**Модуль 1. Клинико-психологическое и экспериментально-психологическое изучение больных с сердечно-сосудистыми психосоматическими заболеваниями**

**Тема №1.**

**Тема:** Клинико-психологическое и экспериментально-психологическое изучение больных с сердечно-сосудистыми психосоматическими заболеваниями.

**Вопросы:**

***Теоретические вопросы, подлежащие рассмотрению:***

1. Вводный обзор по курсу «Психосоматика».

1.1. Группы психосоматических расстройств. Классификация психосоматических расстройств в МКБ-10.

1.2. Понятие ВКБ. Компоненты ВКБ.

1.3. Понятие нозогении и соматогении. Типы нозогенных реакций.

1.4. Принципы установления контакта с больным. Понятие комплайенса.

1.5. Типы клинического слушания: нерефлексивное, рефлексивное, эмпатическое.

1.6. Алгоритм психологического исследования больных с психосоматическими расстройствами.

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

***Практическая часть занятия:***

1. Знакомство с отобранными больными, получение у них информированного согласия на психологическое исследование и на работу со студентами. Установление эмпатического контакта, формирование партнерства, комплайенса.

2. Изучение истории болезни (документа).

**Основные понятия темы:** психосоматическое расстройство, соматоформное расстройство, психосоматозы, конверсионное расстройство, нозогении, соматогении, комплайенс, нерефлексивное слушание, рефлексивное слушание, эмпатическое слушание, клинико-психологическое исследование, экспериментально-психологическое исследование, психологический анамнез, психологическая коррекция, тип поведенческой активности.

**Рекомендуемая литература:**

1. Дереча, В. А. Основы психосоматики [Электронный ресурс] : учеб. пособие для студентов фак. клин. психологии / В. А. Дереча, Г. И. Дереча ; ОрГМА. - Электрон. текстовые дан. - Оренбург : [б. и.], 2013. - 1 эл. опт. диск. - Загл. с титул. экрана. - (в конв.) : Б. ц. (89 с.)
2. Дереча, В. А. Практикум по психосоматике [Электронный ресурс] : учеб. пособие для студентов фак. клин. психологии / В. А. Дереча, Г. И. Дереча ; ОрГМА. - Электрон. текстовые дан. - Оренбург : [б. и.], 2013. - 1 эл. опт. диск. - Загл. с титул. экрана. - (в конв.) : Б. ц.
3. Клиническая психология [Текст] : учебник / ред. Б. Д. Карвасарский. - 3-е изд., стер. - СПб. : Питер, 2007. - 960 с.
4. Кулаков, С. А. Основы психосоматики [Текст] : практикум / С. А. Кулаков. - СПб. : Речь, 2003. - 288 с. : ил. - (Психологический практикум).
5. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика [Текст] : справочное издание / И. Г. Малкина-Пых, 2009. - 1024 с.
6. Сидоров П.И. Клиническая психология: Учеб. для студентов мед вузов/ П.И. Сидоров, А.В. Парняков. - 3-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2008. - 880 с.: ил.

**Теоретический материал к Модулю 1 к теме 1.**

1. **Группы психосоматических расстройств. Классификация психосоматических расстройств в МКБ-10.**

Психосоматика — направление в медицине и психологии, изучающее влияние психологических факторов на возникновение и течение соматических заболеваний.

Когда идет речь о психосоматической патологии, то имеется в виду ***расстройства функций органов и систем организма в связи с воздействием психогенно-травмирующих факторов при определённом отношении к ним личности.***

В рамках соотношений между психикой и соматикой возможны три вида патологий:

1. Расстройство обусловленные соматизацией переживаний (З.Фрейд). 80% наших отрицательных эмоций энергетически перемещаются в сосуды, в сердце, кишечник, в органы дыхания и т. д. Происходят болезни, которые в народе называются «на нервной почве» (например скачки артериального давления, аритмия сердечной и дыхательной деятельности и многое другое). На языке науки — это соматоформные расстройства, а так же органические психосоматозы (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь, язвенная болезнь, бронхиальная астма, нейродермит и д.р.).

2. Другой вид патологии в рамках соотношений тела души — это соматизированные депрессии: депрессивный аффект, депрессивное настроение может выражаться не языке эмоций, а языком тела (головная боль, боль в суставах, нарушение сердечной деятельности, нарушение аппетита, сна, нарушения работы ЖКТ и т. д.)

3. Последний вид патологий в соотношение тела и психики связан с физическими болезнями. Любая хирургическая болезнь (аппендицит, рак внутренних органов и т. д.) любая инфекция (грипп, особенно СПИД, туберкулез, сифилис и т. д.), инфаркт миокарда, травматическое поражение (особенно инвалидизирующее) — все это сопровождается реакцией личности на свою физическую болезнь, в следствие данного реагирования у соматических больных не редко проявляются невротические расстройства: тревожные, фобические, ипохондрические, депрессивные, обсесивно — компульсивные.

(…)

В международной классификации болезней 10 пересмотра, как и в указанной выше американской классификации психических расстройств, введена самостоятельная рубрика «соматоформные расстройства» (F45), а также рубрика F54 для оценки психологических факторов в развитии собственно соматических заболеваний.

(…)

Все соматические расстройства психогенного происхождения разделяются на следующие группы:

***1.Синдромы, связанные с физиологическими нарушениями (F50-F59):*** нервная анорексия, нервная булимия, психогенное переедание и психогенная рвота, психогенные расстройства сна).

***2.Конверсионные невротические симптомы*** (см. F44), развивающиеся по истерическим механизмам бессознательной мотивации поиска вторичной выгоды. Симптомы этого рода носят символический характер в том смысле, что они соотносятся к конкретным лицам («у меня от тебя голова болит», «ты мучаешь мое сердце») и более всего связаны с комплексами личности (комплекс неполноценности, нарциссизма, величия, «гадкого утенка», физического недостатка и т.п.). *Наиболее богаты конверсионной симптоматикой истерические (диссоциативные) неврозы,* проявления которых обусловливаются подсознательными представлениями больных о том, какой должна быть их болезнь, какое впечатление она должна производить на окружающих, чтобы они уделили больным больше внимания, жалости, заботы и т.п.:

*-неврологические функциональные расстройства* (парезы, параличи, судороги, припадки, мутизм, афония, астазия – абазия);

*-функциональные расстройства органов чувств* (слепота, глухота, аносмия, кожная анестезия);

*-неорганические алгические синдромы* (цефалгия, кардиалгия, суставные боли, абдоминальные боли, синдромы Брике и Мюнхгаузена – чрезмерно преувеличенные страдания, обусловливающие даже хирургические вмешательства);

*-висцеральные дисфункции* органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, желчевыводящих путей, мочеполовой сферы, сердечно-сосудистой системы).

***3.Соматоформные невротические расстройства (F45)*** раньше назывались *«органными неврозами» и «системными неврозами»,* которые понимались как результат перенапряжения этих органов и систем в процессе глубоких переживаний. В отличие от конверсионных (диссоциативных) расстройств при возникновении соматоформных нарушений отсутствует участие личностных символов и представлений о том, какой должна быть болезнь. Отсутствуют также вторичная выгода и психологически защитная сущность расстройств. Здесь имеет место, с одной стороны, *соматизация переживаний,* а с другой, - предшествовавшая слабость некоторых органов и систем (locus minoris resistentia), за счет чего возникает соматическая встречность во время интенсивных переживаний (рвется там, где тонко). Эти расстройства носят чисто функциональный обратимый характер, тем не менее больные озабочены своим состоянием. Нарушения при этом могут быть любого типа: кардиологического, гастроэнтерологического, пульмонологического, дерматологического, гинекологического, урологического, артрологического, вегетологического, сексопатологического, логопедического, неврологического и т.д.

Соматоформные нарушения (F45) делятся на:

*- соматизированные расстройства* (F45.0), разивающиеся как «органные» или «системные» неврозы в результате соматизации психотравмирующих переживаний; они представляют собою инициальный период заболеваний «на нервной почве», т.е. психосоматических болезней;

*- соматоформные вегетативные дисфункции* (F45.3), возникающие в рамках функциональных вегетодистоний, «вегетоневрозов» и отличаются выраженным проявлением вегетативных симптомов в сочетании с вегетогенными дисфункциями других органов и систем (сердечно-сосудистой, дыхательной, желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы, других органов и систем);

*- хроническое болевое соматоформное расстройство* (F45.4) – «психалгии», психогенные боли самой различной локализации (голова, спина, ноги и т.п.).

Особое место среди соматоформных нарушений (F45) занимают ипохондрические состояния.

***Ипохондрическое расстройство (F45.2)*** возникает в связи с переживаниями по поводу своего здоровья: либо под влиянием неосторожных действий медицинских работников (ятрогения), либо вследствие изменившегося самочувствия индивидуума (в т.ч. в связи с реальной болезнью). В любом случае больные испытывают чрезмерную тревогу, необоснованные опасения и убеждения в наличии у них той болезни, которой в самом деле нет, либо в наличии более тяжелой формы существующей болезни, чем форма, имеющаяся на самом деле (рака, спида, болезни крови, сифилиса и т.п.)

***4. Психосоматозы*** – физические психосоматические болезни:

*-неврологические* (мигрень, транзиторные церебральные ишемические приступы, вегетативные расстройства);

*--сосудистые* (гипертоническая болезнь; ишемическая болезнь сердца; стенокардия; пароксизмальная тахикардия; нарушения сердечного ритма; гипотоническая болезнь);

*-органов дыхания* (бронхиальная астма);

*-желудочно-кишечного тракта* (язвенная болезнь; гастрит, дуоденит; диспепсия; язвенный колит; синдром раздраженного кишечника; функциональная диарея; дискинезия кишечника; запор);

*-желчевыводящих путей* (дискинезия желчного пузыря и желчных путей; холецистит; желчнокаменная болезнь);

*-кожи* (экзема, дерматит, псориаз, крапивница);

*-суставов* (ревматоидный артрит);

*-мочеполовой сферы* (нервно-мышечная дисфункция мочевого пузыря, дисменорея, мочекаменная болезнь).

*Следует различать* ***истинные («органические») психосоматозы*** – *язвенная болезнь, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца и др. (психологические и поведенческие факторы, сыгравшие роль в возникновении этих заболеваний, кодируются при помощи рубрики* ***«Психологические и поведенческие факторы, связанные с нарушениями или болезнями, классифицированными в других рубриках» - F54****)., которые являются объектом изучения интернистов, и* ***функциональные психосоматозы,*** *относящиеся к сфере психиатрии* ***(«соматоформные невротические расстройства» - F45).***

Недоучет данных соотношений в работе врача любого профиля препятствует психотерапевтически правильному взаимодействию с больными и может существенно влиять на качество лечения и реабилитации больных. От каждого практикующего врача требуется понимание личности больных, особенностей реагирования и умение распознавать органические психосоматические болезни и отграничивать их от соматоформных психических расстройств.

Таким образом, как отмечает Н.И. Косенков и С.Г. Жейна (2001г.) психосоматические расстройства можно разделить на следующие большие группы:

**Конверсионные симптомы.** Невротический конфликт получает вторичный соматический ответ в виде демонстрации симптомов как попытки решения социального конфликта. Конверсионные проявления затрагивают произвольную моторику и органы чувств (напр. истерический паралич, парестезии, психогенная слепота и глухота, рвота, болевые феномены).

**Функциональные синдромы.** Речь идет о функциональном нарушении отдельных органов или органных систем. Какие-либо патофизиологические изменения в органах не обнаруживаются. У больного наблюдается пестрая картина неопределенных жалоб, которые могут затрагивать сердечно-сосудистую систему, желудочно-кишечный тракт, двигательный аппарат, органы дыхания и мочеполовую систему (напр. парестезии, ком в горле, неприятные ощущения в области сердца, нейроциркуляторную дистонию, функциональные расстройства желудка, пароксизмальные нарушения сердечного ритма различного генеза и т д.). Все это сопровождается внутренним беспокойством, депрессивными проявлениями, симптомами страха, нарушением сна, снижением сосредоточенности и психическим утомлением

**Психосоматозы.** (психосоматические болезни в более узком смысле). В основе их лежит первично телесная реакция на конфликтное переживание, сопровождающаяся изменениями и патологическими нарушениями в органах. Соответствующая предрасположенность может влиять на выбор поражаемого органа или системы Исторически к этой группе относят классические психосоматические заболевания («Но1у seven» - «Святая семерка») **- *бронхиальную астму; язвенный колит; эссенциальную гипертонию; нейродермит; ревматоидный артрит; язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.*** В настоящее время к этим заболеваниям еще относят - ***ишемическую болезнь сердца, тиреотоксикоз, сахарный диабет, ожирение.***

(...)

*Главным признаком соматоформных расстройств (F45) является повторяющееся возникновение* ***физических симптомов*** *наряду с постоянными требованиями медицинских обследований* ***вопреки подтверждающимся отрицательным результатам.***

При этом разные физические болезни, о которых известно, не могут объяснить тяжесть, обширность, вариабельность и упорство физических жалоб или соответствующей социальной несостоятельности. Многие больные, не удовлетворенные результатами обследования и не соглашающиеся рассматривать их расстройство с психологических позиций, занимаются самолечением или пользуются услугами неспециалистов.

Соматоформные расстройства делятся на соматизированные, недиференцированные, ипохондрические, вегетативные и в форме упорного болевого синдрома.

***Соматизированное расстройство (F45.0)*** может относиться к любой части тела или систем организма. Больные на протяжении ряда лет без результата посещают врачей. Некоторым из них делают бесполезные операции. Жалобы больных множественные и касаются двух и более ниже обозначенных групп:

* + *желудочно-кишечные симптомы*

1. Боли в животе;
2. Тошнота;
3. Чувство распирания или переполненность газами;
4. Плохой вкус во рту или обложенный язык;
5. Рвота или отрыгивание пищи;
6. Жалобы на частые движения кишечника или на отхождение газов;
   * *сердечно-сосудистые симптомы*
7. Одышка без нагрузки;
8. Боли в груди; нарушения сердечного ритма;
   * *моче-половые симптомы*
9. Дизурия или жалобы на частое мочеиспускание (миктурия);
10. Неприятные ощущения в половых органах или около них;
11. Жалобы на необычные или обильные выделения из влагалища;
    * *кожные и болевые симптомы*

Жалобы на пятнистость или депигментацию кожи;

1. Боли в конечностях или суставах;
2. Неприятное онемение или чувство покалывания, зуд, жжение, болезненность.

Для достоверной диагностики требуется 6 или более названных симптомов, относящихся к двум и более обозначенным группам, существующим более 2-х лет.

Течение расстройства хроническое, волнообразное. Чаще встречается у женщин, чем у мужчин и начинается обычно в молодом возрасте (до 30 лет). Сопровождается тревогой, гипотимией. Преподносится несколько драматизированно, взволнованно, с желанием привлечь внимание.

***Недифференцированное соматизированное расстройство*** (F45.1) отличается, тем, что клиническая картина здесь неполная, несформированная. Это связано с меньшей продолжительностью расстройств (не более 6 месяцев). Социальное функционирование и семейное положение также могут быть еще не нарушенными. Такие больные нуждаются в еще более осторожной диагностике, чтобы не исключить возможную физическую болезнь.

***Ипохондрическое расстройство (F45.2)*** проявляется неадекватными и чрезмерными опасениями за свое здоровье с убеждением в наличии у себя какой-либо одной серьезной болезни (иногда – двух).

Ипохондрия может входить в структуру любого невротического состояния – чаще в сочетании с депрессией, тревожным ожиданием, фобиями или истерическими проявлениями. Однако встречаются такого рода психогении, в которых доминирует угроза здоровью или даже жизни пациента, особенно если он мнителен и всегда боялся заболеть, может и не отдавая себе в этом отчет. Такая мнимая или преувеличенная угроза здоровья исходит обычно от каких-то неприятных ощущений, временных расстройств, выводится «логически» из публикаций на медицинскую тему или из рассказов о болезнях других людей. Нередко представления об угрозе своему здоровью пациент выносит из общения с медицинскими работниками, действующими недеонтологично, ятрогенно.

Проявляется ипохондрический невроз переживанием опасений, тревоги или даже страха за здоровье. Это либо фобическая тревога, либо предположение у себя той или иной болезни, тревожное ожидание, граничащее с уверенностью в ее наличии. Поэтому ипохондрические неврозы легко усложняются, переходя в ипохондрические сверхценные идеи, т.е. в регистр расстройств близких к бреду. Сюда относят также дисморфофобии и различные виды нозофобий (кардиофобия, канцерофобия, сифилофобия, спидофобия и т.п.).

***Соматоформная вегетативная дисфункция*** касается сердечно-сосудистой, желудочно-кишечной, дыхательной и моче-половой систем в их единстве с вегетативной системой, под влиянием которой они находятся. *Первичным расстройством здесь является вегетативное возбуждение вследствие психологического стресса.* Симптомы обычно бывают двух типов.

*Первый тип симптомов,* на котором, собственно, основана диагностика, - это явления симптоза, парасимптоза, смешанная вегетодистония, вегетативные кризы, перманентная вегетодистония с жалобами именно на вегетативное возбуждение: сердцебиение, потливость, озноб, тремор, покраснение и т.п.

*Второй тип симптомов* проявляется жалобами субъективного характера – неприятными ощущениями в области определенных органов или систем:

*-сердца и сердечно-сосудистой системы* *(F45.30):* нейроциркуляторная астения, вегетососудистая дистония;

*-верхний отдел желудочно-кишечного тракта (F45.31):* психогенная аэрофагия; икота; диспепсия; пилороспазм;

*-нижний отдел желудочно-кишечного тракта (F45.32):* психогенный метеоризм; синдром раздраженного кишечника; синдром газовой диареи; психогенный понос;

*-дыхательная система (F45.33):* психогенные формы кашля и одышки; нарушения ритма дыхания, ларингоспазм, бронхоспастические психогенные явления, невротическая икота; синдром нехватки воздуха;

*-моче-половая система (F45.34):* психогенная дизурия; психогенное повышение частоты мочеиспускания;

-другие органы или системы (F45.38).

***Лечение соматоформных расстройств*** должно начинаться с консультаций специалистов (невролог, кардиолог, гастроэнтеролог, гинеколог, уролог, онколог и др.) и с тщательного поиска возможной органической основы страдания, отсутствие которой закрепляет диагноз невротических нарушений. В то же время от врача требуется еще больше серьезного внимания именно к соматической сфере больных, что, с одной стороны, успокаивает их, а с другой, - настраивает на правильное отношение к своей болезни, как к психологическому расстройству.

Прерогатива отдается *психотерапии:* релаксационным и суггестивным методам, когнитивно-бихевиоральной терапии, биологически обратной связи, гештальт-техникам, инсайт – ориентированной психотерапии. Поскольку для больных с соматоформными расстройствами очень значимы поддержка и социальное взаимодействие, лечить их следует групповыми подходами.

Что касается *фармакотерапии,* то, как и при других психогениях, здесь показаны бета-адреноблокаторы; короткие курсы транквилизаторов; вегетативная стабилизация с помощью карбамазепинов, ноотропов, метаболических и вазоактивных средств, иглоукалывания. Одним из обязательных подходов в лечении соматоформных расстройств является назначение антидепрессантов – лучше сбалансированного действия (тианептин, пирлиндол, кломипрамин, мапротилин).

(...)

... в МКБ-10 введена *специальная рубрика (F54) для регистрации* **наличия** *психологических факторов, которые сыграли, как предполагается, важную роль в этиологии физических расстройств, классифицируемых в других рубриках МКБ-10,* например:

1. ***Мигрень*** (Q43 + F54), преходящие транзиторные церебральные ишемические приступы (Q45 + F54), вегетативные расстройства (Q90 + F54).
2. ***Гипертония*** (I 10-I 15 + F54), ишемическая болезнь сердца (I 20 – I25 + F54), пароксизмальная тахикардия (I 47 + F 54), нарушения сердечного ритма (I 49 + F 54), гипотензия, гипотония (I 95 + F54).
3. ***Бронхиальная астма*** (J45 + F 54).
4. ***Язва желудка*** (K25 + F54), язва 12-перстной кишки (K26 + F54), гастрит и дуоденит (K29 + F54), диспепсия (K30 + F54), язвенный колит (K51 + F54), другие неинфекционные гастроэнтериты и колиты (K52 + F54), мукозный колит – синдром раздраженного кишечника (K58 + F54), запор (K59.0 + F54), функциональная диарея (K59.1 + F54), дискинезия кишечника (K59.8.1 + F54).
5. ***Желчнокаменная болезнь*** (K80 + F54), холецистит (K81 + F54), дискинезия желчного пузыря и желчных путей (K82.8.0 + F54).
6. ***Экзема и дерматит*** (L23 – L25 + F54), зуд (L29 + F54), экзема (L30 + F54), псориаз (L40 + F54), крапивница (L50).
7. ***Ревматоидный артрит*** (M06 + F54).
8. ***Мочекаменная болезнь*** (N20 – N23 + F54), нервномышечная дисфункция мочевого пузыря (N31 + F54).
9. ***Дисменоррея*** (N94.6 + F54).

Во всех приведенных случаях речь идет о том, что психологические факторы в той или иной мере участвовали в манифестации и (или) течении болезни и, возможно, продолжают нарушать соматическое состояние, способствуя неблагоприятной его динамике. В этой связи со всей очевидностью встает вопрос о необходимости планирования комплексной терапии данных заболеваний.

***Лечение органических психосоматозов*** предусматривает обязательное участие в нем, наряду с основным специалистом, также психотерапевта и (или) клинического психолога. *Глубоко должна быть изучена личность пациента и его психобиография.* Необходимо выявить также психологические комплексы и актуальные переживания больных и преобладающую форму их психологической защиты, а также типичные паттерны реагирования и поведения в стрессовых ситуациях.

(...)

[Соматизированная депрессия] Соматические варианты депрессий (депрессий как таковых!) относят по МКБ-10 к рубрике F32.8 – «другие депрессивные эпизоды». Их особенностью является преобладание смеси соматических симптомов, часто – с болью. Они нуждаются в дифференциации с «органными неврозами», т.е. с соматизированным расстройством (F45.0).

***Встречаются следующие варианты соматизированных (маскированных) депрессий:***

* + алгическая форма (в т.ч. кардиоалгия, цефалгия);
  + суставная (артрическая, ревматоидноподобная);
  + обменная (ожирение или похудение);
  + кожная (дерматозы, нейродермиты);
  + гастралгическая;
  + стоматологическая;
  + пульмонологическая;
  + урологическая;
  + гинекологическая;
  + вегетативная депрессия;
  + сердечно-сосудистая форма;
  + сексуальная;
  + агрипническая.

*Основы психосоматики: учебное пособие/ В.А. Дереча, Г.И. Дереча; ГБОУ ВПО ОрГМА Минздрава РФ. – 90с.*

Для дифференциальной диагностики соматизированного расстройства и соматизированной депрессии необходимо вспомнить диагностические критерии депрессии, как таковой:

Депрессивные симптомы разделяются на типичные (основные) и дополнительные. При наличии депрессии, согласно МКБ-10, должны присутствовать два основных симптома и не менее трёх дополнительных[36].

***К типичным (основным) симптомам депрессии относятся:***

1. подавленное настроение, не зависящее от обстоятельств, в течение длительного времени (от двух недель и более);
2. ангедония — потеря интереса или удовольствия от ранее приятной деятельности;
3. выраженная утомляемость, «упадок сил», характеризующиеся стабильностью данного состояния (например, в течение месяца).

***Дополнительные симптомы:***

1. пессимизм;
2. чувство вины, бесполезности, тревоги и (или) страха;
3. заниженная самооценка;
4. неспособность концентрироваться и принимать решения;
5. мысли о смерти и (или) самоубийстве;
6. нестабильный аппетит, отмеченное снижение или прибавление в весе;
7. гликогевзия
8. нарушенный сон, присутствие бессонницы или пересыпания.

Согласно диагностическим критериям МКБ-10, диагноз депрессивного расстройства определяется, если длительность симптомов составляет не менее 2 недель. Однако диагноз может быть поставлен и для более коротких периодов, если симптомы необычно тяжёлые и наступают быстро.

*Депрессия // Википедия. [2017—2017]. Дата обновления: 23.03.2017. URL: http://ru.wikipedia.org/?oldid=84450152 (дата обращения: 23.03.2017).*

**1.2. Понятие ВКБ. Компоненты ВКБ.**

Одними из важнейших проблем клинической психологии являются проблемы психического реагирования человека на возникшее соматическое или психическое заболевание, так называемая "внутренняя картина болезни"(ВКБ), которая одновременно поднимает и другую не менее важную проблему «внутреннюю картину здоровья" (ВКЗ).

Первая научная работа, посвященная первой части проблемы, принадлежит перу немецкого интерниста А. Гольдшейдера (1926), описавшего ощу­щения, переживания и представления больного о своей болезни, которые он назвал "аутопластической картиной болезни".

В отечественной медицине в 1944 года появилась монография известного клинициста Р.А. Лурия «Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания», ставшая основой научных изысканий врачей и психологов в области субъективных переживаний пациентов при различных заболеваниях. Под "внутренней картиной болезни" автор понимал комплекс переживаний пациента*,* связанных с заболеванием: общее самочувствие, ощущение, восприятие, эмоции и представления о болезни. В настоящее время существует достаточное количество работ, посвященных ВКБ и с позиций психиатрии, и позиций психологии.

Существуют и другие названия данных болезненных изменений психики пациента: В.Н. Мясищев - "отношение к болезни"; Е.К. Краснушкин и Л. Рохлин - "сознание болезни"; С.С. Либих - "концепция болезни"; Н Д. Лакосина и Г.К. Ушаков - "реакция на болезнь".

*Основы психосоматики: учебное пособие/ В.А. Дереча, Г.И. Дереча; ГБОУ ВПО ОрГМА Минздрава РФ. – 90с.*

Выделяют **несколько взаимосвязанных сторон или уровней ВКБ**:

1. ***болевая сторона болезни*** (уровень ощущений, чувственный уровень) – напр., локализация болей и других неприятных ощущений, их интенсивность и т.п;
2. ***эмоциональная сторона болезни* (**эмоциональный уровень): связана с различными видами эмоционального реагирования на отдельные симптомы, заболевание в целом и его последствия;
3. ***интеллектуальная сторона болезни*** (рационально-информационный уровень) - связана с представлениями и знаниями больного о его заболевании, размышлениями о его причинах и последствиях;
4. ***волевая сторона болезни*** (мотивационный уровень) - связана с определенным отношением больного к своему заболеванию («что есть болезнь для меня»), необходимостью изменения поведения и привычного образа жизни, актуализацией деятельности по возвращению и сохранению здоровья – например, усилия справиться с болью. Если такая деятельность не формируется, то это может указывать на психологические препятствия выздоровлению.

Конечно, при возникновении заболевания происходит изменение личности больного в целом, одновременно на всех уровнях, и последующее отдельное рассмотрение каждого уровня – интеллектуального, чувственного, эмоционального, мотивационного – скорее, искусственно. Обсуждая каждый уровень, мы будем касаться также и способов коррекции, адресованных преимущественно данному уровню.

**Интеллектуальная сторона субъективного восприятия заболевания пациентом. Психокоррекция интеллектуальной стороны ВКБ.**

Интеллектуальный компонент ВКБ - это представления и знания о болезни пациентом, её субъективная оценка (напр., опасная / не опасная, может быть излечена / неизлечима), размышления о её причинах и возможных последствиях, это также решение вопросов "болен или здоров", "чем, как и у кого лечится" и т.д. Интеллектуальная сторона внутренней картины болезни происходит из разных источников: объяснения больным своих болезненных ощущений на основе «наивной» морфологии и физиологии (например – шлаки засоряют, застой энергии), на основе сведений о болезни, почерпнутых из популярной литературы и из сообщений знакомых, соседей по больничной палате и т.п., наконец, сообщений лечащего врача о диагнозе и прогнозе заболевания (ятрогенная составляющая интеллектуальной стороны ВКБ).

***Типы когнитивных (то есть, связанных с суждениями, умозаключениями) реакций на заболевания:***

**1.Нормонозогнозия (адекватная реакция**). Больные правильно оценивают свое состояние здоровья и перспективы. Их мнение совпадает с мнением врача.

**2.Гипернозогнозия (паника).** Больные склонны преувеличивать значимость отдельных симптомов и своего заболевания в целом. (Ипохондрики). Эти больные находятся во власти страха, легко внушаемы, часто непоследовательны, лечатся одновременно в разных лечебных учреждениях, как бы проверяя одного врача другим врачом. Часто лечатся у знахарей, целителей, народными средствами. Для них характерна недоверчивость и аффективная неустойчивость.

**3.Гипонозогнозия (отрицание болезни).** Больные склонны недооценивать тяжесть своего состояния. (Онкология).

**4.Диснозогнозия.** Искаженное восприятие своего заболевания с элементами гипер- и гипонозогнозии.

**5.Анозогнозия.** Полное отрицание болезни как таковой. Алкоголизм, онкология.

Особенно разрушительны последствия гипо- и анозогнозии, которые часто ведут к отказам больных от жизненно необходимого лечения, от госпитализаций, операций. Клинические особенности заболевания могут определять тип реакции.

В частности, у больных ИБС **гипернозогнозия** чаще всего наблюдаются при дебюте заболевания с инфаркта миокарда, большом числе коронарных катастроф (два и более инфаркта миокарда); при стенокардии с частыми (чаще 1 раза в сутки) и продолжительными (более 5 минут) приступами, возникающими при физической нагрузке и на улице в холодную погоду, с достаточно интенсивными загрудинными болями, иррадиирующими в левую руку и часто сопровождающимися витальным страхом и т.д.

**Гипонозогнозия** чаще всего отмечается при дебюте ИБС со стабильной стенокардии напряжения или нарушений сердечного ритма, а также без коронарных катастроф в анамнезе (или только при одном инфаркте миокарда без тяжелых осложнений), при стенокардии с редкими ангинозными приступами, возникающими без четкой закономерности, вне связи с физическим напряжением и холодной погодой, нетипичной локализации болей (слева, "в области сердца"), отсутствием выраженной иррадиации и витального страха, а также возможностью самостоятельного купирования без приема нитроглицерина.

Существует и зависимость от пола: Гипернозогнозические реакции возникают одинаково часто у лиц обоего пола, а гипонозогнозические предпочтительны для мужчин (почти в 2 раза чаще).

(…)

Коррекция интеллектуальной стороны ВКБ устроена наиболее простым и естественным образом, т.к. она легко «встраивается» в структуру обычной врачебной консультации, которая для этого должна быть лишь дополнена вопросами о том, что больной знает и думает о своём заболевании и разъяснениями его заблуждений, мифов (например, убеждения, что мигрень – это признак опухоли мозга, что СПИДом можно заразиться через рукопожатие и т.д.). То есть, психокоррекция исчерпывается методом психотерапевтической беседы, включающей разъяснение диагноза, механизма симптомов и прогноза заболевания. Однако, разъяснения могут быть приняты больным только при установлении с ним хорошего терапевтического контакта – а для этого используется этап активного слушания больного (мы с вами, если успеем, проведем короткий тренинг активного слушания).

**Чувственная (сенсорная) сторона ВКБ. Психокоррекция сенсорной стороны ВКБ.**

Чувственная сторона ВКБ - это преимущественно комплекс болезненных ощущений и отношение к ним. Пациент сравнивает свое физическое и психологическое неблагополучие с тем состоянием, что было до заболевания; при этом, отдельные физические симптомы сигнализируют не о причинах неблагополучия, а о его локализации и интенсивности. Наиболее субъективно значимый симптом – боль.

(…)

Психокоррекционное вмешательство в чувственную сторону ВКБ чаще всего сводится к психологическим приемам облегчения боли и неприятных ощущений. Выделяют две основных тактики:

1)обучение больного активному переключению внимания (напр., научить считать для отвлечения от боли кружочки на обоях, вспоминать приятные события жизни), или заместительная активность – напр., переписать домашнюю библиотеку;

2)осуществляется, в основном, с использованием метода психотерапевтической беседы, разъяснению пациенту причин и механизмов его болезненных ощущений и облегчение его душевного состояния методом активного слушания. Эти беседы помогают устранить неясность и провоцируемую ей тревогу, помогают больному яснее провести границу между собственным «Я» и болезнью, укрепляют его Я. Очень важно привлечение внимания пациента к его собственной личности и отвлечь от болезни.

**Эмоциональная сторона ВКБ. Психокоррекция эмоциональной стороны ВКБ.**

Болезнь затрагивает все системы человека, но из них влиянию болезни наиболее подвержена эмоциональная сфера. Она никогда не остается неизменной при возникновении болезни, и чаще всего ее проявления носят негативные оттенки.

Эмоциональная сторона внутренней картины болезни может считаться вторичной по отношению к двум другим сторонам ВКБ — сензитивной и интеллектуальной, будучи эмоциональным «ответом» на болезненные ощущения и имеющиеся у больного знания о болезни.

Эмоциональная сторона ВКБ - это переживание заболевания и его последствий. Чаще это оценка больным своей болезни с точки зрения опасности и безопасности, напр., переживание болезни как опасной или хронической, неизлечимой, может вызывать страх и депрессию. Типичными (если не сказать — естественными) эмоциональными ответами на болезнь являются: депрессия — стойкое снижение настроения, ведущее к понижению умственной и двигательной активности, и тревога — неясно опредмеченный или вовсе беспредметный страх, направленный в будущее. Также нередко встречаются и специфические страхи (фобии). Чаще же всего эмоциональное состояние больного складывается из всех трёх перечисленных вариантов в разных пропорциях.

(…)

Положительное воздействие на эмоциональную сторону ВКБ оказывается в рамках коррекции двух первичных сторон — сензитивной и интеллектуальной. Но имеются также две группы психотерапевтических методов, прямо воздействующих на эмоциональное состояние больного.

**Первую группу** составляют приёмы, провоцирующие «отреагирование» негативных эмоций (буквально, выплакаться под контролем специалиста) или разотождествление с негативными эмоциями.

**Ко второй группе** относятся приёмы *релаксации* (целенаправленного расслабления), нормализующие настроение и оказывающие противотревожное действие. Большинство приёмов релаксации основаны на взаимозависимости между эмоциональным состоянием и с мышечным тонусом. С одной стороны, эмоции негативного круга вызывают застойное напряжение в мышцах, с другой стороны, напряжение мышц может вести к актуализации негативных переживаний, а расслабление — к их дезактуализации.

С конкретными психотерапевтическими методами, воздействующими на эмоциональное состояние больного вы познакомитесь на практических занятиях.

**Мотивационная (волевая) сторона ВКБ. Психокоррекция мотивационной стороны ВКБ.**

Волевая сторона ВКБ представляет собой сознательный, волевой ответ личности на факт заболевания, это выработка пациентом определённого отношения к болезни и актуализация деятельности, направленной на выздоровление. В определённом смысле её можно считать итогом «работы» всех остальных сторон ВКБ. В то же время, имеется и «обратное» влияние волевой составляющей ВКБ на прочие её элементы, в первую очередь — на эмоциональный и, отчасти, на сензитивный компоненты. «Образование» интеллектуальной модели болезни, связанная с ней осознанная или неосознанная потребность избавиться от её проявлений, угрозы инвалидизации или смерти ведут к формированию «программ» и целей личности, направленных на преодоление болезни.

**Типологии отношения к болезни.**

Существует множество типологий ВКБ, мы выберем 2 наиболее приемлемых для клиники – обе они называются типологии отношения к болезни – это типология Боухала-Конечного, 2-х известных чешских авторов, и типология Личко–Иванова – 2х отечественных авторов из Ленинградской школы медпсихологии.

***Типология Боухала и Конечного.***

Р.Конечный и М.Боухалпредлагают следующую классификацию из 7 типов отношения к болезни:

1) ***нормальное отношение*** (соответствует объективному состоянию больного или тому, что было ему сообщено о заболевании);

2) ***пренебрежительное отношение*** (недооценка тяжести, серьезности болезни);

3) ***отрицающее отношение*** (игнорирование факта болезни – пациент не обращает на болезнь внимания);

4) ***нозофобное отношение*** (нозос – болезнь; фобос – страх: то есть, пациент боится болезни, проходит обследование несколько раз у разных врачей; при этом он понимает, что его опасения преувеличены, но преодолеть своих опасений не может);

5) ***ипохондрическое отношение*** (погружение, уход в болезнь);

6) ***нозофильноеотношение*** (букв. – любовь к болезни; больной получает удовлетворение от того, что болезнь освобождает его от обязанностей, болезнь успокаивает);

7) ***утилитарное отношение*** (получение известной выгоды от болезни - материальной или моральной).

***Типология А.Е.Личко и Н.Я.Иванова.***

Они выделяют ***12 типов*** отношения к болезни на основе изучения опросником ЛОБИ***:*** 1. ***Гармонический*** – правильная, трезвая оценка состояния, нежелание обременять других тяготами ухода за собой. 2. ***Эргопатический*** – «уход от болезни в работу», желание сохранить работоспособность. 3. ***Анозогнозический*** – активное отбрасывание мысли о болезни, «обойдется». 4. ***Тревожный*** – беспрерывное беспокойство и мнительность. Вера в приметы и ритуалы. 5. ***Ипохондрический*** – крайняя сосредоточенность на субъективных ощущениях и преувеличение их значения, боязнь побочного действия лекарств, процедур. 6. ***Неврастенический*** – поведение по типу «раздражительной слабости». Нетерпеливость и вспышки раздражения на первого встречного (особенно при болях), затем – слезы и раскаяние. 7. ***Меланхолический*** – неверие в выздоровление, удрученность болезнью, депрессивное настроение (угроза суицида). 8. ***Апатический*** – полное безразличие к своей судьбе, пассивное подчинение процедурам и лечению. 9. ***Сензитивный*** – чувствительный к межличностным отношениям, полон опасений, что окружающие его избегают из-за болезни, боязнь стать обузой для близких. 10. ***Эгоцентрический*** – «уход в болезнь» с выставлением напоказ страданий, требование к себе особого отношения. 11. ***Паранойяльный*** - уверенность, что болезнь является результатом чьего-то умысла, а осложнения в лечении являются результатом халатности медицинского персонала. 12. ***Дисфорический*** – доминирует мрачно-озлобленное настроение, зависть и ненависть к здоровым. Вспышки гнева с требованием от близких угождения во всем.

Важная особенность **психокоррекции волевой стороны ВКБ** – формирование мотивации на выздоровление, на преодоление болезни. Здесь очень важной является эмоциональная поддержка пациента, буквально, инстилляция (впрыскивание в него) надежды, воодушевление, поощрение за маленькие успехи. Однако, эмоциональное сопровождение должно быть не формальным, а теплым, искренним, иначе эффект теряется.

Формированию волевой стороны внутренней картины болезни препятствует, прежде всего, то, что факт заболевания «автоматически» порождает для больного целый комплекс необходимых действий, которые оставляют ему слишком мало времени для того, чтобы задуматься и принять то или иное осознанное волевое решение. Кроме того, немаловажное влияние на формирование волевого ответа на болезнь оказывает и эмоциональное состояние больного — например, депрессия во многих случаях сопровождается синдромом беспомощности-безнадежности. Полезно развенчивать такие деморализующие мысли больного, что «не стоит и стараться», что от него «ничего не зависит». Важно помочь больному обрести так наз. «борющийся дух». Его следует побуждать к маленьким, но планомерным изменениям в сторону все большей активности, позитивно подкреплять его старания похвалой, эмоциональным поощрением.

В рамках психокоррекционной беседы — внимание больного привлекается к малейшим сигналам позитивной динамики состояния, к вопросам сознательно-волевого ответа на заболевание и его значимости для успешности лечения. Полезно рассказывание воодушевляющих историй о выздоровлении других пациентов с подобной болезнью, приведение в пример литературных или киногероев, которые преодолевали трудности, боли и болезни. **Библиотерапия** – имеется в виду чтение специально подобранных книг (например, онкологическим пациентам очень полезна Луиза Хей, пациентам после инсульта – Островского – о Павке Корчагине; пациентам с системной патологией полезно почитать книгу НорманаКазинса «Анатомия болезни» и т.д.).

*Понятие внутренней картины болезни и здоровья. Конспект лекций [Электронный ресурс] –URL.:* [*http://5fan.ru/wievjob.php?id=7949*](http://5fan.ru/wievjob.php?id=7949)*. (Дата обращения: 04.04.2016 г.)*

**1.3. Понятие нозогении и соматогении. Типы нозогенных реакций.**

**Соматогении.** Как уже говорилось, психические нарушения могут вызываться соматическими причинами. Эти психические расстройства называются соматогенными. Инфекции, интоксикации, заболевания внутренних органов, в частности инкреторных, часто являются источником психических нарушений. Например, может быть состояние тревоги и страха при сердечных заболеваниях, особенно остро возникающее при приступах стено­кардии. За последнее время внимание ряда исследователей привлекали нарушения психики после операций на сердце и после инфаркта миокарда (В.М. Банщиков, В.В. Королев, И.Г. Равкин, Л.Л. Рохлин и др.). Состояние тревоги и страха наблюдается при тиреотоксикозе. Инфекционные заболевания, особенно в постинфекционном периоде, сопровождаются состоянием гиперэстетической эмоциональной слабости. Постинфекционная астения характеризуется истощаемостью физической и психической, повышенной эмоциональной лабильностью. При астении иногда наблюдается особый характер мышления («астеническое мышление», по Е.С. Авербуху).

Туберкулезные заболевания вообще, а в частности туберкулез надпочечников, сопровождаются состоянием слабости и истощаемости. Туберкулезное поражение легких может проявляться как чрезмерной раздражительностью, так и состоянием эйфории. Болезненный соматический процесс, очевидно, обусловливает интоксикацию, которая, поражая весь организм, в том числе и нервную систему, сказывается изменением физического тонуса и психической реактивности.

Эндокринная динамика является условием зарядки нервной деятельности, и нарушение деятельности желез внутренней секреции нередко приводит к изменениям психики. Особенно показательна в этом отношении известная роль щитовидной железы. Умственная вялость, апатия, задержка умственного развития характеризуют состояние гипотериоза.

Повышенная впечатлительность, возбудимость, ускорение психического темпа характеризуют повышение деятельности щитовидной железы.

*Проблемы психогении и соматогении (по Лебединскому и Мясищеву). - URL.: http://medpsy.com/meds/meds161.php. (Дата обращения: 05.04.2017 г.)*

**Типология нозогенных реакций (по А.Б. Смулевичу, 1999)**

**А. Гипернозогнозическое реагирование:**

- невротические тревожно-фобические состояния

-аффективные синдромы тревожной и ипохондрической депрессии

-патохарактерологический синдром по типу «ипохондрии здоровья»

**Б. Гипонозогнозическое реагирование:**

-невротическое вытеснение (синдром «прекрасного равнодушия»)

-аффективный синдром эйфорической «псевдодеменции»

-патохарактерологический синдром в форме «отрицания болезни»

***Гипернозогнозические*** невротические реакции у больных с постинфарктным кардиосклерозом представлены *тревожно-фобическими* *состояниями*. Для тревожно-фобических нозогений характерны опасения ухудшения здоровья, страхи нарушения сердечной деятельности. В ряде случаев анксиозные расстройства принимают форму панических атак с витальным страхом и соматовегетативными симптомами (тахикардия, кардиалгии и т.д.).

Гипернозогнозические нозогении *аффективного круга* имеют место в единичных случаях и у больных с постинфарктным кардиосклерозом и у лиц ИБС, стабильной стенокардией. Они определяются синдромом тревожной или ипохондрической депрессии. На первом плане выступают гипотимия с подавленностью, обостренным самонаблюдением, тщательной регистрацией малейших признаков телесного неблагополучия. Одной из облигатных составляющих нозогенной депрессии является содержательный комплекс, включающий тесно связанное с актуальным соматическим состоянием чувство безнадежности, беспомощности перед фактом заболевания. Доминируют мрачные представления неизлечимости болезни, бесперспективности лечения, необратимости нарушений деятельности внутренних органов, неминуемой полной утраты трудоспособности. Чувство безнадежности сочетается с алгиями, другими патологическими телесными сенсациями, конверсионными расстройствами. Нозогенные депрессии включают также симптомы, «общие» для соматической и психической патологии - астению, похудание, нарушения сна, головокружение, тремор, тахикардию, боли в грудной клетке, диспноэ, диспепсические нарушения (горечь, сухость во рту, запоры, метеоризм и др.).

*Патохарактерологический синдром по типу «ипохондрии здоровья»* относится к категории более затяжных гипернозогнозических реакций. У больных ИБС, стабильной стенокардией нозогенные реакции с формированием сверхценных идей встречаются чаще, чем у больных с постинфарктным кардиосклерозом. Здесь на первый план выступают явления ригидной ипохондрии с особым поведением: тщательной регистрацией малейших признаков телесного неблагополучия, установлением щадящего «предохраняющего» режима с жесткой регламентацией нагрузок, особой диетой, главенством отдыха над работой и т.п. У больных с ригидной ипохондрией основной целью является поддержание функционирования организма на уровне, сложившемся в результате заболевания. В клинической картине могут присутствовать тревога, страх, соматоформные расстройства, имитирующие симптомы основного заболевания, утрирование телесного дискомфорта. Но главное – это то, что пациенты опасаются обострения и осложнения сердечных приступов, прислушиваются к своему сердцу, стремятся к установлению щадящего режима с особым распорядком дня. Выявляется тенденция к избегающему поведению, принятию роли боль­ного и многократным обращениям за медицинской помощью. Они отказываются от домашних хозяйственных забот, обязанностей, развлечений, несмотря на объективно удовлетворительное состояние. Все медицинские назначения и рекомендации выполняются ими неукоснительно.

У определенной части больных ИБС, независимо от того, состоялся ИМ или нет, осознание своей болезни сопровождается не опасениями, тревогой и страхом, а стремлением к преодолению недуга (собственно «ипохондрия здоровья»). У пациентов доминируют идеи полного восстановления здоровья «любой ценой» с достижением прежнего физического и социального статуса. Они ощущают в себе ресурсы, потенциал, волю «переломить» ход событий, «модернизировать» лечебный процесс специальными упражнениями и нарастающими нагрузками – часто вопреки медицинским рекомендациям.

***Гипонозогнозические реакции*** как у больных с постинфарктным кардиосклерозом, так и у лиц ИБС, стабильной стенокардией, встречаются достоверно реже. Во-первых, в обеих группах больных не наблюдается аффективного синдрома эйфорической «псевдодеменции».Во-вторых, другие варианты гипонозогнозического реагирования встречаются не столь часто.

У больных с постинфарктным кардиосклерозом относительно чаще наблюдается *невротическое вытеснение болезни* из самосознания личности, т.н. *синдром «прекрасного равнодушия»*, который характеризуется наличием, с одной стороны, латентной соматизированной тревоги (в форме тахикардии, дрожи, потливости), а с другой, - демонстративно-пренебрежительным отношением к лечению, проблемам прогноза и исхода заболевания, что объясняется патологией воображения (нарциссический ком­плекс идеального физического здоровья). Налицо психологически защитно обусловленное нарочитое от­рицание какого-либо беспокойства по поводу имеющейся болезни. Те или иные проявления ИБС объясняются зачастую как времен­ные и единственные признаки соматической патологии, возникновение которых связано не с каким-либо серьезным патологическим процессом, а со случай­ной «аллергической реакцией», ситуативным стрессом, «переутомлением». При этом всегда можно уловить, что за фасадом «оптимизма» все же выступает страх, связанный с нарушением сердечной деятельности. Такие пациенты охотно прислушиваются к разговорам о заболевании, нередко, в тайне от врачей, просят родственников принести им специальную литературу, наводят справки о возможности изменить характер трудовой деятельности, снизить нагрузки, исключить влияние травмирующих факторов и т.д. Больные также охотно соглашаются выполнять лечебные процедуры, соблюдают рекомендации по приему препаратов и пределов физической активности.

У лиц ИБС, стабильной стенокардией относительно чаще наблюдается *патохарактерологический синдром «отрицания болезни».* При этом состоянии превалирует тенденция к минимизации степени тяжести своего заболевания. Иначе говоря, больные отрицают не болезнь как таковую, а лишь те ее аспекты, которые могут иметь угрожающий смысл. Например, абсолютно исключается возможность летального исхода, инвалидизации, необратимых изменений в сердце и т.п. Вне сферы внимания оказываются наиболее тяжелые нарушения сердечной деятельности, в то время как ак­цент ставится на второстепенных, малозначащих симптомах. *При этом обнаруживается склонность к «перенесению» болезненных ощущений с пора­женных органов на здоровые.* Больные избегают говорить о болезни, вместе с тем охотно эксплуатируют тему здоровья.

*Источник: Дереча В.А., Габбасова Э.Р. Роль кардиологических факторов в развитии расстройств адаптации и нозогенных личностных реакций у больных, перенесших инфаркт миокарда. Информационно-методическое письмо. Оренбург. - 2008. - 22 с.*

С психиатрической точки зрения, любое заболевание для заболевшего это стрессовое жизненное обстоятельство, способное привести (и часто приводящее) к психическим расстройствам адаптации (F43.2 по МКБ-10). Поэтому во всех случаях, где имеет место явное невротическое реагирование на наличие или на возможность серьезной физической болезни, должен выставляться *сопутствующий (коморбидный) диагноз невротического расстройства: либо расстройства адаптации (F43.2), либо ипохондрического расстройства (F45.2).*

*Расстройства адаптации (F43.2) развиваются в основном у больных с более тяжелыми физическими заболеваниями и с более серьезным прогнозом.* В большинстве же психосоматических заболеваний с меньшей тяжестью физической болезни в качестве личностной реакции возникают *ипохондрические состояния* (F45.2) в форме черзмерной озабоченности своей соматической болезнью в сочетании с тревогой и нозофобиями (кардиофобия, канцерофобия и т.п.) При этом больные испытывают постоянные идеи о существовании у них более тяжелой формы заболевания, чем есть на самом деле, и не верят различным докторам, пытающимся убедить пациента в противоположном. Ипохондрическое расстройство приходится дифференцировать с депрессивными и бредовыми состояниями, с тревожными и паническими расстройствами, а также с *соматизированными невротическими проявлениями (F45.0) и с вегетативными дисфункциями (F45.3).*

Из физических поражений и заболеваний наиболее часто личностные невротические реакции сопутствуют травматическим повреждениям, заболеваниям сердца, кожи, болезням органов зрения или слуха, онкологической патологии, заболеваниям гинекологическим, а также болезням желудочно-кишечного тракта. Вместе с тем роль психической травмы может играть любой вид патологии, поскольку основное значение имеет не столько сама по себе болезнь, сколько отношение личности к ней. В этой связи серьезную помощь врачам всех соматических специальностей могут оказать клинические психологи, в задачи которых входит как углубленная диагностика патопсихологического состояния больного, так и диагностика личности и коррекция ее реагирования.

*Клиническое значение невротических нарушений у соматически больных* состоит в том, что они усугубляют физическое расстройство, могут сами по себе хронизироваться и даже привести к *патологическому развитию личности.* При этом проявления невротических состояний, наряду с отмеченными выше их общими свойствами, имеют свои специфические особенности в зависимости от основного вида физической болезни. По понятным причинам здесь рассматриваются не все формы физической патологии, а лишь невротические реакции при основных физических болезнях психосоматического характера.

*Основы психосоматики: учебное пособие/ В.А.Дереча, Г.И. Дереча; ГБОУ ВПО ОрГМА Минздрава РФ. – 90с.*

**F43.8 Другие реакции на тяжелый стресс**

Следует отметить:

В эту рубрику относятся **нозогенные реакции,** возникающие в связи с тяжелым соматическим заболеванием (последнее выступает в качестве психотравмирующего события).

Страхи и тревожные опасения по поводу своего нездоровья и невозможности полной социальной реабилитации, сочетающиеся с обостренным самонаблюдением, гипертрофированной оценкой угрожающих здоровью последствий заболевания (невротические реакции). При затяжных реакциях на первый план выступают явления ригидной ипохондрии с тщательной регистрацией малейших признаков телесного неблагополучия, установлением щадящего "предохраняющего" от возможных осложнений или обострений соматической болезни режима (диета, главенство отдыха над работой, исключение любой информации, воспринимаемой как "стрессорная", жесткая регламентация физических нагрузок, приема медикаментов и пр.

В ряде случаев сознание происшедших патологических изменений в деятельности организма сопровождается не тревогой и страхом, но стремлением к преодолению недуга с чувством недоумения и обиды ("ипохондрия здоровья"). Обычным становится вопрос о том, как могла произойти катастрофа, поразившая тело. Доминируют идеи полного восстановления "любой ценой" физического и социального статуса, ликвидации причин заболевания и его последствий. Больные ощущают в себе потенциальные возможности усилием воли "переломить" ход событий, положительно повлиять на течение и исход соматического страдания, "модернизировать" лечебный процесс нарастающими нагрузками или физическими упражнениями, производимыми вопреки медицинским рекомендациям.

Синдром патологического отрицания болезни распространен преимущественно у больных с угрожающей жизни патологией (злокачественные новообразования, острый инфаркт миокарда, туберкулез с выраженной интоксикацией и пр.). Полное отрицание заболевания, сопряженное с убежденностью в абсолютной сохранности функций организма, встречается относительно редко. Чаще наблюдается тенденция к минимизации тяжести проявлений соматической патологии. В этом случае пациенты отрицают не заболевание как таковое, а лишь те его аспекты, которые имеют угрожающий смысл. Так, исключается возможность летального исхода, инвалидизации, необратимых изменений в организме.

*Включается:*

* "ипохондрия здоровья".

*Исключается:*

* ипохондрическое расстройство (F45.2).

*Психические расстройства и расстройства поведения(F00 - F99). (Класс V МКБ-10, адапти-рованный для использования в Российской Федерации). Под общей редакцией Казаковцева Б.А., Голланда В.Б.- М.: Минздрав России, 1998. - 512 с.*

**1.4. Принципы установления контакта с больным. Понятие комплайенса.**

В 1975 г. С. Rogersзадал вопрос: «Можно ли утверждать, что существуют необходимые и достаточные условия, способствующие позитивным изменениям личности, которые можно было бы четко определить и измерить?» На этот вопрос он сам дал ответ, назвав шесть условий:

1. Два лица находятся в психологическом контакте.
2. Первый персонаж, назовем его «клиентом», пребывает в состоянии психического расстройства, раним и встревожен.
3. Второй персонаж, назовем его «консультантом», активно участвует в общении.
4. Консультант испытывает безусловное уважение к клиенту.
5. Консультант переживает эмпатию, приняв точку зрения клиента, и дает это ему понять.
6. Эмпатическое понимание и безусловное уважение консультанта передаются клиенту даже при минимальной выраженности.

Никакие другие условия не обязательны. Если в определенный промежуток времени обеспечены данные шесть условий, этого достаточно. Позитивные изменения личности произойдут.

Итак, клиент должен быть в контакте с консультантом и прийти в состояние, делающее его чувствительным к помощи со стороны. Особенно важны 3-е, 4-е и 5-е условия, обеспечивающие достаточный для помощи консультативный контакт.

Доверительный контакт консультанта и клиента, основанный на безусловном уважении, эмпатии, теплоте и искренности консультанта по отношению к клиенту, является неотъемлемой, а по мнению многих профессионалов — существенной составляющей психологического консультирования и психотерапии.

(...)

Люди, ищущие помощи у консультанта, находятся в состоянии тревоги и страха. Вначале они не знают, что ждать от консультирования и консультанта, тем не менее, приходят на консультацию со своими проблемами и надеждой на понимание. Если с самого начала клиент отнесется к консультанту с доверием, то в процессе консультирования он станет смелее делиться своими чувствами, мыслями, страхами, которые не так легко обсуждать с чужим человеком. Если клиент не проникнется доверием, работа консультанта будет неэффективна и бессмысленна.

Создавать обоюдное доверие — значит создавать терапевтический климат, способствующий обсуждению значимых проблем. Это — обязанность консультанта. Успешность создания терапевтического климата обусловлена личностными качествами консультанта и его отношением к консультированию:

* необходим искренний интерес к людям и подлинное желание помогать им. Важно любить не только человечество, но и отдельного человека. Нельзя забывать, что клиенты тонко чувствуют, интересуется ли консультант ими по существу или только как объектами исследования. Тревогу клиентов отражают цитаты из их признаний: «Он смотрел на меня, словно хотел решить, в тот ли ящичек вложил мою карточку, а не как на другое человеческое существо»; «Я внезапно услышал, как он говорил о случае, и с ужасом понял, что речь шла обо мне». Никто из нас не желает быть трактуемым как «случай», «участник поединка» или «исследуемый»;
* во время консультирования все внимание следует уделять клиенту, нельзя заниматься посторонними делами (например: разговаривать по телефону, разрешать входить в кабинет коллегам и обсуждать с ними какие-то, пускай даже важные вопросы, витать в мыслях за стенами кабинета и т.п.);
* надо предоставить клиенту максимальную возможность высказаться. Он приходит к консультанту не выслушивать поучения и мудрые советы, а рассказать о гнетущих и затруднительных аспектах своей жизни;
* не следует проявлять излишнее любопытство. Консультант не должен походить на детектива. Важна лишь та информация о клиенте, которая необходима для понимания его проблем. Если консультант вынуждает клиента чрезмерно раскрываться, клиент после визита испытывает неудобство, переживает чувство вины и нередко прекращает консультирование;
* необходимо соблюдать профессиональную тайну. Если консультант по каким-то причинам обязан делиться с другими сведениями о клиенте (например, при надзоре за консультированием), надо поставить его в известность;
* следует помочь клиенту почувствовать себя непринужденно во время консультативных встреч. Для этого консультант должен проявлять дружелюбие, искренность, естественность, суметь войти в положение клиента;
* к проблемам клиента необходимо относиться без осуждения. Консультант должен не оценивать, а слушать, слышать и понимать. Когда консультант искренне и естественно демонстрирует установку «принятия», клиент чувствует себя понятым и заслуживающим уважения.

В психологическом консультировании роль и значение терапевтических отношений изучались Карлом Роджерсом (1957), представителем гуманистического направления. Он подробно рассмотрел, какими должны быть отношения между пациентом (клиентом) и психотерапевтом (консультантом) для эффективной помощи. Несмотря на очевидное сходство терапевтических отношений с другими отношениями между людьми, в частности с дружескими, с семейными, деловыми (продавец-покупатель, учитель-ученик, руководитель-подчиненный), они обладают собственной спецификой. К.Роджерс создал собственный психотерапевтический метод, названный им недирективная клиент-центрированная терапия (наиболее часто употребляемое название - разговорная психотерапия). Сутью метода являются особым образом построенные терапевтические отношения как основа необходимых изменений у клиента. Цель терапии по К. Роджерсу – предложить клиенту соответствующие отношения, которые тот сумеет принять и ответить на них. В результате данного психотерапевтического процесса становятся возможными изменения в психической структуре (в переживаниях) и поведении клиента.

(...)

*Для установления обоюдного доверия, как теперь общепризнано, консультанту особенно необходимы качества, впервые выделенные С. Rogers: искренность, способность к эмпатии и безусловное уважение к людям*.

**Искренность консультативного контакта (конгруэнтность).**

Искренность — один из важнейших элементов создания терапевтического климата. Искренности нельзя научиться, однако консультант должен уметь вести себя с клиентами так, чтобы они восприняли вхождение в свой внутренний мир как поддержку, а не как угрозу. По мнению С. Rogers, конгруэнтность означает, что «в межличностных отношениях консультант непринужденно и самобытно выражает свои переживания... Конгруэнтность представляет собой осознанную или неосознаваемую противоположность демонстрации фасада... Известно, что проявление самости не считается в психотерапии идеальным стилем. Терапевту вовсе и не следует демонстрировать интегрированность высшей степени на каждом шагу. Достаточно оставаться самим собой во время психотерапевтического контакта».

Итак, искренность консультанта — это его способность оставаться самим собой и отсутствие потребности демонстрировать профессиональный фасад. Искренний консультант не прячется за маской и не старается исполнить роль. Он естественен в контакте, потому что чуток к своим реакциям и чувствам, добросовестен и правдив в передаче их клиентам. Искренность предполагает соответствие высказываний чувствам и невербальному поведению, спонтанность. Конгруэнтное взаимодействие позволяет клиенту тоже не скрываться за фасадом в общении с консультантом. Открытый своим чувствам, мыслям, установкам и одновременно не испытывающий тревоги консультант способствует комфортному состоянию клиента.

Следует отметить, что изложенная точка зрения на проявление искренности консультантом в ситуации консультирования не единственная. Хотя никто не утверждает, что консультант должен быть неискренен или может обманывать клиента, однако насколько ему следует делиться с клиентом собственными чувствами, соображениями о консультировании — мнения не совпадают. В общем, консультанты аналитической ориентации значительно меньше делятся с клиентами своими чувствами, нежели это делают консультанты экзистенциально-гуманистической ориентации. Тем не менее, все согласны, что откровенность консультанта в отношениях с клиентом имеет предел — консультант не обсуждает и не решает собственных проблем с клиентом.

**Эмпатия в консультировании.**

Позитивное значение эмпатического понимания для результатов консультирования лучше всего подтверждено эмпирически. Этого значения не оспаривают представители всех ориентаций.

(...)

Проявление эмпатии в общении означает, что консультант чутко и точно реагирует на переживания клиента, словно это его собственные переживания. Подразумевается способность «вжиться» в субъективный мир клиента и понять смысл разных событий в этом мире. Такое «вхождение» должно быть безоценочным, не разделяющим содержание иного мира на правильную и неправильную, хорошую и плохую части. Безоценочная установка консультанта позволяет клиентам в большей мере принимать себя. Когда консультант точно и старательно идентифицирует разнообразные чувства — злобу, страх, враждебность, тревогу, радость, — клиент имеет возможность лучше услышать и понять себя.

Эмпатия также помогает консультанту разобраться в причинах недостаточной откровенности клиента: о чем-то клиент не говорит, поскольку этому препятствует бессознательное сопротивление, что-то просто скрывает и о чем-то не рассказывает из-за опасений не быть услышанным (Сох, 1988).

Войдя в мир другого человека, консультанту важно оставаться автономным от клиента, т.е. сохранить самость. Здесь существует некоторая опасность, которую выразил С. Rogers (1961):

«Если я действительно открыт тому, как понимает жизнь другой человек, и принимаю его мир в свой, то рискую начать смотреть на жизнь его глазами и вследствие утраты самости сопротивляться изменению вместе с ним. Другая крайность состоит в полном сохранении собственного взгляда на мир, скрупулезном анализе и излишней оценке, и тогда понимание другого человека становится недоступно».

Поэтому сопереживание консультанта клиенту никогда не должно быть тотальным, а только частичным и временным.

Эмпатия означает способность консультанта не только сопереживать, но и понимать клиента. В этом смысле она представляет собой аффективный и когнитивный навык — аффективный, поскольку позволяет консультанту идентифицировать чувства клиента, а когнитивный — поскольку обязывает консультанта устанавливать события, вызывающие соответствующие чувства (George, Cristiani, 1990). Таков взгляд большинства представителей психологического консультирования на эмпатию как на многоступенчатый процесс. По мнению Gladstein (1983), во-первых, эмпатическое познание осуществляется прежде всего эмоционально, через сопереживание клиенту. Сопереживание не бывает полным. Скорее это процесс, в котором консультант частично испытывает чувства клиента, одновременно сохраняя необходимую отстраненность. Во-вторых, эмпатия является когнитивным процессом, в котором консультант внимательно анализирует то, с чем столкнулся в субъективном мире клиента, и передает смысл содержания клиенту. В- третьих, как отмечает С. Rogers (1975), важна передача эмпатии клиенту.

Эмпатическое понимание можно показать клиенту самыми разными способами — молчанием, отражением чувств, удачной и своевременной интерпретацией, рассказывая какую-нибудь историю, точной метафорой и т.п.

(...)

**Безусловное уважение клиента.**

Под понятием «безусловное уважение» имеется в виду безусловное и безоценочное принятие клиента как целостной личности. Последователи С. Rogers используют еще термин «безусловное позитивное отношение», которое отождествляется с эмоциональной теплотой и заботой — сложнейшими и противоречивыми составляющими терапевтического климата.

С. Rogers (1957) предлагает следующее определение: «Безусловное позитивное отношение» — это терпимость ко всем аспектам субъективного мира клиента, словно ты сам являешься его частью. Позитивное отношение не выдвигает никаких условий типа: «ты мне понравишься, если будешь таким-то», исключается также установка на хорошие и плохие качества. Необходимо вобрать все социальные чувства клиента: не только положительные — зрелые, но и негативные — отталкивающие и пугающие, защитные и ненормальные. Следует смириться с противоречивостью клиента. В подобном отношении и проявляется забота о клиенте, отказ от собственнических установок и попыток удовлетворения запросов самого терапевта. О клиенте нужно заботиться как о самостоятельной личности, позволяя ему жить своей жизнью».

Позитивное отношение к клиентам связано с искренностью консультанта в консультативном контакте. Только уважая клиентов, можно быть с ними честным и вступать в конфронтацию.

Carkhuff и Berenson (1977) отмечают, что позитивное отношение к клиентам формируется на основании самоуважения консультанта. Если психотерапевт не дорожит своими чувствами и мыслями, пренебрегает своим прошлым, ему трудно уважать мысли и чувства другого человека.

(...)

Безусловное позитивное отношение представляется не только сложным, но и довольно противоречивым феноменом. С. Rogers считает позитивное отношение к клиенту одним из трех условий успешной терапии, но он недостаточно проанализировал само понятие и сопутствующие проблемы. Критики утверждают, что в психотерапии и консультировании нереально надеяться на безоговорочное уважение к клиентам. Требование безусловности уважения противоречит, по их мнению, другим требованиям к консультанту (например, искренности).

Ответ натакого рода критику может быть двояким. Во- первых, еще Berenson и Carkhuff в 1967 г. подчеркивали, что позитивное отношение — теоретическое понятие, и с точки зрения повседневной практики правильнее говорить о безусловном позитивном отношении во множестве ситуаций консультирования. Иногда отношение бывает обусловленным. Во-вторых, основываясь на утверждении Lietaer (1984), следует различать субъективный мир клиента и его внешнее поведение. Безусловность направлена на принятие чувств, фантазий, мыслей, желаний клиента. Lietaer (1984) пишет:

«Клиент в общении со мной может быть свободен и предаваться любым переживаниям; он должен чувствовать, что я открыт его опыту и не склонен к осуждению». Однако это не означает, согласно Lietaer, приемлемости любого поведения. Как в терапевтических отношениях, так и за их пределами возможна ситуация, когда консультант не одобряет и отвергает поведение клиента. При этом важно понять, что скрыто за поведением, которое не одобряется.

*Психологическое консультирование****:*** *учебное пособие/ Э.Р.Габбасова, Г.И. Дереча, Д.С. Киреева; ГБОУ ВПО ОрГМУ Минздрава России, 2015. – 398 с.*

**Способы невербальной синхронизации с клиентом.**

Egan (1986) обозначил акронимом SOLER пять подлинных условий физического пребывания вместе:

1. Быть с клиентом с глазу на глаз (squarely). Физическая обстановка должна позволять консультанту и клиенту полностью видеть друг друга; она должна "говорить" клиенту: "Я доступен Вам; я сделал выбор быть с Вами".
2. Быть в открытой позе (openposture). Скрещенные руки и ноги обычно интерпретируются как оборонительная, безучастная и отступательная поза. И наоборот, открытая поза означает, что консультант готов принять все, что раскроет клиент. Конечно, скрещенные руки консультанта не обязательно означают то, что он "вышел" из контакта. Здесь главное, чтобы консультант постоянно спрашивал себя: "Насколько моя поза отражает открытость и доступность клиенту?"
3. Время от времени наклоняться (tolean) к клиенту. Когда консультант наклоняется в сторону клиента, он словно говорит: "Я с Вами, и мне интересно все, что Вы сейчас расскажете". Такой позой консультант выражает свою вовлеченность и участие в контакте. С другой стороны, не перестарайтесь, т.е. не приближайтесь к клиенту чрезмерно и слишком быстро, потому что это может возбудить тревогу, показаться требованием скорого и тесного контакта.
4. Поддерживать контакт глаз (eyecontact) с клиентом, чтобы подчеркнуть внимание и заинтересованность, но контакт не должен быть непрерывным. В таком случае он становится похожим на надоедливое "вытаращивание" глаз на клиента. С другой стороны, если взгляд консультанта слишком часто "блуждает" в пространстве, не останавливаясь на клиенте, то создается впечатление уклонения от контакта.
5. Быть расслабленным (relaxed). Так как большинство клиентов волнуется в ситуации консультирования, важно, чтобы консультант не был напряжен и не увеличивал беспокойство клиента. Консультант должен естественно пользоваться своим телом (невербальное поведение), стараясь показать клиенту свою эмпатическую вовлеченность в консультативный контакт.

*Источник: Кочюнас Р. Основы психологического консультирования*

**Раппорт**

**Определение:** *Раппорт – это процесс создания и поддержания комфортного состояния для обоих (или большего количества) собеседников.*

или

*Раппорт – это динамическое состояние при коммуникации двух или более людей, при котором увеличивается согласованность их взаимодействия, повышается взаимопонимание и появляется чувство глубокого доверия друг к другу.*

Установление раппорта можно производить посредством подстройкипод:

|  |  |
| --- | --- |
| * позу * жесты * мимику * дыхание * голос (тональность, темп, громкость, тембр) | невербальные способы подстройки |
| * слова (репрезентативная система) | вербальные способы постройки |

**Невербальные техники установления раппорта:**

***Подстройка под позу (отзеркаливание).***Собственно говоря, а для чего нужна эта подстройка? Подстройка дает тебе представление о том, что происходит у человека внутри, о его настроении и мыслях. Абсурд? Ни в коем случае. Все очень просто, и основано на одной из пресуппозиций НЛП – «Сознание и тело – одна система». Если ты мне не веришь – проведи два опыта. Сядь на стул, согни тело к бедрам, охвати свои бедра руками и посмотри в пол. А теперь подумай о чем-то радостном и веселом. Каков результат? А теперь встань, потянись вверх, подними руки, улыбнись, посмотри вверх, встань на носки – и подумай о печальном. Не выходит? Теперь подумай над тем, что, подстроившись под позу другого человека, можно получить его настроение. Сложно? Ничуть. Подстройка под позу – самая легкая из разновидностей подстройки. Подстройка под позу может быть как прямая (правая часть тела – к правой части тела), так и зеркальная (правая часть – левая часть). Суть подстройки состоит в том, что ты принимаешь положение тела (позы) наиболее близкое к положению тела другого человека. Чем более точно ты это сделаешь, тем более явная будет подстройка. Самое интересное в этом виде подстройки – это то, что подстраиваться можно с малого, то есть, например, принять такой же наклон корпуса и наклон (поворот) головы, и постепенно приводить вашу подстройку под идеал.

*Важно всегда помнить о том, что ваше желание подстроиться или отзеркалить другого человека должно проявляться минимально, иначе он заподозрит странности в вашем поведении, а это, в свою очередь, не даст вам установить раппорт (!)*

***Подстройка под жесты.***Этот вид подстройки более тонкий, сам по себе применяется довольно редко. Суть его состоит в том, чтобы присоединиться (еще один термин, обозначающий подстройку) к жестам другого человека, повторяя их. Не надо акцентироваться на точном копировании, достаточного общего направления жестов. Наиболее грамотным будет применять эту методику в сочетании с подстройкой под позу и дыхание.

***Подстройка под мимику.*** Подстраиваясь под мимику, вы получаете наиболее полное представление об эмоциях, переживаемых сейчас человеком.нередко практики НЛП прибегают к копированию выражения лица того, с кем общаются. Это очень удобно ввиду того, что ваш собеседник не видит своего лица в данный момент, а значит, что и определить то, что вы копируете его, он не сможет. В это же время его подсознание, отмечающее, что вы испытываете те же эмоции, что и он (ведь у вас то же выражение лица!), позволит вам сонастроиться с ним.

***Подстройка под дыхание****.*Подстройка под дыхание включает в себя подстройку под *частоту* дыхания, *глубину* дыхания и *интенсивность.* Для подстройки достаточно дышать похоже на дыхание другого человека, постепенно калибруя подстройку и улучшая качество присоединения. Важной особенностью этой методики является то, что возможно применять не только прямую подстройку под дыхание, но и перекрестную подстройку, то есть вход-выдох человека отражать не своим дыханием, а движениями произвольных частей тела – например, покачиванием ладонью. Обычные сложности, которые возникают при подстройке под дыхание – это невозможность понять, как именно дышит человек. Так вот, дыхание человека можно услышать, можно увидеть зимой пар от дыхания, или летом – движения ноздрей. Можно увидеть, как двигается грудь у женщины или живот у мужчины. Можно приобнять или положить руку на плечо, и войти таким образом в ритм. Вторая проблема – это слишком частое или, наоборот, слишком медленное дыхание человека, к которому требуется присоединиться. Это обходится дыханием через такт (он два вдоха-выдоха, вы – один, но в два раза глубже). Иногда имеет смысл подстраиваться под дыхание перекрестным методом – так называемое перекрестное присоединение к дыханию. Суть его в том, что в такт дыханию двигать любой другой частью тела – например, рукой. Это полезно тогда, когда дыхание другого человека физиологически для тебя неприемлемо (например, если твой оппонент – астматик).

***Подстройка под голос****.*Подстройка под голос включает подстройку под тембр голоса, скорость речи, глухоту и звонкость произношения отдельных звуков, и другие характерные особенности речи человека. Если человек говорит медленно и задумчиво, или наоборот, быстро и уверенно, то вам следует стараться делать то же.

**Проблемы**.

Основная проблема при возникновении подстройки – это повышенное уделение внимания тому, что и как человек делает, вместо того, чтобы его слушать. Это сложно – подстраиваться и воспринимать его рассказ, но на первых порах придется все делать постепенно, пока у тебя не выработается навык неосознанной подстройки. Далее ты будешь делать это сам, не отдавая себе отчета о подстройке.

*Источники:*

*1. Установление раппорта. URL.:<http://manyabout.narod.ru/p_n_rapport.html>. – (Дата обращения: 21.09.15 г.)*

*2. Невербальные средства общения. URL.:[https://4brain.ru/nlp/neverbalnye-sredstva.php#3](https://4brain.ru/nlp/neverbalnye-sredstva.php" \l "3). – (Дата обращения: 25.09.16 г.)*

*3. Навык установления раппорта и активного слушания в коучинге. URL.:<http://www.virtuscoach.com/files/3114/2109/8456/Tema_2._Rapport_i_aktivnoe_slushanie.pdf>. – (Дата обращения: 25.09.16 г.)*

**Синхрония взаимодействия.**

Синхрония взаимодействия - это согласованность движений людей в процессе коммуникации. Синхрония может проявляться как сходство движений, например, когда оба человека одновременно, как бы зеркально, меняют позу или когда люди говорят с одинаковой скоростью. Будучи интенсивно вовлеченным в разговор, вы внезапно можете заметить, что телесная поза человека, с которым вы общаетесь, является зеркальным отражением вашей собственной позы. Осознание данного феномена зеркальности может также произойти, когда изменение позы одним из участников приводит к перемене позы собеседника, своего рода бессознательному следованию. Подобная "телесная настройка", как правило, свидетельствует о глубоком контакте между двумя людьми.

*Источник: Балашова С.В. Основы психологического консультирования*

Термин **«комплайенс»,** заимствованный из англоязычной литературы, означает «согласие», то есть взаимопонимание и согласие с медицинским режимом и с назначенным лечением, сформированные в процессе взаимодействия врача и пациента. Важнейшим фактором, повышающим согласие пациента с врачом, является информирование больного о целях проводимой терапии, о правилах приёма лекарств, возможных побочных действиях медикаментов. Лечебные предписания должны быть максимально простыми, особенно в том случае, если они делаются пожилым пациентам. Многим больным полезно давать лечебные рекомендации в письменном виде, чтобы они могли спокойно изучить их в домашней обстановке. Чем разнообразнее методы лечения и лекарства, рекомендуемые врачом, тем ниже уровень согласия с лечением. Харди называет «таблетоцентризмом» подход, при котором лекарства назначаются механически, на основе жестких алгоритмов и схем, отражающих зависимость между отдельными заболеваниями и лекарственными средствами, которые при этих болезнях обычно следует назначать. При этом не учитывается важнейший фактор — характер взаимоотношений между пациентом и лечащим врачом. Лекарство, выписанное одним врачом, может не оказывать воздействия, в то время как тот же самый препарат, выписанный другим, с которым у пациента сложились доверительные профессиональные отношения, основанные на сотрудничестве, оказывается эффективным.

*Карвасарский Б.Д. Клиническая психология (2004 г.)*

**1.5. Типы клинического слушания: нерефлексивное, рефлексивное, эмпатическое.**

В современной социально-психологической литературе большое внимание уделяется анализу стилей слушания. При этом исходным является утверждение, что слушание – это активный процесс, требующий определенных навыков. Среди важнейших навыков следует выделить *приемы нерефлексивного, рефлексивного (активного) и эмпатического слушания.*

**Нерефлексивное (пассивное) слушание** состоит в умении внимательно молчать, не вмешиваясь в речь собеседника своими замечаниями. Внешне пассивное поведение в действительности требует большого напряжения, физического и психологического внимания. Общее правило состоит в том, что нерефлексивное слушание полезно тогда, когда собеседник хочет обсудить наболевшие вопросы, проявляет такие глубокие чувства, как гнев или горе, или просто говорит о том, что требует минимального ответа. По форме нерефлексивное слушание представляет собой использование кратких реплик типа «Да?», «Продолжайте, продолжайте. Это интересно», «Понимаю», «Приятно это слышать», «Можно ли поподробнее?» и т. п. или невербальных жестов поддержки, например утвердительный наклон головы.

**Рефлексивное (или активное) слушание**– это обратная связь с говорящим, используемая для контроля точности восприятия услышанного. В отличие от нерефлексивного слушания здесь слушающий, более активно использует словесную форму для подтверждения понимания сообщения. Основными видами рефлексивных ответов являются *выяснение, перефразирование, отражение чувств и резюмирование.*

***Выяснение*** представляет собой обращение к говорящему за уточнениями: «Не повторите ли еще раз», «Я не понимаю, что вы имеете в виду», «Это все, что вы хотели сказать?» и т. п.

***Перефразирование*** состоит в передаче говорящему, его же сообщения, но словами слушающего. Его целью является проверка точности услышанного. Перефразирование может начинаться словами: «Как я понял вас...», «По вашему мнению...»« «Другими словами, вы считаете...». При этом важно выбирать только существенные, главные моменты сообщения, смысл и идеи, а не чувства собеседника. Перефразирование дает возможность говорящему увидеть, что его слушают и понимают, а если понимают неправильно, то внести соответствующие коррективы в сообщение.

***При отражении чувств*** акцент делается не на содержании сообщения, как при перефразировании, а на чувствах, выраженных говорящим, его эмоциональном состоянии. При этом можно пользоваться такими фразами, как «Мне кажется, что вы чувствуете...», «Вероятно, вы испытываете...», «Вы несколько расстроены...» Применяя этот прием, следует обращать внимание на употребляемые собеседником ключевые слова, отражающие его чувства; следить за невербальным поведением: выражением лица, интонацией, позой, жестами; представить себя на месте говорящего.

***Резюмирование*** – это подытоживание основных идей и чувств говорящего. Резюмирующие высказывания помогают соединить фрагменты разговора в смысловое единство. Типичными фразами могут быть следующие: «Вашими основными идеями, как я понял, являются...», «Если подытожить сказанное вами, то...» и т. п.

**Эмпатическое слушание** – понимание чувств, переживаемых другим человеком, и ответное выражение своего понимания этих чувств. Для этого применяются приемы рефлексивного слушания: уточнение, перефразирование, резюмирование. Тем самым эмпатическое слушание отличается от рефлексивного не используемыми приемами, а целями или намерениями. Цель активного, рефлексивного слушания – осознать как можно точнее сообщение говорящего, значение его идей или понять переживаемые чувства. Цель эмпатического слушания – уловить эмоциональную окраску этих идей и их значение для другого человека, понять, что означает высказанное сообщение и какие чувства при этом испытывает собеседник. Эмпатическое слушание – это более интимный вид общения, чем активное слушание, оно противоположно критическому восприятию.

*Психологическое консультирование****:*** *учебное пособие/ Э.Р.Габбасова, Г.И. Дереча, Д.С. Киреева; ГБОУ ВПО ОрГМУ Минздрава России, 2015. – 398 с*

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

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

(...)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*2) Уточнение анамнеза заболевания и анамнеза жизни.*

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

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

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

*3) Выяснение и описание психического статуса.*

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

4) Уточнение и конкретизация цели экспериментально-психологического исследования.

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

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

*1) Выявление и оценка тяжести эмоциональных нарушений:*

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

и др.

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

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

и др.

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

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

и др.

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

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

и др.

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

Диагностическая беседа дает возможность собрать психосоматический анамнез, чтобы привести не осмысленные пациентом соматические симптомы в понятную смысловую связь с внешней и внутренней историей его жизни.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

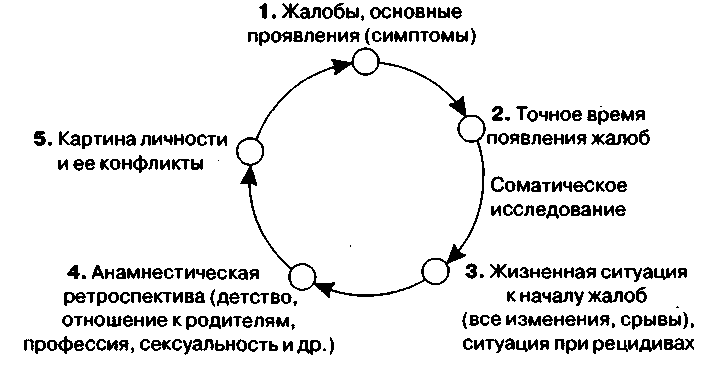
3. Решающим для понимания внутренних конфликтов и внешних психосоциальных связей является вопрос о **жизненной ситуации к моменту начала болезни:** «Что произошло в вашей жизни, когда это случилось? Что в то время появилось нового в вашей жизни, кто появился в вашей жизни и кто ушел из нее?» Это вопрос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

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

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

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

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



*Рис. 1. Анамнез в психосоматике*

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

*Малкина-Пых И.Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. — М.: Изд-во Эксмо, 2005. — 992 с.*