

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
Ярославский государственный университет им. П. Г. Демидова
Кафедра общей психологии

ЭКСПЕРТИЗА И КОРРЕКЦИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ФЕНОМЕНОВ

Учебно-методическое пособие

Ярославль
ЯрГУ
2021

УДК 616.89(075.8)
ББК Ю948я734
Э41

*Рекомендовано
Редакционно-издательским советом университета
в качестве учебного издания. План 2021 года*

Рецензент
кафедра общей психологии ЯрГУ

Составитель
В. К. Солондаев

Экспертиза и коррекция психосоматических феноменов :
Э41 учебно-методическое пособие / сост. В. К. Солондаев ; Яросл.
гос. ун-т им. П. Г. Демидова. — Ярославль : ЯрГУ, 2021. — 40 с.

В пособии охарактеризована работа психолога в соматической клинике по выявлению и снижению негативного влияния на течение заболевания трёх групп психологических факторов: поведенческих, эмоциональных, смысловых. Описание работы с каждой группой факторов сопровождается клиническими примерами.

Предназначено для студентов, изучающих дисциплины «Введение в клиническую психологию и основы патопсихологии», «Экспертиза и коррекция психосоматических феноменов».

УДК 616.89(075.8)
ББК Ю948я734

© ЯрГУ, 2021

1. Проблема психосоматики

С научной и практической точек зрения основная проблема экспертизы и коррекции психосоматических феноменов заключается в ответе на обманчиво простой вопрос: что такое психосоматика?

В настоящее время никем всерьёз не оспаривается то, что человек обладает психикой и эта психика некоторым образом влияет на всю его жизнь в целом. Однако возможно **широкое и узкое понимание психосоматики**.

Как ни странно, простая констатация наличия психики (широкое понимание психосоматики как любого влияния психики на функционирование организма) приводит не к расширению, а к сужению сложившихся в науке представлений о болезнях и их лечении.

Приведем пример **широкого понимания психосоматики** из международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10):

Термин «психогенное» указывает, что диагност рассматривает очевидные жизненные события или проблемы в качестве играющих важную роль в происхождении данного расстройства.

Термин «психосоматическое» не используется ввиду различий в его значении на разных языках и при разных психиатрических традициях, а также для того, чтобы не подразумевалось, будто при других заболеваниях психологические факторы не имеют значения в их возникновении, течении и исходе.

Как видим из текста, возможность широкого понимания психосоматики приводит к отказу от использования данного термина как неопределимого в принципе. И для задач международного статистического учёта отказ может считаться оправданным. Но интуитивно нам кажется, что достоверное разделение психических и соматических (органических) болезней возможно. Тогда возможно узкое понимание психосоматики как «чисто психических» заболеваний с соматической симптоматикой. Как будет показано ниже, такое узкое понимание оказывается ограниченным именно в практическом плане.

Пример **узкого понимания психосоматики** можно найти в том же источнике (МКБ-10):

F45.0 Соматизированное расстройство

Основным признаком является наличие множественных, повторно возникающих и часто видоизменяющихся соматических симптомов, которые обычно имеют место на протяжении ряда лет, предшествовавших обращению пациента к психиатру. Большинство пациентов прошли длительный и сложный путь, включая первичную и специальную меди-

цинскую службу, в ходе которого были получены негативные результаты обследований и могли быть выполнены бесполезные операции. Симптомы могут относиться к любой части тела или системе, но наиболее часто встречаются желудочно-кишечные ощущения (боль, отрыжка, регургитация, рвота, тошнота и т. д.), а также аномальные кожные ощущения (зуд, жжение, покалывание, онемение, болезненность и т. д.)...

Диагностические указания

Достоверный диагноз требует наличия всех приведенных признаков:

а) наличие в течение не менее 2 лет множественных и вариабельных соматических симптомов, которым не было найдено адекватного соматического объяснения;

б) постоянное неверие различным врачам, которые пытались разубедить пациента в существовании органической причины их симптомов, и отказ следовать их советам;

в) некоторая часть нарушения социального и семейного функционирования может быть отнесена за счёт природы симптомов и обусловленного ими поведения.

Дифференциальный диагноз

Важна дифференциация со следующими расстройствами:

а) соматические расстройства

Вероятность появления независимого соматического расстройства у таких больных не ниже, чем у обычных людей в том же возрасте. Особое внимание в случае смены акцентов в жалобах больных или их стабильности, когда нужно продолжение обследований;

б) аффективные (депрессивные) и тревожные расстройства

Депрессия и тревога различной степени часто сопровождают соматизированные расстройства, однако их не следует описывать отдельно за исключением тех случаев, когда они достаточно явны и стабильны для того, чтобы оправдать собственный диагноз.

Появление множественных соматических симптомов в возрасте после 40 лет может свидетельствовать о манифестации первичного депрессивного расстройства;

в) ипохондрическое расстройство

При соматизированном расстройстве акцент делается на самих симптомах и их индивидуальном проявлении, тогда как при ипохондрическом расстройстве внимание направлено больше на наличие предполагаемого прогрессирующего и серьезного болезненного процесса, а также его инвалидизирующих последствий. При ипохондрическом расстройстве пациент чаще просит об обследовании для того, чтобы подтвердить

природу предполагаемой болезни, тогда как пациент с соматизированным расстройством просит о лечении для того, чтобы удалить имеющиеся симптомы.

При соматизированном расстройстве обычно имеется избыточное употребление препаратов, тогда как пациенты с ипохондрическим расстройством опасаются лекарств, их побочных эффектов и ищут поддержки и успокоения за счёт частых визитов к различным врачам;

г) бредовые расстройства (такие как шизофрения с соматическим бредом и депрессивные расстройства с ипохондрическими идеями)

Причудливые особенности идей, сочетающиеся с меньшим их числом и более постоянной природой соматических симптомов наиболее типичны для бредовых расстройств.

Недлительное (менее 2 лет) и менее выраженное по интенсивности сочетание симптомов лучше квалифицировать в качестве недифференцированного соматоформного расстройства (F45.1).

Как видим, психосоматика в узком понимании фактически сводится к психическому расстройству, при котором больной предъявляет жалобы соматического плана и (или) обращается за помощью к врачам соматического профиля вместо врача-психиатра, который мог бы ему помочь. Другой пример узкого понимания психосоматики предлагает А. А. Северный.

Психосоматическая патология — симптомокомплексы, включающие (1) функциональные психические и (2) функциональные вегетосоматические расстройства.

В клинической картине преобладает вегетосоматика, которая служит первоначальной диагностической и терапевтической «мишенью».

Функциональные вегетосоматические расстройства — клинически верифицируемые нарушения в вегетосоматической сфере при отсутствии верифицированного органического патологического субстрата, выступающие в единстве с психопатологической симптоматикой в рамках целостного психовегетативного синдрома. Психовегетативный синдром — закономерное взаимовлияние психических (аффективных) и вегетативных проявлений.

Не включаются так называемые психосоматозы, т. е. классические психосоматические заболевания (типа язвенной болезни желудка, инфаркта миокарда и пр.). Если даже эти заболевания и манифестируют психогенетически, дальнейшее их течение подчиняется преимущественно закономерностям собственно органического соматического заболевания.

В практическом плане сложно не согласиться с А. А. Северным в том, что больному с язвенной болезнью желудка или с инфарктом миокарда

в первую очередь необходима медицинская помощь врача соответствующего органической проблеме клинического профиля — гастроэнтеролога или кардиолога.

Но в практическом плане нельзя согласиться с А. А. Северным в том, что оказание медицинской помощи только в связи с органической проблемой можно считать полностью достаточным. В настоящее время медиками убедительно зафиксировано повышение эффективности медицинской помощи, направленной именно на органические аспекты болезни, в сочетании с психофармакотерапией и клинико-психологической реабилитацией (Волель и др. 2014; Медведев и др. 2013).

Следовательно, крайние варианты — широкое и узкое понимание психосоматики — в равной мере ошибочны и ограничены с научной точки зрения и в плане практического использования.

Чтобы выстроить более удачное с научной и практической точек зрения понимание психосоматики, нам необходимо понять контекст выделения этого феномена в науке и практике.

1.1. Контекст проблемы

Медицинская помощь оказывается людям, которые имеют свободную волю — таково основное положение действующего законодательства России, фиксирующего право любого пациента на информированное добровольное согласие либо на отказ от медицинской помощи (федеральный закон № 323-ФЗ). И в данном случае законодательство точно отражает социальную реальность, которая расходится с картиной мира, предлагаемой современной медициной.

Право на согласие либо отказ от медицинской помощи, повторимся, — социальная реальность. Но с позиции пациента оказываемую медицинскую помощь должен определять его запрос. А с позиции медиков оказываемую медицинскую помощь должна определять объективная профессиональная оценка состояния организма пациентов. Налицо психологическая предпосылка конфликта. Никакие сугубо медицинские аспекты понимания механизма болезни не могут повлиять на субъективную реальность человека, страдающего и обращающегося за помощью. Такой вывод следует из статьи авторитетных в профессиональном сообществе эндокринологов (Волкова, Антоненко, 2011):

«Предменструальный синдром (ПМС) давно перешел границы чисто медицинского явления, хотя доказано лишь, что если у женщины имеются предменструальные симптомы, то скорее всего она имеет овуляторный менструальный цикл... Либо ПМС — проявление состояний, которые

усугубляются в предменструальный период, либо это прерогатива психиатрии. К сожалению, в реальной практике, несмотря на отсутствие однозначной и доказанной этиологии, патогенеза, чётких критериев диагностики, существует более 300 лекарственных, психиатрических и парамедицинских техник лечения...»

Как видим, Н. Волкова и М. Антоненко считают естественным полное и безоговорочное согласие пациенток с оценкой врача, а несогласие относят к компетенции психиатра. И они совершенно правы, но только в отношении организма, не в отношении психики. Но психику авторы неявно «выводят за скобки», адресуя к психиатру тех, кого не устраивает только объективная оценка состояния организма, без учёта субъективного переживания этого состояния.

Описанная ситуация в психологическом плане представляется закономерной. Л. П. Урванцев (2000), говоря о психологии в соматической клинике, заметил:

«На эту тему написано так много и, казалось бы, так убедительно, что навряд ли можно что-то добавить. Парадокс, однако, заключается в следующем: все эти высказывания, рекомендации и наставления плохо внедряются в практику и до сих пор мало помогают соматическим больным. Трудно и медленно идёт и внедрение психологической культуры в сознание врачей».

И действительно, в научной литературе на тему медицинской помощи в каждой публикации мы видим декларацию гуманизма. Как минимум, гуманистическая декларация содержится в указании на этическую допустимость проведённых авторами исследований. Но более полное описание многими медицинскими авторами своих гуманистических установок уже вызывает некоторое удивление. Например Г. Л. Микиртичан и соавторы (2012) рассматривают комплаенс в этическом контексте, отмечая: *«Пациенты должны испытывать удовлетворённость от сотрудничества с врачом, быть с ним искренними. Такие отношения отвечают гуманистическим ориентациям современной медицины и являются важной предпосылкой эффективного лечения».* Прекрасно, когда такие отношения в действительности имеют место, но медицинского психолога смущают два момента: можно ли вменять в обязанность пациенту или его родителям переживание каких-либо чувств и кто будет нести ответственность в случае неисполнения «обязанности» испытывать удовлетворённость.

А. Ш. Тхостов (2002) предлагает развёрнутое и аргументированное научное объяснение описанной ситуации:

«Как одна из областей человеческого знания, медицина не только не избежала тупиков и заблуждений всей науки (дегуманизация знания, вульгарно-механистические установки), но и прибавила к ним свои, специфические. Субъект-объектное отношение, лежащее в основе науки нового времени, исходное вычленение субъекта из предмета объективного научного исследования имело для медицины далеко идущие последствия.

Если заболевание никак не зависит от субъекта, то и ответственность за лечение лучше перенести на того, кто обладает большим опытом или знаниями в этой области. Этическое следствие этой ситуации вполне закономерно: поскольку болезнь не зависит от субъекта, а телесность прозрачна, то самый лучший путь развития врачевания — полная ликвидация субъективного фактора, т. е. инструментализация медицины — путь, на который она и вступила. Политические последствия — создание системы здравоохранения, основанной на этих иллюзиях, — также вполне логичны: если болезнь не имеет никакого отношения к субъекту, то лучший способ внедрения здорового образа жизни — это не повышение его субъективной ценности, не учёт личностного смысла здоровья и болезни, не коррекция неадекватных мифов, а полная регламентация, контроль за здоровьем граждан в виде принудительной "диспансеризации", проведение разного рода "дней бегуна", обязательная вакцинация и пр. Пренебрежение к субъекту в системе здравоохранения, несмотря на все уверения в её гуманистической направленности, повсеместно. Гуманизация здравоохранения обычно понимается как типичное украшение, улучшающее внешний вид, но никак не способное влиять на саму сущность лечения.

В обществе (и в медицинской среде, и среди пациентов) распространено скрытое, но весьма устойчивое негативное отношение к любым попыткам внедрения гуманитарного и психологического знания в медицину. Оно не случайно и имеет глубокие корни: гносеологические, этические и политические.

Сложившаяся ситуация последовательна, логична, обоснованна, но крайне неэффективна и не удовлетворяет ни одну из сторон. Выход из нее — последовательное преодоление глубоко укоренившихся иллюзий медицины, создание новой концепции телесности и новой — гуманитарной — модели медицины.

Это утверждение не означает требования отказа от "объективного" подхода и замены всей медицины "психологическим лечением". Новая теоретическая точка зрения должна относиться к предшествующим по принципу дополнительности, открывая новый план проблемы и не отвергая иных исследовательских перспектив.

Как естественная биологическая наука, медицина добилась впечатляющих успехов и, несомненно, её перспективы не ограничены. Значительно скромнее успехи "субъективной медицины", которую ещё только предстоит создать. Она не должна, конечно, отменять "объективную медицину", но дополнять её. Если мы принимаем положение о том, что человек есть не только организм (и более того, организм человека — не просто организм), то и лечение должно быть не только биологическим».

Но каким должно быть лечение, если оно должно быть не только биологическим?

Медицинская наука отвечает на этот вопрос, хотя порой сама не слышит собственного ответа. Медицинская наука ориентирована на клинически значимый исход заболевания. Наилучшим клиническим исходом, очевидно, является полное выздоровление. Но такой исход не всегда достижим, независимо от компетентности медиков, прилагаемых ими усилий и уровня оснащённости лечебного учреждения. Организм пациента и болезнь во многом «сами договариваются» о возможных клинических исходах. Психологические аспекты болезни и лечения включают три взаимосвязанных измерения, которые во многих случаях целесообразно рассматривать по отдельности.

А. Поведение в болезни и (или) комплаенс

Термин «комплаенс» (англ. compliance) обычно характеризует правильность выполнения больным рекомендаций врача: лекарственного лечения, нелекарственных процедур, изменения образа жизни и т. д. Также используется термины «приверженность лечению» (англ. adherence to medication) и «согласие с лечением» (concordance with medication). В психиатрии также используется термин «инсайт», обозначающий такое осознание психического расстройства, которое помогает пациенту справиться со своим расстройством.

Влияние поведения больного на течение заболевания и клинический исход вполне очевидно, поэтому мы обозначили данное измерение именно как поведение в болезни.

В. Качество жизни

Качество жизни — интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования здорового или больного человека, основанная на его субъективном восприятии (Новик, Ионова, 2007). Качество жизни можно интерпретировать и как функциональное влияние состояния здоровья и (или) лечения на пациента (Schipper et al. 1996).

С точки зрения внешнего наблюдателя, возможны три варианта:

- качество жизни является главной целью лечения при заболеваниях, не ограничивающих продолжительность жизни;
- качество жизни является дополнительной целью лечения пациентов при заболеваниях, ограничивающих продолжительность жизни (главной целью является увеличение продолжительности жизни);
- качество жизни является единственной целью лечения пациентов в инкурабельной стадии заболевания.

С. Принятие решений

Взаимодействие «врач — больной» юридически строится на принципе добровольного информированного согласия, что предполагает юридически значимое и категоричное волеизъявление (согласие либо отказ) как результат принятия решения больным. Принятие решения пациентом (англ. patient decision making) происходит в условиях весьма значимого субъективного риска и дефицита времени. Юридическое значение принятия решения отличает его от более общего поведения в болезни. На поведение в болезни, конечно, влияет и качество жизни, связанное с болезнью и лечением. Хотя эти явления психологически связаны, поведение в болезни и качество жизни носят более общий характер, они не обязательно юридически значимы и не столь категоричны, как принятие решений.

Пациент принимает не абстрактное решение «как было бы лучше». Очевидно, что лучше всего ему было бы вовсе не болеть. Пациент принимает решение по поводу диагноза, прогноза и рекомендаций, сформулированных и излагаемых конкретным врачом. И своё решение пациент принимает, ориентируясь на собственные психологические переживания, возникающие в ситуации болезни и обращения за медицинской помощью (ощущения, цели, ценности и др.). Для врача рамки рассматриваемых решений определяются требованиями пациентов, объективными медицинскими показаниями и экономическими возможностями. В практике обычно происходит совместное принятие решения (англ. shared decision making) — коллаборативный процесс, который позволяет пациентам и их представителям принимать решения о лечении вместе с медиками, в идеале учитывая лучшие имеющиеся научные доказательства, ценности и предпочтения пациента.

Таким образом, мы можем сформулировать **прагматическое определение психосоматических феноменов как психологических факторов, влияющих на клинический исход заболевания: поведения в болезни, качества жизни, принятия решений.**

1.2. Техника экспертизы и коррекции

Легко заметить, что три основных фактора психосоматических феноменов достаточно точно соотносятся с тремя основными направлениями психотерапии, выделяемыми Б. Д. Карвасарским (Психотерапия, 2002):

- 1) бихевиоральное (когнитивно-бихевиоральное),
- 2) психоаналитическое (психодинамическое),
- 3) гуманистическое (экзистенциально-гуманистическое).

Условно, только для решения задачи экспертизы и коррекции психосоматических феноменов, мы будем считать три подхода к психотерапии вложенными друг в друга по схеме кругов А. В. Снежневского.

Первому кругу будет соответствовать поведение в болезни (поведение) как предмет когнитивно-бихевиорального подхода.

Второму кругу, включающему первый, будет соответствовать качество жизни (эмоции) как предмет психодинамического подхода.

Третьему кругу, включающему первый и второй, будет соответствовать принятие решений (смысл) как предмет экзистенциального подхода.

Такое структурирование поможет нам выстроить схему движения «снаружи внутрь» — от поведения к смыслу, одновременно связывая экспертизу и коррекцию. Поясним это подробнее.

Вероятнее всего, в клинической практике мы встретимся не с жалобами на психосоматику, а жалобами соматического характера. И возникнет проблема выделения тех вариантов поведения в болезни, качества жизни, принятия решений, которые можно отнести к психосоматическим феноменам. В общем виде эта проблема не имеет решения. Необходимо в каждом конкретном случае анализировать и оценивать поведение, эмоциональные переживания, осмысление ситуации болезни в контексте их возможной связи с клинически значимым исходом.

Целесообразно, на наш взгляд, исходить из того, что наиболее тесно с клиническим исходом связано поведение в ситуации болезни и лечения. При этом следует учитывать многоплановую мотивацию любого конкретного поведения. Приведём пример. На клинически значимый исход может существенно негативно повлиять отказ пациента от прохождения необходимой лечащему врачу диагностической процедуры. Заметим, что пациенты крайне редко отказываются от диагностики явно. Чаще они сталкиваются с якобы непреодолимыми затруднениями при попытке прохождения диагностической процедуры. И только высокопрофессиональный анализ возникающих «объективных» затруднений психологом может выявить в том или ином случае их психологическую основу, позволяя отнести ситуацию к психосоматическим феноменам.

Но не только трудности поведенческого плана могут приводить к отказу от прохождения диагностики. Столь же негативное влияние могут оказать эмоциональные переживания пациента. Например, человек может отказаться от томограммы из-за «непреодолимо сложной» процедуры предварительной записи. А может отказаться из-за малоосознаваемого страха перед обследованием. И к такому же результату (отказу) приведёт и неадекватное осмысление ситуации предполагаемой болезни. Однако во всех этих случаях пациент, вероятнее всего, сошлётся на поведенческие затруднения.

Следовательно, анализ конкретной ситуации болезни и лечения на предмет психосоматических феноменов стоит начинать с поведения. По мере проработки поведенческого плана в анализ включаются различные параметры качества жизни, отражающие эмоциональные переживания. Анализ эмоциональных переживаний (качества жизни) позволяет переходить к анализу смысла болезни (принятия решений).

Экспертиза — аргументированная оценка конкретной ситуации как психосоматического феномена — закономерно дополняется коррекцией. Дело в том, что клиническая практика в целом ориентирована на достижение наилучшего возможного исхода в каждом конкретном случае. Экспертиза как самодостаточная задача обычно возникает тогда, когда уже произошёл сбой в лечебной работе и организаторам медицинской помощи нужно принять меры к недопущению новых аналогичных сбоев. А в штатном режиме работы — когда сбой уже вероятен, но его можно избежать — задача экспертизы неотделима от коррекции настолько, насколько диагностика неотделима от лечения.

Задание 1

Найдите в социальных медиа, СМИ три публикации и (или) выступления на тему психосоматики. Сравните выступления между собой по следующим параметрам:

1. К какому пониманию — широкому или узкому — тяготеет автор или герой публикации.
2. Как автор или герой публикации обозначает свою профессиональную принадлежность: медик или психолог.
3. Какой результат работы с психосоматикой можно ожидать в соответствии с её пониманием в публикации.

Сопоставляя характеристики материалов по предложенным параметрам, аргументированно оцените корректность каждого материала.

2. Поведенческий фактор

Во-первых, при оценке и коррекции целесообразно разделять «внутреннюю» и «внешнюю» психологическую составляющую поведенческих затруднений. Такое разделение соответствует не внешней и внутренней мотивации, не ситуативным и личностным детерминантам поведения. Системная взаимосвязь разных факторов и их взаимовлияние несомненны, но признание этого не стоит доводить до свехобобщения, подобно широкому пониманию психосоматики.

«Внутренняя» составляющая поведенческих затруднений — то, что в конкретном случае допускает модификацию силами самого субъекта, переживающего затруднения. Например, эмоциональный тон разговора с медперсоналом.

«Внешняя» составляющая поведенческих затруднений — то, что в конкретном случае не допускает модификации силами самого субъекта, переживающего затруднения. Например, эмоциональный тон разговора со стороны медперсонала.

Разумеется, эмоциональный тон разговора пациента с медперсоналом лечебного учреждения — результат взаимодействия как минимум двух сторон. Разумеется, поведение пациента в любом случае влияет на поведение медперсонала. И это влияние может быть даже не существенным, а определяющим. Как и обратное влияние. Но при работе с конкретным пациентом целесообразно оценивать «внешнюю» и «внутреннюю» составляющие поведения в отдельности.

Во-вторых, целесообразно соединять оценку и коррекцию поведенческих затруднений. Маловероятно, что психолог в соматической клинике будет заниматься анализом несущественных в плане клинически значимого исхода поведенческих затруднений. Поэтому этически и прагматически целесообразно совмещать оценку и коррекцию. Возможность преодоления поведенческих затруднений будет мотивировать пациента к предоставлению достоверной информации об возникающих сложностях в лечении для анализа.

При анализе и коррекции поведенческих затруднений как одного из аспектов психосоматики в её прагматическом понимании рекомендуется начинать с открытых (не предполагающих ответ «да»/«нет») вопросов о том, что беспокоит пациента.

Далее реализуется техника «13 шагов» бихевиорального тренинга, направленного на выработку навыков эффективного поведения (Слот, Спанярд, 2000). Отклонения и сбои в реализации «13 шагов» анализируют

ются как указание на конкретные точки взаимодействия выделяемых нами факторов возникновения психосоматики.

Техника «13 шагов» хорошо применима в работе с группой, но экспертиза и коррекция психосоматических феноменов обычно проводится индивидуально. Поэтому обсуждать групповую работу здесь мы не будем.

Техника «13 шагов»

1. Пациент рассказывает о возникающих у него поведенческих затруднениях. Психолог внимательно выслушивает и, при необходимости, уточняет отдельные моменты, конкретизируя таким образом ситуацию.

На этом шаге наиболее важно обсуждать конкретную, а не обобщённую ситуацию. Ситуация «мне хамят регистраторы» не подходит для обсуждения. А ситуация «я поругался с регистратором, из-за этого не попал на УЗИ (ультразвуковое исследование)» подходит. Вопросы надо задавать так, чтобы конкретизировать ситуацию, не вызывая раздражения пациента.

2. Пациент, проигрывает ситуацию затруднения с помощью психолога. Пациент играет сам себя, а психолог — другую сторону. Иногда пациент сам находит новое решение ситуации и показывает его в ходе разыгрываемой сценки. Чаще пациент показывает то решение (поведение), которое привело к осознанию затруднения.

3. Психолог благодарит пациента за игру (за воспроизведение ситуации). Можно сказать: «Спасибо, что Вы показали мне эту ситуацию. Теперь она стала намного яснее». Важно, чтобы благодарность прозвучала чётко, но не показалась пациенту чрезмерной.

4. Психолог комментирует те элементы поведения, которые заслуживают поощрения, даже если в целом ситуация разрешена неоптимально. Например, если пациент ничем не ответил на недоброжелательное поведение, психолог говорит: «Хорошо, что Вы не пошли на конфликт». Если, напротив, пациент повёл себя грубо, психолог может сказать: «Хорошо, что Вы быстро сориентировались в ситуации и отреагировали».

5. Психолог предлагает другие варианты развития ситуации. Эти варианты он формулирует, исходя из своего опыта и знания ситуации.

6. Происходит обмен ролями: психолог играет в той же ситуации роль пациента, а пациент — роль своего партнёра по общению. Психолог показывает вариант поведения, предлагаемый пациенту.

7. Психолог обращается к пациенту с вопросом: «Что нового Вы заметили в развитии ситуации?» (по сравнению с шагом 2). Возможно, пациент скажет, что так, как показал психолог, вести себя бесполезно, все равно партнёр по ситуации не поймёт и т.д. В этом случае психолог мо-

жет показать другой вариант поведения или спросить пациента, какой другой способ решения он может предложить.

8. Обсуждаются шаги, из которых состоит вариант поведения в ситуации, предложенный психологом (если пациент с ним согласился) или пациентом (если он сам предложил приемлемый способ). Шагов должно быть не менее 3 и не более 6. Выделенные шаги записываются. Если оказывается, что шагов более 6, это значит, что мы имеем дело с двумя навыками поведения и надо работать с каждым навыком в отдельности.

9. Психолог приводит доводы в пользу выделенных шагов (объясняет, почему они необходимы или целесообразны).

10. Снова происходит обмен ролями: пациент играет себя, психолог — его партнёров по общению. В ходе упражнения можно «пользоваться шпаргалкой» — посмотреть записанные шаги.

11. Ведущий благодарит пациента за само проведение упражнения. Можно сказать так: «Спасибо Вам за то, что Вы сейчас проделали это упражнение».

12. Психолог выражает надежду, что пациент будет упражняться и в дальнейшем, используя приобретённый навык.

13. Пациент вместе с психологом обсуждает, в каких ещё ситуациях можно использовать найденный способ поведения.

Внимание! При использовании данной техники обязательным является прохождение всех 13 шагов.

Пример использования техники «13 шагов» в конкретной ситуации

1. Пациент рассказывает психологу о возникшей ситуации, которая блокирует возможность лечения, как считает сам пациент: «В регистратуре есть запись на УЗИ только значительно позже, чем повторная явка, назначенная лечащим врачом. Пациенту обидно, он высказывает своё недовольство регистратору и отказывается от записи».

Предположим, что пациент предлагает только тот способ поведения, который выявился в исследовании, т. е. отказ от разрешения ситуации. А психологу описание ситуации настолько понятно, что можно перейти к следующему шагу.

2. Пациент, рассказавший о затруднительной в поведенческом плане ситуации, проигрывает её с помощью психолога. Решение ситуации в конкретных деталях он показывает в ходе разыгрываемой сценки.

Инструкция психолога, обращённая к пациенту: «Можете представить себя не здесь, а в этой ситуации на своём месте? Покажите, как бы Вы себя повели в ней. А я покажу поведение регистратора».

3. Психолог благодарит пациента за игру: «Спасибо, что согласились показать ситуацию».

4. Психолог комментирует те элементы поведения, которые заслуживают поощрения: «Хорошо, что Вы сумели выразить свои чувства по этому поводу, не оскорбив лично регистратора».

5. Психолог предлагает другие варианты развития ситуации: «По-моему, можно было сразу вернуться к лечащему врачу в порядке живой очереди и обсудить с ним этот вопрос».

Если пациент категорично утверждает, что в порядке живой очереди сразу вернуться к лечащему врачу невозможно, можно предложить ему другой вариант: «Попросить регистратора записать Вас к лечащему врачу на ближайшую свободную явку вместо назначенной после УЗИ».

6. Происходит обмен ролями: психолог играет в той же ситуации роль пациента, а пациент — роль своего партнёра по общению.

Психолог обращается к пациенту: «Давайте я покажу, как бы я повёл себя на Вашем месте. Вы будете регистратором, а я сыграю Вас».

7. Психолог обращается к пациенту с вопросом: что нового тот заметил в развитии ситуации по сравнению с тем, что произошло при реализации шага 2.

Психолог обращается к пациенту: «Что Вы можете сказать о моём поведении? Можно так себя повести в ситуации?»

8. Обсуждаются шаги, из которых состоит тот вариант поведения в ситуации, который предложен психологом:

1. Подойти к лечащему врачу в порядке живой очереди или по явке.

2. Обратиться к лечащему врачу по имени и отчеству (пользоваться информацией о враче — фамилия, имя, отчество, правильное название клинической специальности — самостоятельный навык, требующий специальной проработки).

3. Рассказать лечащему врачу о невозможности попасть на УЗИ в планируемое время и спросить, как лучше действовать в этом случае, по мнению врача.

4. Выслушать ответ врача, не вступая в спор и не высказывая категоричных требований.

5. Поблагодарить врача за ответ.

6. Задать врачу свои вопросы, если они возникнут, по поводу предложенного врачом варианта действий. Например, если врач предлагает

в ожидании УЗИ сменить тактику лечения, можно спросить, насколько новая тактика хуже. Если врач предлагает пройти УЗИ в частном медицинском учреждении, спросить, какое учреждение он рекомендует и имеет ли значение выбор учреждения для проведения УЗИ.

7. Запланировать вместе с врачом следующий визит к нему (на реалистичное с учётом изменения тактики лечения время).

9. Психолог приводит доводы в пользу выделенных шагов (объясняет, почему они необходимы или целесообразны): «По-моему, если Вы поведёте себя подобным образом, врач, во-первых, поймёт, что Вы действительно заинтересованы в лечении. Во-вторых, ему будет приятно, что Вы пытаетесь решить ситуацию конструктивно. В-третьих, Вы вызовете к себе уважение врача сдержанным и вежливым поведением. В результате Ваши отношения с врачом улучшатся, что будет способствовать более результативному лечению».

10. Снова происходит обмен ролями: пациент играет себя, а психолог — его партнёра по общению. Психолог обращается к пациенту: «Давайте попробуем повторить то, что я показал».

11. Психолог благодарит пациента за сам факт проведения упражнения: «Спасибо, что согласились попробовать».

12. Психолог выражает надежду, что пациент будет упражняться и в дальнейшем, используя приобретённый навык: «Надеюсь, в следующий раз, когда в регистратуре Вам не предоставят запись в допустимый для Вас срок, Вы попробуете применить то, чему сегодня научились».

13. Психолог вместе с пациентом обсуждает, в каких ещё ситуациях можно использовать найденный способ поведения. Вместе с пациентом психолог находит ответ: например, когда в лечебном учреждении нет приёма узкого специалиста; когда врач считает необходимой консультацию в другом лечебном учреждении.

Консультация завершается, пациент уносит с собой карточку с обобщённым описанием ситуации и шагов найденного решения.

Внимательные читатели должны были бы уже заметить рассогласование в приведённом примере: проблема произошла в регистратуре, а решение предлагается в кабинете врача. Это не случайно, но мы не можем аргументировать решение ввиду ограничений объёма настоящего пособия.

В ходе описанной работы, сразу направленной на оказание помощи пациенту, психолог увидит много важных в диагностическом плане моментов. Пациент обязательно проявит свои эмоциональные переживания и выразит личностный смысл ситуации. Работа с «чистым поведением» в соматической клинике осуществима достаточно редко. Описанная мо-

дель работы схематизирована и идеализирована. Но именно попытка работы с «чистым поведением» позволит психологу оценить наличие других факторов психосоматики и выявить их значение.

В ходе работы либо по завершении техники «13 шагов» можно и нужно говорить пациенту о том, что психолог понимает возникающие у пациента сложности и эмоциональные переживания, уважает принятое пациентом решение. Но невозможно решить все проблемы сразу, поэтому другие вопросы будут обсуждаться на следующей встрече.

Если пациент на одном из шагов меняет запрос, блокируя этим дальнейшее проведение «13 шагов», возможны различные варианты:

- 1) возвращение на первый шаг и проработка новой проблемы;
- 2) завершение «13 шагов», насколько это получится, вопреки сопротивлению пациента;
- 3) переключение на новую проблему, связанную с эмоциональным или смысловым фактором психосоматики.

Также в работу с поведением по технике «13 шагов» можно включать дополнительные фрагменты. Иногда эти фрагменты позволяют вернуть пациента в работу по технике и всё-таки пройти 13 шагов полностью. Иногда эти фрагменты позволяют естественно для пациента переключиться на другой фактор психосоматики.

1. Анализ мотивов и чувств партнёра по общению. Для этого после описания ситуации психолог задаёт пациенту вопросы:

- Почему другой участник ситуации поступил таким образом?
- Что он чувствовал в начале данной ситуации?
- Что он почувствовал, совершив описанные в ситуации действия?

2. Анализ собственных мотивов и чувств. Обсуждаются вопросы:

- Почему сам пациент как участник обсуждаемой ситуации поступил таким образом?
- Что он чувствовал в начале данной ситуации?
- Что он почувствовал, совершив описанные в ситуации действия?

3. Анализ представлений о степени своей ответственности за ход и последствия разрешения ситуации.

• В какой мере каждый из участников взаимодействия ответственен за ход и последствия разрешения ситуации? Фактически верный ответ: в равной мере. Но этот ответ нечасто принимается пациентами сразу.

• Почему в некоторых случаях один из партнёров по взаимодействию добровольно берет на себя бóльшую ответственность по сравнению с другим партнёром, что позволяет ему это делать? Возможные ответы:

профессиональный статус, бóльшая психологическая зрелость, более высокая компетентность в содержании ситуации.

Выбрать тактику действий при невозможности завершения «13 шагов» в реальной практике, с учётом содержания ситуации, запроса и психического состояния пациента, психологу обычно удаётся достаточно легко. При этом заранее спрогнозировать затруднения и предложить «в общем виде» решения для всех возможных вариантов невозможно. Обычно вполне достаточно начать действовать по описанной схеме, учитывая специфику конкретного пациента и конкретной ситуации. А дальнейшие действия подскажет развитие ситуации.

Задание 2

Найдите в социальных медиа, СМИ материал, в котором описаны поведенческие проблемы пациента соматической клиники. Опишите проблему (со ссылкой на материал) и оцените её реалистичность. Как отмечено выше, реалистичной может быть только достаточно конкретная проблема. После описания и оценки реалистичности, при необходимости, исправьте описание проблемы. Затем сформулируйте собственный вариант решения и опишите проблему по схеме «13 шагов».

3. Эмоциональный фактор

Ранее обсуждалось, что эмоции возникают в связи с изменениями качества жизни (часто обозначается сокращением QoL или QL). Для измерения качества жизни можно использовать различные диагностические методики — от нозологически специализированных до методик оценки жизнестойкости. Обзор диагностических методик не входит в задачи данного пособия, поскольку составителю не удалось найти методики, которые психометрически корректно сопровождалась бы разработчиками или авторами адаптации. Для исследовательских целей (обследование группы) хорошо подходят все доступные методики. Но их диагностическое применение (обследование индивида) вызовет серьёзные трудности. По правилам психометрики достаточно точная оценка качества жизни в единичном случае, к большому сожалению, будет невозможна. Поэтому целесообразно работать с эмоциональным фактором психосоматики, опираясь на представление о мифе, предложенное Р. Бартом (1989).

Миф по Р. Барту

Чаще всего о мифе говорят в противопоставлении некоторой объективной реальности. При этом обычно акцентируется неполное, неадекватное, иногда даже совершенно ошибочное или намеренно искажённое отражение этой реальности в мифе. Но крайности редки. «Чистый» миф мы встретим разве что в работах, посвященных мифологии древних народов. Как пишет сам Р. Барт (1989), *«миф ничего не скрывает и ничего не афиширует, он только деформирует, миф не есть ни ложь, ни искреннее признание, он есть искажение... Миф похищает то, что оказывает ему сопротивление и стремится сохранить свою чистоту. Он способен добраться до всего, извратить все, даже само стремление избежать мифологизации»*.

Говоря простыми словами, миф, по Р. Барту, возникает тогда, когда нечто, воспринимаемое субъектом, означает уже не само себя, а нечто иное. Схематически это изображено на рис. 1.

Интерпретируем рис. 1. Сначала человек переживает некоторое «чистое» ощущение. И это ощущение почти мгновенно означает (первичное означивание). Допустим, как показано на схеме, испытываемое ощущение означает как головная боль. Головная боль хорошо известна медицине, но это субъективный симптом. Субъективный симптом доступен только самому субъекту, который его переживает. Симптом в какой-то мере беспокоит человека. И человек обращается к врачу.

Но врач не может непосредственно воспринять ощущения своих пациентов, поэтому врач задаёт вопросы, а пациенты рассказывают врачу об ощущениях. Обе стороны пользуются речью, и можно было бы сказать, что «субъективных симптомов на самом деле нет». И это было бы верно, но только на уровне организма, без психики человека. Субъективные симптомы можно зафиксировать эмпирически только в речи. Если пациент говорит, что чувствует головную боль, значит так и есть «на самом деле». Никакие способы проверки объективной достоверности слов пациента современной науке не известны.

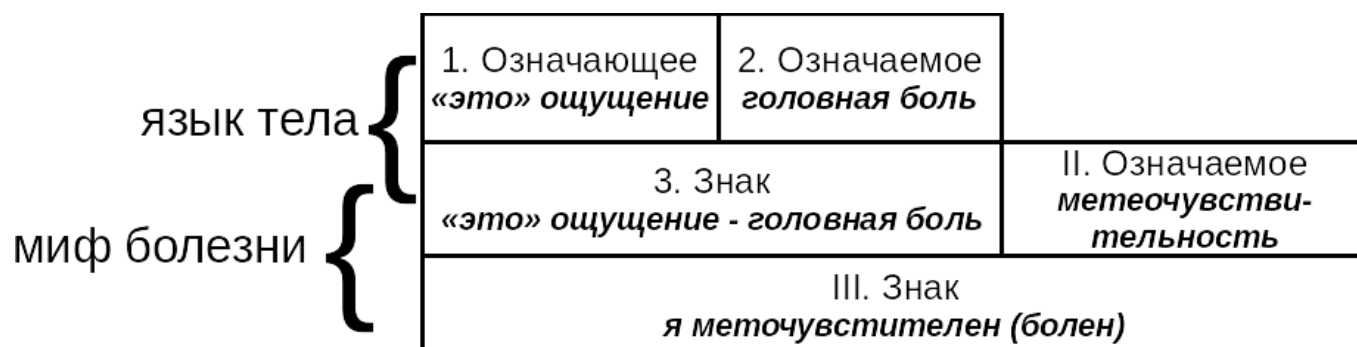


Рис. 1. Схема мифа по Р. Барту

В результате первичного означивания «нечто переживаемое» стало определённым ощущением. Но пока ощущение означает только «само себя» — это ощущение, до означивания не имевшее имени, есть головная боль. Первичное означивание позволяет человеку запомнить ощущение, обдумать его причины, вспомнить, узнать при новом возникновении, рассказать врачу и др.

Первичное означивание ощущений совсем маленького ребёнка во многом формируют его родители. Даже не пользуясь словами, только своими действиями родители «объясняют» ребёнку возникающие у него впервые в жизни ощущения примерно так: «сейчас ты хочешь кушать», «а сейчас тебе неудобно лежать». Действия родителей повторяются, и первичное означивание ощущений постепенно приобретает достаточную устойчивость и определённость. В дальнейшем человек самостоятельно продолжает первичное означивание и формирует собственный набор первичных значений, в том числе таких, как головная боль. Однако никакими способами установления тождества головной боли у разных пациентов медицина и психология не располагают.

Но первичным означиванием при обращении за медицинской помощью дело не ограничивается. Обратившись в поликлинику и рассказав о своей головной боли врачу, пациент наверняка услышит ответ врача. И ответ врача будет характеризовать состояние организма пациента,

но не его психические переживания. Пациента беспокоит головная боль, и пациент обращается к врачу. А врач, как ему и положено по роду профессиональной деятельности, оценивает организм пациента. При этом врач как бы «не доверяет» субъективным симптомам и ищет объективные. В плане заботы об организме пациента это совершенно оправдано, и это подтверждает вся современная наука. Что пациент услышит от врача в ответ на свою жалобу? Возможны разные варианты, но, вероятнее всего, врач начнёт с характеристики состояния организма. Предположим, врач говорит, что не видит никаких оснований для беспокойства, аргументируя так: пульс и давление в покое в норме, тургор и окраска кожных покровов в норме, дыхание везикулярное нормальное, изменения ЭКГ при пробах с нагрузкой не указывают на патологию.

Согласится ли пациент с врачом? Вовсе не обязательно. Исходные причины несогласия не так уж важны. Это могут быть тревога на фоне сезонного подъёма заболеваемости респираторными инфекциями, неприятности на работе, конфликты в семье. Перечень факторов, провоцирующих повышение тревоги, велик. На основании самого факта обращения на приём в описываемой ситуации мы можем предполагать, такую тревогу в связи с головной болью, которая «заставила» посетить врача. Обращение к врачу одновременно добровольное и вынужденное. Вполне возможно, пациента не удовлетворят «стандартные ответы» врача.

Если задуматься, нас удивит не тот вариант развития ситуации, при котором пациента не удовлетворяют ответы врача на предъявленные врачу жалобы. В рассматриваемой ситуации врач аргументирует свои суждения объективными параметрами, а пациента беспокоят субъективные. Непонимание и недоверие сторон в таком случае закономерно и объяснимо. Удивительным покажется то, что некоторых пациентов врачу удаётся убедить в непатологическом характере головной боли.

Можно ли избегать первичного означивания? Гипотетически да. Но практически мы не встретим таких случаев в клинической практике. Юрий Герман (повесть «Подполковник медицинской службы») описывает пример отсутствия означивания телесных ощущений: *«Тут один недавно ко мне пришёл — интересовался, что такое головная боль. Вы себе представляете человека в тридцать лет, который совершенно не знает, что такое головная боль, и спрашивает — это болит кожа на голове, болят кости в голове или мозг?»* Приведённый пример важен тем, что он не из клинической практики. Описанный человек — военный лётчик — пришёл к врачу вовсе не для того, чтобы получить медицинскую помощь. Лётчик пришёл из познавательного интереса. И действительно, зачем

и с чем обратится за медицинской помощью человек, в психике которого не произошло первичного означивания телесных ощущений? Обращаться к врачу такому человеку незачем и не с чем. Если, как в нашем случае, у него нет объективных симптомов. Поэтому ощущения просто не попадают в поле зрения медицинской психологии без первичного означивания.

Что дальше произойдёт в психике пациента? Пациент первично означил своё ощущение как головную боль, почувствовал тревогу и обратился к врачу. Врач, в ответ на обращение, сообщил пациенту свой вывод о непатологическом характере головной боли. Возможно, пациент не согласится с таким объективным «опровержением» своих переживаний. Тогда пациент может счесть свою головную боль симптомом не заболевания сердечно-сосудистой системы, которое врач исключил по объективным данным, а симптомом другого заболевания. В нашем примере на рис. 1 таким «заболеванием» является метеозависимость. А у Н. Волковой и М. Антоненко, на статью которых мы уже ссылались, в качестве результата вторичного означивания выступает ПМС и выявляется затруднение практического плана.

Затруднение практического плана состоит в том, что мы не можем отказаться от субъективных симптомов полностью. Вместе с ними исчезнет слишком много существенных для практики оснований обращения к врачу. А если принять субъективные симптомы рядоположно объективным, врачам придётся «лечить» ПМС, который не является заболеванием с точки зрения медицины и не требует лечения, по обоснованному мнению Н. Волковой и М. Антоненко. Но ситуация в целом ещё сложнее. Перечень заболеваний, в контексте которых возможно вторичное означивание, неограничен. И, к большому сожалению, почти ничто не мешает вторичному означиванию телесных ощущений при заболеваниях, «вполне реальных» с точки зрения медицины, как показано А. Ш. Тхостовым (2002).

Итак, пациент в обсуждаемом нами случае может не поверить врачу и решить, что головная боль у него всё-таки связана с «заболеванием». Таким «заболеванием» в рассматриваемом примере легко может показаться метеозависимость. Тогда произойдёт вторичное означивание телесного ощущения и пациент сформирует для себя убеждение «я метеозависим». Такого плана убеждения редко осознаются, поскольку они переживаются якобы непосредственно — в силу механизма вторичного означивания. Если бы пациент рефлексивно формулировал свои рассуждения по поводу головной боли, он рассуждал бы так: «У меня болит голова (первичное означивание), хотя врач не находит для этого физиологических оснований, следовательно...» Результатом вторичного означива-

ния может стать не только убеждение в метеозависимости. Результатом вторичного означивания может стать и убеждение в некомпетентности врача, «подтверждаемое» каждым новым случаем головной боли.

В практике пациенты не рассуждают развёрнуто и мало осознают свои убеждения, связанные со здоровьем. Но низкая осознанность не мешает убеждениям влиять на качество жизни, вызывая разноплановые эмоциональные переживания. Миф болезни, не диагностированной врачами, обычно снижает качество жизни и создаёт предпосылки для самолечения. А миф некомпетентности врача существенно затрудняет взаимодействие с врачом в поведенческом плане по поводу других заболеваний, которые могут быть вполне реальны с точки зрения медицины.

Особенно ярко мифологический, по Р. Барту, механизм понимания вопросов здоровья проявляется при назначении фармакотерапии. Миф вреда назначенного врачом препарата часто и в психологическом плане вполне закономерно приводит к самостоятельному искажению схемы лечения. А сочетание нескольких мифов, убедительных для пациента своей кажущейся непосредственной данностью, может создавать весьма сложную и запутанную ситуацию.

И. П. Лапин, врач, исследователь психологических аспектов фармакологии, справедливо замечает по этому поводу (2000): *«Открывается (в результатах анализов — В. С.) препарат — значит, пациент принимает препарат, назначенный врачом, значит, комплаентен. Не открывается — не комплаентен. В основном, чаще всего это действительно так. Однако остаются в тени такие важные практические вопросы комплаентности, какой удельный вес отношения к фармакотерапии пациента, врача и семьи, есть ли скептические ожидания результатов терапии, не сочетал ли пациент рекомендованное лечение с самолечением случайными препаратами, есть ли реалистические представления об улучшении качества жизни в результате фармакотерапии».*

Проведённые нами (Солондаев, 2013) исследования мифологии обыденного восприятия лекарств показали следующее:

1. В экспериментальной ситуации возможно создание концепта мифа лекарственного препарата с наперед заданными свойствами. Следовательно, обыденное восприятие лекарства имеет характер мифа в терминологии Р. Барта.

2. Содержание концепта мифа лекарства может напрямую определять как обыденное восприятие, так и выбор соответствующего препарата.

3. Общая установка по отношению к фармакотерапии также влияет на обыденное восприятие препарата и его выбор, но не прямо. Её влияние

опосредовано концептом мифа лекарства. При этом общая установка может как ослаблять, так и усиливать влияние концепта на восприятие и выбор лекарства.

4. В реальной ситуации крайне ограничены как возможность существования лекарства вне мифа, так и возможность отсутствия отношения к фармакотерапии у пациента, применяющего лекарство. Следовательно, реальное поведение определяется именно взаимодействием отношения к фармакотерапии (со стороны пациента) с мифом лекарства.

Подведём краткий итог. Почти в любой ситуации, связанной со здоровьем и обращением за медицинской помощью, у человека срабатывают психологические механизмы вторичного означивания и возникают мифы, вызывающие соответствующие мифу эмоции. Мифы в том значении, которое придавал этому понятию Р. Барт. В мифах вторично означиваются телесные ощущения. Также могут означиваться образы восприятия, интеллектуальные представления или когнитивные репрезентации. Означивание и мифологизация происходят произвольно, мало или совсем не осознаются. Мифы вызывают эмоциональные реакции, влияющие на качество жизни и поведение в большинстве ситуаций, связанных со здоровьем.

Психологическая оценка и работа с эмоциональным фактором

Основной инструмент выделения мифов как ведущих эмоциональных факторов — анализ речи пациента. Маловероятно, что пациент будет прямо рассказывать о своих эмоциональных переживаниях, связанных с лечением. Темы болезни и лечения обычно слишком значимы в эмоциональном плане, чтобы говорить об этом прямо. Но, вероятнее всего, в ходе реализации техники «13 шагов» либо при обсуждении других конкретных поведенческих аспектов медицинской помощи мы услышим мифы, возникшие у конкретного пациента.

Основная форма оценки и работы с эмоционально значимыми мифами — выявление и модификация метафор, которыми живёт пациент, по образному выражению Дж. Лакоффа, М. Джонсона (2004).

Согласно определению «Новой философской энциклопедии», *метафора — использование не буквального (прямого), а переносного значения слов... В целом метафора рассматривается как средство, позволяющее производить семантический сдвиг в значениях языковых выражений, с помощью чего осуществляются различные интеллектуальные процессы, связанные с выявлением и описанием новых характеристик объектов, которые интересуют человека, а также новых связей между ними.*

В книге «Метафоры, которыми мы живём» (2004) Дж. Лакофф, М. Джонсон описывают достаточно широко распространённые среди носителей языка метафоры, например:

Argument is war — Спор есть битва.

His criticisms were right on target — Его критические замечания были точно в цель.

I demolished his argument — Я разбил его аргументацию.

I've never won an argument with him — Я никогда не побеждал в споре с ним.

«... Мы не просто говорим о спорах в терминах войны и битвы. Мы реально побеждаем или проигрываем в споре. Лицо, с которым спорим, мы воспринимаем как противника. Мы атакуем его позиции и защищаем свои. Мы захватываем территорию, продвигаясь вперёд, или теряем территорию, отступая. Мы планируем наши действия и используем определённую стратегию... В споре нет физического сражения, зато происходит словесная битва, и это отражается в структуре спора: атака, защита, контратака и т. п. Именно в этом смысле метафора "спор есть битва" принадлежит к числу метафор, которыми мы "живём" в нашей культуре: она определяет наши действия в процессе спора.

Постараемся вообразить другую культуру, в которой споры не трактуются в терминах войны, в споре никто не выигрывает и не проигрывает, никто не говорит о наступлении или защите, о захвате или утрате территорий. Пусть в этой воображаемой культуре спор трактуется как танец, партнёры — как исполнители, а цель состоит в гармоничном и красивом исполнении танца. В такой культуре люди будут рассматривать споры иначе, вести их иначе и говорить о них иначе. Мы же, видимо, соответствующие действия представителей этой культуры вообще не будем считать спорами: на наш взгляд, они будут делать нечто совсем другое. Нам покажется даже странным называть их танец спором.

Сущность метафоры состоит в осмыслении и переживании явлений одного рода в терминах явлений другого рода. Дело вовсе не в том, что спор есть разновидность войны. Споры и войны представляют собой явления разного порядка — словесный обмен репликами и вооруженный конфликт, и в каждом случае выполняются действия разного порядка. Дело в том, что спор частично упорядочивается, понимается и осуществляется как война...»

Связана ли метафора «спор = битва» с психосоматикой? Вполне вероятно. Возможных вариантов такой связи очень много. Например, означивание пациентом ответа врача на свои жалобы как спора может почти

автоматически и без осознания пациентом запустить активное сопротивление. И пациент незаметно для себя откажется от предлагаемой врачом медицинской помощи либо исказит до неузнаваемости рекомендации врача. И в случае успешной работы психолога осознание собственных действий будет сопровождаться сильным удивлением.

Маловероятно, что пациент не проявит актуальные на момент обследования мифы при обсуждении поведенческого фактора. Но мы легко получим описание мифов, задав вопросы: «На что это похоже? Что это Вам напоминает? С чем можно сравнить ситуацию?» Динамика возникновения мифа может быть выявлена вопросами: «Как началась эта ситуация? Как Вы заметили это? Как Вы поняли, что сложилась именно такая ситуация?» Мы приводим не формулировки вопросов для пациента, а лишь формулировки логического смысла вопросов.

Дальнейшая техника работы с эмоциональным фактором вряд ли может быть описана так, как описана техника работы с поведением. Основная трудность для психолога заключается в необходимости слушать пациента и слышать метафоры в его речи. В основном эта трудность вызвана привычностью, естественностью метафор. Мы привычно принимаем метафоры, выражающие миф, за описание реальности «как она есть на самом деле», игнорируя вторичное означивание, которое стоит за метафорами, скрываясь от внимания специалистов.

Практика показывает, что при работе с эмоциональным фактором основная сложность заключается в том, чтобы психолог понял миф пациента, сумел увидеть его за поведением, работа с которым описана выше.

Заметим, что миф как психологический феномен и выражающая его в речи метафора неустранимы по многим основаниям. Помимо культурных оснований, стоит иметь в виду невозможность информированного добровольного согласия в его механистическом понимании. Добровольным согласием ещё может быть, а вот информированным вряд ли. «Средний пациент» в принципе не может понять информацию о своём здоровье так глубоко, как её понимает информирующий пациента врач. Хотя бы потому, что пациент не обладает медицинскими познаниями. Но «лечить врачей — тяжёлый труд», как выразились медики, с которыми работал составитель настоящего пособия. Значит уровень содержательной (профессиональной) компетентности не единственная причина мифологизации темы здоровья и болезней. Непреодолимость мифа описана и самим Р. Бартом в приведённой ранее цитате.

Как можно работать с выявленным у пациента мифом?

Во-первых, нужно удостовериться в том, что выявленный миф порождает эмоции, существенно и негативно влияющие на качество жизни или поведение.

Корректировать позитивный миф нецелесообразно. Обсудим это подробнее. В одной из аптек Ярославля составитель настоящего пособия встретил два вида «магнитопунктурных браслетов от укачивания» — просто браслет и браслет для беременных. Браслет для беременных стоил чуть дороже обычного, разница составляла менее ста рублей. Если браслет помогает пациенту от укачивания, нужно ли тратить время и силы на объяснение «научной бесполезности» этого аксессуара? Вряд ли. Фармакологические варианты борьбы с укачиванием, конечно, более обоснованы по представлениям современной фармакологии. Но любой препарат несёт риск побочных эффектов — такова одна из основных аксиом фармакологии. А плацебо-эффект, в обсуждение которого мы не можем углубиться, имеет вполне объективное клиническое проявление — человека не укачивает. Лечебный эффект магнитопунктурного браслета достигается без каких-либо побочных эффектов, возможных при фармакологическом лечении. Необходимо лишь принять решение об использовании магнитопунктурного браслета.

Конечно, если полученный пациентом плацебо-эффект явно препятствует дальнейшему взаимодействию с врачом, вмешательство целесообразно. Если некий экстрасенс «вылечит» онкопатологию и пациент на этом основании откажется от медицинской помощи, чувствуя субъективное улучшение состояния, нам стоит попытаться восстановить его контакт с лечащим врачом.

Во-вторых, если уж миф неустраним, как считает большинство современных исследователей, негативный по своему воздействию миф может быть декомпозирован либо модифицирован.

Декомпозиция мифа — достаточно сложная задача. Хотя она вполне разрешима. Для декомпозиции нужно запустить у пациента рефлексия, вместе с ним зафиксировать содержание первичного и вторичного означиваний и обсудить их адекватность. Практика показывает, что рефлексия и фиксация мифологических, по Р. Барту, представлений требуют значительных усилий и индивидуального подхода. Зато после осознания мифов их критическая оценка пациентом происходит легко и приносит позитивные эмоции. Но стоит проследить, чтобы новое понимание ситуации не оформилось в новый миф, ещё более опасный. Действительно рациональное понимание ситуации — слишком сложная для пациента задача во многих случаях.

Говоря о декомпозиции мифа, следует подчеркнуть один важный момент. Психолог в соматической клинике не основная и не самостоятельная фигура. Взаимодействие пациента с медицинским персоналом гораздо важнее взаимодействия пациента с психологом. Поэтому целесообразно налаживать рабочее взаимодействие психолога с медицинским персоналом. Декомпозиция мифа и работа с эмоциональным фактором могут обеспечиваться не психологом, а медиками и организацией работы лечебного учреждения с учётом рекомендаций психолога. Выдающийся отечественный терапевт А. Л. Мясников пишет: *«Удивительно живуча вера в знахарей... Всё зависит ведь от уровня самой медицины. До тех пор пока она не научится лечить ещё не поддающиеся излечению болезни, неизбежны знахари или гомеопаты. А как только какое-либо заболевание начинает успешно излечиваться методами научной медицины — об этой её заслуге забывают, точно её и не было. В этом отношении показательно восприятие студентов. Начинаешь им расписывать о том, как был страшен, положим, миллиарный туберкулез или сепсис до эры антибиотиков — не слушают, считают это литературой: ну, подумаешь, что было, то прошло».*

Художественный пример модификации мифа — другого варианта психологически корректной работы с мифом — описан в книге «Хохот Шамана». Автор книги — В. П. Серкин, учёный-психолог, работающий в области психосемантики и теории сознания. Приведём с сокращениями его описание.

«Когда рыбы мало, браконьеры не спеша занимаются различными хозработами, по вечерам часами рассказывают за чаем всевозможные истории и мифы из их бурной жизни. В бригаде уверенно считали (прямо знали), что месяцы интенсивной физической работы в холоде, воде, железе и рыбьей чешуе отрицательно влияют на мужскую потенцию. Я не придавал этому мифу большого значения, пока двое (по отдельности) не пожаловались мне на проблемы потенции в городе и не попросили помощи.

Должен объяснить, что быт и нравы браконьеров в буквальном смысле слова круты даже для сегодняшних жёстких времён... При этом рыбаки весьма бережно относятся друг к другу, легковёрны, чувствительны и внушаемы. Вынужденная жёсткость жизни порождает у некоторых внутреннее напряжение, разряжающееся уже в городе проблемами и неудачами, в том числе и в сексуальной сфере.

Физиологической проблемы не было. Здоровью этих мужиков мог бы позавидовать железный лом. Как психолог я прекрасно видел классический невротический круг: давно не видевшие женщин и поверившие мифу

о снижении потенции рыбаки тревожатся, боятся, что не получится. Чем больше тревожатся, тем хуже получается. Чем хуже получается, тем больше тревожатся... Посоветовался с Шаманом.

Метод, предложенный Шаманом, был не менее прост и эффективен, чем стиливые методы бригады. Он предложил не бороться с неверным мифом, а дополнить его. С нашим дополнением миф звучал так: "Месяцы интенсивной физической работы в холоде, воде, железе и рыбьей чешуе отрицательно влияют на мужскую потенцию. Но если в это время и в первые дни в городе делать специальную гимнастику, потенция, наоборот, накапливается".

В "специальную гимнастику" (20-минутный комплекс) я включил тонизирующие и общеукрепляющие упражнения... Занимались по три — четыре раза в неделю все, кроме Кузьмы, который и так уникально уверен в себе.

В тот год браконьеры подарили мне бочонок икры».

Задание 3

Найдите одного испытуемого, имеющего опыт обращения за медицинской помощью. Для анализа пригодна любая ситуация, связанная с медицинской помощью: профилактическое обследование, получение справки в бассейн, лечение заболевания и др. Проведите беседу с испытуемым. Основная цель беседы — выявить эмоциональное отношение к ситуации медицинской помощи и обосновать наличие либо отсутствие мифологической основы выявленного эмоционального отношения. Опишите ситуацию и эмоциональное отношение. В случае выявления мифа опишите его.

4. Смысловой фактор

Смысловой фактор возникновения психосоматических феноменов, как мы показали выше, связан с принятием решений по вопросам, связанным со здоровьем и обращением за медицинской помощью. В связи с этим полезно иметь в виду характеристику психологии принятия решений, сформулированную А. В. Карповым (2000): *«Современная психологическая теория решений — это скорее не "теория" в непосредственном смысле данного понятия (как концептуально завершённая, обобщённая и непротиворечивая система знаний), а определённая предметная область, сфера проблем, концентрирующаяся вокруг феномена субъективного выбора»*. За прошедшее с момента публикации время ситуация в области принятия решений ещё больше усложнилась. И это закономерно. Дело в том, что практика здравоохранения соединяет две существенно разные с научной точки зрения сферы жизни — профессиональную (медицинский персонал) и обыденную (пациенты). Профессиональная сфера жизни изучена наукой. Наукой в целом, не только психологией. Конечно, профессиональная сфера не полностью изучена, но наука уже может предлагать решения возникающих проблем и прогнозировать ход событий. А обыденная сфера жизни почти совсем не изучена. И это особенно ярко проявляется на материале принятия решений в практике здравоохранения.

Самый приблизительный анализ позволяет выделить не менее пяти объёмных групп факторов, влияющих на принятие решения в ситуации медицинской помощи. Схематически изобразив эти группы факторов на рис. 2, мы увидим сверхсложную систему, которая исключает возможность экспериментального исследования. Варьировать культуру как независимую переменную в эксперименте, конечно, можно. Но невозможно варьировать только одну независимую переменную. Вместе с культурой будут изменяться и другие переменные. Тогда мы получим несистематическое и неконтролируемое смешение переменных, которое обесценит данные любого эксперимента. Поэтому рассуждения на тему психосоматики так сложны, а научных данных так мало.

Но не будем углубляться здесь в сложную до неразрешимости целостную научную модель ситуации принятия решения. В конце концов, люди болеют и лечатся на протяжении всей истории человечества. Как-то же они принимают решения. Сконцентрируемся на феномене субъективного выбора, о котором пишет А. В. Карпов. Что за субъективный выбор совершают пациенты? Вряд ли кто-то выбирает психосоматику сознательно.

А принятие решения происходит осознанно. Попасть на приём к врачу спонтанно, под воздействием настроения практически невозможно.

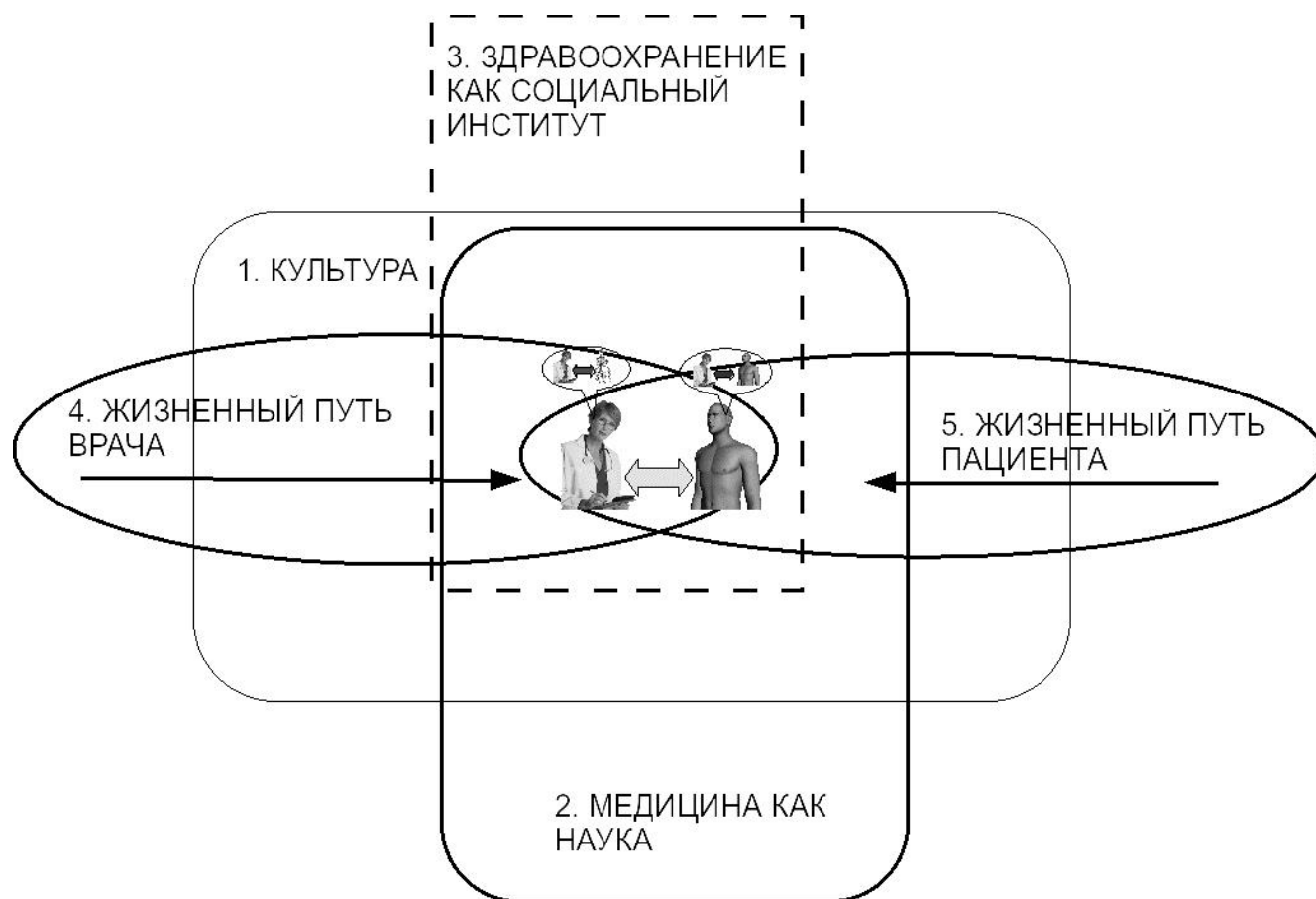


Рис. 2. Группы факторов, влияющих на принятие решения в ситуации медицинской помощи

Очевидно, что психосоматику определяет именно субъективный выбор пациента. Врач не может быть серьёзно заинтересован в психосоматических феноменах по совокупности уже описанных причин. Как происходит субъективный выбор пациента, приводящий к возникновению психосоматических феноменов? Схема, позволяющая ответить на этот вопрос, приведена на рис. 3.

На схеме мы видим основное рассогласование, которое позволяет объяснить возникновение психосоматических феноменов под влиянием смыслового фактора, определяющего принятие решения. Это рассогласование интеллектуальных представлений или когнитивных репрезентаций ситуации принятия решения врача и пациента, которое мы упоминали при описании работы с эмоциональным фактором. Врач на рис. 3 в психологическом плане действует в ситуации «врач \Leftrightarrow система кровообращения», а пациент действует в ситуации «врач \Leftrightarrow пациент». Но при этом, с точки зрения внешнего наблюдателя, оба участника —

врач и пациент — действуют в единой ситуации. Ситуация врача отличается от ситуации пациента только в психологическом плане (интеллектуальные представления или когнитивные репрезентации). Включая модель внешнего наблюдателя, в качестве которого выступает психолог, мы получаем три психические модели условно «реальной ситуации», в которых ни одна пара не совпадает. Различия между моделями определяются их структурой или содержанием.

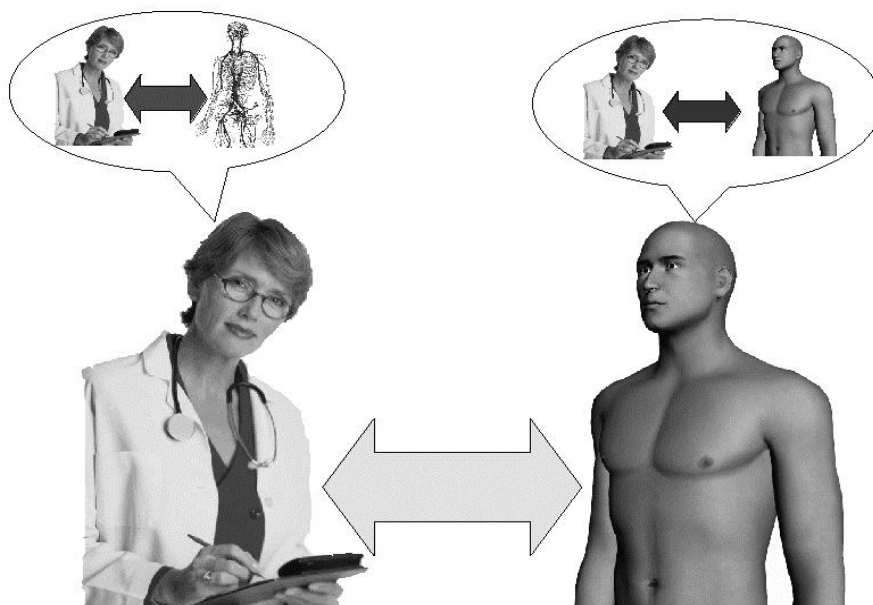


Рисунок 3. Схема взаимодействия «врач — пациент»

Снова приведём пример, обсуждавшийся выше — при описании работы с эмоциональным фактором.

У человека возникает «некоторое» ощущение. Человек означает (первичное означивание) своё ощущение как головную боль. Человек обращается к врачу. Врач оценивает состояние системы кровообращения пациента (пациент не «полный человек», а «человек в социальной роли пациента»).

Дальше возможны разные варианты. Ниже мы приводим далеко не полный их перечень, характеризуя только основные варианты, связанные с психосоматическими феноменами.

А. Врач не находит проблем системы кровообращения, указывающих на патологическую природу головной боли пациента и сообщает ему об этом. В психологическом плане врач этим сообщением «опровергает» первичное означивание пациентом своего ощущения как головной боли.

А1. Пациент соглашается с врачом, принимая «опровержение» своего ощущения, которое может уравниваться радостью от здоровья си-

стемы кровообращения. Далее пациент идёт домой и лечит новые случаи головной боли симптоматически по своему усмотрению.

А2. Пациент не соглашается с врачом, отвергая «опровержение» своего ощущения. Пациент задумывается о природе головной боли и происходит вторичное означивание: головная боль есть симптом метеозависимости. Далее пациент ищет в поисковой системе «Яндекс» симптомы метеозависимости и занимается самолечением этой «болезни», вновь обращаясь к врачу по поводу побочных эффектов такого самолечения.

А3. Пациент не соглашается с врачом, отвергая «опровержение» своего ощущения. Пациент задумывается о природе головной боли и «понимает», что врач некомпетентен, поскольку не смог найти причину его головной боли. Далее пациент пишет отрицательный отзыв о работе конкретного врача и обращается к другому врачу для поиска причин болезни и назначения лечения. В момент «понимания» некомпетентности врача пациент получает своего рода побочный эффект — уверенность в наличии болезни, которую не выявил врач. Здесь также происходит вторичное означивание. Головная боль становится для пациента симптомом не выявленной «плохим врачом» и неизвестной самому пациенту болезни.

В. Врач находит проблемы системы кровообращения. Эти проблемы, вероятнее всего, не детерминируют полностью головную боль и даже могут быть с ней никак не связаны (как в вариантах «а»). Но если выявлена болезнь, её надо лечить — таков императив работы врача, на то и существует здравоохранение. И совсем не обязательно, что сообщением о болезни и предложением лечения врач подтвердит первичное означивание пациентом своего ощущения как головной боли.

Далее возможны разные варианты, которые не будут симметричны или дополнительны вариантам «а».

В1. Пациент соглашается с врачом, принимая подтверждение своего ощущения, которое может дополняться огорчением от выявленной болезни. Происходит вторичное означивание головной боли как симптома выявленной врачом болезни (хотя врач мог и не подразумевать этого). Далее пациент идёт домой и лечит выявленную болезнь в соответствии с предписаниями врача.

В2. Пациент соглашается с врачом, принимая подтверждение своего ощущения, которое может дополняться огорчением от выявленной болезни. Происходит вторичное означивание головной боли как симптома выявленной врачом болезни (хотя врач мог и не подразумевать этого). Далее пациент идёт домой с намерением выполнить предписания врача, но сталкивается с затруднениями. Допустим, что пациента испугал пере-

чень побочных эффектов, перечисленных в аннотации к назначенному врачом препарату. И пациент снижает назначенную врачом дозировку препарата, фактически приступив к самолечению. Жаловаться на отсутствие клинического эффекта от такого лечения пациент будет врачу, поскольку он принимал не самостоятельно найденный в поисковой системе, а назначенный врачом на основании обследования препарат. А о том, что пациент принимал препарат в самостоятельно сниженной «безопасной» дозе, в разговоре с врачом можно умолчать.

В3. Пациент соглашается с врачом, принимая подтверждение своего ощущения, которое может дополняться огорчением от выявленной болезни. Происходит вторичное означивание головной боли как симптома выявленной врачом болезни (хотя врач мог и не подразумевать этого). Но пациента не устраивает предложенное врачом лечение. Допустим, врач назначает препарат, требующий многократного приёма в течение дня. Если пациент «не хочет портить отношения с врачом», он может далее обратиться к другому врачу с претензией на «неправильное лечение», надеясь получить другие рекомендации.

Какой из вариантов развития ситуации не создаст проблем врачу, проводившему приём? Только вариант а1. Остальные перечисленные варианты развития ситуации могут стать как поводом для обращения врача за консультацией к психологу лечебного учреждения по поводу сложных отношений с пациентом, так и поводом для обращения к психологу самого пациента (обычно обращаются к психологу вне лечебного учреждения, с которого началось развитие ситуации) по поводу проблем со здоровьем.

Как психолог может выявить смысловой компонент психосоматических феноменов? Ситуацию независимого от лечебного учреждения психолога рассматривать здесь не будем, поскольку такому психологу вначале потребуется догадаться о психосоматической природе запроса клиента, что бывает весьма сложно. Допустим, что речь идёт о психологе лечебного учреждения, которому доступны как врач, так и пациент.

В первую очередь целесообразно проводить оценку актуального состояния психики в контексте информации о заболевании, характере его течения и прогнозе.

Как совершенно обоснованно считает В. В. Николаева (1987), *«биологические особенности тяжёлого соматического заболевания — массивная и длительная интоксикация, нарушение обменных процессов, истощение, функциональные расстройства — приводят к изменению протекания психических процессов...»*

сти в мире приводит к формированию невротических моделей поведения, которые осложняют течение соматической болезни.

Второй, более сложный путь связан с включением в процесс смыслообразования рефлексии. Он возможен, когда личность пытается осознанно выработать собственную программу выживания в изменившихся условиях. Так смыслообразование превращается в переосмысление, в том числе и всей жизни, что является широким полем деятельности для клинического психолога».

Полученные, в том числе при работе над поведенческим и эмоциональным факторами психосоматики, данные позволят психологу выделить вариант включения болезни в мотивационную сферу психики и охарактеризовать его содержательно. А. Ш. Тхостов (2002) описывает четыре варианта: *«Первое (гипотетически возможное — В. С.) положение — болезнь в качестве мотива — представить себе довольно трудно. Если такие случаи и существуют, они требуют какого-то специального анализа. Значительно более распространены следующие: болезнь как условие, препятствующее достижению мотива (2), болезнь как условие, способствующее ему (3), и болезнь как условие, способствующее достижению одних мотивов и препятствующее достижению других (4)».*

Задание 4

По данным беседы, проведённой при выполнении задания 3, охарактеризуйте психическое состояние испытуемого в ситуации медицинской помощи и оцените смысл ситуации для испытуемого. Опишите выявленный смысл, аргументируя свои рассуждения фактически принятыми испытуемым решениями.

Литература

1. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». — URL : http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/
2. Барт, Р. Миф сегодня // Р. Барт. Избранные работы : Семиотика : Поэтика. — М. : Прогресс, 1989. — С. 76–130.
3. Клинико-психологические аспекты реабилитации больных инфарктом миокарда / Б. А. Волель, Е. С. Терновая, А. А. Ермушева, Е. А. Сыркина // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. — 2014. — № 7(2). — С. 4–9.
4. Волкова, Н. Предменструальный синдром — взгляд эндокринолога / Н. Волкова, М. Антоненко // Гинекологическая эндокринология. — 2011. — № 13. — С. 10–13.
5. Карпов, А. В. Общая психология субъективного выбора : структура, процесс, генезис / А. В. Карпов. — Ярославль : ЯрГУ, 2000. — 328 с.
6. Лакофф, Дж. Метафоры, которыми мы живем / Дж. Лакофф, М. Джонсон. — М. : Едиториал УРСС, 2004. — 256 с.
7. Лапин, И. П. Плацебо и терапия / И. П. Лапин. — СПб. : Лань, 2000. — 224 с.
8. Эффективность психофармакотерапии и психотерапии у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями / В. Э. Медведев, И. К. Чобану, В. И. Фролова, Н. Л. Зуйкова, А. В. Епифанов // Архивъ внутренней медицины. — 2013. — № 5. — С. 61–66.
9. Микиртичан, Г. Л. Комплаентность как медико-социальная и этическая проблема педиатрии / Г. Л. Микиртичан, Т. В. Каурова, О. К. Очкур // Вопросы современной педиатрии. — 2012. — Т. 11, № 6. — С. 5–10.
10. Мясников, А. Л. [при участии Е. И. Чазова] Я лечил Сталина : из секретных архивов СССР / А. Л. Мясников. — М. : Эксмо, 2011. — 448 с.
11. Николаева, В. В. Влияние хронической болезни на психику / В. В. Николаева. — М. : МГУ, 1987. — 168 с.
12. Новик, А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова. — М. : Олма Медиа Групп, 2007. — 320 с.
13. Психотерапия : учебник для студентов медицинских вузов / под ред. Б. Д. Карвасарского. — СПб. : Питер, 2002. — 672 с.
14. Рогачева, Т. В. Смысл болезни и возможности психокоррекционной работы / Т. В. Рогачева // Медицинская психология в России : электрон. науч. журн. — 2011. — № 3. — URL : http://www.mprj.ru/archiv_global/2011_3_8/nomer/nomer02.php

15. Северный, А. А. Междисциплинарные проблемы организации помощи детям с психосоматическими расстройствами / А. А. Северный // Медицинская (клиническая) психология : традиции и перспективы. — М., 2013. — С. 199–211.

16. Слот, В. Нидерландская модель социальной помощи детям и подросткам, ориентированная на социальную компетенцию / В. Слот, Х. Спанярд // Вестник психосоциальной и коррекционной работы. — 2000. — № 1. — С. 28–39.

17. Солондаев, В. К. Обыденное восприятие лекарства как миф / В. К. Солондаев // Медицинская психология в России : электрон. науч. журн. — 2013. — № 4(21). — URL : http://www.mprj.ru/archiv_global/2013_4_21/nomer/nomer01.php

18. Тхостов, А. Ш. Психология телесности / А. Ш. Тхостов. — М. : Смысл, 2002. — 287 с.

19. Урванцев, Л. П. Психология соматического больного / Л. П. Урванцев. — Ярославль : ЯрГУ, 2000.

20. Schipper, H. Quality of life studies : definitions and conceptual issues / H. Schipper, J. J. Clinch, C. L. Olweny // Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials. — Philadelphia : Lippincott-Raven Publishers, 1996. — P. 11–23.

Оглавление

1. Проблема психосоматики	3
1.1. Контекст проблемы	6
1.2. Техника экспертизы и коррекции	11
Задание 1	12
2. Поведенческий фактор	13
Техника «13 шагов»	14
Пример использования техники «13 шагов» в конкретной ситуации	15
Задание 2	19
3. Эмоциональный фактор	20
Миф по Р. Барту	20
Психологическая оценка и работа с эмоциональным фактором	25
Задание 3	30
4. Смысловой фактор	31
Задание 4	37
Литература	38

=====

Учебное издание

Экспертиза и коррекция психосоматических феноменов

Учебно-методическое пособие

Составитель

Солондаев Владимир Константинович

Редактор, корректор М. Э. Левакова

Верстка М. Э. Леваковой

Подписано в печать 14.07.2021. Формат 60×84 1/16.

Усл. печ. л. 2,32. Уч.-изд. л. 2,0. Тираж 3 экз. Заказ

Оригинал-макет подготовлен

в редакционно-издательском отделе ЯрГУ.

Ярославский государственный университет им. П. Г. Демидова.

150003, Ярославль, ул. Советская, 14.