

ПСИХОСОМАТИКА КАК ОБЛАСТЬ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Основные причины отказа от психоаналитической методологии в психосоматике. Бихевиоризм в психосоматике. Основные характеристики поведенческих симптомокомплексов, необходимость более глубокого изучения психологических механизмов обеспечивающих определенный поведенческий тип. Концепция алекситимии, теоретические подходы к ее исследованию, методы психодиагностики.

Теории научения, бихевиоризм и психосоматика

Бихевиоральная терапия основана на экспериментальных принципах и методах научающе-бихевиоральной теории. Предпосылка, лежащая в основе применения этой терапии на практике, включая и в психосоматике, такова - расстройства приобретены в результате ошибочного прошлого научения. Саморазрушительное и патологическое поведение есть результат влияния окружения, которое подкрепляет и упрочивает его. Следовательно, задача, которая стоит перед бихевиоральным терапевтом - точное определение симптома (неподходящего поведения), от которого нужно избавиться, уточнить желаемое новое поведение и определить режимы подкрепления, требующиеся для формирования нового поведения. Таким образом, бихевиоральная терапия есть логическое расширение принципов классического и оперантного обусловливания.

Можно отметить также метод биологической обратной связи. В его основе лежит принцип целесообразного саморегулирования произвольных функций с использованием систем внешней обратной связи. Метод пришёл из бихевиорального направления и применяется, например, при лечении различных видов головной боли, при лечении больных эпилепсией и т.д. Однако, терапевтический эффект метода считается довольно скромным. Вероятные механизмы воздействия таковы: эффект плацебо, эффект общей релаксации, познавательный эффект переживания, самовнушение, повышение самооценки пациентов. Его рекомендуют применять в сочетании с другими медицинскими и психотерапевтическими методами.

В конце 60-х годов Мартин Селигман описал странную особенность поведения человека в ситуации, когда достаточно продолжительное время окружающая его действительность меняется вне всякой зависимости от его поведения. Если поощрение и наказание происходят как бы сами собой, вне зависимости от действий человека, то тот перестает предпринимать какие-либо попытки избежать неприятностей, или же добиться успеха. Достаточно непродолжительной истории безрезультативных попыток избавиться от неприятностей или что-либо изменить в окружающей действительности, как "выученная беспомощность" начинает жить как бы своей собственной жизнью и сама управлять поведением.

Селигман сделал вывод о том, что опыт неконтролируемых последствий приводит к снижению желания и стремления предотвратить трудные ситуации или активно овладеть ими. Причем ответственны за возникновение этого не столько неприятные или болезненные переживания сами по себе, сколько опыт их неконтролируемости. Селигман доказал, что человек учится этой беспомощности и возможно от беспомощности отучить.

Патопсихологические синдромы

Как и в психиатрии, в патопсихологии под синдромом понимают патогенетически обусловленную общность симптомов, признаков психических расстройств, внутренне взаимообусловленных, взаимосвязанных. В этом заключается большая диагностическая значимость синдромов по сравнению с симптомами. В диагностическом мышлении врача правильная квалификация синдрома является подступом к определению нозологической принадлежности заболевания. Известно, однако, что выделяемые психиатрами клинические синдромы далеко не одинаковы по своей нозологической специфичности,

последняя зависит от круга болезней, при которых предпочтительно наблюдается тот или иной синдром, и от степени сложности синдрома, отражающей присущие ему патогенетические и патокинетические механизмы.

Психопатологические (клинические) синдромы по своим особенностям существенно отличаются от патопсихологических. Можно думать, что различие это обусловлено не столько формой синдрома, его составом, сколько различными уровнями функционирования центральной нервной системы, на которых эти синдромы выделяются. В системе иерархии мозговых процессов различают такие уровни (А. Р. Лурия, 1962, 1964; Ю. Ф. Поляков, 1971, 1977): патобиологический, характеризующийся нарушениями морфологической структуры тканей мозга, протекания в них биохимических процессов и т. п.; физиологический, заключающийся в изменении течения физиологических процессов; пато- и нейропсихологический, для которых характерно нарушение протекания психических процессов и связанных с ними свойств психики; психопатологический, проявляющийся клиническими синдромами и симптомами психической патологии. Так, при психических заболеваниях нарушения морфологического субстрата головного мозга и присущие им изменения протекания биохимических процессов приводят к нарушению физиологических процессов. Выпадают важные звенья функционирования психики, опосредованно нарушается течение психических процессов, прижизненно сформированных на основе физиологических. А это, в свою очередь, приводит к патологии отражения центральной нервной системой больного человека сигналов из окружающей среды. Психопатологический симптом, таким образом, является завершающим этапом сложной патогенетической цепи.

Такое представление об иерархии функционирования психики человека объясняет необходимость мультидисциплинарного подхода к ее изучению. При этом, как указывает Ю. Ф. Поляков (1971), если клинические (психопатологические) исследования обнаруживают закономерности проявлений нарушенных психических процессов, то патопсихологические исследования должны дать ответ на вопрос, как нарушено протекание (структура) самих психических процессов, приводящих к этим проявлениям. Таким образом, если психопатолог констатирует наличие в клинической картине тех или иных симптомов или синдромов психической патологии и специфику их течения, то патопсихолог свое исследование направляет на раскрытие и анализ определенных компонентов мозговой деятельности, ее звеньев и факторов, выпадение которых является причиной формирования наблюдаемой в клинике симптоматики.

Это различие между психопатологическими и патопсихологическими синдромами вытекает из той разницы между психопатологией и патопсихологией, о которой шла речь выше, и в значительной мере отражает специфику присущих этим двум областям знаний методов — клиничко-описательного, которым пользуется психопатология, и экспериментально-психологического, взятого на вооружение патопсихологией.

Клинические синдромы являются опосредованным выражением сложившихся нарушений психической деятельности, тогда как патопсихологические синдромы, относящиеся к более низкому уровню вертикальной иерархии формирования психических функций в норме и патологии, в значительно большей мере отражают непосредственные, присущие этим нарушениям, причинно-следственные взаимоотношения. Сущность психопатологических синдромов не может быть понята без патопсихологического и патофизиологического анализа лежащих в их основе явлений, и, в свою очередь, изучение патопсихологических синдромов невозможно без четкого клинического отграничения объекта исследования.

Систематика патопсихологических синдромов разработана значительно меньше, чем систематика клинических синдромов, хотя и последняя еще далека от совершенства.

Синдромы в патопсихологии, как и в психиатрии, различаются в значительной мере степенью своей обобщенности. Ранее (1976) мы приводили в качестве типичного примера патопсихологических синдромов выделяемые Б. В. Зейгарник типы расстройств

мышления. Действительно, каждый из этих типов характеризуется своей, в значительной мере специфической, структурой, однако, как это явствует из самого принципа систематики, в ней выделяются более обобщенные группы, например нарушения операционной стороны мышления, нарушения динамики мыслительной деятельности и другие, более конкретные, являющиеся частным проявлением первых, например лабильность мышления, непоследовательность суждений. Однако между этими двумя видами патопсихологических синдромов нельзя установить такие взаимоотношения, которые соответствовали бы разделению в клинике синдромов на «большие» и «малые». Более того, выделение таких конкретных, «узких» патопсихологических синдромов дает значительно больше необходимой для диагностического процесса информации, чем выделение более общих синдромологических групп, основанное на подчеркнутом и абстрактизированном выделении признаков, общих для нескольких «узких» синдромов.

Поэтому, говоря о различной степени обобщенности патопсихологических синдромов, следует выделять синдромы многозначные, опирающиеся на более сложные, полифакторные, нарушения психической деятельности. Первую попытку выделения таких обобщенных патопсихологических синдромов предпринял И. А. Кудрявцев (1982). В результате исследований, проводившихся в судебно-психиатрической практике с помощью комплекса патопсихологических методик, направленных на изучение различных сторон познавательной деятельности и вместе с тем позволяющих получить ценные данные о личности испытуемых, автор выделил следующие патопсихологические симптомокомплексы (синдромы): шизофренический или диссоциативный, органический, олигофренический, психопатический и симптомокомплекс психогенной дезорганизации, характерный для реактивных психозов.

Каждый из этих синдромов включает ряд симптомов. Например, для шизофренического симптомокомплекса наиболее патогномичными являются симптомы распада мыслительных процессов, диссоциации личностно-мотивационной и операционно-процессуальной сфер мышления, что проявляется в нецеленаправленности мыслительной деятельности, эмоционально-выхоленном резонансе, ригидном схематизме, символическом искажении процесса обобщения с разноплановым подходом к выделению ведущих признаков, в актуализации латентных признаков предметов и явлений, в феномене патологического полисемантизма и т. д. Однако, как указывает И. А. Кудрявцев, не все эти компоненты, симптомы определяются в том или ином симптомокомплексе в обязательном порядке и с обязательной степенью выраженности, важно найти «ядро» патопсихологического синдрома. Для шизофренического синдрома — это нарушения селективности информации, для органического — снижение интеллектуальных процессов и умственной работоспособности, для психопатического — аффективная обусловленность поведения с парциальной не критичностью и завышенным уровнем притязаний, при психогенном — реактивная дезорганизация умственной деятельности.

Выделенные И. А. Кудрявцевым патопсихологические синдромы различаются в диагностическом и прогностическом отношении. Так, наиболее диагностически и нозологически информативными оказываются шизофренический и органический симптомокомплексы, наименее — психопатический. И, наоборот, наиболее выраженная тенденция к транзиторности и обратимости присуща симптомокомплексу психогенной дезорганизации умственной деятельности, наименьшая — шизофреническому. Это наблюдение автора становится понятным при соотнесении выделенных им патопсихологических симптомокомплексов с кругами психических заболеваний, схема которых была разработана А. В. Снежневским (1960) в рамках концепции о нозологической специфичности психопатологических расстройств.

Выделенные И. А. Кудрявцевым патопсихологические симптомокомплексы в известной мере обнаруживают сходство с таким используемым в клинической практике понятием, как органический психосиндром. Это как бы синдромы обобщающего

значения, характеристика которых более близка к нозологической, их выделение знаменует стадию предварительной диагностики заболевания. Это обстоятельство, а также связь такого рода синдромов с определенными кругами психических заболеваний дают основания обозначить их как регистр-синдромы. Кроме того, И. А. Кудрявцев оперирует в своих исследованиях данными, полученными в судебно-психиатрической практике. Наш опыт позволяет нам дополнить перечень регистр-синдромов, выделив в рамках органического экзогенно-органический и эндогенно-органический регистр-синдромы, а в рамках психогенного — психотический и невротический. В круге эндогенных психозов можно говорить по крайней мере о двух регистр-синдромах — шизофреническом и аффективно-эндогенном.

Таким образом, патопсихолог может оперировать в своих диагностических заключениях следующим набором регистр-синдромов:

I — шизофренический;

II — аффективно-эндогенный (в клинике ему соответствуют маниакально-депрессивный психоз и функциональные аффективные психозы позднего возраста).

III — олигофренический;

IV — экзогенно-органический (в клинике ему соответствуют экзогенно-органические поражения головного мозга — церебральный атеросклероз, последствия черепно-мозговой травмы, токсикомании и т. д.);

V — эндогенно-органический (в клинике — истинная эпилепсия, первичные атрофические процессы в головном мозге);

VI — личностно-аномальный (в клинике — акцентуированные и психопатические личности и обусловленные в значительной мере аномальной почвой психогенные реакции);

VII — психогенно-психотический (в клинике — реактивные психозы);

VIII — психогенно-невротический (в клинике — неврозы и невротические реакции).

Нозологическая специфичность патопсихологических регистр-синдромов существенно возрастает в связи с конкретной задачей, поставленной перед патопсихологом. Так, разграничение экзогенно- и эндогенно-органических регистр-синдромов очень важно в дифференциальной диагностике истинной и травматической эпилепсии. Разграничение органического и олигофренического регистр-синдромов помогает уточнить природу и диагностику состояний, протекающих с интеллектуально-мнестической недостаточностью.

Введение патопсихологических регистр-синдромов в практику патопсихологических исследований в сущности обозначает рубеж диагностически-информативных рекомендаций, заключающихся в данных проведенного патопсихологом исследования. В таком аспекте понятие патопсихологического регистр-синдрома значительно глубже, чем сформулированное В. В. Николаевой, Е. Т. Соколовой и А. С. Спиваковской (1979), понимающими под патопсихологическим синдромом совокупность поведенческих, мотивационных и познавательных особенностей психической деятельности больных, выраженных в психологических понятиях. Патопсихологические регистр-синдромы опосредованы клинически, и их использование для интерпретации результатов будет способствовать сближению позиций патопсихолога и психиатра.

Алекситимия как фактор психосоматических заболеваний (Л.П. Урванцев, 2000)

Термин «алекситимия» (а - отсутствие; lexis - слово; thymos - эмоция) был введен П. Сифнеосом для обозначения ведущего, по его мнению, психического расстройства, лежащего в основе психосоматических заболеваний - ограниченной способности индивида к восприятию собственных чувств и эмоций, их адекватной вербализации и экспрессивной передаче. По его описанию для страдающих алекситимией характерны следующие особенности. Они бесконечно описывают физические ощущения, часто не

связанные с найденным заболеванием, а внутренние ощущения обозначаются обычно в терминах раздражительности, скуки, пустоты, усталости, возбуждения, напряжения и т.д. Их аффекты неадекватны, им трудно вербализовать чувства. «Алекситимики» отличаются неразвитой фантазией, тенденцией к импульсивности, бедностью межличностных связей. Их преобладающий образ жизни - действие. Беседы с ними сопровождаются обычно ощущением скуки и бессмысленности контакта.

Итак, выделяют несколько групп черт, характерных для страдающих алекситимией: расстройства аффективных функций, когнитивных функций, нарушения самосознания и особое миропредставление. По разным данным среди психосоматических больных «алекситимики» составляют до 64 %, поэтому нет оснований говорить о причинно-следственных связях. Скорее, алекситимия - это один из факторов риска. Есть и еще один важный и нерешенный вопрос о том, является ли она стабильной, устойчивой личностной характеристикой или это только состояние, которое может проявиться в определенной ситуации у любого человека [25]. В связи с этим у самых разных больных (и не только при психосоматических болезнях) выявляется так называемая вторичная алекситимия. Существуют очень разные подходы к объяснению природы этого явления. Остановимся кратко лишь на некоторых из них, прежде всего представляющих интерес для психологов.

Когда алекситимия трактуется как социокультурный феномен, ее связывают с низким социальным статусом, с невысоким уровнем образования и отсутствием словесной культуры. С позиций психоанализа алекситимия рассматривается как защитный механизм (хотя и не психологическая защита в классическом смысле), действующий против непереносимых аффектов. Действительно, «алекситимики» чаще высказывают жалобы соматического характера, что можно рассматривать как проявление соматизации аффекта. Человек, чтобы противостоять стрессу, может подавлять связанные с ним неприятные переживания, приказывать себе, например, не думать об опасности, сосредотачиваться на выработке эффективной программы действий. Если подавление чувств, эмоциональных реакций на стресс входит в привычку, может развиться «эмоциональная тупость»: чувства (даже при отсутствии стресса) становятся более «блеклыми», причем сам человек этого, возможно, не замечает. Последствия обнаруживаются обычно косвенным путем, когда он видит, что трудно говорить с другими об эмоциях, когда он не к месту употребляет слова, обозначающие чувства.

Другие исследователи рассматривают алекситимию как проявление дефекта развития. Тогда она, возможно, является неспецифическим расстройством в переживании и протекании эмоций, как бы «досимволическим стилем психики», характерным для людей с менее организованной структурой психики. Фактически такую психику можно отнести к преневротическому уровню. Поэтому «алекситимики» используют незрелые механизмы психологической защиты - отреагирование, отрицание, проективную идентификацию. Причиной же дефекта развития может быть расстройство ранних отношений «ребенок - мать», негативно влияющее на формирование образа Я. Кроме того, если у матери есть преневротическая патология, она, проявляя гиперопеку или латентное отвержение в воспитании, не учит ребенка самостоятельной саморегуляции, самозащите, стратегиям совладания с напряжением.

В.В. Николаева подробно рассматривает связь феномена алекситимии с особенностями психологической саморегуляции. При этом она опирается на концепцию смысловых образований личности (Б.С. Братусь, Ф.Е. Василюк), в которой конкретизируются идеи Л.С. Выготского, С.Л. Рубинштейна, А.Н. Леонтьева. Важный источник устойчивости, свободы и саморазвития личности - это рефлексия, которая позволяет осознать смысл собственной жизни и деятельности. Именно рефлексия является частным механизмом личностно-мотивационного уровня саморегуляции. В то же время, дефицит рефлексии относится к важному признаку алекситимии. «Алекситимик» не может управлять своими побуждениями, гибко перестраивать их. В процессе

онтогенетического развития по каким-то причинам потребность в саморегуляции может оказаться не сформированной. В результате невозможность реализации актуальных потребностей ведет к хронизации эмоций и, как следствие, к стойким соматическим изменениям. Правомерность такой концепции была подтверждена исследованием явления вторичной алекситимии у взрослых, которые перенесли в возрасте до 3-х лет операцию по поводу врожденного порока сердца. Это хорошо объясняется особой социальной ситуацией формирования их психики, когда близкий взрослый этих пациентов организовывал и контролировал их деятельность вплоть до периода взрослости самих больных, строил их программу будущей жизни. Таким образом, не формировалась собственная деятельность саморегуляции, не было активного, творческого отношения к собственной жизни.

Есть гипотеза, согласно которой ограниченное осознание эмоций и когнитивной переработки аффекта ведет к акцентированию внимания на соматическом компоненте эмоционального возбуждения и к его усилению (Барски и Клерман, Шварц). Это объясняется тенденция алекситимичных индивидов к развитию ипохондрических и соматических расстройств. Могут усиливаться физиологические реакции на стрессовые ситуации, что нередко заканчивается психосоматическими заболеваниями.

Выделяются две модели, объясняющие синдром алекситимии и ее роль в формировании психосоматических расстройств. Модель «отрицания» предполагает глобальное торможение аффектов. Тогда можно допустить обратимость синдрома алекситимии. Однако у многих больных алекситимические проявления необратимы даже при длительной интенсивной психотерапии. Они остаются неспособными к осознанию эмоций и фантазированию. В отношении их более адекватной представляется «модель дефицита», в соответствии с которой имеет место не торможение, а отсутствие некоторых психических функций, ведущее к снижению (необратимому) способности символизировать инстинктивные потребности и фантазировать. Этой точки зрения придерживается Сифнеос.

Не решенным окончательно является вопрос о том, является ли лекситимия состоянием, зависящим от ситуации, или устойчивой личностной характеристикой. Неясны и причины алекситимических черт: вызваны они врожденными факторами (например, биохимическим дефицитом) или же обусловлены прижизненными задержками в развитии из-за семейных, социальных и культурных влияний? Предварительные данные свидетельствуют, скорее, в пользу генетических факторов. На наш взгляд, однако, нельзя полностью исключить и два прижизненно действующих фактора. Первый из них - воспитание в семье, в которой эмоции сдерживаются, а за их проявление ребенка наказывают. Второй фактор может быть описан, как сознательное подавление негативных эмоций в стрессовых состояниях, когда они мешают эффективной деятельности. Эта тенденция генерализуется, и в конце концов человек привыкает скрывать и подавлять любые эмоциональные состояния, а не только отрицательные.

Алекситимию можно перепутать с другими (часто временными) психологическими реакциями, такими, как вызванные психической травмой, депрессией, шизофренией и просто когнитивной неразвитостью (или культурными факторами). Поэтому актуальной остается проблема диагностики истинной алекситимии. За рубежом широко используются многие опросники: опросник Госпиталя Бет Израел, опросник Кристаля с соавторами, шкала Шеллинга-Сифнеоса и другие. Применяются и проективные техники, поскольку, как уже отмечалось, алекситимики часто лишены воображения и их ответы отличаются стереотипностью (в частности, это относится к интерпретации тестов Роршаха и ТАТ). Однако применение этих тестов в клинических целях затруднено, так как нет нормативных данных и достаточного времени у врачей для проведения экспериментов и интерпретации их результатов.

Торонтская Алекситимическая Шкала (ТАШ) создана Тэйлором с соавторами. Этот опросник был переведен и адаптирован в Психоневрологическом институте имени

В.М. Бехтерева (при участии сотрудников Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования). Адаптированный вариант опросника приведен в приложении, он проверен на валидность. С его помощью были обследованы 102 больных с психосоматическими заболеваниями. Не установлено достоверных различий по уровню алекситимии между пациентами с различными формами таких заболеваний (гипертоническая болезнь, бронхиальная астма, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки). Показано, что наиболее неблагоприятны в клиническом и прогностическом плане больные с правополушарным типом функциональной межполушарной асимметрии головного мозга. Для них особенно полезен комплекс психотерапевтических методов, направленных на снижение алекситимии.

Исследования, выполненные под нашим руководством, позволяют рекомендовать и некоторые другие методики для диагностики алекситимии. В частности, это очень простая методика «Мой эмоциональный словарь», когда предлагают в течение пяти минут написать как можно больше названий эмоциональных состояний. На основании обширной практики применения данной методики можно утверждать, что испытуемые, которые указывают менее 15 названий эмоций, заслуживают особого внимания. Полезной может быть и методика, направленная на диагностику способности испытуемых распознавать эмоциональные состояния по мимике и интонации. Алекситимичные испытуемые выполняют ее значительно хуже. Есть и определенные качественные различия. Алекситимики плохо распознают, например, эмоции радости, грусти, гнева, но почти не отличаются от «неалекситимиков» в распознавании эмоций удивления, отвращения и страха. Установлено, что успешность распознавания эмоций (скорее, неуспешность) по мимике и интонации взаимосвязаны, поэтому можно использовать для упрощения процедуры обследования лишь одну из методик.

Нет общепринятого мнения по вопросу о возможности психологического воздействия на алекситимические черты. Некоторые авторы утверждают, что алекситимия вообще не поддается психотерапевтическим воздействиям. Действительно, «алекситимику» трудно работать со снами, поскольку он редко их вспоминает и скупо описывает. Невротики, в отличие от него, могут описывать свои психологические трудности в терминах фантазий, мыслей, чувств. Вообще попытки коррекции алекситимии в рамках психодинамической психотерапии оказываются бесполезными или даже приводят к ухудшению из-за скудной речевой продукции, неумения обсуждать чувства и отсутствия интереса к психотерапевту. Столь же неэффективна и групповая психодинамическая психотерапия. Отмечают значительное рассогласование между широким и богатым спектром невербального поведения «алекситимика» и бедностью его вербальных обозначений. Поэтому не годятся традиционные формы психокоррекции, нужны принципиально иные подходы, подготавливающие участника группы к вербальным способам психокоррекционного взаимодействия. Основные принципы психологической коррекции алекситимии описаны в статье Н.Д. Семеновой].

Коррекция в условиях групповых занятий должна состоять из трех последовательных этапов: 1) релаксация и дидактическая направленность; 2) опора на невербальные средства общения; 3) актуализация «внутреннего диалога». Релаксирующими приемами могут быть аутогенная тренировка, музыкотерапевтические сеансы, вспомогательные психогимнастические приемы. При этом развивается способность чувствовать и умение вербализовать чувства по типу «здесь и теперь». Актуализация невербальных способов общения и опора на них также способствует «растормаживанию» чувств. Предложенная Н.Д. Семеновой методика «Портрет жены художника» является обходным приемом вербализации чувств. При этом предлагается составить вербальную картину, свой портрет, как если бы участник группы был знаменитым и позировал художнику. Задавалась установка на максимально полную передачу словами нарисованного в воображении портрета, чтобы другие могли «увидеть» картину. Овладение невербальной коммуникацией расширяет и углубляет диапазон

средств и способов общения, приводит к углублению эмпатического потенциала. В теплой атмосфере группы снимается стереотип подавления и соматизации чувств.

Наконец, с помощью специальных приемов добиваются актуализации скрытых, неполностью осознанных внутренних диалогов, их развертывания и вербализации. Внутренние диалоги «алекситимика» диффузны, смазаны, слитны, в них трудноразличимы два внутренних собеседника.

Кроме описанного подхода к коррекции алекситимии есть и другие предложения [24]. Например, можно модифицировать психодинамическую психотерапию, чтобы она напоминала работу с детьми, когда психотерапевт ведет себя подобно матери, помогая «алекситимику» в достижении психологической зрелости, обучая его созданию символов, помогая осознавать, наблюдать и организовывать аффекты, работая над его дефектным коммуникативным стилем. Есть также сведения и о том, что в работе с «алекситимиками» полезно применение гипноза. И все же далеко не всем из них можно помочь и не следует ожидать облегчения всех симптомов алекситимии фазу» (фрагмент книги Л.П. Урванцев «Психология соматического больного» - Ярославль, 2000 – рукопись).