия и тревога таких пациентов значительно выражены и проявляются в боязни всего, что их окружает. Они замыкаются в себе, закрываются от внешнего мира (вплоть до ступорозного состояния).

Психотерапевтическая помощь взрослому населению, оказываемая в лечебно-профилактических учреждениях общесоматического профиля, представляет собой полипрофессиональную (бригадную) форму реализации отечественной полимодальной (интегрированной) краткосрочной психотерапии, опирающейся на ее медицинскую и психологическую составляющие, а так же биопсихосоциальные модели формирования и лечения психической патологии.

Система психотерапевтических мероприятий в лечебно-профилактических учреждениях общесоматического профиля, оказывающих первичную специализированную медицинскую помощь взрослому населению, основывается на:

1) системе организационно-методических мероприятий, обеспечивающих реализацию предусмотренных законодательством мер по охране психического здоровья и положений ведомственных приказов по организации и развитию специализированной психотерапевтической и медико-психологической помощи;

2) современных представлениях о биопсихосоциальных факторах этиологии, патогенезе и лечении психических, поведенческих расстройств и психосоматической патологии;

3) адекватном применении структурных компонентов системы психотерапевтической помощи (психотерапевтических кабинетов, отделений, центров, их штатного, материально-технического оснащения и оборудования) и ее содержания (подходов [направлений], форм, методов, вариантов, приемов и техник оказания медицинских услуг) для выполнения стандартов диагностики и лечения психических расстройств;

4) этических нормах, стандартах профессионального образования и стандартах оказания медицинской помощи.

Отдельную проблему составляет определение тактики стационарного и амбулаторного лечения в учреждениях общесоматического, а не специализированного психиатрического типа. Наиболее оптимальным является организация в многопрофильных больницах отделений психосоматического профиля. В случае отсутствия такого рода отделений стационарное лечение пациентов, страдающих невротическим, связанным с стрессом и соматоформными расстройствами может проводиться и в профильных неврологических и соматических отделениях. В этом случае ключевому процессу могут привлекаться специалисты психотерапевтических кабинетов, организуемых в стационарах многопрофильных больниц.

При решении вопросов госпитализации пациентов с соматоформными расстройствами требуется найти баланс между необходимостью удаления больного из актуальной психотравмирующей ситуации, с одной стороны, и необходимостью использовать имеющиеся у пациента возможности поддержки со стороны близких. Последнее представляется весьма важным в случае госпитализации больного в стационар общесоматической больницы, так как при этом у пациента практически не нарушаются социальные связи в ближайшем окружении (в отличие от ситуации обязательной (иногда даже недобровольной) госпитализации пациентов в психиатрические стационары). Кроме того, адекватное лечение в условиях непсихиатрического стационара или поликлиники позволяет избежать негативной стигматизации этой группы пациентов в мнении окружающих.

При психофармакотерапии невротических и соматоформных расстройств необходимо учитывать возможность выбора нескольких схем лечения. Однако низкая социальная защищенность большинства пациентов, обращающихся за психотерапевтической помощью, часто приводит к тому, что выбор варианта лечения осуществляется не столько по клиническим показаниям, сколько исходя из социально-профессиональных и материальных факторов. В этом случае возникает необходимость аргументировано обосновать выбранную тактику терапии и ее эффективность.

Часто пациента беспокоит не страх за свою жизнь, а страх перед возможной болью, инвалидностью, он хочет получить объяснение того или иного своего состояния, его интересуют ожидаемая продолжительность жизни, возможные страдания и последствия терапии. Больной, как правило, хочет чувствовать себя защищенным. Он хочет, чтобы его успокоили, сказали ему, что он не будет страдать. Может произойти так, что вопрос больного: «Есть ли вообще для меня какая-нибудь надежда?» окажется для врача весьма трудным, если он собирается ответить лишь словами «да» или «нет». Но это именно то, что больному не хочет услышать, своим вопросом он дает сигнал о том, что нуждается в собеседнике. Поэтому важно почувствовать состояние больного, выразить жестами, мимикой то, что он желает услышать или увидеть. При этом пациент не должен ощущать, что от него что-то утаивают.

В этом разговоре следует отдавать себе отчет в том, что правда всегда относительна. Поэтому должна быть сообщена лишь «правда сейчас», осторожно дозированная и ориентированная на вопросы больного.

Обеспечение помощи семье, где есть больной человек, необходимо начинать именно с установления доверительных отношений и эмпатии, то есть оказывать эмоциональную поддержку.

Эмоциональная поддержка для пациента - это принятие его родственниками, сослуживцами, медицинским персоналом, пациентами, признание его личностной, человеческой ценности и значимости не зависимо от того, какими качествами он обладает, болен он, или здоров; пациент принимается таким, каков он есть, несмотря на то, что он может отличаться от других. Так же необходимо помочь пациенту и его близким поверить в положительный исход. Ведь из веры возникает реальность. Полезно заставить членов семьи задуматься над тем, как влияет болезнь на каждого из близких; как говорить друг с другом о болезни; каким образом придется изменить свою жизнь; как сложится жизнь, когда больному станет лучше и какой помощи ждет семья от медработника.

Для улучшения качества жизни психосоматического больного очень важно попытаться хотя бы частично восстановить социальные связи или компенсировать их другими. Если пациент до заболевания исполнял роль главы семьи, следует посоветовать родным не ограждать его от решения обыденных семейных проблем, а, наоборот, чаще обращаться к нему за советами, даже в тех вопросах, которые можно было бы решить самостоятельно. В случае невозможности восстановления имевшихся ранее социальных связей необходимо переключить его на социально значимые цели, например, передача жизненного опыта близким, общение с детьми и внуками, помощь им в учебе, занятия живописью, сочинение стихов, рукоделие, резьба по дереву, составление родословной для детей и внуков. Для больного важно максимально расширить его круг общения.

Для улучшения качества психологического сопровождения пациентов необходимо разработать методические рекомендации, брошюры и памятки для среднего медперсонала по вопросам особенностей работы с психосоматическими больными.

Образовательные программы в деятельности медицинской сестры онкологического отделения должны включать: тренировку коммуникативных навыков и умений, навыки психологической поддержки пациента со стороны медицинского персонала, оказание психологической помощи ближайшему окружению больных, поддержку со стороны медицинского персонала остаточной трудоспособности пациента и т.д.

Возможно проведение специализированных тренингов для медицинских сестер, направленных на понимание важности психотерапевтической роли медицинской сестры, повышение собственной значимости и необходимости в работе с пациентами, усиление мотивации на активное участие в создании терапевтической среды отделения, а также замена устаревших стереотипов при выполнении медсестрами профессиональных обязанностей на новые, более эффективные формы работы.

## **2. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (УКАЗАНИЯ) К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ**

Основная цель проведения практического занятия заключается в закреплении знаний, полученных в ходе прослушивания лекционного материала.

Практические занятия проводятся в форме заслушивания докладов и обсуждения материала. Обсуждение направлено на лучшее усвоение изученного материала, освоение научных основ, эффективных методов и приемов решения конкретных практических задач, на развитие способностей к творческому использованию получаемых знаний и навыков.

Практическое занятие по данной дисциплине проводится также в форме устного опроса студентов по плану практических занятий, предполагающего проверку знаний усвоенного лекционного материала.

В ходе подготовки к практическому занятию студенту следует просмотреть материалы лекции, а затем начать изучение учебной литературы. Следует знать, что освещение того или иного вопроса в литературе часто является неполным, ориентированным в большей степени на одни разделы дисциплины, и в меньшей – на другие. Поэтому не следует ограничиваться одним учебником, научной статьей или монографией, а рассмотреть как можно больше материала по интересующей теме, представленного в системе ЭБС.

Студенту рекомендуется следующая схема подготовки к практическому занятию:

1. Проработать конспект лекций;
2. Прочитать основную и дополнительную литературу, рекомендованную по изучаемому разделу;
3. Ответить на вопросы плана практического занятия;
4. Выполнить домашнее задание;
5. При затруднениях сформулировать вопросы к преподавателю.

При подготовке к практическим занятиям следует руководствоваться указаниями и рекомендациями преподавателя, использовать основную литературу из представленного им списка. Для наиболее глубокого освоения дисциплины рекомендуется изучать литературу, обозначенную как «дополнительная» в представленном в рабочей программе дисциплины списке.

При подготовке доклада на практическое занятие желательно заранее обсудить с преподавателем перечень используемой литературы, за день до практического занятия предупредить о необходимых для предоставления материала технических средствах, напечатанный текст доклада предоставить преподавателю.

Если при изучении отдельных вопросов возникнут трудности, студент может обратиться к преподавателю за консультацией (устной или письменной).

Таким образом, значительную роль в изучении предмета выполняют практические занятия, которые призваны, прежде всего, закреплять теоретические знания, полученные в ходе прослушивания и запоминания лекционного материала, ознакомления с учебной и научной литературой, а также выполнения самостоятельных заданий. Тем самым практические занятия способствуют получению наиболее качественных знаний, помогают приобрести навыки самостоятельной работы.

### **Практические занятия**

#### **Тема 1. Понятие психосоматики, психосоматических и соматоформных расстройств.**

1. Понятие психосоматики.
  1. Классификация психосоматических расстройств (работа с МКБ-10 и DSM-IV).
  2. Соматоформные расстройства.
  3. Конверсионные расстройства.
  4. Соматизированные расстройства.
  5. Соматоформные болевые расстройства.
  6. Ипохондрия.
  7. Дисморфическое расстройство.

## **Тема 2. Клинико-психологическое интервью.**

1. Планирование интервью. Определение структуры, содержания интервью, условий его проведения.
2. Особенности организации психодиагностических блиц-интервью.
3. Проведение интервью с больными, страдающими различными расстройствами с соматоформной симптоматикой.
4. Психологическое заключение по данным интервью. Требования к заключению. Виды заключений.
5. Отработка правил составления текстов заключений.

## **Тема 3. Комплексное клинико-психологическое обследование больных с соматоформными и психосоматическими расстройствами.**

1. Планирование клинико-психологического обследования.
2. Принципы психосоматического синдромного анализа при различных соматоформных и психосоматических расстройствах.
3. Патопсихологический и нейропсихологический анализ в комплексном обследовании больного.
4. Этапы диагностического процесса.
5. Модели диагностических задач и дизайн эмпирического исследования.
6. Организация и особенности установления контакта с больными в условиях стационара.
7. Клинико-психологическое интервью, патопсихологическое интервью, патопсихологическое и нейропсихологическое обследование больного.
8. Правила представления данных в зависимости от задач обследования.

## **Тема 4. Основные психотерапевтические подходы и техники работы с больными и группами риска по соматоформным и психосоматическим расстройствам.**

1. Общие вопросы терапии психосоматических пациентов.
2. Суггестивная психотерапия: возможности, ограничения, техники.
3. Психосинтез: возможности, ограничения, техники.
4. Терапия, фокусированная на решении: возможности, ограничения, техники.
5. Позитивная психотерапия: возможности, ограничения, техники.
6. Гештальт-терапия: возможности, ограничения, техники.
7. Когнитивно-поведенческая психотерапия: возможности, ограничения, техники.
8. Символдрама и психодрама: возможности, ограничения, техники.
9. Транзактный анализ: возможности, ограничения, техники.
10. Арт-терапия и креативная визуализация: возможности, ограничения, техники.
11. Танцевально-двигательная терапия: возможности, ограничения, техники.
12. Телесно-ориентированная психотерапия: возможности, ограничения, техники.
13. Семейная психотерапия: возможности, ограничения, техники.
14. Нейролингвистическое программирование: возможности, ограничения, техники.

## **Тема 5. Особенности работы клинического психолога в учреждениях разного типа.**

1. Особенности работы психолога в отделениях для взрослых хронически больных.
2. Работа психолога в детских лечебных учреждениях.
3. Работа психолога в учреждениях системы социального обеспечения.
4. Психологическое консультирование в условиях амбулаторного приема больных разного возраста с нарушениями психосоматического характера.
5. Правила составления психологических рекомендаций больным, их семьям, врачам и социальным работникам.
6. Психологическая помощь семье психосоматического больного.

### **3. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (УКАЗАНИЯ) К ЛАБОРАТОРНЫМ ЗАНЯТИЯМ**

Основная цель проведения лабораторного занятия заключается в закреплении знаний, полученных на лекциях и практических занятиях, формирование умений практического применения полученных знаний.

Лабораторные работы предполагают отработку умений, сформированных на практических занятиях. Для успешного выполнения работы вначале необходимо повторить теоретический материал по соответствующей теме. При первом прочтении выделяются смысловые блоки для дальнейшего анализа. При повторном прочтении определяются точные формулировки ответов на вопросы для анализа. Отчет о лабораторной работе оформляется письменно и сдается на проверку непосредственно после занятия.

Лабораторные работы выполняются студентами в микрогруппах, что способствует развитию коммуникативных качеств, общекультурных и профессиональных компетенций.

#### **Лабораторные занятия**

##### **Тема 2. Клинико-психологическое интервью.**

Лабораторная работа включает в себя три этапа:

1) Планирование и проведение интервью (первое лабораторное занятие по теме). Работа выполняется студентами в микрогруппах.

2) Супервизия, общегрупповое обсуждение результатов и планирование дальнейшего хода интервью (продолжение, уточнение необходимых деталей, развертывание специфических, важных для анализа этиологии моментов) – второе занятие по теме.

3) Подготовка заключения по результатам интервью – третье занятие. Работа выполняется в микрогруппах.

Форма отчетности по теме – психодиагностическое заключение.

##### **Тема 3. Комплексное клинико-психологическое обследование больных с соматоформными и психосоматическими расстройствами.**

Лабораторная работа включает в себя три этапа:

1) Планирование и проведение клинико-психологического обследования: теоретический аспект (первое лабораторное занятие по теме). Работа выполняется студентами в микрогруппах.

2) Супервизия, общегрупповое обсуждение результатов и планирование дальнейшего хода обследования (продолжение, уточнение необходимых деталей, развертывание специфических, важных для анализа этиологии моментов) – второе занятие по теме.

3) Подготовка психосоматического заключения – третье занятие. Работа выполняется в микрогруппах.

Форма отчетности по теме – психосоматическое заключение.

##### **Тема 4. Основные психотерапевтические подходы и техники работы с больными и группами риска по соматоформным и психосоматическим расстройствам.**

Разработка психотерапевтического сопровождения в конкретном случае психосоматического и соматоформного расстройства. Работа выполняется в микрогруппах с опорой на результаты диагностики, осуществленной на предыдущих лабораторных занятиях. На втором занятии по теме проводится супервизия.

Форма отчетности по теме – проект психотерапевтического сопровождения.

##### **Тема 5. Особенности работы клинического психолога в учреждениях разного типа.**

В микрогруппах разрабатываются психологические рекомендации психосоматическим больным, их семьям, врачам и социальным работникам.

Форма отчетности по теме – разработанные и представленные в письменном виде рекомендации.

#### 4. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ

Для работы со студентами рекомендуют к применению следующие формы самостоятельной работы.

##### *Работа с литературой*

Важной составляющей самостоятельной внеаудиторной подготовки является работа с литературой по всем формам занятий: семинарским, практическим, при подготовке к зачетам, экзаменам, тестированию, участию в научных конференциях.

Один из методов работы с литературой – повторение: прочитанный текст можно заучить наизусть. Простое повторение воздействует на память механически и поверхностно. Полученные таким путем сведения легко забываются.

Более эффективный метод – метод кодирования: прочитанный текст нужно подвергнуть большей, чем простое заучивание, обработке. Чтобы основательно обработать информацию и закодировать ее для хранения, важно провести целый ряд мыслительных операций: прокомментировать новые данные; оценить их значение; поставить вопросы; сопоставить полученные сведения с ранее известными. Для улучшения обработки информации очень важно устанавливать осмысленные связи, структурировать новые сведения. При изучении дисциплины «Практикум по психосоматике» важным вариантом кодирования информации является составление схем и таблиц. В этом случае помимо вербальной (словесной), задействуется моторная память, что способствует более полному усвоению материала.

Изучение научной учебной и иной литературы требует ведения рабочих записей. Форма записей может быть весьма разнообразной: простой или развернутый план, тезисы, цитаты, конспект.

*План* – структура письменной работы, определяющая последовательность изложения материала. Он является наиболее краткой и потому самой доступной и распространенной формой записей содержания исходного источника информации. По существу, это перечень основных вопросов, рассматриваемых в источнике. План может быть простым и развернутым. Их отличие состоит в степени детализации содержания и, соответственно, в объеме.

*Выписки* представляют собой небольшие фрагменты текста (неполные и полные предложения, отделы абзацы, а также дословные и близкие к дословным записи об излагаемых в нем фактах), содержащие в себе основную идею (идеи) прочитанного текста. Выписки представляют собой более сложную форму записи содержания исходного источника информации. По сути, выписки – не что иное, как цитаты, заимствованные из текста. Выписки позволяют в концентрированной форме и с максимальной точностью воспроизвести наиболее важные мысли автора, статистические и фактологические сведения.

*Тезисы* – сжатое изложение содержания изученного материала в утвердительной (реже опровергающей) форме. Отличие тезисов от обычных выписок состоит в том, что тезисам присуща значительно более высокая степень концентрации материала. В тезисах отмечается преобладание выводов над общими рассуждениями. Записываются они близко к оригинальному тексту, т.е. без использования прямого цитирования.

*Аннотация* – краткое изложение основного содержания исходного источника информации, дающее о нем обобщенное представление. К написанию аннотаций прибегают в тех случаях, когда подлинная ценность и пригодность исходного источника информации исполнителю письменной работы окончательно неясна, но в то же время о нем необходимо оставить краткую запись с обобщающей характеристикой.

*Резюме* – краткая оценка содержания исходного источника информации, полученная, прежде всего, на основе содержащихся в нем выводов. Резюме весьма сходно по своей сути с аннотацией. Однако, в отличие от последней, текст резюме концентрирует в себе данные не из основного содержания исходного источника информации, а из его заключительной части, прежде всего выводов. Но, как и в случае с аннотацией, резюме излагается своими словами – выдержки из оригинального текста в нем практически не встречаются.

*Конспект* представляет собой сложную запись содержания исходного текста, включающая в себя заимствования (цитаты) наиболее примечательных мест в сочетании с планом источника, а



также сжатый анализ записанного материала и выводы по нему.

При выполнении конспекта требуется внимательно прочитать текст, уточнить в справочной литературе непонятные слова и вынести справочные данные на поля конспекта. Нужно выделить главное, составить план. Затем следует кратко сформулировать основные положения текста, отметить аргументацию автора. Записи материала следует проводить, четко следуя пунктам плана и выражая мысль своими словами. Цитаты должны быть записаны грамотно, учитывать лаконичность, значимость мысли.

В тексте конспекта желательно приводить не только тезисные положения, но и их доказательства. При оформлении конспекта необходимо стремиться к емкости каждого предложения. Мысли автора книги следует излагать кратко, заботясь о стиле и выразительности написанного. Число дополнительных элементов конспекта должно быть логически обоснованным, записи должны распределяться в определенной последовательности, отвечающей логической структуре произведения. Для уточнения и дополнения необходимо оставлять поля. Необходимо указывать библиографическое описание конспектируемого источника.

Самостоятельная работа студентов является обязательной для каждого студента, а её объём определяется учебным планом. Формы самостоятельной работы студентов определяются содержанием учебной дисциплины, степенью подготовленности студентов.

Самостоятельная работа – одна из важнейших форм овладения знаниями. Самостоятельная работа включает многие виды активной умственной деятельности студента: слушание лекций и осмысленное их конспектирование, глубокое изучение источников и литературы, консультации у преподавателя, подготовка к практическим занятиям, экзаменам, самоконтроль приобретаемых знаний и т.д.

Изучение дисциплины следует начинать с проработки рабочей программы, особое внимание уделяя целям и задачам, структуре и содержанию курса.

Тематика заданий для самостоятельной работы включает в себя задания для самостоятельной работы.

*Задания для самостоятельной работы (основные направления):*

1. Подготовка к практическому занятию.
2. Оформление отчета по лабораторной работе
3. Работа с МКБ-10.
4. Оформление отчета по лабораторной работе.