

Оглавление

Предисловие.....	5
Глава 1. ДИАГНОСТИКА В ПСИХОСОМАТИКЕ	9
1.1. Диагностическая беседа.....	10
1.2. Психологические тесты в психосоматической практике.....	21
1.2.1. Торонтская шкала алекситимии.....	23
1.2.2. Опросник УСК (уровень субъективного контроля) Роттера (адаптирован Е. Ф. Бажиным, С. А. Голынкиной, А. М. Эткингом)	27
1.2.3. Тест-опросник «Индекс жизненного стиля» Келлермана — Плутчика.....	36
1.2.4. Опросник эмоциональной регуляции (ERQ) Дж. Гросса (адаптация Панкратовой, Корниенко, 2017).....	40
1.2.5. Методика «Опыт близких отношений» К. Бреннан и Р. К. Фрейли (адаптация Т. В. Казанцевой, 2008).....	43
1.2.6. Опросник перфекционизма (Наследов, Киселева, 2016).....	45
Вопросы и задания для самопроверки.....	48
Заключение	49
Глава 2. ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ	51
2.1. Общие вопросы психотерапии психосоматических пациентов	51
2.2. Внутренняя картина болезни	69
2.3. Нозогении (психогенные реакции) при психосоматических заболеваниях.....	76
2.4. Психосинтез.....	83
2.4.1. Техники.....	86
2.5. Терапия, фокусирующаяся на решении	110
2.5.1. Техники.....	111
2.6. Позитивная психотерапия	136
2.6.1. Техники.....	145
2.7. Гештальт-терапия.....	162
2.7.1. Техники.....	166
2.8. Когнитивно-поведенческая психотерапия	190
2.8.1. Техники.....	194
2.9. Символдрама (метод кататимного переживания образов).....	229
2.9.1. Техники.....	235
2.10. Транзактный анализ.....	252
2.10.1. Техники.....	257
2.11. Терапия искусством (арт-терапия).....	297

2.11.1. Техники.....	302
2.12. Креативная визуализация.....	306
2.12.1. Техники.....	313
2.13. Психодрама.....	323
2.13.1. Техники.....	326
2.14. Танцевально-двигательная терапия.....	332
2.14.1. Техники.....	338
2.15. Телесно-ориентированная психотерапия.....	339
2.15.1. Работа с телом в биоэнергетике А. Лоуэна.....	342
2.15.2. Танатотерапия.....	356
2.16. Семейная психотерапия.....	359
2.16.1. Техники.....	364
2.17. Нейро-лингвистическое программирование (НЛП).....	390
Вопросы и задания для самопроверки.....	446
Заключение.....	448
Список литературы.....	450
Сведения об авторе.....	458

Предисловие

Настоящее учебное пособие содержит материал по курсу «Психосоматика. Практикум», является продолжением курса «Психосоматика» и может быть использовано в образовательном процессе только после его предварительного изучения или параллельно с ним.

Буквальное значение термина «психотерапия» связано с двумя его толкованиями, базирующимися на переводе греческих слов *psyche* — душа и *therapeia* — забота, уход, лечение: «исцеление душой» или «лечение души». Сам термин «психотерапия» был введен в 1872 году Д. Тьюком в книге «Иллюстрации влияния разума на тело» и стал широко популярен с конца XIX века.

В настоящее время известно и осуществляется на практике около 400 разновидностей психотерапии для взрослых пациентов и примерно 200 — для детей и подростков (Kazdin, 1994). Вместе с тем существуют основные психотерапевтические подходы, существенно различающиеся по своим концептуальным основам. Различия касаются описания личности, механизмов ее развития, патогенеза неврозов, механизмов терапии и оценки ее эффективности. Рассматриваемые в данном учебнике виды психотерапии имеют разные «мишени» психотерапевтического воздействия. Так, «мишень» в биоэнергетическом анализе — тело, в пациент-центрированной терапии — переживания (не просто испытываемые эмоции, а проживаемый опыт), в когнитивной терапии — неадаптивные мысли и представления и т. д.

Психотерапевтические подходы можно условно разделить на две группы: директивная терапия, ориентированная на проблему, и недирективная, ориентированная на пациента. Для школ, относящихся к первому типу, характерна установка на обязательное «погружение» пациента в проблему. Если пациент не желает «погружаться», это трактуется как сопротивление терапии. «Ходить кругами» вокруг проблемы пациента, не входя, не углубляясь в нее, считается неэффективным. В психотерапии второго типа, напротив, пациент свободен в выборе того, о чем говорить с терапевтом и сколько уделять ей времени. Если он не говорит о своей проблеме, это рассматривается не как сопротивление, а как законное право говорить о том, о чем он сам желает (Карвасарский, 2016; Рождественский, 2019).

Условно различают клинически-ориентированную психотерапию, направленную преимущественно на смягчение или ликвидацию имеющейся симптоматики, и личностно-ориентированную психотерапию, которая стремится помочь человеку изменить свое отношение к социальному окружению и к собственной личности. В клинически-ориентированной психотерапии традиционно используются такие методы, как гипноз, аутогенная тренировка, различные виды

внушения и самовнушения. В личностно-ориентированной психотерапии обнаруживается огромное разнообразие методов и приемов, основанных на концептуальных моделях множества школ и течений (Смулевич, 2016).

Тем не менее, можно говорить о наличии ключевой и ведущей идеи, объединяющей почти все имеющиеся в психотерапии подходы — стремления помочь развитию личности путем снятия ограничений, запретов и комплексов. В основе психотерапии лежит идея о возможности изменения, трансформации человеческого «Я» в динамично изменяющемся мире. Иными словами, речь идет о воздействии на те или иные составляющие самосознания (Мельник, 2016).

На сегодняшний день так и не сформулировано четкое общепризнанное определение психотерапии, способное охватить все ее виды и формы. Можно говорить о существовании медицинской, психологической, социологической и философской моделей психотерапии.

В узком смысле слова (медицинская модель) психотерапия понимается как комплексное лечебное вербальное и невербальное воздействие на эмоции, суждения, самосознание человека. Такая психотерапия используется при многих психических, нервных и психосоматических заболеваниях (Тополянский, Струковская, 2015).

Но в науке имеет место и психологическая модель психотерапии, а значит, ее можно рассматривать как направление деятельности практического психолога. Практический психолог использует те же методы, что и клинический психотерапевт. Разница заключается, прежде всего, в их нацеленности. Важнейшая задача психолога состоит не в снятии или облегчении симптомов болезни, а в создании условий для оптимального функционирования личности и ее развития. Всемирная Организация Здравоохранения в преамбуле к своей Декларации указывает: «Здоровье — это не отсутствие болезни или физического недостатка, а состояние физического, умственного и социального благополучия». В этом контексте можно говорить о том, что психотерапия направлена на поддержание общей гармонии самочувствия в широком смысле слова, а не на «излечение», «исправление» или «коррекцию» каких-либо расстройств.

Расширительное понимание области применения психотерапии закреплено в Декларации по психотерапии, принятой Европейской ассоциацией психотерапии в Страсбурге в 1990 году. В этой декларации зафиксировано следующее:

- психотерапия является особой дисциплиной из области гуманитарных наук, занятие которой представляет собой свободную и независимую профессию;
- психотерапевтическое образование требует высокого уровня теоретической и клинической подготовленности;

- гарантированным является разнообразие психотерапевтических методов;
- образование в области одного из психотерапевтических методов должно осуществляться интегрально: оно включает теорию, личный терапевтический опыт и практику под руководством супервизора; одновременно приобретаются широкие представления о других методах;
- доступ к такому образованию осуществляется с помощью различной предварительной подготовки, в частности, в области гуманитарных и общественных наук.

Даже если рассматривать психотерапию в рамках медицинской модели, следует обратить внимание на ее отличие от других методов лечения. Речь идет, прежде всего, о том, что при психотерапии используются психологические методы и средства, а не фармакологические, физические и т. п. Кроме того, в качестве пациентов выступают люди с теми или иными расстройствами психики, а в качестве специалистов — лица, имеющие профессиональную подготовку, среди прочего, в области основ психологии и медицины.

Согласно современным взглядам (Александров, 1997; Карвасарский, 2016; Старшенбаум, 2015), в немедицинской психотерапии можно выделить следующие общие задачи, объединяющие различные по направленности и содержанию психотерапевтические методы:

- исследование психологических проблем пациента и оказание помощи в их решении;
- улучшение субъективного самочувствия и укрепление психического здоровья;
- изучение психологических закономерностей, механизмов и эффективных способов межличностного взаимодействия для создания основы эффективного и гармоничного общения с людьми;
- развитие самосознания и самоисследование пациентов для коррекции или предупреждения эмоциональных нарушений на основе внутренних и поведенческих изменений;
- содействие процессу личностного развития, реализации творческого потенциала, достижению оптимального уровня жизнедеятельности и ощущения счастья и успеха.

Основной целевой аудиторией учебного пособия являются студенты специалитета и магистратуры, обучающиеся по направлениям подготовки 37.04.01 «Психосоматика» и 37.05.01 «Основы психосоматики». Учебное пособие может быть использовано в процессе освоения курса практикума по психосоматике, для написания дипломного проекта, компонентами которого является проектная и исследовательская часть с соответствующими технологиями психологической коррекции психосоматических расстройств и заболеваний.

В результате изучения и освоения дисциплины «Психосоматика. Практикум» слушатель должен

знать

- основы психодиагностики и психотерапии психосоматических больных;

уметь

- применять методы психодиагностики и методики различных направлений психологического консультирования в работе с психосоматическими расстройствами и заболеваниями;

владеть

- навыками создания комплекса методик психодиагностики и психологического консультирования для работы с различными психосоматическими расстройствами и заболеваниями.

Глава 1. ДИАГНОСТИКА В ПСИХОСОМАТИКЕ

Психодиагностика позволяет получить информацию о психических структурах, лежащих в основе поведения, и выявить существенные психологические свойства испытуемого (Обозов, 1998). Такая диагностика, если она применяется разумно с адекватной подготовкой: (1) позволяет использовать диагноз для планирования терапии, (2) дает информацию о прогнозе, (3) защищает интересы пациента, (4) помогает терапевту эмпатически относиться к пациенту и (5) снижает вероятность того, что некоторые тревожные пациенты уклонятся от лечения (Мак-Вильямс, 1998).

Традиционно диагностика использовалась для планирования лечения. Кроме того, точная диагностическая формулировка полезна для выбора стиля общения, тона интерпретаций и фокуса первоначальных бесед, что чрезвычайно важно.

Диагностика позволяет оценить глубину и степень тяжести личностных проблем, и в этом смысле полезна как для терапевта, так и для пациента. Например, если булимия появилась недавно и пациентка осознает неразумность и разрушительность своего поведения, можно ожидать иных результатов терапии, нежели в случае лечения пограничной пациентки с появившимися еще в школьном возрасте циклами переизбытка-аскетизма, которая объясняет свое поведение социальными требованиями к стройной фигуре женщины. Можно предположить, что первой пациентке можно реально помочь за несколько недель работы, в то время как при терапии второй потребуется два года на то, чтобы пациентка осознала важность проблемы и установила с терапевтом доверительные отношения, после чего она может приступить к попыткам изменить свое поведение (Бурлачук, 2015).

Добросовестная диагностика опирается на этику взаимоотношений терапевта или клиники с потенциальным клиентом. Это можно выразить правилом: «правда лучше лжи». Тщательная оценка позволяет сообщить пациенту, на что он может рассчитывать, и это позволяет избежать нереалистичных обещаний и не вводит пациента в заблуждение. При этом клиенту, который жаждет чудесного исцеления и не имеет желаний или возможности прилагать усилия, необходимые для изменения, диагностика поможет отказаться от услуг терапевта, так что ни клиент, ни терапевт не будут напрасно тратить свое время.

Диагностический процесс также дает возможность обоим участникам взаимодействовать до тех пор, пока они не узнают друг друга лучше, что позволит пациенту самому говорить о своих проблемах без помощи успокаивающих и структурирующих бесед вопросов. При этом терапевт недооценивает значение этого «установочного» процесса.

Зачастую диагностический этап дает терапевту возможность получить информацию, которую будет трудно получить от пациента позднее, когда развитие сильных реакций переноса может помешать свободному разговору о некоторых темах (Погосов, Пастух, Богушевская и др., 2016).

1.1. Диагностическая беседа

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 трудностями, свое мнение об особых ситуациях, которые отделили 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., 1996; 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 кризисами 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. 1.1.1).

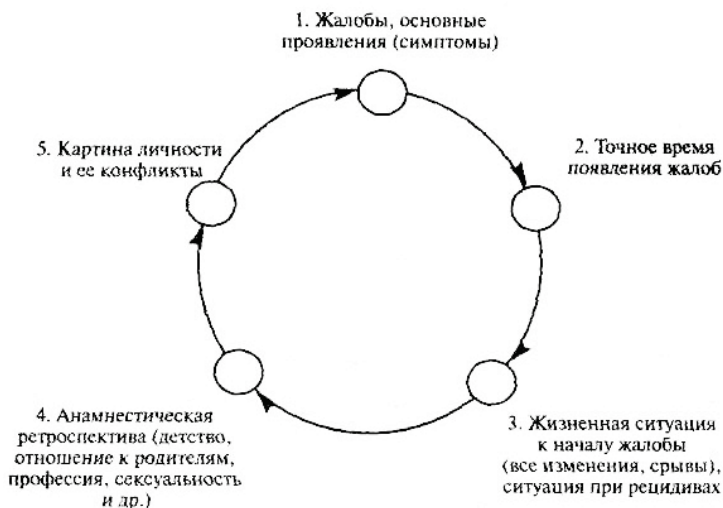


Рис. 1.1.1. Анамнез в психосоматике

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Инициатива разговора должна быть предоставлена пациенту. При этом применима, например, техника «ассоциативного анамнеза», позволяющая пациенту постоянные колебания между обоими полюсами психической и соматической сфер. Сначала пациент дает информацию лишь о своих органических нарушениях, далее чаще замолкает в ожидании вопросов. Надо быть внимательным, чтобы не упустить момент, в который в дискуссию можно подбросить ключевое слово. Если повторить в этот момент одну из последних фраз пациента в форме вопроса, он, как правило, дает дополнительные све-

дения, значимые как для его эмоциональной жизни, так и относительно органического статуса. Так, он часто сам связывает свои соматические симптомы с эмоциями, окружением и межличностными отношениями. Во время пауз в разговоре, обозначаемых как *эмоциональные узловые моменты*, происходит исследование психотерапевта пациентом. Является ли психотерапевт человеком, который не только слушает, но и может хранить тайну? Взаимный анализ ситуации происходит еще до начала собственно разговора.

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

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

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

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

Часто пациенты страдают от психосоциальных конфликтов, которые могут быть решены не психотерапевтом, а лишь самим больным. Психотерапевт может, впрочем, предложить ценную помощь, выступая в роли понимающего партнера. В ходе терапевтической беседы часто чувствуется, как проблемы и конфликты теряют свою

интенсивность и без прямых советов или рационального понимания, часто уже потому, что пациент их принимает.

Одним из главных принципов клинико-психологической диагностики является мультимодальность. В нем пользуются самые разные диагностические подходы. Это принцип означает, что вместо унивариантного подхода выбирается мультивариантный, при котором используются отдельные диагностические оси или уровни (Кулаков, 2010).

Под *мультимодальной*, или многометодной, диагностикой подразумевают способность интегрировать информацию, полученную разными методами, при этом диагност располагает определенными фундаментальными познаниями в диагностике, близко знаком с разносторонними методами и умеет интегрировать данные диагностики и использовать их для терапии.

Для анализа используются следующие аспекты информации, полученной от пациента:

- биологическая/соматическая плоскость: она часто подразделяется на биохимическую, нейрофизиологическую, психофизиологическую сферы; на первом плане тут стоят соматические процессы, которые можно исследовать физическими или химическими способами;
- психическая/психологическая плоскость: переживания и поведение (включая деятельность);
- социальная плоскость: межличностные системы (социальные условия, семейная ситуация);
- экологическая плоскость: условия проживания, материальные условия, качество жизни.

В настоящее время предложено достаточно много вариантов системного анализа психосоматических проблем. Например, *мультимодальный профиль Лазаруса* — специфически организованный вариант системного анализа, проводимый по семи направлениям — BASIC-ID (по первым английским буквам слов: *behavior, affect, sensation, imagination, cognition, interpersonal relation, drugs* — поведение, аффект, ощущения, воображение, когнитивный аспект, межличностные отношения, лекарства и биологические факторы) (Лазарус, 2001). Использование данного профиля позволяет лучше оценить проблемы пациента, это многоосевая диагностика психических расстройств, которая дает возможность одновременно наметить варианты психотерапевтической работы. Схема этой краткой и одновременно полной оценки предполагает ответ на ряд следующих вопросов:

В: *Поведение*. Что мешает человеку чувствовать себя счастливым и реализовывать свой потенциал (саморазрушительные действия, неадаптивное поведение)? Что необходимо увеличить или уменьшить в поведении? Что ему следует прекратить делать, а что стоит начать делать?

А: Эмоции. Какие эмоции (аффективные реакции) доминируют? С какими эмоциями мы имеем дело: с гневом, беспокойством, депрессией или с их комбинацией, в какой степени они выражены (например, раздражение это или с ярость; печаль или глубокая меланхолия)? Что, вероятнее всего, вызывает эти негативные эмоции — определенные представления, фантазии, межличностные конфликты? Как человек реагирует (ведет себя), когда испытывает определенные эмоции? Важно найти взаимосвязь между поведением и эмоциями: как они влияют друг на друга? Как это влияет на другие модальности?

S: Ощущения. Есть ли особые сенсорные жалобы (например, напряжение, хронические боли, тремор)? Какие чувства, мысли и действия приводят к этим негативным ощущениям? О каких позитивных ощущениях (визуальных, слуховых, тактильных, обонятельных, вкусовых удовольствиях) сообщает человек? Здесь же следует собрать данные о сексуальной жизни человека.

I: Воображение. Какие фантазии и образы доминируют? Какой Я-образ сложился у человека? Существуют ли особые представления об успехе и неудаче? Есть ли негативные или навязчивые образы (например, воспоминания о печальных травмирующих событиях)? Как эти представления связаны с особенностями образа мышления, поведения, эмоционального реагирования и т. д.?

C: Когнитивный аспект. Можно ли определить главные установки, ценности, убеждения, мысли человека? Какие «должен», «обязан», «следует» у него доминируют? Существуют ли у него дисфункциональные убеждения или иррациональные идеи? Можем ли мы обнаружить какие-либо неблагоприятные автоматические мысли, которые мешают его нормальному функционированию?

I: Межличностные отношения. Кто относится к значимым людям в жизни человека? Что он желает и получает от них, что он, в свою очередь, дает им и делает для них? Какие отношения приносят ему особое удовольствие или причиняют боль?

D: Лекарства и биологические факторы. Здоров ли человек физически и психически? Есть ли какие-либо медицинские жалобы или проблемы? Особенности диеты, веса, сна, тренировок и употребления алкоголя или наркотиков.

Мультимодальный профиль облегчает дальнейшую терапию, потому что он:

- поощряет клиента фокусировать внимание на характерных проблемах, их причинах и возможных решениях;

- выделяет главные жизненные события прошлого, показывает проблемы и указывает соответствующие даты;

- дает представление о стиле жизни клиента и его ожиданиях относительно лечения.

В предоставленном ниже диагностическом алгоритме суммированы наиболее важные вопросы, которые необходимо исследовать на диагностической фазе лечения психосоматических пациентов (Кулаков, 2007).

Таблица 1.1.1. Первое интервью с психосоматическим пациентом на примере алиментарного ожирения

№ п/п	Наименование пункта интервью	Комментарии
1.	Присоединение	Используются приемы присоединения, описанные в руководствах по индивидуальному и семейному консультированию.
2.	Определение проблемного поведения	«Я бы хотел, чтобы вы подробнее об этом рассказали. Как вы оцениваете эту проблему?» Попробуйте взглянуть на проблему глазами пациента; например, что он делает, что у него не получается, указывал ли ему кто-либо ранее на психологический компонент его проблемы
3.	Степень тяжести проблемы	Изучение общей картины проблемы (симптома) пациента, его отношения к ним (эгодистонное, эго-синтонное расстройство). Необходимо оценить восприятие сложности проблемы пациентом, особенно при консультировании подростков, так как может оказаться, что волнует пациента не она, а, скажем, повышенная утомляемость при учебе. «Насколько эта проблема представляет затруднения для вас?» Оценка тяжести проблемы близкими людьми
4.	Мониторинг обострений заболевания	Получение биографических, диагностических и анамнестических данных
5.	Наличие других эмоциональных и поведенческих расстройств	Исследуется феномен коморбидности
6.	Проявления компульсивного поведения или его аналогов	Азартные или компьютерные игры, промискуитет (беспорядочные половые связи), еда (переедание или голодание), чрезмерная работа, поиск острых ощущений, наркотики
7.	Оценка получаемых субъективных выгод от переживания по сравнению с субъективными затратами	Взвешивание всех «за» и «против»
8.	Оценка принятия ответственности за болезнь, оценка локус-контроля	Чей запрос скорее служит стимулом к обращению за лечением: родительский, ситуативный, собственный

№ п/п	Наименование пункта интервью	Комментарии
9.	Компульсивное влечение	Присутствует ли компульсивное влечение постоянно, меняя поведение пациента, подчиняя себе поведение, устраняя противоречия в борьбе мотивов
10.	Занятость и распоряжение деньгами	В ряде случаев психосоматические пациенты, как и наркоманы, не способны целесообразно распоряжаться деньгами и временем
11.	Поощрение воздержания от еды	Кто поддерживает ограничение в еде и какими способами (члены семьи, друзья и др.)?
12.	Поиск альтернативного достижения состояния комфорта	Выявление состояний или ситуаций, от которых пациент убежал с помощью еды. Выявление состояний или ситуаций, в которых пациент чувствовал себя наиболее комфортно. Разработка плана конкретных действий без избыточного приема пищи
13.	Обсуждение стрессоров и способов совладания с ними	К стрессорам относятся те внешние факторы, к которым пациент должен адаптироваться (например, деятельность, взаимоотношения, дети). Установление степени устойчивости к стрессу, выяснение способов совладения со стрессорами. Необходимо определить взаимосвязь конкретного стрессора и процесса выздоровления, например: «это повлияло на ваше желание злоупотреблять едой?», «что вы можете сделать вместо того, чтобы переесть?», «как это влияет на ваше выздоровление?»
14.	Выявление дисфункциональных представлений, касающихся еды	Относится к тем когнитивным моделям, в которых терапевт опознает дисфункциональные когниции.
15.	Изучение последствий злоупотребления едой	Прием пищи на фоне психотерапии и в дальнейшей жизни
16.	Поощрение принятия личной ответственности за выздоровление	«Кто несет ответственность за ваше выздоровление?» Важно разделить ответственность и обсудить долю ответственности пациента
17.	Изучение конкретных дисфункциональных отношений	Межличностные отношения: с родителями, с лицами своего и противоположного пола
18.	Обсуждение семейных тем и правил	Контроль над приемом пищи, алкоголизм в семье и т. д.
19.	Психодинамика	Выявление фиксации на различных этапах индивидуального развития

№ п/п	Наименование пункта интервью	Комментарии
20.	Изучение центральной (ядерной) темы конфликта	Исследуются эмоционально значимые отношения пациента в его микросоциальном окружении, тема, чаще всего звучащие в его разговорах
21.	Исследование аффективной сферы	Изучаются аффекты пациента
22.	Мониторинг эмоциональных триггеров (чувств, которые могут приводить к перееданию)	«Какие чувства побудили вас начать есть?» (обида, злость, отчаяние, боль и т. п.)
23.	Оценка сотрудничества пациента или его сопротивления лечению	Оценка негативных изменений (личностных, социальных, биологических), произошедших в период, когда пациент обратился к психотерапевту
24.	Обсуждение разных аспектов отношений пациента с терапевтом	Готов ли пациент в дальнейшем сотрудничать с психотерапевтом или нет? Выделение ключевых проблем для психотерапии
25.	Заключительное соглашение	Выдвижение гипотез и формулирование психотерапевтического запроса
26.	Подписание контракта	Заключение психотерапевтического контракта

После того как психотерапевт сформулировал гипотезу, следующий шаг — составление терапевтического контракта с пациентом (определение условий курса психотерапии). Для этого терапевт выявляет связи между симптомом и событиями жизни пациента и ставит перед последним дилемму изменения. Если симптом используется как секретное оружие в тайной борьбе или закрепляется в постоянно повторяющемся цикле взаимодействия, всякие попытки его облегчить, возможно, обречены на неудачу. В таком случае психотерапевт оказался в парадоксальном положении: пациент просит его ликвидировать симптом, но сопротивляется изменениям.

С системной точки зрения изменение является не единственным решением предъявляемой проблемы, а дилеммой, требующей разрешения. Принципиальный вопрос психотерапии заключается не в том, как избавиться от симптома, а в том, что произойдет, если он исчезнет. Разговор перемещается с обсуждения того, кто является носителем симптома, что его вызывает и как от него избавиться, на то, как без него будет функционировать пациент, его семья, и какую цену придется заплатить микросоциальному окружению за его исчезновение. Задача психотерапии состоит не только в избавлении от симптома, но и в определении «психологической» цены его устранения.

В заключительной части интервью терапевту следует:

- выявить влияние на пациента других систем (школы, работы, ровесников, семей родственников);
- определить, какие члены семьи смогут сотрудничать с психотерапевтом, а кто будет сопротивляться изменениям;
- убедиться своих в способностях и возможностях (физических, психологических) для работы с данным пациентом;
- обратить внимание на собственный эмоциональный ответ на контакт с пациентом: есть ли ощущение закрытости, защищенности, напряжения; оценить мотивацию пациента на получение психологической помощи.

В конце встречи специалист выясняет, имеются ли у пациента какие-нибудь вопросы. В заключение он благодарит пациента и подчеркивает, что получил важные для психотерапии сведения, а в случае необходимости, предоставляет свои диагностические гипотезы. Затем обсуждаются дальнейшие шаги, даются рекомендации о дополнительных психодиагностических обследованиях, назначается следующая встреча.

1.2. Психологические тесты в психосоматической практике

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

Существует огромное количество психологических тестов, основанных на самоотчетности пациентов, а также проективные тесты, где различный материал используют в качестве стимульного (тесты Люшера, Розенцвейга, Роршаха и т. д.). Интерпретация психодиагностических тестов иногда сложна и предполагает многовариантность трактовок. Полнота интерпретации зависит от квалификации психодиагноста.

Большинство личностных тестов имеет характер опросника: таковы тест-опросник Г. Айзенка (EPI) и методика многофакторного исследования личности Р. Кеттела (16PF). Наибольшее распространение получил тест MMPI — миннесотский многомерный личностный перечень, который содержит 566 вопросов и пытается охватить

клинически определяемые черты личности (ипохондрические, истерические, психопатические свойства, тенденции маскулинизации-феминизации, параноидные, психастенические, шизоидные и маниакальные черты, а также социальная инверсия), а также его сокращенный вариант — опросник Мини-мульти, содержащий 71 вопрос (Бурлачук, 2015; Погосов, 2016; Райгородский, 2011; Столяренко, 2000).

Для изучения оценки пациентами своего самочувствия, активности и настроения используют тест дифференциальной самооценки функционального состояния (САН), построенный на принципах полярных профилей; для определения уровня тревожности как свойства психики и состояния пациентов — шкалу личностной и реактивной тревожности Спилбергера, адаптированную Ю. Л. Ханиным; для определения уровня нейротизма, а также показателей экстра- и интроверсии — личностный опросник Айзенка (Бурлачук, 2015; Погосов, 2016; Райгородский, 2011; Столяренко, 2000).

Для определения особенностей реагирования пациентов на заболевание рекомендуется личностный опросник Бехтеревского института — ЛОБИ (Вассерман и др., 1990; Личко, Иванов, 1980) в сочетании с опросником для изучения самооценки социальной значимости болезни (Михайлов и др., 2002).

Особое положение среди психологических тестов занимают проективные диагностические методы, например тест Роршаха, цель которого состоит в определении личностных конфликтов посредством свободных реакций пациентов на слабоструктурируемый тестовый материал.

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

Основная проблема, которая возникает у психолога, работающего с клиентами с психосоматическими заболеваниями — суметь отделить его преморбидные (присутствовавшие до начала болезни) психологические особенности от тех психологических характеристик, которые возникли в результате соматического заболевания. Очень популярным является исследование уровней тревожности и депрессии у психосоматических больных. Однако в этом случае бывает чрезвычайно трудно определить, являлись ли эти черты преморбид-

ными, поскольку подавляющее большинство исследований являются ретроспективными, то есть проводятся уже после возникновения заболевания. Это утверждение в равной степени справедливо, как для бланковых, так и для проективных тестов. Поэтому в настоящем учебнике мы ограничимся представлением нескольких тестов, позволяющих определить психологические характеристики психосоматических больных, которые с большой долей вероятности являются преморбидными и не претерпевают изменений в результате соматического заболевания. В частности, с нашей точки зрения, к таким характеристикам относятся:

- алекситимия,
- уровень субъективного контроля,
- предпочитаемые типы психологических защит,
- предпочитаемые стратегии регуляции эмоций,
- тип привязанности во взрослом возрасте,
- перфекционизм.

Кроме того, часть предлагаемых тестов, хотя и прошли процедуру адаптации на российской выборке, пока не получили широкого распространения.

Другие перечисленные нами тесты доступны во многих печатных источниках, например (Бурлачук, 2015; Малкина-Пых, 2008; Райгородский, 2011; Столяренко, 2000). Электронные базы данных книг по психодиагностике также доступны на сайтах, например,

https://www.koob.ru/psychodiagnostic_systems/

<https://www.livelib.ru>

<https://psytests.org/books.html>

Компьютеризированные и сетевые версии многих психологических тестов также доступны в Интернете на многих сайтах, например, azpsy.ru.

Для определения степени выраженности алекситимии использовались различные анкеты. Большее распространение получила предложенная в 1985 г. G. Taylor с коллегами (Taylor, 1985) 26-пунктовая Торонтская алекситимическая шкала (TAS). Русский вариант TAS был адаптирован в Психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева (Ересько и др., 1994).

1.2.1. Торонтская шкала алекситимии

Инструкция: Вам будет предложено некоторое количество вопросов; на вопросы следует отвечать поочередно, не возвращаясь к предыдущим ответам. Не нужно тратить время на обдумывание. Пропускать вопросы нельзя. Давайте только один ответ на каждое утверждение.

Конец ознакомительного фрагмента.

Приобрести книгу можно

в интернет-магазине

«Электронный универс»

e-Univers.ru