

Эталонные ответы:

Вопрос 1. Принципы интервьюирования в клинической психологии.

Тезисы ответов (источник: *Медицинская психология : учебник / В. Д. Менделевич. — Ростов н/Д : Феникс, 2016. — 460 с. — (Высшее медицинское образование):*

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

Интервью отличается от обычного расспроса тем, что нацелено не только на активно предъявляемые человеком жалобы, но и на выявление скрытых мотивов поведения человека и оказание ему помощи в осознании истинных (внутренних) оснований для измененного психического состояния. Существенным аспектом интервью считается также психологическая поддержка клиента (пациента).

Выделяют две функции интервью в медицинской психологии: диагностическую и терапевтическую. Они должны осуществляться параллельно, поскольку только их сочетание может привести к желаемому для психолога результату — выздоровлению и реабилитации пациента. В этом отношении практикующийся клинический расспрос, игнорирующий психотерапевтическую функцию, превращает врача или психолога в статиста, чью роль мог бы с успехом выполнять и компьютер.

Принципами клинического интервью являются: однозначность, точность и доступность формулировок вопросов; адекватность, последовательность (алгоритмизованность); гибкость, беспристрастность опроса; проверяемость получаемой информации.

Вопрос 2. Этапы интервьюирования в клинической психологии.

Тезисы ответов (источник: *Медицинская психология : учебник / В. Д. Менделевич. — Ростов н/Д : Феникс, 2016. — 460 с. — (Высшее медицинское образование):*

Существуют различные методологические подходы к проведению интервью. Считается, что по длительности первое интервью должно быть около 50 минут. Последующие интервью с тем же клиентом (пациентом) несколько короче.

Можно предложить следующую модель (структуру) клинического интервью.

I этап: установление «доверительной дистанции». Ситуативная поддержка, предоставление гарантий конфиденциальности; определение доминирующих мотивов проведения интервью.

II этап: выявление жалоб (пассивное и активное интервью), оценка внутренней картины — концепции болезни; структурирование проблемы,

III этап: оценка желаемого результата интервью и терапии; определение субъективной модели здоровья пациента и предпочтительного психического статуса.

IV этап: оценка антиципационных способностей пациента; обсуждение вероятных вариантов исхода заболевания (при его обнаружении) и терапии; антиципационный тренинг.

Вопрос 3. Психология соматически больного.

Тезисы ответов (источник: *Медицинская психология : учебник / В. Д. Менделевич. — Ростов н/Д : Феникс, 2016. — 460 с. — (Высшее медицинское образование):*

В центре внимания клинического психолога, работающего в соматической (непсихиатрической) клинике, находятся психические реакции человека, заболевшего тем или иным расстройством. Значимым становится как анализ их клинических особенностей и разнообразия, так и оценка факторов, способствующих возникновению у конкретного человека определенного типа психического реагирования на собственную болезнь. Считается, что тип реагирования на соматическое заболевание связан, в первую очередь, с оценкой пациентом его тяжести. Более значимым моментом оказывается в этом контексте субъективно оцениваемая пациентом тяжесть болезни. В свою очередь, на выработку субъективного отношения к той или

иной болезни оказывают влияние несколько факторов. Субъективное отношение к заболеванию называется также «внутренней картиной болезни» (Р.А. Лурия), концепцией болезни, нозогнозией. Суть его заключается в интеллектуальной интерпретации диагноза заболевания, когнитивной оценке его тяжести и прогноза и в формировании на этой основе эмоционального и поведенческого паттерна. Объективная тяжесть болезни — информация о летальности после подобного расстройства, вероятности инвалидизации и хронификации болезненного процесса — является одним из факторов для формирования внутренней картины болезни. Однако, как правило, пациент редко полностью доверяет медицинским данным. Он склонен анализировать ситуацию сквозь призму субъективной тяжести болезни, основываясь на ведомых только ему или его субкультуральной группе (семье, микроколлективу) отношениях к заболеванию. Субъективное отношение к болезни формируется на базе множества факторов, которые можно сгруппировать в следующие группы: социально-конституциональную и индивидуально-психологическую. Под социально-конституциональными параметрами понимается влияние пола, возраста и профессии человека, под индивидуально-психологическими — свойств темперамента, особенностей характера и качеств личности.

Общие принципы выбора заболевшим человеком тех или иных типов психического реагирования на заболевание, закономерности формирования отношения к болезни сочетаются в клинике со специфическими особенностями психического состояния пациентов, у которых возникли болезни. Можно говорить о влиянии самой болезни на характер реагирования на ее появление, течение, успешность лечения и исход. При этом типичность реакции на заболевание зависит от параметров болезни в такой же мере, как и от индивидуально-психологических особенностей человека. Каждая болезнь характеризуется набором специфических особенностей, затрагивающих значимые для пациента (реального или потенциального) сферы жизнедеятельности. Можно выделить следующие параметры, на основании которых оценивается любая болезнь и формируется психологическое отношение к ней:

1. Вероятность летального исхода.
2. Вероятность инвалидизации и хронификации.
3. Болевая характеристика болезни.
4. Необходимость радикального или паллиативного лечения.
5. Влияние болезни на возможность поддерживать прежний уровень общения.
6. Социальная значимость болезни и традиционное отношение к заболевшим в микросоциуме.
7. Влияние болезни на семейную и сексуальную сферы.
8. Влияние болезни на сферу развлечений и интересов.

Вопрос 4. Психологические особенности больного в акушерско-гинекологической клинике.

Тезисы ответов (источник: *Медицинская психология : учебник / В. Д. Менделевич. — Ростов н/Д : Феникс, 2016. — 460 с. — (Высшее медицинское образование):*

В сфере акушерских и гинекологических состояний и патологии психические факторы имеют особое значение при беременности, бесплодии, предменструальном синдроме и климактерии. Именно при перечисленных состояниях и процессах отмечается тесное переплетение психологических и акушерско-гинекологических факторов. Психическое состояние женщин имеет специфические особенности, отличающиеся от типичных реакций мужчин на заболевания иных сфер.

Всевозможные особенности в психологическом состоянии женщины во время беременности можно рассматривать в качестве проявления адаптации организма и личности женщины к наступившей беременности и оценивать эти проявления с позиции различных уровней адаптации. На биологический уровень адаптации в первую половину беременности заметное влияние оказывает один из яичников, во вторую — матка. Обычно в первые месяцы беременная чувствует себя неуверенно, остается амбивалентной в отношении предстоящего материнства. Страх перед неизвестностью может привести к подавленности. Беременной нравится (более или менее осознанно) ее состояние, ей хочется быть предметом внимания и забот, в то же

время она чувствует, что взрослеет, в ней борются две тенденции — инфантильности и взросления. Эта двойственность, часто вызывающая тревогу, может стать причиной смены настроения, не всегда понятной окружающим. Во втором триместре наблюдается относительное спокойствие в состоянии беременной, происшествия довольно редки, осложнения — у здоровых женщин — исключение. Основная черта третьего триместра — «погружение в ребенка», ребенок становится средоточием мыслей, интересов и занятий будущей матери. Непосредственно перед родами нарастает тревога, проявлением которой может быть гиперактивность беременной, желающей ускорить события. Психологические расстройства в последнем триместре наблюдаются в 60–80% случаев. Важной психосоматической проблемой является проблема гестозов беременных. Известно, что у женщин с выраженным нежеланием иметь ребенка чаще наблюдается тяжелая форма токсикоза, в отличие от женщин с желанной и запланированной беременностью.

Менструальные расстройства, и особенно аменорея, составляющая около 2 / 3 нозологических форм эндокрино-гинекологических заболеваний, приобретают большое социальное значение в связи с тем, что следствием их часто является бесплодие. Негативное влияние бесплодия на поведение и сознание человека часто связывают с дистрессом и развитием так называемого «проблемного брака». Выделяют несколько этапов эмоционального реагирования на бесплодие (Д. Розенфельд и Э. Митчелл): удивление, горе, злость, изоляция, отрицание и согласие.

Одним из наиболее известных в гинекологической практике является предменструальный синдром. Клинические симптомы предменструального синдрома появляются, как правило, за 2–14 дней до менструации и исчезают сразу после того, как она наступит, или в первые ее дни. Сочетание симптомов может быть различным, но чаще всего в клинической картине представлены пограничные психические расстройства, сопровождающиеся обильной вегетативной симптоматикой. Характерными являются раздражительность, пониженное, иногда гневливое настроение, плаксивость и слезливость, легкая ранимость, эмоциональная лабильность, нарушения сна, головные боли и головокружения, неспособность сосредоточиться на выполняемой работе, быстрая утомляемость. Кроме этих симптомов нередко встречается зуд всего тела, тахикардия, разнообразные боли и неприятные ощущения в области сердца, повышение температуры тела, ознобы, нагрубание молочных желез и другие. В зависимости от количества симптомов, длительности и интенсивности их проявлений предменструальный синдром разделяется на легкую и тяжелую формы.

Климактерический период в жизни женщины связан с возрастной перестройкой гипоталамической области, приводящей к нарушению цикличности менструаций и прекращению репродуктивной способности. Картина климактерического синдрома складывается из психопатологических, вегетативных и эндокринных симптомокомплексов.

Резюмируя описание психологических особенностей и психических расстройств у больных с акушерско-гинекологической патологией, можно отметить широкую представленность изменений психической деятельности у пациентов, тяжесть и глубину психологических проблем, связанных с перестройкой системы отношений личности заболевшей женщины.

Вопрос 5. Психологические особенности больного в терапевтической клинике.

Тезисы ответов (источник: *Медицинская психология : учебник / В. Д. Менделевич. — Ростов н/Д : Феникс, 2016. — 460 с. — (Высшее медицинское образование):*

Наиболее известными соматическими заболеваниями, связанными с психологическим воздействием и проявляющимися, помимо соматического, психическими симптомами, являются гипертоническая болезнь, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, ишемическая болезнь сердца и некоторые другие.

Ситуация хронического соматического заболевания описывается В.В. Николаевой как провоцирующая кризис психического развития в целом и развития личности в частности. Изменения личности при тяжелых соматических заболеваниях рассматриваются как новообразования, возникающие в период кризиса развития.

Центральным психологическим механизмом личностных изменений в условиях хронической соматической болезни выступает перестройка иерархии мотивов по типу их переподчинения новому главному смыслообразующему мотиву — сохранения жизни и восстановления здоровья, названному А.Ш. Тхостовым «сдвигом цели на мотив».

Описан ряд критериев, по которым личность больного при хроническом и длительном течении заболевания считается измененной (В.В.Николаева).

1. Изменение содержания ведущего мотива деятельности (формирование нового мотива ведущей деятельности — к примеру, патологическая деятельность голодания при анорексии).

2. Замена содержания ведущего мотива содержанием более низкого порядка (например, мотив «самообслуживания» при ипохондрии).

3. Снижение уровня опосредованности деятельности (деятельность упрощается, целевая ее структура обедняется).

4. Сужение основного круга отношений человека с миром, т.е. сужение интересов, обеднение мотивационной сферы.

5. Нарушение степени критичности и самоконтроля.