

**Н.Д.Лакосина**

**И.И.Сергеев**

**О.Ф.Панкова**

# **КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ**

Н.Д.Лакосина, И.И.Сергеев, О.Ф.Панкова

# КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Учебник для студентов медицинских вузов

*Рекомендуется Учебно-методическим объединением по  
медицинскому и фармацевтическому образованию  
вузов России в качестве учебника для студентов  
медицинских вузов*

*2-е издание*



Москва  
«МЕДпресс-информ»  
2005

УДК 616-052:159.9(075.8)

ББК 88.4я73

Л19

*Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.*

*Авторы и издательство приложили все усилия, чтобы обеспечить точность приведенных в данной книге показаний, побочных реакций, рекомендуемых доз лекарств. Однако эти сведения могут изменяться.*

*Внимательно изучайте сопроводительные инструкции изготовителя по применению лекарственных средств.*

**Рецензенты:**

зав. каф. психиатрии и медицинской психологии Рос. ун-та дружбы народов, д.м.н., проф. **В.В.Марилов**;

зав. каф. психиатрии, наркологии и медицинской психологии Алтайск. гос. мед. ун-та, засл. врач РФ, д.м.н., проф. **Б.Н.Пивень**

**Лакосина Н.Д.**

Л19 Клиническая психология: Учебн. для студ. мед. вузов / Н.Д.Лакосина, И.И.Сергеев, О.Ф.Панкова. – 2-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2005. – 416 с.

ISBN 5-98322-100-0

Учебник написан сотрудниками кафедры психиатрии и медицинской психологии Российского государственного медицинского университета заслуженным деятелем науки РФ профессором Н.Д.Лакосиной, заслуженным врачом РФ профессором И.И.Сергеевым и доцентом О.Ф.Панковой.

В нем представлены все основные разделы клинической психологии. Значительное внимание уделено различным психическим функциям, сознанию и личности, непатологическим и патологическим изменениям психики при соматических заболеваниях, их влиянию на лечебно-диагностический процесс. Описываются способы и критерии оценки в повседневной практике отдельных психических функций и психического состояния больного в целом. Приведены основные методы экспериментально-психологического и психопсихологического обследования больных. Важное место отведено взаимодействию психических и соматических факторов, современным концепциям соматоформных расстройств и психосоматических заболеваний, внутренней картине болезни и реакциям личности на болезнь, вопросам медицинской деонтологии, взаимоотношениям врач – медицинский персонал – больной, психологии врачебной работы, а также психогигиене, психопрофилактике и психотерапии. Подробно рассмотрены основные клинико-психологические аспекты лечебно-диагностического процесса в клинике внутренних болезней, хирургии, акушерстве и гинекологии, педиатрии, психиатрии, наркологии. Во всех разделах учебника приводятся суждения выдающихся врачей, начиная с древности и до наших дней, о психологических аспектах врачевания.

УДК 616-052:159.9(075.8)

ББК 88.4я73

ISBN 5-98322-100-0

© Н.Д.Лакосина, И.И.Сергеев, О.Ф.Панкова, 2003

© Оформление, оригинал-макет. Издательство

«МЕДпресс-информ», 2003

*Памяти  
профессора Г.К.Ушакова  
посвящается*

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие .....	8
<b>Часть I. ВВЕДЕНИЕ В КЛИНИЧЕСКУЮ ПСИХОЛОГИЮ</b>	
<b>Глава 1.</b> Предмет, задачи, методологические аспекты клинической психологии и ее место в практической деятельности врача .....	9
1.1. Понятие об общей и специальной психологии .....	9
1.2. Место клинической психологии среди других дисциплин .....	10
1.3. Содержание и объем преподавания клинической психологии .....	11
1.4. Краткая история развития клинической психологии (автор – проф. Г.К.Ушаков) .....	13
<b>Часть II. ОБЩАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ</b>	
<b>Раздел 1.</b> Психические проявления в норме и патологии, их клиническое значение .....	24
<b>Глава 2.</b> Общие сведения о психике человека, ее изменениях и их значении в клинической практике .....	24
<b>Глава 3.</b> Клинико-психологические аспекты познавательной деятельности .....	29
3.1. Ощущения .....	29
3.2. Восприятие .....	37
3.3. Внимание .....	45
3.4. Память .....	48
3.5. Ассоциативная деятельность .....	53
3.5.1. Мышление, язык, речь .....	53
3.5.2. Воображение .....	60
3.6. Способности и интеллект .....	61
<b>Глава 4.</b> Клинико-психологические аспекты эмоционально-волевой сферы .....	67
4.1. Эмоции .....	67
4.2. Воля .....	76
<b>Глава 5.</b> Клинико-психологические аспекты мотиваций, потребностей, влечений .....	80
<b>Глава 6.</b> Сознание, его уровни, значение в клинической психологии .....	90
<b>Глава 7.</b> Психическая индивидуальность. Психология личности .....	97

7.1. Краткая история развития учения об индивидуальности .....	97
7.2. Современные концепции личности .....	98
7.3. Темперамент .....	101
7.4. Характер .....	103
7.5. Личность .....	105
<b>Глава 8. Психическое развитие. Роль возрастных кризисов .....</b>	<b>114</b>
<b>Раздел 2. Основные методы изучения и оценки психических проявлений .....</b>	<b>123</b>
<b>Глава 9. Клинический метод психологического обследования ..</b>	<b>123</b>
<b>Глава 10. Методы экспериментально-психологического исследования .....</b>	<b>128</b>
<b>Раздел 3. Психология больного человека .....</b>	<b>139</b>
<b>Глава 11. Психосоматические взаимовлияния и болезнь .....</b>	<b>139</b>
<b>Глава 12. Развитие соматического заболевания и реагирование личности на болезнь. Понятие внутренней картины болезни .....</b>	<b>157</b>
<b>Глава 13. Типы реакций личности на болезнь. Нозогении .....</b>	<b>168</b>
<b>Часть III. ПСИХОЛОГИЯ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА</b>	
<b>Глава 14. Медицинская деонтология. Особенности взаимоотношений врач — медицинский персонал — больной .....</b>	<b>181</b>
<b>Глава 15. Основы психогигиены .....</b>	<b>203</b>
<b>Глава 16. Основы психопрофилактики .....</b>	<b>220</b>
<b>Глава 17. Основы психотерапии .....</b>	<b>227</b>
<b>Часть IV. ЧАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ</b>	
<b>Глава 18. Психология в клинике внутренних болезней .....</b>	<b>243</b>
18.1. Особенности психики больных соматическими заболеваниями .....	243
18.2. Клиническая психология в кардиологии .....	249
18.3. Клиническая психология в пульмонологии .....	261
18.4. Клиническая психология в гастроэнтерологии .....	271
18.5. Психология к клинике инфекционных заболеваний .....	276
18.6. Клиническая психология в неврологии .....	284
18.7. Клиническая психология в эндокринологии .....	287
<b>Глава 19. Клиническая психология в хирургии .....</b>	<b>298</b>
19.1. Психология хирургических больных .....	298

19.2. Психология больных с травматическими поражениями и ожоговой болезнью .....	307
19.3. Психология в клинике онкологических заболеваний .....	312
19.4. Психология в клинике нефрологических и урологических заболеваний .....	323
<b>Глава 20.</b> Клиническая психология в акушерстве и гинекологии .....	328
20.1. Психология беременной женщины .....	328
20.2. Послеродовые психические нарушения .....	333
20.3. Психология женщины при гинекологических заболеваниях .....	339
20.4. Психология женщины в климактерическом периоде .....	345
<b>Глава 21.</b> Психология больных с дефектами тела, органов чувств и аномалиями развития .....	351
21.1. Психология больных с повреждениями лица и тела ...	351
21.2. Клиническая психология в дерматологии .....	354
21.3. Психология больных с нарушениями зрения .....	357
21.4. Психология больных с нарушениями слуха .....	361
<b>Глава 22.</b> Клиническая психология в педиатрии .....	364
22.1. Психология больного ребенка .....	364
22.2. Особенности психического развития детей при некоторых заболеваниях, начинающихся в раннем детском возрасте .....	377
Психология больных детским церебральным параличом .....	377
Психология детей с олигофренией (умственной отсталостью) .....	378
<b>Глава 23.</b> Психические болезни и клиническая психология .....	382
23.1. Проблемы психического здоровья .....	382
23.2. Психология больных с пограничными психическими расстройствами .....	390
23.3. Психологические проблемы при острых психотических состояниях .....	394
23.4. Психология больных шизофренией .....	396
23.5. Психология больных эпилепсией .....	404
23.6. Психология больных алкоголизмом и наркоманиями .....	406
<b>Алфавитный указатель</b> .....	411
<b>Литература</b> .....	414

## ПРЕДИСЛОВИЕ

В отечественной медицине традиционно уделяется большое внимание психологии больного. При проведении диагностических и лечебно-реабилитационных мероприятий всегда учитывается состояние психики пациента. Поэтому при подготовке врача важное место отводится деонтологии, морально-этическим качествам, которыми должен обладать человек, избравший данную профессию, взаимоотношениям врача с больными и их родственниками, с медицинским персоналом, коллегами, врачебной тайне и другим клинико-психологическим аспектам. Однако уровень знаний выпускников медицинских вузов в области психологии больного, взаимодействия психических и соматических факторов, их влияния на течение болезни и эффективность терапии нельзя признать удовлетворительным.

Одной из причин недостаточной подготовки выпускников медицинских вузов по клинической психологии является малое число современных учебных пособий. Это побудило коллектив кафедры психиатрии и медицинской психологии Российского государственного медицинского университета подготовить настоящий учебник по клинической (медицинской) психологии.

В учебнике существенное место занимают основы клинической психологии, подробно и дифференцированно изложены материалы по психологии соматически больного, детально описаны реакции личности на болезнь; представлены современные концепции взаимодействия психических и соматических факторов, основы психосоматической медицины. Специальные главы посвящены вопросам психогигиены и психопрофилактики. В главе «Основы психотерапии» приведены новейшие психотерапевтические методы. Значительное внимание уделено вопросам частной клинической психологии.

Фрагмент «Краткая история развития клинической психологии», в котором содержатся уникальные исторические сведения, написан профессором Г.К. Ушаковым.

Учебник рассчитан на будущих врачей разных специальностей и содержит рекомендации по оценке психического состояния больных и соответствующей ему тактике врачей в условиях общемедицинской практики.



---

# Часть I. ВВЕДЕНИЕ В КЛИНИЧЕСКУЮ ПСИХОЛОГИЮ

## Глава 1. Предмет, задачи, методологические аспекты клинической психологии и ее место в практической деятельности врача

---

### 1.1. Понятие об общей и специальной психологии

Прогресс медицины, сопровождающийся появлением сложных эффективных методов исследования и терапии, имеет и теневую сторону. Все отчетливее проявляется тенденция к узкой специализации врачей, все внимание которых приковано к результатам технически сложных инструментальных методов диагностики и лечения, а особенности функционирования целостного организма, своеобразие личности больного, его психическое состояние и влияние их на характер и динамику заболевания учитываются недостаточно. Для преодоления этого негативного явления будущему врачу необходимо овладеть основами психологических знаний, изучить психологию больного, приобрести навыки психотерапевтического воздействия на него.

Несмотря на то, что содержание, объем и место клинической психологии в медицине служат предметом дискуссии как среди психологов, так и среди врачей, неоспоримым является положение, что *клиническая (медицинская) психология самым тесным образом связана со всеми клиническими дисциплинами* и знание ее основ должно быть одной из важнейших составляющих в профессиональной подготовке врача.

Предметом психологии как науки является изучение закономерностей формирования и проявлений психики. Психология (от греч. *psyche* – душа, *logos* – учение) делится на *общую и специальную*, или прикладную. К последней относятся: *социальная психология*, предметом изучения которой являются как отдельная личность, так и группы людей, межличностные отношения, групповые и общественные феномены; *педагогическая психология*, занимающаяся проблемами воспитания, обучения, и др.

**Клиническая (медицинская) психология** также является разделом специальной психологии. Основным ее содержанием как науки, стоящей на пересечении медицины и психологии, является, по

Э.Кречмеру (1922), психологический анализ природы болезней. Предметом клинической (медицинской) психологии, по определению Н.Д.Лакосиной и Г.К.Ушакова, служат многообразные особенности психики больного и их влияние на здоровье и болезнь, а также обеспечение оптимальной системы позитивных психологических воздействий с учетом всех обстоятельств, сопутствующих обследованию и лечению больного, в частности в системе взаимоотношений врач—медработник—пациент.

Термины «клиническая» (от греч. *kline* — больничная койка, постель) и «медицинская психология» близки по смыслу и содержанию. Многие специалисты предпочитают понятие «клиническая психология», так как оно подчеркивает значение психологических факторов в клинике различных заболеваний и обеспечении помощи больному. Авторы данного учебника также предпочитают использовать термин «клиническая психология».

Клиническая психология, не подменяя собой психиатрию, тем не менее тесно связана с ней, прежде всего с такими разделами, как пограничные психические расстройства и общая психопатология. При этом, несмотря на обширную зону общих интересов и взаимосвязь клинической психологии и психиатрии, у каждой дисциплины имеются свои задачи, методы исследования, в какой-то мере — свои понятия и терминология.

Без знания и использования основ клинической психологии, раскрывающей психологические особенности и возможные изменения психики людей, включенных в лечебно-диагностический процесс (пациентов и медицинских работников), невозможен подлинно врачебный уровень оказания медицинской помощи, даже при совершенном владении навыками и капитальном усвоении теоретических основ избранной медицинской специальности.

## **1.2. Место клинической психологии среди других дисциплин**

Клиническая психология имеет свой предмет исследования и является до известной степени самостоятельным разделом как психологических, так и медицинских знаний. Она тесно связана с целями и задачами практической медицины. Без такой связи она не только беспомощна, но и неприемлема. Содержание клинической психологии становится действенным лишь при условии ее взаимодействия со всеми отраслями медицинских знаний вообще и с каждым конкретным разделом медицины в частности. *Изучение клинической психологии невозможно без знания основ клинической медицины*, а также смежных дисциплин, например, анатомии, общей патологии, гигиены и др.

В свою очередь, каждый частный раздел медицинской практики, лишенный присущих ему медико-психологических аспектов, остается в рамках лишь медицинского практицизма, что исключает

ет целостное восприятие больного, понимание его индивидуальных личностных проблем, связанных с заболеванием, и неблагоприятно отражается на лечебно-диагностическом процессе. Владение основами клинической психологии — одно из обязательных условий обследования и лечения больного на врачебном, а не фельдшерском уровне.

Наряду с этим, клиническая психология никогда не утрачивает связи с родственными ей другими психологическими и общественными дисциплинами — общей психологией, социологией, этикой и др. Будущий врач-клиницист должен быть знаком с основными психологическими категориями и понятиями, знать и уметь распознавать проявления всех сторон психической сферы человека в границах индивидуально-психологической нормы. Для этого ему необходимо иметь представления о наиболее часто встречающихся и доступных методах психологической диагностики.

Однако реагирование больного на свою болезнь далеко не всегда ограничивается нормальными психическими проявлениями во всех их вариациях. Часто реакции носят психопатологический характер. Поскольку вопросы психопатологии изучаются в курсе психиатрии, нет необходимости подробно излагать основные симптомы и синдромы психических расстройств в рамках клинической психологии. Вместе с тем целесообразно выделить психические нарушения, наиболее часто встречающиеся при соматических заболеваниях, и определить влияние психических факторов на возникновение и динамику указанных заболеваний.

Немаловажное значение имеет медицинская психология и в сохранении и укреплении психофизического здоровья человека, а следовательно, она тесно переплетается с практикой психогигиены и психопрофилактики. Если некоторые психиатры (Л.Л.Рохлин, Н.В.Иванов) считают психогигиену частью психиатрии, то клинические (медицинские) психологи и психотерапевты (Б.Д.Карвасарский, К.К.Платонов, И.З.Вельвовский), а также гигиенисты (И.И.Беляев) склонны рассматривать ее как отдельную отрасль медико-психологических знаний, вычлененную из общей гигиены, занимающейся общими проблемами оздоровления человека. Поэтому руководство по клинической психологии для студентов должно содержать основные постулаты психогигиенических и психопрофилактических знаний применительно к клинической медицине.

Наконец, клиническая психология должна включать основы психотерапии, необходимой в работе каждого врача-клинициста.

### **1.3. Содержание и объем преподавания клинической психологии**

Н.Д.Лакосина и Г.К.Ушаков предлагают преподавать клиническую психологию студентам медицинских вузов в рамках двух разделов.

**Общая клиническая психология:**

- основные характеристики психологии больного человека и разграничение нормальной, временно измененной и болезненной психики;
- внутренняя картина болезни, варианты реакций личности на болезнь и их значение для лечебно-диагностического процесса;
- психология врачебной деятельности;
- взаимоотношения врач—сестра—больной;
- учение о психосоматических и соматопсихических взаимодействиях;
- учение об индивидуальности (темперамент, характер, личность), этапах ее постнатального онтогенеза (детство, отрочество, юность, зрелость и поздний возраст) и особенностях психологии человека в разные возрастные периоды;\*
- медицинская деонтология, включая вопросы врачебного долга, этики, врачебной тайны.

Весьма значимыми разделами клинической (медицинской) психологии являются *психогигиена, психопрофилактика, психологическое консультирование и методы экспериментально-психологической оценки психического состояния больного, психокоррекция и психотерапия*, обеспечивающие предупреждение и устранение психических расстройств у больного.

Из основных проблем психогигиены, с клинической точки зрения, особое значение имеют:

- психология медико-генетического консультирования;
- психогигиена семьи, и в первую очередь той, в составе которой имеются лица с неблагоприятно текущими заболеваниями;
- психогигиена в кризисные периоды жизни человека, включая пубертатный и климактерический периоды;
- психогигиена брака и половой жизни;
- психогигиена обучения, воспитания и труда медицинских работников;
- психогигиена режима лечебных учреждений;
- психогигиена взаимоотношений врача и больного.

**Частная клиническая психология** раскрывает главные аспекты психологии врачебной деятельности при общении с больными, страдающими определенными болезнями.

Основное внимание при этом обращают на:

- особенности психологии больного с пограничными формами психических расстройств, которые фактически являются объектом деятельности врача любой специальности;

---

\* Эти вопросы относятся к общей психологии, но авторы считают необходимым включить их в данный учебник ввиду особой важности.

- особенности психологии больных, страдающих различными заболеваниями внутренних органов (сердечно-сосудистыми, легочными, желудочно-кишечными, инфекционными, эндокринологическими, неврологическими);
- психологию больных хирургического профиля на этапах подготовки, проведения хирургических вмешательств и в послеоперационном периоде (в том числе онкологических больных, больных с травмами и ожоговой болезнью, урологических больных);
- особенности клинической психологии в акушерстве и гинекологии;
- психологию больных с дефектами тела, органов чувств и аномалиями развития (слепота, глухота, глухонмота и др.);
- клиническую психологию в педиатрии;
- проблемы психического здоровья и психологические аспекты работы с больными, имеющими выраженную психическую патологию, страдающими психическими заболеваниями, алкоголизмом, наркоманиями.

#### **1.4. Краткая история развития медицинской (клинической) психологии**

Медицинская психология как самостоятельное научное направление сформировалась лишь в XX веке, но ее истоки восходят к глубокой древности.

Мыслители Древнего Рима сформулировали общечеловеческие взгляды на отношения между людьми. Цицерону принадлежат слова: «Существуют два первоначала справедливости: никому не вредить и приносить пользу обществу». Слова эти представляют одну из основных заповедей современного врачевания.

Врачи Древнего Египта при обследовании больных большое значение придавали анамнестическим данным и душевному состоянию пациента; в этом можно разглядеть зачатки медико-психологического и психогигиенического подходов. В донаучную эру практиковалось магическое воздействие на человека, в том числе и на заболевшего, словом, мимикой, пантомимическим действием с целью внушения (суггестии). В реликтовых египетских папирусах обнаружены тексты целебных заклинаний от ста различных заболеваний.

**Свод законов Хаммурапи (Месопотамия, ок. 2000 лет до н.э.)** включал положения о медицинской этике. Деятельность врача ценилась очень высоко, а врачебная этика поддерживалась не только значительными размерами вознаграждения, но и системой наказаний, которым подвергали врачей, совершивших проступки или обнаруживших невежество. Уже в этот период были сформулированы законы, направленные на охрану здоровья, т.е., по сути дела, регламентирующие гигиенические, в том числе и психогигиенические, основы оздоровления населения.

**Сирийский врач Сараджа** говорил больному: «Смотри, нас трое: я, ты и болезнь. Если ты будешь на моей стороне, нам вдвоем будет легче одолеть ее».

Со времен расцвета **персидской медицины** (примерно XI–XII вв. до н.э.) сохранился перечень идеальных качеств врача, к которым должны стремиться все представители этой профессии. Некоторые из этих качеств свидетельствуют об эмпирическом подходе к проблемам психогигиены, а, следовательно, и к медицинской психологии. Так, врач должен не только глубоко изучать медицину, много читать, накапливать как можно больший опыт по специальности, но и выработать в себе умение спокойно выслушивать больного, тщательно и старательно распознавать болезнь и лечить добросовестно. При встрече с больным врач обязан говорить с ним мягко, быть на протяжении всего приема внимательным, сердечным, дружелюбным, чтобы умышленно не затягивать болезнь, способствовать быстрейшему излечению больного и предупреждению рецидивов болезни.

В этот период развития персидской медицины значительных успехов достигла практическая гигиена. Большое внимание уделялось чистоте жилищ, очистке питьевой воды, профилактике заразных болезней, воспитанию чистоплотности. Домашняя муха в то время описывалась как одно из самых вредных существ. В ряде законоположений прямо указывалось, что правители Персии обязаны строить больницы, обеспечивать их врачами, лекарственными средствами и т.д.

Медицинские школы Персии выпускали врачей трех профилей: «исцелителей святостью», «исцелителей законом» и «исцелителей ножом». Наиболее хорошей подготовкой славились первые. Их обязанностью было врачевание в широком смысле этого слова с тонким мудрым использованием высших духовных качеств врача, т.е. психотерапии, в современном понимании. Исцеляющие законом, или, как их еще называли, «мастера здоровья», занимались устранением причин болезней. Третьи, как видно из названия, оказывали хирургическую помощь.

Одновременно с египетской, месопотамской, персидской медициной бурный расцвет переживала медицина Древней Индии, а позднее и Древнего Китая. **Традиционная медицина Востока** особое внимание уделяла взаимоотношениям души и тела, т.е. на языке современной медицины, психосоматическим взаимоотношениям. Ею были разработаны оригинальные методики оздоровления, среди которых прославились на весь мир практическая система самовоспитания йогов и китайская дыхательная гимнастика. Характерные особенности как той, так и другой состоят в том, что они пронизаны идеями самопознания, самовоспитания, достижения внутренней гармонии, в частности путем самокоррекции телесных и психических аномалий. Духовная практика древнеиндийских йогов позволила им найти практические способы психической саморегуляции.

Последние легли в основу современных методов аутогенной тренировки, широко применяемых как в профилактике нервно-психического перенапряжения у здоровых лиц (летчиков, спортсменов, учащихся и др.), так и в психотерапии пограничных психических расстройств.

**Греческая медицина** в ходе своего развития, по всей видимости, переняла многие рациональные достижения египетской и персидской медицины. Об этом, в частности, свидетельствует тот факт, что еще в VIII веке до н.э. в Древней Греции культура и наука были развиты весьма слабо, а уже во II веке греческая наука и медицина достигли небывалого расцвета, особенно в изучении основ нравственности и добродетельности, в том числе врачей. Приведем лишь два высказывания великих мыслителей Древней Греции – Аристотеля и Демокрита. «Природа, – учил **Аристотель**, – дала человеку в руки оружие – интеллектуальную и моральную силу, но он может пользоваться этим оружием и в обратную сторону, поэтому человек без нравственных устоев оказывается существом самым нечестивым и диким, низменным в своих половых и вкусовых инстинктах». По словам **Демокрита**, «должно приучить себя к добродетельным делам и поступкам, а не к речам о добродетели».

Величайшим врачом и мыслителем Древней Эллады был **Гиппократ**, который считается отцом медицины. Кстати, он первым описал типы человеческой личности по особенностям темперамента (эти описания позднее были дополнены Галеном).

Знаменитую **клятву Гиппократа**, являющуюся образцом этико-деонтологического, истинно медико-психологического подхода к личности больного человека, к самому врачебному искусству и к взаимоотношениям врача и пациента, на протяжении многих веков и до настоящего времени приносят (в адаптированном виде) выпускники высшей медицинской школы. Вот текст этой клятвы: «Клянусь Аполлоном, врачами Асклепием, Гигеей и Панакеей, всеми богами и богинями, беря их в свидетели, исполнять честно, соответственно своим силам и моему разумению, следующую присягу и письменное обязательство: считать научившего меня врачебному искусству наравне с моими родителями, делиться с ним своими недостатками и в случае надобности помогать ему в его нуждах; его потомство считать своими братьями и это искусство, если они захотят его изучать, преподавать им безвозмездно и без всякого договора; наставления, устные уроки и все остальное в учении сообщать своим сыновьям, сыновьям своего учителя и ученикам, связанным обязательством и клятвой по закону медицинскому, но никому другому. Я направляю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости. Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла; точно также я не вручу никакой женщине абортивного

пессария. Чисто и непорочно буду я проводить свою жизнь и свое искусство. В какой бы дом я не вошел, я войду туда для пользы больного, будучи далек от всякого намеренного, несправедливого и пагубного, особенно от любовных дел с женщинами и мужчинами, свободными и рабами.

Что бы при лечении, а также и без лечения, я ни увидел или ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной. Мне, нерушимо выполняющему клятву, да будет дано счастье в жизни и в искусстве и слава у всех людей на вечные времена, преступающему же и дающему ложную клятву да будет обратное этому».

Крылатыми стали также слова Гиппократата: «Медицина часто утешает, иногда облегчает, редко исцеляет». В этом «утешении» — глубокий медико-психологический смысл.

Общение греков с персами обогащало опыт греческой медицины. Большого расцвета достигли медицинские школы (примерно в 350 г. до н.э.), а такая школа, как Джуди Шапур, превратилась позднее в крупнейший центр медицинского образования.

Упадок греческой и римской культур сопровождался долгим периодом застоя в медицине. Однако прогресс в истории неизбежен. В начале IX века н.э. значительно возрастает роль Багдада, куда были приглашены многие педагоги школы Джуди Шапур. В медицинских школах Багдада получил распространение метод преподавания у постели больного, который сохранился и до наших дней. В связи с этим особое значение приобрела необходимость осмысления с точки зрения психологии взаимоотношений врача и больного, в частности роли психических особенностей того и другого в установлении наиболее полного контакта между ними, а также влияния психики больного на формирование различных болезней и их течение. По сути зарождались основы медицинской психологии, которые были систематизированы лишь в начале XX столетия. Медицинские школы Багдада пользовались авторитетом во многих странах мира. Представитель исламской медицины **Разес** (ар-Рази) (Абу Бакр Мухаммед бен Закария, 865–925 гг. н.э.) был не только основоположником больницы службы, основателем медицинских консультаций, но и мастером в области врачебной этики и психологических методов обеспечения здоровья людей. Другой выдающийся представитель восточной медицины того периода таджикский мыслитель и врач **Авиценна** (Абу Али Ибн Сина, 980–1037 гг.) прославился своим «Каноном врачебной науки» — «медицинской библией», опубликованным в 1020 г. и переведенным на многие языки мира. Этим руководством на протяжении 700 лет пользовались медицинские школы Европы как самым известным учебником медицины, когда-либо изданным. Заслуги Авиценны чрезвычайно велики и вряд ли нуждаются в перечислении. Важно, однако, подчеркнуть, что, как и его предшественники, Авиценна обеспечил дальнейшее эмпирическое раз-



вите правил взаимоотношений врача и больного, науки о предупреждении болезней (будущей психогигиены). Он один из первых утверждал, что «местом пребывания душевной силы и источником ее действия является мозг», что «чрезмерное бодрствование портит натуру мозга и производит помешательство», что в результате уравнивания характера достигается сохранение здоровья «одновременно как для души, так и для тела».

**Низами** (1140—1203) в своей книге «Четыре беседы или рассуждения» подробно останавливается на качествах врача; он считает, что неотъемлемыми его качествами являются благородство, чуткость, нежность и мудрость, способность логически мыслить, правильно понимать и учитывать в лечении сложные переживания больного.

После средневекового царства тьмы, невежества и мракобесия XV век стал веком начала возрождения. Он знаменит бурным расцветом искусств, научной мысли, подъемом научной и практической медицины.

В эпоху Возрождения закладываются научные основы понимания болезней. Этому способствовали труд Везалия «О строении человеческого тела» (1543), открытие кровообращения Уильямом Гарвеем (1628), а позднее исследования Моргани об изменениях внутренних органов у больных (1761). Многовековой период эмпирического лечения больных, которое осуществлялось без знания основ болезней, сменяется широким изучением механизмов болезней, их природы.

В эпоху Ренессанса процветали итальянские медицинские школы в Падуе и Пизе, где обучалось много студентов из разных европейских стран. Одна из задач медицины того времени состояла в улучшении медицинского обслуживания, в частности путем совершенствования подготовки медицинских работников. Быстрый рост медицинских школ и лечебных учреждений в странах Европы способствовал решению этой сложной задачи. Наряду с физическими и биологическими методами лечения больного, использованием достижений общей гигиены для предупреждения болезней, в охране здоровья человека все большее место занимают психологические методы предотвращения болезненных явлений, в частности методы психопрофилактики и психогигиены, хотя до разработки научных основ этих методов было еще далеко.

После открытия в 1518 г. Линакром Королевского колледжа врачей в Лондоне и введения курса лекций по медицине в Оксфордском и Кембриджском университетах в Англии значительно укрепляются представления о сущности врачевания. **Локк** и **Сиденгам** неоднократно обращались к систематизации качеств, необходимых студенту медику. Они учили, что студент должен совершенствоваться в себе такое качество, как наблюдательность, индуктивный метод исследования, больше практиковаться в своем профессиональном мастерстве, познавать основные причины болезней, понимать зако-

ны и ограничения медицины, быть серьезным, пытливым, настойчивым, склонным к исследованию. Кроме того, он обязан всегда оставаться порядочным, душевным, заботливым, внимательным по отношению к больному.

Углубление знаний о патоморфологической основе поражений внутренних органов побуждает к поискам методов прижизненного исследования их у больных. Знаменательной для XVIII и XIX веков явилась разработка ставших традиционными методов перкуссии (Ауенбургер, 1761), аускультации (Лаэннек, 1819) и пальпации (Образцов В.П., 1887). В результате многовековой принцип распознавания болезней путем наблюдения больного был дополнен активным непосредственным исследованием врачом его организма. В свою очередь, расцвет физиологии, особенно благодаря исследованиям И.Мюллера, Клода Бернара, И.М.Сеченова, положил начало изучению функциональных изменений в организме и широкому использованию функциональных (инструментальных) методов в распознавании болезней: измерение артериального давления, оценка функций кровообращения, дыхания, секреции желез желудка, а позднее — рентгенография (1895), электрокардиография (1903), электроэнцефалография (1929) и, наконец, ультразвуковое исследование, компьютерная томография, ядерно-магнитный резонанс и др.

Одновременно пополняется арсенал сведений о психологии больного человека. В начале XIX века значительно возрастает авторитет французской медицинской школы. Крупнейшие ее представители (Морель, Маньян, Шарко, Бернгейм, Жане, Бабинский) не только подтверждали роль психики в развитии болезней внутренних органов, но и проводили исследования, направленные на установление закономерностей ее влияния. В университетах Германии впервые вводятся лабораторные методы работы студентов. Становятся все более полными и разносторонними представления о медицине как науке, о медике как специалисте, который получает необходимую подготовку, позволяющую предупреждать и лечить болезни. Формируются такой тип медика, такие отношения врача и больного, которые в основном считаются типичными для нашего времени.

Большое значение для правильного понимания роли психического и соматического факторов в происхождении болезней имел знаменитый спор «психиков» и «соматиков», развернувшийся в 20-х годах XIX века в Германии. Столкновение двух крайних позиций привело к поражению мистико-идеалистических взглядов «психиков» и к победе «соматиков». Существенным для исхода этого спора явилось утверждение Гризингера о том, что психические болезни — это болезни мозга. Результаты спора не могли не сказаться на отношении врача к больному человеку. Издержкой победы «соматиков» явилась попытка свести психологию к физиологическим ме-

ханизмам и рассматривать психические проявления исключительно через призму физико-химических процессов.

Не преуменьшая достижений нейрофизиологии и значения параклинических методов исследования, необходимо отметить, что до середины XX века ведущими в объяснении психической деятельности оставались крайние материалистические позиции, недооценивающие влияние на здоровье человека психологических факторов. В отечественной медицине в течение нескольких десятилетий доминировала гиперболизированная тенденция оценки всех психических и частично соматических расстройств с позиций теории «нервизма» И.П.Павлова.

Своеобразной реакцией протеста ряда медиков против одностороннего «анатоμο-материалистического» понимания патологических процессов и чрезмерного увлечения инструментально-лабораторными методами диагностики и лечения стало появление в начале XX века психоанализа, основоположником которого был З.Фрейд. Позднее появились многочисленные разновидности этого метода.

### ***Вклад в развитие клинической (медицинской) психологии российских врачей и ученых***

В отечественной клинической медицине психологии больного традиционно отводилось большое место. Самобытность русской медицины выражалась, в частности, в том, что уже основоположники ее, например, М.Я.Мудров, С.П.Боткин, Г.А.Захарьин, Н.И.Пирогов, подчеркивали необходимость обязательного учета психологии больного, убедительно обосновывая *принцип лечения не болезни, а больного*.

Так, **М.Я.Мудров** (1776—1831) в книге «Слово о способе учить и учиться медицине», изданной в 1820 г., когда в Германии еще оставалось много приверженцев школы «психиков», говорил молодому врачу: «Теперь ты испытал болезнь и знаешь больного, но ведай, что и больной тебя испытал и знает, каков ты. Из сего ты заключить можешь, какое нужно терпение, благоразумие и напряжение ума при постели больного, дабы выиграть всю его доверенность и любовь к себе, а сие для врача всего важнее». Каждое действие врача должно быть продуманным и построено с таким расчетом, чтобы все элементы его лечили. Касаясь процедуры прописывания рецепта, Мудров учил, что даже к этому, как будто формальному акту, нельзя подходить механически, бездушно, нужно «протолковать больному и предстоящий образ употребления прописанного лекарства, и сказать вкус, цвет, запах и действие оногo. Тогда больной будет принимать его с восхищением: а сие восхищение, радость и уверенность бывают иногда полезнее самого лекарства. Больной считает часы и минуты, ожидает действия от лекарства, и думает более о выздоровлении, нежели о болезни».

Весьма примечательными и очень современными были слова Мудрова о происхождении болезней. «Одни люди, — писал он, — болевают от телесных причин, другие — от душевных возмущений». Так, в русской медицине зарождаются рациональные взгляды на психосоматические взаимовлияния в происхождении болезней.

Основатель петербургской школы психиатров **И.М.Балинский** (1827—1902) в лекциях по психиатрии (1857) обращал внимание на отрочество и юность, во время которых особенно важна роль правильного воспитания и обучения, правильного психического влияния для охраны здоровья молодежи.

Утверждая еще в середине XIX века необходимость психотерапевтического подхода к больному, Балинский не только подчеркивал важность такового, но и создал одну из первых научно обоснованных систем такого подхода. Он учил врача необходимости: 1) «удалить моральные влияния, произведшие и поддерживающие болезни»; 2) «ослабить болезненные чувства, идеи и болезненную деятельность «умалишенного»; 3) «возбудить в нем правильные чувства и идеи, а также охоту к занятиям, стараясь всеми мерами поддержать исчезнувшую моральную его самостоятельность». И хотя эта система адресована Балинским врачам психиатрам, нетрудно увидеть, что принципы ее распространяются на всех больных и являются общими для всей медицинской практики.

Важный вклад в развитие психологии внес **И.М.Сеченов** (1829—1905). Его «Элементы мысли» и ряд других работ пронизаны мотивом гуманности, а вся борьба с ложными направлениями в науке полна страсти, порожденной думами о благе человека и человечества. Особое значение имеет мысль о том, что «организм без его внешней среды, поддерживающей его существование, невозможен, поэтому в научное определение организма должна входить и среда, влияющая на него». Эта мысль не только утверждает материалистический подход Сеченова к действительности, но и раскрывает ведущее значение окружающих условий для формирования психики и сохранения здоровья человека. Работы Сеченова сыграли существенную роль в понимании истоков самосознания. Он в частности обратил внимание на неопределенные «темные» ощущения, сопровождающие процессы, совершающиеся в полостных органах, — так называемые системные чувства, которые создают фон самочувствия или самоощущения, влияют на эмоциональное состояние человека и его представления о своих физических качествах.

Знаменитый отечественный хирург **Н.И.Пирогов** (1810—1881) и отец российской педиатрии **Н.Ф.Филатов** (1847—1902) учат врачей заботиться о больном и никогда не забывать о его сложном душевном состоянии. Их собственная деятельность поражает удивительной скромностью, самоотверженностью, глубочайшей сердечностью и простотой — качествами, которые не раз помогали им спасти больных. Пирогов учил: «...самое главное, ... это то, чтобы боль-

ной, оперируемый или исследуемый, был внутренне убежден, что боль и операция, которым он подвергается, не напрасны, а неизбежны для его блага». «Кроме научных сведений и опытности», особенно необходимым качеством медицинского работника, по его мнению, является «добросовестность, приобретаемая только трудным искусством самосознания, самообладания и знания человеческой природы».

Замечательные отечественные интернисты **С.П.Боткин** (1832—1889) и **Г.А.Захарьин** (1829—1897) не только провозгласили и отстаивали принципы целостности организма больного, единство психического и соматического, но и занимались собственно медико-психологическими проблемами.

В своих «Клинических лекциях» Захарьин подчеркивал, что при патологии внутренних органов изменяется чувствительность кожи в зонах их проекции. Это открытие значительно расширило знания о роли нервной системы в регуляции функций внутренних органов. Позднее этот феномен был глубоко изучен Гедом. В результате родилось учение о висцеросенсорных связях и зонах изменения чувствительности в различных участках кожи, которые получили название «зоны Захарьина—Гедда».

Обучая студентов, Захарьин призывал их с такой тщательностью собирать анамнез, чтобы получить не только «медицинский портрет» больного, но и обеспечить глубокое познание болезни. Сам процесс сбора анамнестических данных становился в связи с этим одним из неотъемлемых элементов врачебного воздействия на больного. Захарьин писал, что «...серьезно больные вообще уже в силу самого болезненного состояния своего находятся в угнетенном настроении духа, — мрачно, малонадежно смотрят на будущее. Для самого успеха лечения врач должен ободрить больного, обнадежить выздоровлением или, по крайней мере, смотря по случаю, поправлением здоровья, указывая на те хорошие стороны состояния больного, которых последний в своем мрачном состоянии не замечает или не ценит».

Таким образом, у будущих врачей воспитывался навык внимательного, заботливого, вдумчивого отношения к больному, умение его выслушать. А ведь возможность для последнего свободно и полно высказываться о своем самочувствии и возникших в процессе болезни проблемах часто сама по себе приводит к ослаблению ряда болезненных переживаний и составляет один из элементов существенной помощи ему.

Основатель московской школы психиатров **С.С.Корсаков** (1854—1900) впервые выделяет «психическое лечение» в самостоятельный раздел. В соответствующей части его учебника речь идет не только о становлении психотерапии, но и о всесторонне обсуждаются формы психического воздействия на больного в ходе обследования и лечения. В терапии различных болезней, писал Корсаков, психичес-

кое влияние врача играет в высшей степени важную роль, и способность пользоваться психическими факторами составляло всегда одно из выдающихся свойств замечательных врачей всех времен.

В оригинальном исследовании, опубликованном в 1908 г., **А.И.Яроцкий** (1868–1944) сформулировал глубокую мысль о том, что полнота и прочность мирозерцания человека во многом определяют его общественное положение и здоровье. Идеиная целенаправленность, стремление к идеалу не только способствуют подъему всей душевной деятельности человека, но и являются благотворным фактором, поддерживающим здоровье, объединяющим в единое целое все стороны жизнедеятельности организма, определяющим гармонию души и тела человека.

**И.П.Павлов** (1849–1936), изучая нервную регуляцию функций внутренних органов, впервые показал, что психические факторы влияют на секрецию слюны и желудочного сока. На основе учения о рефлексах головного мозга **И.М.Сеченова** он создал экспериментально обоснованный метод изучения возникновения и изменения основных рефлексов. В самом понятии «условный рефлекс» раскрывается глубочайшее единство организма с окружающей средой. Кроме того, он создал учение о высшей нервной деятельности, дал обоснование нейрофизиологической сущности описанных еще в древности типов темперамента, обозначенных им как типы высшей нервной деятельности с ее основными параметрами — силой, подвижностью, уравновешенностью. Павловым также были показаны физиологические механизмы, лежащие в основе таких видов психотерапии, как внушение и гипноз, выявлен динамический характер локализации функций головного мозга и т.д.

Одновременно с развитием павловской физиологии **В.М.Бехтерев** (1857–1927) со своими сотрудниками и учениками внес много нового в морфологию и физиологию головного мозга. Он в частности вскрыл постоянную изменчивость в деятельности центральной нервной системы, которая обусловлена постоянными влияниями на органы чувств меняющихся действительности и импульсации со стороны внутренних органов и систем.

В 1926 г. Бехтерев писал: «...в работе мозговой коры нет абсолютного постоянства, а все относительно». «...Один и тот же раздражитель окажет неодинаковое действие на сочетательный рефлекс в зависимости от периода его развития».

История практического врачевания развивалась, следовательно, не только в тесном единстве с формированием взглядов на нравственность врача, на психологический аспект взаимоотношений врач — больной, но и в связи с успехами физиологии мозга. Великий русский психиатр **В.М.Бехтерев** открыл в 1885 г. первую в России экспериментально-психологическую лабораторию при медицинском факультете Казанского университета, внес огромный вклад в развитие медицинской психологии и психотерапии. Его ученики и

последователи — сотрудники Научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М.Бехтерева в Санкт-Петербурге В.Н.Мясищев, М.М.Кабанов, А.Е.Личко, В.К.Мягер, Б.Д.Карвасарский и др. являются основоположниками современного этапа развития клинической психологии в нашей стране. Этот этап характеризуется интеграцией клинической психологии с другими отраслями специальной психологии, в частности с психологией личности и социальной психологией, развитием междисциплинарных связей психологии с другими отраслями научных знаний — экологией, психогигиеной, кибернетикой, эргономикой.

---

## **Часть II. ОБЩАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ**

### **Раздел 1. Психические проявления в норме и патологии, их клиническое значение**

#### ***Глава 2. Общие сведения о психике человека, ее изменениях и их значении в клинической практике***

---

Психическая деятельность является частью общей жизнедеятельности человека. Не подлежит сомнению, что она тесно связана с работой мозга. Однако несмотря на то, что психические явления возникают на основе нейрофизиологической деятельности, психику как идеальную составляющую «Я» нельзя свести даже к самым сложным нейрофизиологическим процессам. Состояние и содержание психики определяются не только морфофункциональным состоянием мозга, но и зависят от отражения внешнего мира, от овладения индивидом через собственную активную деятельность опытом и знаниями, накопленными человечеством. Психика не дана человеку в готовом виде с момента его рождения и не развивается сама по себе. Только в процессе общения и взаимодействия ребенка с другими людьми у него формируются не свойственные животным высшие формы проявления психики: сознание, язык, речь. Благодаря сознанию человек может произвольно регулировать свое поведение, при помощи языка и речи, являющихся средствами коммуникации, усваивать и передавать навыки, понятия, опыт.

*Биосоциальная сущность человека*, подчеркиваемая еще античными философами, которые называли человека общественным животным, выражается в единстве природного и социального. Природная основа человека, определяемая наследственностью, морфофизиологическими особенностями, проявляется в его психофизических данных и подчиняется биологическим законам. Здоровье человека во многом зависит от состояния природной основы организма и является важным условием реализации человеком его социальных функций. Известно изречение древних мудрецов: «В здоровом теле — здоровый дух». Взаимосвязь психического и физического здоровья от-



ражена и в определении, сформулированном ВОЗ: «Здоровье – это состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов».

Состояние полного физического, психического и социального благополучия благотворно сказывается на всем облике человека: делает его лицо здоровым, лучезарным, кожу лица – гладкой, подтянутой, эластичной. И, наоборот, печаль, грусть – постоянные спутники неблагополучия и пессимизма придают лицу мрачное выражение, лишают его черты привлекательности, делают некрасивым. Здоровье и жизнерадостность характеризуются в частности хорошим тонусом мускулатуры тела, что находит свое выражение, в первую очередь, в позе человека (прямая спина, развернутые плечи, поднятая голова), в гордой осанке, живости, активности, выносливости к нагрузкам. Наоборот, усталость, слабость, болезненность сопровождаются понижением тонуса произвольной мускулатуры (согбенная спина, опущенные плечи, поникшая голова), вялостью моторики. Самочувствие человека, его переживания отражаются в движениях: спокойные, уверенные, размеренные или резкие, порывистые, суетливые. Не случайно стали общепотребительными выражения, в которых душевное состояние определяется в действиях: «положа руку на сердце», «руки опускаются», «пасть под ударами рока» и др.

Социальная сущность человека заключается в формировании в процессе индивидуального развития под влиянием социальной среды (воспитание, обучение и др.) его способности понимать и адекватно оценивать реальный мир, способности к осознанной деятельности, творчеству, самосовершенствованию.

В соответствии с одним из широко признанных определений, *психика* – субъективное отражение объективной действительности в идеальных образах, на основе которого регулируется взаимодействие человека с внешней средой. Учитывая, что психика человека является чрезвычайно сложной по своему происхождению, ее изучением занимаются психология, медицина, физиология, педагогика, философия и другие науки. Основные формы проявления психики человека: *психические процессы, психические состояния и психические свойства*.

**Психические процессы** – это психические явления, имеющие физиологическую основу, обеспечивающие первичное отражение и осознание человеком отраженной действительности. Психические процессы делятся на *познавательные*, или *когнитивные* (от лат. *cognoscere* – знать), к которым относятся ощущения, восприятия, представления, внимание, память, мышление, речь, воображение, а также *эмоциональные* и *волевые*. Высшей формой отражения действительности является *сознание*.

**Психические состояния** – это временное своеобразие психической деятельности, определяемое общим функциональным уровнем

психической активности в зависимости от условий деятельности и бытия человека и его личностных особенностей. Психические состояния подразделяются на 4 вида: *мотивационные* (желания, стремления, интересы, влечения, страсти), *эмоциональные* (настроение, аффект, стресс, фрустрация), *волевые* (целеустремленность, настойчивость, решительность и т. д.), *состояния сознания* (сознание и самосознание, уровень ясности сознания).

**Психические свойства** – характерные для данного человека относительно устойчивые особенности его психики. Для их обозначения используются следующие понятия, в зависимости от уровня психического развития и оцениваемых параметров: индивид (индивидуум), индивидуальность, личность. Понятие «индивид» (от лат. *individuum* – целое, неделимое) характеризует человека, наделенного определенными психическими и физическими свойствами, отличающими его от других людей, т.е. отдельного представителя homo sapiens. Ряд особенностей индивида, в частности его физическая конституция, темперамент, определяются биологическими факторами. К понятию «индивид» тесно примыкает понятие «индивидуальность» – совокупность неповторимых проявлений психики человека, в формировании которых, помимо биологических факторов, имеют значение условия становления психики человека. Индивидуальность человека находит выражение в его характере, способностях, или креативности (от лат. *creatio* – созидание), потребностях. Понятие «личность» (синоним лат. *personalitas* – маска) как высшее проявление индивидуальности отражает социальную сущность человека, включающую совокупность общественных отношений (экономических, политических, социальных, нравственных, религиозных и др.). Личность находит выражение в жизненных установках, интересах, высших (духовных) потребностях.

Вопросы, касающиеся границ между психической нормой и патологией, до настоящего времени изучены далеко не полностью. Это объясняется, с одной стороны, отсутствием четких признаков, позволяющих разграничить отдельные психические проявления индивидуальной, или психологической, нормы и болезни, а с другой – динамикой психических нарушений. На начальных (доклинических) этапах заболевания изменения психики часто носят транзиторный, синдромально не очерченный характер. Отсюда возникли такие понятия, как «*предболезнь*», «*донозологические психические нарушения*».

Г.К.Ушаковым (1976) были предложены следующие критерии психического здоровья:

- причинная обусловленность психических явлений, их необходимость, упорядоченность;
- соответственная возрасту человека зрелость чувств;

- максимальное приближение субъективных образов к отражаемым объектам действительности, гармония между отражением обстоятельств действительности и отношением человека к ней;
- соответствие реакций (как физических, так и психических) силе и частоте внешних раздражителей;
- критический подход к обстоятельствам жизни;
- способность самоуправления поведением в соответствии с нормами, установившимися в разных коллективах;
- адекватность реакций общественным обстоятельствам (социальной среде);
- чувство ответственности за потомство и близких членов семьи;
- чувство постоянства и идентичности переживаний в однотипных обстоятельствах;
- способность изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций;
- самоутверждение в коллективе (обществе) без ущерба для остальных его членов;
- способность планировать и осуществлять свой жизненный путь и др.

Отсутствие четких границ между психологическими реакциями и психическими нарушениями, между нормой и патологией личности отражает понятие «пограничные психические расстройства», в значительной мере условное. К пограничным формам психических расстройств в отечественной психиатрии принято относить невротические реакции, реактивные состояния, неврозы, патологическое развитие личности, психопатии, а также обширный круг неврозо- и психопатоподобных расстройств при соматических, неврологических и других заболеваниях.

*Предболезнь*, по С.Б.Семичову (1987), отличается от болезни тем, что, несмотря на обнаруживаемый отчетливый психопатологический радикал, ей недостает одного или нескольких признаков (симптомов) для постановки синдромального и нозологического диагноза. Поэтому подобные расстройства (невротические и патохарактерологические реакции, преходящие расстройства поведения вследствие употребления психоактивных веществ) относят к регистру *дोनозологических*, так как они возникают и обнаруживаются в тесной связи с вызвавшими их внешними условиями и часто не имеют определенного прогноза ни в отношении выздоровления, ни в отношении возможного перехода в более четкую нозологическую форму.

В зависимости от характера психических расстройств, их влияния на поведение больного и от необходимой помощи, включая общемедицинскую, психиатрическую, психотерапевтическую, психологическую, все виды психической патологии с определенной степенью условности делятся на *психотические (психозы)* и *непсихотические*. Термин «психоз» ввел в 1846 г. фон Фейхтершлебен. Впоследствии он использовался для обозначения гетерогенной группы сос-

тояний, характеризующихся тяжелыми расстройствами психических функций и проявляющихся нарушением психологического контакта с реальной действительностью и поведением, представляющим опасность для больного и окружающих, при отсутствии критики к своему состоянию. Наиболее часто психотические расстройства касаются таких сфер психической деятельности, как сознание, восприятие, мышление, память, настроение, психомоторика. Часто прилагательное «психотический» используется для указания на такие симптомы, как галлюцинации, бред, психомоторное возбуждение (кататоническое, эпилептическое и др.).

**Непсихотические расстройства** — это неглубокие психические расстройства, при которых у больного может сохраняться критика и адекватная оценка реальной действительности. Поведение вследствие болезненных переживаний или патологических черт личности может нарушаться, но чаще не выходит за рамки социально приемлемых форм и не представляет непосредственной опасности для больного или окружающих. К непсихотическим расстройствам принято относить *психогенные нарушения* (неврозы, многие патологические реакции на стресс, соматизированные и соматоформные расстройства), *расстройства личности* (психопатии), а также *неврозоподобные и психопатоподобные проявления* при органических заболеваниях головного мозга, соматических заболеваниях.

Психические процессы, состояния и свойства личности определяют действия и поступки человека, регулируют его отношения с людьми. Врач общей практики, выявивший у пациента психические особенности и изменения, должен уметь оценить их характер (психологический или патологический), природу, возможное влияние на лечебно-диагностический процесс, степень опасности для самого больного и окружающих и выбрать тактику при необходимости оказания помощи.

В практических целях в медицине и психологии используется деление психики на ряд сфер: сферу познавательной деятельности, включающую чувственное и рациональное познание, эмоционально-волевую сферу, психомоторику, поведенческую сферу, сознание. Данное разделение психических функций и свойств имеет условный характер, так как на уровне целостной психики и личности их функционирование имеет интегративный характер. Однако особенности состояния каждой из составляющих функций в условиях соматической и психической патологии налагают отпечаток на поведение больного, его взаимоотношения с врачом и окружающими людьми.

---

## **Глава 3. Клинико-психологические аспекты познавательной деятельности**

---

### **3.1. Ощущения**

**Ощущениями** называют процесс отражения отдельных свойств предметов и явлений реальной действительности при их непосредственном воздействии на органы чувств. На основе ощущений формируются более сложные механизмы процесса познания: восприятие, представления, память, мышление. Ощущения не являются абсолютно точным отражением свойств предметов объективного мира. Их точность, информативность зависит от видовых и индивидуальных особенностей органов чувств (анализаторов), функционального состояния последних в данный момент, внимательности, эмоционального состояния, а также индивидуальных качеств личности (направленности, мотиваций, знаний, опыта).

И.П.Павлов выделяет три отдела анализаторов, обеспечивающих возникновение ощущений: 1) *рецепторный* (органы чувств), в котором расположены периферические окончания чувствительных нервов; 2) *проводящие пути*, передающие возбуждение от периферии к центру; 3) *церебральная часть* – соответствующие участки головного мозга, в которых собственно и формируются ощущения.

Ощущения в зависимости от источников и механизмов их формирования делятся на: *экстрацептивные*, отражающие сигналы, поступающие из внешнего мира (зрительные, слуховые, кожные, обонятельные, вкусовые); *интероцептивные*, отражающие состояние внутренних органов и систем; *проприоцептивные*, связанные с сигналами, поступающими от рецепторов, находящихся в мышцах, связках, сухожилиях, суставах, и обеспечивающие информацию о положении тела в пространстве, равновесии, движении. Наличие аномалий или поражение тех или иных отделов анализаторов проявляются разнообразными нарушениями чувствительности.

**Чувствительностью** называется способность получать ощущения. Она имеет значительные индивидуальные различия. У музыкантов повышена чувствительность слухового анализатора, у художников – зрительного и т.д.

#### **Основные параметры чувствительности**

*Порог ощущения* – минимальная интенсивность раздражителя, которая вызывает ощущение соответствующего свойства. Самое на-

именьшее изменение раздражения, которое вызывает изменение ощущения, называется *порогом различения*. Для света этот порог равен  $1/100$  величины первичного раздражения, для звука —  $1/10$ , для давления —  $1/30$ , для веса —  $1/300$ . Однако и здесь существуют индивидуальные особенности (например, у дегустаторов порог различения вкусовых ощущений намного ниже, чем у большинства других людей).

*Контраст ощущений* — это повышение чувствительности к одним свойствам под влиянием других, противоположных свойств действительности. Например, одна и та же фигура серого цвета (треугольник) на черном фоне кажется светлой, а на белом — темной.

*Адаптация* — приспособление органов чувств к новым условиям путем постепенного снижения чувствительности к повторяющимся сильным раздражителям или, наоборот, повышение чувствительности под действием повторных слабых раздражителей. Примером может служить так называемая темновая адаптация: человек, попадая после яркого света в темноту, первое время ничего не видит, а через несколько секунд начинает различать контуры предметов, а затем их детали. Чувствительность глаза при этом может возрасти в 200 000 раз. Механизм зрительной адаптации весьма сложен, но в его основе лежит *сенсбилизация органов чувств*, происходящая в результате действия пороговых раздражителей. Клиническими исследованиями подтверждено также наличие адаптации к болевым ощущениям. Возможные механизмы боли и ее значение в диагностике и лечении больных изложены ниже.

Величина чувствительности всегда обратно пропорциональна порогу ощущения. Специальными исследованиями показано, что подпороговые раздражения также вызывают сложные изменения в центральной нервной системе человека, хотя сам факт ощущения им не осознается. Закономерности формирования *подпороговых ощущений* еще недостаточно изучены, но механизмы их частично используются в некоторых психотерапевтических методиках, в частности при лечении больных неврозами, алкоголизмом и наркоманиями.

К *общим свойствам ощущений* относятся: качество, интенсивность, длительность, пространственная локализация.

*Качество ощущений* проявляется в том, что каждый вид ощущение имеет специфические особенности, отличающие его от других видов. Так, слуховые ощущения характеризуются высотой, тембром, громкостью; зрительные — цветом, насыщенностью и т.д. Иногда при воздействии раздражителя на один анализатор возможно возникновение ощущений в другом анализаторе. Такой феномен носит название «*синестезия*». По некоторым данным, синестезия встречается у 12% людей, у 4% имеется «цветной слух». При «цветном слухе» звуковое ощущение вызывает световое или цветное представле-

ние, зрительный образ. Известно, что «цветным слухом» обладали такие музыканты, как А.Скрябин и Н.Римский-Корсаков.

*Интенсивность ощущений* определяется силой действующего раздражителя и функциональным состоянием анализатора. Часто она увеличивается в одном анализаторе при нарушении деятельности другого. Так, у слепых резко возрастает тактильная и обонятельная чувствительность.

*Длительность ощущения* определяется функциональным состоянием органа чувств, временем действия раздражителя и его интенсивностью. При воздействии раздражителя на анализатор ответная реакция проявляется не сразу, а через некоторое, весьма короткое время, которое называется *латентным периодом*. Латентный период — явление обязательное, но величина его различна. Точно так же после прекращения действия раздражителя ощущение исчезает не сразу. В ряде случаев остается так называемое *последствие* (вкус, запах и т.д.). Особенно развито это качество у дегустаторов; у них существует даже термин «послевкусие». Иногда в течение длительного времени могут сохраняться неприятные ощущения.

*Пространственная локализация*, осуществляемая дистантными рецепторами, дает человеку сведения о локализации раздражителя в пространстве.

Ощущения не только несут информацию об отдельных свойствах явлений и предметов, но и выполняют активизирующую мозг функцию. Они, представляя собой одну из начальных категорий познания и будучи связанными с другими сторонами познавательного процесса, оказывают влияние на формирование и состояние психики. Не случайно длительное отсутствие ощущений (*сенсорная депривация*) может вызывать у человека серьезные психические нарушения, вплоть до развития психозов. Но особенно тяжелыми, практически невозполнимыми оказываются последствия «сенсорного голода» у ребенка. Клиника состояний, формирующихся в результате лишения ощущений (слепота, глухота, длительная неподвижность и др.), характеризуется в первую очередь явлениями психического инфантилизма, а без использования соответствующих методик воспитания и обучения детей с подобными дефектами у них может возникнуть более грубая задержка психического развития.

### ***Изменения ощущений и их значение в клинике***

В клинической практике врачей различных специальностей многообразные нарушения чувствительности встречаются достаточно часто. Врач должен уметь разобраться в характере и механизмах этих нарушений, применяя при необходимости дополнительные методы исследования и прибегая в сложных случаях к консультации с врачами других специальностей, чтобы выбрать правильную лечебно-диагностическую тактику. Изменения ощущений обычно делятся на количественные и качественные.

### *Количественные изменения ощущений*

*Гиперестезия* — усиление чувствительности за счет понижения порога ощущений. Свет электролампы кажется чрезмерно ярким, приглушенный звук радио или голоса в соседней комнате — непомерно громкими, прикосновение постельного белья — неприятным, раздражающим. Гиперестезия является одним из наиболее часто встречающихся в клинической практике феноменов. Она входит в структуру астенического синдрома, возникающего при самых различных видах соматической и психической патологии. Во многих случаях гиперестезия захватывает все сферы чувствительности, но особенно часто отмечаются зрительная и акустическая гиперестезии. Больной с явлениями гиперестезии плохо переносит обстановку отделения, а также проводимые ему медицинские процедуры.

*Гипестезия* — понижение чувствительности за счет повышения порога ощущений. Проявляется слабостью, неотчетливостью ощущений, которые не соответствуют силе раздражителя. При обращении к больному приходится повышать голос, повторять вопросы и инструкции. Больной может не реагировать на яркий свет, мокрую постель, прикосновение горячих или холодных предметов и т.п. Чаще всего гипестезия наблюдается при заболеваниях нервной системы, как ее периферического отдела, так и проводящих путей. Общая гипестезия может отмечаться при тяжелом общесоматическом состоянии больного, в частности на начальных этапах выключения сознания.

*Анестезия* — выпадение или утрата чувствительности (отсутствие ощущений при любых самых сильных раздражениях). Она может захватывать как все виды чувствительности (*тотальная анестезия*), так и отдельные сферы ее (*парциальная анестезия*).

При обнаружении анестезии прежде всего необходимо исключить органические заболевания нервной системы на различных ее уровнях, для чего необходимо ориентироваться в топографии и особенностях иннервации. Так, например, при *поражении периферического нерва* зона выпадения всех видов чувствительности (тактильной, термической, болевой) строго соответствует зоне, иннервируемой данным нервом. При *корешковой анестезии* также выпадают все виды чувствительности в зоне, иннервируемой пораженным задним корешком спинномозгового нерва. При *сегментарной анестезии*, наряду с тотальной, может наблюдаться *диссоциативная анестезия* (отсутствие болевой и термической чувствительности при сохранении проприоцептивной или наоборот).

При некоторых заболеваниях могут встречаться особые виды нарушения чувствительности, вплоть до ее выпадения. Таким примером может служить *лепрозная анестезия*, причиной которой является специфическое поражение кожных рецепторов. Клиническая картина характеризуется последовательным ослаблением и утратой температурной, затем болевой, а впоследствии и тактильной чувстви-



тельности при длительно сохраняющейся проприоцептивной чувствительности.

Причиной анестезии могут быть не только заболевания органического характера, но и психогенные расстройства. Наиболее часто встречается *анестезия у больных с истерическим (диссоциативным) неврозом*. Для нее характерно *функциональное* исчезновение чувствительности при отсутствии органического поражения рецепторов, проводящих путей и центров нервной системы. При истерической анестезии возможны нарушения кожной чувствительности, имеющие самую причудливую конфигурацию, но чаще они локализуются в области конечностей. Отмечаются произвольность границ нарушений чувствительности, несоответствие их зонам, иннервируемым определенными корешками или нервами. Наиболее характерны для страдающих истерией анестезии по ампутационному типу — в виде «чулок и перчаток».

#### *Качественные изменения ощущений*

*Парестезии* — вызванные или самопроизвольно возникающие неприятные ощущения онемения, покалывания, жжения, ползания мурашек в различных частях тела, часто имеющие тенденцию к перемещению. Примером парестезий могут служить ощущения в конечностях у практически здоровых людей, возникающие при длительном сохранении нефизиологичной позы, при которой механически сдавливаются периферические нервы и сосуды. Резкий переход из холода в тепло способствует возникновению парестезий в дистальных отделах конечностей, а также в области носа, ушей вследствие резкого расширения сосудов и усиления кровотока. Парестезии, как правило, затрагивают тактильную чувствительность, редко встречаются вкусовые парестезии.

*Сенестопатии* — спонтанно возникающие крайне тягостные ощущения, не соответствующие по локализации конкретным анатомическим образованиям и топографической иннервации. Для сенестопатий характерны необычность, сложность, причудливость ощущений, которые больные даже затрудняются описать (как будто «по телу проходит волна» или электрический ток, что-то «стягивает», «лопается», «переливается», «кипит» и т.п.).

*Сенестезии* — расстройство общего чувства тела. Проявляются ощущением неясного тотального физического неблагополучия со своеобразными с трудом поддающимися описанию нарушениями (неожиданная физическая слабость, тяжесть или, наоборот, легкость и пустота в теле, несистемные головокружения, покачивание и неуверенность при ходьбе — зыбкость поверхности пола под ногами).

Качественные нарушения ощущений могут встречаться как при соматической патологии, так и при психических расстройствах.

*Парестезии* чаще наблюдаются при заболеваниях нервной системы, в частности при полинейропатиях различной этиологии (алко-

гольная, диабетическая и др.) Органическими причинами парестезий могут быть сосудистые заболевания конечностей (болезнь Рейно, облитерирующий эндартериит, варикозное расширение вен и др.). В клинике психических расстройств парестезии встречаются при истерическом неврозе и различных видах ипохондрии.

*Сенестопатии* характерны для психической патологии. Они часто сочетаются с ипохондрическими проявлениями (сенестопатически-ипохондрический синдром). Повторные обращения больных с сенестопатическими расстройствами к врачам-интернистам с упорными жалобами на болезненные ощущения требуют разграничения патологических ощущений, связанных с психическими расстройствами и обусловленных висцеральной патологией. Основные их различия приведены в таблице 1.

*Сенестезии* встречаются при психических заболеваниях, а также при органической патологии головного мозга (травмы, опухоли, аневризмы церебральных сосудов и т.д.).

### *Боль, ее значение в клинике и диагностике*

Согласно современным представлениям, *боль* — это особое психическое состояние человека, возникающее в результате воздействия сверхсильных раздражителей, вызывающих органические или функциональные изменения в организме. Являясь интегративной функцией, обеспечиваемой различными системами (ощущения, эмоции, память, мотивации, вегетативные и поведенческие реакции), боль в то же время имеет и местное проявление. В ощущении боли воедино слиты физиологические и психологические, субъективные и объективные аспекты. Часто боль выполняет *сигнальную функцию*, предупреждая организм об опасности и защищая его от возможных чрезмерных повреждений. Такую боль называют *физиологической*.

Существует и другой вид боли, который имеет патогенные свойства. Такую боль называют *патологической*, так как она представляет опасность для организма, вызывая дезадаптивные нарушения: микроциркуляции, функций висцеральных систем и иммунитета, психо-эмоциональные расстройства.

Накопленные в настоящее время клинико-экспериментальные данные об этиопатогенезе патологической боли позволили группе экспертов международной ассоциации по изучению боли (IASP) дать следующее ее определение: «Боль — это неприятное ощущение или эмоциональное переживание, связанное с реальным или потенциальным повреждением тканей или описываемое в терминах такого повреждения». т.е. ощущение боли может возникать не только при повреждении ткани или в условиях риска повреждения, но и при отсутствии какого-либо повреждения.

Переживание боли всегда субъективно и определяется местом и характером повреждения, природой повреждающего фактора, пси-

Таблица 1

**Дифференциально-диагностические признаки сенестопатий и болезненных ощущений при соматических заболеваниях**

Сенестопатии	Ощущения при соматических заболеваниях
Необычность, вычурность, мучительность ощущений	Простота и естественность ощущений
Гетерономность (чужеродность) ощущений	Отсутствие чужеродности ощущений
Ощущения лишены собственно алгического компонента	Ощущения чаще носят характер именно боли
Локализация ощущений не соответствует анатомическим образованиям и топографической проекции	Локализация ощущений соответствует анатомическим образованиям и топографической проекции
Иррадиация по всему телу	Иррадиация в соответствии с определенными зонами Захарьина–Геда
Монотонность, однообразие, стойкость ощущений	Лабильность ощущений
Как правило, аутохтонное (неожиданно, без видимых причин) возникновение	Нередко провоцируются внешними факторами (физические нагрузки, волнение, нарушение диеты и т.д.)
Не снимаются анальгетиками, спазмолитиками и другими обезболивающими средствами	Снимаются или уменьшаются при помощи анальгетиков или спазмолитиков
Больные стремятся к использованию необычных, иногда парадоксальных методов обследования и лечения	Больные предпочитают традиционные методы обследования и лечения

хологическим состоянием человека и его жизненным опытом. Иными словами, интерпретация человеком болевого ощущения, его эмоциональная реакция и поведение могут не коррелировать с тяжестью повреждения. В общей структуре боли выделяют пять компонентов:

1. Перцепторный (ощущения) компонент, позволяющий определить место повреждения.

2. Аффективный компонент, отражающий эмоциональную реакцию на повреждение.

3. Вегетативный компонент, связанный с рефлекторным изменением тонуса симпатoadреналовой системы.

4. Моторный компонент, направленный на устранение повреждающих факторов.

5. Когнитивный компонент, формирующий субъективное отношение к испытываемой в данный момент боли на основе накопленного опыта.

Диапазон боли весьма широк: от слабых ощущений до непереносимых страданий. Субъективная оценка боли, зависящая от индивидуальных особенностей личности, ее установки в отношении боли, будут рассмотрены в соответствующих разделах. Здесь же необходимо отметить, что для клинической психологии принципиальное значение имеют показатели болевой чувствительности и изменения их при различных патологических состояниях и заболеваниях. Описаны четыре основных типа отношения к боли на основании изучения *болевого порога* (А.К. Сангайло):

Первый тип: порог боли низкий — общая чувствительность к боли высокая. Порог предела выносливости наступает очень быстро после появления чувства боли — низкая переносимость болевых ощущений.

Второй тип: порог боли низкий — общая чувствительность к боли высокая. Порог предела выносливости к боли высокий — выносливость к болевому чувству высокая, боль легко переносится. Интервал выносливости достаточный.

Третий тип: порог боли высокий — чувствительность к боли невысокая. Интервал выносливости маленький — поздно наступающее чувство боли переносится плохо, разрыв между порогом боли и выносливостью маленький.

Четвертый тип: порог боли высокий — общая чувствительность к ней невысокая. Интервал выносливости достаточный — выносливость к болевому чувству высокая.

Значение болевых ощущений состоит в том, что они, отражая функционально-морфологические процессы, происходящие в организме, имеют определенную диагностическую ценность. В зависимости от механизма возникновения, болевые синдромы подразделяются на три основные группы, характеристики которых приведены в таблице 2.

Боль является одной из главных причин обращения за медицинской помощью. Болевые ощущения оцениваются человеком как сигнал заболевания и соответственно угрозы для жизни или других последствий (инвалидизация, изменение положения в семье, обществе и т.д.). Боль, при ее кажущейся простоте и элементарности, может быть весьма вариабельной, как по характеру (тянущая, режущая, пульсирующая, колющая и т.д.), так и по интенсивности и продолжительности (острая и хроническая). Она способна влиять на психофизическое состояние человека, вызывая истощение ресурсов, невротизируя и депримируя личность больного. Особенно субъективно тяжело переносятся боли церебрального генеза — *сенестоалгии*, возникающие одновременно в разных частях тела или мигрирующие.

Таблица 2

**Характеристика основных болевых синдромов**

Болевые синдромы	Этиологические факторы	Механизмы патогенеза	Клинические варианты
Соматогенные	Травмы, операции, воспаление, поражение внутренних органов, онкологическая патология	Активация ноцицептивных рецепторов вследствие повреждения тканей, воспаления, ишемии, растяжения	Посттравматические, послеоперационные, воспалительные заболевания, заболевания внутренних органов, онкологические заболевания и др.
Нейрогенные	Травматические повреждения, воспалительные, дистрофические изменения, опухолевые процессы нервной системы	Повреждение структур периферической или центральной нервной системы, участвующих в проведении ноцицептивных сигналов	Невралгия (тригеминальная, межреберная), фантомные боли, таламические боли, каузалгии (после травм или ожогов вследствие повреждения нервных стволов) и др.
Психогенные	Психические травмы, скрытые конфликты, аффективные, бредовые расстройства	Мультифакторный механизм, включающий эмоциональные, когнитивные и поведенческие компоненты	Депрессия, соматоформные расстройства, истерический невроз, небредовая и бредовая ипохондрия

Помимо боли, к расстройствам ощущений относят зуд — болезненно-щекочущее ощущение в теле, вызывающее желание чесаться. Хотя боль и зуд передаются по одним и тем же нервным путям, считается, что это самостоятельные и отличные друг от друга ощущения. Причинами зуда могут быть как соматическая патология (печеночная недостаточность, аллергические, кожные заболевания и др.), так и психические расстройства, в частности аффективная патология.

В зависимости от характера боли, ее интенсивности, локализации, а также индивидуальных особенностей реагирования в одних случаях может возникнуть переоценка значимости боли, в других — недооценка болевых ощущений. Наконец, возможна диссимуляция, т.е. сознательное игнорирование боли, диктуемое особыми обстоятельствами.

**3.2. Восприятие**

В отличие от ощущений, которые отражают лишь отдельные свойства предметов или явлений, процесс восприятия отражает це-

лостные объекты действительности в единстве присущих им качеств. Общим для ощущений и восприятия является то, что они возникают лишь при непосредственном воздействии раздражителя на органы чувств.

Восприятие представляет собой качественно новую ступень познания и не сводится к сумме отдельных ощущений. По сравнению с ощущениями восприятие — более высокая форма аналитико-синтетической деятельности мозга. Без анализа невозможно осмысленные восприятия. Если ощущения мы получаем, как правило, через отдельные системы рецепторов или органы чувств, то восприятие осуществляется вследствие интегративной деятельности нескольких анализаторов с преимущественным вовлечением одного из них. В связи с этим выделяют *зрительное, слуховое, обонятельное, вкусовое, осязательное, кинестезическое (движение) восприятие*. Важным является также *восприятие* человеком его *собственного тела*. В зависимости от особенностей воспринимаемого объекта выделяют такие виды восприятия, как *восприятие предметов, речи (письменной и устной), музыки, человека*.

Особое место в клинической психологии отводится *восприятию форм существования материи: пространства, времени, движения*. Но эти виды восприятия являются более сложными по своему механизму, который включает комбинацию различных видов восприятия, когнитивные (познавательные) возможности, в связи с чем их предпочтительно рассматривать в разделе «самосознание».

Хотя процесс восприятия связан с непосредственным действием объекта на органы чувств, степень абстрагирования от реального объекта в нем значительно выше, чем в акте ощущения. Это определяет высокую избирательность восприятия, связанную с синтезом ощущений, подключением прошлого опыта, знаний и умений на базе памяти и мышления.

Поэтому акт восприятия условно можно разделить на *два этапа*. Первый этап — *перцепция* — непосредственное отражение объекта благодаря его воздействию на органы чувств. Основой этого этапа являются полученные ощущения и формирование *образа впечатления*. Данное восприятие обозначается как *непроизвольное*. Второй этап восприятия называется *апперцепцией*. В основе него лежит механизм антиципации (предвосхищения), определяющий сопоставление образа впечатления с индивидуальным опытом личности. Такое восприятие называется *произвольным*. Оно зависит от представлений, созданных воображением, т.е. в нем задействованы механизмы мышления, речи, памяти. Восприятие зависит также от эмоционального состояния. Известно, что под влиянием выраженных эмоций возможно появление ошибочного, извращенного восприятия.

К основным характеристикам восприятия относятся: *константность, предметность, целостность, обобщенность*.

**Константность** (постоянство) — относительная независимость образа от условий восприятия, проявляющаяся в его неизменности: форма, цвет, размер предметов воспринимаются как постоянные, несмотря на то, что сигналы, поступающие от этих предметов в органы чувств, непрерывно меняются. Значение константности очень велико. Не будь этого свойства, при всяком нашем движении, при любом изменении расстояния до предмета, при малейшем повороте головы или перемене освещения непрерывно изменялись бы все основные признаки, по которым человек узнает предмет.

**Предметность** восприятия проявляется в том, что объект воспринимается не в виде набора не связанных между собой ощущений, а как единое в пространстве и во времени отдельное физическое тело. Наиболее ярко данное свойство проявляется в феномене выделения фигуры из фона (рис. 1). Если все поле рассматриваемого объекта состоит из белой и черной частей, соприкасающихся по контуру, то в качестве фигуры в этом объекте можно видеть то белую, то черную часть, тогда как другая становится фоном. Таким образом, воспринимаемая реальность всегда разделяется как бы на два слоя: на фигуру — образ предмета и фон — окружающее предмет пространство.

**Целостность** восприятия включает два взаимосвязанных аспекта: объединение разных элементов в целое и независимость (в определенных границах) образованной целостности от качества элементов. При этом воспринимаемый предмет, представленный неполным набором элементов, мысленно при помощи воображения достраивается до целой формы.

**Обобщенность** восприятия — отношение каждого образа к некоторому классу объектов. Обобщенность восприятия позволяет не только узнавать и классифицировать объекты и явления, но и предвидеть некоторые их свойства, непосредственно не воспринимаемые.



Рис. 1. Фигура и фон.

Другую группу свойств восприятия составляют: *объем, точность, полнота и быстрота*.

**Объем восприятия** — количество объектов, которое человек может воспринять в течение одного акта восприятия.

**Точность восприятия** — соответствие возникающего образа воспринимаемому объекту.

**Полнота восприятия** — степень соответствия возникающего образа воспринимаемому объекту.

**Быстрота восприятия** — время, необходимое для адекватного восприятия предмета или явления.

### *Изменения восприятия и их значение в клинике*

Нарушения восприятия имеют важное значение в клинической практике, так как они могут быть вызваны соматическими или психологическими причинами и являются признаком патологии.

Широкий диапазон индивидуальных особенностей восприятия у разных людей привносит различия в их мироощущение. На качество восприятия оказывают влияние физиологические факторы, например, утомление, при котором страдают скорость и четкость восприятия. Другой частой причиной изменения качества восприятия является эмоциональное состояние человека. При подавленном настроении все воспринимается в более тусклых тонах и, наоборот, приподнятое настроение способствует восприятию окружающего мира в ярких радужных красках.

Процесс восприятия, преследующий определенную цель (всегда имеет место в работе врача), называется *наблюдением*. Наблюдательный врач может уловить в процессе беседы с пациентом изменение цвета его лица, мимики и пантомимики, особенности позы, походки, имеющие диагностическое значение. Поэтому психологическое и физиологическое состояние самого врача сказывается на лечебно-диагностическом процессе (определяет его успешность).

Выделяют следующие *патологические изменения восприятия*: *психосенсорные расстройства, иллюзии, галлюцинации и псевдогаллюцинации*. Два последних феномена следует рассматривать не только с позиций нарушения восприятия, но и в качестве нарушения представлений.

**Психосенсорные расстройства** характеризуются неправильным восприятием реально существующих объектов по форме, размерам, расстоянию между ними без нарушения их узнавания и, как правило, сохранности критического отношения. Примерами подобных расстройств являются нарушения оптико-пространственного восприятия: *диплопия* — двоение, *полиопия* — множественность образов, предметов; *микро-*, *макропсия* — восприятие объектов уменьшенными или увеличенными; *дисморфопсия* — восприятие предметов деформированными по сравнению с реальными; *порропсия* — восприятие объекта удаленным или приближенным по сравнению с его фактическим положением. Сюда же относится расстройство схемы те-



ла — искаженное восприятие формы или величины собственного тела либо его отдельных частей.

Причинами возникновения психосенсорных расстройств преимущественно являются органические заболевания головного мозга различного генеза (менингоэнцефалиты, травмы, опухоли, аневризмы сосудов, сосудистые и токсические энцефалопатии и др.), при которых имеют место очаговые поражения мозга или нарушения мозгового кровообращения и ликвородинамики. Психосенсорные нарушения могут возникать при острых интоксикациях экзогенного характера (алкогольное или наркотическое опьянение). В частности из-за выраженной порропсии могут представлять опасность для себя и окружающих лица, находящиеся за рулем в состоянии гашишной интоксикации. Психосенсорные расстройства обычно развиваются остро и быстро заканчиваются восстановлением функции восприятия.

**Иллюзии** (от лат. *illudere* — обманывать) — неправильное по содержанию восприятие реально существующих предметов и явлений. В результате слияния восприятия с качественно иным представлением в сознании возникает образ, искажающий реальность. Конкретно существующий предмет или реальное явление воспринимаются как совершенно иной предмет или явление: висящая на спинке стула одежда кажется человеком, притаившимся за стулом, в словах медсестры, приглашающей прийти больного за лекарством, слышится угроза расправы с ним, звуки перемещаемых медицинских приборов в процедурном кабинете кажутся лязганием оружия, прикосновение медицинского жгута при взятии крови для анализа воспринимается как змея, обвивающая руку и т.п.

Иллюзии могут обуславливаться физическими (законы преломляющих сред), физиологическими (вследствие невнимания или на фоне выраженного утомления) причинами или являются проявлением психических расстройств.

Известны *аффективные иллюзии*, возникающие под влиянием сильных эмоций (чаще страха) как у психически здоровых людей, так и у страдающих психическими нарушениями. Помимо эмоционального напряжения, возникновению иллюзий способствуют внешние условия, препятствующие четкому восприятию: плохая освещенность, шумное помещение, незнакомая обстановка. Например, после появления сообщений в прессе об очередном маньяке, насилующем и убивающем женщин, у некоторых из них под влиянием страха в темное время суток возникают обманы зрительного восприятия: в очертаниях сугроба, куста или мусорного бака видится фигура спрятавшегося человека.

Различают *слуховые*, (в том числе вербальные (словесно оформленные) и *зрительные* (оптические) иллюзии. Особый вариант зрительных иллюзий — *парейдолические иллюзии*, когда вместо элементарных объектов восприятия (игра светотени, лепнина и трещины на потолке, рисунок ковра или обоев и др.) человек видит сценopodob-

ные причудливые образы (фантастических персонажей, животных и т.п.). Разнообразные зрительные иллюзии характерны для болезненно измененного (помраченного) сознания.

**Галлюцинации** (от лат. *hallucinatio* — видение) — мнимое «восприятие» несуществующих предметов и явлений или находящихся за пределами досягаемости органов чувств. Галлюцинации традиционно относят к расстройствам восприятия, часто определяя их как «восприятие без объекта».

Однако воспринимать то, что не существует или не досягаемо для органов чувств, нельзя (если исключить особые парапсихологические способности, приписываемые некоторым людям). По мнению большинства психологов и психиатров, это особое, как правило, *болезненные представления*, которые субъект не в состоянии отличить от восприятия и переживает как восприятие. При этом образы, хранящиеся в памяти, или представления человек «воспринимает» и переживает как реально существующие. Поэтому по механизму возникновения галлюцинации в большей степени относятся к расстройству представлений, чем восприятий.

Например, больной алкоголизмом ночью «видит», как к его окну подлетает «космический объект», похожий на летающую тарелку. Из него выходят два «инопланетянина», одетых в скафандры с антеннами в виде рогов и предлагают отправиться в путешествие вместе с ними. Больной вступает с «пришельцами» в диалог, просит не забирать его с собой, так как он обещал начальнику выполнить срочное задание. Спасаясь от возможного насилия со стороны «инопланетян», больной забаррикадировался в одной из комнат, связал простыни, надеясь по ним спуститься через окно.

Другая больная, наряду с реальными большими в палате, «видит» бандитов, «вооруженных ножами и топорами, которые угрожают ей расправой, хотя «четвертовать», направляют на нее «специально обученных собак-людоедов». В страхе она прячется под кровать, просит защитить ее от «бандитов».

Чувство объективной реальности при «восприятии» мнимых объектов имеет место лишь у больных с истинными галлюцинациями. В случае нарушения восприятия по типу *псевдогаллюцинаций* «воспринимаемые» образы предметов и явлений отличаются от обычных и не связаны с внешней обстановкой. Тем не менее критика к ним у субъекта также отсутствует. Больные убеждены, что они действительно «видят», «слышат», «осязают» мнимые предметы и явления. Менее детально, чем при истинных галлюцинациях, выражены чувственный компонент и структура псевдогаллюцинаторных образов. В переживании псевдогаллюцинаторных образов присутствуют их «ненатуральность», они как бы вызваны извне. Псевдогаллюцинаторные голоса чаще «слышатся» внутри головы или во внешнем пространстве за пределами остроты обычного слуха (из другого города, космического пространства и т.п.). Зрительные образы

воспринимаются как проекция предметов, которую создают при помощи аппаратуры или особых методов воздействия (телепатия, гипноз, магия и т.п.). Как и истинные галлюцинации, псевдогаллюцинации являются мощным регулятором поведения больных, которые под их воздействием могут совершать действия, опасные для себя или окружающих.

*Галлюцинации в зависимости от того, какими органами чувств они «воспринимаются», делятся на слуховые, зрительные, тактильные, обонятельные, вкусовые, галлюцинации общего чувства.*

Подробное изучение клиники и дифференциальной диагностики галлюцинаций входит в курс психиатрии, поэтому в данном разделе мы остановимся лишь на моментах, актуальных для работы врача общей практики. Врач должен знать этиологическую предпочтительность того или иного типа галлюцинаторных расстройств. Например, яркие зрительные истинные галлюцинации характерны для состояний интоксикации, преимущественно экзогенного характера (алкоголизм, наркомании и токсикомании, инфекционные заболевания, соматические заболевания с выраженными нарушениями метаболизма и др.) Чаще *зрительные галлюцинации* входят в структуру более сложных синдромов (*делирий, сумеречное помрачение сознания*), но могут присутствовать и в виде *галлюциноза*.

Галлюцинации, как правило, являются симптомом психоза, т.е. грубого психического расстройства, иногда кратковременного. Так, причиной зрительных галлюцинаций может быть состояние опьянения психоактивными веществами — галлюциногенами (ЛСД, фенциклитин, экстази, циклодол, грибы-псилоцибы и др.).

Очень редко галлюцинации могут возникать у здоровых людей под воздействием внушения (случаи массовых «психозов», когда группа людей видит «летающие тарелки», «снежного человека» и т.п.).

Своеобразные галлюцинаторные расстройства иногда имеют место при заболеваниях глаз (глаукома, катаракта и др.). Они названы по имени *Шарля Бонне*, описавшего зрительные обманы восприятия у 89-летнего мужчины, страдавшего катарактой. Аналогичные по генезу слуховые галлюцинации при заболеваниях органа слуха (хронические отиты, отосклероз) описаны Е.А.Поповым. Для данного типа галлюцинаторных расстройств характерны: 1) отражение актуальных для больного переживаний; 2) отсутствие бредовой интерпретации; 3) ясность сознания; 4) критическое отношение больного к имеющимся галлюцинаторным переживаниям, которые он отличает от реальных впечатлений.

В клинической практике врача встречаются *висцеральные и висцероскопические галлюцинации*. Больные «ощущают», а иногда и «видят» внутренним зрением в полостях своего тела живых существ, инородные предметы, которые якобы нарушают деятельность внутренних органов. Возможны так называемые генитальные галлюцинации, описанные В.Маньяном (1895). Больные чувствуют, что про-

изводятся непристойные манипуляции с их половыми органами. Подобные расстройства встречаются при органических заболеваниях головного мозга, а также у больных шизофренией. *Аутоскопические галлюцинации* (больные «видят» свои внутренние органы, мозг, их работу и т.п.) могут наблюдаться при интоксикации психоактивными веществами (гашиш, другие галлюциногены и психоделики).

К врачам дерматологам могут обращаться больные с *тактильными галлюцинациями*, «ощущающие» на коже или под кожей ползающих червей, насекомых. Испытывая дискомфорт, а чаще крайне тягостные ощущения, больные расчесывают кожу, пытаются расковыривать ее, чтобы извлечь «насекомое». Встречаются подобные расстройства чаще у больных шизофренией, редко — при органических заболеваниях головного мозга. Кроме того, тактильный галлюциноз может наблюдаться у больных, злоупотребляющих такими психоактивными средствами, как амфетамин (фенамин) и первитин (эфедрон).

Висцеральные и тактильные галлюцинации отличаются от сенестопатий своей предметностью, более определенной локализацией.

Еще одним видом галлюцинаторных расстройств, при которых больные обращаются за помощью к врачам-интернистам, являются *обонятельные галлюцинации*. Больные «чувствуют» дурные запахи (пота, кишечных газов и др.), якобы исходящие от их тела. Встречаются подобные расстройства, как правило, при шизофрении.

Даже эти немногие иллюстрации показывают, что патологически измененные ощущения и восприятия, своевременно не распознанные врачом, могут привести к диагностическим ошибкам, а следовательно, к неправильному лечению и нарушению взаимопонимания между врачом и больным.

Галлюцинаторные расстройства нередко серьезно отражаются на поведении больных. Под их влиянием последние могут совершать поступки, представляющие опасность для их здоровья и жизни, а также для здоровья и жизни окружающих. Особую опасность представляют императивные галлюцинации. У большинства больных критика к своим галлюцинаторным переживаниям и поведению недостаточная или полностью отсутствует. Их нельзя убедить в ошибочности, «мнимости», болезненности имеющихся «восприятий». Врач общей практики должен знать, что галлюцинации — признак грубого расстройства психической деятельности (психоза), и таким пациентам требуется помощь психиатра.

Больные часто неохотно говорят о своих переживаниях, иногда активно их скрывают (диссимулируют), поэтому для выявления галлюцинаторных расстройств требуются определенные навыки расспроса больного, а также наблюдение за его мимикой и поведением.

Помимо выраженных нарушений ощущений и восприятия, в том числе телесных, врачу необходимо учитывать особенности

нормальных ощущений и восприятия у пациентов, так как они могут существенно влиять на описание больными самочувствия, изложение жалоб и анамнестических сведений и, соответственно, сказываться на диагностике и лечении. Клинический метод является основным для выявления и оценки перцепторных нарушений и расстройств восприятия. Он включает в себя расспрос пациента об имеющихся у него ощущениях, необычных зрительных, слуховых феноменах и других переживаниях, имеющих отношение к сфере чувственного познания. При этом задаваемые вопросы, уточнение жалоб и других высказываний пациента не должны содержать подсказки с элементами внушения. Метод наблюдения за поведением больного как непосредственно врачом, так и медицинским персоналом, родственниками, другими пациентами позволяет выявить признаки галлюцинаторных расстройств и предупредить вызываемые ими опасные действия.

Степень точности, чувственной насыщенности ощущений и восприятий индивидуальны и связаны с морфофункциональными особенностями анализаторов, личностными особенностями и актуальным психическим состоянием. Это имеет значение и в работе врача, в частности при овладении им навыками физикального обследования пациента (пальпация, перкуссия, аускультация). Восприятие и, соответственно, необходимые навыки могут развиваться и совершенствоваться в процессе обучения и приобретения профессионального опыта. Систематическая работа под руководством опытных врачей развивает и укрепляет способность начинающего врача сосредотачиваться на воспринимаемых объектах (внешний осмотр, физикальное обследование), улавливать важные диагностические признаки.

### **3.3. Внимание**

Внимание является одним из важнейших элементов психической деятельности человека, обеспечивающих познавательный процесс.

**Внимание** — это направленность, сосредоточенность сознания человека на каком-либо объекте, явлении или виде деятельности, например, на объектах внешнего мира или собственных мыслях и переживаниях. Оно связано со всеми психическими процессами, прежде всего с памятью, мышлением, эмоциями, волей, потребностями, интересами. От состояния внимания зависят деятельность человека, его ориентировка, адаптация в окружающей среде.

#### ***Виды внимания***

**Непроизвольное (пассивное) внимание** осуществляется непреднамеренно, без волевых усилий, определяется самим объектом и актуальным психическим состоянием человека. Влияние внешних факторов на непроизвольное внимание заключается в том, что для его

поддержания имеют значение новизна раздражителей, их контрастность. Так, монотонный звук или приглушенный свет притупляют внимание, а вспышка света или увеличение интенсивности звука — обостряют. Пример непроизвольного внимания — внимание детей, характеризующееся неустойчивостью, отвлекаемостью.

**Произвольное (активное) внимание** — сознательное, волевое сосредоточение на каком-либо объекте или виде деятельности нередко с включением установок в форме внутренней речи.

### ***Характеристики внимания***

**Объем внимания** — количество объектов, которые одновременно могут находиться в сфере внимания человека.

**Устойчивость внимания** — способность в течение длительного времени сохранять внимание на одном объекте, роде занятий, противостоять отвлечению внимания.

**Концентрация (сосредоточенность) внимания** — способность фокусировать внимание на одних объектах, игнорируя другие при наличии помех.

**Переключаемость внимания** — сознательное быстрое перемещение внимания с одного объекта на другой без существенной потери способности к концентрации.

**Распределение внимания** — способность направлять и сосредотачивать внимание одновременно на нескольких объектах или выполнении различных действий.

### ***Изменения внимания и их значение в клинической практике***

Среди нарушений внимания наиболее распространенными и значимыми являются:

**Повышенная истощаемость внимания** — нарушение всех основных параметров внимания при психической нагрузке вследствие патологической утомляемости.

**Нарушение концентрации внимания** — ослабление или утрата способности сосредотачивать внимание на конкретных объектах и явлениях.

**Отвлекаемость внимания** — снижение избирательности внимания, неспособность длительно сосредоточиться на одном объекте, отвлечение внимания на посторонние раздражители и детали.

**Сверхотвлекаемость внимания** — переключение внимания на самые незначительные изменения в окружающем или спонтанное рассредоточение при отсутствии каких-либо изменений.

**Инертность внимания** — недостаточная переключаемость внимания с одного объекта или вида деятельности на другой.

Состояние внимания пациента имеет важное значение в практике врача начиная со сбора анамнеза, когда неспособность больного сосредоточиться, отвлекаемость затрудняют получение необходи-

мых сведений, и заканчивая назначениями, которые также могут быть не восприняты больным из-за его невнимательности. Не меньшие сложности в клинической работе может доставлять недостаточная способность пациента к переключению внимания, фиксация на одних моментах и игнорирование других. Подобные качества присущи лицам с определенными характерологическими особенностями (наличием черт психической ригидности), а также пациентам с ипохондрическими расстройствами.

Врач в своей работе должен учитывать, что внимание больного человека сосредоточено на его болезни. Поэтому он будет избирательно обращать внимание и обостренно воспринимать все, что касается состояния его здоровья, подчас неправильно интерпретируя полученную информацию и игнорируя те рекомендации врача, которые, по мнению больного, не заслуживают внимания.

Следует также помнить, что любое соматическое заболевание, сопровождающееся значительными астеническими расстройствами, психофизической истощаемостью, приводит к выраженной неустойчивости и истощаемости внимания. Больной обнаруживает рассеянность, постоянно переспрашивает собеседника (врача), особенно часто к концу беседы. Иногда истощаемость внимания настолько выражена, что может быть ошибочно принята за интеллектуальную недостаточность больного.

Расстройства внимания, кроме того, могут входить в структуру других психопатологических синдромов. Так, отвлекаемость внимания характерна для маниакальных состояний. При острых бредовых расстройствах отмечаются явления растерянности, при которой имеет место свертотвлекаемость внимания. Грубые нарушения внимания возникают при расстройствах сознания.

В повседневной клинической практике оценить состояние внимания пациента можно в ходе беседы и обследования по его сосредоточенности или отвлекаемости на случайные раздражители (посторонний разговор, уличный шум, какой-то предмет, попавший в поле зрения и т.п.), способности удерживаться на одной теме разговора и переключаться на другую, точности выполнения инструкций и ответов на вопросы в начале и в конце обследования.

Не меньшее значение имеют индивидуальные качества внимания врача, как в процессе его обучения, так и профессиональной деятельности. Индивидуальные свойства внимания должны учитываться при выборе врачебной профессии вообще и ее более узкого направления. Например, такое свойство, как переключаемость внимания, особенно необходимо в работе врачей, занятых оказанием urgentной помощи, оперирующих хирургов. Распределение внимания необходимо врачам, когда требуется одновременный контроль за несколькими пациентами или за большим числом показателей состояния больного. Умение врача сконцентрировать свое внимание, не упустить малейшие изменения в состоянии

больного позволяет избежать многих ошибок при диагностике и лечении.

На процесс внимания врача оказывают влияние его заинтересованность в своей деятельности, объем и качество профессиональных знаний, навыки и умения. Психологическое состояние врача, его собственные переживания (волнение, тревога, страх, подавленность, злость и др.), а также выраженное переутомление приводят к нарушениям внимания, которые могут пагубно отразиться на результатах его работы и нанести вред здоровью пациента.

### **3.4. Память**

В ассоциативной деятельности, наряду с мышлением, не меньшее значение имеют *мнестические процессы*, или *процессы памяти*, обеспечивающие способность объединить настоящее с прошлым, пережитое с переживаемым, создавать условия для предвосхищения (антиципации) событий, накапливать навыки, знания, опыт. Таким образом, память представляет собой систему сложных ассоциативных динамических структур.

**Память** — это процесс отражения прошлого опыта и действительности, заключающийся в запоминании (фиксации), сохранении (ретенции), воспроизведении (репродукции) и забывании (амнезии) информации.

Память классифицируют по *формам и видам*.

#### **Формы памяти:**

*По происхождению* — видовая (генетическая), включающая совокупность врожденных реакций, способствующих сохранению жизни индивида, и индивидуальная (приобретенная).

*По времени сохранения информации* — кратковременная, или оперативная (сохранение информации без повторения до 30 с), и долговременная.

*По характеру процесса фиксации и воспроизведения* — произвольная (запоминание и воспроизведение происходят автоматически, без постановки специальных целей и приложения особых волевых усилий) и произвольная, когда сознательно ставится определенная цель, прилагаются волевые усилия, используются вспомогательные меры (повторение, записи, тренировки и т.п.).

Проявления человеческой памяти чрезвычайно многообразны. Это объясняется тем, что память носит сквозной характер в психической деятельности человека и, по сути, является универсальным интегратором психики.

#### **Виды памяти:**

*Механическая память* — запоминание осуществляется путем многократного стереотипного повторения материала без его осмысления и установления внутренних связей. Используется для запоминания имен, дат, номеров телефонов и другой информации, с трудом поддающейся логическому осмыслению.



*Наглядно-образная память (конкретная)* — запоминание наглядных образов воспринимаемых предметов и явлений действительности (формы, цвета, звуков т.д.). Данный вид памяти лежит в основе такого явления, как *эйдетизм*, — способность после однократного знакомства с объектом безошибочно воспроизвести его в мельчайших подробностях.

В зависимости от степени участия в процессе запоминания и воспроизведения тех или иных анализаторов, образная память делится на:

- зрительную, обеспечивающую фиксацию, удержание и воспроизведение зрительных образов предыдущего опыта (особое значение имеет для художников, архитекторов, конструкторов, врачей и др.);
- слуховую, позволяющую запоминать, удерживать и воспроизводить различные характерные звуки, шумы, мелодии, голоса и т.д. (важна для музыкантов, врачей-интернистов при прослушивании тонов сердца, различных шумов и т.д.);
- обонятельную, позволяющую запоминать запахи (необходима в работе парфюмеров, врачей различных специальностей);
- вкусовую, дающую возможность запоминать вкусовые ощущения (наиболее важна в работе дегустаторов);
- моторную (двигательную), проявляющуюся в запоминании и воспроизведении движений и их схем (необходима танцовщикам, пианистам, спортсменам, врачам, работа которых связана с манипуляциями, — хирургам, эндоскопистам и др.).

*Смысловая память* включает две разновидности: *словесно-логическую память*, предусматривающую активное участие мышления для организации информации, установления существенных связей и взаимозависимостей, облегчающих запоминание, и *словесно-отвлеченную память*, обеспечивающую запоминание словесного и абстрактного материала (понятия, смысл, символы и т.д.).

*Эмоциональная память* — память на пережитые чувства; позволяет сохранить и воспроизвести пережитые человеком чувства и события, имевшие значимую эмоциональную окраску. Пережитые и сохраненные эмоции выступают как побудительные силы к совершению или отказу от того или иного поступка.

Помимо процессов запоминания, удержания и воспроизведения, важное значение в мнестической функции имеют процессы *забывания и узнавания*.

**Забывание** — исчезновение, выпадение из памяти, процесс угасания прежней информации, чувств, имевшихся навыков. Забывание часто является естественным и весьма целесообразным процессом, так как если бы его не существовало, мозг человека был бы переполнен огромным количеством ненужной ему информации. Считается, что сохранение и забывание являются разными характеристиками одного процесса: сохранение — это борьба с забыванием; при этом подразумевается сохранение лишь нужной информации.

**Узнавание** — появление чувства уже знакомого при повторном восприятии. Воспроизведение отличается от узнавания тем, что образы, закрепленные в памяти, «оживают» без опоры на повторное восприятие.

«Чистые» виды и типы памяти обычно не встречаются. Речь может идти о преобладании определенного типа памяти. Люди, у которых преобладает слуховая память, предпочитают услышать информацию, поскольку они лучше усваивают материал, когда слушают, а не когда записывают; включение же в процесс запоминания зрительного анализатора приводит к торможению слухового и наоборот.

Встречающаяся у некоторых людей так называемая *синестезия анализаторов* означает их содружественное участие в мнестических процессах. При воспроизведении зрительной информации оживляются «энграммы» (следы) сопутствовавшего ей ранее звукового ряда, которые способствуют припоминанию информации.

У лиц со словесно-логическим типом памяти появляются общие представления о содержании услышанного или прочитанного в виде определенных смысловых блок-схем, способствующих сохранению в памяти цепочки ассоциаций. Иногда для лучшего запоминания не связанной по смыслу информации создают искусственные связи — так называемая *мнемотехника*. При этом используют прием «привязывания» информации, нуждающейся в запоминании, к хорошо знакомым объектам. Например, студенты для запоминания анатомических взаимоотношений используют слово «*нева*» (означает последовательность расположения в нервно-сосудистом пучке нерва, вены, артерии).

### ***Изменения памяти и их значение в клинике***

На качество памяти влияет множество факторов: индивидуальные особенности мозга и психики человека, включая наследственные и приобретенные качества, психофизическое состояние человека, его способность к концентрации внимания, установка, важность информации, повторение, применение дополнительных мнемотехнических приемов.

**Гипермнезия** (от греч. *hyper* — над, сверх; *mnesis* — воспоминание) — усиление памяти. Проявляется необычным, чаще врожденным, усилением возможностей запоминания. Встречается редко и существенного значения в клинической практике врача не имеет. В некоторых случаях наблюдается способность удерживать в памяти обильную малосущественную информацию (расписания движения транспорта, даты, номера телефонов и т.п.), причем это свойство памяти не зависит от интеллекта человека и может встречаться даже при умственной отсталости. Проявления гипермнезии могут возникать на фоне болезненно повышенного настроения, когда продуктивность запоминания и воспроизведения резко увеличивается.

**Гипомнезия** — ослабление памяти — может быть как постоянной, например, у лиц с резидуально-органической церебральной недостаточностью (вследствие патологии беременности, патологии родов, интоксикации, перенесенных черепно-мозговых травм и т.д.), так и преходящей, возникающей, например, на высоте интоксикации при инфекционных и соматических заболеваниях и в период реконвалесценции на фоне глубокой астении. Типична гипомнезия для многих лиц пожилого и, особенно, старческого возраста, у которых она преимущественно связана со старением и атеросклерозом сосудов головного мозга. Кроме того, явления гипомнезии могут наблюдаться у депрессивных больных.

**Амнезия** — полное выпадение из памяти событий, имевших место в определенный период времени, или той или иной конкретной ситуации.

### *Систематика амнезий*

#### **По отношению к периоду времени:**

- ретроградная амнезия — утрата воспоминаний о событиях, предшествовавших острому периоду болезни;
- антероградная амнезия — утрата воспоминаний о текущих событиях, происходивших в период, следующий за острым этапом болезни, при этом кратковременная память обычно сохранена;
- конградная амнезия — полное или частичное выпадение воспоминаний о событиях острого этапа болезни (как правило, проявляющегося нарушением сознания);
- ретроантероградная (тотальная) амнезия — выпадение из памяти событий до, во время и после острого периода болезни.

#### **По преимущественному нарушению функции памяти:**

- фиксационная амнезия — резкое ослабление или отсутствие способности запоминать текущие события, вследствие чего возникает амнестическая дезориентировка, память на прошлые события и профессиональные навыки сохранены;
- анэфория — неспособность к произвольному воспоминанию тех или иных фактов, событий, слов, извлечь которые из памяти можно только после подсказки.

#### **По динамике:**

- прогрессирующая амнезия — распад памяти в соответствии с правилом Рибо (выпадение воспоминаний идет в порядке, обратном формированию памяти: первоначально утрачиваются сведения и события, приобретенные в последнее время при сохранении более ранних сведений, происходит своеобразный «сдвиг ситуации в прошлое»);
- ретардированная амнезия (отставленная или запаздывающая) — события выпадают не сразу, а спустя некоторое время после болезненного состояния;

- стационарная амнезия — стойкий дефект памяти, фактически не имеющий динамики;
- регрессирующая амнезия — амнезия с постепенным восстановлением памяти, которое никогда не бывает полным.

**По механизму амнезии:**

- аффектогенная (кататимная) — пробелы в памяти возникают под влиянием выраженного эмоционального напряжения, вызванного конкретной ситуацией, и касаются именно данной ситуации, в частности при эмоционально-шоковых реакциях;
- истерическая амнезия — возникает психогенно по механизму вытеснения (из памяти выпадают лишь отдельные неприятные события и впечатления, неприемлемые для личности).

Нередко наблюдается *частичная* (перфорационная), или *парциальная амнезия* (палимпсест или блэкаут), при которой информация о каком-то отрезке времени фиксируется лишь частично, часть эпизодов не запоминается. Подобные явления чаще всего бывают на высоте интоксикации, в том числе при тяжелом алкогольном опьянении.

К нарушениям мнестического процесса относятся и *парамнезии*: *конфабуляции* (провалы памяти заполняются вымышленными событиями), *псевдореминесценции* (нарушение в памяти хронологии событий, когда реальные события переносятся из далекого прошлого в недавнее или настоящее), *криптомнезии* (источник излагаемых больным событий, якобы происходивших с ним, остается неясным, часто это эпизоды, услышанные от других людей, прочитанные в книге, виденные во сне).

Расстройства памяти характерны в основном для органической патологии головного мозга (последствия черепно-мозговой травмы, нейроинфекции, интоксикации, опухоли и др.). При массивных поражениях головного мозга возможны грубые нарушения и выпадения памяти, связанные с зонами повреждения. К структурам мозга, задействованным в механизмах памяти, относятся: гиппокамп, миндалина, таламус, мамиллярные тела, мозжечок, кора больших полушарий. Известно, что повреждение гиппокампа ухудшает долговременную память, лобных долей — смысловую, доминантного (левого) полушария — вербальную.

**Амнестический синдром Корсакова**, включающий фиксационную амнезию, связанную с ней дезориентировку в окружающем и возможные парамнезии, может встречаться при алкоголизме (алкогольной энцефалопатии — органическом поражении головного мозга алкогольного генеза), а также у больных с последствиями черепно-мозговых травм, опухолями головного мозга, нарушениями церебрального кровообращения, токсическими энцефалопатиями.

Для врачей общей практики важно помнить о частых нарушениях памяти разной степени выраженности у пациентов пожилого и старческого возраста, связанных с артериосклерозом головного

мозга или началом атрофических процессов в мозге (болезнь Альцгеймера).

О состоянии и особенностях памяти пациента врач может судить в определенной мере на основании сбора анамнеза и ответов на дополнительные вопросы (воспроизведение фактов личной жизни, хронологии развития заболевания, школьных или профессиональных знаний, исторических событий, и т.д.). При ослаблении памяти и, тем более, при ее выраженных расстройствах больной не способен достоверно изложить анамнестические сведения, забывает принимать лекарства, путает и не выполняет врачебные рекомендации. Для более полной оценки характера и глубины расстройств памяти применяются специальные тесты, описанные в соответствующей главе.

Для врача состояние памяти имеет исключительно важное значение в связи с тем, что ему приходится запоминать большой объем информации (анатомические и физиологические термины, названия лекарств и их дозы, симптомы болезней, биохимические параметры, сведения о состоянии конкретных больных и т.д.). Хорошая всесторонне развитая память необходима для приобретения клинического опыта и успешной врачебной деятельности. Недостаточность памяти врача чревата грубыми ошибками в профессиональной деятельности и самыми серьезными негативными последствиями для пациентов.

### **3.5. Ассоциативная деятельность**

В основе сложных психических процессов познания (когнитивных процессов) лежит соединение (ассоциация) образов представлений и образов впечатлений в единые, целостные системы, отражающие взаимодействие, взаимопроникновение, внутреннюю общность и особенность объектов окружающей действительности. Таким образом, мнестико-ассоциативная деятельность, обеспечивающая высший уровень познавательного процесса, определяется взаимосвязанными функциями мышления и памяти.

#### **3.5.1. Мышление, язык, речь**

**Мышление** является высшей ступенью познания действительности и представляет собой психологический процесс опосредованного и обобщенного отражения предметов и явлений в их существенных связях и отношениях. Будучи более сложной формой психической деятельности по сравнению с процессами ощущения и восприятия мышление человека всегда опирается на индивидуальный чувственный опыт, полученный при их помощи, и исходит из обобщенного опыта, накопленного всей историей человечества.

Для мыслительной деятельности человека необходима не только взаимосвязь с чувственным познанием, но и с *языком, речью*. Только с появлением речи становится возможным отвлечь от познаваемого

объекта те или иные его свойства и закрепить представление или понятие о нем в специальном слове. Человеческое мышление, в каких бы формах оно не осуществлялось, невозможно без языка. Всякая мысль возникает и развивается в неразрывной связи с речью. Мысль формулируется и закрепляется при помощи слов и благодаря этому она не исчезает и не угасает, едва возникнув. Формулирование мыслей в речевом процессе является важнейшим условием их формирования. Большую роль в этом процессе может играть и так называемая внутренняя речь. Мысли могут прочно фиксироваться в речевой формулировке — устной или письменной. Поэтому всегда существует возможность в случае необходимости вернуться к этой мысли, еще глубже ее продумать, проверить и в ходе рассуждения соотнести с другими мыслями.

**Язык и речь** человека являются, таким образом, орудием его мышления и важнейшим структурным элементом психики. Мышление и речь имеют единую психофизиологическую основу, названную И.П.Павловым второй сигнальной системой. В основе ее функционирования лежит *слово* как обобщенный абстрагированный сигнал, воздействующий на психику человека, а через нее и на весь организм не меньше, чем сама реальная действительность. Слово, как известно, может оказывать негативное влияние на психику человека (психическая травма, ятрогения), а также позитивное (словесное воздействие является одним из способов психотерапии).

#### **Функции языка:**

- 1) орудие интеллектуальной деятельности (восприятия, памяти, мышления, воображения);
- 2) средство общения (коммуникации);
- 3) средство усвоения и передачи общественно-исторического опыта;

#### **Функции речи:**

- 1) сигнификативная (средство обозначения) — обозначение при помощи слов предметов и явлений (присвоение им названий);
- 2) обобщающая — выделение существенных признаков предметов и явлений и объединение их в группы;
- 3) коммуникативная — внешнее речевое поведение, направленное на контакт с другими людьми; выделяют информационную, экспрессивную (выразительную) и волеизъявительную формы речи.

#### **Содержательные компоненты мышления.**

**Представление** — формирование образа предмета или явления на основе прежних восприятий, прошлого опыта, в котором могут сохраняться и конкретные, и несущественные признаки. Представление не всегда является копией прежних восприятий. Можно представить образ никогда не виденного фантастического существа, используя механизм воображения, соединяя и изменяя сочетание разных элементов прошлых восприятий. По чувственности, яркости, четкости представления, как правило, существенно уступают вос-

приятию. Они не проецируются вовне, переживаются как субъективная интрапсихическая продукция, бывают произвольными и непроизвольными.

**Понятие** — мысль, в которой отражаются общие, существенные и отличительные (специфические) свойства предметов и явлений. Любое понятие содержит совокупность существенных признаков. От представления оно отличается тем, что выражает мысль в слове и отражает существенные признаки предметов и явлений действительности (человек, пациент, артист, клиника, высшее учебное заведение, снегопад и т.д.). Содержание понятий выражается в суждениях, которые всегда выражаются в словесной форме — устной или письменной.

**Суждение** — сравнение понятий между собой на основании их сущности и значения и отражение связей между предметами и явлениями или между их свойствами и признаками. Формулируются суждения в виде мыслей. Суждения образуются двумя способами: 1. *Непосредственно* — когда в них выражено то, что воспринимается; при этом подтверждается или отрицается наличие каких-либо признаков предметов или явлений (цвет, размер, форма и т.п.), отношения между отдельными предметами и явлениями (выше, длиннее, громче и т.п.). Пример непосредственного суждения: «У пациента стул черного цвета (дегтеобразный)». 2. *Опосредованно* — путем рассуждений. Пример: «У пациента кашицеобразный стул черного цвета (мелена), что может свидетельствовать о желудочном кровотечении, так как известно, что подобный признак характерен для данного вида патологии».

**Умозаключение** — установление связей между суждениями и формулирование выводов, базирующихся на серии предыдущих рассуждений. Вот умозаключение, вытекающее из суждений, приведенных в предыдущем примере: «У больного имеет место патология желудка или кишечника, возможно, язвенная болезнь или распадающаяся опухоль, так как наличие дегтеобразного стула (мелены) свидетельствует о возможном желудочно-кишечном кровотечении, которое чаще всего бывает при данном типе патологии». В умозаключении и рассуждении наиболее отчетливо проявляется опосредованная форма познания действительности.

**Операциональные компоненты мышления (система мыслительных операций):**

- анализ — мысленное разделение целого на части и выделение отдельных признаков предметов и явлений;
- синтез — объединение отдельных элементов, соединение частей в целое;
- абстрагирование — выделение наиболее важных признаков и отвлечение от несущественных признаков и свойств;
- сравнение — выявление сходства и различия между предметами и явлениями;

- обобщение — объединение объектов по их существенным признакам и свойствам и по причинно-следственным связям;
- классификация — разделение и последующее объединение предметов по каким-либо признакам или основаниям;
- систематизация — обеспечение разделения и последующего объединения с образованием групп и классов объектов и явлений.

#### **Основные виды мышления:**

- предметно-действенное — относительно простой вид мышления, наиболее рано развивающийся в онтогенезе, предполагает опору на ощущения и восприятие, возникающие при конкретных действиях с предметом, т.е. мыслительная задача решается непосредственно во время деятельности;
- наглядно-образное — опирающееся на восприятие, представления, образы; оно является более гибким и разнообразным по сравнению с предметно-действенным;
- словесно-абстрактное (понятийное) — лишенное непосредственной наглядности, оперирующее понятиями, которые обозначаются словесными и абстрактными символами, позволяющее установить наиболее общие закономерности в развитии природы и общества, отражая отдельные свойства и качества объектов вне их связи с другими особенностями тех же объектов.

Все виды мышления тесно взаимосвязаны. У каждого человека в определенной степени развиты все виды мышления, но какой-то вид всегда преобладает. Помимо основных видов мышления, выделяют такие формы мышления, как:

- эмпирическое, использующее непосредственное сравнение внешне сходных общих признаков предметов и явлений, важных для последующих действий;
- теоретическое — более высокий уровень мышления, не нуждающийся в предметно-чувственной основе, предполагающий анализ внутренних характеристик изучаемых явлений;
- эвристическое (вероятностное) — опирающееся не на непосредственно воспринимаемые явления, а на учет степени вероятности (возможности) ожидаемых явлений.

#### *Изменения мышления и речи и их значение в клинике*

Психологи и психиатры исходят из того, что отражением нарушений мышления и их генеза является язык. Именно через речь можно оценить характер и глубину нарушений мышления и разрыв его с реальностью. Нарушения мышления делятся на две группы: нарушения по форме (формально-логические) и по содержанию.

#### **Формально-логические расстройства.**

##### **1. По темпу:**

- ускорение мышления и речи; при крайней степени выраженности могут отмечаться «скачка идей» и речевое недержание в виде логореи;



- замедление мышления и речи (в речи отмечаются явления брадифазии).

## **2. По стройности:**

- разорванность (нет логической связи между мыслями и предложениями, страдает смысловая сторона мышления при сохранении грамматической, иными словами, бессмыслица облечена в грамматически правильную форму);
- бессвязность (нет связи между словами, страдает как логическая, так и грамматическая связь);
- инкогерентность (нет связи между слогами в произносимых словах, в речи могут присутствовать неологизмы);
- вербигерация (стереотипное повторение отдельных слов или словосочетаний);
- паралогическое мышление (умозаключение строится вразрез с логикой);
- перерывы в мышлении (шперрунги), «закупорка мыслей».

Практически все виды нарушения стройности мышления и речи встречаются при шизофрении. Грубые расстройства по типу бессвязности, вербигераций наблюдаются при тяжелых соматических и неврологических заболеваниях с нарушением сознания.

## **3. По целенаправленности:**

- резонерство («бесплодное мудрствование», или рассуждения на отвлеченные темы, лишённые цели и смысла);
- аутистическое мышление (одностороннее, оторванное от реальности, захватывающее лишь внутренний мир больного);
- символическое мышление (выводы строятся на основании случайных ассоциаций либо отдельным мыслям и словам придается малопонятный или непонятный для окружающих, особый смысл);
- разноплановость (суждения и умозаключения формируются на основании разных принципов);
- неологизмы — использование в речи необычных, странных слов или особого шифра;
- персеверации (затруднено образование новых ассоциаций, отмечается застревание на одной ассоциации — первоначально правильный ответ на вопрос повторяется в новых обстоятельствах и становится бессмысленным);
- вязкость мышления (трудности переключения с одной темы на другую) и обстоятельность мышления (неспособность отделять главное от второстепенного).

Резонерство, разноплановость, аутистическое и символическое мышление характерны для шизофрении. Обстоятельность, вязкость мышления наиболее часто встречаются у больных эпилепсией, а также у больных с органическими заболеваниями головного мозга, сопровождающимися явлениями выраженной энцефалопатии (посттравматической, интоксикационной, сосудистой и др.).

Расстройства речи по типу **афазии** наблюдаются при поражении определенных (речевых) зон коры головного мозга. При *сенсорной афазии* нарушается понимание речи окружающих и письменной речи. При *моторной афазии* понимание речи сохранено, но отмечается неспособность произносить слова. *Амнестическая афазия* проявляется неспособностью называть предметы. Крайне обедненная речь с явлениями *тотальной афазии* и утрата всех видов речи могут наблюдаться при тяжелых атрофических заболеваниях головного мозга (болезнь Альцгеймера).

При истерическом неврозе, а также после неожиданных душевных потрясений (чаще у лиц с истерическими чертами характера) могут развиваться *функциональные расстройства речи* — афония (потеря голоса) или заикание.

### **Продуктивные расстройства (расстройства по содержанию).**

К ним относятся бредовые, навязчивые и сверхценные идеи.

**Бредовая идея** — идея, возникающая на патологической основе, не соответствующая действительности или ее искажающая; она полностью овладевает сознанием, определяет поведение и не поддается коррекции. Наличие бреда свидетельствует о грубом болезненном нарушении психики, требующем психиатрической помощи, так как больные не критичны к своим суждениям и поступкам, и их поведение может представлять опасность для окружающих или их самих.

**Навязчивая идея** — идея, возникающая у человека произвольно, сопровождающаяся переживанием чуждости и желанием избавиться от нее при сохранности критики.

**Сверхценная идея** — идея, возникающая в связи с реальными событиями, которые в сознании человека приобретают чрезмерное значение, связаны с его личностью, эмоционально переживаются с недостаточной критичностью к собственным высказываниям и поведению. Сверхценную идею от навязчивой отличает отсутствие критики и тесная связь с личностью больного, от бредовой — наличие реальной основы, психологической понятности, отсутствие изменений личности и мировоззрения.

Механизмы возникновения, клинические особенности и варианты патологических идей подробно изучаются в курсе психиатрии. Задача врача общей практики обратить внимание на соответствующие высказывания и поведение больного, которые могут определяться патологическими идеями, другими расстройствами мышления и своевременно обеспечить консультацию врача психиатра (в случае психоза) или рекомендовать пациенту самому обратиться за психиатрической или психотерапевтической помощью (при непсихотическом уровне расстройств). В случае неправильного поведения больного, представляющего непосредственную опасность для него самого и/или окружающих, врач обязан уметь оказать ему urgentную помощь до психиатрического освидетельствования.

При выраженных расстройствах мышления у больного невозможно получить анамнестические сведения, информацию о физическом состоянии, или она бывает искаженной и бесполезной. У большинства соматически больных грубые нарушения мышления и речи отсутствуют. Вместе с тем «нормальное» мышление всегда имеет индивидуальные особенности, существенно влияющие на лечебно-диагностический процесс. У одних пациентов более развито наглядно-действенное, или образное, мышление, у других — абстрактно-логическое. У каждого из них своя степень способности к логическому мышлению, переключению с одной мысли на другую и т.д.

В период значительной декомпенсации соматической патологии мышление и речь больных могут становиться замедленными, бедными по содержанию, что затрудняет изложение ими жалоб и понимание чужой речи. Врач должен учитывать особенности мышления больного и, набравшись терпения, постараться, по возможности, полно и достоверно установить жалобы и собрать субъективный анамнез. При разъяснении пациенту его состояния, предстоящего обследования и даче необходимых рекомендаций следует выбирать формы и выражения, доступные его пониманию.

Мыслительные способности имеют важное значение как в процессе профессиональной подготовки врача, так и в дальнейшей его деятельности. Индивидуальные особенности мышления должны учитываться при выборе будущего вида медицинской деятельности: врач хирург общей практики и сотрудник научной экспериментальной лаборатории, врач терапевт и клинический фармаколог и т.д.

Особое значение в работе практического врача имеет так называемое **клиническое мышление**, однозначного определения которого не существует. Оно представляет собой высшую форму реализации познавательных способностей человека применительно к задачам медицинской диагностики и лечения. Клиническое мышление включает в себя способность воспринимать, анализировать и синтезировать все данные о больном, привлекая к этому ранее встречавшиеся наблюдения, теоретические знания, интуицию, опыт постановки диагноза, определения прогноза и способов терапии. Клиническое мышление реализуется на основе логического, понятийного, образного и эвристического мышления, функционирующих содружественно и определяющих качества *творческого мышления*, необходимого в работе практического врача.

**Основные свойства творческого мышления** (по А.Л.Гройсману, 1998):

1. Гибкость мышления, т.е. способность быстро переходить от одного класса явлений к другому, подчас далекому по содержанию.

2. Свобода от шаблона, т.е. нетривиальность мышления, характеризующаяся поиском новых, не стандартных подходов к решению творческих задач.

3. Широта, определяющая возможность привлечения знаний из различных областей.

4. Критичность, характеризующаяся способностью верно оценивать объект собственной деятельности и ее результаты.

5. Глубина, определяемая степенью проникновения в сущность явлений.

6. Открытость – доступность различного рода привходящим идеям и суждениям.

7. Антиципация, или мышление, предвосхищающее события.

8. Независимость мышления, определяемая способностью самостоятельно и оригинально формулировать и решать задачи, не поддаваясь стороннему влиянию, и умением отстаивать свои позиции.

9. Реверсивность, т.е. умение перестроить мыслительную цепь в обратном направлении.

10. Эмпатичность – способность понимать ход мыслей другого человека.

### **3.5.2. Воображение**

Одной из составляющих познавательной деятельности является воображение – свойство, характерное только для человека и формирующееся в процессе психического онтогенеза.

**Воображение** – психический процесс создания новых образов на основе прошлого опыта. Оно связано с реальной действительностью и порождается ее запросами. На основе образов воображения создаются реальные предметы, процессы, явления. Воображение, таким образом, может стать стимулом к активной, преобразующей деятельности. Оно способно влиять на чувства.

**Приемы воображения** (создание ассоциативных образов):

- объединение частей отдельных предметов и явлений;
- подчеркивание общих признаков предметов и явлений;
- переосмысление на основе контраста, столкновения взглядов и теорий.

**Виды воображения:**

**Пассивное (непроизвольное)** – не требует специальных действий с привлечением внимания, воли, постановки целей и задач. Примерами пассивного воображения в норме могут служить сновидения, образы, появляющиеся в просоночном состоянии или перед засыпанием (по типу грез), имидж человека (образ привычек). Патологические состояния с расстройством пассивного воображения выражаются непроизвольным наплывом галлюцинаций.

**Активное (произвольное)** – целенаправленное сознательное создание образов, контролируемое мышлением. Это мечты, творчество. Активное воображение лежит в основе создания человеком чего-либо нового, в основе изобретений и научных открытий.

### *Значение воображения в клинической практике*

Воображение, будучи связанным с ощущениями, восприятием, памятью, мышлением, способно оказывать влияние на переживания больных, которые могут высказывать жалобы и предъявлять симптомы несуществующих болезней. Особенно это характерно для внушаемых и тревожно-мнительных личностей. В механизме самовнушения, способствующем возникновению некоторых форм психосоматических нарушений, существенную роль играет воображение, через которое происходит переключение с психического уровня расстройств на физический. Патологическое воображение лежит в основе так называемого синдрома Мюнхгаузена, при котором пациенты предъявляют жалобы и демонстрируют симптомы отсутствующих хирургических заболеваний (чаще клинику острого живота) и подвергаются повторным ненужным операциям. С другой стороны, наличие достаточно развитого воображения у больного может быть использовано в проведении психотерапевтических мероприятий (аутогенная тренировка, самовнушение, поведенческая психотерапия и др.).

Воображение в профессии врача необходимо при обучении. Оно позволяет лучше понять различные временные и пространственные феномены, полезно для формирования клинического мышления. Способность воображения влиять на чувства важна при общении с пациентом, так как помогает лучше понять и оценить его душевное состояние. Воображение лежит в основе такого качества, необходимого врачу, как *эмпатия*, под которой понимается способность к глубокому проникновению в мысли, чувства и действия другого человека, сопереживанию.

Произвольное воображение, связанное с мышлением и волей, может служить побуждением к преобразованию существующих объектов, ситуаций, созданию новых образов и их воплощению в реальную жизнь. Это касается как новых методов обследования и лечения, так и новых оригинальных идей этиологии и патогенеза заболеваний, прогрессивных методик инструментальных и лабораторных исследований, организации труда и т.д.

### **3.6. Способности и интеллект**

**Способностями** называются такие психические качества, благодаря которым человек сравнительно легко приобретает знания, умения и навыки и успешно занимается какой-либо деятельностью.

Различают общие и специальные способности. *Общие способности* характеризуют уровень психического (умственного) развития, от которого зависит процесс усвоения знаний, умений, навыков, необходимых для любого вида деятельности. *Специальные способности* — это способности к отдельным видам человеческой деятельности (к музыке, живописи, математике и т.д.).

Выделяют уровни развития способностей: высокий, средний, низкий. Высокий уровень развития специальных способностей, обуславливающих успешное самостоятельное и оригинальное выполнение какой-либо деятельности, называется *талантом*. Высшая степень талантливости с развитием выдающихся способностей называется *гениальностью*.

Наличие общих способностей необходимо человеку для успешного овладения определенными видами деятельности и их осуществления.

**Интеллект** (от лат. *intellectus* — познание, понимание или ум, рассудок) — это интегративная функция психики, заключающая в себе все познавательные способности человека. Основными предпосылками интеллекта являются мышление и память. Имеют значение воля, внимание и другие психические функции. Однако интеллект нельзя считать простой суммой когнитивных (познавательных) способностей. Интеллект оценивают по наличию способностей приобретать знания и умения, проникать в сущность явлений, устанавливать причинно-следственные отношения, планировать и предвидеть ход событий и использовать знания и умения на практике адекватно ситуации. В соответствии с определением *Векслера*, разработавшего одну из методик определения коэффициента интеллекта, *под интеллектом понимается способность разумно действовать, рационально мыслить, хорошо адаптироваться*.

Психологи в структуре интеллекта выделяют три вида мыслительных процессов (по Р.Стернбергу):

- 1) вербальный интеллект (запас слов, умение понимать прочитанное, эрудиция и т.д.);
- 2) способность решать проблемы;
- 3) практический интеллект (умение адаптироваться к окружающей обстановке и добиваться поставленных целей).

*Биологическими предпосылками интеллекта* являются *психические задатки*, обусловленные генетическими факторами, а также врожденными анатомо-физиологическими особенностями мозга. Реализация их происходит в социальной среде, благодаря процессу обучения.

### ***Изменения интеллекта и их значение в клинической практике***

Выраженная и стойкая недостаточность интеллекта может быть врожденной или обусловленной причинами, действующими в первые три года жизни ребенка. В этих случаях она квалифицируется как стойкая задержка умственного развития, или **умственная отсталость** — **олигофрения** (от греч. *oligos* — мало; *phren* — ум). Возникающая в более старшем возрасте утрата умственных способностей, грубое снижение интеллекта обозначаются термином «**деменция**»

Таблица 3

## Основные отличия врожденного и приобретенного слабоумия

Врожденное слабоумие (олигофрения)	Приобретенное слабоумие (деменция)
Связано с наследственностью или воздействием на мозг вредных факторов во время беременности, родов и в первые три года жизни ребенка	Вызвано перенесенными болезнями или вредностями (травма, инсульт, аноксия) либо текущими заболеваниями
Проявляется недоразвитием интеллекта (познавательных способностей) и психики в целом	Проявляется утратой или снижением приобретенных в прошлом знаний, опыта, нарушениями памяти, способности к обучению
Уровень психического развития ограничен врожденными задатками (бедность словарного запаса, неспособность к абстрактному мышлению, скудость эмоций и др.)	Выявляются остатки имевшихся ранее знаний, большее разнообразие эмоциональных проявлений, относительно богатая лексика, элементы абстрактного мышления
Является стационарным состоянием	Имеется динамика процессов слабоумливания: от прогрессирующего до стационарного и регрессирующего
Терапии не поддается, за исключением своевременно выявленных случаев врожденного сифилиса, токсоплазмоза, эндокринопатий (кретинизм, микседема), метаболических нарушений (фенилкетонурия)	Возможен эффект от своевременно начатой адекватной терапии, за исключением массивных органических поражений головного мозга, атрофических заболеваний
Необходимы лечебно-воспитательные мероприятия и трудовое обучение, в зависимости от уровня умственной отсталости	Необходимы лечебные и реабилитационные мероприятия

(от лат. *de* – прекращение, *mentis* – разум). Основные отличия врожденного и приобретенного слабоумия представлены в таблице 3.

Причины возникновения олигофрении и деление последней по степеням выраженности – легкая (*дебильность*), средней степени (*имбецильность*) и тяжелая (*идиотия*) – подробно рассматриваются в курсе психиатрии. Врачу общей практики необходимо уметь выявлять наличие и степень умственной отсталости у пациента и учитывать их в лечебно-диагностическом процессе.

Помимо олигофрений нередко встречаются стойкие задержки психического развития в виде психического инфантилизма. **Психический инфантилизм** (психическая незрелость) проявляется и интеллектуальной незрелостью. Инфантильные личности не являются

слабоумными, но по своему умственному развитию отстают от сверстников. Им свойственны преимущественно наглядно-образное, конкретное, а не абстрактно-логическое мышление, наивность суждений, недостаточная критичность и самокритичность.

Наряду со стойкой задержкой психического развития бывает **временное отставание в психическом развитии**, включая интеллектуальное развитие. Источником таких задержек умственного развития являются педагогическая запущенность, хронические соматические заболевания, требующие длительного стационарного лечения (госпитализм). В благоприятных условиях временная (функциональная) задержка психического развития может быть полностью компенсирована.

Приобретенное слабоумие (деменция) может быть *тотальным* (глобальным), проявляющимся нарушением всех видов психической деятельности, распадом личности и утратой критики к своему состоянию, и *парциальным* (частичным), выражающимся снижением интеллектуальных способностей и памяти при сохранении «ядра» личности и частичной критики к своему состоянию.

**Тотальное слабоумие** возникает при массивном органическом, чаще диффузном, поражении головного мозга. Примерами могут служить *паралитическое* (при прогрессирующем параличе) и *псевдопаралитическое* слабоумие (при тяжелых токсических и травматических энцефалопатиях), слабоумие при *атрофических* заболеваниях головного мозга (болезнь Альцгеймера), терминальное *марантическое* (от греч. *marasmos* — истощение, угасание) слабоумие при злокачественном атеросклерозе сосудов головного мозга. *Парциальное слабоумие* чаще всего развивается при *очаговом поражении головного мозга* (например, вследствие перенесенного нарушения мозгового кровообращения, после черепно-мозговых травм, нейроинфекций, при опухолях и др.) и связано с нарушениями отдельных функций (памяти, речи, гнозиса, праксиса).

Значительно чаще слабоумия встречается **интеллектуальная недостаточность** — ослабление интеллектуальных функций, которое не достигает степени слабоумия, но может постепенно нарастать и переходить в слабоумие. Подобный тип интеллектуальной недостаточности нередко отмечается у престарелых в результате возрастных и сосудистых изменений. Неглубоким ослаблением интеллектуальных функций (временным или стойким) часто сопровождаются тяжелые соматические заболевания вследствие гипоксии мозга, интоксикации, нарушений метаболизма.

При грубых интеллектуальных нарушениях уже само бессмысленное выражение лица пациента и его общая беспомощность дают основание с высокой степенью вероятности предположить наличие интеллектуального дефекта. В случаях менее выраженных нарушений интеллекта они констатируются на основании снижения мыслительных способностей пациента, невозможности решения пос-



тавленных перед ним задач, связанных с лечебно-диагностическим процессом.

Определить примерный уровень интеллекта больного можно уже в процессе общения с ним путем анализа богатства лексики, способностей формулировать свои жалобы, учета ситуации, уровня знаний, понимания подтекста, юмора и т.д. Помогают оценить уровень интеллекта объяснение обследуемым смысла пословиц и поговорок, иносказательных выражений, различий и общности между отдельными предметами и понятиями. Для более точного исследования и оценки интеллекта разработаны сложные специальные тесты, позволяющие количественно оценить его уровень при помощи коэффициента интеллекта (IQ). Применение этих тестов не входит в задачи врача.

Для клинической практики наиболее важен так называемый **практический интеллект больных**, поскольку он в значительной степени определяет поведение пациентов и влияет на их адаптацию. В структуру практического интеллекта входят процессы адекватного восприятия и понимания ситуации и происходящих событий, правильная самооценка, способность рационально действовать в новой обстановке.

Люди с высоким интеллектом обладают в первую очередь хорошо развитым абстрактно-логическим мышлением. Им свойственны высокая степень критичности, самокритичности и самостоятельность мышления.

В процессе обследования и лечения больного при формулировке вопросов, изложении инструкций и рекомендаций врач должен учитывать уровень интеллекта больного. Следует помнить, что больной с низким интеллектом часто не может правильно описать свои страдания и сформулировать просьбы, акцентируя внимание на второстепенных деталях. Поэтому такому больному необходимо задавать вопросы, излагать рекомендации в доходчивой, упрощенной форме. Что же касается соблюдения пациентом с интеллектуальной недостаточностью рекомендаций врача, то врач обязан обеспечить контроль за выполнением назначений, привлекая для этого медицинский персонал и родственников больного.

Интеллектуальные способности как пациента, так и медицинского работника имеют немаловажное значение для построения отношений врач — медицинский персонал — больной. Врачу они необходимы прежде всего для овладения своей профессией, формирования и постоянного совершенствования клинического мышления. Врач должен помнить, что его пациенты могут иметь самые различные профессии и обладать чрезвычайно высоким интеллектом, быть неплохо ориентированными в вопросах медицины. Учет интеллектуальных способностей, образования, профессии пациента (ученый, композитор, писатель, врач и др.) поможет врачу установить с ним

более доверительные отношения в процессе обследования и лечения.

Помимо этого в практике врача среди пациентов (а возможно, и среди коллег) встречаются лица без явно видимых интеллектуальных нарушений, но имеющие ограниченный уровень умственных способностей. Их иногда обозначают как **конституционально глупых** (определение П.Б.Ганнушкина) или страдающих **салонным слабоумием**. Такие люди свой низкий интеллект маскируют эффектной речью, построенной на шаблонах, заученной фразеологии, усвоенными в процессе воспитания хорошими манерами, красивой одеждой, притязаниями на духовность. При этом они обнаруживают выраженные затруднения в обучении, понимании инструкций, не осознавая своей ограниченности. Подобные качества могут создавать трудности в работе и общении, особенно когда это касается субординации.

---

## Глава 4. Клинико-психологические аспекты эмоционально-волевой сферы

---

### 4.1. Эмоции

**Эмоции** (от лат. *emoveo* – потрясать, волновать) – форма отражения действительности, но, в отличие от восприятий, при которых объекты и явления, непосредственно воздействующие на органы чувств, представляются в виде образов, они *отражают не сами объекты и явления, а субъективное отношение к ним в зависимости от внутреннего состояния человека*. Эмоции, будучи производным от *удовлетворения или неудовлетворения разнообразных потребностей*, осуществляют связь между отражательной и саморегулирующей функциями. Биологическая роль эмоций – познавательная-приспособительная. Они помогают мобилизовать психические и физические ресурсы индивидуума для достижения определенных целей.

**Проявления эмоционального состояния** можно условно разделить на три составляющие:

- переживание (что человек чувствует);
- внешние проявления – мимика (выразительные движения лицевой мускулатуры, положение бровей, углов рта, движение глаз) и пантомимика (осанка, выразительные движения тела, жесты);
- сомато-вегетативные проявления (цвет кожных покровов, потоотделение, частота дыхания и пульса, показатели кровяного давления и др.).

По аналогии с делением общей чувствительности на более древнюю, менее дифференцированную, – протопатическую (от греч. *protos* – первый; *pathos* – болезнь) и молодую – эпикритическую, эмоции подразделяются на более *простые, глубинные (витальные) – протопатические* и более тонкие, *дифференцированные – эпикритические*. Пример протопатических эмоций – тоска, тревога, страх, которые могут быть не понятны для больного, не иметь мотивации и содержания. Протопатические эмоции иногда бывают неотделимы от общего чувства и субъективно воспринимаются и описываются как боль, давление, тяжесть и т.п. Эпикритические эмоции осмысленны, человек может говорить о конкретном страхе перед чем-либо, чувстве жалости, сочувствии и т.д.

**По характеру влияния на общее психофизическое состояние** человека эмоции делятся на *стенические* и *астенические*. **Стенические** (от

греч. *sthenos* — сила) **эмоции** связаны с повышением общего психического и физического тонуса человека. Они способствуют душевному подъему, усиливают волевую активность, настраивают на борьбу. Внешне такие эмоции проявляются решительной позой, блеском глаз, углублением дыхания, учащением пульса. Стенические эмоции делятся на *положительные* (радость, желание, восторг) и *отрицательные* (злость, негодование, гнев). *Астенические эмоции* сопровождаются угнетением общего тонуса, свидетельствующим об отказе от борьбы. Об этом свидетельствуют пассивная поза, сутулая спина, тусклый взгляд, замедленное дыхание, слабый пульс. Примерами астенических эмоций являются подавленность, уныние, печаль, безразличие.

Вегетативные и соматические проявления, являющиеся неотъемлемым компонентом эмоционального реагирования, имеют важнейшее значение как в регистрации (клиническими или инструментальными методами) и оценке эмоционального состояния, так и в изучении возможного влияния эмоций на возникновение соматических заболеваний, относящихся к группе так называемых психосоматических. Более подробно эти особенности раскрываются в разделах, посвященных психосоматическим и соматопсихическим взаимодействиям, соматизированным и соматоформным расстройствам и психосоматическим заболеваниям.

**Чувства** — более сложная, чем эмоции, *форма отражения действительности*, свойственная только человеку, *обобщающая его эмоциональное реагирование и понятия*. Чувства не связаны с физиологическими потребностями человека, они возникают на базе его социальных и духовных потребностей, осуществляя саморегулирующие функции на личностном и социально-психологическом уровнях. Примерами высших чувств человека могут служить: творческое удовлетворение, радость труда, профессиональная гордость, разнообразные чувства, возникающие у врача в процессе его профессиональной деятельности. В повседневной клинической практике понятия «эмоции» и «чувства» часто отождествляются.

Одним из видов чувств является **страсть** — сильное, глубокое и стойкое чувство с выраженным и устойчивым стремлением к определенному виду деятельности или объекту (страсть к творчеству, к любимому человеку). Страсть может направлять поведение человека, лишая его способности критически оценивать свои действия, особенно если в ее основе лежит патологическое влечение (например, страсть к азартным играм).

**Особенности эмоций и чувств определяются индивидуально-личностными свойствами**, включающими биологические подструктуры (тип темперамента или высшей нервной деятельности), черты характера и собственно личностные качества, такие как направленность, мотивации, стремления, намерения и т.д.

Подробная систематика видов эмоций по характеру переживания и субъективной значимости для человека предложена В.Ф.Матвеевым (1984).

**Положительные эмоции:**

1. Удовольствие. 2. Радость. 3. Ликование. 4. Восторг. 5. Уверенность. 6. Гордость. 7. Доверие. 8. Симпатия. 9. Восхищение. 10. Любовь (половая). 11. Любовь (привязанность). 12. Уважение. 13. Умиление. 14. Благодарность (признательность). 15. Нежность. 16. Самодовольство. 17. Злорадство. 18. Блаженство. 19. Чувство удовлетворенной мести. 20. Спокойная совесть. 21. Чувство облегчения. 22. Чувство удовлетворенности собой. 23. Чувство безопасности. 24. Предвкушение.

**Нейтральные эмоции:**

1. Любопытство. 2. Удивление. 3. Изумление. 4. Безразличие. 5. Спокойно-созерцательное настроение.

**Отрицательные эмоции:**

1. Неудовольствие. 2. Горе (скорбь). 3. Тоска. 4. Печаль (грусть). 5. Отчаяние. 6. Огорчение. 7. Тревога. 8. Обида. 9. Боязнь. 10. Испуг. 11. Страх. 12. Жалость. 13. Сочувствие. 14. Сожаление. 15. Досада. 16. Гнев. 17. Чувство оскорбления. 18. Возмущение (негодование). 19. Ненависть. 20. Неприязнь. 21. Зависть. 22. Злоба. 23. Злость. 24. Уныние. 25. Скука. 26. Ревность. 27. Ужас. 28. Неуверенность (сомнение). 29. Недоверие. 30. Стыд. 31. Растерянность. 32. Ярость. 33. Презрение. 34. Отвращение. 35. Разочарование. 36. Омерзение. 37. Неудовлетворенность собой. 38. Раскаяние. 39. Угрызение совести. 40. Нетерпение. 41. Горечь.

**По выраженности и продолжительности эмоций** выделяют *эмоциональный фон, эмоциональные реакции, эмоциональные состояния*, которые взаимосвязаны: эмоциональный фон способствует возникновению преимущественно тех или иных реакций или состояний и, наоборот, возникшие эмоциональные реакции могут изменить эмоциональное состояние и эмоциональный фон.

**Эмоциональный фон** — это обобщающая характеристика эмоциональности, равнодействующая, учитывающая соотношение разных эмоций в течение длительного времени.

**Эмоциональные реакции** отражают отношение человека к изменяющейся действительности и связанные с этими изменениями удовлетворение или неудовлетворение потребностей, личностных запросов и мотиваций. В зависимости от этого они могут быть *положительными* (радость, восхищение, восторг и др.), *отрицательными* (досада, гнев, отвращение и др.) и *нейтральными* (любопытство или безразличие). Эмоциональные реакции, имеющие различный характер и степень выраженности, как правило, поддаются контролю человека, который в определенной степени может ими управлять: сдерживать, когда надо, или искренне проявлять. Исключение составляют реакции, характеризующиеся концентрацией эмоций и вы-

сокой интенсивностью психического и физического напряжения. Такие реакции называются аффектом.

**Аффект** (от лат. *affectus* — душевное волнение, страсть) **физиологический** — это кратковременные, чрезвычайно интенсивные эмоции, адекватные ситуации, оказывающие влияние на поведение человека (восторг, экстаз, гнев, ярость, ужас и др.). В отличие от чувств, которыми человек может управлять, аффект возникает помимо его воли и подавляется с трудом.

Аффект патологический по спектру эмоциональных переживаний может быть таким же, как и физиологический, но отличается от последнего чрезмерной силой эмоций по отношению к ситуации или их немотивированностью, а также нарушением сознания (*аффективно суженное сознание*). Наблюдающаяся при патологическом аффекте дезорганизация поведения вызвана нарушением ориентировки, недостаточностью осмысления ситуации, психомоторным возбуждением (реже обездвиженностью). Завершается патологический аффект выраженным *истощением всех психических процессов* и *амнезией* периода аффекта. Последний признак является ключевым в дифференциальной диагностике физиологического и патологического аффектов. Опасность аффектов, особенно патологического, заключается в том, что они могут проявляться немотивированными поступками, угрожающими жизни окружающих или самого человека, находящегося в этом состоянии.

**Эмоциональное состояние, или настроение** — более или менее длительные эмоции, сопровождающие любые психические явления в жизни человека и оказывающие влияние на его поведение. При этом уровень эмоционального заряда и психоэнергетики определяется эмоциональным тонусом, который может колебаться от эмоционального подъема (приподнятое настроение) до подавленности (грусть, печаль, тоска), тревожности, от раздражительности и взрывчатости до эмоциональной тупости (апатии). Настроение зависит от многих внешних и внутренних факторов, связанных с потребностями человека, и от возможностей их реализации. Но если эмоциональные реакции имеют видимую и осознаваемую причину, то возникновение того или иного настроения часто бывает неосознанным. Настроение может отличаться *устойчивостью* или *неустойчивостью*. Устойчивость настроения может неблагоприятно сказываться на поведении, если эмоциональный фон определяется чрезмерно выраженными проявлениями эмоций отрицательного или положительного характера. Неустойчивость настроения, характеризующаяся, например, быстрым переходом от состояния гнева с криком и бранью по незначительному поводу к слезам с раскаиванием и чувством вины, также может создавать трудности в адаптации, препятствуя полноценной психической деятельности и общению с окружающими.

Эмоции оказывают существенное влияние на многие другие психические свойства и процессы. Выше было отмечено положительное влияние подъема настроения на функции памяти, внимания. Напротив, угнетенное настроение понижает когнитивные способности человека, значительно ухудшая продуктивность его психической деятельности. Выраженное влияние эмоций на процессы мышления, оценку ситуации, принятие решений и мотивацию поведения может выражаться в виде так называемой **эмоциональной логики**, когда высказывания и поступки определяются эмоциональным отношением к тому или иному человеку, объекту или событию.

Эмоциональное состояние всегда неразрывно связано с *волевыми функциями*, в основе которых лежат *мотивации*, определяемые наличием *потребностей*, выражающихся *влечениями* (неосознанное стремление к какой-либо цели) и *желаниями* (осознанное стремление).

### ***Изменения эмоций и их значение в клинической практике***

Изменения эмоционального состояния и расстройства из категории аффективных\* являются наиболее разнообразными и часто встречающимися нарушениями психических функций. Подробно эмоционально-волевые расстройства изучаются в курсе психиатрии, поэтому мы остановимся лишь на эмоциональных феноменах, особенно актуальных для врача общей практики.

**Эмоциональная напряженность** — неуверенность человека, психическая скованность, мешающие сосредоточиться и нарушающие продуктивность деятельности. Следствием эмоциональной напряженности могут быть нарушения внимания и памяти. Подобные состояния, хорошо известные студентам в связи со сдачей экзаменов, могут возникать и у врачей в самом начале их практической деятельности. Очень часто эмоциональная напряженность наблюдается у пациентов, пришедших на прием к врачу и ожидающих его заключения.

**Тревога** — чувство внутреннего напряжения, ожидание неудачи, какого-то несчастья (тревога за здоровье, за близких, за правильность выполнения действий и т.д.). Тревожные состояния, вызванные реальной угрозой для здоровья или жизни (ожидание результатов обследования, вердикта врача, предстоящих операций и др.), часто встречаются у больных. Бывают беспредметные тревожные состояния («свободно плавающая тревога»), не имеющие фабулы, но они более типичны для психической патологии и относятся к компетенции врача психиатра. Для самих врачей актуальны тревож-

---

\* Если понятие «аффект» принято выделять в качестве отдельного психического феномена, то в клинической практике понятия «эмоциональный» и «аффективный» отождествляются.

ные переживания, связанные с выполнением своих профессиональных обязанностей. Тревога может быть как адекватной ситуации, так и неадекватной, патологической, обусловленной личностными особенностями человека (тревожно-мнительный склад характера) или психическим расстройством.

**Страх** – переживание, связанное с реальной или мнимой опасностью (стихийное бедствие, нападение, оперативное вмешательство, семейный крах и т.п.). Наряду с тревогой, страх относится к наиболее частым нарушениям эмоциональной сферы. От родственной ему тревоги страх отличается приступообразностью, большей интенсивностью и конкретностью содержания переживаний. Поведение человека в состоянии страха может носить активный или пассивный защитно-оборонительный характер. Соматовегетативный компонент страха проявляется расширением зрачков, учащением сердцебиений и дыхания, повышением артериального давления.

Страх, возникающий в ответ на реальную угрозу здоровью или жизни человека, мобилизует его защитные психические и физические механизмы. В таком случае говорят о *физиологической реакции страха*, при которой человек, осознавая источник опасности, время и пути реализации этой опасности, стремится предпринять необходимые меры для ее устранения или своей защиты. «Разумный страх» проявляется в виде опасений и осторожности и не мешает, а часто способствует эффективной борьбе с опасностью.

Но страх может быть и *патологическим*, возникающим без какой-либо реальной угрозы, или чрезмерным, способным вызвать дезорганизацию психики и поведения. В последнем случае необходима квалифицированная психиатрическая помощь. Примером патологического страха могут служить реакции ужаса и паники.

**Ужас** – внезапно возникающий, резко выраженный страх в ответ на ситуацию, представляющую опасность для жизни или благополучия. Такой страх может нарушить рассудок («безумный страх») и парализовать действия. Часто ужас, помимо вышеописанных соматовегетативных проявлений, сопровождается обильным потоотделением, усилением перистальтики кишечника с расслаблением сфинктеров («медвежья болезнь»), сердечной аритмией, снижением мышечного тонуса.

**Паника** – состояние выраженного беспокойства, страха, часто не имеющего фабулы, проявляющееся «взрывом» вегетативных реакций, неспособностью критически оценивать свои действия и нарушениями поведения. Паника может быть реакцией на реальную угрозу и охватить группу людей.

**Фобия** – навязчивый страх, который, несмотря на критическое отношение к нему человека, плохо им контролируется и дезорганизует поведение. Навязчивые страхи многообразны (термины, обозначающие их, называют «садом греческих корней»). Наиболее часто встречаются кардио(инфаркто)фобии, инсультофобии, кан-



церофобии, СПИДофобии, транспортные фобии. Отдельные фобии могут возникать и у практически здоровых людей, но чаще они бывают проявлением психического расстройства и нередко требуют длительного психиатрического и психотерапевтического лечения.

**Депрессия** – патологически сниженное настроение в диапазоне от грусти, печали до безысходности и глубокой тоски. Нередко депрессия приобретает витальный характер, т.е. переживается почти как физическое страдание и локализуется больным в теле («болит душа», «тоска в сердце» и т.п.). Глубокая депрессия часто сочетается с подавлением основных жизненных (витальных) потребностей (инстинктов).

Депрессивные состояния встречаются в рамках психических расстройств различного генеза: реактивных (психогенных), невротических, эндогенных, органических, соматических. Неглубокие, но требующие лечения депрессии выявляются у 30% госпитализированных соматически больных (Козырев В.Н., 1997). Главная опасность депрессий связана с *суицидальным риском*. При этом больные могут скрытно и целенаправленно готовиться к суициду под влиянием тоскливых переживаний или же совершают суицидальные попытки в состоянии депрессивного раптуса (двигательного возбуждения, сочетающегося с безысходностью, отчаянием, мучительной невыносимой тоской, возникающей внезапно, подобно взрыву, на фоне общей заторможенности больного). Врач, обнаружив у своего пациента признаки тяжелой депрессии, должен создать условия, предотвращающие суицид, и обязательно проконсультироваться с психиатром о дальнейшем лечении больного.

Необходимо уметь разграничивать депрессию (болезненное снижение настроения, имеющее свои клинические признаки) и небольшие пессимистические переживания у практически здоровых людей.

Сложными для диагностики являются так называемые **маскированные депрессии**, т.е. *скрытые депрессии*, в клинической картине которых на первый план выступает не депрессивное настроение, а обусловленные им соматические жалобы больных. Поэтому такие депрессии часто называют **соматизированными**.

**Признаки, позволяющие выявить маскированную (соматизированную) депрессию:**

- 1) общее плохое самочувствие, многочисленные жалобы, касающиеся разных систем и органов;
- 2) периодичность жалоб – сезонность и суточные колебания;
- 3) отсутствие объективных признаков соответствующей соматической патологии;
- 4) снижение витального тонуса (аппетита, полового влечения, нарушение сна);

5) ангедония — утрата способности получать удовольствие от чего бы то ни было, прежде всего, от удовлетворения потребностей биологического порядка (пища, сон, секс и др.);

6) алекситимия — неспособность человека описать словами собственные эмоциональные переживания.

**Дисфория** — тоскливо-злое настроение, чаще немотивированное, остро возникающее и также проходящее, т.е. имеющее пароксизмальный характер. Во время дисфории больные могут проявлять агрессию как в отношении окружающих, так и аутоагрессию (наносить самоповреждения). Состояния дисфории встречаются у больных эпилепсией, психопатических личностей из круга эпилептоидных, у больных с органическими заболеваниями головного мозга (травматические, токсические и другие энцефалопатии).

**Эйфория, гипертимия** — повышенное, беспечное, неадекватно веселое, иногда дурашливое настроение. Может быть проявлением как собственно психической патологии (в структуре маниакального синдрома), так и явиться следствием гипоксии при соматических заболеваниях (кровопотеря, сердечно-легочная недостаточность и др.) или употребления алкоголя, самостоятельного (в немедицинских целях) приема психоактивных средств или введения наркотических препаратов по медицинским показаниям.

**Эмоциональная лабильность** — чрезмерно легкое возникновение эмоций, преимущественно отрицательных (неглубокий гнев, раздражение, обида), по незначительному поводу и быстрая их смена на положительные при переключении внимания. Настроение может изменяться от грустного к несколько повышенному без существенных для этого поводов. Эмоциональная лабильность характерна для неврозов и неврозоподобных состояний при соматических заболеваниях с явлениями астении, а также для акцентуаций характера и психопатий неустойчивого типа.

**Слабодушие** — недержание эмоций, выражающееся легко и часто возникающей слезливостью по поводу как приятных, так и неприятных событий. Например, при просмотре фильма больные плачут от умиления или огорчения. Понимая неуместность своих слез, они пытаются сдерживать их усилием воли, что удается с трудом. Слабодушие наблюдается у больных с органической патологией головного мозга (атеросклероз сосудов мозга, травматическая, интоксикационная, в том числе алкогольная, энцефалопатия, последствия черепно-мозговых травм).

**Эмоциональная амбивалентность** выражается в сосуществовании противоположных чувств по отношению к человеку или явлению — одновременное его принятие и отторжение. Например, ребенок одновременно испытывает привязанность к матери и ненависть к ней, патологический ревнивец чувствует любовь и ненависть к своей жене и т.п.

**Эмоциональная неадекватность, или парадоксальность эмоционального реагирования** проявляется в том, что несчастье вызывает радость, а радостное событие — печаль, т.е. эмоции качественно не соответствуют ситуации. Больные ведут себя соответственно своим эмоциям. Их поведение непредсказуемо и парадоксально: сын полностью безразличен к тяжело больной матери, со смехом рассказывает приятелю о ее беспомощности, а сам занят разработкой рациона питания для живущей у него крысы. Неадекватность и парадоксальность эмоционального реагирования, а также амбивалентность типичны для больных шизофренией.

**Апатия** — безразличие, равнодушие к окружающему и самому себе. Глубокая стойкая апатия чаще встречается в клинике психических заболеваний, в частности как проявление психического дефекта при шизофрении. В общемедицинской практике глубокая апатия, сочетающаяся с резкой истошаемостью, встречается при тяжелых соматических заболеваниях и относится к неблагоприятным признакам при оценке общего состояния больного и прогноза заболевания.

Умение врача оценивать эмоциональное состояние пациентов имеет важное значение ввиду частого влияния эмоций больного на течение заболевания и лечебно-диагностический процесс. Известно, что оставление без внимания отрицательных эмоций является одной из причин невротических расстройств и психосоматических заболеваний. От эмоционального статуса соматического больного зависят достоверность жалоб и субъективного анамнеза, выполнение им врачебных предписаний и, в конечном счете, течение заболевания и возможный исход. Грубые расстройства настроения и, как следствие — расстройства поведения больного могут привести к дезорганизации работы всего медицинского подразделения. Особенно актуальны выраженные депрессии и дисфории, которые могут привести больных к попыткам самоубийства или агрессии в отношении медицинского персонала и других пациентов.

В клинической практике эмоциональное состояние больного оценивают путем расспроса и наблюдения. Учитывают содержание его высказываний, темп, последовательность и выразительность речи, громкость и интонации голоса. Обращают внимание на мимику и жестикуляцию, поведение. Так, при **выраженной депрессии** содержание высказываний пессимистическое, в беседе больной пассивен (только дает ответы на вопросы, и то с большой задержкой), речь малословная или односложная, тихая, монотонная, выражение лица печальное или мрачное, углы рта опущены, поза согбенная, движения замедленные, неловкие. При **гипертимии** суждения поверхностные, легкомысленные, самооценка завышена, тяжесть состояния преуменьшается или отрицается, речь быстрая, многословная, непоследовательная, излишне громкая и экспрессивная, мимика и жестикуляция усилены. Больной почти постоянно улыбается, шу-

тит, смеется, излишне активен, не удерживается в постели, не соблюдает другие предписания врача, вмешивается в деятельность медицинского персонала, нарушает покой других больных. **Апатичный** больной одинок, пассивен при контакте с врачом, не проявляет интереса к проводимому обследованию и лечению, не всегда выполняет рекомендации врача.

По роду своей деятельности врачу чаще приходится сталкиваться с отрицательными эмоциями своих пациентов, что требует от него достаточной выдержки и умения регулировать свое собственное эмоциональное состояние. Для эффективной диагностики и лечения важно такое качество врача, как **эмпатия** — способность «вживаться» в психическое состояние другого человека, понимать мотивы его поведения, эмоциональные реакции и сопереживать. При этом врач должен обладать определенной стресс-устойчивостью, чтобы сохранить свои эмоциональные ресурсы и предотвратить появление симптомов профессиональной деформации или эмоционального выгорания. Известно выражение: «Врач не должен умирать с каждым больным».

Чувства в значительной мере воспитуемы. Способность регулировать свои чувства врач приобретает в процессе обучения и профессиональной деятельности. Она состоит в изживании примитивных негативных чувств по отношению к пациентам, даже если последние дают для этого поводы, склонности к заикливанию на отрицательных эмоциях и в укреплении более высоких морально-этических чувств, основанных на интеллектуальных качествах. Моральные чувства (сочувствие, сострадание) возникают на основе профессионального долга и таких качеств, как отзывчивость, добросовестность, честность, терпимость, дисциплинированность. Интеллектуальные чувства связаны с умственной деятельностью и проявляются в пытливости, увлеченности своей работой, желании овладеть новым в своей профессии. Формирование таких чувств у врача способствует эмоциональной стабильности и является мерой профилактики ненужной эмоциональной взвинченности, растерянности, пессимизма и отрицательного действия стрессовых факторов (фрустрации, страха, отчаяния, разочарования), мешающих врачебной деятельности.

#### **4.2. Воля**

**Воля** — это способность человека сознательно управлять своей деятельностью, используя умственные и физические усилия для достижения определенных целей, связанных с удовлетворением потребностей. Воля обеспечивает произвольную регуляцию поведения.

**Волевой акт** складывается из следующих этапов:

- постановка целевой задачи, определяемой потребностью или мотивацией;
- борьба мотивов;

- принятие решения;
- выбор способов достижения цели;
- осуществление принятого решения.

**Волевые качества:**

- сила воли — устойчивость и интенсивность целенаправленной активности, проявляющиеся во всем волевом процессе (появление мотиваций, скорость принятия решений, решимость, самообладание);
- решимость — умение принимать решение без ненужных колебаний и полная уверенность в его исполнимости;
- самообладание — одно из проявлений силы воли, выражающееся в подавлении собственных психических качеств, которые препятствуют достижению поставленной цели;
- настойчивость — умение добиваться поставленной цели;
- смелость — способность преодолевать чувство страха и растерянности;
- выносливость и терпение — способность преодолевать физические и моральные трудности, страдания во имя достижения цели;
- самостоятельность — способность принимать решения и выполнять их без постороннего влияния;
- исполнительность — точное, неукоснительное и систематическое исполнение собственных решений.

Антиподами позитивных волевых качеств являются **отрицательные волевые качества**: *упрямство*-настойчивость, *нерешительность*-решимость, *лихачество*-смелость, *нетерпение*-выносливость, *податливость*, *внушаемость*-самостоятельность и т.д.

***Волевые изменения и их значение в клинической практике***

**Гипобулия** — ослабление воли и целенаправленной активности, недостаток энергии, побуждений, интересов. Крайней степенью является отсутствие волевых побуждений — **абулия**. Выражается бездеятельностью, психофизической анергией: больные могут подолгу сидеть или лежать, не проявляя никакой активности. Отсутствуют настойчивость и упорство при выполнении каких-либо заданий, в том числе и врачебных назначений, или же они выполняются формально и беспорядочно. Отсутствие желаний и побуждений распространяется и на выполнение больными функций самообслуживания, что отражается на их внешнем виде (неопрятность, гигиеническая запущенность). Гипобулия возникает при органических заболеваниях головного мозга (травматического, сосудистого генеза, опухолях и др.), может иметь место и при депрессивных состояниях. Избирательные гипобулические проявления характерны для психопатий неустойчивого типа и психопатоподобных состояний при хронических соматических заболеваниях, алкоголизме, наркоманиях. Абулия является одним из типичных проявлений дефекта личности

при шизофрении. Безволие, пассивность часто сочетаются с апатией, формируя **апато-абулический синдром**, особенно характерный для шизофрении.

**Гипербулия** — патологическое усиление активности. Наблюдается при маниакальных состояниях, сочетаясь с повышенной отвлекаемостью, расторможенностью влечений в виде булимии (повышение аппетита и обжорство), гиперсексуальности. При паранойяльных расстройствах, эпилептических изменениях личности повышенная активность больных сочетается с ригидностью их психической деятельности, трудностью переключения.

**Амбигентность** — сочетание противоположных желаний, побуждений, стремлений и действий. Термин был предложен Е.Блейлером в начале XX столетия для описания волевых расстройств у больных шизофренией. На внешние раздражители больные склонны отвечать двойственными, взаимоисключающими действиями. Помимо шизофрении, амбигентность может иметь место у больных симптоматическими психозами (при интоксикациях, опухолях, черепно-мозговых травмах и др.). Противоречивость желаний и поступков, не достигающая степени выраженной амбигентности, характерна для некоторых психопатических личностей с чертами неустойчивости и инфантилизма.

**Парабулия** — извращение волевых актов. Проявляется утрированной активностью по незначительным поводам и пассивностью, бездеятельностью, когда необходимо добиться жизненно важной цели. Молодой человек месяцами ищет куртку особого покроя и не прилагает никаких усилий для решения вопроса трудоустройства. Парабулия часто рассматривается как элементарный, филогенетически более старый вид деятельности, направляемой влечениями. Отдельные варианты парабулий, связанных с извращением вкуса, полового влечения, рассматриваются в следующем разделе.

Клиническая оценка волевого потенциала больного опирается прежде всего на наблюдение за его поведением. При *гипобулии* больные недостаточно активны, малоподвижны и малоразговорчивы, залеживаются в постели при отсутствии необходимости соблюдать постельный режим. В общении с врачом они пассивны, ограничиваются ответами на вопросы, скудно и невыразительно излагают жалобы, мало интересуются результатами обследования и мнением врача о характере заболевания, его прогнозе. Иногда сами больные при расспросе отмечают у себя вялость, утрату интересов, отсутствие внутренней активности, инициативы, желания действовать. Некоторые больные с недостаточностью волевой функции при первом знакомстве могут произвести на врача впечатление энергичных и деятельных, однако при динамическом наблюдении выясняется, что их деятельность малопродуктивна и сводится к бесцельному хождению по отделению, курению и удовлетворению простейших биологических потребностей.

Способствовать развитию *гипобулии* у больных могут так называемые явления *госпитализма*, которые особенно проявляются у детей, но могут наблюдаться и у пациентов зрелого возраста, вынужденных в связи с хроническим заболеванием длительное время находиться в стационаре, где они лишены привычной деятельности, впечатлений и информации.

Врачам давно известно, что энергичные, стеничные пациенты в большинстве случаев активно сопротивляются болезни, что часто способствует более благоприятному ее течению. Однако нередки случаи, когда активность и целеустремленность больных, их полная отдача любимым занятиям, профессиональной деятельности ведет к недооценке серьезности и тяжести болезни, или даже, ее отрицанию, что может неблагоприятно сказаться на течении болезни и ухудшить прогноз.

Высокий волевой потенциал, настойчивость и целеустремленность, способность к длительному интенсивному, порой однообразному труду — качества личности, не менее ценные, чем интеллект. Именно эти качества необходимы для успешного овладения профессией врача и дальнейшей продуктивной деятельности в области медицины. Воспитание воли неразрывно связано с развитием разностороннего мышления и зрелостью чувств, что позволяет в дальнейшем ставить сознательные цели, способствует обоснованному выбору решений и действий, формирует моральную ответственность врача перед пациентами и коллегами и другие этические качества личности.

---

## **Глава 5. Клинико-психологические аспекты мотиваций, потребностей, влечений**

---

В основе любого действия человека и его поведения в целом лежит *побуждение*, или *мотив*. Достижение цели мотива называется **мотивацией**. Последняя занимает одно из центральных мест в психологии, поскольку имеет непосредственное отношение ко многим функциям и свойствам психики: способности к обучению, памяти, эмоциям и др. Являясь побуждением к достижению желаемой цели, мотивация включает в себя процесс выбора между различными целями и возможными действиями. От мотивации зависит, как и в каком направлении будут протекать различные психические процессы и как будут использованы качества индивида. Мотивации не существуют без потребностей. По сути она является производной от *потребности*, или *опредмеченной потребности*.

Наиболее простое определение **потребности** — это нехватка чего-либо необходимого для существования организма. Более полное определение потребности предложено известным отечественным нейрофизиологом П.В.Симоновым (1981), по мнению которого, она представляет собой избирательную зависимость от факторов внешней среды, существенных для самосохранения и саморазвития, является источником активности и побуждений. Потребность не всегда становится мотивацией. Например, при авитаминозе организм испытывает потребность в витаминах, но это не становится источником мотивации, так как человек может не знать о причинах плохого самочувствия (авитаминозе).

Потребности человека многообразны, что обусловлено большим количеством объектов и форм их удовлетворения. Они определяются как биологическими факторами (инстинктами), так и воспитанием, морально-нравственными качествами личности, запросами общества. В начале XX века представитель гуманистической психологии А.Маслоу сформулировал теорию **иерархии потребностей**, в основу которой были положены представления о значимости отдельных потребностей в поведении и жизни человека. А.Маслоу выделил пять основных ступеней или уровней потребностей.

1. **Физиологические потребности**, являющиеся низшей ступенью, необходимы для выживания. Они включают потребности в еде, воде, убежище (жилище), отдыхе. Особое место на этой ступени занимает сексуальная потребность; она не является жизненно необходи-



мой, не связана с индивидуальным выживанием и относится к инстинктам. Помимо своей основной инстинктивной роли (стремление к продолжению рода), которая для многих индивидуумов вовсе не является значимой, сексуальная потребность заключается в стремлении получать сексуальное удовольствие. Диапазон сексуальной потребности может быть сколь угодно широк, формируется и видоизменяется на протяжении всей жизни индивидуума.

2. **Потребности в безопасности и уверенности в будущем** включают потребности в защите от психических и физических опасностей со стороны окружающего мира и уверенность в том, что физиологические потребности будут удовлетворены в будущем. Их проявлением является покупка страхового полиса или поиск надежной работы с хорошими видами на пенсию.

3. **Социальные потребности**, иногда называемые потребностями в причастности, включают чувство принадлежности к чему-либо или кому-либо (семья, друзья, коллектив), чувство, что тебя принимают другие, социального взаимодействия, привязанности и поддержки.

4. **Потребности в уважении** включают самооценку (потребность в самоуважении) и потребность в признании, уважении со стороны окружающих. Касается личностных качеств, компетентности, профессиональных достижений и др.

5. **Потребности самовыражения (самореализации)** являются высшей ступенью в иерархии потребностей и подразумевают стремление личности к вершинам творчества и реализации своих потенциальных возможностей.

Три последних ступени (уровня) в иерархии потребностей относятся к характеристикам личности и более подробно освещены в главе, посвященной психологии личности.

В соответствии с концепцией Маслоу, потребности нижних уровней требуют удовлетворения в первую очередь. Прежде чем потребность следующего уровня станет наиболее мощным фактором, определяющим мотивацию и поведение человека, должна быть удовлетворена потребность более низкого уровня. Если физиологические потребности не удовлетворены, то все остальные могут быть не актуальны. После удовлетворения физиологических потребностей их место занимают потребности других, более высоких уровней. Энергией, реализуемой в мотивациях и поведении человека, обладают лишь неудовлетворенные потребности. В каждый конкретный момент человек стремится к удовлетворению той потребности, которая для него является более важной или сильной. Потребности неразрывно связаны с влечениями.

**Влечение** — психический феномен, выражающийся внутренним напряжением и неосознанным или частично осознанным стремлением к удовлетворению потребностей, в основе которых лежат инстинкты. Инстинкты, как известно, представляют собой сложные

врожденные условнорефлекторные механизмы поведения, обеспечивающие выживание и видовую сохранность индивида. Соответственно выделяют: пищевое, сексуальное влечения, инстинкт продолжения рода и влечение, связанное с инстинктом самосохранения. Учение о влечениях и их значении в психической жизни человека занимает одно из центральных мест в психоанализе З.Фрейда. Несогласие со многими постулатами учения Фрейда, его абсолютизацией роли бессознательного, и прежде всего инстинктов, в жизни человека и общества привело к более широкому пониманию влечений, исходя из их основного свойства — отсутствия осознания. К ним стали относить неосознанное стремление к удовлетворению самых различных потребностей, включая социальные.

Влечение является преходящим состоянием, поскольку представленная в нем потребность либо угасает, либо осознается, превращаясь в конкретное *желание, намерение, мечту* и др. Вместе с тем нельзя не признать, что влечения оказывают глубокое влияние на поведение человека и линию его жизни.

### ***Особенности влечений, их нарушения и значение в клинической практике***

Расстройства влечений, независимо от их связи с тем или иным инстинктом, могут выражаться: 1) *чрезмерным усилением*; 2) *ослаблением* или *отсутствием*; 3) *извращением*; 4) *импульсивностью* (неодолимостью).

Неразрывная связь влечений с инстинктами обуславливает возможность появления нарушений влечений уже в раннем детском возрасте. Относительно большее распространение имеют нарушения влечений в подростковом и юношеском возрасте.

### ***Расстройства пищевого влечения***

**Усиление влечения — булимия** (от греч. *bulimia* — бычий голод) — мучительный неутолимый голод, резко повышающий аппетит и приводящий к перееданию. Имеет полифакторную этиологию: наследственность, гормональные, психологические и социальные факторы. К повышенному аппетиту и ожирению могут предрасполагать семейная традиция употребления избыточного количества калорийной пищи, гормональные нарушения, связанные с эндокринными и другими соматическими заболеваниями или поражением головного мозга.

Повышенное влечение к еде у некоторых личностей, отличающихся завышенными требованиями к себе и окружающим, может сочетаться с депрессивным настроением, тревогой и страхом. При этом из-за опасения увеличения массы тела вслед за неограниченным потреблением пищи у таких личностей следует вначале искусственно вызываемая, а в дальнейшем — рефлекторная рвота, или они прибегают к приему слабительных.

По мнению представителей психосоматического направления, повышенное влечение к пище может являться выражением нарушений, связанных с длительно существующей неразрешимой для личности психотравмирующей ситуацией: удовлетворение от избыточного количества вкусной пищи как бы компенсирует отрицательные эмоциональные переживания.

**Ослабление (отсутствие) влечения к пище** — анорексия (от греч. *a* — отрицание, *orexis* — желание, аппетит) может наблюдаться уже в раннем детском возрасте; она выражается отказом от еды, отвращением к пище, избирательностью в еде, медленным пережевыванием пищи, задерживанием ее во рту, выплевыванием.

*Истинная анорексия* встречается редко, преимущественно у девочек-подростков и девушек, страдающих истерическими невротическими расстройствами, а также при декомпенсации истероидной или психастенической психопатий. В клинике истерических нарушений аноректическое поведение носит демонстративный характер и формируется по механизму «условной желательности», позволяющему личности неосознанно избавляться от той или иной непереносимой для нее ситуации. У больных с психастеническими чертами, страдающих анорексией, демонстративность в поведении отсутствует, они тяготятся своим состоянием, нередко имеют место депрессивные переживания, навязчивые опасения, касающиеся своего здоровья и внешнего вида.

Физическими проявлениями и последствиями неврогенной анорексии могут явиться значительная потеря массы тела с явлениями истощения и кахексии, аменорея, выраженные соматические нарушения со стороны многих органов и систем. В наиболее тяжелых и запущенных случаях возможен летальный исход.

Истинную анорексию, отличающуюся упорным течением и рецидивированием характерных нарушений, необходимо дифференцировать с другими видами патологии, при которых имеют место потеря аппетита и массы тела, в частности с эндокринными и нейроэндокринными заболеваниями (диабет худых, синдром Шихана и др.). В подростковом и юношеском возрасте у девушек встречается синдром *нервной* или *психической, анорексии*, связанный с сознательным болезненным ограничением приема пищи с целью похудения и приобретения желаемой фигуры. Снижение аппетита или отказ от приема пищи могут входить в структуру синдромов психических расстройств. В таких случаях говорят о *вторичной анорексии* (бредовые, депрессивные состояния, галлюцинаторно-бредовые, кататонические синдромы). Особо значимы при этом сверхценные и бредовые идеи чрезмерной полноты. Вторичная анорексия также в определенной степени свидетельствует об ослаблении влечения к пище.

**Извращение влечения к пище** чаще встречается у детей и выражается в форме поедания несъедобных объектов (земли, мела, испраж-

нений и т.п.). Бывает у лиц, страдающих выраженной умственной отсталостью и при некоторых формах шизофрении.

**Полидипсия** (от греч. *polydipsios* — испытывающий сильную жажду) — хроническое чрезмерное потребление или периодическое потребление очень больших количеств воды (жидкости). *Первичная полидипсия*, связанная с раздражением центров жажды при нормальном содержании воды в организме, может быть идиопатической (наследственной) или психогенной. *Психогенная полидипсия* встречается у женщин в период менопаузы. Помимо полидипсии у таких больных отмечаются нарушения личности и поведения, эмоциональные расстройства. Полидипсия может быть обусловлена другими психическими расстройствами, например, бредовыми или галлюцинаторно-бредовыми при шизофрении. Психогенную полидипсию необходимо дифференцировать с *несахарным диабетом*, причинами которого могут явиться органические заболевания головного мозга (опухли гипоталамо-гипофизарной области, посттравматические, сосудистые изменения).

### *Расстройства инстинкта самосохранения*

**Повышенный инстинкт самосохранения** у детей проявляется боязнью новизны, незнакомых лиц и объектов. У взрослых как усиление инстинкта самосохранения и связанного с ним влечения к максимальному продлению жизни с определенной степенью условности можно рассматривать ипохондрию, в частности одну из ее форм, обозначаемую иногда как «ипохондрия здоровья». Последняя чаще встречается у мужчин. Переживания и поведение лиц, которым свойственны подобные отклонения, сконцентрированы на сохранении здоровья и продлении жизни. Основные усилия их сосредоточены на улучшении самочувствия, бесконечном физическом совершенствовании, для чего используются разнообразные методы закаливания, питания, физические упражнения и т.д.

**Ослабление инстинкта самосохранения** может выражаться в форме **аутодеструктивных действий** — нанесения физического ущерба (выдергивание волос, самокалечение). Сюда же можно отнести случаи увлечения подростков, юношей и девушек, а иногда и взрослых лиц так называемым пирсингом — введением в различные части тела многочисленных металлических предметов, несмотря на риск возникновения осложнений, порой опасных для жизни. *Аутоагрессивные действия*, предпринимаемые с целью суицида (чаще всего носящего демонстративный характер) также можно расценивать как ослабление инстинкта самосохранения. Подобное поведение, обусловленное расстройством влечений, с известными оговорками, следует отличать от сознательной аутоагрессии при истинных суицидальных попытках (среди специалистов-суицидологов есть как сторонники, так и противники трактовки суицидов с позиций ослабленного, подавленного инстинкта самосохранения).

Аутоагрессивное поведение характерно прежде всего для лиц с патологией характера, преимущественно возбудимого, неустойчивого, истероидного и эпилептоидного типов. Особое значение при этом придается наличию резидуальной церебрально-органической недостаточности.

Выражением **извращенного инстинкта самосохранения** можно считать, с некоторой степенью условности, **агрессивное поведение**. Как проявление **гетероагрессии** можно рассматривать такие действия детей (имеющие место уже раннем возрасте), как удары, укусы, плевки, направленные против родственников, других детей, посторонних людей, часто без видимых причин. В детском, подростковом, юношеском возрасте, а также у взрослых гетероагрессивное поведение выражается частым провоцированием конфликтов с угрозами, драками и нанесением повреждений окружающим. Более характерны гетероагрессивные действия для глубоких психопатов, часто страдающих органической церебральной недостаточностью, возбудимого, неустойчивого и эпилептоидного круга. Они могут иметь место и при шизофрении, эпилепсии, резидуально-органических психопатоподобных состояниях. Агрессивные действия больных шизофренией отличаются немотивированностью, вычурностью, особой жестокостью, садизмом. У больных эпилепсией агрессия носит пароксизмальный, brutальный характер и возникает часто на фоне дисфории или сумеречного помрачения сознания.

### *Расстройства полового влечения*

**Повышение полового влечения (либидо)** иногда отмечается уже в детском возрасте до начала полового созревания. Выражается оно в манипуляциях ребенка с половыми органами, стремлении разглядывать и показывать их окружающим, прикасаться к половым органам других людей. К проявлениям усиленного полового влечения в детском и подростковом возрасте, рассматриваемым в рамках *девиантного (отклоняющегося) поведения*, относятся *взаимная мастурбация, петтинг* (соприкосновение и взаимное трение половых органов без полового сношения), *промискуитет* (частые беспорядочные половые сношения с разными партнерами). Усиление полового влечения может носить парциальный характер и встречаться у психически здоровых взрослых лиц или наблюдаться в клинической картине практически всех форм психической патологии. Наиболее грубо оно выражено у больных с психопатоподобными расстройствами в рамках резидуально-органической патологии, олигофрениями в сочетании с психопатоподобными проявлениями. При аффективной патологии гиперсексуальность входит в структуру маниакального синдрома.

**Понижение или отсутствие полового влечения.** Известно, что половая активность индивидуальна, связана как с конституцией, так и с особенностями воспитания, поэтому некоторые люди не считают болезненным проявлением ослабление или отсутствие у себя поло-

вого влечения и стремления к половой жизни. Ослабление полового влечения болезненно переживается многими лицами, страдающими невротическими расстройствами, соматическими заболеваниями, прежде всего связанными с эндокринными нарушениями. Понижением полового влечения, как правило, сопровождаются депрессии. Психологические и физиологические проблемы, связанные с понижением сексуальной активности, в том числе влечения и способности к половой жизни, актуальны для геронтологической практики.

**Сексуальные девиации, половые извращения (перверсии, парафилии)** — изменения направленности полового влечения (либидо) или способов его удовлетворения. Прежде к ним относили любые сексуальные потребности и действия человека, которые отличались от господствующей в обществе модели полового поведения. Причем все сексуальные отклонения (сексуальные девиации) считались патологией и, кроме того, всячески осуждались с позиций морали. В настоящее время многие сексологи придерживаются мнения, что *лишь часть девиаций носит явно патологический характер*, а некоторые из них, например, гомосексуализм, нарциссизм, исключены из международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10).

В настоящее время нетрадиционные виды сексуальной ориентации (гомосексуальный и бисексуальный типы) не рассматриваются в качестве расстройств. Однако необходимо отметить, что у лиц с подобной ориентацией гораздо чаще возникают психологические проблемы и поведенческие расстройства, связанные как с психосексуальным созреванием и становлением половой ориентации, так и с трудностями в формировании и обеспечении отношений с сексуальным партнером.

К **непатологическим сексуальным девиациям** относят отклонения от общепринятых форм (в пределах этнической культуры) полового поведения, которые играют дополнительную роль в получении сексуального удовлетворения и не имеют признаков безусловной патологии. Выделяют *девиантные тенденции*, проявляющиеся лишь в мечтах и сексуальных фантазиях человека, но по тем или иным причинам никогда не реализуемые на практике, и *девиантные элементы*, которые выполняют роль дополнительных стимулов, усиливающих сексуальное возбуждение индивида при обычных (традиционных) половых контактах, либо являются для него только одной из возможных форм достижения сексуального наслаждения.

При **истинных перверсиях** извращенные способы удовлетворения полового влечения становятся для человека практически единственным источником полового удовлетворения (обычный половой акт, если и возможен, то все равно не дает необходимых ему ощущений и полной сексуальной разрядки). *Перверсная направленность полового влечения и искаженные формы его реализации* носят навязчивый или компульсивный (от лат. *compulsare* — принуждать) характер, т.е. воз-

никают помимо воли человека на основе неодолимого влечения, имеют тенденцию к прогрессированию (учащению перверсных сексуальных действий и постепенному подчинению всей жизни человека удовлетворению искаженного полового влечения). Сильное сексуальное возбуждение и оргазм достигаются только строго определенным образом, с использованием особых ритуалов, замещающих реальный коитус, или при помощи необычной сексуальной «техники».

К расстройствам сексуального предпочтения (парафилиям) относятся (МКБ-10):

1. Фетишизм — использование какого-либо предмета одежды, обуви в качестве стимула для сексуального возбуждения и сексуального удовлетворения.

2. Фетишистский трансвестизм — надевание одежды противоположного пола для достижения сексуального возбуждения и сильное желание снять ее после достижения оргазма.

3. Вуайеризм — наблюдение за людьми, занимающимися сексом или «интимными делами» (раздевание, мытье тела), позволяющее достичь сексуального возбуждения и разрядки при помощи мастурбации.

4. Эксгибиционизм — половое возбуждение и оргазм достигаются путем демонстрации собственных половых органов незнакомым людям в общественных местах без предложения или намерений более близкого сексуального контакта.

5. Педофилия — сексуальное предпочтение отдается детям, обычно прелубертатного или раннего пубертатного возраста.

6. Непристойные телефонные разговоры с незнакомыми людьми, во время которых достигается половое возбуждение и оргазм при помощи мастурбации.

7. Зоофилия — сексуальные действия с животными.

8. Сдавливание кровеносных сосудов шеи и вызывание у себя симптомов удушья с целью полового возбуждения и достижения оргазма.

9. Предпочтение сексуальных партнеров с какими-либо особыми анатомическими дефектами (чаще с отсутствием конечностей).

10. Некрофилия — возникновение полового возбуждения и оргазма при совершении сексуальных действий с трупом.

11. Садомазохизм (алголагния от греч. algos — боль, lagnēia — сладостастие) — половое возбуждение и оргазм возникают при условии причинения физической боли или унижения партнера (мазохизм — желание быть подверженным подобной стимуляции, садизм — быть ее источником).

При половых извращениях возможность испытывать «половое» наслаждение с использованием традиционных способов резко ограничена или отсутствует, а перверсные формы сексуального поведения постепенно приобретают насильственный, непреодолимый характер. Человек утрачивает волевой контроль над своими действия-

ми, и перверсные сексуальные влечения занимают все большее место в его жизни. Так, единичные акты эксгибиционизма со временем учащаются, и в тяжелых случаях поиск возможностей для совершения эксгибиционистских действий становится смыслом существования и вытесняет все остальные интересы.

Истинные половые извращения, или сексуальные девиации, необходимо отличать от **псевдоперверсий**, при которых удовлетворение сексуального влечения извращенным путем происходит лишь под влиянием объективных обстоятельств (однополый коллектив, длительное сексуальное воздержание, физический недостаток, затрудняющий реализацию полового влечения нормальным способом и др.).

Извращение полового влечения может быть врожденным, но чаще перверсии возникают в процессе постнатального онтогенеза. По мнению многих авторов (Ткаченко А.А., 1999; и др.), органические факторы (последствия перенесенных родовой и других травм мозга, интоксикаций, нейроинфекций и др.) являются обязательным этиопатогенетическим звеном в механизме формирования половых извращений. Определенное место отводится гормональным нарушениям. Значительная роль в формировании сексуальных перверсий принадлежит микросоциальной среде (неправильное воспитание, развращающие примеры аномального сексуального поведения взрослых и сверстников, демонстрация порнографических фильмов и изображений, прямое растление). Чаще всего в основе перверсий лежит сочетание нескольких факторов, негативно действующих на формирование сексуальности.

Сексуальные девиации и половые извращения (перверсии) могут формироваться при психопатиях (психастенического круга, эпилептоидных, шизоидных, истерических, неустойчивых), олигофрениях, а также при ряде психических заболеваний (шизофрения, эпилепсия, маниакально-депрессивный психоз), у больных с органической церебральной патологией. Закономерности формирования и структура перверсии в известной мере отражают особенности патологической почвы, на которой они возникают. Для умственной отсталости (дебильности) характерна стойкая фиксация на каком-либо определенном варианте сексуальных извращений, психопатические личности склонны к смене патологических форм полового удовлетворения. Патологически возбудимым лицам, отличающимся раздражительностью, импульсивностью, злобностью, чаще свойственны садизм, эксгибиционизм, педофилия. Эксгибиционизм, педофилия встречаются также у больных шизофренией. При эпилепсии, для которой характерны взрывчатость, жестокость, могут развиваться тяжелые нарушения сексуального влечения садистического плана. Некрофилия и инцест (влечение к близким родственникам) обычно наблюдаются у больных с грубым интеллектуальным или эмоциональным дефектом.



**Импульсивные влечения**, к которым относятся **пиромания** (влечение к огню и совершению поджогов), **дромомания** (влечение к бродяжничеству и побегам из дома), **клептомания** (влечение к присвоению чужих вещей), имеют сложные механизмы формирования и чаще связаны с патологией характера на почве органической недостаточности головного мозга.

Особенности влечений и их расстройства оказывают опосредованное, но глубокое влияние на поведение человека. Так, анорексия нередко приводит к физическому истощению, вплоть до кахексии, а иногда и к летальному исходу. Половые перверсии (садомазохизм, педофилия) чреваты нанесением физического (телесные повреждения, вплоть до самых тяжких и даже смертельных) ущерба партнеру или жертве, иногда и себе самому, а также морального ущерба партнеру (жертве). Педофилия, садизм, эксгибиционизм могут наказываться в соответствии со статьями уголовного кодекса.

В старческом возрасте обычно имеет место постепенное угасание влечений. В то же время при развитии старческого слабоумия или слабоумия сосудистого генеза у больных могут возникнуть прожорливость, своеобразная гиперсексуальность (повышенный интерес к эротическим темам, развратные действия с малолетними).

В повседневной клинической практике выявление расстройств влечений основывается на анамнестических сведениях (в первую очередь, объективных), оценке физического статуса (масса тела, состояние эндокринных функций, выраженность вторичных половых признаков и др.), наблюдении за поведением пациента и отчасти на его самоотчете.

Выраженные расстройства поведения у врача, имеющие в своей основе патологию влечений, несовместимы с лечебной работой.

---

## **Глава 6. Сознание, его уровни, значение в клинической психологии**

---

**Сознание** является высшим уровнем психического отражения действительности и саморегуляции, присущим только человеку как общественно-историческому субъекту. Формируется в процессе социально-психического развития личности. Представляет собой интегративную функцию психики. Различают сознание индивидуальное, общественное, религиозное и др. Психология изучает происхождение, структуру и функционирование сознания.

**В структуре индивидуального сознания выделяют следующие параметры:**

- центр сознания – совокупность элементов объективной реальности, осознающихся наиболее четко в данный отрезок времени;
- периферия сознания заполняется тем, что осознается менее отчетливо, смутно;
- объем сознания составляет совокупность явлений объективной реальности, находящихся одновременно в центре и на периферии сознания;
- порог сознания – тот его функциональный уровень, ниже которого явления объективной реальности не осознаются;
- непрерывность потока сознания означает, что осознание настоящего пристекает и тесно связано с сознательным опытом прошлого.

Существенными характеристиками сознания являются также:

- интенциональность (направленность сознания на какой-либо объект или явление, т.е. сознание всегда является осознанием чего-либо);
- рефлексия (способность к самонаблюдению, самоанализу, осознанию самого себя).

В прикладном (клиническом) аспекте сознание человека делят на **предметное сознание** (осознание пространства и времени, включающее отражение объектов и явлений действительности в их внешних и внутренних связях) и **самосознание** (осознание собственной личности, выделение себя из окружающего).

Для оценки психического состояния человека важным критерием является **степень (уровень) ясности сознания**. В клинической практике используются четыре формальных признака ясности сознания,

по К.Ясперсу (1913): 1) способность адекватно воспринимать окружающее; 2) правильность ориентировки; 3) рациональность мышления; 4) сохранность памяти.

Для медицинской психологии важное значение имеет **самосознание**, т.е. осознание человеком собственного «Я», своего тела, мыслей, чувств, действий, интересов, собственного положения в системе общественных и производственных отношений. К.Ясперс выделял также четыре формальных признака самосознания: 1) осознание собственного единства в каждый момент времени; 2) осознание собственной идентичности; 3) осознание того, что «Я» отлично от всего остального мира; 4) чувство деятельности — осознание себя в качестве активного субъекта.

### ***Сознание и неосознаваемые (бессознательные) проявления психики***

В истории философии и психологии термин «бессознательное» всегда был «оплотом» идеализма, начиная со времен Платона, создавшего концепцию о наличии в душе человека скрытых идей, о которых он сам может и не подозревать. Немецкому физику и психологу Г.Т.Фехнеру, жившему в XIX веке, чьи исследования положили начало современной экспериментальной психологии, принадлежит получившее широкое распространение понятие «души-айсберга», большая часть которого находится под водой и управляется подводными течениями.

Понятия «бессознательное» и «подсознание» стали основой *глубинной психологии З.Фрейда*, значение которой в течение многих лет полностью отрицалось в отечественной психологии и медицине из-за проповедуемого ее автором приоритета бессознательного над сознанием. Заслуга З.Фрейда — создателя психоаналитической концепции и его последователей заключается в том, что они обратили внимание на существенное влияние подсознания, неосознаваемых психических явлений на поведение человека, мимо чего проходили другие исследователи. Однако роль бессознательного в психической жизни и поведении была ими абсолютизирована. По мнению Фрейда, именно «Оно» (бессознательное) — врожденная, инстинктивная, глубинная основа психики, определяющая особенности психического облика и поведения человека. Жизнь человека, по Фрейду, направляется влечением к жизни (основу которого составляет либидо — сексуальное влечение) и влечением к смерти, разрушению. Факторы внешней среды имеют преходящее, несущественное значение. Последнее положение, а также пансексуализм подвергались наиболее жесткой критике, в том числе в нашей стране. В результате в отечественной психологии и медицине более полувека значение бессознательного, или неосознанных проявлений, в психике человека практически полностью игнорировалось, приоритет отдавался сознательной деятельности человека.

Однако полностью отрицать наличие неосознаваемых явлений в психической деятельности человека отечественные ученые не могли и пытались предложить свои концепции. Одной из попыток подойти к пониманию природы бессознательного с позиций, отличных от фрейдистских, была *теория установки Д.Узнадзе*. Согласно этой теории, отражение человеком (субъектом) действительности осуществляется через посредство его установки, которая является неосознаваемым феноменом, а ее формирование и функционирование подчиняется физиологическим закономерностям. Установка возникает в процессе взаимоотношений субъекта со средой и определяет психическую деятельность. Особенности фиксированной установки зависят от типологических черт личности. Установка рассматривалась Д.Н.Узнадзе и его последователями как ключ для понимания единства и целесообразности поведения человека. В дальнейшем для объяснения отражения человеком действительности и мотиваций его поведения привлекалось понятие «механизм антиципации».

Современная психология признает, что многие психические акты человека, его мотивации находятся в сфере подсознания и бессознательного; они оказывают огромное влияние на деятельность и поведение в норме и патологии. Выше была показана важная роль одной из составляющих подсознания — влечений в жизнедеятельности человека. Экспериментально доказано существенное влияние субсенсорных, подпороговых, т.е. неосознаваемых раздражителей на психофизическое состояние. Феномен так называемого двадцать пятого кадра, которому уделяется много внимания в публикациях последних лет, объясняется механизмом подпорогового восприятия. Благодаря этому механизму информация, подаваемая в течение такого короткого времени, что сознание ее не улавливает, и она поступает напрямую в бессознательное, минуя «цензуру» сознания, может оказывать определенное влияние на поведение человека. Феномен двадцать пятого кадра используется в кино, рекламе, некоторых психотерапевтических методиках (нейролингвистическое программирование, НЛП).

В клинической психологии для понимания механизмов некоторых расстройств и заболеваний (называемых психосоматическими), а также реакций личности на болезнь важное значение имеет **концепция психологической защиты**, которая отражает важную сторону психической деятельности, связанную с подсознанием, длительное время не принимавшуюся во внимание большинством научных направлений в психологии и психиатрии (исключая психоанализ).

Согласно психоанализу, психологическую защиту обеспечивает ряд специфических приемов переработки представлений, нейтрализующих патогенное воздействие, которое эти представления могут оказывать на сознание. Основным дефектом психоаналитической трактовки понятия «психологическая защита» является то, что пос-

ледняя рассматривается как механизм, используемый только в исключительных случаях, а именно, как единственное средство предотвращения грозных клинических последствий конфликта сознания («Эго» — «Я») с противостоящим ему неизменно враждебным бессознательным («Ид» — «Оно»). Именно так была рассмотрена проблема в трудах Анны Фрейд, положивших начало разработке теории психологической защиты.

В последние годы концепция психологической защиты была существенно пересмотрена. Так, показано, что психологическая защита является нормальным постоянно функционирующим психологическим механизмом, имеющим огромное значение в сопротивлении, которое организм оказывает болезни. Этот механизм предотвращает (при его правильном функционировании) дезорганизацию психической деятельности и поведения в условиях конфликта сознания и бессознательного.

Установлено, что способность к психологической защите у разных людей выражена в различной степени и что начало самых разных патологических процессов (от невротических до органических) связано с дезорганизацией нормальной психологической защиты, открывающей дорогу патогенным влияниям. Более подробно механизмы и формы психологической защиты рассматриваются в главах, посвященных реакции личности на болезнь, психосоматическим и соматопсихическим взаимоотношениям.

### ***Нарушения сознания и самосознания и их значение в клинике***

Состояние сознания влияет как на полноту самочувствия самого больного, целостность и качество осознания самого себя и окружающего мира, так и на возможность полноценного контакта между врачом и пациентом.

В клинической практике любого профиля оценке сознания больного должно придаваться важное значение. Состояние сознания обязательно отражается в описании психического статуса. Расстройства сознания у больного могут затруднять, исказить или полностью исключить контакт с ним, однако анализ этих расстройств позволяет оценить общее состояние больного, выявить возможные их причины и определить дальнейшую динамику. От этого в значительной мере зависит врачебная тактика.

По Ясперсу, признаками *нарушенного (помраченного) сознания* являются: 1) отрешенность от реального мира (неотчетливость или невозможность восприятия окружающего); 2) расстройство ориентировки в месте, времени, ситуации, собственной личности; 3) нарушение процессов мышления (бессвязность или невозможность суждений); 4) частичная или полная амнезия периода нарушенного сознания.

Синдромы нарушенного сознания подробно изучаются в курсе психиатрии. Выделяют *два типа нарушений сознания: выключение и помрачение*.

### *Выключение (потеря) сознания*

Может быть полным (кома) и частичным (легкая степень оглушения, обнублиция — «мерцающее сознание»). Наблюдается чаще всего при травмах (черепно-мозговых), неврологической патологии (вследствие нарушения мозгового кровообращения, нейроинфекции, опухоли головного мозга и др.) и при соматических заболеваниях как результат тяжелого общего состояния, являющегося следствием интоксикации, кровопотери, гипер- или гипогликемии и т.д. Сознание может выключаться в диапазоне от временного общего обеднения психической деятельности (при легкой степени оглушения) до почти полного ее отсутствия (при сопоре и коме). При этих состояниях у больных отсутствуют продуктивные расстройства восприятия и мышления (галлюцинации и бред). Глубина выключения сознания может меняться параллельно изменению тяжести общего состояния больного: при нарастании тяжести общего состояния оглушение может сменяться сопором и комой, и, наоборот, при его улучшении наблюдается выход из комы через сопор и оглушение в ясное сознание.

### *Помрачение сознания*

Отличается от выключения сознания наличием продуктивной психопатологической симптоматики (галлюцинаций, псевдогаллюцинаций, иллюзий, бредовых идей, растерянности, аффективных расстройств в виде страха, ярости, возбуждения или обездвиженности).

**Сумеречное помрачение сознания**, для которого характерны внезапное начало, кратковременность и быстрый (критический) выход из него, проявляется дезориентировкой или резким сужением поля сознания, нередко со способностью выполнять достаточно сложные, но не адекватные действия. Возможны бред и галлюцинации, под влиянием которых у больного бывают вспышки агрессивного-разрушительного возбуждения. Имеет место полная амнезия периода помрачения сознания. Сумеречное помрачение сознания наиболее типично для клиники эпилепсии и органических заболеваний головного мозга. В детском возрасте оно может проявляться в виде сомнамбулизма (снохождения).

**Делириозное помрачение сознания** возникает, как правило, на фоне интоксикации (при алкоголизме, инфекциях, употреблении психоактивных средств и др.). Ведущие проявления — обильные зрительные галлюцинации, иллюзии, ложная ориентировка в месте и времени, определяющие неправильное поведение и возбуждение больных. Бедность галлюцинаторных проявлений, выраженная бессвязность мышления, однообразное возбуждение, ограничивающееся пределами постели, невнятная бормочущая речь характеризуют клинику мусситирующего делирия, свидетельствующего о тяжести общего состояния и возможности выключения сознания.

**Онейроидное помрачение сознания** встречается, как правило, при психических заболеваниях, чаще в структуре острых приступов шизофрении. В клинической картине доминируют грезоподобные (сновидные) фантастические представления, псевдогаллюцинаторные расстройства, сочетающиеся с поведением по типу «зачарованности».

**Аментивное помрачение сознания** — состояние острой спутанности сознания. Основными клиническими проявлениями являются полная дезориентировка в окружающем и собственной личности, фрагментарность восприятия окружающего, бессвязность мышления, растерянность, пугливость. Возможны отрывочные бредовые и галлюцинаторные расстройства. Больные беспокойны, суетливы в пределах ограниченного пространства. Заканчивается аменция глубокой амнезией. Аменция развивается преимущественно на фоне тяжелых истощающих соматических заболеваний; она является признаком тяжелой декомпенсации физического состояния и ухудшает прогноз основного заболевания.

У подавляющего большинства больных, страдающих психическими и соматическими заболеваниями, сознание не нарушено. Помрачение или выключение сознания — признак тяжелого психического, а часто и физического состояния, требующего оказания urgentной медицинской помощи.

### *Расстройства самосознания*

Под расстройствами самосознания — **деперсонализацией** (от лат. *de* — отрицание, *persona* — личность) понимают патологически измененное восприятие окружающей действительности и (или) собственного «Я». Большинство пациентов признает болезненный характер своих переживаний. Деперсонализацию делят на аллопсихическую, соматопсихическую и аутопсихическую.

**Аллопсихическая деперсонализация (дереализация)** — нарушение отражения окружающего, в том числе времени. Вся окружающая обстановка приобретает для воспринимающего ее человека необычные качества: люди представляются «кукольными, неживыми», другие объекты «как будто искусственными», нереальными, видимыми через пленку или вуаль, другие, наоборот, необычайно яркими, красочными и т.п. Нарушения восприятия времени переживаются как «остановка времени», «замедление времени», «ускорение времени», «утрата чувства времени» и т.п.

**Соматопсихическая деперсонализация** — нарушение восприятия собственного тела. Собственное физическое «Я» воспринимается как безжизненное, несуществующее, раздвоенное, не принадлежащее себе.

**Аутопсихическая деперсонализация** — переживание отчуждения собственных психических актов (мыслей, чувств, воспоминаний), чувство раздвоения души, психического «Я».

Деперсонализационные расстройства могут встречаться при заболеваниях различной этиологии. Дерезализация может возникать пароксизмально при эпилепсии в качестве ауры перед припадком или по типу психических эквивалентов припадков, как бы заменяя припадки. Встречаются дерезализационные явления при аффективных нарушениях (депрессивных и маниакальных состояниях) у больных с резидуально-органической патологией головного мозга.

Соматопсихическая деперсонализация более типична для больных с острой интоксикацией, органической патологией головного мозга (последствия черепно-мозговых травм, опухоли, аневризмы и др.), но может встречаться и при эндогенных психических заболеваниях, чаще при шизофрении.

Аутопсихическая деперсонализация характерна для клиники шизофрении.

Стойкие расстройства самосознания крайне тягостны для большинства больных и обычно сопровождаются депрессией.



---

## **Глава 7. Психическая индивидуальность.**

### **Психология личности**

---

#### **7.1. Краткая история развития учения об индивидуальности**

Известно, насколько велико психологическое многообразие людей, как различны их индивидуальные качества. Не существует двух совершенно одинаковых людей. Индивидуальность человека проявляется множеством признаков, на что обратили внимание еще мыслители и врачи древности.

В прошлом индивидуальность, или личность, обозначали более широким понятием — «душа». Это нашло отражение и в бытовом описании человеческих качеств («душевный» человек, «тонкая душа», «черствая душа», «великодушный», «слабодушный», «благодушный» и др.). Само понятие «душа» было чрезвычайно общим, а объяснение ее сущности — надуманным и наивным. У древних греков душа отождествлялась с «дыханием» (Анаксимен), «кровью» (Гераклит), «соками организма вообще» (Эмпедокл), «семенной жидкостью» (Хиппон), «мышлением» (Анаксимен), «врожденными идеями разума» (Сократ).

Позднее Платон различал в душе три части. Первая — общая для человека, животных и растений (чувственная, или «похотливая») — находится в печени, вторая — в виде чувств гнева и совести — в сердце и, наконец, третья — разумная часть души (душа—разум), при помощи которой человек мыслит, соотносит события, трактует их, вырабатывает определенное отношение к ним, — в голове. Эта наивная систематика составляющих души, предложенная великим идеалистом Платоном, содержит вместе с тем и рациональное зерно: она отражает в упрощенном, искусственном (с современных позиций) виде влияние отдельных систем организма (физической стороны «Я») на организацию и структуру индивидуальности человека.

Ученик Платона и Гиппократ, воспитатель Александра Македонского знаменитый энциклопедист древности Аристотель утверждал, что человеческая душа двойственна. Одна часть ее, равнозначная душам животных, является личной и смертной, другая, принадлежащая вечному безбрежному разуму, — духовна и бессмертна. Аристотель предлагал по выражению лица отличать людей злобных, гневливых от спокойных и доброжелательных, смелых — от трусливых, порядочных — от бесстыжих и т.д.

Наиболее содержательна систематика человеческих индивидуальностей, предложенная Гиппократом, а затем усовершенствованная Галеном. Гиппократ и Гален выделили четыре типа индивидуальности, которые были обозначены понятием «темперамент».

### **7.2. Современные концепции личности**

Несмотря на богатство экспериментальных данных и множество концепций, до сих пор не создано единой общепризнанной теории личности. Не существует общепринятого мнения, какой подход в изучении личности позволяет наиболее полно и глубоко объяснить основные составляющие поведения человека. В настоящее время сосуществуют различные альтернативные теории, описывающие личность как интегрирующее целое и вместе с тем объясняющие различия между людьми. В большинстве теорий личность рассматривается как общая идея индивидуальных различий, как гипотетическая структура, как процесс развития на протяжении жизни, а также как сущность, объясняющая стабильные формы поведения.

#### ***Вклад отечественных ученых в развитие психологии личности***

Наибольшего расцвета отечественная психология личности достигла в XX веке. Значительный вклад в развитие данного раздела психологии внесли Л.С.Выгодский, А.Н.Леонтьев, С.Л.Рубинштейн, Д.Н.Узнадзе, В.Н.Мясищев, Б.Г.Ананьев. Сила отечественной психологической школы — в ее диалектическом подходе к изучению проблем личности, слабость — в материалистической ограниченности. Отечественные психологи, находившиеся под влиянием учения К.Маркса, рассматривали человека как биологический, социальный индивид с позиции теории деятельности, но недостаточное внимание уделяли познанию высшей, духовной его сущности — идеальному, которое активно отвергалось господствующей идеологией марксизма.

*В.Н.Мясищев*, признавая роль биологических «задатков» в формировании психофизиологических свойств индивида, утверждал, что личность как продукт общества определяется прежде всего ее социальным значением, направленностью — доминирующим свойством, от которого зависит жизненный путь человека. Уровень личности определяется степенью его сознательности, идейным богатством. Если доминирующее свойство охватывает все стороны личности, то она характеризуется цельностью.

*С.Л.Рубинштейн* был склонен придавать большее значение природным, естественным предпосылкам развития индивидуальности. По его мнению, личность — это совокупность внутренних условий, через которые преломляются внешние (социальные) воздействия. Несмотря на то, что данное определение слишком общее, его придерживаются многие современные исследователи.

*Л.С.Выгодский*, будучи представителем материалистической психологии, тем не менее, доказал, что высшие психические функции нельзя расценивать как непосредственные функции мозга. Их корни необходимо искать в условиях общественной жизни. В формировании личности он придавал важное значение онтогенетическому и духовному развитию (влияние литературы, искусства и др.)

*А.Н.Леонтьев* — ученик и последователь Выготского, подчеркивал большую роль воспитания в становлении индивидуальности и развитии личности.

*Б.Г.Ананьев* считал, что личность — не весь человек, а лишь его социальные качества. По его мнению, личность характеризуется совокупностью общественных отношений и определяемой ими позицией в обществе. Он подчеркивал, что личностью становится любой индивид в той мере, в какой он начинает сознательно определяться.

### ***Зарубежные теории личности***

В отличие от отечественной психологии XX века, в которой доминировали материалистические взгляды, в зарубежной психологии личность рассматривалась преимущественно с позиций идеализма, в связи с чем большое значение придавалось духовным потребностям, роли неосознанных мотивов в деятельности человека. Среди наиболее известных направлений в психологии, разработывавших собственные концепции личности, следует выделить следующие.

**Психоанализ.** В соответствии с концепцией З.Фрейда, личность включает три структурных компонента: «Ид» (инстинктивное ядро личности, подчиняющееся принципу удовольствия), «Эго» (рациональная часть личности, принцип реальности), «Супер-Эго» (моральная сторона личности — формируется последней). Развитие личности соответствует психосексуальному развитию человека. Стадии индивидуального развития: оральная, анальная, фаллическая (возникают комплексы Эдипа и Электры), латентная, генитальная. Зрелая личность — это личность, которая может и стремится работать, чтобы создать нечто полезное и ценное, способная любить другого человека «ради него самого».

**Индивидуальная психология А.Адлера.** Основной ее постулат: люди стараются компенсировать чувство собственной неполноценности, которое испытывали в детстве. Отсюда борьба за превосходство, или стремление к власти, присущее каждому человеку. Для достижения своих целей человек вырабатывает свой уникальный стиль жизни (наиболее отчетливо он проявляется в решении трех задач: работа, дружба и любовь). Последний конструктивный элемент личности — социальный интерес (внутренняя тенденция человека к участию в создании идеального общества). Степень его выраженности — показатель психологического здоровья.

**Аналитическая психология К.Г.Юнга.** По Юнгу, личность состоит из трех взаимодействующих структур: «Эго» (все то, что человек

осознает), личного бессознательного (все подавленное и комплексы), коллективного бессознательного (состоит из архетипов, в которых заключен весь опыт человечества). Личность может достичь гармонии лишь в результате длительного процесса психологического созревания (индивидуализации) и интеграции всех скрытых и игнорируемых им сторон собственной личности как на бессознательном, так и на сознательном уровне.

**Неофрейдизм.** Наиболее известные его представители — Э.Эриксон, Э.Фромм, К.Хорни. Особое значение придается «Эго» и его функциям. Эриксон считал, что «Эго» — автономная структура, которая проходит в своем развитии восемь универсальных стадий. Э.Фромм придавал особое значение влиянию на личность социальных и культурных факторов.

**Диспозициональная психология.** Наиболее видные представители — Г.Олпорт, Р.Кеттелл, Г.Айзенк. В соответствии с их взглядами, люди обладают некими устойчивыми внутренними качествами, сохраняющимися в различных ситуациях. Олпорт первым выдвинул теорию, согласно которой личность — это динамическая организация внутренних психических процессов, определяющих характерное для нее поведение и мышление.

**Бихевиоризм.** По определению Б.Скиннера, личность — это результат взаимодействия индивида (с его жизненным опытом) и окружающей среды. Поведение детерминировано, предсказуемо и контролируется окружением. Отвергается идея, что причинами действий человека являются внутренние автономные факторы, а также объяснение поведения с физиолого-генетических позиций.

**Когнитивная психология.** Дж.Келли предложена теория личных конструктов (моделей мира), система которых образует личность. Для объяснения мотивации не нужны никакие специальные концепции, главное то, как человек объясняет любое событие.

**Гуманистическая психология.** По А.Маслоу, личность определяется через иерархию потребностей.

**Феноменологический подход к теории личности** К.Роджерса основан на положении, что поведение нужно понимать с точки зрения субъективных переживаний. Единственная реальность — личный мир переживаний человека, это и есть личность. Центральное место занимает «Я» — концепция.

Таким образом, на основании всестороннего изучения высших уровней развития и проявлений психики человека, а также существующих концепций личности можно сделать вывод, что психическая индивидуальность определяется переплетением различных психофизиологических, психологических и социально-психологических свойств. Наиболее распространенная в последнее столетие **систематика уровней индивидуальности** включает *темперамент, характер, личность*.

### 7.3. Темперамент

Психическая индивидуальность, как известно, проявляется уже на первом году жизни ребенка. В этот ранний период детства уже можно распознать такие отличительные качества человека, которые в первую очередь определяют *индивидуальный тип биологических реакций*. Это и есть проявления темперамента.

**Темперамент** (от лат. *tempero* — смешиваю в соответствующих пропорциях) — врожденные, наиболее стабильные индивидуальные особенности динамики психических процессов. Характерные для человека на протяжении практически всей жизни качества темперамента могут подвергаться незначительным изменениям, но только в пределах данного типа. *Темперамент — биологическая составляющая индивидуальности*. Свойства темперамента относятся к конституциональным и определяются типом психического реагирования на различные внешние и внутренние воздействия в соответствии с особенностями основных нейрофизиологических процессов. Темперамент служит базисом для формирования более сложных и дифференцированных качеств индивидуальности.

Со времен Гиппократа существует деление людей по темпераменту на сангвиников, холериков, флегматиков и меланхоликов. Эта градация сохранила определенное значение до наших дней. Основой научной теории темперамента является учение выдающегося русского физиолога И.П.Павлова о *типологических свойствах нервной системы* животных и человека. Павлов выделил три основных свойства: силу, уравновешенность и подвижность процессов возбуждения и торможения. Им были описаны четыре типа высшей нервной деятельности, *составляющих основу индивидуального реагирования* человека и поведения животных, которые он связал с античной классификацией. Виды темперамента, их основные характеристики и особенности нейрофизиологических процессов отражены в таблице 4. Выделяют три сильных (сангвинический, холерический, флегматический) типа и один слабый (меланхолический). Наиболее гармоничен *сангвинический* (живой тип высшей нервной деятельности), характеризующийся уравновешенностью и подвижностью. *Холерический* тип (безудержный) отличается неуравновешенностью процессов возбуждения и торможения, первые из которых преобладают. *Флегматическому* типу (инертному) присуща малоподвижность переключения процессов возбуждения и торможения. *Меланхолический* тип (слабый) — сборная группа с преобладанием в высшей нервной деятельности процессов торможения. Каждому темпераменту свойственны свои положительные и отрицательные качества.

**Сангвиник** характеризуется довольно высокой активностью, энергичностью, быстротой и координированностью движений, разнообразием и богатством мимики, живостью эмоций. Общителен, легко переключается с одного занятия на другое. В работе продуктивен, исключая монотонный труд. В проблемных ситуациях реагиру-

Таблица 4

**Виды темперамента и их соотношение с типом высшей нервной деятельности (по И.П.Павлову)**

Темперамент	Тип высшей нервной деятельности	Основные характеристики нейрофизиологических процессов		
		сила	уравновешенность	подвижность
Сангвинический	Живой	Сильный	Уравновешенный	Подвижный
Холерический	Безудержный	Сильный	Неуравновешенный	Подвижный
Флегматический	Инертный	Сильный	Уравновешенный	Малоподвижный
Меланхолический	Слабый	Слабый	Уравновешенный Неуравновешенный	Подвижный Малоподвижный

ет адекватно и конструктивно, легко обучается, свободно адаптируется в новой обстановке. Вместе с тем эмоциональные переживания сангвиника, как правило, не глубоки. При неблагоприятных условиях индивидуального развития и неправильном воспитании у сангвиника могут развиваться невнимательность, поспешность, поверхностность и легкомыслие в чувствах и поступках.

**Холерик** — инициативный, решительный, в действиях высоко активен, энергичен, смел. Неуравновешенность часто проявляется резкостью движений, нетерпеливостью, склонностью к сменам настроения, вспыльчивостью, а иногда агрессивностью. Последние качества чаще формируются при отсутствии надлежащего воспитания. Холерик — максималист, ни в чем не знающий меры и недостаточно соразмеряющий свои силы, плохо владеющий собой.

**Флегматик** — спокойный, уравновешенный, сильный, невозмутимый, рассудительный, но медлительный. Чувства и настроение обычно отличаются глубиной, однако мимика и движения невыразительны и инертны. Не всегда решителен, вместе с тем последователен и терпелив в достижении цели.

**Меланхолик** — эмоциональный, легко ранимый, сенситивный, неуверенный в себе, склонный к пессимистическим переживаниям, при этом часто безынициативный, робкий, мнительный.

Современные исследования физиологических основ индивидуально-психологических различий человека, обнаружившие сложные многомерные механизмы функционирования нервной системы, показали относительную упрощенность павловской классификации типов высшей нервной деятельности. Большинство исследователей,

занимающихся нейрофизиологией, считает, что, поскольку не существует устойчивых динамических свойств нервной деятельности, то нет и «чистых» типов темперамента. Речь может идти о диалектически связанных между собой преобладающих свойствах темперамента, которые позволяют относить индивида к тому или иному его виду. В реальной жизни классические варианты темперамента встречаются относительно редко, гораздо чаще приходится говорить о промежуточных типах темперамента.

Наиболее адаптированы к жизни сангвиники и флегматики. Большинство холериков и меланхоликов, несмотря на характерные для них формы реагирования, способные в какой-то мере затруднять их адаптацию, являются психически здоровыми, но в своем крайнем выражении эти типы темперамента могут служить почвой для патологии личности.

Жесткой линейной связи между темпераментом и способностями, интересами и другими свойствами личности нет. Например, одаренными и талантливыми могут быть люди с любым видом темперамента.

Связь психической и физической сторон индивидуальности человека находит внешнее выражение в свойственных ему особенностях позы, манеры держаться, в выразительных движениях всего тела (пантомимике), в своеобразии выражения лица (мимика), глаз, тонких движениях рук, пальцев, выполняемых невольно или намеренно. Не случайно глаза, например, называют «зеркалом души». Психические особенности реагирования связаны на уровне темперамента (как биологической подструктуры индивидуальности) с характерными для данного индивида сопутствующими вегетативно-сосудистыми реакциями, деятельностью эндокринных желез (покраснение или бледность при волнении, потливость и др.). Иными словами, внешний вид и своеобразие реакций помогает оценивать особенности темперамента человека.

#### **7.4. Характер**

Более высоким уровнем индивидуальности является характер.

**Характер** (от греч. *character* — печать, чеканка, зарубка) — это подструктура личности, обобщающая ее свойства, наиболее отчетливо проявляющиеся в отношении к окружаемому, деятельности и поведению. В клинической психологии под характером понимается совокупность наиболее существенных и устойчивых психологических качеств (*эмоциональных, волевых, стиля мышления*), сложившаяся в процессе индивидуального развития и определяющих паттерн (от англ. *pattern* — модель, образец) поведения данной личности. Черты характера частично наследуются, частично приобретаются в процессе индивидуального развития, являясь результатом социальных и биологических влияний. Характер больше, чем темперамент, зависит от внешней среды, но в то же время более тонко и полно, по сравнению с темпераментом, позволяет человеку адаптироваться к действительности.

Становление характера начинается в детстве. Именно в этот период на конституционально-биологической основе в процессе воспитания формируются как осознанные, так и неосознанные стереотипы поведения, которые в дальнейшем автоматизируются и составляют так называемую поведенческую матрицу. Изменения характера могут отмечаться на протяжении всей жизни человека. Однако основные его качества складываются именно в детстве. Последующие изменения характера менее существенны. К возрасту совершеннолетия формирование характера в основном завершается.

Связь параметров темперамента и черт характера не является линейной. Безусловно, многие характерологические качества (усидчивость-неусидчивость, молчаливость-болтливость, общительность-замкнутость и т.д.) базируются на психофизиологических параметрах темперамента. Вместе с тем не менее важную роль в формировании характера играют *среда* (условия жизни) и *методы воспитания*. О.В.Кербинов, его ученик В.Я.Гиндикин и В.А.Гурьева описали *корреляции между типами неправильного воспитания и формированием тех или иных патологических черт характера*:

1. *«Кумир семьи»*. Воспитание строится на восхвалении ребенка, культивировании в нем чувства исключительности, освобождений его от всех забот, выполнении любой его прихоти, снятии ответственности за проступки. Подобный тип воспитания чаще способствует формированию истерических черт характера (эгоцентризма, капризности, обидчивости).

2. *Гиперопека*. Такой тип воспитания состоит в чрезмерном внимании и контроле со стороны взрослых, навязывании своего мнения по любому вопросу, диктовании каждого шага, ограждении от опасностей, культивировании осторожности. В результате часто формируются тормозимые психастенические (неуверенность, склонность к сомнениям) или астенические (робость, сензитивность) черты.

3. *Гипоопека* — отсутствие целенаправленности в воспитании, недостаточное внимание к ребенку со стороны родителей. Крайняя степень гипоопеки называется безнадзорностью.

4. *Безнадзорность*. Гипоопека и безнадзорность выявляют и заостряют качества темперамента, поэтому спектр характерологических черт, формирующихся в данных условиях, весьма широк: от возбудимых (взрывчатость, конфликтность, агрессивность) до тормозимых и неустойчивых (безволие, внушаемость).

5. *«Золушка»*. Для такого типа воспитания типичны лишение ребенка ласки и внимания со стороны взрослых, постоянное третиrowание ребенка, унижение, противопоставление другим детям, лишение удовольствий. Наиболее часто в таких условиях формируются астенические черты.

6. *«Ежовые рукавицы»*. Воспитание включает систематическое избивание ребенка, диктаторское отношение к нему, отсутствие теп-



лоты, сочувствия и поощрения. Как и в случае безнадзорности, формирование черт характера в данной ситуации в большой степени зависит от типа темперамента. Возможны полярные варианты: формирование возбудимых или тормозимых качеств.

### 7.5. Личность

**Личность** — это высший уровень индивидуальности. Становление личности начинается в детском возрасте, но ее интенсивное созревание происходит начиная с подростково-юношеского возраста, когда человек наиболее полно вступает в коллективную, общественную жизнь.

В особенностях личности человека отражаются все свойственные ему качества индивидуальности. В целом личность бывает уже сформирована к концу юности — началу периода молодости (20–22 года), хотя и позднее продолжается ее «шлифовка и отделка». Многие психологи считают, что созревание личности — это непрерывный процесс, продолжающийся всю жизнь. Собственно **личность — это высший, наиболее интегративный уровень индивидуальности, который характеризуется неповторимым типом взаимоотношений с социальной действительностью и высокой степенью самосознания — сознания своей общественной принадлежности.**

Еще Аристотель говорил, что человек — «животное» общественное.

Оправданная двуликость (термин «личность» является синонимом термина «персона», что означает «маска»), вызванная сосуществованием индивидуальных потребностей, желаний и требований общества, в котором находится индивид, начинает формироваться после 3 лет. До этого возраста ребенку свойственна непосредственность, состоящая в том, что он напрямую задает вопросы или заявляет о своих нуждах. По мере созревания, он начинает все более тонко, по-разному вести себя в различных жизненных ситуациях, удовлетворяя свои потребности, но не нарушая традиционных, принятых норм поведения в коллективе и обществе.

Человек потому и становится многоликим и быстро переключаемым, что встречается с чрезвычайным обилием общественных ситуаций. Это одна из наиболее совершенных форм адаптации, приспособления человека к социальной действительности. В юности *на основе индивидуальной личности формируется общественная, социальная личность.* Такое формирование происходит неравномерно, небесконфликтно. Противоречия в частности возникают в результате сложного взаимодействия между сложившейся индивидуальной личностью и теми новыми ее компонентами, которые появляются в связи с требованиями социальной среды. Эти противоречия чаще ведут не к нарушениям формирования, а к изменениям формирующейся личности. Элементы оправданной, закономерной двуликости свойственны практически всем людям. Вопрос в том,

каковы степень, постоянство и качества такой двуликости, особенно в плане их общественной (социальной) значимости. Личность каждого человека, с одной стороны, монолитна, едина и целостна, а с другой, — ей свойственна множественность, многообразие в разных обстоятельствах жизни. Именно личность как высшее проявление индивидуальности обеспечивает сложнейшую систему взаимосвязей человека с действительностью, взаимоотношений в разных, меняющихся обстоятельствах общественной среды и адаптацию к ней.

Таким образом, личность представляет собой категорию не столько биологическую, сколько социальную и социально-психологическую. Одной из основных подструктур личности, наряду с темпераментом, характером и способностями, является *направленность, определяющая ее потребности, интересы, установки, идеалы, убеждения, мотивы и мировоззрение*. Иерархия потребностей человека, мотивации его поведения были рассмотрены выше в соответствующей главе. По форме направленность личности может быть более **биологизированной**, отражая в большей мере витальные потребности (физиологические, сексуальные, а также повышенное внимание к безопасности, жилищу, одежде и т.д.), либо более **социализированной** с приоритетом духовных потребностей (интеллектуальных, моральных, эстетических и др.). В структуре нормальной личности разные потребности находятся во взаимозависимости и гармонии.

**Уровень развития (зрелость) личности** определяется характерными для нее отношениями. У личностей с низким уровнем развития доминирующими являются меркантильные, утилитарные отношения. Высокий уровень личности предполагает преобладание общественно значимых отношений и наличие духовности, составляющей ее ядро. **Духовность** включает *приверженность нравственным категориям*, таким как *совесть, порядочность, чувство стыда, сострадание* и многим другим, позволяющим человеку самому оценивать свои поступки. Г.Олпорт выделил *черты зрелой личности*: широкие границы «Я»; способность к теплым социальным отношениям; способность к самовосприятию и эмоциональной стабильности; реалистическое восприятие мира на основе собственного опыта и притязаний; способность к самопознанию и чувство юмора; обладание цельной жизненной философией.

В зависимости от отношений личности и общества, успешности адаптации, различают личности **социализированные** — адаптированные к условиям социального бытия, **десоциализированные (асоциальные)**, которым свойственны отклонения (девиации) от основных социальных норм поведения, поэтому их еще определяют как *девиантные, акцентуированные личности* (крайние варианты нормы), *патологические личности*, к которым относятся лица с психопатиями и задержкой психического развития.

### ***Расстройства личности и поведения и их значение в клинической практике***

Общая структура личности и характер раскрываются в типичной для нее взаимосвязи основных компонентов. **Нормальной (гармоничной, зрелой) личности** свойственно единство содержания и формы выражения (поведения). Общепринятой систематики нормальных личностей не существует, что объясняется чрезвычайным многообразием индивидуальных психологических качеств человека и их сочетанием. На основании отдельных полярных характеристик говорят о личностях *экстравертированных* — установки, внимание которых направлены преимущественно вовне, и *интравертированных* — направленных внутрь, *детализирующих* и *обобщающих*, *протоколирующих* и *интерпретирующих*, *романтиках* и *реалистах* и т.д. Выделение *гармоничной личности* предполагает наличие оптимально сбалансированных личностных качеств. Собственно психологическая гармония связана с психическими, личностными и духовными аспектами жизни человека и проявляется как в его переживаниях, так и во внешнем поведении в различных жизненных ситуациях. В понятие «гармоничности личности» (характера) включается такое качество, как *синтонность*. Синтонной называется личность, находящаяся в гармонии с окружающей реальностью, легко к ней адаптирующаяся. Поэтому для оценки «нормальности» личности в клинической практике с определенной степенью условности можно использовать определение здоровья, предложенное ВОЗ: «состояние полного психического, физического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней».

Как видим, нормальная личность способна к высокой степени адаптации к многообразным условиям социальной действительности и адекватному поведению в них. Аномальные личности, напротив, обычно в такой степени отклоняются от условной средней нормы, что даже при благоприятных внешних общественных обстоятельствах испытывают субъективные трудности или отличаются дисгармоничным поведением в ходе приспособления к жизни.

Знание особенностей личности и их учет имеют огромное значение в любой сфере человеческой деятельности и межличностных отношениях: в обучении и воспитании, профориентации, психогигиене семейной жизни и отношений в коллективе. В работе врача-клинициста **значение личности пациента** определяется ее влиянием на:

- 1) переживание болезни (реакцию личности на болезнь и внутреннюю картину болезни);
- 2) возникновение и динамику болезни;
- 3) взаимоотношения врача и больного;
- 4) лечебно-диагностический процесс и психологический климат в медицинском учреждении.

В повседневной клинической практике понятия «характер» и «личность» отождествляются.

Наиболее выраженная степень патологии характера определяется понятием «**психопатия**». П.Б.Ганнушкин (1933) описал психопатии как аномалии характера, которые «определяют весь психический облик индивидуума...», «в течение жизни... не подвергаются сколько-нибудь резким изменениям», «мешают приспособиться к окружающей среде». О.В.Кербиков (1962) назвал эти признаки *тотальностью, стабильностью патологических черт и нарушением социальной адаптации*. Причем для постановки диагноза психопатии необходимо сочетание данных критериев.

Под **стабильностью** понимается малая изменчивость черт характера в течение жизни. Этот первый признак, по мнению А.Е.Личко, много лет занимавшегося проблемами аномалий личности, прекрасно иллюстрируется поговоркой: «Каков в колыбельке, таков и в могилку».

Второй признак — **тотальность** проявлений характера: при психопатиях одни и те же черты характера обнаруживаются всюду: и дома, и на работе, и на отдыхе, и при общении со знакомыми и незнакомыми людьми, короче говоря, в любых обстоятельствах. Если же человек дома один, а на людях — другой, то он не психопат.

Наконец, третий, самый важный признак психопатий — это **социальная дезадаптация**. Последняя заключается в том, что у человека постоянно возникают жизненные трудности, причем эти трудности испытывает либо он сам, либо окружающие его люди, либо и тот и другие вместе («не живут сами и мешают жить другим», по определению Э.Кречмера).

Существует достаточно много систематик психопатий, предложенных разными авторами. В последней Международной классификации болезней (МКБ-10) выделяются следующие **расстройства личности и поведения** (прежде обозначавшиеся термином «психопатия»):

- параноидное расстройство личности (параноидная или паранойальная психопатия);
- шизоидное расстройство личности (шизоидная психопатия);
- эмоционально неустойчивое расстройство личности, импульсивный тип (возбудимая психопатия);
- ананкастное (обсессивно-компульсивное) расстройство личности (психастеническая психопатия);
- истерическое расстройство личности (истерическая психопатия);
- зависимое расстройство личности (астеническая психопатия);
- диссоциальное расстройство личности (гебоидная психопатия или социопатия);
- эмоционально неустойчивое расстройство личности, пограничный тип (неустойчивая психопатия);
- смешанное расстройство личности (мозаичная психопатия).

Подробно основные клинические проявления психопатий изучаются в курсе психиатрии. В курсе клинической психологии буду-

шему врачу необходимо подробнее ознакомиться с понятием **«акцентуации личности» (характера)**, которыми обозначаются крайние варианты психической нормы. Акцентуации личности – пограничное состояние между нормальной (гармоничной) личностью и патологической (психопатической).

Понятие «акцентуированная личность» было предложено профессором Берлинского университета *К.Леонгардом* (1964) для обозначения людей с чрезмерно усиленными (акцентуированными) свойствами характера и темперамента, не выходящими однако за рамки нормы. Отечественный психиатр профессор *А.Е.Личко* разработал систематику акцентуаций характера у подростков, так как считал, что данное понятие более применимо к подростковому и юношескому возрасту, когда личность еще не вполне оформилась. В клинической практике понятие «акцентуация характера» используется и применительно к более старшим возрастным группам, наряду с понятием «акцентуация личности».

При акцентуациях характера признаки, характерные для психопатий, отсутствуют или же могут иметь место лишь отдельные из них. Главное – **акцентуация характера не приводит к явному нарушению социальной адаптации** или, если таковая наблюдается, то она бывает временной и непродолжительной. Особенности характера при акцентуациях могут проявляться не постоянно, а лишь в некоторых ситуациях, в определенной обстановке и почти не обнаруживаться в обычных условиях. Если при психопатиях при любых психических травмах, в самых разнообразных сложных для личности ситуациях, а иногда и без видимой причины может происходить декомпенсация в виде острых аффективных и психопатических реакций и связанная с нею социальная дезадаптация, то в случаях акцентуаций личности **нарушения возникают только при определенном рода психических травмах.**

Характер и содержание психических травм или трудных для личности ситуаций является патогенным лишь в случаях, когда они задевают «места наименьшего сопротивления» данного типа характера (являются как бы «ключом к замку», по определению Э.Кречмера). Другие трудности и потрясения, не задевающие наиболее уязвимых сторон характера конкретной личности, могут не приводить к каким-либо заметным нарушениям. Для каждого типа акцентуации имеются свойственные ему «уязвимые места».

Основные типы акцентуаций личности, предложенные *К.Леонгардом*, и акцентуаций характера, по *А.Е.Личко*, и их взаимное соответствие представлены в таблице 5. *П.Б.Ганнушкин* считал, что «в не резко выраженной форме те или иные психопатические особенности присущи почти всем «нормальным» людям». Поскольку акцентуации характера граничат с соответствующими видами психопатий, их типология основывается на детально разработанной в психиатрии классификации психопатий и при этом отражает свойства ха-

Таблица 5

**Основные типы акцентуаций личности (по К.Леонгарду)  
и акцентуаций характера (по А.Е.Личко)  
(сопоставление проведено В.Юстицким, 1977)**

Тип акцентуации личности (по К.Леонгарду)	Тип акцентуации характера (по А.Е.Личко)
Лабильный	Лабильный циклоид
Сверхподвижный, эмотивный	Лабильный
Демонстративный	Истероидный
Сверхпунктуальный	Психастенический
Ригидно-аффективный, неуправля- емый	Эпилептоидный
Интравертный	Шизоидный
Боязливый	Сенситивный
Неконцентрированный или неврас- тенический	Астеноневротический
Экстравертный	Конформный
Слабовольный	Неустойчивый
—	Гипертимный
—	Циклоидный

рактера психически здоровых людей. По такому принципу построена классификация А.Е.Личко.

**Систематика акцентуаций характера и психопатий, по А.Е.Личко (1985):**

1. *Гипертимный тип акцентуации* характеризуется неугомонностью, подвижностью, общительностью, склонностью к озорству, неусидчивостью, приподнятым настроением. Стремление к активной деятельности сочетается с легкомыслием и недисциплинированностью. Подросткам данного типа свойственна переоценка своих способностей. У них обычно рано пробуждается сексуальное влечение, интерес к наркотикам и алкоголю. Имеет место стремление к компаниям, подчас асоциальным, конформность в поведении.

2. Для *лабильного типа* характерна крайняя неустойчивость настроения, меняющегося по ничтожным поводам. Это люди настроения, сиюминутного каприза, чуткие к знакам внимания, чрезмерно зависимые от близких.

3. *Циклоидному типу* свойственна склонность к колебаниям настроения: периоды подъема, проявляющиеся активностью, шутливостью, алкоголизациями (до 1–2 недель) чередуются с субдепресси-

ями, во время которых тяжело переносятся даже мелкие неприятности. Появляются вялость, скука, разбитость, стремление к одиночеству. Могут возникать суицидальные мысли.

4. *Лабильный циклоид* во многом близок к лабильному типу, но в данном случае реактивность не носит столь выраженного характера — настроение не меняется по незначительным причинам. От настоящего циклоида отличается значительно более короткими фазами — несколько «хороших дней» сменяются несколькими «плохими днями». Смена настроения обычно вызвана соответствующими событиями.

5. *Психастенический тип* выражается в повышенной склонности к самоанализу и самобичеванию, робости, тревожной мнительности, «умственной жвачке», нерешительности, моторной неловкости. В поведении подчеркнута вежливость и педантичность, стремятся к соблюдению дисциплины.

6. *Шизоидному типу* свойственны «раздвоенность» в чувствах и поступках. Внешняя отгороженность, замкнутость нередко сочетаются со склонностью к вычурным фантазиям, символике, продуктивному увлечению глобальными проблемами бытия. Эмоциональная холодность, отсутствие способности к сопереживанию создают трудности в межличностных отношениях. В качестве коммуникативного допинга шизоиды иногда используют алкоголь. У них часто обнаруживаются неуклюжесть и вычурность в психомоторной сфере.

7. Для *эпилептоидного типа* акцентуации характерны злобность, гневливость и жестокость, уживающиеся с бережливостью, аккуратностью и педантизмом. Взаимоотношения с партнерами отличаются повышенной ревнивостью, стремлением к властвованию, садомазохистическими наклонностями. Алкогольное опьянение усиливает склонность к агрессии и может сопровождаться беспамятством.

8. *Сенситивный тип* отличается впечатлительностью, тягой к интеллектуально-эстетическим увлечениям. Из-за повышенной робости и застенчивости, иногда чувства собственной неполноценности такие личности стараются избегать шумных компаний, малознакомых людей. В качестве компенсации своей неуверенности могут «надевать на себя маску развязности». Возможны аффективные вспышки в ответ на грубость окружающих.

9. *Астеноневротический тип* проявляется капризностью, раздражительностью, повышенной утомляемостью, плохим сном и аппетитом, склонностью к опасениям и навязчивостям, ипохондричностью.

10. *Неустойчивый тип* отличается безволием, легкой подчиняемостью, безынициативностью. Этим лицам свойственны стремление к получению удовольствий, жажда развлечений и тяга к праздности, в связи с чем они часто попадают в сомнительные компании, склонны к мелким правонарушениям, азартным играм.

11. *Конформный тип* акцентуации характеризуется «растворением» личности в окружающих. Эти лица «мимикрируют» под любое окружение. Поэтому, попав в благополучный микросоциальный коллектив, они могут стать неплохими исполнительными работниками, а в ином случае нарушают нормы поведения, «за компанию» начинают употреблять алкоголь, наркотики, легко встают на криминальный путь.

12. *Истероидный тип* отличается эгоцентризмом, стремлением во что бы то ни стало обратить на себя внимание. Такие люди любят выслушивать похвалу в свой адрес и не терпят претензий. Они часто претендуют на роль лидера. Однако чувства их неглубоки, воля ослаблена, авторитет невысок, тем более, что они склонны к неумеренному фантазированию и лжи. Если на первое место у истероидных личностей выступают стремление вызвать удивление и почитание, демонстративность поступков, то можно говорить о демонстративной (по К.Леонгарду) разновидности этого типа акцентуации. Во всех поступках личностей такого типа наблюдаются явная наигранность, неестественность и позерство, даже в интимных отношениях у них много игры и театральности.

13. *Паранойальная акцентуация*, характеризующаяся чрезмерной подозрительностью, напряженностью, недоверчивостью, патологической стойкостью аффекта (аналог застревающего типа акцентуации личности, по К.Леонгарду), по мнению А.Е.Личко, в подростковом возрасте практически не встречается. Однако взрослые лица, имеющие данные черты характера, могут создавать большие трудности для окружающих, в том числе для врача и среднего медицинского персонала.

В зависимости от выраженности выделяют (Личко А.Е. и др., 1973) две степени акцентуации характера: *явную* и *скрытую*. **Явная акцентуация** — это крайний вариант личностной нормы с приемлемой адаптацией, но с постоянной выраженностью заостренных черт характера, вследствие чего под действием психогенных факторов, задевающих «места наименьшего сопротивления», могут наступать временные нарушения адаптации, отклонения в поведении. **Скрытая акцентуация** — обычный вариант нормы со слабовыраженной заостренностью черт характера, которая проявляется лишь в стрессовых ситуациях, предъявляющих повышенные требования к «месту наименьшего сопротивления» в характере. Так, для гипертимной личности особенно тяжела изоляция от друзей, близких, связанная, например, с болезнью, вынужденное безделье при строгом режиме. Для шизоидной личности наибольшие трудности представляет незнакомое окружение, необходимость устанавливать с людьми (в том числе с врачами) неформальные эмоциональные контакты.

Несмотря на то, что акцентуация характера не является психиатрическим диагнозом, для врача важно констатировать тип акцентуации у пациентов, поскольку она может оказывать влияние на воз-



никновение и динамику определенных физических и психических расстройств. Механизмы и варианты подобных расстройств подробно обсуждаются в главе, посвященной соматопсихическим и психосоматическим взаимоотношениям.

С психопатическими личностями в качестве пациентов встречаются врачи самых разных специальностей. Поэтому оценка врачом характерологических особенностей больного, возможного реагирования и форм поведения поможет ему лучше разобраться в картине заболевания и найти подход к нему в процессе обследования и лечения. Знание законов формирования личности позволяет врачу в известной мере исправлять ее аномальные качества, прибегая к оптимальным приемам психотерапии и воспитания. Особенно это важно в работе врачей педиатров.

Богатство индивидуальности и разнообразие личностных особенностей обуславливают многообразие взаимоотношений между больным и врачом. Личностные качества пациента и врача могут способствовать их взаимопониманию, а в случае аномальных отклонений становиться существенным тормозом в налаживании и закреплении отношений врач—больной. Знание особенностей личности больного и его родственников позволяет правильно построить беседу и отношения с ними, определить характер внутренней картины болезни, спланировать психотерапевтическую тактику.

Большинство людей склонно идеализировать собственную личность, приукрашивать свои поступки, а у психопатов критика к своему поведению часто не достаточна. В клинической практике оценка характера и личности больного проводится на основании наблюдения за его поведением, высказываниями, самооценкой, а также сведениями, полученными от родственников, медицинского персонала, соседей по палате и др. Поэтому врач должен не только теоретически (изучая специальную литературу), но и практически, в повседневном общении с больным, постоянно изучать его характер и личность, уметь подмечать те особенности индивидуальности, которые обеспечат максимальное проникновение в мир его болезненных переживаний, что позволит оказать своевременную и, по возможности, более совершенную помощь страдающему человеку. В то же время нужно не менее тонко подмечать сохранные, здоровые установки личности и разумно использовать их для коррекции аномальных проявлений.

Знание особенностей собственных темперамента, характера и личности поможет студентам и врачам строить отношения с пациентами, коллегами и медицинским персоналом. Умение контролировать свои эмоции и высказывания, занятия самовоспитанием являются важными составляющими профессионализма врача, успешности его лечебно-диагностической работы, гармоничности отношений с пациентами и коллегами.

---

## **Глава 8. Психическое развитие. Роль возрастных кризов**

---

В предыдущих главах, посвященных основным проявлениям человеческой психики в норме и при патологии, было показано значение как биологической, так и социальной составляющих психического развития. Однако психический онтогенез, даже при самых благоприятных внешних и внутренних условиях развития человека, имеет свои особенности, соответствующие возрастным периодам, которые врач должен знать и учитывать в работе с пациентами.

Каждому возрасту присущи особые параметры психического и физического состояния. В процессе онтогенеза в любом возрастном периоде возможны замедление (ретардация), ускорение (акселерация) развития, появление черт, свойственных иным возрастным периодам. Для разных возрастных периодов типичны свои психологические проблемы и возможные нормальные и аномальные реакции, связанные с этими проблемами, психосоматические нарушения.

Существуют критические периоды, характеризующиеся повышенной чувствительностью к воздействию неблагоприятных факторов, снижением биологической и психической сопротивляемости, уровня адаптации, повышенным риском возникновения психических и психосоматических нарушений.

**Биологические возрастные кризы** обусловлены внутренними закономерностями развития организма. Наличие врожденной или приобретенной неполноценности центральной нервной системы и неблагоприятные условия микросоциума могут утяжелять или искажать проявления возрастных кризов, что негативно отражается на становлении личности, ее психическом и физическом здоровье. Во время биологических кризов чаще возникают психические расстройства, появившиеся в это время заболевания протекают тяжелее, происходит декомпенсация резидуально-органической патологии. При этом выявлена определенная закономерность: *в детском возрасте во время биологического криза в большей степени страдает та психофизиологическая функция, которая находится на этапе интенсивного развития.*

В настоящее время большинством психологов принята следующая **периодизация возраста**:

- период новорожденности — до 4 недель после рождения;
- период младенчества (грудной возраст) — от 1 до 12 месяцев;

- период раннего детства – от 1 года до 3 лет;
- дошкольный период – от 4 до 6 (7) лет;
- младший школьный возраст – от 7 (8) до 11 (12) лет;
- подростковый (пубертатный) период – от 13 до 16 лет (муж.), от 12 до 15 лет (жен.);
- юношеский период – от 17 до 21 года (муж.), от 16 до 20 лет (жен.);
- молодость (ранняя зрелость) – от 22 до 35 лет (муж.), от 21 до 35 лет (жен.);
- зрелость – от 36 до 60 лет (муж.), от 36 до 55 лет (жен.);
- пожилой возраст – от 61 до 74 лет (муж.), от 56 до 74 лет (жен.);
- старость – от 75 до 90 лет;
- долгожительство – старше 90 лет.

### ***Психические особенности и возможные расстройства в периоды новорожденности, младенчества и раннего детства***

С первых же минут после рождения у ребенка появляются безусловные рефлексы, обеспечивающие его основные биологические потребности. Приобретение сначала простых, а затем и более сложных условных рефлексов происходит в процессе общения ребенка с окружающими.

В отличие от животных, новорожденный оказывается настолько беспомощным, что взрослый для него всегда является «психологическим центром любой ситуации». Уже в этот период развития ребенок очень чувствителен к речи взрослого и обнаруживает готовность к общению с ним. Чувство удовлетворения он проявляет *эмоциональной реакцией*, выражающейся мимикой, жестами, вокализацией. Положительная эмоциональная реакция на человека, чаще мать, возникает раньше, чем на физические объекты. Это явление называют «*комплексом оживления*». К концу первого месяца в ответ на ласковое выражение лица взрослого у ребенка появляется *улыбка* – первый социальный жест, новый психический феномен, знаменующий переход от периода новорожденности к периоду младенчества. На третьем месяце жизни младенца «комплекс оживления» оформляется в целостную систему, включающую дополнительно *двигательное оживление и вокализацию*. На следующем этапе весь «комплекс оживления» становится уже привычной формой выражения положительных эмоций и выполняет социальную функцию общения. *Сенсорная и эмоциональная психическая депривация (лишение)*, особенно в течение первого полугодия, даже при условии полноценного ухода за ребенком, *может привести к задержке его психического, а нередко и моторного развития*.

К концу периода младенчества появляется способность к пониманию элементарной речи, ребенок начинает произносить первые слова. Младенец овладевает простейшими предметными действиями. Ведущее значение в его психическом развитии приобретает

удовлетворение новых потребностей — в общении с людьми, в новых впечатлениях.

Младенческий возраст заканчивается кризом первого года жизни, обусловленным становлением ходьбы и речи. В этот период времени для ребенка бывают характерными акты протеста, оппозиции. В некоторых случаях оппозиция принимает характер «истерик», аффективно-респираторных судорог, припадков.

В период раннего детства (от 1 года до 4 лет) ведущей для ребенка становится предметно-манипулятивная деятельность, способствующая развитию познавательных процессов, наглядно-действенного мышления и первых общих понятий. Формируются более тонкие эмоции. Наиболее значимым в этот период является осознание собственного «Я», что сопровождается стремлением к самостоятельности. Именно этот **период (от 2 до 4 лет) является первым возрастным кризом**. Его еще называют периодом упрямства, или негативизма. Ранее послушный ребенок становится капризным, упрямым, строптивым. Кажется, что он нарочно хочет сделать все наоборот. Многие родители не понимают этих особенностей, впадают в беспокойство или начинают применять меры подавления, ограничивая самостоятельность и инициативу ребенка, ущемляя его свободу.

В это время часто возникают психопатологические и психосоматические расстройства, среди которых, по *В.В. Ковалеву*, выделяют:

- синдром невропатии (неустойчивость настроения, раздражительность, истощаемость, расстройства сна и аппетита, соматовегетивные симптомы);
- синдром раннего детского аутизма (отсутствие потребности в контактах с окружающими, эмоциональных реакций или их неадекватность, страх перед всем новым, стереотипные игры и т.д.), который может стать началом шизофренического процесса;
- гипердинамический синдром (двигательная расторможенность, неусидчивость, отвлекаемость);
- синдром детских страхов (ночные страхи, боязнь темноты и др.);
- психосоматические расстройства (срыгивание, анорексия, извращение аппетита, энурез и энкопрез);
- заикание, судорожные состояния.

### ***Психические особенности и возможные расстройства у детей дошкольного и младшего школьного возраста***

В возрастном отрезке с 3 до 7 лет ведущим видом деятельности ребенка является игра, в процессе которой он начинает принимать на себя определенные социальные роли. В такой игре ребенок может сравнить свои возможности с возможностями других, лучше познать себя, т.е. у него формируется истинное самосознание. Одновременно ролевая игра способствует переходу от наглядно-действенного

мышления к словесно-логическому, формированию воображения, развитию моторики. Обогащаются восприятие, внимание, память. Более зрелыми становятся эмоциональные проявления.

В возрасте 5–6 лет важнейшей задачей является подготовка ребенка к новому виду деятельности — обучению в школе, которое на протяжении последующих лет будет ведущим. Для эффективной подготовки ребенка к школе важны не только его интеллектуальная готовность, но и отношение к учебе, учителям, соученикам. Он должен научиться входить в коллектив, действовать совместно с другими, уступать, подчиняться. Именно на этот период приходится **второй возрастной криз (6–7 лет)**. Для него характерны:

- начало дифференциации внутренней и внешней сторон личности ребенка;
- сглаживание детской непосредственности;
- капризность;
- защитные формы поведения, помогающие скрыть свою неуверенность и страх перед окружающим (манерничанье, нарочитость, паясничание, клоунада и т.п.);
- формирование самооценки личности (нередко завышенной у отличников и заниженной у плохо успевающих учеников).

Среди **наиболее частых нарушений** этого возраста выделяются *двигательные и эмоциональные, а также расстройства поведения*. Типичным является *синдром ухода и бродяжничества* как реакция ребенка на психотравмирующую ситуацию в школе или в семье. Нередко встречается *синдром патологического фантазирования* со смешением вымысла, фантазии и реальности. Подобные нарушения характерны для детей с истерическими и шизоидными чертами характера; они связаны с недостаточностью коммуникативных способностей, но могут быть и начальным проявлением эндогенного (шизофренического) процесса. В связи с нагрузкой на речевой аппарат в условиях неблагоприятной психологической обстановки в семье или школе у ребенка могут развиваться различные нарушения речи: *заикание, элективный мутизм* и др.

К *психосоматическим расстройствам*, наиболее часто встречающимся в дошкольном и раннем школьном возрасте, относятся: различные виды алгий (головные боли, абдоминальные боли и др.), субфебрилитет неясного генеза, психогенная рвота, запоры и поносы, энкопрез.

### ***Психологические особенности и возможные расстройства в подростковом и юношеском возрасте***

Подростково-юношеский возраст как переходный от детства к молодости и зрелости считается критическим в психическом и соматическом развитии, что связано с целым рядом психологических и биологических факторов. **Возрастной криз этого периода (пубертатный) — самый выраженный и длительный.** К подростковому относит-

ся возраст от 12–17 лет. Период от 12 до 14 лет определяется как препубертатный, а период от 14 до 17 лет – как пубертатный.

В основе изменений, происходящих в организме, лежит *перестройка деятельности эндокринной системы, включая и нейроэндокринную*, заканчивающаяся достижением половой зрелости. При этом, наряду с формированием вторичных половых признаков, происходит интенсивный рост всего тела, прежде всего конечностей, вследствие чего движения становятся угловатыми и неловкими. Отмечаются явления **акселерации** или же, наоборот, задержки физического развития в виде **инфантилизма**. От бурного роста тела и мышечной массы часто отстает развитие внутренних органов, что приводит к функциональным соматовегетативным нарушениям, особенно частым со стороны сердечно-сосудистой системы (дистонии; аритмии).

**Психические проявления** пубертатного криза, также отчасти обусловленные гормональными пертурбациями в организме, бывают весьма выраженными: *повышенный уровень тревожности, эмоциональное напряжение, которые подростки стремятся «выплеснуть» наружу*. В связи с этим им свойственны раздражительность, конфликтность, нередко драчливость. Для снятия эмоционального напряжения подростки прибегают к посещению шумных дискотек и рок-концертов, нередко к употреблению алкоголя и других психоактивных веществ.

Для подросткового и юношеского периодов характерны глубокие **психологические и личностные изменения**, не связанные напрямую с гормональной перестройкой. Они выражаются в формировании нового самосознания, чувств дружбы и любви, переоценке собственных возможностей и способностей. Обостренное чувство собственного достоинства часто приводит к столкновениям с реальной действительностью и проявляется *юношеским негативизмом*. Этому способствуют *завышенные притязания*, удовлетворить которые в условиях недостаточной социальной самостоятельности (отсутствие ряда гражданских прав, нахождение на иждивении родителей и др.) оказывается невозможным. Нередко возникают конфликты с родителями, эмоциональная связь с ними ослабевает, и подросток стремится освободиться от их опеки. Одна из главных тенденций подросткового возраста – *автономизация от взрослых и переориентация на ровесников*. Некоторые психологи считают общение ведущей деятельностью подросткового и юношеского возраста. Потребность в общении и группировании вызвана чувствами одиночества, неприкаянности, желанием найти признание собственной значимости.

Врачи, особенно педиатры, должны знать наиболее *типичные поведенческие реакции* подростков, которые, еще не являясь патологией, таят в себе опасность формирования в дальнейшем *психопатической личности*.

### ***Наиболее распространенные поведенческие реакции подросткового и юношеского возраста***

**Реакция «оппозиции»** – активный протест в ответ на требования, предъявляемые взрослыми.

**Реакция «эмансипации»** – стремление освободиться от покровительства и контроля взрослых. Связана с самоутверждением себя как личности, стремлением «сделать все по-своему». Крайним вариантом стремления освободиться от опеки родных являются побеги и уходы из дома.

**Реакция «имитации»** – стремление подражать определенному образцу или идеалу, который находит признание в компании сверстников.

**Реакция «гиперкомпенсации»** – настойчивое стремление подростка найти признание и достичь успеха в той области деятельности, к которой он наименее способен (физические упражнения, различного рода «хобби» и др.).

**Реакция «группирования»** – участие в группах, объединенных различными мотивациями: от простого общения, увлечения музыкой, спортом («рокеры», «металлисты», «фанаты») до криминальных сообществ, групп наркоманов и т.п.

На пубертатный возраст приходится пик различных видов *девиантного* (отклоняющегося от общепринятых норм) и *делинквентного* (проявляющегося мелкими правонарушениями и антиобщественными действиями) *поведения*. В этот же период начинают наиболее отчетливо проявляться психопатоподобные расстройства, обусловленные декомпенсацией резидуальной церебрально-органической патологии, которая была приобретена в перинатальном периоде или раннем детстве. В условиях неблагоприятного воспитания и влияния соответствующего окружения формируются патологические черты личности.

Подросткам с патологическими чертами характера, испытывающим затруднения при социальной адаптации, часто присуще **аддиктивное (зависимое) поведение**. Оно выражается в стремлении к уходу от реальности путем изменения своего психического состояния при помощи психоактивных средств или определенных видов деятельности (чрезмерное увлечение оздоровительными мероприятиями, религиозный фанатизм, поиск удовольствий в сексе и других занятиях). Среди наиболее распространенных современных видов аддиктивного поведения является компьютерная зависимость – увлечение Интернетом и «жизнь» в виртуальном мире.

Наконец, в этом возрасте часто дебютируют эндогенные психические заболевания (шизофрения, аффективные расстройства, эпилепсия).

### ***Психологические особенности и возможные расстройства у лиц зрелого, пожилого и преклонного возраста***

**Зрелый возраст** наступает за юношеским и характеризуется осознанием своего места среди других людей и в жизни в целом. Основой

интересов в зрелом возрасте является *профессиональная деятельность*, достижение определенного социального статуса, более важного для мужчин, чем для женщин. Другая сфера проявления личности — *семейная жизнь*. Наконец третьей, наивысшей сферой проявления личности в этом возрасте является *самоактуализация* — удовлетворенность степенью раскрытия своих потенциальных возможностей и способностей.

В зрелом возрасте выделяют два кризисных периода: кризис среднего возраста (примерно возраст Христа — 30–35 лет) и предпенсионный кризис (между 50 и 60 годами). Для кризиса среднего возраста характерна переоценка своего жизненного пути: выбора профессии и успешности карьеры, уровня материального благополучия, построения семьи и отношений в ней, отношений с близкими и друзьями и, наконец, самоактуализации. Во время кризисных периодов увеличивается риск невротических срывов и нарастание патохарактерологических изменений.

Наиболее распространены следующие расстройства:

- тревожно-фобические нарушения, почвой для которых являются собственное здоровье, семейный и социальный статусы;
- депрессивные состояния, выражающиеся в чувстве неудовлетворенности собой, пессимистической оценке жизненной ситуации, а в случае тяжелой депрессии — появлении идей самоуничтожения, самообвинения, суицидальных мыслей и намерений;
- истерические расстройства, отличающиеся разнообразием симптоматики, касающейся как отдельных соматических сфер (конверсионная истерия), так и поведения в целом (эгоцентризм, стремление обвинять окружающих в своих «несчастьях»);
- ипохондрические проявления с фиксацией на соматическом неблагополучии, иногда по типу «ухода в болезнь».

Особенно значим в плане психического и физического состояния обусловленный гормональной перестройкой *климактерический период*, за которым следуют менопауза и андропауза.

У женщин **климактерический криз** протекает более тяжело, чем у мужчин. Начало климакса, как правило, приходится на возраст 45–55 лет. Климакс часто сопровождается так называемыми приливами (разнообразными пароксизмальными вегетативными нарушениями), перманентной вегетососудистой дистонией, расстройствами чувствительности по типу парестезий и сенестопатий, истерическими и эмоциональными нарушениями, астеническими проявлениями. В поведении отмечаются повышенная раздражительность, конфликтность наряду с плаксивостью. Половое влечение чаще всего снижается, однако бывают случаи болезненного усиления сексуальности. При этом появляется обостренное чувство ревности, иногда носящее сверхценный характер. Весьма типичны тревожно-



пессимистические переживания, связанные с восприятием климакса как признака начала увядания, утраты сексуальной привлекательности вследствие неблагоприятных изменений внешности.

У мужчин климактерические проявления растянуты во времени и не столь очевидны. Гормональные изменения находят отражение прежде всего в сексуальной жизни. Критическим считается возраст от 40 до 50 лет, который иногда называют «седина — в бороду, бес — в ребро». В начале этого периода сексуальное влечение может усиливаться, что нередко приводит к изменам, а иногда к распаду супружеских отношений и попыткам создания новой семьи с более молодой партнершей. В связи со снижением в дальнейшем и сексуального влечения, и потенции, эти попытки часто оказываются неудачными. Кроме того, складываются конфликтные отношения с бывшей семьей, что в конечном итоге может способствовать психологическому срыву, возникновению невротических состояний и психосоматических расстройств. Чаще всего развивается депрессия или субдепрессия, к которой присоединяется симптоматический алкоголизм. Могут иметь место и другие виды невротических расстройств: фобические, ипохондрические, истеро-ипохондрические.

**Пожилой и преклонный (старческий) возраст**, несмотря на наличие возрастных рамок, чаще всего связывают с выходом на пенсию и прекращением трудовой деятельности. Последние десятилетия существенно изменили представления о возможностях людей этого возраста. В экономически развитых странах значительная часть пожилых и престарелых людей продолжает успешную трудовую деятельность и ведет активный образ жизни; они стремятся как можно дольше удержаться на достигнутых позициях, не претендуя, однако, на большее. Прекратив активную трудовую жизнь, большинство людей постепенно смиряется с новым социальным и моральным статусом. *На первый план для них выступают заботы о здоровье и благосостоянии.*

Старость — возраст утрат и часто — одиночества. Происходит «накопление» болезней и возрастных «недугов». Снижается социальный престиж. Ухудшается материальная обеспеченность. Становится невозможным удовлетворение многих потребностей, связанных с интересами и увлечениями, возникает проблема незанятости. У многих пожилых и престарелых появляются сходные нивелирующие индивидуальность психические изменения, частью нормально-го, частью патологического характера, которые обусловлены процессами старения и ситуацией старения и старости. **Особенно характерны для пожилых и стариков:**

- тревожно-депрессивная окраска эмоционального фона, пессимистическое мировосприятие;
- общая инертность психических процессов;
- ослабление памяти и мыслительных способностей;

- эгоцентризм, сужение круга интересов, переориентация их на собственное здоровье и житейское благополучие;
- консерватизм, оппозиционное отношение к настоящему и идеализация прошлого;
- снижение активности, ослабление бытовых навыков;
- мелочность, прижимистость, скардность;
- ворчливость, постоянное недовольство окружающими;
- недоверчивость, подозрительность.

Некоторые из этих изменений (повышенное внимание к здоровью, консерватизм) могут иметь определенное защитно-приспособительное значение. Возможно развитие клинически очерченных депрессий (тревожных у пожилых, «брюзжащих» — у престарелых), патологических идей обкрадывания, порчи имущества, ревности. Часть лиц позднего возраста становятся слабоумными, вследствие атрофии мозговых структур или злокачественного церебрального атеросклероза. Однако многие престарелые остаются психически в основном сохранными вплоть до жизненного финала.

Таким образом, индивидуальное развитие организма и психики человека имеет свои закономерности и критические периоды, знание которых помогает врачу в его работе с пациентами, позволяя проводить более точную диагностику и назначать адекватное лечение, а также обеспечивать психогигиенические и психопрофилактические мероприятия.

---

## Раздел 2. Основные методы изучения и оценки психических проявлений

### Глава 9. Клинический метод психологического обследования

---

Для определения психологических особенностей пациента и имеющихся у него психических изменений, в том числе патологического характера, в общемедицинской практике используется прежде всего клинический метод.

**Клинический метод** в психологии разработан школой Ж.Пиже на основе метода психиатрического обследования, которым Пиже первоначально овладел в клинике Е.Блейлера. В отечественной психологии, преимущественно в патопсихологии, последователями Пиже в использовании клинического метода являлись Л.С.Выгодский и Б.В.Зейгарник.

Основой метода является **клиническая беседа**, позволяющая изучить не только внешние признаки, структуру и содержание психических проявлений, но и понять генез многих из них, наметить методы коррекции выявленных нарушений. Психологи образно называют метод клинической беседы умственной «перкуссией» и «аускультацией». При помощи этого метода можно обследовать и психически здоровых людей, что позволяет выявить мнимую патологию (индуцированные, симулятивные нарушения).

*Проведение клинической беседы сопряжено для врача с рядом трудностей.* Одна из главных трудностей и одновременно недостаток клинической беседы заключается в искушении врача или клинического психолога повести пациента за собой, косвенно своими вопросами и комментариями внушить ему те или иные собственные мысли, касающиеся отдельных его психических проявлений, психического состояния в целом, возможных причин, вызвавших эти проявления и состояние.

*Клиническая беседа не имеет строго структурированной схемы, она всегда индивидуальна.* Врач должен иметь лишь общий план беседы, который может меняться в зависимости от особенностей контакта с пациентом, его ответов. Беседа обычно включает выслушивание жалоб пациента, сбор анамнестических сведений, наблюдение за ним, формулировку первичной гипотезы имеющихся расстройств

или заключение об их отсутствии, объяснение предстоящих диагностических и лечебных мероприятий. В беседе должны задаваться не только прямые вопросы, но и косвенные (прожективные), вопросы общего характера. Существуют моменты, касающиеся личной (интимной) жизни пациента, состояния его здоровья, прогноза, о которых нельзя сразу спрашивать прямо, чтобы не нанести моральную или психическую травму пациенту и чтобы он не ушел от ответа. Надо суметь в процессе беседы подвести его к значимым и болезненным для него вопросам, чтобы он заговорил о них сам или согласился обсуждать актуальную тему по инициативе врача, отвечая на вопросы последнего.

Врачу важно в процессе беседы постараться соединить два, на первый взгляд, взаимоисключающих момента: дать свободу пациенту в выражении своих переживаний, своего мнения по вопросам, касающимся состояния его здоровья, в том числе психического, и при этом умело направлять беседу, с тем, чтобы не упустить ничего важного.

В беседе имеет значение не только вербальное (речевое) общение, но и мимическое. Врач должен улавливать выражение глаз пациента, его мимические реакции, которые часто бывают весьма красноречивы и достаточно информативны. При этом он должен в определенной степени контролировать свою мимику. Одинаково негативно могут восприниматься пациентом как отсутствие эмоциональных и мимических реакций у врача (маска отрешенности или безразличия), так и чрезмерно бурные реакции, будь то возмущение, удивление, восхищение, которые не всегда уместны, а иногда и просто недопустимы. Во время беседы врач должен быть доброжелательным, но в то же время сохранять необходимую дистанцию.

Грамотно построенная клиническая беседа, помимо получения необходимых сведений о пациенте, оценки его общего и психического состояния, личностных качеств, несет в себе мощный психотерапевтический потенциал и определяет эффективность дальнейших взаимоотношений врача и больного.

**Беседа врача с пациентом** (в последнее время ее часто называют медицинским интервью) обычно начинается с приветствия, которое должно соответствовать возрасту, полу, социальному статусу пациента и подкрепляться невербальными знаками внимания и уважения — рукопожатием, кивком головы, улыбкой и т.д. При первой встрече с пациентом необходимо представиться ему.

В процессе беседы с больным врач должен получить сведения, касающиеся истории жизни и заболевания (анамнез), выслушать жалобы больного, чтобы предварительно оценить характер болезненного состояния. Начинать беседу целесообразно с общих вопросов. Следует, особенно при выяснении жалоб больного, **избегать суггестивных** (подсказывающих, внушающих ответ) **вопросов** типа «У Вас бывает...», особенно если пациент повышенно внушаем,

склонен к ипохондрии либо проявляет тенденции к аггравации или симуляции. Несмотря на дефицит времени, часто мешающий всестороннему изучению врачом пациента, необходимо дать последнему **возможность самому сформулировать свои жалобы и описать развитие болезни**. При сборе анамнеза возможны две крайности: неуправляемый монолог больного или ограничение врачом его высказываний (он не может рассказать то, что он считает важным). В первом случае врач теряет много времени и не получает при этом нужной ему информации, во втором — больной остается неудовлетворенным, так как его не выслушали.

**Беседа должна быть управляемой.** Однако в начале следует дать больному некоторое время для свободного изложения своих проблем. За это время врач сможет уже составить приблизительное впечатление о характере, интеллекте и культурном уровне человека. Далее следует направлять беседу в нужное русло для получения необходимых сведений. Врач должен уметь тактично и вовремя прерывать многословного пациента, задавать уточняющие вопросы. При этом **не следует злоупотреблять медицинской терминологией**. Для того чтобы тональность и форма беседы шли в нужном ключе, необходимо уметь слушать пациента, демонстрируя свое внимание к его высказываниям мимикой, кивком головы, короткими фразами. Выражение лица, тембр и сила голоса врача должны изменяться в соответствии с эмоциональным состоянием больного и содержанием беседы.

При **психологической оценке жалоб** следует учитывать манеру и последовательность их изложения. Имеет значение то, как предъявляются жалобы: с робостью, неловкостью, застенчивостью, тревожной напряженностью или, наоборот, спокойно, открыто, излишне «обнаженно». Если жалобы больного не соответствуют представлению врача о его состоянии, то надо искать причины этого. Важно, как больной их интерпретирует, на чем больше акцентирует внимание. Во время выслушивания и оценки жалоб выясняется, как больной реагирует на свои патологические ощущения. Исходя из этого, врач может составить представление об особенностях внутренней картины болезни (см. соответствующую главу) и таким образом выяснить, как больной понимает, переживает свою болезнь: адекватно, недооценивает, преувеличивает, воспринимает как угрозу жизни и т.д.

При **оценке анамнестических сведений** важно учитывать наследственность больного. Однако при выяснении вопросов, касающихся наследственности, не следует делать слишком явных акцентов на семейную патологию, так как это может вызвать у него дополнительные отрицательно окрашенные психологические переживания и даже фобические либо ипохондрические расстройства. Следует выяснить особенности социальной среды, в которой находился больной в течение жизни, и взгляды на болезни, существовавшие в ней. В од-

них семьях болезнями часто пренебрегают, в других — им уделяется повышенное внимание. В последнем случае легче формируются патологические реакции личности на болезнь.

Результаты изучения анамнеза жизни и болезни дополняются *обследованием пациента*. При осмотре, помимо специальных методов, позволяющих выявлять соматическую патологию, важное значение имеет **наблюдение за больным**. Оценивают поведение, высказывания, касающиеся болезни, которые позволяют судить о его психическом состоянии и отношении к заболеванию.

Определяя **психологические особенности больного**, врач в первую очередь оценивает его интеллект, эмоционально-волевые качества и поведение. Об *интеллекте* судят в частности по умению оперировать имеющейся информацией, по способности логично излагать свои мысли, соблюдать последовательность в суждениях. Следует обращать внимание на отсутствие системы в изложении какой-либо информации, поверхностный анализ фактов, необоснованные умозаключения. Оценка интеллекта позволяет определить способность пациента к интрапсихической переработке болезненных проявлений, т.е. к их истолкованию и созданию собственной концепции болезни. Представления об *эмоционально-волевых качествах* пациента складываются из оценки преобладающего фона настроения, его стабильности; имеют значение склонность к пессимизму, слезливость, раздражительность, импульсивные действия или, наоборот, оптимизм, спокойствие. Эмоциональное состояние больного находит отражение в *вегетативных реакциях* (вазомоторные реакции, наличие или отсутствие общего и дистального гипергидроза, устойчивость или лабильность пульса и др.). Отношение больного к заболеванию, как уже отмечалось, в значительной мере проявляется в его *поведении*, в частности в реагировании на предложения о проведении сложных диагностических исследований, оперативных вмешательств и т.д.

Обследование не следует сопровождать комментариями диагностического характера, особенно с использованием медицинских терминов и сленгов. Такие, иногда небрежно брошенные слова, могут оказывать итрогенное воздействие на больного, способствуя возникновению ипохондрических опасений и нозофобий.

Подлинное отношение к болезни позволяет выявить также **наблюдение за больным во время его пребывания в лечебном учреждении**. Анализируются переживания, которыми он делится с врачом, медперсоналом, родственниками, отдельные поступки и поведение в целом. Постоянно уточняется психологическое состояние больного, чему помогают регулярные беседы с его родными и близкими, данные клинического наблюдения. Обращается внимание на мимику, жестикуляцию, манеру держаться, отвечать на вопросы. Выясняется, как он соблюдает режим, каковы его взаимоотношения с соседями по палате и персоналом, как участвует в жизни отделения. Изучается отношение к ситуации, сложившейся в резуль-

тате заболевания. Оно может быть гиперболизированным с акцентом на тех симптомах или последствиях заболевания, которые суживают профессионально-трудовые и другие возможности или ведут к их утрате. Психологический кризис, связанный с болезнью, может стать причиной появления суицидальных тенденций в поведении больного.

Раскрытие сущности внутренней картины болезни дает возможность врачу правильно оценить не только физическое, но и психическое состояние пациента, дифференцированно подойти к использованию лечебно-реабилитационных и профилактических мероприятий, а также избежать ятрогенных влияний. При этом врач должен учитывать, что реакции личности на болезнь подвержены изменениям не менее, чем соматическое состояние. Поэтому необходимы **динамическое наблюдение за психическим статусом больных** и, по возможности, психотерапевтическая коррекция выявляемых нарушений. При нарастании психопатологических проявлений требуется помощь клинического психолога или психиатра.

Поскольку значимость клинического метода изучения и оценки психического состояния больного чрезвычайно важна, вопросы, посвященные клиническому обследованию, красной нитью проходят практически через все главы настоящего учебника. Многие его аспекты подробно освещаются как в части, посвященной общей клинической психологии, так и в части, рассматривающей отдельные группы заболеваний.

---

## **Глава 10. Методы экспериментально-психологического исследования**

---

В работе врача общей практики основным, безусловно, является клинический метод, включающий беседу с больным (клиническое интервью), а также наблюдение за ним в течение всего лечебно-диагностического процесса. Однако, чтобы лучше ориентироваться в вопросах диагностики и оказания помощи больным с психологическими проблемами, психическими расстройствами, психосоматическими и другими нарушениями, входящими в компетенцию клинического психолога или врача психиатра, врач общей практики должен иметь представление о наиболее распространенных методах психологического и патопсихологического исследования.

Одним из разделов психологии, в том числе и клинической, является **психодиагностика**; в число ее основных задач входят:

- выявление личностных особенностей человека;
- определение актуального психического состояния и отдельных сторон психической деятельности;
- оценка эффективности психокоррекционной работы.

Для этого психодиагностика располагает определенным набором методов исследования, которые можно разделить на основные и вспомогательные.

В качестве основных методов психодиагностики используются *наблюдение* и *эксперимент*. Преимуществом наблюдения является естественность ситуаций, предполагающих непреднамеренное поведение субъекта или группы испытуемых. К его недостаткам относятся, помимо трудоемкости, сложность улавливания типических черт и недостаточность для достоверной оценки фиксации единичных проявлений.

**Экспериментальное исследование** существенно дополняет и исправляет недостатки наблюдения. Значение эксперимента состоит в том, что он дает возможность проследить зависимость того или иного психического явления от условий проведения самого эксперимента, которые можно моделировать. Различают *лабораторный* и *естественный эксперимент*. При помощи, например, лабораторного эксперимента можно изучать и оценивать состояние психических процессов памяти, внимания и др. Естественный эксперимент, позволяющий исключить искусственность лабораторной обстановки, целесообразно применять при исследовании психических явлений



в обычных условиях урока, игры или иной деятельности, в том числе и профессиональной.

К основным методам, в частности к наблюдению, примыкает так называемый **анализ продуктов психической (духовной) деятельности**, например, писем, художественного творчества (стихи, проза, рисунки и т.д.).

К вспомогательным методам относятся **беседа (клиническое интервью)** и **анкетирование** (тот же опрос, но по структурированным и стандартизованным вопросам). Эти методы помогают уточнить изучаемые психические явления или личностные свойства испытуемых. В качестве вспомогательных могут использоваться и методы **самонаблюдения** и **самооценки** (в виде дневников) для изучения, например, динамики психической работоспособности, изменений настроения и др. Эти методы должны использоваться и интерпретироваться только с помощью специалистов.

Широко применяется в психологии **метод тестирования**. Тестирование (*test* в переводе с англ. означает «проба», «испытание») — это целенаправленное, одинаковое для всех испытуемых обследование, проводимое в строго контролируемых условиях, при помощи которого достигается количественная оценка отдельных составляющих психического состояния индивидуума или межличностных отношений. Преимуществами метода тестирования являются простота, доступность, возможность автоматизации. Существует много вариантов методик тестирования (опросники, проективные методики и др.). Для того чтобы полученные при помощи тестов данные имели диагностическую ценность, а сами тесты не были дискредитированы в мнении испытуемого и самого исследователя, последний должен хорошо владеть как методикой проведения самого тестирования, так и интерпретацией полученных результатов. **Поэтому психологические эксперименты и тестирование должны проводиться профессиональным психологом или, по крайней мере, прошедшим специальную подготовку психиатром либо врачом другой специальности.**

С некоторыми оговорками можно признать справедливым замечание известного психотерапевта К.К.Платонова: «нет плохих тестов, есть плохие интерпретаторы». Методы тестирования важно использовать в комплексе с другими методами.

### **Методики исследования внимания**

**Показания для проведения исследования:** выявление нарушений концентрации и устойчивости внимания при экзогенных органических заболеваниях головного мозга, выраженных соматогенных астенических состояниях, невротических расстройствах.

1. **Корректирующая проба.** Используется для выявления устойчивости внимания, его концентрации, умственной работоспособности и истощаемости. Исследование проводят при помощи специальных бланков с рядами букв, расположенных в случайном порядке.

Инструкция предусматривает зачеркивание одной (двух) буквы и подчеркивание другой. Регистрируется время, затраченное испытуемым на выполнение всего задания, учитывается количество ошибок и темп выполнения задания, обращается внимание на распределение ошибок в течение опыта, характер ошибок (пропуски букв или строчек; зачеркивание других, расположенных рядом или внешне похожих).

2. *Таблицы Шульте* применяются с теми же целями, что и корректурная проба. Испытуемому предъявляется таблица с цифрами от 1 до 25, помещенными в клетки и расположенными в случайном порядке. Он должен показать и назвать в заданной последовательности (с начала или с конца) все цифры. Предлагают подряд четыре-пять таблиц с различным расположением цифр. Экспериментатор регистрирует время, затраченное на выполнение задания по каждой таблице, динамику показателей в процессе исследования.

3. *Счет по Крепелину*. Методика заключается в непрерывном сложении испытуемым в уме ряда однозначных чисел, записанных в виде столбца. Анализ результата подсчета регистрируется в виде кривой, на которой отмечены скорость работы и количество ошибок. Работоспособность оценивается по пятибалльной системе. Методика позволяет оценивать внимание, а также выявлять общую работоспособность и утомляемость.

### **Методики исследования памяти**

**Показания для проведения исследования:** жалобы пациента на снижение памяти, клинически негрубо выраженные нарушения памяти. Расстройства памяти характерны, так же как и расстройства внимания, для экзогенных органических заболеваний головного мозга, причем могут быть более грубыми, но преходящими, в остром и подостром периодах и стойкими — на фоне резидуально-органических явлений. При выраженных астенических состояниях соматической и психогенной природы нарушается способность к запоминанию вследствие утомляемости и нарушения внимания. При олигофрении отмечается равномерная недостаточность всех процессов памяти, но особенно нарушена ассоциативная память.

1. *Тест зрительной памяти*. Используется серия рисунков, на которых изображены отдельные предметы (обычно двенадцать) или таблица с изображением двенадцати предметов. Рисунки показывают с интервалом в 2 секунды несколько раз. После каждого показа проверяют, сколько предметов осталось в памяти.

2. *Тест слуховой памяти*. Исследование на запоминание повторно предъявляемого набора из 10 простых слов, произносимых с интервалом в 2 секунды. Испытуемый должен всякий раз повторить эти слова.

Через определенный промежуток времени (1–2 часа) испытуемого просят воспроизвести все предметы или слова, которые он запом-

нил. Методики позволяют оценивать непосредственную и долговременную память. Показателями нормы являются запоминание 10–12 предметов и 7–10 слов непосредственно после 3–4 кратного повторения и воспроизведение не менее 7 слов через час.

3. *Метод пиктограмм.* Данная методика предложена для исследования опосредованного запоминания, однако она имеет ценность и для оценки процессов мышления (особенности ассоциаций: конкретные, отвлеченные, символические и т.д.), установок личности (вариант проекции), эмоционального состояния и модуса поведения. Испытуемому предлагается на слух 10–15 слов или словосочетаний, представляющих собой определенные понятия конкретного и абстрактного содержания, в соответствии с которыми он должен сделать рисунки, чтобы впоследствии по ним воспроизвести заданные словосочетания. Пример предлагаемых понятий: 1) веселый праздник; 2) глухая старушка; 3) сердитая учительница; 4) вкусный ужин; 5) девочке холодно; 6) тяжелая работа; 7) болезнь; 8) печаль; 9) разлука; 10) счастье; 11) развитие; 12) побег; 13) обман; 14) надежда; 15) зависть.

### ***Методики исследования мышления***

**Показания для проведения исследования:** выявление характерных для определенной психической патологии расстройств мышления. Конкретность мышления, неспособность к отвлеченным ассоциациям типичны для олигофрений, а также грубых резидуально-органических либо текущих заболеваний головного мозга с явлениями энцефалопатии. Больным эпилепсией свойственны чрезмерная детализация, инертность мышления. Для шизофрении наиболее характерны ассоциативные нарушения (разноплановость мышления, опора на латентные признаки понятий, разорванность, патологическая символика, соскальзывания, резонерство и т.д.), выявляемые более полно при психологическом исследовании, нежели при клиническом обследовании.

1. *Методика «Четвертый лишний».* Испытуемому поочередно предъявляют карточки, на которых изображены 4 предмета. Три из них имеют видовую, родовую или функциональную общность. Просят назвать предмет, который здесь «лишний», не подходит к остальным. Примеры наборов предметов на картинке: 1) ботинок, нога, сапог, туфля; 2) ножницы, нож, бритва, перо; 3) зонтик, военная фуражка, пистолет, барабан; 4) лампа, электрическая лампочка, солнце, свеча; 5) конверт, радиоприемник, телефон, гитара; 6) часы, очки, весы, термометр. Методика позволяет выявлять способности к обобщению понятий, выделению существенных признаков, к анализу отношений понятий (аналогии).

Для более информативной оценки особенностей мышления применяются также *специальные методики: исключение понятий, выявление существенных признаков, ассоциативный эксперимент.*

2. *Классификация понятий.* Данный метод часто используется для исследования процессов обобщения, абстрагирования, последовательности мышления, критичности, образования понятий и др.

Для проведения исследования необходимо иметь набор из нескольких десятков карточек с изображениями объектов живой и неживой природы. На первом этапе испытуемого просят разложить эти карточки по группам — что к чему подходит. Потом предлагают дать название каждой группе. Правильное выделение этих групп свидетельствует о сохранности у испытуемого процессов обобщения и сравнения. На втором этапе необходимо образовать более крупные группы из растений, животных и предметов неживой природы. Этот этап отражает способность к более высокой степени обобщения.

Для оценки результатов имеют значение алгоритм работы (хаотичный, планомерный), характер исправления ошибок, а также по каким признакам составляются группы: по существенным (люди, посуда, животные, инструменты и т.д.) или второстепенным (врач и термометр, матрос и корабль и т.д.).

3. *Определение и сравнение понятий.* Для определения понятий необходимо проанализировать целый ряд признаков предмета или явления и выделить наиболее существенные. Степень точности определения понятий зависит от признаков, которые выбирает испытуемый для характеристики того или иного предмета. При исследовании, например, спрашивают: «Что такое стул, корова, лето, и т.д.»

При оценке результатов определения понятий следует отмечать не только способность обследуемого выделять существенные признаки, но и построение определения, четкость формулировки. Здесь легко обнаруживается склонность к резонерству, расплывчатость суждений, избыточная детализация.

*Сравнение понятий* является более сложным психическим процессом, включающим анализ и синтез, требующим дифференциации признаков на общие для нескольких объектов и отличающие их. В данную методику входят задания не только сравнения близких понятий (трамвай — троллейбус), но и далеких по смыслу (ботинок — карандаш, глобус — бабочка) и т.д. Например, спрашивают, что общего и в чем разница между печкой и солнцем, настроением и стеклом, автомобилем и пароходом и т.д. Также могут быть даны задания по нахождению общности и различий между более отвлеченными понятиями (в чем различие между скупостью и бережливостью, бдительностью и подозрительностью и т.д.). Ответы могут быть правильные и неправильные, стандартные и нестандартные, конкретные и неконкретные, формальные, нелепые и т.д.

### ***Методики исследования интеллекта***

**Показания для проведения исследования:** необходимость определения степени интеллектуальной недостаточности, которая чаще всего возникает в педиатрической практике при решении вопросов

обучения ребенка с умственным недоразвитием или педагогической запущенностью. У взрослых вопрос о состоянии интеллекта чаще ставится при проведении различных видов экспертиз (трудовой, военной, судебной).

1. *Шкала Векслера.* Данная методика изучения уровня интеллектуального развития, относящаяся к разряду психометрических, является самой распространенной. Ее достоинство заключается в многосторонности оценки основных составляющих интеллекта и его предпосылок, а также в процентном выражении полученных данных по отношению к средним показателям для соответствующих возрастных групп у детей и уровня образования у взрослых.

Методика включает 6 вербальных (словесно оформленных) и 5 невербальных субтестов. Имеются ее модификации для взрослых и детей различного возраста. Испытуемый последовательно отвечает на вопросы, по которым определяют его знания об окружающем мире, способность установить сходство между двумя понятиями, запас слов, возможность выполнения счетных операций, память на цифровые ряды. Затем он ищет пропущенные на рисунках детали, собирает последовательные ряды из карточек, складывает разрезанные рисунки, составляет узоры из кубиков по образцу, ищет выходы из лабиринта, заменяет цифры символами. Оценка производится в баллах по отдельным субтестам, уровню вербального, невербального и общего интеллекта (IQ).

**Значение коэффициента интеллектуальности (IQ):**

90–109 – средние показатели;

больше 109 – выше среднего;

80–89 – ниже среднего;

70–79 – пограничная интеллектуальная недостаточность;

69 и ниже – зона слабоумия.

Более доступными и дающими достаточно информации для составления общего представления о состоянии интеллекта являются следующие методы.

2. **Установление последовательности событий.** Для испытания необходимо иметь ряд сюжетных картинок, разрезанных на отдельные фрагменты. Для исследования детей чаще всего применяют разрезанные фигуры животных (изображение слона из 6 частей, медведя – из 3 частей и др.). Для исследования подростков и взрослых применяются разрезанные сюжетные рисунки. Испытуемому дают карточки и говорят: «На этих рисунках изображено одно и то же. Надо разобраться, с чего началась, что было дальше и чем закончилось». Если картинки разложены в правильной последовательности, просят разъяснить, что произошло. Существенную роль при этом играет выделение опорных, сигнальных деталей рисунка.

При интеллектуальной недостаточности подобный анализ не возможен, испытуемые пытаются составить рисунок, беспорядочно прикладывая один фрагмент к другому. Такое выполнение задания

свидетельствует об отсутствии у испытуемого определенного плана действий. Характер работы обследуемого может свидетельствовать и о нарушении критичности мышления, когда неправильно составленные фрагменты оставляются испытуемым на месте.

3. *Объяснение сюжетных картин.* Методика направлена преимущественно на исследование интеллектуального уровня и имеет много общего с предыдущей. Отличие состоит в том, что в процессе исследования полнее раскрывается ход рассуждений испытуемого и удается правильнее оценить особенности осмысления в динамике.

Для исследования необходимо иметь набор сюжетных картинок разного содержания (простых и сложных, веселых, красочных и печальных, реалистических и отвлеченных и т.д.). Для исследования детей очень демонстративными являются картинки с нелепостями. Испытуемого просят рассказать, что здесь нарисовано. Лицам с недостаточностью интеллекта свойственно непонимание перспективных соотношений между участниками изображенного сюжета, мимики нарисованных персонажей, подтекста. Некоторые просто перечисляют отдельные детали.

4. *Понимание рассказов.* Применяются специально подобранные рассказы, чаще всего поучительного характера, притчи. При воспроизведении рассказа испытуемым обращают внимание на характер изложения (словарный запас, темп речи, особенности построения фразы, лаконичность или чрезмерную обстоятельность). Оценивают способность осмысления сюжета рассказа, состояние памяти испытуемого. Выясняют, насколько ему доступны скрытый смысл, юмористическая сторона рассказа, связывает ли он его с окружающей обстановкой.

5. *Понимание переносного значения пословиц и метафор.* Испытуемого просят объяснить, что означает та или иная пословица или метафора. Например, пословицы: «Не в свои сани не садись»; «Шила в мешке не утаишь»; «Не плюй в колодец, пригодится воды напиться»; «Цыплят по осени считают»; «Семь раз отмерь, один раз отрежь»; «Не все золото, что блестит» и др. Метафоры: «золотые руки», «ежовые рукавицы», «заячья душа», «каменное сердце», «железный характер» и др. У лиц с низким интеллектом, отсутствием или недостаточностью абстрактно-логического мышления часто выявляются буквальное понимание, перенос на себя или невозможность толкования пословиц и метафор. При выраженных изменениях мышления, характерных для шизофрении, отмечается отвлеченное рассуждение (резонерство), парадоксальное толкование.

### ***Методики исследования эмоционального состояния***

**Тест Люшера — метод цветовых выборов.** Это проективный метод исследования, основанный на эмоциональном отношении испытуемого к тому или иному цвету, символика которых уходит к истокам

существования человека. Верификация теста была проведена швейцарским психологом М.Люшером на нескольких тысячах добровольцев.

Испытуемому предлагается на белом листе 8 цветовых эталонов: синий (1), зеленый (2), красный (3), желтый (4), фиолетовый (5), коричневый (6), черный (7), серый (8). Просят выбрать самый приятный для него цвет. Выбранный эталон убирается и записывается в протоколе его номер. Далее предлагается выбрать самый приятный цвет из оставшихся до исчерпания всех эталонов. Затем эксперимент повторяется еще раз. Анализируется предпочтительность цвета, порядок выбора и т.д.

По Люшеру, последовательность выбора цвета означает предпочтительные психолого-физиологические потребности и состояния. В процессе верификации теста была установлена связь порядка выбора цвета с некоторыми психологическими свойствами испытуемого: первое место — способ действия, второе — цель, к которой стремится человек, третье и четвертое — эмоциональная оценка настоящего положения вещей, пятое и шестое — не востребуемые в данный момент резервы, седьмое — подавленные потребности.

Были выявлены следующие параллели между цветом и основными психологическими качествами:

*Синий цвет* физиологически соответствует спокойствию, психологически — удовлетворенности. Отражает умение сопереживать, склонность к эстетической созерцательности, сенситивность, доверие, самопожертвование, преданность.

*Зеленый* соответствует упорству, целеустремленности, сопротивляемости изменениям, постоянству воззрений, чувствительности к критике. Это вариант самоутверждения.

*Красный* — выражение жизненной силы, энергии, гармоничной активности, стремление к успеху, жизненным благам.

*Желтый* свидетельствует о раскованности, эмотивности и экзальтированности, неустойчивости эмоциональных привязанностей и отсутствии глубины переживаний.

*Фиолетовый* — его предпочтение свойственно лицам эмоционально незрелым, означает склонность к сенситивным переживаниям, нереальным притязаниям, эмоциональной напряженности.

*Коричневый* выбирается при физическом дискомфорте, болезни. Отражает потребность в физическом и психологическом комфорте.

*Черный цвет* означает отказ, полное отречение или неприятие, потребность в независимости, негативизм по отношению к авторитетам, агрессивность.

*Серый* — раздражающий, освобождающий от обязательств, укрывающий от внешнего воздействия. Отражает усталость и безразличие.

После соответствующей обработки полученных данных производится оценка уровня тревожности и состояния стресса. Для оценки

*состояния испытуемого в динамике тест Люшера обычно используют повторно.*

Эмоциональные нарушения могут изучаться и при помощи вербальных методик, большое количество которых предложено разными авторами (определение уровня тревожности – шкалы Спилберга, Тейлор, Шихана; выявление и оценка глубины депрессии – шкалы Гамильтона, Бека, Зунка и др.). Все они, как правило, представляют собой опросники, при помощи которых испытуемый оценивает собственное эмоциональное состояние. Поэтому необходимо сравнивать результаты, полученные при использовании шкал тревоги и депрессии, с клиническими показателями. Наибольшее применение опросники находят в динамическом наблюдении за больным и оценке эффективности лечения.

### **Методики исследования личности**

**1. ММПИ (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) – миннесотский многопрофильный личностный опросник.**

Созданный в 1941–1947 гг. американскими психологами тест ММПИ весьма широко применяется в психологии и психиатрии для изучения особенностей личности у психически здоровых и больных лиц. В отечественной практике наибольшее распространение получил адаптированный вариант ММПИ – стандартизованная методика исследования личности (СМИЛ, по Л.Н.Собчик). Эта методика предназначена для определения таких структурных компонентов личности, как характерологические особенности, тип реагирования на стресс, адаптивные и компенсаторные возможности индивида, особенности межличностных отношений, социальная направленность, а также для выявления и оценки выраженности ряда психопатологических радикалов.

Испытуемый оценивает свыше 500 утверждений (полный вариант), моделирующих различные жизненные ситуации, состояние психических и физических функций человека. Он должен выразить свое отношение к предложенным утверждениям в форме «верно» или «неверно». При этом большая часть утверждений носит проективный характер, позволяющий исподволь выявлять реакции испытуемого в различных ситуациях. В зависимости от ответов испытуемого определяют его индивидуальные личностные особенности, их выраженность, наличие или отсутствие ряда психопатологических проявлений.

а) **Оценочные шкалы, или шкалы достоверности**, выявляют установку испытуемого на то, чтобы показать себя в «лучшем свете», уклониться от откровенных ответов или выпятить дефекты своего характера либо даже симулировать болезненные симптомы: шкала L – стремление улучшить впечатление о себе; шкала F – стремление подчеркнуть наличие проблем; шкала K – стремление избежать откровенности.



Тест первоначально был задуман как клинико-диагностический, поэтому названия шкал соответствовали тем патологическим состояниям и заболеваниям, которыми страдали репрезентативные группы больных: шкалы ипохондрии, депрессии, истерии, психопатии, паранойи, психастении, шизофрении, гипомании. В дальнейшем названия шкал стали более обтекаемыми.

**б) Основные (клинические) шкалы:** шкала 1 — избыточный контроль и сосредоточенность на своем самочувствии (ипохондрия); шкала 2 — депрессия; шкала 3 — эмоциональная лабильность (истерия); шкала 4 — импульсивность (социальная дезадаптация, психопатия); шкала 5 — женственный (у мужчин) или мужской (у женщин) стиль адаптации; шкала 6 — аффективная ригидность установок (паранойя); шкала 7 — тревожность (психастения); шкала 8 — аутизм, шизоидность; шкала 9 — оптимизм и активность (гипомания); шкала 0 — интраверсия.

Результаты заносятся на специальный бланк, где вычерчивается профиль личности. Интерпретируется не отдельно взятая шкала (повышение или понижение), а их сочетание. При этом отклонение профиля от нормы выявляет наличие психологических проблем, реакцию личности на трудности, фрустрированность, напряженность. Полученные результаты могут служить дополнением к клинической диагностике.

**2. Личностный опросник Г.Ю.Айзенка (EPI — Eysenck Personality Inventory).** Состоит из 57 вопросов, среди которых есть относящиеся к шкале «лжи» или достоверности, к шкале «нейротизм» или стабильность—нестабильность и к шкале «экстраверсия—интраверсия».

Результат подсчитывается в баллах, показатели изображаются в виде так называемого круга Айзенка, позволяющего судить о типе темперамента испытуемого. Показатель «экстраверсия—интраверсия» является достаточно стабильной характеристикой личности больного, направленности реакций. Учет данного показателя имеет значение для выбора тактики поведения врача в процессе общения с пациентом. Показатель «нейротизм» коррелирует с выраженностью психоэмоциональной напряженности, помогая объективизировать актуальное психическое состояние больного и оценивать эффективность проводимой психотерапии.

**3. Проективный метод Роршаха.** Испытуемому предлагается 10 рисунков с многоцветными и одноцветными изображениями-пятнами. Задается вопрос: «На что похоже это пятно». Интерпретацию проводят по следующим категориям:

1) локализация (ответ охватывает все изображение или относится к какой-либо детали);

2) детерминанты, или характеристика «качества» ответов (отдается предпочтение форме изображения или выделяются цвет либо сочетание формы и цвета, полутона, наличие движения в созданном образе);

3) знак формы: оценивается положительным (+) или отрицательным (-) знаком, показывающим, насколько адекватно отражена форма пятна в созданном образе;

4) учет содержания интерпретации (человек, животное, географические названия, растительный мир и т.д.);

5) дополнительные факторы (оригинальность, популярность, perseverации, конфабуляции).

Значительное количество целостных интерпретаций с положительным знаком свидетельствует о богатстве воображения, способности к синтезу, критичности. Преимущественный выбор деталей для создания образа свидетельствует о конкретной интеллектуальной активности. Внимание к мелким деталям с негативной формой типично для психически больных. Кинестетические интерпретации (движение) характеризуют степень внутренней активности, творческое воображение, свидетельствуют о глубоких и наиболее индивидуальных тенденциях личности. Большое количество цветowych образов указывает на эмоциональную лабильность, при адекватной форме — на достаточный контроль со стороны интеллекта за аффективной сферой. Большое количество ответов с учетом серого цвета и его оттенков свидетельствует о беспокойстве и тревожности.

Следует отметить, что результаты экспериментально-психологической и клинической оценки психического состояния больного могут существенно различаться. В таких случаях необходимы повторное экспериментально-психологическое и более тщательное клиническое обследование для уточнения его психического состояния. Необходимо учитывать, что многие психологические тесты (стандартизованные интервью, опросники, тесты Люшера, Роршаха и др.) весьма субъективны, хотя и производят впечатление объективных, поскольку их результаты имеют количественное выражение. Это зависит от отношения испытуемого к эксперименту и экспериментатору, мотивации, подверженной частым изменениям, профессиональной позиции и предпочтения психолога и других факторов.

---

## Раздел 3. Психология больного человека

### Глава 11. Психосоматические взаимовлияния и болезнь

---

Еще в древней медицине было известно, что душевное состояние человека влияет на его физическое самочувствие и наоборот. Это положение отражено в основном постулате клинической медицины — лечить не болезнь, а больного. Взаимозависимость души и тела использовали представители различных религий (особенно восточных), педагоги и врачи.

**Психосоматическая медицина** (от греч. *psyche* — душа, *soma* — тело) является междисциплинарным направлением, раскрывающим и использующим в клинической практике взаимовлияние психики и тела. Вместе с тем со времен Платона, отделившего «душу от тела», имела место недооценка роли психосоматических механизмов в возникновении и динамике соматической и психической патологии. Научно-медицинские исследования в этой области получили свое развитие относительно недавно. Доказанная при помощи экспериментальных методов и клинических наблюдений связь соматических расстройств не только с определенными функциональными и структурными изменениями тех или иных органов и систем, но и с психическими проявлениями привела к пересмотру в медицине XX века односторонних органокалистических взглядов. Термин «*психосоматика*» был предложен в 1818 году немецким психиатром И.Хайнротом, высказавшим мысль, что внутренний душевный конфликт порождает соматические заболевания. Через десять лет К.Якоби предложил использовать понятие «*соматопсихическое*» как противоположное и в то же время дополняющее понятие «психосоматическое». Во врачебный лексикон термин «психосоматика» был введен лишь спустя столетие. Принято считать, что психосоматическое направление в медицине получило свое развитие с начала XX века, когда вопросы возникновения и течения любого патологического процесса начали рассматриваться с позиций единства психической и физической сущности «Я». Однако это нельзя рассматривать как новую концепцию в медицине, по сути, речь идет о возрождении принципов медицины древности,

рассматривавшей заболевания в единстве души и тела, как болезнь конкретного человека.

Можно выделить три научных направления, которые способствовали становлению психосоматики как особой области научной и практической медицины: 1) *психоанализ З.Фрейда*; 2) *теория кортико-висцеральной патологии* (основой являются работы И.П.Павлова и Курцина—Быкова); 3) *концепция адаптации и мобилизации У.Кеннона* и *теория стресса Г.Селье*. Захвативший в первой половине XX века лидирующие позиции в зарубежной психосоматической медицине психоанализ пытался объяснить механизмы возникновения болезней с позиций бессознательного и подавленных влечений, и именно это привело к кризису данного направления.

Закономерный отказ отечественной медицины от надуманных концепций «глубинной медицины» и методологии психоанализа с его произвольным толкованием ощущений и переживаний больного временно привел к полному игнорированию (к счастью, временному) влияния психических факторов на соматическое состояние человека. К настоящему времени необходимость учета конкретных механизмов психосоматических корреляций, соотношения психического и соматического в состоянии больного стала очевидной для всех областей клинической медицины.

Первоначально термином «психосоматические» обозначались заболевания, в развитии которых существенную роль играют неблагоприятные психотравмирующие воздействия (артериальная гипертензия, язвенная болезнь желудка, бронхиальная астма и др.). Сегодня понятие «психосоматические» значительно расширилось. Наряду с использованием его для обозначения заболеваний в традиционном, узком понимании этого термина, психосоматикой называется область медицины, изучающая круг расстройств, достаточно сильно различающихся между собой, но при этом объединенных тесной взаимозависимостью психических и соматических нарушений. В МКБ-10 специального раздела для психосоматических расстройств не предусмотрено. Исходя из **взаимовлияния и взаимозависимости психических и соматических факторов в генезе заболеваний** можно выделить **три варианта**: 1) соматопсихическая коморбидность — относительно независимое возникновение и течение соматического заболевания и патологии психической сферы (шизофрения и острый аппендицит или пневмония и т.п.); 2) превалирование или существенная роль в этиологии и патогенезе психических или соматических расстройств психических факторов; 3) превалирование или существенная роль в этиологии и патогенезе психических или соматических расстройств биологических (соматических) факторов.

**Расстройства и заболевания с превалированием в этиопатогенезе психических факторов:**

- невротические, в том числе конверсионные (истерические) соматоформные расстройства;

- функциональные соматоневрологические расстройства (неорганический энурез и энкопрез, органичные невроты, тики);
- соматизированные расстройства при психических заболеваниях (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз);
- особые формы психических заболеваний (гипертоксическая, или фебрильная форма шизофрении);
- типичные психосоматические заболевания (бронхиальная астма, язва желудка и двенадцатиперстной кишки, язвенный колит, гипертоническая болезнь, мигрень, нейродермит).

#### **Расстройства и заболевания с превалированием в этиопатогенезе соматических факторов:**

- двигательные расстройства органического происхождения (тики, дискинезии и др.);
- умственная отсталость;
- органические заболевания головного мозга (энцефалопатии травматические, сосудистые, токсические и др.);
- симптоматические психические расстройства, соответствующие реакциям экзогенного типа К.Бонгеффера (обусловленные черепно-мозговой травмой, интоксикациями, инфекциями, соматическими заболеваниями);
- неврозоподобные и психопатоподобные расстройства при соматических заболеваниях;
- нозогении (патологические реакции личности на болезнь).

Следует отметить, что нозогении отнесены к данной группе расстройств с определенной степенью условности, поскольку влияние соматических факторов в этих случаях опосредовано личностью больного и ситуацией болезни, т.е. имеют место психогенные механизмы.

Ввиду того, что большинство из перечисленных расстройств и механизмы их возникновения рассматриваются в курсе психиатрии, здесь целесообразно остановиться лишь на имеющих наибольшее распространение и представляющих диагностические трудности истероконверсионных и соматоформных, или соматизированных расстройствах, а также собственно психосоматических заболеваниях. Реакции личности на болезнь, в том числе патологические, изложены в соответствующем разделе настоящего руководства.

#### ***Истероконверсионные расстройства***

Это психогенные расстройства телесных функций, возникающие по истерическим механизмам, не обнаруживающие органической основы, характеризующиеся необычностью проявлений и причудливостью локализации, соответствующим обывательским представлениям об анатомии, функциях органов, клинике болезней. Истерия может имитировать патологию, относящуюся к компетенции большинства врачебных специальностей, в связи с чем ее называют «великой симулянткой». В таких случаях говорят, что «нейровегетатив-

ный аппарат находится на службе у больного». Такие больные часто обращаются за медицинской помощью, настойчиво требуют медикаментозного или даже хирургического лечения, иногда преподносят весьма драматические истории физических страданий.

**Расстройства, имитирующие неврологическую патологию:**

- двигательные нарушения (функциональные парезы и параличи, нарушения походки, астазия-абазия, приступы тонических и клонических судорог, профессиональные дискинезии, симптом «комка в горле», дрожание, тики, непроизвольные движения);
- нарушения чувствительности (анестезии, парестезии, особые боли, локализующиеся в соответствии с представлениями больного о строении собственного тела, не вяжущиеся с анатомической структурой);
- обмороки, припадки.

**Расстройства, имитирующие терапевтическую патологию:**

- нарушения сердечной деятельности (сердцебиения, экстрасистолы, аритмии, кардиалгии, иногда имитирующие стенокардию и инфаркт);
- нарушения дыхания (кашель — хриплый, сухой, сопровождается гримасами, отрыжкой, тошнотой; одышка, то носящая характер «дыхания гончей собаки», то сопровождающаяся разными звуками — свистящими, шипящими, kloкочущими и др., то имитирующая приступы бронхиальной астмы — псевдоастматическая);
- желудочно-кишечные расстройства (боли в животе; нарушения глотания — больные легче глотают твердую, чем жидкую, пищу, что считается важным дифференциально-диагностическим критерием для отграничения от органической патологии пищевода; утрата вкусовых ощущений, как правило, сочетающаяся с потерей способности восприятия острых запахов, таких как аммиак, чего не может быть при потере обоняния органической природы; потеря вкуса, часто сочетающаяся с анорексией; отрыжка, которая может сопровождаться громким судорожным криком; икота; рвота, наступающая сразу после приема пищи или при попытке ее приема, но в некоторых случаях не сопровождающаяся истощением больного; запоры, поносы).

**Расстройства, имитирующие хирургическую патологию:**

- признаки, напоминающие острый живот (псевдоилеус, псевдоаппендицит, парезы кишечника);
- метеоризм;
- синдром Мюнхгаузена (предъявляемые в драматической форме жалобы на болевые ощущения, приводящие к необоснованным оперативным вмешательствам).

**Расстройства, имитирующие офтальмологическую патологию:**

- парез век;

- спазм круговой мышцы глаза;
- спастическое сходящееся косоглазие;
- слепота полная или частичная, одно- или двусторонняя и др.

**Расстройства, имитирующие оториноларингологическую патологию:**

- глухота;
- афония.

**Расстройства, имитирующие акушерско-гинекологическую патологию:**

- боли в области гениталий;
- кровотечения (маточные, вагинальные);
- дисменорея, ложная беременность, при которой не только отсутствуют менструации и наблюдается типичное увеличение живота, но и появляются изменения в молочных железах с выделением молозива.

**Расстройства, имитирующие дерматологическую патологию:**

- ангиотрофические поражения кожи;
- кожные кровотечения («кровоавый пот», стигмы — язвы на местах, пробитых гвоздями у распятого Христа);
- пузыри, изъязвления на коже, крапивница и др.

**Расстройства, имитирующие урологическую патологию:**

- задержка мочи, вызываемая спазмом сфинктеров;
- отсутствие позывов к мочеиспусканию;
- учащение позывов к мочеиспусканию;
- недержание мочи.

Чаще истероконверсионные расстройства возникают как проявление непродолжительных (ситуационных) невротических реакций, свойственных психопатам истерического склада. Однако они могут быть клиническим выражением и истероневротических реакций, развивающихся в рамках других типов психопатий, а также иных психоневрологических расстройств. Диагностика истерических расстройств весьма сложна.

**Основные дифференциально-диагностические признаки истероконверсионных расстройств:**

- 1) атипичность, необычность проявлений, включая локализацию;
- 2) гротескность, чрезмерная яркость жалоб, демонстративность, преувеличенность страданий;
- 3) особая динамика (изменчивость, подвижность, внезапность появления и исчезновения), связанная с наличием конфликтной ситуации;
- 4) возникновение или усиление симптоматики в присутствии эмоционально значимых лиц;
- 5) понятность с позиций принципа «условной желательности расстройств» — возникают такого рода расстройства, которые позволяют больному достичь реальной или мнимой выгоды, разрешить конфликтную (стрессовую) ситуацию в свою пользу;

б) наличие в возникновении и динамике расстройств механизмов «бегства в болезнь», ухода из непереносимой ситуации, внушения и самовнушения;

7) исчезновение или ослабление симптоматики после разрешения трудной ситуации или удовлетворении эмоциональных потребностей;

8) «выбор» органа или системы связан с их функциональной слабостью, врожденной недостаточностью, т.е. по принципу «слабого звена».

Несмотря на внешнее сходство конверсионных расстройств с истинной симуляцией, при которой сознательно изображаются отсутствующие нарушения, *конверсионная истерия принципиально отличается от нее неосознанным характером жалоб.*

Каждый врач должен помнить, что хотя в большинстве случаев речь идет о невротических реакциях (сравнительно быстро проходящих функциональных расстройствах), они могут иметь и «фасадный» характер, т.е. как бы вуалировать начальные признаки психического (например, вялотекущая шизофрения), неврологического (рассеянный склероз и др.) или соматического (например, опухоль, инсульт и др.) заболевания. **Поэтому врач должен прежде всего исключить наличие органической патологии, представляющей опасность для жизни больного.**

### *Соматоформные (соматизированные) расстройства*

Соматоформными, или соматизированными, называют расстройства, при которых психическая патология выражается преимущественно в жалобах и клинических проявлениях соматического характера.

#### *Основные синдромы соматоформных (соматизированных) расстройств*

**1. Расстройства ощущений или сенестоалгический синдром.** Наиболее часто больные с соматизированными расстройствами жалуются на неприятные (типа **парестезий**) и болевые ощущения (телесные сенсации). Болевые ощущения могут быть представлены **психалгиями**, не связанными с каким-либо конкретным соматическим заболеванием, а являющимися следствием понижения болевого порога. Эти боли (*гомомонные телесные сенсации*) по характеру субъективных переживаний аналогичны обычным болям при различных видах соматической патологии, нередко бывают множественными, мигрирующими. Подобный характер алгий более характерен для расстройств невротического генеза.

Для эндогенных соматизированных расстройств типичны **сенестоалгии**, отличающиеся необычным характером (жгучие, стреляющие, пронизывающие и т.п.) и часто неопределенной локализацией, **сенестопатии** (*гетерономные телесные сенсации*), которые



не отождествляются с обычными болями; они тягостны, порой мучительны и вычурны. Наконец, могут иметь место **сенестезии** — переживание тотального физического неблагополучия в виде неожиданной физической слабости, тяжести или, наоборот, легкости в теле. *Сенестопатии и сенестезии* чаще встречаются при шизофрении.

### 2. Психовегетативный синдром (синдром вегетативной дистонии).

Клиническая картина представлена разнообразными нейровегетативными нарушениями: неустойчивостью артериального давления, сердечного ритма, гипергидрозом, нарушениями дыхания, дискинезиями желудочно-кишечного тракта, дизурическими нарушениями и т.п. Выраженные функциональные нарушения могут одновременно возникать как в нескольких системах организма и отличаться полиморфизмом симптоматики, так и в отдельных системах и органах. В последних случаях говорят о так называемых **органных неврозах**: кардио- и ангионеврозах, синдроме гипервентиляции (психогенной одышке), желудочно-кишечных функциональных расстройствах (ахалазия, спазм привратника), синдромах «раздраженного» желудка, «раздраженной», или «возбудимой» толстой кишки, «раздраженного» мочевого пузыря и др. Эти же расстройства могут являться «соматическими масками депрессий».

3. **Синдром панических атак (паническое расстройство)** в МКБ-10 выделен в отдельную рубрику, хотя встречается не только в качестве самостоятельного расстройства, но и в клинике невротических тревожных расстройств (в виде *вегетативных кризов*), в клинике эндогенных заболеваний (по типу *ипохондрических раптусов*). Он характеризуется внезапно возникающими повторяющимися приступами (атаками) выраженной тревоги или паники. При этом имеют место двигательное беспокойство или отказ двигаться из-за выраженного страха приближающейся смерти. Вегетативные проявления чаще представлены тахикардией, колебаниями АД, чувством нехватки воздуха, потливостью, ознобом, учащенным мочеиспусканием и полиурией. При эндогенных панических атаках могут возникать различные варианты расстройств самосознания (деперсонализация).

4. **Нарушения пищевого поведения.** *Нервная анорексия* заключается в исчезновении аппетита, отказе от еды, нередко в возникновении рвоты, в том числе по утрам. *Булимия* характеризуется противоположными признаками: приступами голода («волчий голод») с поглощением большого количества пищи в связи отсутствием чувства насыщения. Переедание и связанное с ним повышение массы тела заставляет больных прибегать к вызыванию рвоты сразу после приема пищи или использовать слабительные. В дальнейшем рвота после приема пищи становится рефлексорной. Расстройства пищевого поведения чаще встречаются при депрессиях, как невротической, так и эндогенной.

**Диагностические признаки соматизированной (маскированной) депрессии:**

- 1) одновременное возникновение функциональных расстройств в нескольких системах и органах;
- 2) повторяемость и определенная периодичность (сезонность) расстройств;
- 3) суточные колебания выраженности расстройств (наибольшая интенсивность в первой половине дня);
- 4) изменение витального тонуса: аппетита, полового влечения, сна;
- 5) значительная потеря интереса ко всему, невозможность получать удовольствие (ангедония);
- 6) заметное уменьшение или прибавление веса тела без использования диеты;
- 7) ежедневная усталость, чувство бессилия;
- 8) снижение способности мыслить, концентрировать внимание, запоминать.
- 9) появление постоянных мыслей о смысле жизни, суицидальных мыслей.

***Психосоматические заболевания***

В отечественной клинической психологии и медицине проблемы психосоматики длительное время рассматривались фрагментарно, например, с позиций психовегетативного регулирования, теории установки и т.д. Отвергая зарубежные теории психосоматических заболеваний, изначально базирующиеся на психоаналитических позициях, наша медицина далеко не сразу смогла создать единую собственную концепцию.

**Психосоматические отношения** являются сегодня предметом многих исследований, целью которых по-прежнему является решение трех главных вопросов:

- 1) каков триггерный (пусковой) механизм патогенного процесса на начальном этапе его развития;
- 2) почему один и тот же раздражитель (психическая травматизация) у одного человека вызывает психосоматическое заболевание, а у другого – нет;
- 3) почему психическая травма у разных людей приводит к патологии разных органов и систем.

***Основные теории и гипотезы возникновения психосоматических расстройств***

Несмотря на многочисленность теорий, пытающихся объяснить этиологию и патогенез психосоматических заболеваний, ни одна из них не дает исчерпывающего объяснения психосоматических расстройств. Наиболее популярной в последние годы является концепция мультифакторного генеза, которая строится на базе ряда

постулатов наиболее известных гипотез психосоматических нарушений.

**1. Гипотеза психосоматической специфичности.** Теоретической базой данного направления стали представления З.Фрейда о подсознательном, энергии сексуального влечения и своеобразном переводе (конверсии) вытесненных в подсознательную сферу неотреагированных в детстве эмоций и влечений, среди которых особое место отводилось сексуальному влечению (либидо). Идея конверсии, по Фрейду, заключается в том, что вытесненные аффекты реализуются в переработанной (символической) форме в виде соответствующих клинических симптомов. Данная гипотеза, получившая название «**конверсии на орган**», приобрела значение основного закона психосоматической медицины и нашла свое продолжение в работах учеников и последователей Фрейда. В соответствии с этим законом предпринимались попытки объяснения «специфичности» психосоматической патологии, ее направленности на определенный орган или систему. Если тенденция конверсии на орган обратима, то это истерия, при которой соматические нарушения носят функциональный характер, если же не поддается обратному развитию, то возникают органические нарушения, характерные для психосоматических заболеваний.

Причины индивидуальных различий в характере возникающей патологии заключаются в реализации силы «Я» через защитные механизмы. Поражение той или иной системы или органа зависит от *содержания неосознаваемого конфликта*. Например, артроз сустава пальца возникает перед тем как набирается номер телефона для неприятного разговора. А.Адлером (1922) была предложена концепция «**символического языка органов**», базирующаяся на допущении, что соответствующие системы органов могут специфически отражать психические процессы. Так, рвота рассматривалась как символ неприемлемости психологической ситуации, нарушение пищеварения – невозможности «переварить» конфликтную ситуацию, мышечные боли – торможение агрессивных импульсов и т.п.

Умозрительность, недоказанность, а часто и фантастичность концепций «конверсии на орган» и «символического языка органов» вызвала справедливую критику многих специалистов и отторжение подобных теорий. Безусловно, не может не вызвать недоумения, например, такое объяснение заболевания туберкулезом легких: человек, испытывающий чувство вины перед матерью за сексуальное влечение к ней в детстве, стремится заболеть фиброзно-кавернозным туберкулезом легких для того, чтобы в результате хирургического лечения лишиться части легкого и искупить свою вину перед матерью.

**2. Теория психодинамических механизмов** генеза психосоматических расстройств рассматривает заболевание как результат нарушения биологических и социальных механизмов адаптации к среде. Один из фундаментальных законов существования любой биологи-

ческой системы — закон гомеостаза (равновесия). Это справедливо и в отношении психической деятельности человека, его внутреннего мира. Каждый человек нуждается в сохранении и поддержании эмоционального равновесия, устойчивого образа «Я» с чувством самоуважения. Это необходимое условие продуктивной деятельности человека в современном сложном мире.

В 1934 г. Ф.Александр сформулировал **гипотезу специфичности**, заключающуюся в психодинамическом объединении разных факторов, к которым относятся тревога, подавленные враждебные эротические импульсы, фрустрации, подчиненные желания, чувства вины и неполноценности. Он также считал, что осознаваемые психические процессы играют второстепенную (подчиненную) роль в возникновении соматических симптомов, так как они могут быть свободно и произвольно выражены в словах, в то время как подавленные, вытесненные в подсознание, тенденции вызывают хронические дисфункции внутренних органов. По мнению Александра, если эмоции не получают соответствующего выражения, то хроническое напряжение выливается в сопутствующие хронические вегетативные сдвиги, а затем в те или иные психосоматические заболевания.

Позже Александр (1953) отошел от символической интерпретации психических процессов на «языке органов» и отказался от идеи чистого психогенеза соматических заболеваний. Он полагал, что развитие определенных заболеваний связано с преимущественной активизацией того или иного отдела вегетативной нервной системы (при активизации симпатического отдела возникает гипертоническая болезнь, гипертиреоз, диабет, артриты; при активизации парасимпатического отдела — язвенная болезнь, бронхиальная астма). Выбор же конкретного заболевания, вовлечение в патологический процесс определенного органа или системы определяется, по его мнению, наличием конституционально обусловленного уязвимого места («ахиллесовой пяты»).

Однако и с учетом этих поправок, в психосоматическом направлении оставались неясными многие механизмы развития патологических нарушений. Одним из направлений, призванных глубже изучить и понять подобные механизмы, явилось психофизиологическая концепция.

**3. Психофизиологическая концепция** развития ряда соматических заболеваний была доминирующей в течение определенного периода в отечественной медицине. Так, с позиций теории **экспериментального невроза** И.П.Павлова (1901), возникновение соматического расстройства считалось результатом сверхсильной или длительной стимуляции нервной системы. В качестве психофизиологической основы формирования патологии рассматривались запредельное торможение или застойное возбуждение, возникающие в центральной нервной системе.

Теоретические постулаты И.П.Павлова получили продолжение в работах его последователей, в частности К.М.Быкова и И.Т.Курцина, разработавших **кортико-висцеральную теорию** возникновения язвенной болезни. Основные ее положения: 1) нарушение функций какой-либо висцеральной системы у невротизированных животных является доказательством психогенеза соответствующих соматических заболеваний; 2) невроз является наиболее распространенной начальной формой возникновения соматического заболевания. Однако дальнейшие экспериментальные и клинические исследования не подтвердили правомерность данных утверждений.

**Клиническая практика свидетельствует о наличии следующей тенденции: чем более выражены невротические проявления, тем менее тяжелы органические заболевания органов и систем, и наоборот, тяжелые инфаркты миокарда и прободные язвы возникают часто у людей на фоне предшествующего здоровья, без каких-либо жалоб или явных невротических нарушений.** Так, у больных неврозами, даже после многолетних наблюдений, не было отмечено увеличения частоты психосоматических заболеваний. Кроме того, самим Курциным позже в эксперименте было показано, что помимо невротизации для возникновения патологических изменений в желудке необходимо наличие местных изменений.

Важное значение для понимания связи психических и соматических изменений в организме имеют разработанные в начале XX века **теория гомеостаза** (от греч. *homiois* — подобный, одинаковый, *stasis* — состояние, неподвижность) У.Кеннона (1929) как основной принцип жизнедеятельности организма и **учение об общем адаптационном синдроме** Г.Селье (1936). Кеннон описал физиологические механизмы эмоционального поведения, которое тесно связано с вегетативными проявлениями. Им было также показано, что организм отвечает на чрезвычайные ситуации определенными адаптационными изменениями физиологических механизмов, включая нейрогуморальные, гормональные и др. **Концепция стресса** и общего адаптационного синдрома Селье раскрывают механизмы воздействия факторов окружающей среды (стрессоров) и возможные последствия этого воздействия для организма. Реакция организма зависит, как было показано Селье, от силы воздействующего фактора, времени воздействия и адаптационных возможностей организма. Общий адаптационный синдром, возникающий в ответ на действие стрессорных факторов, имеет неспецифический характер, облегчает деятельность перенапряженных структур организма и является, по мнению Селье, рациональным и целесообразным, так как помогает сохранить функциональную устойчивость в неадекватных условиях среды. Если действующий фактор не велик по силе или его воздействие кратковременно, то организм может, используя свои ресурсы, сохранить удовлетворительную адаптацию (**эустресс**). В случае значительной силы или продолжительности воздействия возникает вы-

раженное перенапряжение регуляторных систем, способное привести к истощению защитных сил организма (**дистресс**). При этом стресс-реакция организма из звена адаптации превращается в звено повреждения, в результате чего формируются определенные патологические состояния функционального или органического характера.

Недостатком психофизиологических исследований являлось то, что они были сконцентрированы на реакциях организма и мало внимания уделяли роли психологических процессов. Попыткой преодолеть этот недостаток может рассматриваться основанная на работах Кеннона и Селье *гипотеза поисковой активности*, предложенная В.Ротенбергом. Суть его гипотезы сводится к тому, что решающим фактором в сохранении здоровья в условиях стресса является поисковая активность — активность, направленная на изменение ситуации неопределенности. По мнению В.С.Ротенберга, противоположное состояние, представляющее собой отказ от поиска, является неспецифическим фактором, предрасполагающим к развитию самых различных заболеваний вследствие перехода от стресса к дистрессу и смены фазы повышенной сопротивляемости фазой истощения. Автор концепции ссылается при этом на известную закономерность, выявленную гораздо раньше: во время войн уменьшается число острых простудных и хронических соматических заболеваний (названных болезнями мирного времени), наблюдается разная скорость заживления ран у людей военных и гражданских, у людей, которые стремятся выжить, и у людей, смирившихся с неизбежностью печального исхода. т.е. отношение больного к своей болезни в одних случаях помогает ее преодолению, а в других — усугубляет течение. Несмотря на постоянные условия стресса, во время войн не наблюдается роста неврозов и психосоматических заболеваний. Напротив, их распространенность увеличивается в условиях прекращения активной борьбы за выживание.

В.Ротенберг считает, что с раннего детства у ребенка необходимо формировать потребность в поиске, при которой сам процесс изменения ситуации был бы приятен и интересен человеку не меньше, чем желаемый результат. Он полагает, что предпосылки к поисковой активности заложены в природе человека. Соответственно, воспитание поисковой активности у человека является одним из важных моментов в профилактике психосоматических заболеваний.

**4. Концепция констеляции личностных черт, или «персонального профиля личности».** Иной подход к психогенезу соматических заболеваний был предложен Ф.Данбар (1954), по мнению которой, понимание болезни и ее развития должно базироваться на знании **личности больного**. Изучение обширного контингента больных с различными формами соматической патологии привело Данбар к выводу, что пациенты, страдающие одним и тем же заболеванием, обладают сходными личностными особенностями. Эти особенности были ею подробно описаны («артрическая», «язвенная», «коронарная» лич-

ности). Работы Данбар открыли широкую дорогу исследованиям личностных профилей психосоматических больных. Исследователи отмечают инфантильность (незрелость) больных, страдающих психосоматическими заболеваниями. Было отмечено, например, что у них хорошо развита фантазия, но при этом они недостаточно включены в реально существующую ситуацию.

Некоторая искусственность и схематичность концепции «персонального профиля личности» вызвала неудовлетворенность большинства исследователей, занимавшихся проблемами связи личности и психосоматических расстройств. На почве этой неудовлетворенности сформировалось новое направление — «поведенческая медицина», развивающее концепции бихевиоризма (от англ. *behavior* — поведение) — раздела психологии, посвященного поведению человека. Представители этого направления, базирующегося на учете всего спектра поведенческих и средовых факторов, рассматривают поведенческие типы не как непосредственную причину заболевания, а как один из факторов риска. Был выделен **поведенческий тип А** (стресс-коронарный, или «сизифов», тип). К данному типу относятся люди, которые находятся в состоянии постоянной борьбы с окружающим миром. Их честолюбие, агрессивность, воинственность, конфликтность, нетерпеливость, раздражительность, склонность к соперничеству и враждебность по отношению к конкурентам сосуществуют с подчеркнутой вежливостью, что нередко приводит к стрессу. Поведение типа А проявляется в том, что человеку хочется в кратчайшее время сделать, как можно больше и добиться максимальных результатов. Столкновение множества желаний и страстей, некоторые из которых противоречат друг другу, необходимость отказа от их реализации, дефицит времени неизбежно приводят к внутреннему конфликту. Человек с поведением типа А недоволен и строг к себе. Такие люди часто не обращают внимания на недомогания. Если нужно, они работают даже тогда, когда плохо себя чувствуют. Они как будто не знают, что такое тревога. На самом деле тревога проявляется у них в завуалированной форме, например, в повышенной возбудимости, грубости и взрывчатости без особых на то оснований.

Кроме поведения типа А, существуют поведение типа В и типа С. Первое отличается свободным отношением к миру и окружающим людям, удовлетворенностью существующим положением и отсутствием напряжения. Поведение типа С характеризуется робостью, скованностью, готовностью без всякого сопротивления примириться с любыми поворотами судьбы и постоянным ожиданием новых ударов и неприятностей.

Среди других личностных качеств, способных оказывать влияние на возникновение психосоматических нарушений, на первое место ставятся **базисные психологические потребности** (А.Адлер, К.Хорни, Э.Фромм, А.Маслоу, Э.Берн и их последователи). К таки-

ми потребностям относятся: 1) потребность в безопасности; 2) потребность в свободе и автономии; 3) потребность в успехе и эффективности; 4) потребность в признании и самоопределении.

Становление и реализация потребностей в процессе индивидуального развития неразрывно связаны с механизмами психологической защиты. Под **психологической защитой** в настоящее время понимают используемые личностью неосознаваемые психические процессы, направленные на избавление от фрустрации. **Фрустрацией** называют чувство психического дискомфорта в виде напряжения и тревоги, связанное с неудовлетворенностью потребностей или конфликтами. Фрустрирующие ситуации могут быть внешними (трудности, встающие на пути целенаправленной деятельности) и внутренними (высшие потребности личности в успехе, признании и т.д.). Впервые описавшая феномен психологической защиты А.Фрейд выделила 10 ее вариантов. В современной литературе их выделяется уже несколько десятков.

**Наиболее часто встречающиеся формы и механизмы психологической защиты:**

1. **Вытеснение** (подавление) — неосознаваемое перемещение личностью неприемлемых для нее или неприятных переживаний, мыслей, побуждений, воспоминаний из сферы сознания на подсознательный уровень. При этом ситуации, связанные с подобными переживаниями, как бы забываются (функциональная амнезия).

2. **Проекция** — приписывание другим людям неосознаваемых собственных чувств, желаний, побуждений, других отрицательных качеств, которые субъект не признает или отвергает в самом себе. Проекция может являться следствием вытеснения: вытесненное в подсознание переносится на другого человека. Например, ревнивый человек обнаруживает склонность к ревности у других. Чаще всего такой способ психологической защиты служит для повышения самоуважения и уважения со стороны окружающих, а также для оправдания перед собой и окружающими собственных отрицательных черт и поступков.

3. **Идентификация** — способ психологической защиты, противоположный проекции. Он заключается в том, что одно лицо (субъект идентификации) на неосознаваемом уровне приписывает себе качества других лиц (объектов идентификации). Такими объектами могут быть близкие люди, незнакомые, но значимые персонажи, в том числе воображаемые, или герои художественных произведений.

4. **Рационализация** — процедура, посредством которой субъект стремится дать логически связное и морально приемлемое объяснение той или иной установки, поступка, идеи, чувства, подлинные мотивы которых остаются в тени. Неприемлемые для личности действия субъект объясняет ложными мотивами. Выдвижение ложных причин своих неудач или недостатков с целью оправдать себя: «Не все так плохо, зато я...» помогает субъекту, обесценив таким об-



разом нереализованные потребности, сохранять самоуважение и предупреждает возникновение тревоги.

5. *Интеллектуализация* — излишне «умственный», лишенный эмоционального переживания, способ реагирования на конфликты. Путем пространных рассуждений, гипотез субъект пытается объяснить возникающие конфликты и неудачи в своей жизни не зависящими от него причинами.

6. *Регрессия* — возврат от уже достигнутого уровня поведения и личностного реагирования к ранее пройденным этапам, формам и способам реагирования и моделям поведения. Наиболее ярко данный механизм проявляется у больных детей, когда они отказываются пользоваться приобретенными навыками самообслуживания. У взрослых регрессия может выражаться бессилием и отказом от борьбы.

7. *Сублимация — замещение*, или перевод напряжения в другое русло. Энергия нереализованной потребности перемещается в другое русло, где активно используется. Например, склонный к физической агрессии человек, зная, что прямое насилие грозит ему неприятностями, может стать преуспевающим спортсменом, бизнесменом.

При напряжении, связанном с наличием заболевания, сублимация может проявляться в привычной деятельности («бегство в работу») или в приобретении новых увлечений (хобби), в творческой и общественной активности.

8. *Перенос* — механизм, посредством которого эмоциональное напряжение, связанное с одной ситуацией или личностью, переносится на другую ситуацию или личность. В таких случаях эмоциональное отношение к тому или иному объекту не адекватно или вовсе с ним не связано. Переноситься могут как положительные чувства (любовь, нежность), так и отрицательные (ненависть, гнев).

9. *Бегство или уход* — отказ от достижения цели, неосознанное избегание любыми средствами ситуации, вызывающей напряжение. Бегство носит вынужденный характер и, устраняя тревогу, избавляя от паники, делает жизнь человека терпимой, но не разрешает коренных проблем, что является причиной дальнейших душевных переживаний. У больных людей может иметь место «уход в болезнь».

10. *Компенсация и гиперкомпенсация* — механизмы защиты от тревоги, вызванной наличием у человека действительного или мнимого недостатка. У физически слабых детей этой цели могут служить гиперкомпенсаторные фантазии, когда дети воображают себя сильными и храбрыми. У эмоционально ранимого подростка данная форма защиты может носить «маску» внешней грубости. Профессионально не состоявшийся человек может проявлять активность в каком-либо виде общественной деятельности. За внешним донжуанством у некоторых мужчин может скрываться неуверенность в своих мужских способностях и т.д. Проявления компенсации часто встречаются

у людей с физическими недостатками (слепота, глухота и т.д.) и заболеваниями.

11. *Разрушительность или агрессия* заключается в активной атаке на объект психической травматизации или замещающий его, дискредитации и обвинении. Причиной подобного поведения может быть чувство собственного бессилия перед угрожающей ситуацией. В медицинской практике подобные формы защитного поведения возможны у больных после сообщения им прогностически неблагоприятного диагноза: они могут проявлять негативизм, грубость по отношению к врачам, медицинскому персоналу, игнорировать их назначения и рекомендации.

Описанные варианты психологической защиты присущи и здоровым людям, и больным. Они ограждают человека от чрезмерного психического напряжения, тревоги. Однако некоторые формы психологической защиты, в случае их недостаточности, могут, наоборот, приводить к срыву психической устойчивости, создавать дополнительные проблемы в адаптации человека, в результате чего включаются разрушительные механизмы, и у него может развиваться невротическое расстройство или психосоматическое заболевание. Иногда следствием психологической защиты (бегства, сублимации) в сложной личностной ситуации может стать уход от реальной обстановки через *аддиктивное поведение*, заключающееся в изменении своего психического состояния при помощи наркотиков, алкоголя, медитации, Интернета, азартных игр и др. Понятно, такая форма поведения является деструктивной и свидетельствует о срыве защитных механизмов.

Знание врачами особенностей психологической защиты, их форм и причин срыва важны для понимания некоторых форм пограничной психической и психосоматической патологии и оказания адекватной помощи больным.

Подводя краткий итог рассмотрения основных концепций психосоматических расстройств, необходимо отметить различный удельный вес биологических и психических факторов в генезе психосоматических заболеваний. В ряде случаев (сравнительно редко) превалируют психические факторы, в других, наоборот, доминируют факторы наследственности, конституции, экзогенные (биологические) вредности, а психические факторы могут выступать при этом в качестве фона, дополнительных вредностей, оказывая провоцирующее влияние (эффект «последней капли»). Конкретные механизмы влияния и взаимозависимости биологических и психических факторов изучены еще не достаточно.

Известно, что анатомическое соседство центров эмоционального и вегетативного регулирования, находящихся в гипоталамической области, и физиологические механизмы нервно-медиаторной и гормональной регуляции обеспечивают переключение эмоциональных влияний на соматическую сферу. Таким образом, связующим звеном

между психологической и соматической сферами является аффект в его широком понимании (эмоциональное напряжение, страх, тревога, тоска и др.). Защитные физиологические и психологические механизмы, включая «психологическую защиту», могут уменьшать, но не всегда полностью устраняют эти физиологические явления. Если эмоциональное переживание не блокируется «психологической защитой», то возможно возникновение как функциональных нарушений в отдельных системах и органах, так и деструктивно-морфологических изменений. Особое значение имеют неотреагированные отрицательные эмоции, склонность к задержке которых характерна для личности больных психосоматическими заболеваниями.

Истинные психосоматические заболевания возникают у лиц, плохо «защищенных психологически». В случае значимого конфликта, эмоционального стресса у них чаще поражается соматическая среда. При наличии «психологической защиты», но если она недостаточна, может возникнуть невротическое расстройство, включающее разнообразные вегетативно-соматические нарушения, носящие функциональный характер. Примером может служить истерическая конверсия, при которой имеет место своеобразная «хитрость» тела: есть невроз как психогенное заболевание, но нет болезни как деструкции органа, не происходит генерализации патологии.

Существенное значение в характеристике личностных особенностей психосоматических больных придается **алекситимии**, под которой понимается недостаточная способность индивида к восприятию и пониманию собственных эмоций, их адекватной вербализации (словесному выражению) и экспрессивной передаче. В настоящее время эта концепция в разных вариантах обсуждается и поддерживается многими авторами, занимающимися проблемой психосоматической патологии. Предполагается, что алекситимия в большей степени присуща большим психосоматическими заболеваниями, чем большим неврозами.

Несмотря на определенные достижения психосоматики как научного направления, остается еще много «белых пятен» в теории возникновения и динамики психосоматических болезней. В то же время наблюдается неуклонный рост заболеваемости населения этими формами патологии. По некоторым данным, до 50–70% обращений больных связаны с теми или иными психосоматическими проблемами. Причем спектр заболеваний, относимых к психосоматическим, расширяется. На заре возникновения психосоматики выделялась лишь так называемая **святая семерка (holy seven): эссенциальная гипертония, бронхиальная астма, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, сахарный диабет, ревматоидный артрит, неспецифический язвенный колит, нейродермиты.**

В настоящее время в качестве заболеваний, в этиопатогенезе которых имеют место, наряду с биологическими, психические факторы, рассматриваются:

1) в *гастроэнтерологии* — язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, неспецифический язвенный колит, синдром раздраженной толстой кишки, рефлюксы, дискинезии желчного пузыря и кишечника, «эмоциональная желтуха» и иные функциональные и секреторные расстройства пищеварения;

2) в *кардиологии и ангиологии* — ишемическая болезнь сердца, кардиалгии функциональной природы, функциональные аритмии, транзиторная гипертония, пароксизмальные гипотонические состояния, вегетодистонии, нейроциркуляторные расстройства;

3) в *пульмонологии* — бронхиальная астма, астмоидный бронхит, психогенные профессионально обусловленные расстройства дыхания;

4) в *эндокринологии* — сахарный диабет, гипертиреоидные и гипотиреоидные реакции, гормональные дисфункции, невротическое ожирение, нервная анорексия;

5) в *хирургии* — застойные функционально-динамические послеоперационные нарушения;

6) в *гинекологии* — мастопатия и миома матки;

7) в *дерматологии* — крапивница, нейродермит, экзема.

Становится все более очевидным, что психосоматические заболевания — не только медицинская, но социально-психологическая проблема. Успехи в ее решении во многом зависят от условий воспитания и социального климата. Именно при психосоматических заболеваниях врач и клинический психолог в совместной работе с больным могут найти наиболее эффективные способы лечения и профилактики.

---

## **Глава 12. Развитие соматического заболевания и реагирование личности на болезнь. Понятие внутренней картины болезни**

---

Одна из основных проблем клинической психологии — реакция больного на свое заболевание. Психологическим аспектам соматического заболевания издавна придавалось большое значение многими классиками как зарубежной, так и отечественной медицины. Однако наиболее глубокое и всестороннее изучение данной проблемы началось с работ немецкого врача-интерниста *А. Гольдшейдера* (1926), описавшего ощущения, переживания и представления больного о своей болезни. Он назвал их **аутопластической картиной заболевания**. Гольдшейдер выделил два уровня картины болезни: «сенситивный», основанный на ощущениях, и «интеллектуальный» — результат размышлений больного о своем физическом состоянии.

В отечественной медицине более пристальное внимание переживаниям и реакциям больного стало уделяться начиная с 50-х годов XX века. В 1944 г. вышла монография известного отечественного клинициста *Р.А. Лурия* «Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания», положившая начало всестороннему рассмотрению субъективного отражения болезни в психике человека. **Внутренней картиной болезни (ВКБ)** Лурия называл комплекс переживаний больного, связанных с заболеванием: общее самочувствие, ощущения, восприятие, эмоции, представления о болезни.

Предлагались и другие названия для обозначения субъективного отношения больного к своему заболеванию. Однако понятие «внутренняя картина болезни», несмотря на некоторую аморфность и чрезмерную насыщенность отдельными составляющими, по-прежнему является наиболее употребительным в отечественной медицине и клинической психологии. В настоящее время под **ВКБ** понимается *субъективное отношение больного к своему заболеванию, складывающееся из болезненных ощущений и внешних проявлений болезни, оценки механизмов их возникновения, тяжести и значения для будущего, а также типы реагирования на болезнь.*

Психологом *В.В. Николаевой* дана **систематика уровней отражения болезни** в психике заболевшего человека:

- чувственный уровень, или уровень ощущений;
- эмоциональный, или аффективный, уровень, связанный с различными видами реагирования на отдельные симптомы, заболевание в целом и его последствия;

- интеллектуальный, или когнитивный, уровень, включающий представления, знания о своем заболевании, размышления о его причинах и возможных последствиях, т.е. концепцию болезни, создаваемую больным;
- мотивационный, или поведенческий, уровень, включающий отношение больного к своему заболеванию, изменение поведения и образа жизни в условиях болезни, а также действия, направленные на возвращение здоровья.

Выраженность каждого из компонентов ВКБ, а также соотношения между ними могут быть различными. Например, возникновение боли воспринимается личностью как показатель физического неблагополучия. Кроме того, болевые ощущения могут оцениваться индивидом и как сигнал угрозы жизни или возможных негативных последствий в виде инвалидизации, изменения положения в семье, обществе. Однако, в зависимости от характера болевого синдрома, а также индивидуальных особенностей личности, в одних случаях может иметь место преувеличение значимости боли с выраженным страхом, отчаянием, чувством безнадежности, а в других — недооценка и попытка игнорирования болевых ощущений (так называемые «безболевые» формы инфаркта миокарда, язвы желудка, онкологических и других заболеваний).

Безусловно, в клинической практике чаще всего встречается адекватное отношение пациентов к болезни, но могут быть случаи, когда человек сознательно скрывает ее, диссимилирует в связи с особыми обстоятельствами (риск лишения работы, распада семьи и т.п.). Психотравмирующее воздействие соматического заболевания на личность больного может быть обусловлено как субъективно тяжелыми проявлениями болезни, так и представлениями об опасности диагноза, ограничениями, налагаемыми соматическим страданием на бытовую и профессиональную деятельность, и многими другими факторами.

Поэтому для правильной оценки ВКБ и оказания квалифицированной помощи больному необходимо знать **основные факторы, определяющие ВКБ**. Эти факторы могут быть разделены на следующие группы:

- 1) преморбидные биологические и личностные факторы;
- 2) характер заболевания и его возможные последствия;
- 3) социальное положение больного и влияние окружения;
- 4) медицинские факторы (условия диагностики и лечения).

### ***Влияние на ВКБ преморбидных биологических и личностных факторов***

**1. Пол.** Различие в физиологии мужчин и женщин накладывает отпечаток на переживания, связанные с критическими периодами. У женщин такими периодами являются начало менструаций, беременность и роды, климакс, во время которых усиливается реактив-

ность и обнаруживаются повышенная готовность к различным невротическим расстройствам преимущественно истерического, ипохондрического, депрессивного круга. У мужчин возрастные кризы не имеют заметной внешней выраженности, но в переживаниях, связанных с возникновением тех или иных серьезных заболеваний, часто находят отражение опасения ослабления или утраты сексуальных возможностей.

Еще одним заметным различием, связанным с полом пациента, является переносимость физической боли, которая у женщин выше. Лучше переносят женщины и вынужденную неподвижность, связанную с болезнью.

Для женщин более актуальны семейные проблемы, связанные с болезнью, а для мужчин — служебно-профессиональные, возможность утраты трудоспособности.

**2. Возраст.** Расхождение между субъективной оценкой болезни и объективными данными наиболее выражены в молодом и старческом возрасте. У детей дошкольного возраста собственная оценка заболевания еще не сформирована, у детей младшего школьного возраста она недостаточно полная и только в пубертатном возрасте приближается к оценке взрослых.

По сравнению со взрослыми, дети более тяжело переносят боль и страдания, боятся больничной обстановки, медицинских инструментов и манипуляций, хирургического вмешательства. Во многом реакция ребенка на свою болезнь и его поведение в условиях болезни зависят от влияния окружающих, в первую очередь, родителей и врачей. Следует учитывать, что дети повышено внушаемы, отвлекаемы, быстро забывают пережитое, переключаются на новую ситуацию. Эти особенности детской психики необходимо использовать при проведении лечения как с профилактической целью, так и с целью устранения возникших психических нарушений.

В *подростковом и юношеском возрасте* в переживаниях, связанных с заболеванием, центральное место занимает внешняя непривлекательность. Именно к этому возрасту, как известно, относится возникновение патологических идей физического недостатка. Девушки чаще озабочены косметическими недостатками, проблемой лишнего веса, а у юношей переживания касаются преимущественно половой системы, сексуальной активности.

В *молодом возрасте* (18–35 лет) чаще встречаются переоценка своего здоровья и недооценка болезни, неверие в возможность тяжелого заболевания, инвалидизации. Преувеличение значимости болезни бывает в тех случаях, когда отчетливо выступают эстетический и интимный компоненты переживания соматической патологии.

В *зрелом возрасте* наиболее выраженные психологические переживания и возможные психические расстройства связаны с хроническими, прогностически неблагоприятными, инвалидизирующими заболеваниями (нарушения кровообращения, тяжелые инфаркты,

онкологические заболевания). Хроническая болезнь, приводящая к инвалидности, может стать причиной краха всех жизненных планов и устремлений личности.

Для *предстарческого возраста (60–74 года)* типичны не опасения потери трудоспособности, а страх смерти. Нередко встречаются тревожно-депрессивные состояния и ипохондрическое переживание болезни.

Для *старческого возраста (75 лет и старше)* характерно преувеличение тяжести заболевания, однако достаточно часто встречается недооценка тяжести, опасности болезни из-за снижения критики, интеллектуальной несостоятельности возрастного генеза, эйфории, появляющейся иногда вследствие недостаточности кровообращения.

**3. Темперамент**, в первую очередь, отвечает за физиологическую основу реагирования на болезнь. Влияние темперамента сказывается на характере ощущений и эмоциональных проявлений. Так, холерикам и меланхоликам свойствен более низкий порог болевой чувствительности по сравнению с сангвиниками и флегматиками. У меланхоликов даже не очень интенсивные болевые ощущения вызывают снижение двигательной активности в виде вялости, заторможенности. Напротив, субъекты с ярко выраженным холерическим темпераментом при наличии болевых ощущений не могут оставаться на месте, совершают импульсивные действия. Особенности темперамента сказываются и на переносимости режима ограниченной подвижности, связанного с заболеванием.

**4. Характер.** Особенности характера человека определяют *своеобразие его поведения и отношения к окружающему и самому себе, в том числе к своему здоровью и болезни*. Здесь ведущая роль принадлежит *эмоционально-волевой и мотивационной сферам, обеспечивающим адаптацию*. Одним из наиболее важных факторов ВКБ и формирования реакции на болезнь является *способность субъекта к «защитной» психологической деятельности*. Механизмы и формы «психологической защиты», запускаемой при столкновении с психотравмирующей ситуацией, в качестве которой в данном случае выступает болезнь, были изложены выше. При помощи механизмов «психологической защиты» больной человек «забывает», «вытесняет» из сознания события и факты, связанные с заболеванием, «рационализировать», преуменьшая значимость имеющихся нарушений, и т.д. Если его переживания, связанные с болезнью, не находят понимания и отклика у окружающих, может возникнуть «фиксация» на болезненном состоянии со стремлением доказать его актуальность окружающим («бегство в болезнь»).

Таким образом, *полезное действие «психологической защиты»*, реализуемой на уровне подсознания, проявляется в снятии тревоги и душевного дискомфорта, устранении или сведении до минимума негативных, травмирующих личность переживаний, связанных с бо-



лезню. **Вредное действие «психологической защиты»** заключается в том, что благодаря ей достигается лишь относительное душевное равновесие и личностное благополучие, но при этом не решаются проблемы, связанные с состоянием здоровья, которые могут приобретать хронический характер, способствовать возникновению невротических расстройств, так как человек лишается возможности активно (сознательно) воздействовать на ситуацию, что «попустительствует» болезни.

Особенности характера имеют ведущее значение в формировании реакций индивида на болезнь. Адекватные формы реагирования типичны для лиц с гармоничным складом характера, синтонных, отличающихся общительностью.

*Лицам с акцентуациями характера и психопатиями возбудимого типа*, наряду со свойственной им экстравертированностью, способностью быстро схватывать суть происходящих явлений и событий, присущи вспыльчивость, взрывчатость, импульсивность. Для них характерна «психологическая защита» по типу «эмоционального отреагирования», проявляющаяся раздражительностью, озлобленностью и «вымещением» своих негативных эмоций, связанных с болезнью, иногда в виде прямой агрессии, на мнимых «обидчиков» (членов семьи, медицинский персонал, соседей по палате и др.) или аутоагрессией. При этом у них может присутствовать активность, направленная на преодоление заболевания и его последствий.

Для *лиц с акцентуациями характера и психопатиями тормозимого типа* (в частности, астеническими, тревожно-мнительными) с присущими им интравертированностью, сенситивностью, склонностью к самоанализу, характерны преимущественно пассивно-оборонительные защитные реакции по типу «отрицания», «бегства» или «интеллектуализации». Преувеличение тяжести болезни, ее значимости может у лиц данного склада не выходить за рамки психической нормы, но часто возникают фобические и тревожно-депрессивные переживания.

*Лиц с неустойчивым типом акцентуаций и психопатиями* отличает повышенная эмоциональность, лабильность, недостаточная зрелость установок и суждений. В структуре ВКБ у них более выражен чувственный уровень при относительной бедности когнитивного или оценочного. Поэтому для больных с данным типом характера типична непоследовательность поведения, связанная как с субъективной переоценкой тяжести и возможных последствий заболевания, так и с их недооценкой.

Для *ригидного типа акцентуаций характера и психопатических личностей паранойяльного склада* типичны косность, бескомпромиссность суждений и убеждений, обостренная «гиперсоциальность» (стремление во всем наводить порядок в соответствии со своими представлениями о нем), медлительность. В структуре ВКБ у них преобладают когнитивные или оценочные уровни. В переживаниях

особое место занимает мотив утраты трудоспособности и потери социального статуса. Поэтому у одних больных может наблюдаться упорное «отрицание» болезни, а у других, напротив, — переоценка с формированием «рентных» установок.

У *шизоидных психопатов*, для которых характерны черты замкнутости, отгороженности, преобладание интеллектуальных интересов, в структуре ВКБ преобладают когнитивные моменты, что может приводить к формированию сверхценных идей, касающихся как понимания механизмов имеющегося заболевания, так и его лечения. В качестве «защитного» механизма у них может наблюдаться усиление аутизации, возможны неожиданные реакции, в том числе суицидальные тенденции.

У *демонстративных акцентуированных личностей и истерических психопатов* в структуре ВКБ преобладает чувственный уровень с выраженностью эмоционального компонента в виде так называемой эмоциональной логики. Механизмами защиты в одних случаях являются «вытеснение», «замещение», «отрицание» болезни, в других — механизм «фиксации» с «бегством в болезнь» и наличием «условной приемности и желательности» имеющихся расстройств.

**5. Личность.** Влияние личности на формирование ВКБ определяется ее *системой отношений, в том числе иерархией потребностей, интересов, мотивов, установок*. Поэтому можно говорить о социально-психологическом уровне субъективного отражения болезни человеком. В формировании ВКБ имеют значение *мировоззрение больного человека, его религиозные взгляды, морально-этические принципы* и т.д. Существенное влияние на ВКБ могут оказывать и суеверность больного, склонность толковать причины болезни с мистических позиций («сглазили», «навели порчу», «попал под влияние энергетического вампира» и т.п.).

Особое значение в формировании ВКБ имеет уровень образования и культуры больного, в том числе степень осведомленности в области медицины. Осведомленность в области медицины может играть двоякую роль. Отсутствие медицинских знаний иногда приводит к непониманию своего болезненного состояния, недооценке его проявлений и возможных последствий. Избыток же информации у пациента о болезнях, механизмах их развития, течения, прогнозе также может приводить к деформации ВКБ. В одних случаях это выражается в преувеличении тяжести болезни, в других — в преуменьшении ее значимости или полном игнорировании. Эти проблемы нередко возникают у пациентов-врачей и в случаях заболевания детей, родители которых — врачи.

### ***Влияние на ВКБ характера заболевания и его возможных последствий***

Вторым по значимости фактором, оказывающим влияние на формирование ВКБ, является характер самого заболевания. При по-

явлении у человека тех или иных симптомов у него возникают вопросы: «Болен ли я?», «Чем болен?», «Каковы возможные последствия болезни?».

**В.Д. Менделевич (1999) выделяет следующие параметры, на основании которых личностью оценивается любая болезнь и формируется психологическое отношение к ней:**

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

С вероятностью летального исхода у больных обычно ассоциируются заболевания, грозящие внезапной смертью (инфаркт миокарда, нарушения мозгового кровообращения, разрыв аневризмы аорты, острая хирургическая патология и т.д.) или имеющие перспективу неминуемой смерти вследствие отсутствия эффективных методов лечения (ВИЧ-инфекция, многие онкологические заболевания).

Хронизация характерна для целого ряда заболеваний внутренних, хирургических и инфекционных болезней. Переживания больных, связанные с заболеваниями этого типа, касаются перспектив исцеления или стабилизации состояния, а также возможности утраты трудоспособности. Наиболее гнетущей для многих из них является перспектива инвалидизации и ломки всех жизненных планов.

*Болевая характеристика* имеет особое значение при многих заболеваниях. В последние годы получило признание *положение о трех сферах, или уровнях, боли*:

- специфические проявления боли, связанные с физиологическими механизмами (непосредственное воздействие патогенных факторов на рецепторы, проводящие пути, центральные отделы анализаторов);
- мотивационно-эмоциональный уровень — боли, выражающиеся различными телесными сенсациями по типу сенестоалгий, представляются в качестве эмоционального переживания (страха, депрессии);
- познавательного-оценочного уровня — связан с механизмами антиципации (от лат. *anticipatio* — предвосхищаю) — знаниями больного о клинике заболевания, имеющими значение в оценке им своего состояния.

Поэтому недостаточно лишь констатировать факт наличия или отсутствия болевого синдрома, важно понять его механизмы. Часто

линейная связь между выраженностью патологического процесса и болевых проявлений отсутствует. Нередко тяжелые формы соматической патологии протекают без болевого синдрома. Это бывает, например, в клинике кардиологических, гастроэнтерологических и онкологических заболеваний. Вместе с тем у больных с незначительными патологическими изменениями соматического характера, но с выраженными аффективными, ипохондрическими проявлениями болевой синдром может быть чрезвычайно выраженным.

Предстоящее *радикальное* или *паллиативное лечение* играет существенную роль в оформлении ВКБ у хирургических и онкологических больных. Пациенту нередко предстоит мучительный выбор между радикальной, иногда калечащей операцией, способной сохранить ему жизнь, и отказом от нее. Отказ врачей от проведения радикальной операции, рассматриваемый пациентом как «приговор», свидетельствующий о безнадежности его состояния, также может являться для него психотравмирующим моментом.

### ***Влияние на ВКБ социального положения больного и его окружения***

Социальный статус больного (социальные условия, образ жизни, характер труда) и его непосредственное окружение (родные, друзья, коллеги) во многих случаях оказывают существенное влияние на формирование ВКБ. Важное значение имеет система взаимодействия личности с действительностью и отношений с другими людьми (в семье, на работе, в лечебном учреждении). Это касается прежде всего *профессии больного и занимаемого им положения*. Так, например, серьезные травмы или тяжелые соматические заболевания могут привести к закату карьеры профессионального спортсмена, артиста балета, оперирующего хирурга, что часто воспринимается ими более драматически, нежели больными других профессий. Лица, занимающие высокое общественное положение, иногда вследствие болезни также вынуждены отказаться от дальнейшей карьеры, что наносит им как моральный, так и материальный ущерб. Поэтому переживание самого факта болезни и связанных с нею ограничений имеет различную степень выраженности и зависит от *притязаний личности* и положения человека.

Актуальны и переживания, касающиеся *эстетических дефектов*, вызванных болезнью, и *влияния болезни на интимную сторону жизни*. У женщин переживания связаны с косметическими дефектами и последствиями радикальных операций — мастэктомии, оварио- и гистерэктомии. Среди психосоциальных параметров, влияющих на психику женщин, естественных подобных операций, можно выделить следующие: утрата эстетической привлекательности, снижение сексуального статуса, утрата способности к деторождению и негативное отношение к этому мужа (партнера). Влияние заболевания на *интимную сторону жизни мужчин* проявляется, прежде всего опасени-

ями за свои *сексуальные способности*. Иногда они, пытаясь доказать свою сексуальную состоятельность, игнорируют рекомендации врачей временно ограничить половую активность, что может привести к печальным результатам. Противоположным является отношение к интимной жизни мужчин с ипохондрическими расстройствами: они могут полностью отказаться от интимных отношений, опасаясь за свое здоровье.

Особую психологическую проблему составляют заболевания, которые в обществе считаются «неприличными» или опасными. К ним относятся венерические заболевания, включая ВИЧ-инфекцию, а также другие заразные заболевания (туберкулез, лепра, гепатит и т.п.). Возникновение подобных заболеваний может приводить к распаду семьи, потере друзей, вынужденной смене места работы и т.д.

На примере последней группы наиболее отчетливо прослеживается влияние заболевания на отношение к больному его социального окружения. Отношение окружающих может иметь различную направленность: от всеобъемлющей моральной и психологической поддержки до полного неприятия больного человека и разрыва с ним отношений, что сказывается на всех этапах формирования ВКБ и динамике заболевания. В одних случаях это позитивное влияние, помогающее преодолению недуга, в других случаях — негативное, способствующее возникновению патологических форм реагирования на болезнь по типу гипернозогнозии или анозогнозии.

### ***Влияние на ВКБ медицинских факторов (условий диагностики и лечения)***

К медицинским факторам, способным оказывать влияние на ВКБ, относятся взаимоотношения врача и больного, роль медицинского персонала и воздействие обстановки лечебного учреждения, включая влияние на больного других больных, с которыми ему приходится общаться во время пребывания в лечебном учреждении.

Подробно взаимоотношения врача и медицинского персонала с больными, а также значение обстановки лечебного учреждения рассматриваются в соответствующих главах данного учебника. Поэтому здесь необходимо дать лишь общую характеристику этих факторов и их роли в формировании ВКБ.

Отношения, складывающиеся между врачом и пациентом на протяжении всего периода их общения, включающего выслушивание жалоб и сбор анамнеза, обследование и постановку диагноза, рекомендации и сам процесс лечения, оказывают важнейшее влияние на формирование ВКБ. Врач должен помнить, что, *излагая свои жалобы, пациент уже имеет представления о собственном заболевании и поэтому вместе с жалобами «предлагает врачу симптомы» этого заболевания, которые могут совсем не совпадать с реальной картиной*. При постановке диагноза врачу необходимо уметь соотнести жалобы и

сведения, полученные от больного, с данными объективного исследования.

Второй важный момент — *сообщение пациенту диагноза*. Чтобы не нанести ему тяжелую психическую травму сообщением о серьезном заболевании, врач должен использовать весь свой такт и умение оценивать психическое состояние. Следует помнить о механизмах «психологической защиты» у больного, а также учитывать его умственные способности, уровень образования и культуры. Недостаточное понимание врачом психического состояния пациента и соответственно отсутствие продуктивного психологического контакта с ним может привести к возникновению **ятрогении** — психогенного расстройства, вызванного неправильным поведением врача, включая неосторожные высказывания о природе и прогнозе болезни, неблагоприятном исходе аналогичного заболевания у другого больного и т.п. В таких случаях физически здоровый человек или больной с неглубокой патологией может почувствовать себя тяжелобольным, а его ВКБ претерпит неблагоприятную трансформацию, которая может осложнить течение болезни и создать препятствия для эффективной лечебной помощи.

Влияние на ВКБ может оказать и медицинский персонал, прежде всего медицинские сестры, работающие непосредственно с больными. Это влияние должно заключаться в психологической поддержке больного в его борьбе с физическим страданием. Личность медсестры, стиль ее общения и владение навыками психологической работы с больными помогает последним переносить боли и другие неприятные моменты, связанные с заболеванием, вселяет надежду на благоприятный исход. Однако возможно и негативное влияние медицинского персонала на больных; это происходит при неправильной манере общения и поведения, попытках вмешательства в диагностику и лечение, склонности подвергать сомнению или отрицать правильность диагноза и лечебных мероприятий. В таких случаях говорят о **соррогении** — ухудшении состояния больного, обусловленном неправильным поведением медицинской сестры. Помимо медицинских сестер влияние на оформление ВКБ могут другие представители медперсонала (лаборанты, техники и др.), неосторожно высказываясь о результатах исследований, анализов и т.п.

*Обстановка медицинского учреждения, особенно психологический климат* в коллективе, отношение к пациентам, результаты лечения и авторитет учреждения у населения имеют немаловажное значение в становлении ВКБ пациентов. Больные и их родственники оценивают деятельность больницы или поликлиники, работающий в них персонал и эффективность оказания медицинской помощи.

Нельзя преуменьшать *влияние одних больных на других* в период их совместного пребывания в одном медицинском учреждении. Это влияние может быть как прямым (рассказы о различных случаях из медицинской жизни, запугивание неблагоприятным исходом, тол-

кование результатов обследования и т.д.), так и косвенным — наблюдение за течением болезни и поведением соседей по палате и отделению, положительным или отрицательным. *С.С.Либих* описал механизм **эгротогении** — отрицательного влияния одних больных на психическое и физическое состояние других, что ведет к появлению новых симптомов или усилению уже имеющихся.

Наконец, необходимо помнить о таком явлении, играющем важную роль в формировании ВКБ, как **госпитализм**. Первоначально этим термином в педиатрии обозначали задержку психического развития ребенка при его длительном пребывании в стационаре. Сейчас понятие «госпитализм» имеет более широкое значение — проявление неблагоприятного влияния на некоторых пациентов больничной обстановки. Больной привыкает к жизни в условиях больницы, не стремится покинуть ее, не борется за выздоровление, социальную и трудовую реадaptацию. Подобные явления имеют место у хронически больных с регрессивными формами «психологической защиты» по типу «ухода в болезнь», проявляющимися формированием ипохондрических расстройств. Такой тип реагирования на болезнь является патологическим вариантом адаптации к условиям болезни, когда человеку обеспечивается внимание, забота и медицинская помощь.

**Отличительной характеристикой ВКБ** служит подвижность ее компонентов, которые могут возникать и исчезать, перестраиваться, вытесняться. Патологическое формирование ВКБ может быть связано с наличием церебральной патологии у больных, психических заболеваний или аномалий личности, а также с информационными искажениями на личностном уровне вследствие влияния средовых факторов.

---

### **Глава 13. Типы реакций личности на болезнь. Нозогении**

---

Разными авторами выделено большое число вариантов психологического и патологического реагирования личности на болезнь. Однако, несмотря на различия предлагаемых систематик, в основе их лежат следующие **типы личностного реагирования на болезнь**:

- адекватная (гармоничная) реакция;
- преувеличение тяжести заболевания;
- недооценка тяжести заболевания, включая отрицание факта болезни (анозогнозию);
- осознанное искажение оценки болезни (аггравация, симуляция, диссимуляция).

*У большинства больных соматического профиля реакции на болезнь носят адекватный характер и поддаются сознательному контролю и коррекции.*

Под **адекватной реакцией личности на болезнь** понимается способность пациента, признавая факт болезни и правильно оценивая тяжесть своего состояния, мобилизоваться на борьбу с ней. Он устанавливает доверительные отношения с врачом и медперсоналом, сотрудничает с ними, выполняя все врачебные предписания, принимает помощь близких. Больной не теряет надежды на выздоровление или улучшение состояния. При неблагоприятном течении болезни и наступлении инвалидности — адаптируется к новым условиям жизни. При тяжелом витальном прогнозе больной разумно относится к неизбежному. Понимая возможность смертельного исхода, он дает распоряжения близким, составляет завещание и др.

Состояния тревоги, переживания, часто пессимистического характера, связанные с болезнью, психологически понятны, оправданы, не выходят за рамки естественных психологических реакций на трудную ситуацию, ограничены по времени и поддаются коррекции при помощи несложных психотерапевтических приемов, доступных каждому врачу-клиницисту. Такие реакции на соматические заболевания следует относить к **нормальным ситуационным (психологическим) реакциям** (Сергеев И.И., 1975). А.В.Квасенко, Ю.Г.Зубарев (1980) предложили обозначать личностную реакцию больного на свое страдание универсальным термином «**соматонозогнозия**». Адекватное реагирование на болезнь, **нормосоматонозогнозия**, характерно для пациентов без выраженных аномальных черт личности в пре-



морбиде и с более благоприятным клиническим и социальным прогнозом соматического заболевания. Вопросы, касающиеся нормальных ситуационных реакций, требуют дальнейшей разработки. В клинической практике, например, в хирургии, для купирования адекватной тревоги перед операцией, или в остром периоде инфаркта миокарда, помимо психотерапевтических приемов, используются и седативные средства (премедикация), так как сопутствующее вегетативное напряжение (повышение АД, тахикардия, одышка и др.) может оказывать негативное действие.

Врач часто встречается и с различными формами патологического реагирования на болезнь своих пациентов, в связи с чем он должен уметь оценивать их и учитывать при выборе лечебно-диагностической тактики в отношении конкретных больных. По данным многих авторов, частота **нозогий** — психогенных расстройств, тесно связанных с соматическими заболеваниями (болезнь выступает в роли психической травмы), превышает частоту всех других психических расстройств, наблюдающихся в соматических стационарах, и составляет от 20 до 30%. В поликлиническом звене общесоматической сети они встречаются реже — около 15%.

**Патологические формы реагирования на болезнь** можно разделить на:

- гиперсоматонозогнозии, выражающиеся в высокой субъективной значимости соматического страдания с преувеличением тяжести заболевания и его последствий;
- гипосоматонозогнозии, проявляющиеся в недооценке соматического страдания, его тяжести и возможных последствий;
- диссоматонозогнозии — осознанное искажение оценки болезни, вызванное желанием больного получить определенную выгоду в связи с заболеванием.

Из предложенных многочисленных систематик патологических форм реагирования на болезнь можно привести **систематику «переживаний болезни»** В.В.Ковалева (1972), выделившего 6 типов: 1) депрессивный; 2) дистимический; 3) ипохондрический; 4) фобический; 5) истероидный; 6) эйфорически-анозогнозический. А.В.Квасенко, Ю.Г.Зубарев (1980) рассматривают в качестве патологических вариантов реагирования на болезнь депрессивный, фобический, истерический, ипохондрический и анозогнозический. От перечисленных выше систематик типов реагирования на болезнь, в основу которых положены очерченные психопатологические синдромы, отличается типология, предложенная чешскими авторами Р.Конечным и М.Боухалом (1983). Помимо «нормального» отношения к болезни, они выделяют:

- пренебрежительное (недооценка серьезности заболевания, игнорирование рекомендаций по лечению, необоснованный оптимизм в отношении прогноза болезни);
- отрицающее (игнорирование факта болезни, включая и диссимуляцию);

- нозофобическое (понимание больным того, что его опасения, связанные с заболеванием, преувеличены, но преодолеть их он не в состоянии);
- ипохондрическое (больной необоснованно догадывается или убежден, что страдает тяжелым заболеванием или переоценивает серьезность болезни);
- нозофильное (больной получает удовлетворение от того, что болезнь освобождает его от неприятных обязанностей);
- утилитарное (высшее проявление нозофильной реакции — получение моральной или материальной выгоды от болезни).

В данной систематике типов реагирования на болезнь, наряду с классическими клиническими синдромами невротического уровня, в качестве отдельных вариантов реакций на болезнь выделяются установки больных, механизмы психологической защиты, воплощенные в их поведении, и отсутствие готовности к сотрудничеству с врачом в преодолении болезни.

Следует отметить, что реакция личности на болезнь является производной от многих внешних и внутренних влияний. Соответственно, в широких пределах, колеблются степень переоценки заболевания (от легких невротических расстройств до ипохондрического бреда, тяжелых депрессий, суицидальных попыток) или его недооценка, которая может проявляться как временной ситуационной диссимуляцией, так и полным отрицанием болезни (анозогнозией).

А. Б. Смулевич (2000) предложил свою типологию нозогений, в основу которой положены регистр психопатологических расстройств (невротические, аффективные, психопатические, бредовые) и варианты нозогнозии.

Практическим требованиям наиболее отвечает следующая систематика клинических вариантов психических расстройств, обусловленных психотравмирующим влиянием соматических заболеваний (нозогений).

### ***Клинические варианты нозогений***

#### ***Гипернозогнозические реакции***

**1. Тревожно-фобические реакции.** Эти реакции чаще возникают у лиц с тревожно-мнительными или истерическими чертами характера. На фоне острых проявлений соматической патологии (инфаркт миокарда, гипертонический криз, острый живот, астматический статус и т.д.), сопровождающихся нарушением жизненно важных функций, тревожные опасения принимают форму **витального страха** (страха, связанного с угрозой жизни). Иногда возникают **панические состояния** в виде выраженной тревоги, страха смерти, сопровождающиеся ощущением нехватки воздуха, удушьем, головокружением, учащенным сердцебиением и другими вегетативными проявлениями на фоне двигательного беспокойства или опасений пропустить любое самостоятельное движение.

В дальнейшем, в зависимости от течения заболевания, воздействия внешних факторов, **тревожные опасения** могут быть связаны с исходом болезни, предстоящей операцией, с побочными эффектами терапии, возможностью инвалидизации и др. В ряде случаев больные **избегают ситуации**, в которой впервые возникло острое расстройство или которая предполагает возможность возникновения его развития. Возможно формирование более очерченных и стойких страхов — **фобий**, всегда связанных с ожиданием наиболее тяжелых проявлений актуального соматического заболевания (у больных ИБС возникает страх инфаркта миокарда, у лиц с артериальной гипертензией — страх инсульта и т.д.). Стойкие страхи, сопровождающиеся ограничительным поведением больных, снижением активности и круга интересов, сосредоточенных преимущественно на болезни, могут приводить к **навязчивой ипохондрии**.

У больных с преморбидными истерическими чертами тревожно-фобические реакции носят демонстративный характер, а в механизмах их возникновения прослеживаются элементы «условной приятности и желательности», позволяющие привлекать к себе внимание, пользоваться помощью и поддержкой окружающих и освобождаться от неприятных обязанностей.

**2. Депрессивные реакции.** Депрессивный вариант является наиболее психологически понятным и универсальным типом реакции на болезнь, который в меньшей степени, чем другие, зависит от преморбидных личностных особенностей. В возникновении депрессии важную роль играет характер соматического заболевания (прогноз, болевой синдром, косметический дефект и т.д.).

В клинической картине чаще всего представлена **гипотимия** в совокупности с **тревожными расстройствами**. Содержание переживаний тесно связано с актуальным соматическим состоянием и определяет поведение больных: тревожная суетливость, навязчивые вопросы к врачу и медперсоналу, касающиеся самочувствия и заболевания, обостренное самонаблюдение, тщательная регистрация малейших признаков телесного неблагополучия, нарушений деятельности внутренних органов. Наличие алгий и других тягостных телесных ощущений усугубляет чувство безнадежности и способствует развитию **ипохондрических проявлений**. Больные фиксированы на своем самочувствии, опасаются смерти или инвалидизации, потери своего статуса в обществе.

Необходимо помнить, что нозогенные депрессии включают симптомы, общие для соматической и психической патологии: потеря веса, нарушение сна, головокружение, тремор, тахикардия, вегетососудистая дистония, диспноэ, диспептические нарушения (горечь, сухость во рту, запоры, метеоризм и др.), что может затруднять диагностику и лечение основного заболевания.

При доминировании в клинике депрессии гипотимии нарастает подавленность, чувство беспомощности и безысходности. Преобла-

дают мрачные представления о необратимости соматических нарушений, бесперспективности лечения, неизлечимости болезни. Опасность депрессивных реакций состоит в повышенном риске суицидальных действий у данной категории больных. Суицидальные намерения чаще связаны с изнуряющим болевым синдромом, который астенизирует личность, способствует появлению дисфорической окраски переживаний со склонностью к аутоагрессивным действиям. Причинами суицидальных действий может быть как действительно тяжелая неизлечимая угрожающая жизни болезнь, так и гипертрофированная субъективная оценка тяжести заболевания и его возможных последствий.

Необходимо помнить, что не все депрессии у соматических больных являются реакциями на болезнь. Возможны депрессии, обусловленные нарушениями метаболизма, изменением реактивности и другими биологическими факторами (*соматогенные депрессии*). Подобные депрессии наблюдаются при самых тяжелых соматических заболеваниях, чаще онкологических.

**3. Истерические реакции.** Истерический вариант реагирования на болезнь характерен прежде всего для личностей истероидного круга. Поэтому нередко речь фактически идет о **декомпенсации истерической психопатии**, которая обусловлена стрессовой ситуацией, связанной с соматическим заболеванием. Формы реагирования и поведение таких личностей определяются их эгоцентризмом, психической незрелостью, «эмоциональной логикой» суждений, повышенной внушаемостью и самовнушаемостью. Характерны перепады настроения, эмоции отличаются яркостью, выраженностью, но в них отсутствует глубина. Для больных с истерическим типом реагирования типично преобладание чувственного компонента внутренней картины болезни при поверхностности переживаний, что находит отражение в несоответствии драматически предъявляемых жалоб истинному состоянию больного, в нестойкости и изменчивости истерических проявлений, находящихся в тесной зависимости от внешних факторов. Возможно возникновение **конверсионных нарушений** чувствительности и моторики, эпизодов суженного сознания (истерические сумерки), парциальной амнезии. При этом конверсионные проявления используются больными (неосознанно) для освобождения от неприятных для них контактов, служебных и домашних обязанностей.

Истерические формы реагирования могут встречаться не только у больных с выраженными истерическими чертами характера, но и у личностей других типов, у которых факт выявления болезни вызывает «*психологическую защиту*», в частности по типу «*регрессии*» и «*фиксации*».

«Регрессия» характерна для эмоционально неустойчивых, инфантильных личностей, у которых отмечается субъективная переоценка тяжести заболевания с капризностью, демонстрацией своей

беспомощности. Больные отказываются вставать с постели, якобы «утрачивают» навыки самообслуживания, требуют судно для отправления физиологических нужд. Они плаксивы, в их речи появляются пуэрильные (детские) интонации.

Другой вариант — «фиксация» — проявляется в виде «культы болезни», которая помогает личности уйти от какой-то непереносимой ситуации. Наблюдается своеобразное «бегство» или «уход в болезнь», которое, как и другие варианты субъективной переоценки тяжести состояния, не является симуляцией или аггравацией, а представляет собой неосознанную реакцию личности на болезнь. В клинических проявлениях прослеживаются элементы «условной приятности и желательности» имеющихся расстройств, дающие больному реальные или мнимые преимущества. Такие пациенты уверены, что они тяжело больны, даже если заболевание течет благоприятно, не стремятся к выздоровлению, неохотно «расстаются» с симптомами. Улучшение состояния не вызывает у них положительных эмоций. Они требуют к себе повышенного внимания, неоправданно активного лечения, стеничны в достижении целей, часто конфликтны и обидчивы. Врачи, с их точки зрения, не понимают тяжести их страданий. У больных могут психогенно (состояние фрустрации) нарушиться сон, аппетит, возникнуть вегетосоматическая неустойчивость (колебания АД, учащение пульса, субфебрилитет, диспептические расстройства и т.д.), что затрудняет оценку характера и тяжести состояния, а также лечение заболевания.

**4. Ипохондрические реакции.** Ипохондрические проявления, как было показано выше, могут входить в структуру других форм реагирования на болезнь. Они проявляются тревогой, страхами, опасениями за свое здоровье или патологическими суждениями и могут выступать в форме навязчивых (редко), сверхценных (чаще всего) или бредовых расстройств.

Однако существует тип личностей, для которых ипохондрические реакции являются патогномичными. К.Шнайдер (1923) назвал их **врожденными ипохондриками**. Основными характеристиками таких личностей являются соматическая ослабленность, слабая устойчивость к различным нагрузкам, бедность интересов и влечений (в частности, сексуального). При малейшем физическом, психологическом или интеллектуальном напряжении они дистанцируются от окружающего мира и уходят в мир собственных переживаний, связанных прежде всего с их самочувствием, т.е. наблюдается своеобразное *ипохондрическое «бегство в болезнь»*. Было показано, что чрезмерный страх «ипохондриков» перед болезнью во многом связан с их низкой толерантностью к боли и высокой значимостью здоровья в иерархии жизненных ценностей.

Возникновению ипохондрических переживаний способствует и «**неумение болеть**», привычка к постоянному и полному телесному комфорту. Поэтому впервые возникшее физическое недомогание

становится для личности источником ипохондрических реакций. Больные с такими реакциями полны мрачных опасений, предчувствий, касающихся состояния здоровья. Они контролируют малейшие изменения самочувствия, без конца предъявляют врачу длинные перечни жалоб, домогаются все новых (ненужных) обследований, отнимая у врача неоправданно много времени в ущерб другим больным.

Одним из вариантов ипохондрического реагирования на болезнь является так называемая **сверхценная**, или **ригидная, ипохондрия** (Смулевич А.Б. и др.). Подобный тип реакций встречается у личностей ригидного склада, чрезмерно обстоятельных, педантичных, склонных к застреванию на субъективно значимых моментах, а также у личностей недоверчивых, с трудом поддающихся разубеждению. Фактически речь идет о личностях с эпилептоидными и паранойяльными чертами. Для их отношения к болезни характерны стойкая фиксация на патологических проявлениях с одновременным сверхценным желанием преодоления недуга, восстановления соматического и социального статуса, ликвидации причин заболевания. При этом упорное стремление к повторным обследованиям сочетается с недоверием к профессионализму врачей и медперсонала. Больные тщательно изучают специальную литературу, прибегают к особым диетам и оздоровительным процедурам, являются сторонниками альтернативной медицины, использующей немедикаментозные и нетрадиционные методы лечения.

Неблагоприятное течение заболевания или, напротив, сообщение врача об отсутствии болезни, могут вызывать у таких больных неадекватные поведенческие реакции. Достаточно часто встречаются **сутяжные реакции**, связанные с двумя видами мотивационных установок — *рентными* (необоснованное стремление к материальной компенсации ущерба, причиненного соматическим заболеванием) и *эквитными* (стремление к выявлению и компенсации мнимого ущерба, причиненного действиями медиков).

*Рентные сутяжные реакции* выражаются в притязаниях материального характера: необоснованных требованиях оформить инвалидность, позволяющую облегчить условия труда, или, что чаще, вовсе прекратить трудовую деятельность, домогательствах выплаты пособий, пенсии и т.д. Не соглашаясь с мнением обследовавших их врачей, больные настойчиво обращаются в различные лечебные и экспертные учреждения. Сутяжные тенденции могут сопровождаться агравацией (преувеличением имеющихся нарушений).

Больные с *эквитными сутяжными реакциями* требуют дополнительных исследований и консультаций специалистов, пересмотра диагноза, коррекции терапии; при этом они не соблюдают медицинских рекомендаций, отказываются от госпитализации и т.п. Нередко такие больные обращаются с жалобами к руководству лечебных учреждений и в вышестоящие инстанции, судебные органы, требуя

наказать врачей, запятнавших себя «преступной халатностью», «неквалифицированным подходом» к лечению и диагностике.

Ипохондрические реакции особенно часто возникают у больных позднего возраста. Этому способствуют заострение личностных черт, ослабление компенсаторных механизмов и адаптационных возможностей, а также тягостные патологические ощущения, подозрение или действительное наличие таких заболеваний, которые в общественном сознании ассоциируются со страданиями, смертью и т.д.

Следует отметить, что не всегда бесконечные кажущиеся утрированными жалобы на соматические расстройства являются следствием ипохондрического отношения к болезни. Их причиной может быть серьезная, но по каким-то причинам своевременно не распознанная патология. Поэтому **врач, прежде чем судить о наличии ипохондрии у пациента, должен исключить или, наоборот, верифицировать соматическую патологию.**

**5. Бредовая ипохондрия.** Ипохондрической бред может иметь соматическую природу, однако это не реакция на болезнь в ее обычном понимании, а чаще всего проявление процессуального заболевания (шизофрении), сочетающегося с соматической патологией, которая выступает в качестве патопластического фактора. Физическая болезнь способствует возникновению ипохондрического бреда. Соматическое неблагополучие больного находит отражение в его содержании. Такие бредовые расстройства чаще всего проявляются в двух основных формах: *сенситивном бреде отношения и бреде изобретательства новых методов лечения.*

В случае возникновения **сенситивного бреда отношения**, больные «замечают», что симптомы соматического страдания видны окружающим, в связи с чем они бросают на них «недоуменные», «осуждающие», «брезгливые» взгляды. Сенситивные идеи отношения усиливаются при посещении людных мест. Столь же «неблагоприятная» ситуация складывается и на работе. Больные констатируют изменившееся отношение к ним сотрудников, которые «делают недвусмысленные намеки», «отворачиваются», «избегают». В ряде случаев сенситивные идеи отношения сопровождаются явлениями социофобии. Больные стремятся сузить круг общения, ограничивая его лишь самыми близкими родственниками. Иногда у них могут развиваться **бредовые идеи воздействия**. Имеющиеся реальные соматические расстройства, по мнению больных, являются следствием экспериментов, проводимых над ними скрытыми врагами.

**Бред изобретательства новых методов лечения** выражается в попытках больных преодолеть болезнь при помощи разрабатываемых самостоятельно или заимствованных из различных источников «новых методов лечения», часто неадекватных имеющейся патологии, нелепых, способных нанести дополнительный вред здоровью (особые диеты, системы гимнастических упражнений и другие «нетради-

ционные» методы). От лечения, назначенного дипломированными врачами, пациенты могут отказываться, открыто или тайно прекращая прием лекарств и использование других средств терапии.

Ипохондрическое реагирование на болезнь ухудшает ее прогноз, усложняет работу врачей и медицинского персонала.

### *Гипонозогностические и анозогностические реакции*

Под гипонозогностией понимают недооценку пациентом тяжести болезни и ее возможных неблагоприятных последствий — «недостаточное сознание и чувство болезни». Анозогностией называют отрицание диагноза, самого факта болезни. За рубежом часто используют понятие «реакция игнорирования болезни».

Как невротическая реакция на болезнь гипо- и анозогностия часто имеют **истерическую (диссоциативную) природу**. Диссоциативность подобных расстройств заключается в сочетании проявлений латентной соматизированной тревоги (тахикардия, дрожь, потливость и др.) и демонстративно-пренебрежительного отношения к лечению, прогнозу и исходу заболевания. В подобном реагировании на болезнь определяющую роль играют некоторые механизмы «психологической защиты», характерные для преморбидно истероидных личностей. К таким механизмам относятся **отрицание** и **вытеснение**. Отрицание заключается в нарочитой демонстрации отсутствия беспокойства по поводу проявлений соматического страдания (стенокардия, приступы бронхиальной астмы, подъем АД, кожные заболевания и др.), симптомы которого как бы не замечаются (вытесняются) больным или преподносятся как несущественные. При неполном вытеснении за наигранным безразличием (*синдромом «прекрасного равнодушия»*, по А.Б.Смулевичу) или высказываемым оптимизмом скрывается страх, связанный с физическим неблагополучием. Пациенты охотно прислушиваются к разговорам о заболевании, втайне от врачей просят родственников принести им медицинскую литературу, наводят справки о возможности изменить трудовую деятельность, снизить нагрузки, исключить влияние травмирующих факторов и др. Они охотно выполняют лечебные процедуры, соблюдают рекомендации, касающиеся доз препаратов и физической активности.

Несколько другой **вариант гипо- или анозогностии**, обусловленный механизмами «психологической защиты» по типу вытеснения, нередко возникает при тяжелых, опасных для жизни заболеваниях (например, при злокачественных новообразованиях). Причиной возникновения подобных реакций являются не столько личностные особенности пациента, сколько характер соматической патологии. Некоторые больные вытесняют из сознания невыносимые для личности обстоятельства, связанные с болезнью, ее возможными последствиями и исходом. Возникает стремление «уйти от болезни» путем «замещения». Это могут быть работа, другие значимые для личности



занятия (забота о близких, благотворительность и т.д.). Пациенты оказываются охваченными интересами работы, своим долгом в отношении общества, семьи. Во имя этого они игнорируют болезнь и необходимое лечение. В таких случаях важна апелляция к личности больного с использованием психотерапевтических бесед, призванных помочь ему осознать случившееся. Важно найти правильную линию поведения, для того, чтобы, не разрушив при этом «психологическую защиту» больного и не причинив ему дополнительную психическую травму, заставить лечиться.

**Аффективные гипнозогностические реакции** выражаются эйфорией и соответствующим ей легкомысленным поведением больных, недооценивающих тяжесть соматических расстройств, что дало основание некоторым авторам (Смулевич А.Б., 1999) назвать подобное состояние «**синдромом эйфорической псевдодеменции**». Такое патологическое отношение к болезни по сути не является реакцией, понимаемой как нозогения (психогения), так как связано с соматическими факторами. Оно может быть следствием гипоксии мозга различной этиологии (например, при терминальной стадии легочного туберкулеза, острой стадии тяжелого инфаркта миокарда), эйфоризирующего действия наркотических анальгетиков. Анозогнозия часто имеет место у больных алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями с выраженными изменениями психики (Лакосина Н.Д., Ушаков Г.К., 1976).

Больные чувствуют себя «здоровыми», нарушают постельный режим, отказываются от лечения. Повышенное настроение сочетается у них с неадекватно оптимистической оценкой как настоящего состояния, так и последствий болезни. Несмотря на серьезность заболевания, больные остаются благодушными. Обнаруживая энергию, не всегда адекватную сложившимся обстоятельствам, проявляя подвижность, стремление к деятельности, они «приукрашивают» свое самочувствие, подшучивают над «унылым» видом соседей по палате, стараются передать им свой оптимизм и уверенность в скором выздоровлении. При формальной констатации реальной опасности, связанной с патологией внутренних органов, они склонны к нивелированию негативных аспектов заболевания. Интерес к обследованию и лечению у них обычно снижен. Несмотря на подчас угрожающие жизни нарушения в деятельности организма, пациенты не представляют себя в роли «серьезного больного», легко переключаются на посторонние темы, строят радужные планы на будущее, отвергая уговоры родственников и медицинского персонала, что им необходимо лечиться и соблюдать предписанный врачом режим, «забывают» о приеме лекарств.

Гипнозогнозия и анозогнозия иногда бывают связаны с особенностями течения соматического заболевания, например с так называемыми «**асимптомными**» формами болезней, при которых длительное время сохраняется удовлетворительное общее самочувствие.

Гипо- или анозогнозия встречается у психически больных с бредовыми расстройствами, маниакальными состояниями или грубыми психическими дефектами.

Причиной гипо- или анозогностического отношения к болезни с отказом от обследования, оперативного вмешательства, нарушениями режима и т.д. может быть интеллектуальная недостаточность больного в рамках врожденного или приобретенного слабоумия.

Характерны такие реакции и для детей, вследствие их возрастной незрелости.

### *Осознанное искажение оценки болезни*

Умышленное искажение оценки болезни всегда имеет в своей основе *психологически понятные мотивы, связанные с получением больным какой-либо осознанной выгоды.*

**Диссимуляция** — попытка скрыть признаки болезни. Особенно часто диссимуляция встречается у психически больных. У соматических больных причинами диссимуляции могут быть стремление к скорейшей выписке из стационара, устройство на работу, несоместимую с данной болезнью, получение водительских прав и т.д.

**Аггравация** — умышленное преувеличение имеющихся физических или психических расстройств. Наблюдается у больных при оформлении группы инвалидности, проведении судебно-медицинской или судебно-психиатрической экспертизы, при призыве в армию.

Часто в таких ситуациях, наряду с типичными клиническими признаками соматического заболевания, могут появляться конверсионные и соматизированные расстройства. Такие расстройства отличаются атипичностью жалоб больных (например, не характерные для ангинозного приступа длительная «тяжесть», «жжение» в левой половине грудной клетки, возникающие при эмоциональной нагрузке или вообще без всякого повода, жалобы на не свойственное легочной патологии ощущение «комка» в горле, затруднение вдоха, не типичное для патологии пищевода затруднение глотания лишь жидкой пищи) и отсутствием объективных признаков болезни при осмотре и физикальном исследовании.

Для увеличения выраженности соматических симптомов могут использоваться самоповреждения, включая нанесение порезов, уколов с целью вызвать кровотечение, имитировать анемию, ухудшить течение раневого процесса. Употребляются различные медикаментозные и токсичные препараты, воздействие которых позволяет изменить физиологические константы организма (формулу крови, показатели биохимического анализа мочи и т.д.).

**Симуляция** — изображение не существующих соматических или психических расстройств. Обычно мотивом симуляции являются, как и при аггравации, какие-либо корыстные цели. В таких случаях изучается медицинская литература или имитируются расстройства,

которые пациент наблюдал у других больных. Иногда встречаются случаи *метасимуляции*, когда пациент изображает симптомы ранее перенесенного заболевания или сознательно «задерживает» и «продлевает» симптомы уже закончившейся болезни.

### ***Патологическое развитие личности при соматических заболеваниях***

При неблагоприятном, длительно протекающем соматическом заболевании, особенно начавшемся в детском возрасте, патологические реакции могут хронизироваться, «врастать» в личность, деформировать ее, что в конечном итоге влечет за собой патологическое развитие личности.

В этиологии соматогенных психических расстройств обычно тесно переплетаются как соматогенные, так и психогенные факторы. Из **соматогенных (биологических) факторов** существенное значение имеют: гипоксия, нарушения кровообращения, токсико-аллергические реакции, иммунные нарушения и т.д. Особое место занимают связанные с заболеванием дефекты внешности (при эндокринных заболеваниях, после ожогов, травм и др.), частичная или полная утрата некоторых функций (вследствие парезов, параличей, ампутации конечностей и др.), являющиеся источником психогений и нередко приводящие к социальной дезадаптации. Помимо влияния патологического процесса в целом, значительная роль в генезе психических расстройств у соматических больных принадлежит **преморбидным особенностям личности** (акцентуациям, прежде всего истероидного, психастенического, паранойяльного типа), длительным трудноразрешимым **психотравмирующим воздействиям**, связанным с болезнью, и **особенностям реакции личности на болезнь**. Влияние личностных и психогенных факторов может неблагоприятно сказываться на течении основного заболевания, что, в свою очередь, нередко усиливает выраженность реакций личности на болезнь, т.е. образуется своеобразный порочный круг, приводящий к патологическому формированию личности.

Патологическое развитие личности соматического больного может иметь невротический регистр — **невротическое развитие** или патохарактерологический — **патохарактерологическое (психопатическое) развитие**. При этом в одних случаях невротическое развитие может предшествовать патохарактерологическому, а в других — патохарактерологические черты личности формируются на фоне неблагоприятного течения соматического заболевания за счет закрепления определенного модуса поведения с нарастанием гетерогенных чуждых личности характерологических свойств при отсутствии невротических симптомов. В последнем случае доминирующая роль принадлежит, вероятно, соматогенным (биологическим) факторам.

Среди наиболее распространенных синдромов патологического развития личности, обусловленного соматическим заболеванием, выделяется **ипохондрическое развитие** в виде таких его вариантов, как сенесто-ипохондрическое, астено-ипохондрическое, депрессивно-ипохондрическое, истеро-ипохондрическое, обсессивно-ипохондрическое и паранойяльно-ипохондрическое развитие. Кроме того, В.Я.Семке (1999) описал такие типы патохарактерологического развития личности, как астеническое, эксплозивное, истероформное и мозаичное.

---

## **Часть III. ПСИХОЛОГИЯ ЛЕЧЕБНО- ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА**

### **Глава 14. Медицинская деонтология. Особенности взаимоотношений врач – медицинский персонал – больной**

---

Термин «деонтология» (от греч. *deon* – «должное, необходимость» и *logos* – «учение») предложил в начале XIX века английский философ И.Бентам, опубликовавший в 1834 г. работу «Деонтология, или наука о морали». Это название присвоили науке о долге, моральных обязательствах, профессиональной этике. Деонтология особенно важна в тех областях профессиональной деятельности, в которых наиболее широко используются различные формы сложных межлических взаимоотношений, взаимовлияний и ответственных взаимодействий. К таким областям относятся педагогика, журналистика, юриспруденция. Однако понятие «деонтологии» прежде всего связывается с медицинской деятельностью, в которой существенную роль играют разнообразные формы психологического влияния медицинских работников на больного. Поэтому медицинская деонтология выделена в самостоятельный раздел клинической психологии, в котором определяются моральные и этические стороны профессии врача, долг медицинских работников перед больным.

Профессиональная деятельность врача во многом зависит от того, как складываются его отношения с больными, а эти отношения, в свою очередь, определяются личностными особенностями врача и его пациентов. Сложность отношений между врачом и пациентом заключается в том, что личность больного, как было уже показано выше, в соответствующей главе, нередко претерпевает неблагоприятные изменения под влиянием физического страдания.

Работа врача никогда не бывает легкой. Описывая сложные условия работы практического врача, С.П.Боткин подчеркивал: «Необходимо иметь истинное призвание к деятельности практического врача, чтобы сохранить душевное равновесие при различных неблагоприятных условиях его жизни, не впадая при неудачах в уныние или самообольщение при успехах».

### *Личность врача*

Врач всегда должен учитывать, что при первой встрече с пациентом последний оценивает его личность, так же как он изучает и оценивает психологические особенности пациента.

Для максимально эффективной деятельности врач должен обладать достаточно широкими знаниями и высокими нравственными качествами, чтобы и в том, и в другом превосходить больного, или, по крайней мере, не уступать ему. Поэтому естественно, что *врач должен иметь широкий кругозор и быть образованным* как в области медицины, так и в других областях человеческих знаний. Образование врача должно быть как можно более полным, глубоким и совершенным.

Признание недостаточности знаний о болезнях и отсутствия возможностей их излечения должно служить не источником разочарования и самобичевания, а быть стимулом для постоянного самообразования, независимо от фактического уровня знаний и опыта, накопленного врачом. Сохранился интересный факт о последних часах жизни замечательного врача Абу Али Ибн Сины (Авиценны). Этот титан медицинских знаний, по многотомному руководству которого изучал медицину весь культурный мир, умирая в полном сознании, скромно подвел итоги деятельности человека в короткой фразе: «Мы умираем и с собой уносим лишь одно: сознание, что мы ничего не узнали». Жизнь врача — это постоянный университет, который никогда не завершается. Любая остановка в накоплении специальных знаний, совершенствовании своего клинического мастерства, познании жизни для врача означает профессиональную «смерть». Крупнейший отечественный клиницист А.А.Остроумов (1844—1908) писал: «Учиться всю жизнь для пользы общества — таково призвание врача».

Однако знания и высокая квалификация врача являются только инструментом, эффективность применения которого зависит от личностных особенностей врача. Само по себе образование окажется недостаточным, если оно не будет постоянно подкрепляться воспитанием (самовоспитанием) нравственности, с одной стороны, и неизменным стремлением к активной продуктивной полезной деятельности — с другой. Полезность деятельности врача определяется особым положением врачебной профессии, связанным не только и не столько с удовлетворением его личных интересов, сколько с общественной ценой его труда — ценой охраны здоровья людей.

Личность врача сама по себе способна оказывать терапевтический эффект и повышать эффективность лечебных средств и методов при условии, что врач пользуется у больного и его родственников доверием и авторитетом.

Уже первые впечатления при встрече с врачом существенно влияют на формирование у больного доверия к нему — при этом имеют

значение многие факторы, начиная с внешнего вида врача, манеры его поведения, культуры общения и заканчивая профессиональными навыками. Неопрятный внешний вид или, наоборот, чрезмерная экстравагантность одежды и прически, обилие украшений могут вызвать у пациента психологическое неприятие и будут препятствовать установлению доверительных отношений.

Врач вызывает доверие у больного, если он гармоничен как личность, спокоен, уверен и решителен при принятии решений, но не высокомерен. Важной составляющей в профессиональной деятельности врача-клинициста является наличие у него такого качества, как **эмпатия**, — способность сопереживать собеседнику (в данном случае пациенту), понимать его чувства, потребности, интересы, мотивации поступков. Во время общения с пациентом у врача возникает **личностный резонанс** в виде сострадания, желания облегчить страдания больного человека. Неспособность к эмпатии и наличие у врача некоторых других неблагоприятных качеств темперамента и характера (повышенная возбудимость, склонность к гневливым реакциям, медлительность, замкнутость, бедность эмоциональных реакций и др.) могут препятствовать установлению доверия между пациентом и врачом. Поэтому врач, особенно начинающий, должен стараться наблюдать за реакцией больного на свое поведение и учитывать мнение коллег о его поведении по отношению к пациентам, их родственникам, медицинскому персоналу. С помощью критического отношения к себе и определенных усилий *врач должен формировать свою личность*. Таким образом, деятельность врача, направленная на устранение недугов у больных, должна быть сопряжена с самовоспитанием, которое позволяет исправлять собственные недостатки.

Если взаимоотношения между пациентом и врачом развиваются неблагоприятно, то последний должен стараться вести себя корректно, не показывать открыто свое негативное отношение к пациенту, а попытаться путем терпимости, такта и настойчивости завоевать его доверие. В некоторых случаях, когда это не удается, и отношения с больным носят напряженный психологический характер, врач может сам порекомендовать пациенту обратиться к другому врачу. Об этом писал известный немецкий врач и психотерапевт, которого считают одним из основоположников психосоматической медицины, Г.Гроддек (1866—1934): «Там, где взаимопонимание отсутствует, лучше, если врач скажет больному, что лично он не может помочь. Это не жестокость, а обязанность. На свете существует достаточно врачей, для того чтобы каждый пациент нашел такого врача, в котором он нуждается». Главной оценкой затраченных врачом труда и энергии являются высокоэффективная, совершенная помощь больному, а также моральное удовлетворение от работы, накопление врачебного опыта и повышение авторитета врача.

**Авторитет врача** служит предпосылкой для формирования доверия к нему больного еще до их личной встречи. Классики отечественной медицины к слагаемым авторитета врача относили: глубокие знания в своей области, умение спокойно, уверенно, правильно и быстро понять больного, его проблемы, связанные с болезнью, избрать врачебную тактику, обеспечивающую наиболее оптимальную помощь и улучшение состояния пациента. Авторитет врача формируется отношением к нему пациентов, их родственников, коллег, медицинского персонала. Сведения об авторитетности врача передаются от одного человека другому. Одной из важных составляющих авторитета врача является его **личное обаяние**, заключающееся в доброжелательности, сердечности, искренности, природной скромности, высоком моральном облике. Известно, что одни и те же лекарства могут иметь разную эффективность при назначении их знаменитым, авторитетным врачом и малоизвестным, молодым. И.П.Павлов, высоко оценивая клинические и душевные качества С.П.Боткина, писал, что обаяние этого ученого имело поистине волшебный характер: часто лечило одно его слово, одно посещение.

На авторитет врача оказывает влияние и его внешний облик. Врач сам должен производить впечатление здорового человека. Вряд ли вызовут доверие рекомендации врача с одутловатым лицом, трясушимися руками, покрытого испариной и с одышкой в покое. Врач, вызывающий у больных своим видом сочувствие и жалость, заставляет задуматься и вспомнить христианскую заповедь, гласящую, что врачующему других надо быть самому здоровым, чтобы не сказали врачующие: «Врач, исцелись сам».

Пациенту важно чувствовать **здоровый оптимизм врача**, который должен быть разумным, основанным на глубоких знаниях и практическом опыте.

Истинные достоинства любого хорошего врача всегда сочетаются со **скромностью**, они не нуждаются в саморекламе. И, наоборот, любые проявления зазнайства, нескромности, бравады, необоснованной самоуверенности в сложных ситуациях часто служат маской, скрывающей серьезные профессиональные недостатки, поверхностные знания и недостаточное умение.

Одним из важнейших личностных качеств врача, помогающих в практической деятельности, является **правдивость**. Психологические проблемы, связанные с этим качеством, заключаются в необходимости в определенных случаях сообщать как больному, так и его родственникам свои мысли о судьбе больного, в том числе и весьма печальной. Иногда в случаях неблагоприятного прогноза молодой малоопытный врач демонстрирует неумеренный оптимизм и не соответствующую обстоятельствам веру в успех: современная медицина может все! Врачу не всегда легко, да и не во всех случаях можно, говорить правду больному. Из этого, однако, не следует, что ему разрешена ложь. Она недопустима в любых случаях, особенно при об-



шении с больным человеком, переполненным беспокойством, волнениями, страданиями и тревожным ожиданием решения своего доктора.

Вопрос о том, **в каком объеме и форме доводить до сведения больного информацию, касающуюся его состояния**, является одним из наиболее дискуссионных в медицинской деонтологии. Особенно это касается заболеваний с неблагоприятным исходом. Существуют две альтернативные точки зрения:

1) учитывая право личности на информацию, сообщать больному точный диагноз и возможный прогноз;

2) информация должна подаваться дозированно с учетом характера и стадии заболевания, а также личностных особенностей больного, его отношения к заболеванию, методам обследования и лечения.

Первый подход распространен в странах Запада. Его сторонники исходят из того обстоятельства, что якобы 90% госпитализированных больных знают свой диагноз, и «щадящая ложь» нарушает контакт между врачом и больным, вызывая у последнего чувство недоверия, покинутости и одиночества. Поэтому более адекватной и щадящей, по их мнению, является правдивая информация, полученная от врача, который, учитывая личность больного, стремится помочь ему укрепить самоуважение, обрести силы в борьбе с болезнью. Кроме того, знание оставшегося срока жизни дает возможность больному завершить важные для него дела, сделать необходимые распоряжения, составить завещание.

Второй подход традиционно доминирует в отечественной медицине. Считается, что *нельзя отнимать у человека надежду на исцеление*. Поэтому большинству больных врач должен сказать правду, но делать это необходимо в соответствующих форме и объеме, позволяющих, по возможности, щадить психику больного. С этой целью можно, например, сделать выводы и дать объяснения в виде предположений, которые бы оставляли больному надежду.

Универсальных рекомендаций в этом деликатном вопросе быть не может. Необходимо учитывать особенности личности пациента, характер болезни, его актуальную жизненную ситуацию. В щадящей, дозированной информации, в первую очередь, нуждаются тревожно-мнительные, сенситивные, астенические личности. Вместе с тем есть и стеничные, «сильные», устойчивые к стрессу личности: такие люди предпочитают знать «всю правду». Существует не лишнее оснований мнение, что при информировании больного о характере его заболевания, следует учитывать, насколько тот действительно хочет знать истинное положение вещей, чтобы не разрушить «психологическую защиту». Больному можно сказать правду настолько, насколько она способна мобилизовать ресурсы его личности на борьбу с заболеванием.

Больные с гипонозогнозией, при высоком риске соматической катастрофы (инфаркт миокарда, инсульт, прободная язва, перитонит

и др.) порой нуждаются в «жесткой», предельно откровенной информации о перспективах для их здоровья и жизни в случае несоблюдения врачебных предписаний.

Недопустимо со стороны врача манипулирование состоянием пациента, запугивание его и родственников, представление его состояния в более тяжелом виде с целью повышения своего авторитета и получения благодарности после исцеления.

Тяжелобольному рекомендуется сообщать достоверный диагноз при его отказе от жизненно необходимого лечения, например, операции, лучевой или химиотерапии, а также в тех случаях, когда он должен решить имущественные или другие важные вопросы. Родственникам больного должна быть предоставлена полная и точная информация о его состоянии, с учетом того, что это не нанесет ему ущерба.

В особом подходе, требующем от врача решения весьма непростых психологических задач, нуждаются **больные с неизлечимыми заболеваниями**. Больше всего это относится к неврологическим (с последствиями перенесенных нарушений кровообращения головного мозга, с прогрессирующими органическими заболеваниями нервной системы и др.) и онкологическим больным. Врач, зная, что перспективы у больного весьма печальны, должен внушить ему надежду на выздоровление или хотя бы на частичное улучшение состояния. Перед врачом встает дилемма: скрыть от больного горькую правду или сообщить о возможном прогнозе. Казалось бы, первый вариант более гуманен. Однако в случаях, когда состояние больного остается без изменений или продолжает прогрессивно ухудшаться, несмотря на проводимое лечение и оптимистические заявления врача, он, а чаще его родственники, пускаются в изнурительные и безрезультатные поиски новых врачей, новых клиник, новых методов лечения, в том числе зачастую обращаются к невежественным знахарям. В результате впустую тратятся материальные средства, возникает недоверие к медицине, но остается надежда на чудесное исцеление. Поэтому, по мнению многих выдающихся врачей прошлого и наших современников, в таких случаях больным и их родственникам лучше сообщать правду, но делать это нужно в щадящей форме, объясняя, что чудес ждать не приходится, что болезнь сложная, крайне трудно поддающаяся лечению, и ждать придется долго, пребывая в непрестанной борьбе и преодолевая возможные страдания.

В этой связи встает вопрос о праве неизлечимого и тяжело страдающего больного на добровольный уход из жизни. Существует пословица: «Смерть терпеть легче, нежели ждать». Многие больные просят избавить их от физических и моральных страданий и помочь безболезненно уйти из жизни. Вопрос правомерности подобных действий со стороны врачей активно дискутируется с позиций биоэтики в рамках проблемы **эвтаназии**, которая возникла не сегодня и не вдруг. Еще в Спарте убивали младенцев, родившихся слабыми или

больными. Некоторые первобытные племена имели обычай убивать или оставлять умирать стариков, ставших обузой для семейства. Отношение к умышленному ускорению смерти больного человека с целью прекращения его страданий никогда не было однозначным. Споры среди медиков, юристов, психологов и простых обывателей не прекращаются до сих пор. Сам термин — «эвтаназия» (от греч. *euthanasia*, *eu* — хорошо, *thanatos* — смерть), т.е. хорошая, спокойная смерть, ввел в XVII веке английский философ Бэкон. С XIX века данный термин стали трактовать как «умерщвление кого-либо из жалости».

В начале XX века юрист Биндинг и психиатр Гохе предложили называть эвтаназией уничтожение «неполноценных жизней». В фашистской Германии «эвтаназия» в таком понимании получила весьма широкое распространение. Как в самой Германии, так и в захваченных ею странах умерщвляли новорожденных с «неправильным развитием», больных туберкулезом и раком, инвалидов, стариков и душевнобольных.

Уже в совершенно другом аспекте проблема «эвтаназии» вновь возникла в 60-е годы. Ее сторонники заявляют о праве любого индивидуума как на жизнь, так и на смерть. Они считают, что с момента своего рождения индивидуум стремится получить от жизни как можно больше удовольствия при наименьшем страдании. Поэтому, по их мнению, безболезненная смерть должна быть последним правом, которое может быть предоставлено неизлечимо больному человеку лишь после того, как он сам и его врачи придут к выводу, что это является лучшим выходом из безнадежного положения.

Ныне различают пассивную и активную эвтаназию. **Пассивная эвтаназия** (ее еще называют «методом отложенного шприца»), — это прекращение «оказания направленной на продление жизни медицинской помощи», что ускоряет наступление смерти. Этот метод практикуется практически во всех странах, в том числе и в России. **Активная эвтаназия** («метод наполненного шприца») — введение умирающему каких-либо лекарственных или иных средств, либо другие действия, которые влекут за собой быстрый уход из жизни. Активная эвтаназия имеет три формы: 1) «убийство из милосердия» (врач вводит больному сверхдозу обезболивающего препарата); 2) «самоубийство, ассистируемое врачом» (медик помогает больному человеку покончить с жизнью); 3) собственно активная эвтаназия (пациент сам, без помощи врача включает специальное устройство, которое приводит к безболезненной смерти). **Активная эвтаназия в большинстве стран карается законом.** Однако в последние годы в некоторых странах: в Северной провинции Австралии (с 1995 г.), в Нидерландах (с 1994 г.), Бельгии (с 2002 г.) право на эвтаназию установлено законодательно. В других странах (Финляндия, Швейцария) процедура эвтаназии законодательно не утверждена, но в инструкциях указывается, что помощь в самоубийстве неизлечимо больным

людям является актом гуманизма, если помогающий не преследует корыстных целей.

Противники эвтаназии, в число которых входят многие специалисты, в первую очередь врачи, не согласны с таким положением и считают, что современная цивилизация идет по пути оправдания самоубийства. Они настаивают на положении, которое гласит, что **более важным, чем право индивидуума на легкую смерть, является его право на достойную, качественную жизнь в условиях болезни**. Одним из способов обеспечения достойной жизни безнадежно больным является создание *приютов*, или *хосписов*, где работают специалисты, облегчающие страдания больных, не убивая их. Наряду с медицинскими методами (надежное обезболивание, симптоматические и общеукрепляющие средства) широко используется психологическая и психотерапевтическая помощь больным.

**Сохранение врачебной тайны** является одним из самых важных вопросов медицинской деонтологии. По роду своей деятельности врач часто становится обладателем множества биографических, часто самых сокровенных, интимных сведений о больном. Такая информация может быть наиболее исчерпывающей и точной (а, следовательно, ценной для врача) только в том случае, если больной убежден в доверительном характере своих отношений с врачом и сохранении последним полученных сведений в глубокой тайне, т.е. при *строгом соблюдении врачом профессиональной тайны*.

Доверие к врачу пропагандировалось еще в древности, что удачно иллюстрируется индийской пословицей: «Можно страшиться брата, матери, друга, но врача — никогда». С древнейших времен существуют положения о врачебной тайне, которые были довольно широко представлены не только в известной клятве Гиппократа, но и в задолго предшествовавших ей клятвах жрецов. Первые запреты врачам разглашать профессиональную тайну содержались в таких законодательных актах, как Эдикт курфюрста Бранденбургского Иоахима I (1512), Прусский врачебный эдикт (1725), Прусский уголовный кодекс (1794), французский *Code Penal* (1810) и др.

Законодательные акты феодальных и буржуазных государств включают два главных положения, касающихся врачебной тайны:

- врач должен сохранять в тайне все сведения, доверенные ему больным;
- обязанность врача в определенных случаях довести до сведения властей данные, представляющие опасность для общества (например, сведения о заразных, инфекционных болезнях, о замыслаемых общественно опасных, преступных действиях и др.).

В документах разных стран и времен понимание врачебной тайны было весьма неоднозначным: от абсолютного запрещения нарушать ее в любых случаях до полного отрицания врачебной тайны как юридически закрепленного акта и предоставления врачу возможно-

сти принимать в отношении нее самостоятельное решение, исходя из нравственных и этических норм.

В настоящее время **медико-психологические основы учения о врачебной тайне** формулируются следующим образом: любой врач не должен разглашать третьему лицу какие-либо сведения, касающиеся больного, без его согласия, если таковые почерпнуты в ходе профессионального общения с больным, а разглашение их может отрицательно повлиять на больного. Вместе с тем врач, узнавший от больного сведения, представляющие опасность для общества, обязан выполнить свой гражданский долг и уведомить об этом соответствующие организации.

Обязанность сохранения врачебной тайны регламентируется Основами законодательства РФ «Об охране здоровья граждан» (ст. 61). К сведениям, составляющим врачебную тайну, относятся информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья пациента, диагнозе, средствах и методах лечения, возможном прогнозе, а также иные сведения, полученные при обследовании и лечении больного. **Передача сведений, составляющих врачебную тайну, допускается с согласия гражданина или его законных представителей. За разглашение врачебной тайны предусмотрена дисциплинарная, административная и гражданская ответственность** в соответствии с законодательством РФ. К гражданской ответственности врач может быть привлечен в случае предъявления пациентом иска о возмещении морального вреда, причиненного разглашением врачебной тайны. Обязанность сохранения врачебной тайны распространяется не только на врачей, но и на медицинский персонал, студентов-медиков.

Особое значение и соответствующую регламентацию имеют вопросы сохранения врачебной тайны в отношении психических, венерических заболеваний, ВИЧ-инфекции. Так, больным венерическими заболеваниями и ВИЧ-инфицированным гарантируется анонимное обследование и лечение при условии соблюдения ими режима, исключающего опасность заражения других лиц. При нарушении режима и уклонении от лечения они могут быть насильственно привлечены к лечению с участием органов правопорядка. Скрытие источника заражения ВИЧ-инфекцией или венерической болезнью и контактов, создающих опасность заражения других лиц, а также сознательное заражение лицом, знавшим о наличии у него этого заболевания, подлежат гражданской и уголовной ответственности.

В соответствии с Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантии прав граждан при ее оказании» (1993) запрещается дача сведений о характере заболевания по телефону, соседям и сотрудникам больного, государственным учреждениям, в том числе медицинским непсихиатрического профиля. Перечень инстанций и условия дачи им сведений содержатся в Законе.

Для общения врача с пациентом важное (и весьма однозначное) значение имеет внушаемость последнего. Повышенная внушаемость пациента способствует закреплению советов, разъяснений и рекомендаций опытного, авторитетного врача. Вместе с тем обостренная внушаемость, глубокое убеждение в непререкаемом авторитете врача могут повлечь за собой болезненные переживания в случае неправильной тактики врача в отношении больного, неосторожных замечаний, реплик, неадекватных рекомендаций. Поэтому вопрос о профессиональных психогениях — **ятрогениях** — является одним из важнейших в клинической психологии.

В начале XX столетия швейцарский психиатр и психолог Е. Блейлер подчеркивал, что в ходе обследования больного и тем более в случае распознавания ранних проявлений болезни, когда пациент уже обеспокоен изменениями самочувствия и становится особенно предрасположен к волному, а иногда и ошибочному толкованию своего меняющегося состояния, встречаются разные формы «недисциплинированного медицинского мышления». Этому способствуют предрассудки, продолжающие бытовать в сознании многих людей, предубеждения, с которыми заболевший идет на прием к врачу, элементы недоверия к возможностям медицины, а иногда и боязнь (страх) предстоящей процедуры медицинского освидетельствования. Такие пагубные самовлияния больного называют **эгогениями** (от Ego — Я). Отсутствие некомпетентного обсуждения своих и чужих болезней («исцеляющее молчание») в семье, особенно в присутствии детей, больных или престарелых лиц, снижает пагубные влияния эгогений, тем более, что на раннем этапе болезни (или при первом заболевании) больной еще не научился с помощью авторитетного врача оценивать свое болезненное состояние и предсказывать возможные его дальнейшие изменения.

Несколькими годами позже немецкий психиатр О. Бумке в статье «Врач как причина душевных расстройств» привел примеры неблагоприятного влияния врача на психику больного и закрепил за вышесказанными этим психогенными расстройствами название «ятрогении» (от греч. *iatros* — врач, *gennao* — порождаю), т.е. нежелательные изменения и расстройства психики, порожденные врачом.

Известно выражение: «Слово лечит, но слово может и калечить». Нередко ятрогенное влияние оказывают неосторожные высказывания, комментарии врачей или других медицинских работников, студентов о характере имеющихся у больного изменений, возможном диагнозе, прогнозе заболевания. В качестве примеров можно привести следующие наблюдения.

1. Больная С., 26 лет, обратилась к врачу туберкулезного диспансера за советом, можно ли ей поехать с мужем в санаторий. При этом она ссылалась на хорошее самочувствие, заметную прибавку в весе, подтвержденное анализами отсутствие в течение последнего времени микобактерий туберкулеза,

мокроты. «Советовать тут нечего, — заявила врач, — туберкулез неизлечим. То, что Вы себя хорошо чувствуете и нет микобактерий, еще ничего не значит». После этих слов о бесперспективности своего состояния больная отказалась от санаторного лечения, у нее развилось угнетенное состояние, появилась бессонница, пропал аппетит, под влиянием мыслей о неизбежности смерти от туберкулеза пыталась совершить суицид (отравиться).

2. Молодая беременная женщина с врожденным пороком сердца в стадии компенсации до 7-го месяца беременности наблюдалась у своего участкового гинеколога, но вдруг попала на прием к другому гинекологу. «Кто вам разрешил беременность?!» — воскликнула врач во время осмотра больной. — У вас же кошмарное сердце, никуда не годится!». Придя домой в состоянии отчаяния, женщина не могла найти себе места, долго рыдала. Ночью у нее начались преждевременные роды, закончившиеся смертью ребенка.

3. Реплика врача «Ваша болезнь не лечится», обращенная к пациенту с начальными явлениями остеохондроза позвоночника, подразумевающая, что имеющиеся изменения настолько незначительны, что не требуют специального лечения, была им воспринята как вердикт, что он болен неизлечимой болезнью, угрожающей жизни.

Травмирует психику больного злоупотребление врачами в его присутствии медицинскими терминами, нередко жаргонными («налет», «сильно уплотнено», «флюктуирует», «находится на грани», «артерии твердоваты, склерозированы», «сердце пошаливает», «границы широковаты», «аорта расширена» и др.).

Наиболее часто встречающейся формой ятрогенных расстройств являются *психогенные депрессии*, в рамках которых у больных могут возникать суицидальные мысли и даже попытки. Далее следуют *фобические расстройства* в виде различного рода *нозофобий*. Наконец, могут иметь место разнообразные *ипохондрические нарушения* от невротических реакций до ипохондрического развития личности.

**Предупреждение ятрогений** — трудная, но очень важная задача врача-клинициста, решению которой помогают своевременное выявление симптомов имеющих нарушений у больного и правильная их оценка. Крупнейший отечественный невропатолог М.И. Аствацатуров, призывая к борьбе с ятрогенными расстройствами, требовал от врача «психической асептики» при постановке диагноза. Естественно, первое ятрогенное влияние на больного может оказать прием в поликлинике, куда он прежде всего обращается со своими жалобами. Для предупреждения подобного негативного влияния врач поликлиники, несмотря на постоянный дефицит времени, должен постараться на основе тщательного анализа жалоб и переживаний больного понять особенности его психической индивидуальности и связанные с этим представления о своей болезни и найти наиболее эффективные и приемлемые формы влияния на него.

Изучение переживаний больного, как указывали русский терапевт Г.А. Захарьин и немецкий интернист Бергман, не менее важно,

чем регистрация фактов, которые с большой точностью удастся установить современными методами естественных наук. И хотя данные, полученные врачом общей практики в результате психического контакта с больным, могут уступать по своей точности результатам физикального и параклинического исследований, они нередко превосходят последние тонкостью наблюдений. Не случайно Г.А.Захарьин акцентировал внимание на анализе анамнеза и субъективных жалоб больного. Сама процедура обследования не только обеспечивает распознавание болезни, но уже является началом влияния врача на больного, благотворного и целебного или неблагоприятного и пагубного. По какому пути будет распространяться это влияние, полностью зависит от квалификации, профессионального опыта, психотерапевтических навыков врача и степени его внимания к больному.

Отказ отдельных врачей от анализа психических переживаний больного Е.Блейлер совершенно справедливо рассматривал как один из существенных недостатков и называл его «психофобией современного врача». «Цельного человека», — указывал он, — должен понимать и лечить только «цельный врач». Если последний вместо поддержания и укрепления положительных установок начинает сочувствовать больному, говорить о тяжелых последствиях и продолжительности заболевания, неоправданно много «лечить», без нужды отстранять от работы, то успехи такого лечения невелики, и «тогда нечего удивляться возникновению ятрогенного невроза или психоза».

Помимо ятрогений, под которыми в узком смысле понимаются неблагоприятные, в том числе патологические, изменения психики больного вследствие травмирующего влияния высказываний врача, его нетактичного поведения, в последние годы в клинической психологии выделяется понятие «ятропатии». **Ятропатиями** называют отрицательные последствия для здоровья больного, вызванные неправильными назначениями и действиями врача.

В зависимости от происхождения выделяют следующие группы ятропатий: травматические, интоксикационные, инфекционные, организационные.

К *травматическим ятропатиям* относят травмы ребенка при неправильном родовспоможении, последствия неудачно выполненной хирургической операции, спинномозговой пункции, анестезии, инъекции и т.д.

*Ятропатиями интоксикационного происхождения* считают результаты ошибочного выбора лекарств, их передозировки, несвоевременного выявления непереносимости и аллергической предрасположенности к лекарственным препаратам с развитием лекарственной болезни.

К *ятропатиям инфекционного происхождения* относят неблагоприятные последствия неправильного (по вине врача) применения



сывороток и вакцин (вакцинальные энцефалиты и другие осложнения), а также все те врачебные нарушения эпидемиологического режима, которые влекут за собой возникновение заболевания.

*Ятропатии организационного происхождения* возникают вследствие неправильной организации обследования, лечения и ухода за больным.

Серьезную проблему, а порой опасность для больного и угрозу для дальнейшей профессиональной карьеры врача представляют **врачебные ошибки**, которые могут происходить по вине врача и не зависеть от него.

*Ошибки, не зависящие от врача*, обусловлены недостаточным уровнем развития медицины, атипичным течением заболевания, отсутствием таких диагностических средств, которые дают возможность определить и оценить тончайшие механизмы развития заболевания.

*Ошибки, возникающие по вине врача*, могут быть обусловлены его безответственностью, недостаточным уровнем знаний, поспешностью осмотра больного, усталостью, озабоченностью в связи с конфликтами и неприятностями различного характера и неумением отрешиться от них во время профессиональной деятельности. Больной не должен страдать из-за того, что кто-то обидел врача, не оказал ему внимания. Врач обязан научиться не переносить свои личные неприятности на взаимоотношения с больными и коллегами.

В профессиональной деятельности врача большую роль играют правильные **взаимоотношения с родственниками больного**, недопущение деонтологических ошибок при сообщении близким о тяжелом, безнадежном его состоянии или смерти. Некоторые люди, обеспокоенные состоянием близкого человека, в силу личностных особенностей как бы вытесняют опасность, и обычные слова успокаивающего характера расценивают как заверение, что опасности нет, а последующее предупреждение о серьезном, тяжелом, безнадежном состоянии больного не воспринимают. В таких случаях в дальнейшем возможны конфликты и жалобы на врача: родственники умершего больного утверждают, что врач не предупреждал о тяжести состояния, а значит ничего угрожающего не было, и смерть наступила из-за недосмотра или халатности.

Во избежание подобных ситуаций врач должен научиться четко излагать свои мысли, спокойно, без торопливости вести беседу, уметь, по возможности, утешить близких больного и убедиться, что его слова правильно поняты.

**Утомление** — естественное состояние, появляющееся у врача при высоких физических и психологических нагрузках, после суточных дежурств, напряженной работы в отделении реанимации, в операционной и т.п. Поэтому врач должен уметь реально оценивать свои психофизиологические возможности, готовиться к работе и дежурствам, учитывая, что от его состояния зависят здоровье и жизнь больных.

### *Взаимоотношения в медицинском коллективе*

Отношения врача со своими коллегами и медицинским персоналом являются важной составляющей медицинской деонтологии, так как атмосфера, царящая в медицинском коллективе, способна оказывать полярное действие как на пациентов медицинского учреждения, так и на его сотрудников.

Организационная структура лечебных учреждений весьма консервативна и традиционна: главный врач, старшие врачи, заведующие отделениями осуществляют руководство и координацию работы остальных врачей. Общими правилами являются соблюдение субординации, вежливость, доброжелательность, товарищеская взаимопомощь. Врач должен, с одной стороны, уметь отстаивать свои взгляды, невзирая на служебное положение оппонента, а с другой — признавать критику коллег. Нередко могут возникать трения между «старыми», опытными и «молодыми» врачами. Безусловно, молодому неопытному врачу труднее завоевать доверие больного. Но свою неопытность он может компенсировать добросовестностью, стремлением как можно лучше разобраться в состоянии больного, обращением за советом к более опытным коллегам.

Многими выдающимися врачами-клиницистами подчеркивалась важность *динамического наблюдения и лечения больного одним врачом*. Это способствует не только более полному раскрытию особенностей болезней, но и более глубокому изучению врачом личности больного, его реакции на болезнь. Полноценный контакт с врачом, вера пациента в его возможности и собственное выздоровление являются залогом успешности лечения. Это, однако, не должно порождать у врача переоценку своих возможностей и зазнайство. Недопустимо в присутствии больного ради завоевания дешевого авторитета критиковать, давать оценку действиям коллеги, негативно отзываться о другом враче, делать замечания. Неэтично вмешиваться в терапию больного, когда его лечит другой врач. Это можно делать, если действительно возникает крайняя необходимость. Форма вмешательства в действия других врачей должна быть продуманной и тактичной, чтобы исключить возможность возникновения ятрогении у больного, конфликта с коллегами.

Когда же врач из-за равнодушного или негативного отношения к работе допускает профессиональные ошибки, не в состоянии внимательно, вдумчиво выслушать жалобы больного, проявляет раздражительность и нетерпимость, он утрачивает доверие к себе больных и уважение коллег. Не способствуют росту авторитета врача высокомерное отношение к коллегам, самоуверенность и тщеславие, проявляющиеся нежеланием консультироваться с более опытными специалистами.

В медицинском коллективе каждый работник имеет свои функции и круг обязанностей. *Отношения врача с работающим вместе*

с ним медицинским персоналом также должны быть равными, уважительными. Врач не должен допускать грубости, бесперемонности, высокомерия при общении с медицинской сестрой или лаборантом. В то же время недопустимо и превышение своих обязанностей последними — обсуждения с больными назначений врача, подвергая сомнению результаты исследований, что может нанести существенный вред лечению больного.

Каждая профессия может способствовать развитию человека, совершенствованию его профессиональных и личных качеств, но может приводить и к известным негативным изменениям личности. Р.Конечный, М.Боухал в своем руководстве «Психология в медицине» (1983) говорят о **профессиональной деформации личности медицинского работника**, которая происходит постепенно на основе профессиональной адаптации. Выражением профессиональной деформации личности медицинских работников являются появление черствости, иногда граничащей с бездушием и цинизмом, использование медицинского жаргона (сленга). Профессиональная деформация личности во многом носит подсознательный характер и связана с недостаточностью личностного контроля. Она может отрицательно сказываться на взаимоотношениях как в коллективе, так и с пациентами, приводя у последних к возникновению ятрогенных расстройств.

Последние три десятилетия в работах психологов значительное место уделяется так называемому **синдрому эмоционального выгорания** (сгорания), которым обозначается эмоционально-волевая деформация личности специалиста, вызванная особенностями работы. Термин «эмоциональное сгорание» был впервые использован американским психиатром Х.Дж.Фреденбергером в 1974 г. для характеристики психологического состояния здоровых людей, работающих с клиентами (пациентами) в условиях эмоционального напряжения. Это относится к таким профессиям, как педагог, психолог, журналист, юрист, продавец. В данный список можно включить и профессию врача. Социальный психолог Кристина Маслач определила понятие «эмоциональное выгорание» как синдром физического и эмоционального истощения, включающий развитие отрицательного отношения к самому себе и к своей работе, утрату понимания и сочувствия к пациентам.

Известна эмблема медицинской деятельности, предложенная еще в XVII веке голландским врачом Николасом ван Тульпиусом — горящая свеча, и под ней девиз: «Светя другим, сгораю сам». Безусловно, «выгорание» не предполагает смерть или моральное опустошение, но профессиональная деформация личности, проявляющаяся негативными ее изменениями, часто создает трудности в дальнейшей работе врача. Среди причин профессиональной деформации называют *социальные факторы* и *факторы среды* (место работы, психологическая атмосфера в коллективе), а также *личностные факторы*.

**Социально-средовые факторы, отрицательно влияющие на личность медицинского работника:**

- низкая материально-техническая база, отсутствие медикаментов и т.д.;
- нехватка врачей, напряженный график дежурств;
- непризнание истинных заслуг врача;
- ограничения его права на свободу выбора (стиля жизни, направления научного исследования и т.п.);
- несоответствие нравственно-этических требований к профессии реальной ситуации на рабочем месте (конфликтность или равнодушие в коллективе т.п.).

**Личностные факторы, предрасполагающие к появлению у врача симптомов эмоционального выгорания:**

- завышенный уровень притязаний;
- идеализм и недостаточная связь с реальностью;
- неумение критически оценивать неблагоприятные внешние факторы;
- низкая устойчивость к стрессу.

**Симптомы эмоционального выгорания (по Абрамовой Г.С., Юдичиц Ю.А., 1998):**

- чрезмерная усталость, переутомление, истощение (после активной профессиональной деятельности);
- психосоматические проблемы (колебания артериального давления, головные боли, заболевания пищеварительной и сердечно-сосудистой систем, неврологические расстройства);
- бессонница;
- негативное отношение к пациентам (после прежнего позитивного);
- отрицательный настрой к работе (вместо прежнего «это дело на всю жизнь»);
- стереотипизация личностной установки, стандартизация общения, деятельности, принятие готовых форм знания, сужение репертуара рабочих действий, ригидность мыслительных операций;
- агрессивные тенденции (раздражительность и гнев по отношению к коллегам и пациентам);
- негативное отношение к себе;
- тревожное состояние;
- пессимистический настрой, депрессия, ощущение бессмысленности происходящих событий;
- чувство вины.

Для предупреждения синдрома эмоционального выгорания важно уже в процессе подготовки медицинского работника:

- помочь ему правильно выбрать профессиональную ориентацию;
- формировать способности устанавливать взаимоотношения с пациентами и коллегами;

- знакомить со спецификой будущей работы, включая аспекты, способные вызвать разочарование и стать причиной фрустрации.

Сотрудников, приступающих к работе, важно ввести в профессию и коллектив, используя для этого наставничество более опытных коллег. Способствуют предупреждению симптомов эмоционального выгорания постоянное профессиональное совершенствование, творческий, личностный и интеллектуальный рост врача или другого медицинского работника.

### ***Особенности взаимоотношений врач – медицинский персонал – больной***

Эффективность лечебно-диагностического процесса в значительной степени определяется **умением врача общаться с пациентом** и выявлять при этом особенности его личностно-психологического или психопатологического реагирования на болезнь, что, как было показано выше, оказывает существенное влияние на течение и исход заболевания. Основным «инструментом» оценки психологических качеств пациента, выявления имеющихся у него психических нарушений для врача общей практики служит клинический метод, который был подробно описан выше, в главе 9.

### ***Типы взаимоотношения врача и больного***

Ведущую роль во взаимоотношениях врача и больного, как свидетельствуют многочисленные работы, посвященные изучению данной проблемы, играют личностные и характерологические качества, определяющие их поведение, мотивации деятельности врача, ожидания пациента. Многие качества, необходимые для успешной работы врача, включаются в понятие «профессионализма». Обращение больного к врачу обусловлено стремлением получить качественную медицинскую помощь. При выборе врача он имеет определенную свободу (за исключением urgentных случаев, когда тяжелое общее состояние не дает ему такой возможности) и опирается при этом на свои представления об «идеальном враче», сведения о конкретном враче, полученные из различных источников (реклама, советы родных, знакомых и т.д.), профессиональный статус врача (заведующий отделением, профессор, врач высшей категории). Известный французский психоаналитик Ж.Лакан выделил пять характеристик врача, влияющих на выбор его пациентом и взаимоотношения между врачом и пациентом: 1) пол; 2) возраст; 3) национальность (раса); 4) вероисповедание; 5) сексуальная ориентация. Чаще всего «идеальный врач» для пациента – это врач старше его по возрасту, одного с ним пола и одной сексуальной ориентации. Факторы национальности и вероисповедания имеют меньшее значение.

Как при свободном выборе врача, так и при отсутствии такой возможности, отношение к врачу пациента во многом определяется

*психологической установкой* последнего, которая может быть адекватной, позитивной и негативной.

*Адекватная установка* основана на принятии пациентом личности врача, включая как положительные, так и отрицательные качества.

*Позитивная установка* выражается в полном доверии врачу, готовности выполнять все его назначения и рекомендации и отрицании у него каких-либо недостатков. Примерами такого отношения могут служить популярные, на основании общественного мнения, врачи и так называемые народные целители, создавшие себе рекламу при помощи средств массовой информации.

*Негативная установка* выражается в неприятии личности врача, недоверии к нему и нередко в отказе от дальнейшего сотрудничества при проведении лечебно-диагностических мероприятий.

Психологом и психотерапевтом В.А.Ташлыковым были систематизированы качества, которые пациенты наиболее часто включают в «образ идеального врача»: ум (78%), увлеченность работой (57%), внимательность (56%) и далее — чувство долга, терпеливость, чуткость, интуиция, серьезность, доброта, чувство юмора. Им же описаны четыре **психологических типа врача**, составляющих альтернативные пары: соперничающий — эмоционально «нейтральный»; директивный — недирективный.

*Соперничающего врача* отличают наличие эмпатии, способность сопереживать, разделять психологические проблемы пациента. Врача такого типа предпочитают больные с гипертимными чертами характера, эмоционально неустойчивые, сенситивные. Издержкой контакта подобных личностей может стать эмоциональное влияние больного, который навязывает врачу свою концепцию болезни.

*Эмоционально-нейтральный врач* дистанцирован от глубинных переживаний пациента, ориентирован на симптомы болезни и предпочитает технократический подход к лечению больного. Наиболее приемлемым подобный тип врачебного подхода является для интравертированных личностей и шизоидов.

*Директивный тип отношений* основан на авторитарно-директивной позиции врача, являющегося для пациента компетентным руководителем, занимающим активную позицию. Директивный врач не допускает дискуссий с пациентом по поводу диагноза и методов лечения, исключает сомнения в своих профессиональных возможностях, склонен давать реакции раздражения в ответ на критику пациентом его действий. Уверенность врача в своих действиях повышает его рейтинг в глазах больного. Особенно это важно для больных с психастеническими чертами, которым свойственны тревожная мнительность и педантизм. Четко расписанные назначения и рекомендации, график приема лекарств, сроки лечения, дозировки помогают таким больным приобрести веру в эффективность лечения и благоприятный исход заболевания. Доминирование врача над

эмоционально незрелыми, инфантильными, внушаемыми пациентами приводит к их пассивности, зависимости от врача. **Уверенность врача в своих действиях не должна перерасти в самоуверенность.** Врач должен быть готов признать свои ошибки и скорректировать, при необходимости, свои действия. Замечено, что хороший врач чаще, чем плохой, сомневается и прибегает к совету коллег или консультантов.

**Недопустимо принуждение больного к согласию на то или иное лечение,** включая хирургические вмешательства, даже если врач совершенно уверен в его необходимости. Больной имеет право определять свою собственную судьбу. Отказ больного от предлагаемого метода лечения, зафиксированный в письменной форме, освобождает врача от юридической ответственности за неоказание помощи. Однако многие специалисты относятся к подобным случаям как к врачебным ошибкам, ценой которых является человеческая жизнь. Как показывает практика, отказы больных от лечения, как правило, не являются категорически окончательными. Многие больные меняют первоначальное решение и соглашаются на предлагаемую врачом терапию. В таких случаях задача врача — по возможности, убедить пациента согласиться на необходимую терапию, предоставив ему истинную информацию о сути лечебных мероприятий, шансах на улучшение, риске осложнений и т.д.

Взаимоотношения с больным врача *недирективного психологического типа* основаны на принципе партнерства. Уважая личность пациента, врач стремится помочь последнему реализовать все свои возможности в борьбе с болезнью, побуждая его к активности и нейтрализуя негативные эмоциональные проявления. При этом лечебные установки больному даются не в виде руководящих указаний или «ловких» рекомендаций, а косвенно, не игнорируя точку зрения больного. Но, помогая больному, поддерживая и убеждая его в благоприятном исходе болезни, необходимо быть осторожным в беседах, пояснениях, прогностических суждениях и рекомендациях, чтобы исключить ятрогению.

Не следует идти на поводу у пациентов. Встречается *пассивно-оборонительная форма* общения с пациентом, свойственная некоторым врачам с тормозимыми чертами характера, а также врачам, недостаточно заинтересованным в профессиональной деятельности. Она заключается в «соглашательстве» с больными, предлагающими назначить им то или иное обследование или терапевтическое средство. Подобная форма общения врача с пациентом не способствует эффективности медицинской помощи. При неблагоприятном течении заболевания или осложнениях доверие и уважение больного к такому врачу будут подорваны навсегда.

Л.Н.Лежепекковой и Б.А.Якубовым (1977) была предпринята попытка установить **связь между личностными реакциями пациентов на заболевание и отношением их к врачу.** Они различают:

а) содружественную реакцию, когда больные с первых дней заболевания демонстрируют редкую пунктуальность и безграничное доверие лечащему врачу;

б) спокойную реакцию, при которой больные аккуратно выполняют все назначения врача и адекватно реагируют на все его указания;

в) неосознаваемую реакцию, которая в ряде случаев играет роль психологической защиты;

г) следовую реакцию: несмотря на благополучное разрешение заболевания, пациенты пребывают в состоянии болезненных сомнений, ожидания рецидива болезни;

д) негативную реакцию, характеризующуюся тем, что больные, находясь во власти предубеждений, тенденциозно относятся к лечащему врачу и медицинскому персоналу;

е) паническую реакцию, при которой пациенты охвачены страхом, легко внушаемы;

ж) разрушительную реакцию с неадекватным поведением, игнорированием всех указаний лечащего врача.

Наряду с образом «идеального врача» в представлении больных, проводилось изучение и образа «идеального пациента» в понимании врачей. Среди предпочтительных выделены следующие характеристики: малая осведомленность в медицинских вопросах, вера и отсутствие сомнений в способностях и умениях лечащего врача, готовность беспрекословно выполнять назначения, умение кратко и четко излагать проблемы и жалобы, отсутствие ипохондрии. Несмотря на некоторую разнородность приведенных характеристик, они свидетельствуют о том, что многие врачи склонны к директивному стилю отношения к больному.

Особое место в клинической практике врача занимают случаи, когда **пациентами являются его коллеги или родственники**. Бытует мнение, основанное на опыте, что течение заболеваний у пациентов-врачей часто более тяжелое или атипичное, а также, что многие врачи умирают от «своих» болезней, т.е. от тех, которыми они занимаются в силу своей специальности.

Лечащие врачи не всегда задумываются о том, что у заболевшего врача такая же психология, как у всех больных. Поэтому меньше внимания уделяют психологической работе с ним, не всегда настойчиво придерживаются выбранной лечебной тактики, учитывая мнение и просьбы больного коллеги. Однако внутренняя картина болезни пациента-врача может существенно усложняться за счет переживаний, связанных с профессиональными знаниями, вследствие чего концепция болезни весьма далека от реальности. Нередко у больных врачей имеют место различные виды гипнозогнозии, вплоть до анозогнозии, обусловленные механизмами психологической защиты, реже встречается гипернозогнозия. Поэтому серьезно заболевшему врачу не следует заниматься самолечением, а необходимо об-



ратиться к соответствующему специалисту и довериться ему. Лечащий же врач, даже если его пациентом является академик от медицины, должен всесторонне оценить соматическое и психологическое состояние больного, не идти у него на поводу, а действовать в соответствии с ситуацией, опираясь на свои знания и опыт.

В медицине существует неписанное правило: не лечить и не оперировать самому близких родственников (за исключением неотложных лечебных мероприятий и абсолютно ясных, легких случаев). Это объясняется возможностью формирования ложной концепции болезни под влиянием эмоциональных переживаний и механизмов психологической защиты у самого врача, которые блокируют рациональный подход к диагностике и лечению, что может привести к нежелательным последствиям.

### *Взаимоотношения медицинской сестры и больного*

Одним из важнейших звеньев лечебного процесса является помощь больному, оказываемая медицинским персоналом, в первую очередь, медицинской сестрой, наиболее тесно контактирующей с ним в соответствии со своими обязанностями. Учитывая, что больной часто бывает психологически надломлен своей болезнью и зависимостью от окружающих, особенно важны *внимание, забота и уважение* к нему. *Недопустимо бесцеремонное обращение к пациенту на «ты»*, независимо от его возраста и положения. Необходимые теплота, забота и участие не должны носить оттенок интимности, провоцировать фамильярность со стороны пациента. Важным моментом в отношениях сестры и пациента является *доверие*, основывающееся на оценке последних профессиональных и личностных качеств медицинской сестры. Усиливает доверие к сестре ее умение хранить тайны больных.

Личность медсестры, стиль ее поведения могут оказывать на больных как позитивное (лечебное), так и негативное (психотравмирующее) действие. Интересная типология медицинских сестер, учитывающая их личностные особенности и отношение к работе, представлена И.Харди в его руководстве «Врач, сестра, больной» (1988).

1. *Сестра-рутинер* (или практический тип), отличается точностью и строгостью в выполнении своих обязанностей, но упускает из виду самого больного. Механическое выполнение своих функций может привести к парадоксальной ситуации, например, когда сестра будит спящего больного, чтобы дать ему снотворное.

2. *Артистический тип* характеризуется стремлением подражать кому-либо и играть заученную роль. Такая медицинская сестра стремится произвести впечатление на больного, выступая в роли благодетельницы или наставницы, подчеркивая свою значимость или бескорыстие. Неискренность поведения часто обнаруживается больными, что может затруднять формирование доверия.

3. *Нервный тип* проявляется раздражительностью, частой усталостью, ощущением, что ее труды не ценятся окружающими. Эмоциональное напряжение сестры передается пациентам, которые также чувствуют себя беспокойно, опасаются обращаться с какими-либо просьбами, в том числе имеющими значение для успешности лечебно-диагностического процесса. Нередко в таких случаях у медицинской сестры обнаруживается невротическое состояние или психопатические черты личности. У некоторых медицинских сестер с патологическими чертами характера может возникнуть зависимость от лекарств (токсикомания), к которым она прибегает, пытаясь справиться со своим состоянием.

4. *Мужеподобный тип* характеризуется крупным телосложением, решительностью, энергичностью, самоуверенностью, бескомпромиссностью. Больные трактуют ее поведение как «солдафонское». При высоком интеллекте и хорошем образовании она может стать прекрасным организатором, выполняя роль старшей медицинской сестры, успешно воспитывать и обучать молодых медицинских сестер. В неблагоприятных обстоятельствах при невысоком интеллекте и примитивности личности такие сестры бывают негибкими, прямолинейными, нередко агрессивными и деспотичными по отношению к пациентам.

5. *Материнский тип* медицинской сестры характеризуется пикническим телосложением, душевностью и заботливостью.

6. *Сестры-специалисты*, работающие, например, на электрокардиографе или электроэнцефалографе, обычно преданы своей профессии и иногда испытывают чувство превосходства над медицинскими сестрами, работающими в отделении.

Нарушение принципов деонтологии медицинской сестрой может нанести больному такой же вред, как и ятрогенное (врачебное) влияние. *Врач обязан контролировать и оценивать работу медицинских сестер в медико-психологическом плане, проводить с ними воспитательную работу как непосредственно, так и через старшую медицинскую сестру, руководство отделения.*

Лаборанты своими неосторожными высказываниями и оценкой результатов исследования могут вызвать тревогу у больного, опасения в отношении искренности врача, а иногда и его квалификации. Поэтому необходимо следовать правилу, определяющему взаимоотношения врача-клинициста с лаборантами и другими врачами-консультантами. Это правило сформулировано А.Р.Лурия на примере рентгенологической службы: «Рентгенолог является консультантом лечащего врача, а не больного».

---

## Глава 15. Основы психогигиены

---

Психогигиена, являясь частью общей гигиены, в то же время представляет собой самостоятельную отрасль со своими целями, задачами и методами исследования.

**Психогигиена** (от греч. *psyche* – душа, *hygieinos* – приносящий здоровье, целительный) – это наука об обеспечении и сохранении психического здоровья. Со времени своего зарождения она всегда была непосредственно связана с **психопрофилактикой**. Но если последняя больше нацелена на предупреждение психических заболеваний или психических нарушений, то цель психогигиены – разработка системы мероприятий, направленных на *формирование, поддержание и укрепление психического здоровья*. Психогигиена связана также с **психокоррекцией** и **психотерапией**, использующими приемы и методы, которые позволяют устранять отклонения в психической деятельности и способствуют гармонизации личности.

Охрана психического здоровья населения касается многих сторон жизни и деятельности человека, начиная от возрастных особенностей и заканчивая условиями труда. Поэтому существуют различные разделы психогигиены, изучающие определенные аспекты человеческой жизни: возрастная психогигиена, психогигиена физического и умственного труда, психогигиена обучения, психогигиена быта, психогигиена семьи и половой жизни, психогигиена больного человека. Выделяются специальные разделы психогигиены: военная, космическая, инженерная и др.

В многочисленных работах, посвященных поддержанию психического здоровья, в качестве необходимых условий для этого называется обеспечение:

- наличия чувства защищенности;
- наличия смысла жизни;
- уважения и самоуважения;
- соответствия психических нагрузок уровню индивидуальной переносимости;
- необходимости и возможности устранения эмоциональной напряженности.

Неблагоприятное влияние на психическое здоровье человека могут оказывать как сутобо личностные причины («биографические

кризы»), так и социальные факторы. **Личностные причины** включают ситуации семейного (супружеские проблемы, измена, развод, болезнь или смерть супруга, другого родственника и др.) и бытового (жилищные и финансовые проблемы) характера. Среди **факторов социальной среды, оказывающих деструктивное влияние на психику человека**, выделяют:

- неблагоприятную экологическую обстановку;
- высокий темп жизни и урбанизацию;
- усложнение профессиональной деятельности;
- сильную загруженность (перегруженность) работой;
- потерю или риск потери работы;
- большое расстояние между работой и домом (транспортный стресс);
- недостаточный уровень зарплаты и экономического стимулирования.

Для поддержания психического здоровья и обеспечения необходимого уровня социальной и психологической адаптации необходимо стремиться к здоровому образу жизни, пропаганда основ которого, в соответствии с приказами Министерства здравоохранения РФ, является обязанностью каждого медицинского работника. Формирование здорового образа жизни позволяет создать систему преодоления факторов риска.

**Здоровый образ жизни** — это поведение, базирующееся на научно обоснованных санитарно-гигиенических нормативах, направленных на достижение физического и психического комфорта, укрепление и сохранение здоровья, активизацию защитных сил, обеспечение высокого уровня трудоспособности, активное долголетие.

Здоровый образ жизни предполагает:

- 1) сознательную организацию условий труда, позволяющую, по возможности, избегать психических и физических перегрузок;
- 2) чередование труда и отдыха с обязательным использованием выходных дней и отпуска по назначению;
- 3) рациональное сбалансированное питание, достаточный сон;
- 4) достаточную двигательную активность, отказ от пассивных форм отдыха;
- 5) регулярную сексуальную жизнь;
- 6) наличие увлечений (хобби), которые должны кардинально отличаться от профессии и в которых (желательно) должны быть задействованы различные стороны индивидуальности;
- 7) отказ от вредных привычек (злоупотребления алкоголем, другими психоактивными средствами, курения);
- 8) соблюдение правил личной гигиены;
- 9) бережное отношение к окружающей среде;
- 10) создание гармоничных условий в семье;
- 11) нормальные межличностные отношения в трудовом коллективе, с ближайшим окружением (родственниками, соседями и т.д.);

12) активное участие в культурных мероприятиях, занятия физкультурой;

13) избегание чрезмерно напряженных, приводящих к утомлению мероприятий и занятий (частого посещения дискотек, просмотра телепередач и фильмов устрашающего содержания, перенасыщенных жестокостями, злоупотребления компьютерными играми и Интернетом и т.п.);

14) создание, по возможности, комфортных условий для труда и отдыха.

Не менее значимы и **личностные характеристики**, позволяющие сохранять психологическое равновесие и избегать дезадаптивных форм реагирования, среди которых выделяются:

- способность принимать реальность во всем ее многообразии;
- позитивное отношение к самому себе, другим людям и миру в целом;
- адекватная устойчивая самооценка, мотивация на успех;
- принятие личной ответственности за свою жизнь, способность делать осознанный выбор и нести ответственность за его последствия;
- способность устанавливать конструктивные отношения с другими людьми;
- осознание проблемы зависимости и проблемы вины;
- осознание проблемы личных ценностей, смысла жизни «для меня», смысла труда «для меня», проблемы счастья;
- приведение притязаний и ожиданий в соответствие с реальностью;
- формирование навыков планирования, построения жизненной перспективы, преодоление страха перед будущим;
- знания о проблемах стресса, выработка индивидуальной тактики управления стрессом, навыков саморегуляции.

Следует, однако, помнить, что психика, субъективный мир человека не только чрезвычайно изменчивы, но и, что еще более важно, непрерывно обновляются, совершенствуются. Поэтому ставить знак равенства между психикой ребенка, подростка, юноши, человека зрелого и пожилого возраста вряд ли допустимо. По мнению Г.К.Ушакова (1984), полноценная систематика разделов психогигиены должна учитывать сравнительно-возрастные особенности психики на разных этапах жизни человека.

### ***Психогигиена детского и подросткового возраста***

Психогигиена детства строится с учетом особых качеств психики ребенка, позволяющих обеспечить гармоничное ее формирование.

Главная особенность деятельности ребенка дошкольного возраста состоит в том, что она всегда проявляется в играх. Ни в каком другом возрасте игра не имеет такого важного значения для психического развития, как в детском. Именно поэтому правильная, последо-

вательно усложняемая **организация игровой деятельности ребенка** — залог наиболее полноценного формирования его психики.

Формирование психики ребенка не должно быть результатом стихийных сочетаний непосредственно пережитых им жизненных ситуаций, а в большей или меньшей степени обеспечиваться при помощи исторически сложившихся *систем воспитания*. Повседневная жизнь с ее подчас неожиданными событиями, разнообразие человеческих индивидуальностей, возможность врожденного аномального формирования психики — все это свидетельствует о том, что воспитание ребенка не может быть неорганизованным, а должно направляться семьей и воспитателями дошкольных учреждений и основываться на *принципе последовательности, этапности*. Воспитание становится действенным орудием формирования гармоничной, психически здоровой личности лишь в том случае, если учитывается ее индивидуальность и строго соблюдаются психогигиенические требования.

У некоторых детей, особенно с астеническими и тревожными чертами личности, при помещении их в детский сад могут возникать невротические срывы, ночные страхи, снохождение, заикание и т.п. В таких случаях следует отсрочить оформление ребенка в дошкольное учреждение, дать ему возможность восстановить душевное равновесие. К посещению детского сада ребенка надо готовить постепенно, пробуждая у него возникновение «детсадовской мотивации». На первых порах следует раньше забирать его домой и т.д.

В детстве происходит последовательное развитие и усложнение **впечатлительности**. Растущее значение впечатлений (роль которых, естественно, сохраняется и позже — всю жизнь) особенно наглядно прослеживается до 12–14-летнего возраста. В этот период ребенок живет главным образом впечатлениями от объектов и явлений непосредственной действительности, на основе которых формируется, в первую очередь, его психическая деятельность. Известно, что в своих играх дети часто воспроизводят ситуации из жизни взрослых («Папа пришел домой пьяным и обижает маму» и т.п.). Поэтому так важна психологическая атмосфера, в которой воспитывается ребенок.

В отличие от этого подросток, начиная с 12–14-летнего возраста, строит свои суждения и умозаключения уже не только на основе непосредственных впечатлений от действительности, но и на сочетании образов, вызванных непосредственными впечатлениями, с образами представлений, хранящимися в памяти. На основе субъективного оперирования такими образами появляется **рефлексия** (способность познавать собственную умственную деятельность), являющаяся необходимым условием для развития личности. Это отличает в частности психику подростка от психики ребенка.

Воспитание представляет собой непрерывный процесс, который уже на ранних этапах жизни ребенка включает элементы обучения.

Однако с началом посещения школы главным средством воспитания становится уже **система обучения**. Последняя не только обогащает знания и навыки ребенка, но, что более важно, при правильной организации оздоравливает психику, обеспечивает ее гармонию. Успешность адаптации к школе во многом зависит от уровня психической зрелости и готовности ребенка к школе, а также от личности первого учителя. Дефекты обучения могут привести к надлому или искажению еще не развитых психических свойств ребенка, способствовать замедлению (ретардации) или ускорению (акселерации) развития отдельных элементов психики и, следовательно, стать источником формирования аномальных черт личности. Поэтому **психогигиена обучения** – один из ведущих и чрезвычайно существенных разделов психогигиены, обеспечивающий у особенно ранимых и подверженных разнообразным влияниям подростков формирование гармоничной, здоровой психики.

Представители сравнительно-возрастного направления в психогигиене важную роль в полноценном психическом развитии подростков отводят **психогигиене полового чувства** и собственно **психогигиене половой жизни**. Известно, что именно в пубертатном периоде развития появляются первые, нередко «темные чувства», являющиеся отражением происходящих в организме изменений, связанных с половым созреванием и началом половой зрелости. У девочек, кроме того, в этот период появляются, иногда неожиданные для них, менструации со всеми вытекающими психологическими последствиями. Начинаясь у подростка сложные биологические изменения всегда сказываются на оценке им действительности, семьи, коллектива, общества. Жизненная практика свидетельствует, что все эти изменения протекают значительно менее болезненно и не нарушают формирования психики подростка, если последний разумно подготовлен к их началу, если ему оказана поддержка со стороны взрослых, если его самовосприятие и мироощущение корректируются по мере возникновения неосознанных и непонятных чувств. Этим и оправдывается выделение *психогигиены полового чувства*, которая исследует его и разрабатывает мероприятия, направленные на гармоничное формирование сексуальности в пубертатном периоде.

Правильный режим дня, чередование нагрузок и отдыха, физического и умственного труда, внешкольные увлечения (музыка, театр, коллекционирование и др.), спортивные занятия позволяют избежать переутомления и психической травматизации.

Психогигиеническая работа с детьми должна проводиться на всех этапах их развития, в семье, в дошкольных учреждениях, в школе. Ведущая роль в обеспечении психогигиенических мероприятий принадлежит родителям и педагогам, которые должны иметь определенную подготовку. Психогигиеническая работа вне школы должна быть направлена на ослабление воздействия на ре-

бенка или подростка нездоровых бытовых и психологических условий в семье, влияния неформального окружения (дворовые компании, неформальные группировки). С учетом особенностей психики подростка, важно найти разумный баланс между требовательностью и терпимостью, стремиться к сохранению контакта с ним, стараться не потерять его доверие. Необходимо с пониманием относиться к проблемам подростка, помочь найти интересные занятия (хобби, спорт и др.) и всячески поддерживать его полезные увлечения, способные уменьшить риск вовлечения в асоциальные компании, удержать от употребления алкоголя, наркотиков, других психоактивных средств.

В течение последних 10 лет на государственном уровне предпринимаются попытки улучшить подготовку педагогов в области психогигиены и, соответственно, реализовать необходимые психогигиенические требования в школах и других учебных заведениях. Вводятся такие предметы, как половое воспитание, валеология (наука об индивидуальном здоровье человека), которые должны способствовать формированию начиная с детского возраста жизненных приоритетов, ценностных установок на здоровье, здоровый образ жизни, овладению методами саморегуляции и самокоррекции. Однако несовершенство предлагаемых методик вызывает многочисленные нарекания специалистов, и поэтому требуется дальнейшая работа по их усовершенствованию.

Одной из задач психогигиены является формирование **правильного отношения ребенка к своему здоровью и оказанию медицинской помощи.**

В семье закладывается повышенное внимание или, наоборот, пренебрежительное отношение ребенка к своему здоровью. В дальнейшем это чревато патологическим реагированием на заболевания, в том числе и в зрелом возрасте. Личностная установка по отношению к медицинским работникам также формируется в семье. Часто родители в воспитательных целях пугают ребенка «людьми в белых халатах»: «Не будешь слушаться – придет доктор и сделает тебе укол» и т.п. Иногда формированию страха ребенка перед оказанием ему медицинской помощи способствует и неправильное поведение самих медицинских работников, которые, подыгрывая родителям, пугают детей. В оформлении негативного отношения больного ребенка к врачу имеет значение прошлый опыт обращения за медицинской помощью или нахождения в медицинском учреждении (пережитый страх, боль, одиночество и т.д.). Поэтому существенная роль в психогигиене больного ребенка принадлежит психологическому климату в детских поликлиниках и больницах. Помимо внимательного и заботливого отношения врачей и медперсонала, для детей важны любимые игрушки, книги, привносящие атмосферу тепла и уюта, а также общение с родственниками и друзьями.



### ***Психогигиена юношеского возраста***

Юношеский возраст разными исследователями не всегда четко отграничивается от подросткового (отроческого), однако каждый из них имеет ряд существенных особенностей, в связи с чем, с позиций психогигиены, целесообразно их отдельное рассмотрение.

Первое отличие юношеского возраста (17–21 год) от подросткового заключается в том, что юношество — это прежде всего период **формирования самосознания и общественного сознания**, понимания, что любой элемент деятельности индивидуума, любое его качество не является только уделом жизни и деятельности самого индивидуума, а во многом зависит от общественной принадлежности, коллективной деятельности.

Другое отличие состоит в том, что в этот период человек выходит на арену **самостоятельной жизни и самостоятельной деятельности**. Он приобретает права гражданства, качества полноправного члена общества, начинает дистанцироваться от семьи, сложившихся в ней традиций и формировать собственное мировоззрение, представления о семье, а позднее заводит и саму семью. Все эти особенности юности и возможные в связи с этим проблемы накладывают серьезный отпечаток на формирующуюся личность, которая нередко нуждается в целенаправленной поддержке, корректировке для сохранения и упрочения гармоничных качеств.

Именно в этот период складываются **жизненные навыки**, среди которых важнейшими являются:

- умение критически мыслить, самостоятельно решать проблемы;
- способность принимать ответственные решения;
- уверенность в себе, эффективное взаимодействие с окружающими;
- способность управлять своими эмоциями;
- способность избегать неоправданного риска;
- выбор друзей и построение позитивных отношений с людьми;
- осознание негативных влияний и давления со стороны других людей и способность сопротивляться им;
- укрепление связей с семьей и другими значимыми взрослыми.

Формирование жизненных навыков происходит под влиянием семьи, педагогов, других авторитетных личностей, художественной литературы и др. Помочь формированию необходимых жизненных психологических навыков и преодолению возникающих психологических трудностей могут психологическое консультирование и психотерапевтическая помощь.

Своевременно сложившиеся жизненные навыки помогают с наименьшими потерями переносить трудности, связанные с резким изменением привычного стереотипа (уход от родителей, служба в армии, учеба в другом городе и др.), способствуют адаптации к новым условиям. Психологические срывы, нарушение адаптации в таких случаях чаще всего происходят у тех, кто дома воспитывался

в «оранжерейных» условиях, при излишней опеке и подавлении самостоятельности. При лишении «родительских тормозов», гиперопеки обнаруживается отсутствие навыков самостоятельного поведения и саморегулирования.

Трудно согласиться с Фрейдом, утверждавшим, что сексуальная жизнь, либидо являются главным стимулом человеческой деятельности, определяющим психический склад, интересы, жизненные цели личности. Вместе с тем было бы неправильно недооценивать этот фактор. Жизнь показывает, насколько многообразны коллизии между людьми, возникающие на почве полового чувства и половых отношений. Это особенно ярко проявляется в поздний период юности и в последующие годы. В этой связи выделение **психогигиены половой жизни** в самостоятельный раздел не только оправдано, но и необходимо. Разработка некоторых правил добрых и семейно-брачных сексуальных отношений направлена на предупреждение невротических расстройств и аномалий личности, связанных с дисгармонией в половой сфере, сексуальными нарушениями. Появление нового направления «**психогигиена любви и интимно-брачных отношений**», получившего развитие в последние годы, обусловлено массовым распадом семей, разрушением традиционных норм половых отношений, ростом венерических заболеваний.

**Создание семьи** может служить для юноши или девушки как источником счастья, так и серьезным испытанием. Особенно сложным является первый год семейной жизни, когда вырабатывается модус взаимоотношений с психологически разными индивидуумами, проходит испытание бытовыми трудностями. Часто возникает конфликт между ожидаемым, идеальным и реальным. Труднее проходит адаптация в тех семьях, где идет борьба за лидерство, нежелание идти на уступки друг другу, стремление перевоспитать своего супруга. Сложности возникают у социально незрелых, инфантильных личностей, имеющих неправильное представление о браке как источнике только радостей без обязанностей и трудностей.

**Рождение ребенка** обычно является радостным событием в семье. Однако и здесь могут возникать психологические сложности. У молодой матери на фоне астенизации, связанной с недосыпанием, естественной усталостью в связи уходом за ребенком, может развиваться страх, что она не справится со своими обязанностями. Встречаются и депрессивные нарушения, особенно если муж мало помогает жене, недостаточно заботлив. Внимание молодой матери, естественно, полностью занято младенцем, и на мужа не остается ни сил, ни времени. У некоторых молодых отцов возникает ревность к ребенку, который забирает все внимание и любовь супруги, создавая ощущение у мужа, что «он лишний».

Помогают преодолеть возникающие психологические трудности у молодых супругов советы и реальная помощь родителей, старших товарищей, друзей. Призваны оказывать подобную помощь и созда-

ваемые в некоторых городах службы молодой семьи, в которых работают опытные психологи и психотерапевты.

### ***Психогигиена зрелого возраста***

Наиболее значимыми сторонами жизни, способными стать источником личностных переживаний и вызвать психологический срыв или более серьезные психические нарушения, в зрелом возрасте являются профессиональная деятельность, семья, бытовые отношения.

**Психогигиена профессиональной деятельности.** Начало систематической трудовой деятельности, особенно современные формы труда, связанные с длительным психофизическим напряжением, освоением и использованием сложных технических устройств, могут порождать разнообразные психологические проблемы, способные оказывать негативное влияние на психику. Среди факторов профессиональной деятельности, независимо от профессии, которые могут приводить к эмоциональной нестабильности, стрессу и связанной с ними дезадаптацией, выделяют:

- перегруженность работой;
- радикальные изменения должностных обязанностей или условий труда;
- процесс вхождения в новую должность;
- повышенную ответственность за принятие решений;
- дефицит времени;
- недостаток полномочий для принятия решений;
- возможная опасность работы для жизни и здоровья сотрудника;
- угроза личностному и профессиональному авторитету;
- необходимость часто идти на компромисс во имя карьеры;
- неудовлетворительные деловые отношения с руководством, подчиненными, коллегами;
- недостаток информации об оценке руководителями труда работника;
- неопределенность должностных задач и обязанностей;
- неопределенность должностного роста, отсутствие возможности роста.
- ограничение профессиональной активности, отсутствие свободы для творчества;
- отсутствие удовлетворенности результатами профессиональной деятельности, в том числе с материальной точки зрения (низкая заработная плата) и др.

Учитывая чрезвычайно высокую специализацию форм трудовой деятельности, в рамках психогигиены труда выделены следующие разделы: психогигиена инженерная, военная, авиационная, космическая и др., занимающиеся конкретными проблемами, связанными со спецификой каждой профессии.

Несмотря на повсеместное внедрение в современное производство средств механизации и автоматизации, по-прежнему актуальным остается разграничение психогигиены физического труда, умственного труда и творческой деятельности. Безусловно, творчество может быть присуще и физическому, и умственному труду, но его удельный вес в этих видах труда часто остается невысоким, так как внедряемые системы автоматических линий, компьютерного управления и др. ограничивают возможности самостоятельного, творческого подхода к профессиональным обязанностям. Именно поэтому психогигиена труда должна сохранять дифференцированный подход к разработке мероприятий, направленных на сохранение психического здоровья при разных формах физического, умственного и творческого труда.

К сожалению, социально-экономические и политические условия не всегда способствуют гармоничной жизни человека в обществе, а часто даже являются причиной стрессов. В результате наблюдаются высокий уровень невротизации населения, большое число самоубийств, случаев немотивированной агрессии, психосоматических заболеваний, называемых «болезнями цивилизации». Возникающая дезадаптация человека в современном обществе нередко служит причиной употребления им алкоголя и других психоактивных средств, о чем свидетельствует рост алкоголизма и наркоманий.

Предупредить возникновение дезадаптации человека в современном мире и ее последствия может только комплекс политических, социальных и медико-психологических мер. Помимо изменения внешних условий, важно научить человека методам саморегуляции, позволяющим снимать психофизическое напряжение, восстанавливать нарушенные межличностные отношения.

**Психогигиена семьи** – один из важнейших разделов психогигиены, занимающийся разработкой и регламентацией мероприятий, упорядочивающих жизнь семьи и создающих благоприятные условия для оздоровления и совершенствования психической индивидуальности каждого ее члена. Психогигиена семьи, помимо отношений в интимной сфере, охватывает психологические нюансы супружеских отношений, вопросы гармоничного брака, предупреждения семейных конфликтов и возможного распада семьи.

Семья представляет собой ячейку общества, имеющую свои собственные только ей особенности. Это обусловлено многогранными взаимоотношениями мужа и жены, кровными родственными связями внутри семьи, отношениями между родителями и детьми. Особенности семьи как коллектива определяются также единством жилья, быта, своеобразием индивидуальной собственности на предметы домашнего обихода и др.

Статистика свидетельствует, что в последние десятилетия значительно увеличилось число разводов, что неудачный брак играет большую роль в развитии алкоголизма, преступности. Дети, воспи-

тывающиеся в неполных семьях (одним родителем), оказываются в сложной ситуации, которая часто отрицательно сказывается на их формирующейся психике. Пограничные формы психической патологии в неполных семьях возникают значительно чаще, чем в полноценных, благополучных семьях.

В связи с этим возникает настоятельная необходимость правильной подготовки к браку, создания условий для гармоничных браков, разработки системы мероприятий, направленных на упрочение, совершенствование семейных отношений. Причинами распада семьи часто являются несовместимость или конфликты в сфере сексуальных отношений. В частности нередко отрицательно сказывается на семейных отношениях изменение полового чувства и сексуальной жизни, связанное с климаксом.

### *Психогигиена позднего возраста*

Интерес к психогигиене пожилых и престарелых во многом связан с тем, что в возрастной структуре населения доля лиц старших возрастных групп весьма высока.

Комитетом экспертов ВОЗ выдвинут девиз: «Полноценная жизнь в старости». Другими словами, необходимо удовлетворять специфические потребности пожилых и старых людей и коренным образом изменить к ним отношение. Намечены мероприятия по организации медицинской помощи и социальному обеспечению лиц позднего возраста. В отчетах комитета указывается, что, по многочисленным данным, значительная часть пожилых и престарелых страдает от нищеты, изоляции, неуверенности в своем положении и от общего неблагополучного состояния. Ставится вопрос о праве пожилых людей продолжать трудовую, по возможности, профессиональную деятельность, играть активную роль в обществе, внося сильный вклад в его развитие.

Выдающийся русский ученый И.И. Мечников в книге «Этюды оптимизма», вышедшей в 1911 г., мрачной картине патологической старости с физической и психической слабостью, болезнями, социальным упадком противопоставил «светлый образ старости — естественной и здоровой, полнокровной и гармоничной, мудрой и обогащенной опытом».

Известна французская поговорка: «Каждый стареет так, как он жил», в которой подчеркивается, что процесс старения индивидуален. Однако существуют и такие изменения психики, которые присущи в той или иной мере всем пожилым людям и являются признаками старости. В психологии и психопатологии старости выделяются наиболее типичные поздневозрастные изменения: это заострение черт характера, нередко с развитием эгоцентризма, повышенной чувствительности, ранимости, обидчивости, медлительность в принятии решений, недоверчивость с идеями ущерба, чрезмерное сосредоточение интересов на физической и материальной

сторонах собственного бытия. Указанные психологические особенности обусловлены как **физиологическими**, так и **социальными факторами**. К последним можно отнести снижение социального статуса человека в семье и обществе, изменение привычных жизненных стереотипов после выхода на пенсию, ухудшение экономического положения, одиночество, связанное со смертью супруга, других близких и созданием детьми собственных семей. Хуже переносят старение и старость мужчины, люди умственного труда, занимавшие высокое социальное положение. Очень важно, чтобы человек на новом этапе своей жизни нашел новый смысл своего существования: воспитание внуков, написание мемуаров, работа на приусадебном участке и т.д.

Нельзя не считаться с **повышенной чувствительностью лиц позднего возраста к различным вредностям**, в результате чего могут возникнуть психические расстройства. Уход пожилого человека на пенсию и прекращение трудовой деятельности связаны с ломкой динамического стереотипа его жизни и поэтому являются испытанием для его психики. В связи с этим в пожилом возрасте **целесообразен не резкий, а ступенчатый переход** к более легкому режиму привычного труда, поэтапная смена более ответственной работы на менее ответственную. Желательно привлекать пожилых к работе с неполным рабочим днем, использовать их в подготовке кадров.

Привлечение пожилых людей к трудовой деятельности требует соблюдения ряда психогигиенических требований, так как у людей в этот период жизни ухудшается способность психики приспосабливаться к новым требованиям и обстоятельствам, труднее изменяются привычки и стереотипы, снижаются внимание и память. Перевод на другую работу с изменением условий труда следует производить только с учетом возможностей пожилого человека и производственной целесообразности такого перевода. Не рекомендуется продолжать работу при наличии сильных раздражителей (шум, вибрация, мелькающий свет и т.д.). В связи с меньшей подвижностью психики в пожилом возрасте не рекомендуется посменная работа, особенно по ночам, поскольку это обычно приводит к нарушениям сна. Важными факторами успешности труда пожилых людей являются его строгая ритмичность и возможность дополнительного отдыха, а также **чередование умственного труда с нетяжелым физическим**, желательно на свежем воздухе (например, легкая работа в саду). Хотя в пожилом возрасте **предпочтительны пассивные формы отдыха**, с психогигиенической точки зрения, отдых не должен быть только пассивным. Напротив, посильные активные формы отдыха (прогулки, рыбная ловля и др.), как и специальные комплексы физических упражнений для пожилых и стариков физиологически вполне обоснованны. Необходимо уделять внимание соблюдению режима труда и отдыха, рациональному питанию.

Важнейшее психогигиеническое и общегигиеническое значение имеет полноценный сон. Раннее пробуждение и более короткий по числу часов сон можно считать физиологической нормой для пожилых и старых людей, но при этом важными психогигиеническими факторами служат достаточная глубина сна, его спокойное протекание, свежесть и бодрость после пробуждения. Режим питания стариков предполагает ограничение потребления животных жиров и углеводов, приема таких возбуждающих напитков, как кофе, какао, чай. Важны также резкое сокращение приема крепких спиртных напитков и полное прекращение или хотя бы значительное ограничение курения.

Система охраны психического здоровья старшевозрастных контингентов населения должна быть многосторонней и включать своевременную и качественную амбулаторную и стационарную медицинскую помощь, создание благоприятных домашних условий, организацию бытовой помощи на дому (за счет социальных служб), создание клубов для отдыха пожилых людей, специальных домов-интернатов для престарелых.

Психогигиенические мероприятия практически совпадают с конкретными формами психопрофилактики применительно к тем или иным жизненным обстоятельствам и возрастным периодам.

### ***Психогигиена при оказании медицинской помощи***

Психогигиена в медицине берет свое начало из психиатрии. Как самостоятельное понятие оформилась в XIX веке благодаря активной деятельности К. Бирса, который, будучи в течение многих лет пациентом одной из американских психиатрических клиник, написал книгу «*Душа, которая нашлась вновь*». В ней он изложил недостатки поведения врачей и обслуживающего персонала по отношению к больным. В 1948 г. создана Всемирная организация психического здоровья, основной задачей которой является разработка концепции психического здоровья и мер по его сохранению.

Что же касается других отраслей медицины, то внимание, уделяемое ими сохранению психического здоровья пациентов, предупреждению психогенных расстройств и психосоматических заболеваний, по-прежнему оставляет желать лучшего. То же самое можно сказать и о психическом здоровье самих врачей, работа которых нередко протекает в условиях психологического стресса.

Требования, предъявляемые к медицинскому учреждению, врачам и другим медицинским работникам, подробно рассмотрены в разделе «*Медицинская деонтология*». Поэтому здесь достаточно остановиться лишь на основных моментах, имеющих значение в плане соблюдения психогигиенических условий при оказании медицинской помощи.

### *Психогигиена больного*

Соблюдение психогигиенических требований обязательно во всех звеньях и на всех этапах медицинской помощи.

Уже сама **атмосфера медицинского учреждения** должна благоприятствовать более быстрому выздоровлению. Безусловно, казенная обстановка, являющаяся результатом недостаточной материальной обеспеченности медицины, серые обшарпанные стены, плохо вымытый пол, тяжелый запах, давно не стиранные медицинские халаты не могут не вызывать определенного эмоционального угнетения у пациента.

Пребывание человека в медучреждении не должно походить на заключение, когда препятствуют свободному перемещению пациентов в пределах отделения (просто потому, что это раздражает медперсонал), без необходимости ограничивают посещения их родными и друзьями, просмотр телепередач и т.д. Медицинский персонал при этом выступает не в роли верных помощников врача, заботящихся чтобы больной скорее выздоровел, а в роли бездушных привратников и распорядителей. Безусловно, медицинский персонал должен обеспечивать порядок в работе отделения, но при этом не должен относиться к пациентам высокомерно-снисходительно.

Первостепенное значение имеет **психогигиена взаимоотношений врача и пациента**, важнейшие моменты которых описаны в главе «Медицинская деонтология». Иногда пациент, испытывающий выраженные болевые ощущения или тревогу и страх, не может четко изложить свои жалобы, что вызывает раздражение врача и затрудняет его общение с больным. Ригидная личностная установка врача, нежелание полностью и внимательно выслушать жалобы пациента, отсутствие эмоциональной реакции и, тем более, неуважительные высказывания в адрес больного способствуют дополнительной травматизации последнего.

Успешность лечения в значительной мере зависит от отношения самого больного как к конкретному врачу, данному медицинскому учреждению, так и к медицине в целом, а также от его стремления к выздоровлению. В этом плане важную роль играет прошлый опыт пациента, его личностная установка по отношению к медицинским работникам. К сожалению, иногда сам врач сознательно или неосознанно запугивает даже взрослых пациентов, допуская высказывания, имеющие элементы суггестии: «Почему так поздно обратились? Разве можно так запускать болезнь?!» и т.п. Страх и тревогу вызывает очевидное нежелание врача предоставить пациенту информацию о состоянии его здоровья.

Значительное влияние (причем не всегда позитивное) на психическое состояние пациентов оказывает *обсуждение врачами клинико-диагностических особенностей заболевания во время обходов, клинических разборов и консультаций*. Надо помнить, что больной придает значение не только содержанию высказываний участников конси-



лиума, но и психологическим нюансам их поведения. Использование специфических терминов, не понятных больному, без последующего объяснения их сути в доступной для него форме может привести к возникновению различных симптомов ятрогенной природы.

Наконец, важным звеном психогигиенических мероприятий, влияющих на эффективность помощи больному, является *преодоление отчужденности и механистичности манипуляций*, проводимых с диагностической и лечебной целями. Особенно это касается инструментальных методов, когда сложная аппаратура вызывает у пациента смешанное чувство почтения и страха. Если при проведении исследования или лечебной процедуры специалист сосредоточен лишь на аппаратуре и важных параметрах, забывая при этом, что перед ним конкретный человек со своими мыслями и чувствами, у пациента возникает тяжелое ощущение отчужденности, он начинает осознавать себя отвлеченным, как бы неодушевленным, объектом манипуляций. Поэтому важно, чтобы необходимая сосредоточенность на исследовании сочеталась с сопереживанием пациенту, уважением к его личности.

### *Психогигиена медицинского работника*

Как уже было отмечено выше, профессии врача и медицинской сестры связаны с особым психическим напряжением, способным оказывать негативное действие на психику. Это обусловлено профессиональной ответственностью за физическое и душевное здоровье, а нередко и жизнь других людей. Медицинские работники часто переживают эмоциональный стресс, сталкиваясь лицом к лицу со смертью. Серьезный психологический кризис у врача может быть связан с неблагоприятным течением заболевания у пациента, в том числе с летальным исходом, даже если лечение было адекватным. Возникает необоснованное чувство вины: «... видимо, сделано не все, что можно». Тем более травмирующей может стать ситуация, когда врач по тем или иным причинам допустил ошибку. Такие психические травмы могут приводить к серьезным психологическим последствиям, а иногда и к психическим нарушениям с чувством неуверенности в себе, тревогой, ощущением беспомощности и несостоятельности. Возможно развитие субдепрессивных или депрессивных состояний с суицидальными мыслями. Известны случаи, когда врачи, считающие себя виновными в смерти пациента, совершали суицидальные попытки.

Причинами психологического кризиса в работе врача и «эмоционального выгорания» могут служить и негативные влияния среды. Сюда относятся: сложная психологическая атмосфера в коллективе, неблагоприятные условия работы (недостаточная обеспеченность диагностическими и лечебными средствами, чрезмерная нагрузка и т.д.), низкая моральная и материальная оценка результатов труда. Негативные последствия для психики и общего здоровья врача могут

выражаться в нарастающей невротизации, психосоматических расстройствах и заболеваниях, увлечении психоактивными средствами, включая кофеин и табакокурение.

Чрезмерная рабочая нагрузка, плохая организация труда, конфликты с коллегами или администрацией, неудовлетворенность содержанием своей деятельностью и ее результатами способствуют психической астенизации и патохарактерологическим изменениям.

По Г.С.Абрамовой и Ю.А.Юдчиц (1998), для сохранения физического и душевного здоровья медработников необходимы следующие психогигиенические условия работы:

- удовлетворенность содержанием и результатами своей деятельности;
- оптимальные условия труда (как правило, этого добиться труднее всего);
- возможность релаксации (перерывы для сна и отдыха в течение рабочего дня, использование индивидуальных способов расслабления и концентрации);
- распределение ответственности между всеми членами коллектива;
- комфортный микроклимат в коллективе, когда взаимоотношения с коллегами определяются общей целью, доверием и взаимопомощью.

Соблюдение перечисленных психогигиенических требований, по мнению авторов, позволит обеспечить более гуманное отношение медицинских работников к пациентам и снизить число ятрогенных расстройств.

При появлении хотя бы отдельных признаков «эмоционального выгорания» и профессиональной деформации личности врачу необходимо тщательно проанализировать ситуацию и предпринять соответствующие меры: уменьшение нагрузки, иногда смена коллектива или даже специальности, самовоспитание или обращение за помощью к психологу либо к психотерапевту. Достичь высокой эффективности такой помощи можно, используя специально создаваемые **группы профессионально ориентированного тренинга**, названные по имени М.Балинта, в своей классической работе «Доктор, его пациент и болезнь» (50-е гг. XX в.) обратившего внимание на необходимость психологической помощи врачу. Программа занятий в группах практикующих врачей нацелена на улучшение их профессиональных качеств путем привлечения внимания при обсуждении конкретных случаев из медицинской практики к психологическим аспектам работы с больными, к отношениям врач—больной.

Среди основных подходов, средств и методов, способствующих развитию психогигиенических знаний и их воплощению в жизнь, можно выделить:

- широкое медицинское просвещение населения;
- более высокий уровень преподавания клинической психологии в медицинских вузах и училищах;

- улучшение медико-психологической подготовки врачей через систему последипломного образования (знакомство их с методами психопрофилактики и психореабилитации, основами психологического консультирования и психотерапии, создание и проведение тренинговых групп личностного и профессионального роста и т.д.);
- введение в штатное расписание больниц и поликлиник (как психиатрических, так и общесоматических) должности клинического психолога;
- расширение имеющейся сети психологических консультаций, психологических служб разной направленности (для реабилитации жертв насилия, для оказания помощи в разрешении семейно-бытовых проблем и др.), кабинетов социально-психологической помощи, телефонов доверия.

---

## **Глава 16. Основы психопрофилактики**

---

**Психопрофилактика** — раздел общей профилактики, в рамках которого осуществляются мероприятия, направленные на предупреждение психических расстройств.

Задачами профилактики любых заболеваний и расстройств, включая психические, являются:

- 1) предотвращение действия на организм болезнетворных факторов;
- 2) предупреждение развития заболевания путем ранней диагностики и лечения;
- 3) предупредительное лечение и проведение мероприятий, предотвращающих рецидивы болезней и переход их в хронические формы.

Однако, если мероприятия, направленные на предупреждение, например, инфекционных и соматических заболеваний, находят понимание как у врачей, так и у населения и с различной степенью успешности осуществляются, то психопрофилактические мероприятия такого понимания не находят. Это связано, вероятно, с тем, что заболевания, вызываемые инфекционными, химическими, физическими агентами, по мнению большинства врачей общей практики, а также в представлении населения, являются более актуальными, имеющими витальную значимость, по сравнению с психической патологией. Поэтому попытки использовать в психопрофилактических целях просветительские лекции и беседы часто не воспринимаются всерьез, а уровень знаний населения, а также многих врачей по вопросам предупреждения психологических кризисов, психических расстройств и психосоматических заболеваний оставляет желать лучшего.

Психопрофилактические мероприятия принято делить на три этапа, или уровня, в зависимости от того, здоров человек, страдает преходящими психическими расстройствами или имеются факторы риска заболевания либо у него обнаруживается стойкая выраженная патология психики.

**Первичная психопрофилактика** — это система мероприятий, направленных на предупреждение возникновения психических расстройств. Она в равной мере распространяется как на собственно психические болезни (эндогенные), так и на расстройства, связан-

ные с органической патологией головного мозга, патологию личности и психогении. К таким мероприятиям относятся, в первую очередь, *общепрофилактические (социальные, медицинские, психологические)*: улучшение экологии, устранение инфекционных заболеваний, острых и, особенно, хронических интоксикаций (в том числе алкогольной и наркотической), улучшение медицинской и психологической помощи населению в целом, предупреждение травматизма на производстве и в быту, улучшение социально-экономического положения в стране и др.

Первичная психопрофилактика, направленная **на охрану психического здоровья нынешнего и будущих поколений**, занимается вопросами предупреждения психических заболеваний, гигиеной брака и зачатия, предупреждением возможных вредных влияний на беременность, организацией родовспоможения, ранним выявлением пороков развития у новорожденных и своевременным применением методов лечебно-педагогической коррекции на всех этапах их развития.

Психопрофилактические мероприятия, способствующие повышению **устойчивости психики к вредным воздействиям**, — это правильное воспитание ребенка, борьба с детскими инфекционными заболеваниями и психогениями, способными вызвать задержку или асинхронную психического развития, психический инфантилизм, невротические нарушения.

Возможности **предупреждения эндогенных психических заболеваний**, возникновение которых связано в основном с наследственной предрасположенностью, ограничены медико-генетическим консультированием, пренатальной диагностикой некоторых форм умственной отсталости.

Первичная профилактика психических нарушений **при органической патологии головного мозга и соматических заболеваниях** заключается в своевременном выявлении и адекватном лечении основной патологии.

Психопрофилактика **психосоматических заболеваний** должна быть ориентирована на личностные особенности человека, склонного к патологическим вегетативно-соматическим реакциям на стрессовые ситуации, вызывающие чувства обиды, страха, агрессии. Необходимо обучение саногенному поведению, позволяющему нормализовать систему отношений личности, устранить патологические механизмы неадекватных психосоматических реакций. С этой целью должно шире использоваться медико-психологическое консультирование и, при необходимости, методы психокоррекции и психотерапии.

Основными причинами роста психогенных расстройств, связанных со стрессом, нарушением адаптации, являются неблагоприятная социально-экономическая обстановка в стране, социальная незащищенность, безработица, межнациональные конфликты и др.

Непосредственными причинами пограничных психических расстройств (психогенных реакций, неврозов) чаще служат семейные, социальные, бытовые и другие конфликты. Одной из причин могут быть ятрогении и нарушения правил медицинской этики. Например, психотравмирующее влияние на человека может оказать заключение о результатах профилактического осмотра, обнаружившего незначительные отклонения от нормы, в котором используются непонятные ему медицинские термины, а также неправильно проводимая санитарно-просветительная работа.

Психопрофилактика **пограничных психических расстройств** должна заключаться прежде всего в устранении или предупреждении ситуаций, способных оказывать психотравмирующее действие на личность, что не всегда возможно, так как связано с серьезными преобразованиями в социальной микросреде и обществе в целом. Поэтому основные психопрофилактические мероприятия должны быть направлены на **повышение психологической грамотности населения, пропаганду здорового образа жизни, оказание психологической помощи психически здоровым людям в сложных ситуациях, обучение их методам психологической саморегуляции, использование психокоррекции**. Определенное значение в комплексе психопрофилактических мероприятий имеют проводимые социальными психологами и другими специалистами скрининговые психологические исследования широких масс населения с целью выявления **групп риска**. Ведущую роль в проведении психопрофилактических мероприятий должны играть специалисты — медицинские психологи, психотерапевты, психиатры, социальные работники, но не менее значимо и участие врачей самых различных специальностей, работающих как в поликлиниках, так и в стационарах.

Одна из важнейших задач психопрофилактики пограничных психических расстройств заключается в **обучении людей**, попавших в сложные жизненные обстоятельства или испытывающих внутриличностный конфликт, **справляться со стрессом**.

По мнению многих специалистов, занимающихся проблемами стресса, основное правило преодоления стресса заключается в способности личности справляться с неприятностями, не относиться к ним пассивно, но в то же время не озлобляться и не обвинять в них других. Реакция на стресс должна быть осмысленной и взвешенной. Нельзя поддаваться первому эмоциональному импульсу, следует быть выдержанным и хладнокровным, смотреть на окружающий мир реалистично и так же реалистично действовать.

Определенный интерес представляют советы, как пережить стресс с наименьшими потерями, американского психотерапевта Д. Пауэлла (1996).

1. Вспомните, как вы себя чувствовали, когда все было хорошо. Когда представляешь себя в комфортной ситуации, появляются ощущения, связанные с ней.

2. Расслабьтесь физически. Если тело и мышцы расслаблены, то и психика не может быть в напряженном состоянии.

3. Постарайтесь быть реалистичнее, описывая себе или близким ситуацию, в которой находитесь. Избегайте таких слов, как «никогда», «всегда», «ненависть».

4. Живите сегодняшним днем. Установите цели на сегодня и достигайте их.

5. Не позволяйте себе «утонуть» в жалости к себе, не отказывайтесь от помощи. Любовь, дружба и помощь — мощные средства в борьбе со стрессом.

6. Заставьте стресс работать на вас. Многие люди победили стресс, отказавшись стать проигравшими. Они встретили испытание с поднятой головой. Если вы сможете принять негативное событие (например, потерю работы) как необходимость совершить позитивное действие (например, найти лучшую работу), вы победите стресс его же оружием.

7. Старайтесь не думать о прошлых событиях как о поражении.

8. Относитесь к стрессу как к источнику энергии. Каждую проблему, которую ставит жизнь, воспринимайте как вызов.

9. Вы не можете отвечать за поведение других, но можете контролировать свою реакцию на их поступки. Ваша главная победа — это победа над своими эмоциями.

10. Не старайтесь угодить всем, это нереально, вы должны время от времени угождать себе.

11. Нарисуйте мысленно картину своего будущего и сравните ее с тем небольшим по времени кризисом, который вы переживаете в настоящее время.

Для снятия психической напряженности и переутомления рекомендуется использовать метод «отключения», направленный на временное забывание сложных, стрессогенных проблем, перенос внимания на отдых, интересующие увлечения (хобби), занятия физическими упражнениями. Важно во время перерывов в работе, отдыха полностью отключиться от служебных дел, послушать музыку, посмотреть легкую телепередачу, провести небольшую физическую разминку (совершить пешую или велосипедную прогулку). Юмор в отношениях с окружающими помогает снять излишнее напряжение.

Уменьшают напряжение и внутреннее беспокойство различные способы расслабления и самовнушения, обучаться которым целесообразно под руководством опытного психолога или психотерапевта.

#### **Основные виды психопрофилактической помощи:**

- воспитание психологической грамотности, просветительская работа, касающаяся вопросов стресса, его последствий и методов психопрофилактики;
- обучение общедоступным методам преодоления стрессовых состояний;

- отработка навыков освобождения от негативных привычек, девиантных форм поведения;
- изменение нарушенных межличностных отношений (групповая, семейная психотерапия);
- освоение приемов саморегуляции (аутогенной тренировки, методов релаксации, регулирования сна и др.).

Различные формы и методы оказания психопрофилактической помощи реализуются через систему медико-психологических служб (психогигиенические кабинеты, кабинеты психологической помощи при территориальных поликлиниках и на предприятиях, центры психологического консультирования, кризисные центры и др.).

**Вторичная профилактика** — система мероприятий, направленных на устранение выраженных факторов риска, которые при определенных условиях (снижение защитных сил организма, переутомление, дополнительные психотравмирующие ситуации) могут привести к обострению или рецидиву заболевания, в том числе к возникновению расстройств, опасных для здоровья или жизни самого больного или окружающих (суицидальные, агрессивные тенденции), а также предупреждение неблагоприятного течения (хронификации) заболевания.

Вторичная профилактика включает раннюю диагностику и лечение выявленных нарушений, применение адекватных методов коррекции с целью достижения наиболее полной и длительной ремиссии, последующую поддерживающую терапию, психокоррекцию, позволяющие предупредить обострение или рецидив болезни. Сюда входит и своевременная психологическая или психиатрическая помощь больным с психогенными расстройствами в результате ятрогенного влияния медицинского работника или медицинской среды. Наиболее эффективным методом вторичной психопрофилактики является **диспансерное наблюдение**, включающее выявление ранних признаков обострения заболевания, динамическое наблюдение, направленное лечение, реабилитационные мероприятия.

**Третичная профилактика** — комплекс мер, направленных на предупреждение формирования негативных психических расстройств (психического дефекта) и инвалидизации при хронических психических заболеваниях. Большую роль в этом играет правильное использование лекарственных и других средств, лечебная и педагогическая коррекция. Целью мероприятий третичной психопрофилактики является **реабилитация больных, утративших возможность полноценной жизнедеятельности**.

Реабилитация направлена на восстановление социального статуса больного (полное или хотя бы частичное) — *ресоциализацию*, предполагающую возможность использования трудовых навыков, восстановление социальных связей больного и его индивидуальной и общественной ценности. Процесс реабилитации, кроме того, способствует ускорению саногенеза. По определению М.М.Кабанова



(1979), социальная реабилитация — это метод подхода к больному человеку, характеризующийся принципами апелляции к его личности, партнерства его с врачом в реализации разносторонних механизмов, направленных на разные сферы жизнедеятельности больного и на изменение его отношения к себе и к своей болезни.

Суть реабилитации заключается в том, чтобы путем использования сохранившихся психических способностей и функций, а, по возможности, восстановления поврежденных или утраченных функций, их тренировки приспособить больного к прежним или изменившимся условиям труда и быта. Успех реабилитации во многом зависит от того, насколько адекватно будут учтены функции и способности, сохранившиеся у данного человека, а также его личностные особенности и отношение к болезни. Именно на них необходимо опираться в процессе реабилитации.

Понятие «реабилитация» связано не только с хроническими заболеваниями, но и с расстройствами, возникшими впервые, имеющими рецидивирующее или рекуррентное течение. В данном случае выделяют несколько уровней реабилитации. В основе **медицинской реабилитации** лежит восстановительная терапия, направленная на выздоровление или максимально возможное улучшение состояния, предупреждение дефекта и восстановление трудоспособности больного. Средствами ее являются все виды терапии: лекарственная, хирургические методы, психотерапия, физиотерапевтические процедуры, лечебная физкультура, массаж и др. Наличие дефекта, связанного с перенесенной физической травмой или болезнью, часто становится сложной психологической проблемой для больного. Нередко психогенная реакция больного на дефект играет большую роль в потере трудоспособности, чем сам дефект. Принято выделять два уровня компенсации дефекта: высокий уровень (активное преодоление дефекта) и низкий уровень (приспособление к дефекту). Уровень компенсации зависит не только от самого физического дефекта, но и от особенностей личности больного, от эффективности психотерапевтической работы с ним, умения врача установить контакт с больным и помочь ему создать новую жизненную доминанту.

Под **профессиональной реабилитацией** понимают использование сохранившейся трудоспособности для возвращения больного к прежней или менее сложной трудовой деятельности.

Под **социальной реабилитацией, или реадaptацией**, подразумевают создание необходимых условий жизни и быта (улучшение жилищных условий, материального обеспечения), восстановление нарушенных контактов с окружающими, которые дают возможность больному вернуться в общество, т.е. приводят к восстановлению его общественного положения.

Реабилитация требует большого напряжения воли и врача, и больного. Для успешной реабилитационной работы необходимо использовать все виды психического воздействия: книги, журналы,

кино, психотерапевтические беседы, всегда учитывая при этом возможности больного, его интересы, интеллектуальный уровень и жизненные установки.

**Психопрофилактика в профессиональной деятельности врача** должна быть направлена на предупреждение профессиональных и личностных кризисов, профессиональной деформации личности и «эмоционального выгорания». В данном случае может помочь профессиональный отбор будущих врачей. Основой для его проведения служит изучение психологических особенностей, сопряженных с каждым конкретным видом деятельности, и профессионально важных качеств, необходимых для успешного овладения ею и работы по специальности (Абрамова Г.С., Юдчиц Ю.А., 1998). При этом выявляются сложные, способные вызвать дезадаптацию личности компоненты определенной деятельности, ее психотравмирующий потенциал.

Профилактика профессиональной деформации личности должна начинаться уже в процессе обучения студента-медика (углубленное изучение общей и клинической психологии) и продолжаться на протяжении всей дальнейшей практической деятельности.

---

## Глава 17. Основы психотерапии

---

Термин «психотерапия» имеет двоякое толкование, связанное с буквальным его переводом с греческого (*psyche* – душа и *therapeia* – забота, уход, лечение), – «лечение души» и «исцеление душой». Введен термин в 1872 г. В. Тьюком («Иллюстрация влияния разума на тело») и стал широко использоваться с конца XIX века. Однако до настоящего времени нет единого мнения о границах, формах и методах психотерапии, подготовке специалистов в этой области, как нет и общепризнанного ее определения. Учитывая, что психотерапия в отечественной науке и практике традиционно относилась к медицине – рассматривалась как один из методов лечения и профилактики заболеваний (в 1985 г. она была выделена в самостоятельную медицинскую специальность), наиболее отвечающим ее сути, вероятно, нужно признать следующее определение: психотерапия – целенаправленное использование психических (психологических) методов для лечения болезней. Ее принято рассматривать как комплексное лечебное воздействие на психику больного, использующее его эмоциональные реакции, когнитивные, интеллектуальные, волевые возможности, условнорефлекторные связи, а в результате – на весь организм с целью устранения болезненных симптомов, изменения отношения к своему заболеванию, своей личности и окружающей среде (Рожнов В.Е., 1974).

С глубокой древности известны случаи влияния некоторых лиц на психическое состояние других людей. В основе лечения ряда болезней жрецами, «лечебного эффекта» заговоров, «священных танцев» шаманов лежит воздействие на психику механизмами внушения. Сохранилось выражение: «медицина держится на трех китах: ноже, траве и слове», т.е. за словом с древних времен признавалась такая же сила, как и за ножом хирурга. В древнеегипетском медицинском трактате (XVI в. до н.э.), названном «Папирусом Эберса», по имени немецкого египтолога Г.Эберса, нашедшего и опубликовавшего его в 1875 г., наряду с 900 прописями целебных снадобий и зелий приводятся слова заклинаний, которые необходимо произносить, прикладывая лекарства к больным местам. Представляет интерес содержание заклинаний: «Помоги! Иди и изгони то, что находится в моем сердце и моих членах! Заклинания благотворны в сопровождении лекарств и лекарства благотворны в сопровождении

заклинаний» (цит. по В.Е.Рожнову). Попытку дать научное объяснение психическим методам лечения попытался венский врач А.Месмер в конце XVII века. По его мнению, психическое воздействие связано с «магнетическим флюидом» — особой жидкостью, как бы разлитой во вселенной и обладающей способностью передаваться от одного лица к другому.

Развитие психотерапии как научно обоснованного метода начинается с XIX века и связано с именами Бернгейма, Бодуэна, Левенфельда, Мебиуса, а также отечественных врачей В.А.Манассеина, С.П.Боткина, Г.А.Захарьина, С.С.Корсакова, В.М.Бехтерева, которые высказывали мнение о важной роли и возможностях психического воздействия в лечении различных заболеваний.

Одно из наиболее емких определений сути психотерапии принадлежит М.Я.Мудрову: «...зная взаимные друг на друга действия души и тела, долгом почитаю заметить, что и душевные лекарства, которые врачуют тело. Они исчерпываются из науки мудрости, чаще из психологии: своим искусством печального утешить, сердитого умягчить, нетерпеливого успокоить, резкого услугать, робкого сделать смелым, скрытого откровенным, отчаянного благонамеренным. Сим искусством сообщается та твердость духа, которая побеждает телесные боли, тоску, метания».

Важный вклад в развитие отечественной и мировой психотерапии внесли труды И.П.Павлова, его учеников и последователей. Предложив теорию физиологических механизмов сна, переходных (от сна к бодрствованию) состояний и гипноза, Павлов заложил основы одного из направлений научного толкования многих явлений, которые веками считались таинственными и загадочными. Учение Павлова о сигнальных системах, физиологическом влиянии слова и внушения стало основой для научной психотерапии. На Западе особую роль в развитии психотерапии сыграли труды З.Фрейда, его учеников и последователей.

Знание психологии больного, его личностных особенностей и возможностей, его понимания болезни и отношения к ней, дает врачу возможность целенаправленно использовать в лечебном комплексе психотерапевтические методы, что, безусловно, повышает эффективность медицинской помощи. Слово врача действует на больного не меньше, а иногда даже и больше, чем медикаменты. Афоризм «Плох тот врач, после беседы с которым больному не стало легче» должен помнить каждый врач, находящийся у постели больного. Поэтому, прежде чем приступить к обследованию, необходимо узнать пациента, побеседовав с ним, и обязательно дать ему надежду на выздоровление или по крайней мере на улучшение состояния. В этом заключаются первые этапы психотерапевтической помощи пациенту.

Психотерапию принято разделять на *общую* и *частную*, или *специальную*.

Под **общей психотерапией** или психотерапией в широком смысле слова, понимают весь комплекс психических факторов воздействия на больного любого профиля с целью повышения его сил в борьбе с болезнью, создания охранительно-восстановительного режима, исключающего психическую травматизацию. Такая психотерапия служит вспомогательным средством; она необходима в любом лечебном учреждении. Иными словами, **каждое лечебное воздействие должно включать и психотерапевтический компонент. Поэтому каждый врач, независимо от его специальности, должен быть также психотерапевтом для своего пациента.** Известный отечественный психиатр В.В.Ковалев (1972), занимавшийся психическими расстройствами у соматических больных, подчеркивал, что особенно действенна психотерапия, проводимая лечащим врачом.

Психотерапевтическое воздействие на больного оказывают поведение врача, беседа о характере заболевания, особенностях его течения, лечебные назначения и рекомендации. Все это дает психотерапевтический эффект только в том случае, если поведение врача подчинено *главной цели — формированию у пациента адекватной реакции на болезнь (нормосоматозогнозии) и ее поддержанию на всем протяжении диагностического и лечебно-реабилитационного процесса.* Это по существу и составляет психологический и психотерапевтический аспекты работы лечащего врача. Нормализация понимания болезни, правильная оценка и отношение к ней достигаются через апелляцию к личности больного, а также путем влияния на окружающую больного среду. Процесс коррекции соматозогнозии предусматривает максимальную мобилизацию резервных возможностей больного для успешного обследования и лечения, формирование выдержки и мужества в борьбе с болезнью и ее последствиями с целью быстрого возвращения к активной жизни.

При проведении психотерапии врач оказывает влияние на личность больного, стремится изменить личностные реакции, которые способствовали возникновению заболевания, закреплению патологических проявлений. Личностные особенности больного и клинические проявления болезни определяют задачи, стоящие перед врачом, проводящим психотерапию, поэтому необходим **индивидуальный подход** в каждом случае.

Некоторые врачи рассматривают психотерапию как «обучение» больного специальным формам поведения в определенных ситуациях и умению управлять своими вегетативными и эмоциональными реакциями. Это достигается при помощи ряда методик, которыми владеют специалисты. Однако не этому процессу обучения принадлежит решающая роль в психотерапии. Психотерапевтическое воздействие, как принято считать в настоящее время, должно быть направлено на коррекцию нарушенного отношения личности к своему здоровью и микросоциальному окружению.

Основными целями психотерапии в общемедицинской практике являются:

- осознание больным своей роли в успешном лечении и реабилитации;
- коррекция неправильных реакций на болезнь (отрицания, ухода в болезнь, безразличия и др.);
- стимуляция активности больного в преодолении заболевания;
- создание системы психологической поддержки больному и условий для исправления неадекватного отношения к болезни, мешающего проведению эффективного лечения.

Психотерапевтическое воздействие необходимо оказывать на все уровни соматозогнозии и составляющие внутренней картины болезни, добываясь при этом ослабления дискомфортных явлений и болей, дезактуализации витальной угрозы, этического, эстетического, интимного и профессионально-трудовых компонентов последней. Важное значение имеют нормализация эмоциональных реакций на проявления болезни, устранение или ослабление эмоциональной напряженности, тревоги, страха. Все это повышает психологическую устойчивость больного. Достижению этих целей способствует благоприятный психологический климат в лечебном учреждении, разумное позитивное влияние на больного его родных, близких, друзей, а также медперсонала и соседей по палате. При эффективном применении всех мер психотерапевтического воздействия у больного улучшается настроение, исчезает недоверие к методам обследования и лечения, боязнь их и появляется надежда, а затем и уверенность в выздоровлении.

### **Психотерапевтические методы и приемы**

#### **Когнитивные и поведенческие методы**

**Когнитивные методы** основаны на апелляции к разуму больного, его логике и личностным ценностям. Эти методы способствуют установлению контакта врача с больным, делают адекватными взаимоотношения. Одним из первых методов психотерапии, основанных на логической аргументации, был предложенный в 1912 г. П.Дюбуа метод **рациональной** (от лат. *ratio* — разум) психотерапии. В основе его лежит психотерапевтическое убеждение путем использования логической аргументации с целью изменения неадекватных установок и оценок больным своего заболевания.

Техника рациональной психотерапии сводится к беседе с больным, во время которой врач разъясняет ему в доступной форме причину и механизмы возникновения заболевания, объясняет, что имеющиеся у него нарушения обратимы, призывает больного изменить свое отношение к волнующим его событиям окружающей обстановки, перестать фиксировать внимание на симптомах болезни. Беседа, проводимая с больным, должна быть нацелена на активное стимулирование его усилий, направленных на преодоление болезни, и на пе-

рестройку поведения. Эффективность бесед с больным повышается, если при этом возникает соответствующая эмоциональная реакция (*эмоциональный резонанс*).

При помощи метода психотерапевтического убеждения врач может воздействовать не только на представления больного и его взгляды на болезнь, но и оказать влияние на качества его личности. Для этого он может прибегнуть к критике поведения больного, его неадекватной оценки ситуации и окружающих (*логически-критические приемы рациональной психотерапии*) в форме дискуссии (*сократовский диалог*, по П.Дюбуа). Однако при этом нельзя допускать унижения достоинства больного, который всегда должен чувствовать, что врач относится к нему с уважением, понимает его трудности, сочувствует, стремится помочь.

Неправильное представление о болезни, взаимоотношениях с окружающими, нормах поведения формируется у человека годами, и чтобы их изменить, требуется многократное разубеждение (*каузальная психотерапия*). Аргументы, приводимые врачом, должны быть понятны больному. Убеждая больного изменить сложившуюся ситуацию (что часто невозможно) или свое отношение к ней, необходимо учитывать его реальные возможности, жизненные установки, представление о морали и другие категории системы его ценностей. С психотерапевтической целью рекомендуется использовать примеры из жизни и литературы, но обязательно в форме, доступной пониманию больного. Элементы рациональной психотерапии должны присутствовать в повседневной работе любого врача.

Рациональная психотерапия эффективна при психогенных реакциях, в том числе депрессивных, невротических.

Для лечения депрессии, страхов и расстройств личности используются и другие когнитивные методы, в частности, разработанные А.Бекком. В основе их лежит теоретически и эмпирически обоснованный постулат, что мысли, убеждения, предположения, ожидания (т.е. опасения, надежды) управляют поведением, чувствами и эмоциональным состоянием. Возможна и обратная зависимость. И если удается изменить один аспект, то взаимодействующий с ним другой аспект также изменяется, и психическое состояние стабилизируется.

Когнитивная часть психотерапии направлена на обнаружение патогенных (т.е. ошибочных) мыслей, убеждений, предположений, ожиданий, которые предшествуют патологическим (неадекватным) чувствам (депрессии, страху) или поведению. Мысли проявляются в беседе, систематических записях (специальные дневники, в которые записываются мысли, чувства, поведение, события). Патогенные, неадекватные мысли психотерапевт корректирует в процессе разговора (сократовский диалог) путем сопоставления реальности с представлениями пациента. Однако при помощи рациональных

бесед и убеждения невозможно изменить болезненно деформированную структуру личности.

Помочь преодолеть навязчивые страхи, опасения, аномальные формы поведения, способные приводить к дезадаптации и деформации личности, могут поведенческие методы психотерапии.

**Поведенческие методы психотерапии** разработаны на базе бихевиоризма (от англ. *behavior* — поведение) — учения о формировании, закреплении, исчезновении привычек, навыков, поведенческих форм реагирования. В основе концепции психологии поведения лежит учение И.П.Павлова о роли подкрепления в формировании одних типов поведения и угашении других. Бихевиоральная (поведенческая) психотерапия является симптоматической и строится как процесс угашения нежелательного и моделирование нового поведения; в основе ее лежат научение и тренинг, которые помогают добиваться снижения тревоги и страха при столкновении (конфронтации) с пугающей ситуацией. Разнообразные методики поведенческой психотерапии направлены на выработку новых (адекватных) навыков и форм поведения вместо патологических. Наиболее известными методиками поведенческой терапии являются: систематическая десенсибилизация, парадоксальная интенция, авersive психотерапия.

Методика **систематической десенсибилизации** строится на погружении человека в ситуацию (реальную или воображаемую), вызывающую страх. В результате таких занятий происходит постепенное затухание прежнего патологического реагирования и формируется новая адекватная реакция на ситуацию. Вариантом поведенческой психотерапии, основанным на подавлении негативных условнорефлекторных связей с целью купирования фобической невротической симптоматики и так называемых системных неврозов (заикание, психогенное нарушение потенции и т.д.), является *методика функциональных тренировок*.

Примером использования данной методики служит система тренировок в лечении больных с агорафобическим расстройством, которые боятся выходить на улицу из-за страха, что может что-то случиться с сердцем или они могут внезапно умереть. Вначале пациент совершает прогулки на ограниченном участке территории в сопровождении врача или родственников, друзей, пациентов. Постепенно расширяя границы территории, на которой больной решается совершать прогулки, врач дает ему более сложные задания (пройти или проехать определенный отрезок пути без сопровождения). На основании достигнутых больным успехов задания все более усложняются. Функциональные тренировки способствуют перестройке отношения больного как к тренируемым функциям, так и к себе в целом, правильной оценке своих возможностей.

Метод **парадоксальной интенции**, предложенный А.Франклем, направлен на изменение отношения пациента к фобиям. Чаще все-



го он используется в лечении так называемых социальных (страх покраснеть, страх публичных выступлений и т.д.) и изолированных (боязнь животных, высоты, грозы, летать на самолете, пользоваться общественным туалетом и т.д.) фобий, а также сексуальных нарушений, энуреза и др. Изменение отношения пациента к фобиям достигается за счет интенции (направленности) — парадоксального доведения ситуации до абсурда. Врач помогает пациенту захотеть того, чего он раньше больше всего боялся. Пациент смотрит на свой страх как бы со стороны и избавляется от него. Для снятия напряжения, лишения негативного эмоционального подкрепления страхов во взаимоотношениях психотерапевта с пациентом используются юмор и ирония. Например, психотерапевт предлагает пациенту: «Покажи, как ты начнешь краснеть и дрожать перед публичным выступлением!».

Метод **аверсивной психотерапии** (вызванного отвращения) чаще всего используется для избавления пациента от вредных привычек или зависимости (алкоголизм, наркомания, табакокурение и др.). Заключается он в вызывании у пациента реакции (чаще по типу эмоционально-вегетативного криза) в ответ на употребление запретного средства. Для этой цели используются как способы психического воздействия на пациента (внушение), так и химические, фармакологические средства, раздражение электрическим током и некоторые другие. Аверсивная психотерапия является компонентом известного метода лечения алкоголизма и наркоманий, предложенного А.Р.Довженко и названного им «кодирование».

### **Суггестивные методы**

Суггестивные методы представляют собой разнообразные формы психологического воздействия на человека при помощи прямого или косвенного внушения (от лат. *suggestio* — внушаю) с целью создания у него определенного состояния или побуждения к определенным действиям. Используются как вербальные (словесные) методы внушения, так и невербальные (разнообразные раздражители, действующие на зрительный, слуховой и тактильный анализаторы). Предпосылкой для успешного использования суггестивных методов является наличие у пациента достаточной внушаемости. Под внушаемостью понимают склонность человека недостаточно критично воспринимать получаемую информацию, принимать ее на веру и легко поддаваться посторонним влияниям. Повышенная внушаемость особенно характерна для истероидных, инфантильных, «примитивных» личностей, больных алкоголизмом.

В той или иной степени внушение всегда участвует в любом значении врача, так что к лечению внушением сознательно или неосознанно прибегает каждый врач. В зависимости от сопутствующего внушения иногда одно и то же лекарство, назначенное одним вра-

чом, может вызывать положительный эффект, а назначенное другим — оказаться неэффективным. Отсюда и родился афоризм: «Важно не только, что назначено, но и кем назначено». Усиливает эффект внушения разъяснение больному механизма лечебного действия назначенного средства, заверение врача, что оно поможет. Подробно расписанный порядок приема лекарства или лечебных процедур с указанием ряда требований, которые следует при этом соблюдать (например, лекарство нужно принимать глотками за полчаса до еды, запивать стаканом горячей воды или горячего чая, мелкими глотками, в течение 10 минут или за полтора часа до сна) также усиливают внушающее действие процедуры. Это давно было замечено выдающимися русскими клиницистами Г.А.Захарьиным и С.П.Боткиным, широко использовавшими внушение в лечебной практике. Элементы суггестии имеют место и при проведении когнитивной психотерапии: убеждение больного сочетается с использованием внушения.

В бодрствующем состоянии пациента применяют внушение прямое и косвенное.

**Прямое словесное внушение** (директивное, авторитарное, императивное) содержит непосредственное высказанное в категоричной форме указание, что болезненные симптомы исчезнут после внушения. Данный способ воздействия на больного может быть эффективным при конверсионных симптомах в структуре истерических расстройств (мутизме, блефароспазме, параличах, припадках). Терапевтический эффект, часто быстрый, но не стойкий, можно получить, осуществляя внушение в виде приказа: «Откройте глаза! Вы можете все хорошо видеть!» (при истерическом блефароспазме), «Вставайте и идите ко мне!» (астазия-абазия) и т.п.

**Косвенное внушение** заключается в том, что больному внушается особое значение какого-то фактора, после воздействия которого наступит улучшение. Так, например, больному внушается, что после определенной процедуры у него появятся движения в руке (при истерическом параличе).

К этому ряду механизмов воздействия на больного относится и **пlacebo-эффект**. Заимствованное из латыни слово «пlacebo», означающее «я понравлюсь», вошло в медицинскую практику 200 лет назад. Placebo-эффект был открыт в результате клинического эксперимента, поставленного с целью проверки эффективности гомеопатии, которая была объектом критики со стороны ученых. Он был проведен в 1843 году. Больным давали препараты, содержащие только физиологически нейтральные вещества, не способные оказывать какого-либо реального действия на организм, но по внешнему виду и вкусу идентичные тем, действие которых хотели проверить. Результаты эксперимента оказались неожиданными: 30% испытуемых реагировало на них так, как будто им давали настоящее лекарство, у 40% — реакция была непостоянной и только на 30% испытуемых мнимые лекарства не оказывали никакого действия. С этого време-

ни и появился метод плацебо, когда под видом особо редкого и эффективного лекарства пациенту дают нейтральное вещество, например, дистиллированную воду. Успех лечения при помощи суггестивных методов зависит, помимо отмеченных выше личностных особенностей больного, также от его установки по отношению к предлагаемому методу лечения, авторитета врача и веры в него больного.

Непрямое (косвенное) внушение широко используется врачами для опосредования различных видов терапии с целью достижения наибольшего эффекта.

К наиболее известным суггестивным методам, которые временами становились центром интереса и борьбы различных медицинских школ, относится **гипнотерапия**. Термин «гипноз» (от греч. *hypnos* – сон) был предложен в 1843 г. английским хирургом Джеймсом Бредом и с тех времен прочно вошел в медицинскую практику. Для вызывания гипнотического состояния имеет значение наличие у пациента гипнабельности, под которой понимают психофизиологическую способность достаточно легко поддаваться гипнозу, входить в гипнотическое состояние, т.е. изменять уровень сознания.

Со времен Бреда для вызывания гипнотического сна используют словесное внушение, иногда в сочетании с фиксацией взгляда на блестящем предмете или монотонными, однообразными раздражителями, воздействующими на зрительный, слуховой и тактильный анализаторы.

Гипнотическое состояние – это особое состояние сознания, переходное между сном и бодрствованием, при котором между врачом и пациентом сохраняется речевая связь – *раппорт* (от франц. *rapport* – связь). Выделяют три стадии гипноза: сомнолентную, каталептическую и сомнамбулическую. В первой стадии у человека возникает сонливость, во второй – признаки катаlepsии (восковая гибкость, обездвиженность, мутизм), в третьей – полная отрешенность от реальности (транс), снохождение (сомнамбулизм) и внушенные образы. Сомнамбулическая стадия в лечебных целях практически не используется.

На фоне гипнотического состояния осуществляется внушение, направленное на устранение тех или иных симптомов. Показанием для применения гипнотерапии являются истерические диссоциативные (конверсионные) расстройства, некоторые другие невротические нарушения, соматоформные расстройства, алкоголизм и наркомании. *Гипнотические сеансы должны проводиться только врачами, прошедшими психотерапевтическую подготовку ввиду возможных осложнений во время сеанса и действия после внушения.* К ним относятся: спонтанное вхождение в гипнотическое состояние, возбуждение во время сеанса, в том числе сексуальное, утрата раппорта между психотерапевтом и пациентом, и, как следствие – неуправляемое поведение последнего. Кроме того, может возникать психологическая зависимость от гипноза и лица, его проводящего. Некото-

рые пациенты психопатического склада могут прибегать к шантажному поведению в отношении врача, проводившего гипнотерапию, обвиняя его в использовании в корыстных целях их беспомощного состояния (воровство, изнасилование и т.п.). Поэтому гипнотерапия должна проводиться в присутствии третьего лица.

### ***Методы самовнушения и тренировочно-волевые формы психотерапии***

Гипносуггестивная терапия имеет ограниченное применение в силу низкой гипнабельности некоторых пациентов, частой кратковременности лечебного эффекта, вследствие возникновения зависимости гипнотизируемых от психотерапевта. Рост культуры и самосознания населения диктуют необходимость применения различных видов *осмысленного самовоздействия* человека на психику и через нее на весь организм.

Способность человека к *самовнушению* была известна и использовалась еще на заре психотерапии. Научному становлению данного метода в России способствовали В.А.Манассеин и В.М.Бехтерев. На Западе огромный резонанс имели работы Э.Куэ, считавшего, что причиной заболеваний является болезненное воображение. Предложенный им метод самовнушения явился развитием взглядов одного из пионеров применения внушения в медицине — португальского аббата Фария, жившего в начале XIX века, который пришел к выводу, что центральное место во внушении занимает не воображение врача, а воображение больного.

#### **Основные положения концепции Куэ:**

1. В борьбе между волей и силой воображения побеждает последняя.

2. Мощь силы воображения прямо пропорциональна использованному напряжению воли.

3. Воля и воображение, действуя одновременно, резко усиливают эффект самовнушения.

4. Сила воображения подчиняется управлению и обучению.

Разработанный Куэ метод самовнушения призван подавить болезненные, вредные по своим последствиям представления полезными, благотворными. Произвольное самовнушение должно осуществляться без каких-либо волевых усилий. Данное условие Куэ обосновывал примерами неосознанного самовнушения, часто дурного характера, которое бывает весьма стойким и с трудом поддается логическому разубеждению. Другими примерами могут служить попытки сознательной коррекции дефектов речи (заикания). Действительно, сознательные волевые усилия при коррекции речи не помогают, а только мешают. То же происходит и при некоторых других расстройствах. Совет врача больному, страдающему навязчивыми сомнениями или фобиями, «взять себя в руки» чаще всего приносит только ухудшение.

Куэ рекомендовал использовать для проведения сеансов просо-ночные состояния утром при пробуждении и вечером при засыпани-и. Формулы самовнушения должны быть простыми и не носить императивного характера.

Лечение проводится обычно амбулаторно под наблюдением вра-ча, который помогает в разработке формул самовнушения и направ-ляет процесс лечения.

Метод Куэ может использоваться самостоятельно, но чаще при-меняется в комплексе с другими методами суггестивной психотера-пии. Несомненным **преимуществом метода самовнушения по сравне-нию с внушением и гипносуггестией является то, что пациент сам ак-тивно участвует в процессе лечения, а сеансы самовнушения можно проводить в любой обстановке и в любое время.** Высказанные Куэ со-ображения, несмотря на их противоречивость и неполную научную достоверность, оказались полезными для дальнейшей разработки конкретных методических приемов самовнушения.

**Метод прогрессивной мышечной релаксации Э.Джексона.** Занима-ясь регистрацией объективных признаков эмоций, Джексон отме-тил соответствие между различными типами эмоционального реаги-рования и напряжением определенных групп мышц. Так, например, де-прессивное состояние сопровождается напряжением дыхательной му-скулатуры, страх — спазмом мышц артикуляции и фонации. По мне-нию Джексона, снимая посредством произвольного самовнушения напряженность определенной группы мышц (дифференцированная релаксация), можно избирательно влиять на отрицательные эмоции. Помимо собственно самовнушения, быстрое расслабление мышц по методу Джексона достигается их деконтракцией после предвари-тельного напряжения. Метод релаксации используется в комплексе других психотерапевтических методик, в частности для преодоления страха при проведении поведенческой психотерапии.

**Метод аутогенной тренировки (АТ),** предложенный немецким психоневрологом И.Шульцем, является комплексным по сути и до-статочно широко используется в психотерапии. Посетив в начале XX столетия Индию и изучив распространенные там еще с древних времен методы гимнастики йогов, использовавшиеся в качестве средства отдыха и восстановления сил, Шульц разработал лечебный и профилактический метод самовнушения, основанный на расслаб-лении мышц. В его основе, помимо элементов древнеиндийской гимнастики йогов, лежат исследования ощущений людей, погружа-емых в гипноз, практика использования самовнушения нансийской школой психотерапевтов (Куэ, Бодуэн), психофизиологические ис-следования нервно-мышечного компонента эмоций и опыт приме-нения мышечной релаксации (Джексон), а также рациональная психотерапия (Дюбуа).

Метод АТ включает набор упражнений, последовательно осваи-мых самим пациентом (при определенной помощи и поддержке

психотерапевта), суть которых состоит в достижении при помощи аутосуггестии мышечной и психической релаксации и способности регулировать ряд вегетативных функций (частота и глубина дыхания, ритм сердечных сокращений и др.). Выделяют две ступени аутогенной тренировки: низшую, основанную на релаксации, и высшую, медитационную, предполагающую вхождение в состояние транса. Последняя в лечении почти не применяется.

*Принцип саморегуляции.* Действенность самовнушения возможна лишь при физиологическом состоянии мышечного расслабления и некоторого снижения уровня бодрствования мозга, в связи с чем формируются «зоны раппорта», дающие возможность активного применения словесных формулировок в условиях, благоприятствующих реализации аутовоздействия. Вследствие наблюдающихся при мышечной релаксации расширения сосудов и ослабления тонуса психической деятельности становится возможным посредством самовнушения оказывать влияние на высшие отделы головного мозга, подкорковые центры вегетативной регуляции, ретикулярную формацию ствола мозга, и на весь организм в целом. Этим объясняется возможность при помощи упражнений АТ, освоенных в ходе обучения, влиять как на свое психическое состояние (например, снять эмоциональное напряжение, уменьшить страх, улучшить настроение), так и на вегетативно-сосудистые реакции.

*Показания для использования АТ.* Методика АТ может применяться как для профилактики нервно-психического перенапряжения, повышения психической устойчивости и работоспособности у здоровых лиц, так и с лечебными целями. Показаниями для ее применения являются невротические состояния, в том числе с навязчивыми явлениями, соматоформные психические расстройства и психосоматические заболевания. Этот вид психотерапии может быть использован в лечении заикания, сексуальных расстройств, нейродермитов, для обезболевания родов и др. Залогом успешности овладения и использования метода аутогенной тренировки является позитивная настроенность на обучение, регулярность и длительность занятий. Отрицательная настроенность на обучение этой методике, недостаточная активность и последовательность пациентов делают АТ нерезультативной и вызывают разочарование в ней. *Не рекомендуется применять метод АТ у лиц с выраженными истерическими проявлениями как в рамках неврозов, так и психопатий.* В связи с их повышенной самовнушаемостью, во время занятий могут возникать различные нежелательные ощущения и переживания, а иногда и изменения состояния сознания. Редко применяется АТ при шизотипическом расстройстве (вялотекущей шизофрении), поскольку она может усилить аутистические тенденции, спровоцировать возникновение продуктивных расстройств (бред, галлюцинаций).

### ***Психодинамические методы***

Эти методы основаны на концепции приоритетной роли интрапсихических конфликтов в механизмах возникновения психических расстройств, являющихся результатом динамической и часто бессознательной борьбы противоречивых моментов внутри личности; они направлены на выявление и устранение подобных конфликтов.

Метод **классического психоанализа**, созданный З.Фрейдом на базе его учения о роли бессознательных механизмов психической деятельности в возникновении психопатологической симптоматики (невротической, психосоматической), во главу угла ставит детскую сексуальность, влияние которой на всю дальнейшую жизнь человека строго запрограммировано. Классический психоанализ представляет собой «разговорную терапию». Пациент лежит на кушетке таким образом, чтобы не видеть аналитика, который побуждает его к высказыванию любых приходящих в его сознание мыслей или сновидений. Позднее эти высказывания интерпретируются аналитиком. Считается, что положение лежа облегчает пациенту регрессию – возвращение к более ранним образам чувствования и поведения, необходимое для повторного переживания травмирующих моментов детства. Последнее вытекает из двух основных положений теории Фрейда. Первое – источником невротических и эмоциональных расстройств являются психические травмы, связанные с детской сексуальностью, вытесненные впоследствии. Второе – излечение от невротических состояний происходит через открытие, осознание и принятие вытесненных воспоминаний. Это носит название «**катарсис**». Катарсис рассматривается как окончательная цель психоаналитического процесса, приводящего к исцелению.

**Психоаналитическая психотерапия** – другой вид психодинамической терапии, имеющий в настоящее время большее распространение, чем классический психоанализ. В отличие от классического психоанализа, психоаналитическая терапия освобождена от пансексуализма Фрейда. Вместе с тем в ней также делается упор на особое значение неосознанных компонентов психической жизни человека. Она направлена на перевод бессознательных влечений в сознание пациента, их переработку и отреагирование.

Как и классический психоанализ, психоаналитическая терапия использует *метод свободных ассоциаций, реакции трансфера (переноса) и сопротивления*. При применении метода свободных ассоциаций человек продуцирует поток мыслей, воспоминаний детства, которые анализируются и оцениваются психоаналитиком совместно с пациентом с целью выявления вытесненных из сознания патогенных переживаний. В процессе психоаналитической терапии стремятся добиться от пациента отреагирования (катарсиса) значимых переживаний с целью избавления от их негативного влияния на психическую деятельность и здоровье в целом.

С психоаналитической целью может использоваться анализ сновидений и ошибочных действий (описок и оговорок) человека, которые, по мнению психоаналитиков, часто являются символическим отображением симптомов и проблем, вытесненных из сознания.

**Терапия искусством (арттерапия)** также относится к психодинамической терапии. Психотерапевты, занимающиеся психодинамически ориентированной терапией искусством, опираются на идеи Фрейда и Юнга, утверждавших, что художественное творчество выражает бессознательное. Сторонники такого подхода исходят из того, что фантазии, «мечты наяву» и различные фобии человеку легче выразить в рисунках, чем вербально (в устной или письменной речи). В процессе художественного осмысления такого внутреннего опыта пациенты часто становятся более разговорчивыми. Большинство психотерапевтов, поощряя свободные ассоциации во время творчества, прямо не интерпретируют художественные символы, а помогают пациенту понять их смысл. Пациент должен использовать собственные ассоциации, связанные с произведениями, для того чтобы лучше понять себя. Однако некоторые психотерапевты в области терапии искусством предпочитают интерпретировать произведения пациентов, полагая, что это может значительно усилить возможности пациентов в понимании самих себя.

Особое место среди психотерапевтических методик, в которых используется искусство, занимает оригинальная методика, разработанная отечественным психиатром и психотерапевтом М.Е. Бурно, названная им «**терапией творческим самовыражением**». В ее основу положены две идеи. Первая заключается в том, что человек, имеющий психические нарушения, может узнать и понять особенности своего характера, настроения, некоторых имеющихся расстройств. Вторая идея, вытекающая из первой, состоит в том, что, узнав сильные и слабые стороны своего характера, пациент может творчески смягчить свое состояние, так как любое творчество высвобождает большое количество позитивной энергии, любое творчество целебно. Последнее не противоречит положению Фрейда о сублимации, в соответствии с которым люди искусства и науки трансформируют (сублимируют) свою болезнь в творчество.

Показано лечение методом творческого самовыражения прежде всего больным с чертами так называемой дефензивности. Дефензивность («тормозимость») — это субъективное переживание своей неполноценности с тревожными и депрессивными расстройствами, пассивными способами защиты. Все дефензивные личности несут в себе астенический конфликт чувства неполноценности с ранним самолюбием, робость, неуверенность в себе, боязливо-инертную нерешительность, патологическую застенчивость, тревожную мнительность, житейскую непрактичность, ощущение ненужности и бесполезности. Встречаются дефензивные черты в рамках психопатий (пси-



хастенической, астенической, циклоидной, шизоидной) и малопродвинутой шизофрении.

### **Гуманистическая психотерапия**

Этот вид психотерапии базируется на **феноменологическом подходе** к изучению психических расстройств и их коррекции, который оставляет за пределами рассмотрения влечения и процессы научения, сосредотачиваясь на таких психических качествах, как сознание, самосознание, креативность, способность принимать решения и ответственность за них. Именно поэтому феноменологический подход называют гуманистическим.

#### **Основные положения феноменологической психотерапии:**

1. Лечение есть встреча равных людей, а не лекарство, прописываемое специалистом. Оно помогает пациенту восстановить свою индивидуальность, т.е. чувствовать и вести себя в соответствии с тем, какой он есть на самом деле, а не с тем, каким он должен быть, по мнению других.

2. Улучшение у пациентов наступает само по себе, если терапевт создает правильные условия. Эти условия способствуют осознанности и выражению пациентами своих чувств, особенно тех, которые они подавляли и которые блокируют их личностное развитие. Как и при психодинамическом подходе, терапия способствует инсайту (от англ. *insight* – проникновение в суть), однако в феноменологической терапии инсайт – это осознание собственных чувств и восприятий, а не бессознательных конфликтов.

3. Наилучший способ создания этих правильных (идеальных) условий – установление отношений, при которых пациент чувствует безусловное принятие и поддержку. Изменения в результате терапии достигаются не вследствие применения специфических техник, а вследствие переживания пациентом этих отношений.

4. Пациенты полностью ответственны за выбор своего образа мыслей и поведения.

Наиболее известными формами феноменологической терапии являются «клиент-центрированная терапия» К.Роджерса (1951) и «гештальт-терапия» Ф.Перлза (1969).

Роджерс, занимавшийся ранее психодинамической терапией, начал сомневаться в ее ценности, считая, что менее формальный подход, при котором психотерапевт не является беспристрастным экспертом, более эффективен. Им была предложена так называемая *недирективная терапия*, в процессе которой пациентам позволяется решать, о чем говорить и когда, без направления, оценки или интерпретации со стороны терапевта. Этот подход сейчас называется «**клиент-центрированной терапией**». Понятие «клиент» здесь заменено понятием «пациент», так как последнее обозначает наличие патологического отклонения. **Фундаментом** лечения является создание отношения, характеризующегося тремя важными взаимосвязанными

ми позициями (триада Роджерса): безусловное позитивное отношение, эмпатия, конгруэнтность.

*Безусловное позитивное отношение* — принятие того, о чем говорит клиент без интерпретации и оценки, делающих его менее уверенным и более зависимым.

*Эмпатия* предполагает, что психотерапевт не сторонний наблюдатель, а человек, который хочет понять мир с точки зрения клиента.

*Конгруэнтность* — согласованность между тем, что психотерапевт чувствует и как себя ведет по отношению к клиенту.

Клиент-центрированная терапия показана для лечения всех невротических расстройств, а также может применяться при лечении больных алкоголизмом, малопрогредиентной шизофренией, часто в сочетании с методами поведенческой психотерапии. Она смягчает симптоматику невротических и личностных расстройств, улучшает общее самочувствие, способствует личностному росту пациентов, а при групповой психотерапии — улучшает отношения с другими людьми. Хуже поддаются данному виду психотерапии больные с социальными страхами и больные, нуждающиеся в указаниях и руководстве.

**Гештальт-терапия** (от нем. *Gestalt* — форма, структура) построена на том, что человек сам создает свой мир. Поэтому цель гештальт-работы — развить у него способность творчески взаимодействовать с окружающим миром, лучше сознавать себя, свое восприятие, чувства, поведение, уметь делать выбор и принимать ответственность за себя и свою жизнь. Гештальт-терапия позволяет успешно решать проблемы самого разного уровня не только при индивидуальной методике, но и при групповой психотерапии детей и взрослых.

Помимо описанных, существуют сотни других методов и приемов психотерапии, которые могут использоваться для оказания помощи различным категориям больных. Большинство из них требует соответствующей квалификации психотерапевта и опыта применения конкретных методик. Психотерапевт должен владеть как медицинскими (прежде всего в области психиатрии), так и психологическими знаниями, чтобы проводить дифференциальную диагностику выявляемых нарушений, определять показания для применения тех или иных психотерапевтических методов и осуществлять психотерапию на практике, избегая побочных эффектов и осложнений.

В нашей стране для самостоятельного использования сложных специальных психотерапевтических методов (гипнотерапия, аутогенная тренировка, психоаналитические, поведенческие методы и др.) необходимы диплом врача, документально подтвержденная специализация по психотерапии (сертификат) и лицензия на право заниматься такой терапией. Вместе с тем врач любой специальности может осуществлять и должен не жалеть на это времени психотерапевтическое общение с пациентами в рамках когнитивной (разъясняющей, успокаивающей, ободряющей) психотерапии с элементами внушения.

---

## **Часть IV. ЧАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ**

### **Глава 18. Клиническая психология в клинике внутренних болезней**

---

#### **18.1. Особенности психики больных соматическими заболеваниями**

Как было показано в разделе «Общая клиническая психология», все узкопрофессиональные знания врача оказываются недостаточными для успешной лечебно-диагностической деятельности, если в ее основу не заложено целостное понимание человека. При подходе к состоянию больного на основе целостного понимания человека всегда принимают во внимание сложные взаимоотношения между его психическим состоянием и болезнью. Психическое напряжение, конфликтные ситуации могут отражаться на соматическом состоянии больного и вызывать так называемые психосоматические заболевания. Соматическое же заболевание, в свою очередь, оказывает влияние на настроение, восприятие окружающего мира, поведение, планы и психическое состояние человека в целом.

Заболевания, относящиеся к группе соматических, весьма многочисленны и разнообразны, поэтому можно выделить лишь общие усредненные характеристики личностных реакций больных на соматическое заболевание. Помимо особенностей личности больных, значение которых подробно было рассмотрено в разделе «Общая клиническая психология», на внутреннюю картину болезни и реакцию личности на болезнь в клинике внутренних болезней наиболее значимое влияние оказывают такие факторы самой болезни, как:

- трудности в определении характера патологического процесса;
- локализация патологического процесса (сердце, желудок, прямая кишка и т.д.);
- выраженность болевого синдрома;
- нарушение функции органа или системы;
- наличие интоксикации;
- острота начала заболевания;
- длительность заболевания и его возможная хронификация;
- излечимость заболевания и др.

На психическое состояние больных соматическими заболеваниями также оказывают влияние и *сопутствующие вредные факторы*. Так, например, пневмония или инфаркт миокарда протекают с большими нарушениями психической деятельности у лиц, злоупотребляющих алкоголем. В частности, у них могут возникать психотические явления. Не меньшую роль в изменении психической деятельности больного при соматических заболеваниях играют *реактивность организма*, связанная с конституциональными особенностями, перенесенными заболеваниями и другими факторами. Неблагоприятное влияние на психику больного, безусловно, оказывают неправильная тактика врача в отношении конкретного пациента, включая *ятрогении и врачебные ошибки*.

Психические нарушения при соматических заболеваниях в зависимости от тяжести, длительности и характера болезни могут выражаться различными синдромами, спектр которых распространяется от неспецифических астенических, различных невротических расстройств, аффективных нарушений до симптоматических соматогенных психозов и психоорганических проявлений.

Психика больного с начала заболевания оказывается в необычном состоянии, так как в связи с болезнью нарушается привычный ритм жизни, труда, отдыха, сна и бодрствования. Особую значимость для больного приобретают *ощущения* или «*темные валовые чувства*» (по И.М.Сеченову), которые вызываются обилием интроцептивных сигналов от внутренних органов вследствие имеющих в них морфофункциональных изменений. Первоначально субъективно воспринимаемые диффузные или локальные (в области сердца, желудка, печени и т.д.) неопределенные ощущения трактуются как *дискомфортные*. Наряду с ними могут появляться и *болевые ощущения*, которые, однако, не всегда являются объективным показателем имеющейся патологии. Физиологический дискомфорт и болевые ощущения, в свою очередь, связаны с *аффективными переживаниями* в виде *чувства тревоги и страха*. При нарастающей интоксикации у больных появляется *гиперестезия*, когда шум, свет, разговоры, прикосновение одежды становятся неприятными, появляются раздражительность, повышенная обидчивость и плаксивость. Привычные шумы делаются невыносимыми, свет фонаря с улицы — раздражающим, разговоры окружающих приводят больного в «бешенство». Нарушается витальный тонус. Аппетит снижен, сон становится поверхностным, больные легко просыпаются. При бессоннице нередко возникают наплывы воспоминаний о прошлом, размышления о болезни и ее возможных последствиях, также мешающие заснуть. Не каждый больной может признаться врачу, что ночью испытывал страх, из-за ложного стыда за свое психическое состояние или из-за нежелания выглядеть «трусом». Врач должен понять больного в таком состоянии, внимательно отнестись к его жалобам и, по воз-

возможности, устранить раздражители, поместив в более тихую палату, на более удобное место и т.п.

**Астения** — самое типичное явление при соматогенных. В настоящее время в связи с патоморфозом соматогенных психических расстройств, обусловленным современными средствами и методами терапии, позволяющими уменьшить тяжесть течения многих заболеваний и предупредить их осложнения, она может быть единственным проявлением психических изменений. Некоторые авторы (Смулевич А.Б. и др., 1991) склонны рассматривать астению лишь в рамках соматопсихических расстройств, отрицая ее психогенный характер (психические травмы, переутомление и др.). Астенические состояния имеют различные варианты проявления, но типичными всегда являются чрезмерная утомляемость, иногда с самого утра, трудность концентрации внимания, замедление восприятия. Спонтанная вялость возникает без нагрузки или при незначительной нагрузке, держится продолжительное время и не проходит после отдыха. Характерны также эмоциональная лабильность, повышенная ранимость и обидчивость, выраженная отвлекаемость. Больные не переносят даже незначительного эмоционального напряжения, быстро устают, огорчаются из-за любого пустяка. Часто имеет место гиперестезия, выражающаяся в непереносимости резких раздражителей в виде громких звуков, яркого света, запахов, прикосновений. Иногда гиперестезия бывает настолько выраженной, что больные раздражаются даже негромкие голоса, обычный свет, прикосновение белья к телу. Часты разнообразные нарушения сна.

Глубина астенических расстройств обычно связана с тяжестью основного заболевания. Иногда за астению ошибочно может быть принята мышечная слабость при заболеваниях мышечной и нервной системы. Помимо астении в чистом виде, довольно часто встречается ее сочетание с другими вариантами психических нарушений. На фоне симптомов астении могут возникать *невротические реакции и состояния*, наиболее частыми среди которых являются *депрессия, страхи* за свое здоровье или не свойственные ранее *истерические реакции*. Врач всегда должен помнить, что истерическая реакция — это болезненное явление и относиться к ней необходимо как к болезни.

В соматические отделения могут поступать больные с **ипохондрическими фобиями и нозофобиями** (кардиофобия, канцерофобия и др.) при отсутствии соматического заболевания, и от правильности поведения врача и персонала в отношении такого больного зависит успех лечения. Больной с навязчивым страхом перед каким-то заболеванием временно удовлетворяется разъяснением врача, что у него нет тяжелого опасного заболевания. У больного истерическим неврозом, болезнь которого всегда носит характер «условной приятности и желательности», так как «освобождает», «защищает» от непереносимой для него ситуации, может наблюдаться утяжеление симптомов и ухудшение состояния, если врач не проявит должного внима-

ния к его состоянию и будет постоянно подчеркивать легкость и несерьезность страдания, разрушая тем самым «психологическую защиту» больного.

Особое место в клинике внутренних болезней занимают **аффективные расстройства**. Они широко распространены и отличаются клиническим разнообразием. Наиболее частыми являются *депрессивные состояния* или *субдепрессии*, причинами которых могут служить сами соматические болезни (по типу нозогений или соматогений) или другие психогенные факторы, но они могут быть и проявлением типичных либо атипичных фаз эндогенных психических заболеваний. В частности, всегда надо помнить о возможности *соматизированных проявлений депрессий* в виде множества «масок», имитирующих различные заболевания. Такие больные часто подавлены, мрачны, малоактивны. Они испытывают тревогу в ранние предутренние часы, разбитость и слабость. Опасность подобных состояний заключается в возможности возникновения суицидальных мыслей.

Значительно реже встречаются больные с *гипоманиакальными состояниями*, также имеющими различный генез. Но чаще такие состояния являются проявлениями интоксикации с нарастающей гипоксией мозга или фазами психических аффективных расстройств. Характеризуются гипомании не свойственной ранее больным болтливостью и оживленностью: они шутят, смеются, веселят окружающих, легкомысленно относятся к рекомендациям и назначениям врачей.

Врачи должны знать, что подобные состояния возникают нередко, но не они определяют основной фон настроения, и кажущаяся веселость — явление временное. В этом состоянии больные иногда нарушают режим отделения.

Возникающие при тяжелых соматических заболеваниях на фоне выраженных астенических проявлений острые **психотические состояния**, или **психозы**, чаще всего носят характер расстройства сознания в виде делирия или оглушенности. Предвестниками помрачения сознания часто бывают психические расстройства, которые возникают при закрытых глазах (психосенсорные расстройства и гипнагогические галлюцинации). В связи с этим большое значение имеет расспрос больных, особенно при жалобах на бессонницу. Вслед за расстройством сна, гипнагогическими либо гипнопомпическими галлюцинациями может развиваться делириозное помрачение сознания с неправильным поведением больного. По выходе соматически больного из психоза, как правило, имеют место значительные астенические явления.

Психотические расстройства — достаточно редкое явление в клинике соматических заболеваний, они возникают, как правило, при остром развитии болезни. Причинами их являются выраженная интоксикация (при заболеваниях печени и почек) либо нарушения мозгового кровообращения (при гипертонической болезни, атеро-

склерозе и т.д.). Наличие психотической симптоматики требует дифференциальной диагностики с собственно психическими заболеваниями (эндогенными) у соматических больных.

Известный немецкий психиатр К.Шнайдер (1959) предложил понятие «*соматически обусловленные психозы*», близкое к понятию «экзогенный тип реакции» другого немецкого психиатра К.Бонгеффера (1910). Шнайдер считал, что соматические и эндогенные психозы принципиально различны, придавая значение в возникновении последних генетическим факторам. По его мнению, для отнесения психоза к разряду соматически обусловленных, необходимо присутствие следующих факторов:

- наличие отчетливой симптоматики соматического заболевания;
- очевидная связь по времени между соматическими и психическими расстройствами;
- параллелизм течения соматических и психических нарушений;
- наличие «экзогенной» или «органической» симптоматики.

При подостром или хроническом течении соматического заболевания чаще отмечаются **невротические расстройства**, а в случае нарастания энцефалопатических явлений возможно развитие **психоорганического синдрома с явлениями деменции**. В этих случаях у больных появляются повышенная утомляемость, снижение работоспособности, раздражительность, обидчивость, ослабление памяти и интеллектуальных способностей.

Длительное соматическое заболевание, необходимость месяцами и годами находиться в стационаре, «особое положение больного» в ряде случаев приводят к **изменениям личности в виде ее патологического развития**, при котором возникают аномальные черты характера, ранее не свойственные этому человеку. Изменения характера у таких больных способствуют возникновению многочисленных конфликтов с окружающими как в условиях лечебного учреждения, так и вне его и могут препятствовать проведению своевременной диагностики и затруднять лечение больных. Врач должен уметь распознать эти болезненные изменения психики и при работе с больным использовать разнообразные психотерапевтические подходы для их коррекции.

**Грубые психические нарушения, наблюдаемые при соматических заболеваниях, должны изучать и лечить психиатры.** Для психиатра важно, по возможности, четко классифицировать и установить принадлежность того или иного психопатологического синдрома. Для врача общего профиля не имеют столь существенного значения тонкости семиологии психического расстройства, а большую роль играет оценка особенностей поведения и общего состояния больного. Поэтому изучение психических заболеваний не является задачей клинической психологии, однако знание возможных психических нарушений поможет врачу в работе с соматически больными, осо-

бенно при установлении контакта, проведении диагностических и лечебных мероприятий, а также подскажет психотерапевтические пути воздействия на психику пациента.

В зависимости от особенностей психического состояния соматически больного строятся беседа врача с ним, поведение медицинского персонала и вся тактика медицинских мероприятий. Особая роль принадлежит психотерапевтическому воздействию врача, которое должно проявляться с первого контакта с больным. Врач обязан в доступной для пациента форме объяснить особенности его состояния и ощущений в различных частях тела, значение проводимых диагностических и лечебных процедур, осторожно высказаться по поводу прогноза заболевания.

Большое значение для больного имеют обходы, особенно в клиниках, где проводится обучение студентов. Часто в присутствии больного, говоря о клинических особенностях болезни, пользуются непонятными терминами, не задумываясь, какую реакцию это у него вызовет. Учитывая особенности преподавания терапии и психотерапевтическое воздействие на больного обходов профессора и доцента, известный отечественный терапевт Б.Е. Вотчал разделил обход на три части: первая — обсуждение состояния больного в кабинете, вторая — осмотр его в палате и третья — анализ и обсуждение состояния больного снова в кабинете. При этом, ссылаясь на своего учителя Ф.Г. Яновского, он подчеркивал, что сомнения в диагнозе являются хорошим признаком и для врача, и для больного, но последний никогда не должен подозревать об этих сомнениях.

В условиях высокой оснащенности медицинских учреждений сложнейшей аппаратурой возникает необходимость в разработке дифференцированных показаний для проведения специальных исследований, которые должны быть направлены на совершенствование диагностики основного заболевания, его осложнений, способствовать выявлению сопутствующих заболеваний, установлению прогноза и правильному лечению. Во время подготовки к обследованию больному нужно разъяснить, что данным методом уточняются особенности заболевания, некоторые детали диагностики, знание которых необходимо для выбора наиболее эффективной терапии.

Не меньшими трудностями чреват период выздоровления, когда у больного наступает компенсация или он должен примириться с дефектом, который возник в результате болезни, инвалидностью и в связи с этим с новым положением в семье, обществе. Когда болезнь неизлечима, врач должен уметь каждый день ободряюще смотреть в глаза больному, понять все своеобразие его состояния, быть внимательным ко всем мелочам, касающимся ухода, в период симптоматического лечения.

Известно высказывание замечательного французского писателя Антуана де Сент-Экзюпери о роли личности врача: «Я верю даже,



что придет день, когда мы, заболев и не ведая причины заболевания, доверимся физикам, которые, не спрашивая ни о чем, возьмут у нас шприцем кровь, выведут на основании ее анализа несколько величин, перемножат их, после чего, заглянув в таблицу логарифмов, исцелят нас какой-нибудь пилюлей. И все-таки случись мне заболеть, я, пожалуй, пойду к старому сельскому врачу, который взглянет на меня уголком глаза, пощупает пульс и живот, выслушает мои легкие, потом немного покашляет, раскурив свою трубочку, потрет подбородок и, чтобы меня исцелить, улыбнется мне. Разумеется, я преклоняюсь перед наукой, но я преклоняюсь и перед мудростью». Дефицит целительного влияния личности врача стал, к сожалению, весьма ощутимым признаком современного врачевания. Безусловно, необходимо использовать в медицине и развивать современные достижения, связанные с общим техническим прогрессом, и попытки остановить этот процесс выглядели бы абсурдными. Но важно, чтобы развитие медицины не приводило к игнорированию личности больного, без учета которой невозможно оказать полноценную помощь.

### **18.2. Клиническая психология в кардиологии**

У всех народов сердце связывается с состоянием эмоций. Существую выражения: «сердце сжимается от страха», «на сердце тяжело или легко», «любить всем сердцем». Если человек эмоционален, добр, отзывчив на несчастья других, про него говорят, что «он все близко принимает к сердцу». Эмоциональным переживаниям соответствуют и различные ощущения в сердце. С другой стороны, в представлении человека, сердце — это «мотор» или «насос», при внезапной остановке работы которого может наступить смерть. В связи с этим наиболее частой из всех нозофобий является кардиофобия — страх умереть от патологии сердца.

В.Кеннон изучал влияние эмоций на физиологические функции. Он показал, что под влиянием эмоций происходит возбуждение симпатического отдела вегетативной нервной системы и усиленное выделение надпочечниками адреналина, который также оказывает симпатико-тоническое действие, в результате чего происходит перераспределение крови: усиленный приток ее к сердцу, легким, центральной нервной системе, конечностям и отток от брюшной полости. Такое перераспределение крови имеет полезное, адаптивное значение. Происходящие изменения периферического кровообращения служат основой для появления различных ощущений, таких как ощущение напряжения в голове, биение в висках, шум в ушах, предобморочная «пустота в голове» и др. На это обратили внимание не только врачи-интернисты, но и психиатры (Е.К.Краснушкин, 1885–1951). При эмоциональном стрессе, наряду с изменением ритма сердечной деятельности, происходят изменения кровоснабжения сердечной мышцы, которыми и объясняются наблюдаемые при стрессе ощущения. Изменения ритма сердечной деятельности, час-

то наступающие психогенно, могут вызывать различные страхи, особенно страх смерти в результате панического расстройства. Лица, страдающие **кардиофобией**, в первую очередь обращаются к специалистам по внутренним болезням. При их осмотре в большинстве случаев не обнаруживается каких-либо нарушений со стороны сердечно-сосудистой системы, но врач должен сознавать, что обратившиеся к нему люди – больные, требующие подчас даже большего внимания, чем пациенты, страдающие органическим поражением сердца и сосудов. Если врач говорит им, что нарушения возникли на «нервной почве», то они часто обижаются, начинают искать другого врача, собирать заключения ЭКГ и сравнивать мнения врачей. Деонтологическую ошибку совершают и врачи, идущие на поводу у пациентов и назначающие пусть слабодействующие, но «сердечные» средства. Тем самым они невольно поддерживают и закрепляют у них убежденность в наличии заболевания сердца. При этом также усугубляются имеющиеся у больного психические изменения, которые могут переходить в невротические состояния и ипохондрическое развитие личности.

Некоторые авторы считают, что при значительном органическом поражении сердца невротические симптомы и психогенные реакции на болезненное состояние менее выражены. Так, известно, что больные с органическими поражениями сердца и пороками клапанов в стадии компенсации или субкомпенсации, как правило, «не жалуются на сердце», не замечают нарушений его деятельности. Психогенные реакции личности на сердечно-сосудистые расстройства у больных этой группы наблюдаются в остром начальном периоде заболевания: тревога, растерянность, снижение настроения, иногда вялость, апатия на фоне выраженной астении. Возникающие при ревматизме фобии выражаются страхом за деятельность сердца, опасением его остановки и смертельного исхода (Скворцова Е.К., 1958). Усложнения фобий с формированием сложных защитных механизмов обычно не отмечается, напротив, эмоциональная насыщенность фобий уменьшается и наступает психологическая адаптация.

При **пороках сердца** преобладают *неврастенноподобные состояния*. Больные предъявляют жалобы на повышенную утомляемость, наиболее отчетливо проявляющуюся при физических нагрузках. Первым признаком утомляемости, возникающей при умственных нагрузках, является повышенная истощаемость активного внимания. Это необходимо учитывать при трудовых рекомендациях. Истощаемость активного внимания наступает при длительной беседе с врачом, при проведении психологических экспериментов. Больные начинают делать грубые ошибки при счете, у них появляются неприятные ощущения в глазах при чтении, тяжесть в голове, иногда головная боль. В процессе беседы при утомлении больные могут дать реакцию раздражения, заплакать, отказаться от дальнейшего разгово-

ра. Иногда такое поведение может выглядеть неадекватным, так как беседа не носила эмоционально значимого характера для больного. Надо помнить, что подобные реакции возможны при утомлении, особенно если больному пришлось долго ждать приема или беседы. При ухудшении соматического состояния раздражительная слабость может смениться гипостенией. Если раздражительный, возбудимый, обидчивый больной становится тихим, спокойным, вялым и безразличным, то это указывает на ухудшение его соматического состояния и на более выраженные психические расстройства.

При пороках сердца могут наблюдаться изменения интеллекта, которые проявляются некоторой инертностью мышления, сужением круга интересов. Снижение продуктивности интеллектуальной деятельности обычно связано с медлительностью и отвлекаемостью. Большое место среди психических нарушений занимают расстройства сна. Сон становится поверхностным, с частыми пробуждениями и сновидениями неприятного, а в ряде случаев устрашающего содержания.

Из других невротических и неврозоподобных расстройств могут возникать *истерические аффективно-моторные* и *аффективно-вегетативные пароксизмы* (Белов В.П., Ковалев В.В., 1967). Появление указанной симптоматики часто бывает связано с психогенным воздействием или конфликтом. Часто значимость травмирующей ситуации невелика, но для больного она субъективно патогенна, поэтому в беседах с такими пациентами необходимо проявлять осторожность и такт, учитывая их чрезмерную впечатлительность и ранимость. При длительном течении болезни *истерические реакции*, возникающие психогенно, могут смениться изменениями личности с появлением *истерических форм поведения*. Больные становятся раздражительными, демонстративно требуют к себе повышенного внимания. Для этого они рассказывают о необыкновенных событиях в своей жизни и о состоянии здоровья. Замечание врача, что опасения больного не имеют под собой основания, а тяжесть болезни не столь велика, может вызвать у больного реакцию протеста с отказом от еды, лекарств, утяжелением истерической симптоматики.

Приведем пример.

Больная С., 34 года, инвалид II группы (в прошлом – учительница). Диагноз: порок митрального клапана. Заболела в возрасте 14–15 лет. После продолжительного периода повышенной утомляемости, слабости, плохого самочувствия и повышенной раздражительности был обнаружен порок сердца. С 20 лет периодически наступало состояние декомпенсации. Больная связывает это с большой физической и интеллектуальной нагрузкой (училась и работала). Появились слабость, утомляемость, отеки на ногах, одышка при быстрой ходьбе. Стала отвлекаемой (с трудом усваивала учебный материал), раздражительной, плаксивой, обидчивой. Неоднократно госпитализировалась в терапевтические стационары. При поступлении обычно бывала вялой,

безучастной ко всему, лежала, отвернувшись к стене, с врачом и больными разговаривала неохотно, почти не читала.

С улучшением соматического состояния становилась раздражительной, высказывала недовольство врачами и сестрами, вступала в конфликт, жаловалась, что ее плохо лечат, недостаточно внимательны к ней. Дальнейшее улучшение состояния сопровождалось изменениями взаимоотношений с окружающими. После выписки обычно полгода чувствовала себя удовлетворительно, возобновляла занятия в институте, режим почти не соблюдала. В возрасте 30 лет окончила педагогический институт, но работать преподавателем не могла. Тяжело переживала крушение своих планов, пыталась работать в библиотеке, но и там не справлялась, была медлительна, раздражалась по малейшему поводу, быстро уставала. Снова стали нарастать явления декомпенсации, и больная была госпитализирована в терапевтическую клинику.

В отделении – раздражительна, обидчива, всем недовольна, с врачом разговаривает вызывающе, обвиняет всех в неправильном лечении, бездушном к ней отношении.

При конфликтах начинается сердцебиение и «приступ судорог», больную начинает «бить» озноб. Продолжительность приступа зависит от того, как много собирается вокруг нее «зрителей» и сочувствуют ли ей при этом. Сознание не теряет, может сообщить, какие процедуры ей делали и что говорили окружающие. Такие состояния возникали, если врач не оказывал ей внимания, если не начинал обход с нее, если студенты не подходили к ней или недостаточно внимательно, с ее точки зрения, слушали ее или осматривали.

Если во время своего рассказа видела улыбку у кого-либо из студентов, обращала внимание на их жизнерадостный цветущий вид, сразу же начинался приступ.

У этой больной с первых лет болезни имели место недостаточная оценка своего состояния, отсутствие режима, чрезмерная физическая и интеллектуальная нагрузка, которые привели к ухудшению состояния и появлению вначале неврозоподобных нарушений астенического круга. С ней не проводились правильные психотерапевтические беседы, касающиеся ее заболевания, перспектив на будущее, в том числе исподволь направленные на перестройку жизненных планов и установок. Испытывая сочувствие к больной и видя ее стремление окончить институт, все шли ей навстречу, давали отсрочки, переносили экзамены и не думали о том, что в условиях длительной нагрузки она будет плохо адаптированной к условиям жизни, не сможет работать педагогом. Иными словами, силы ее расходовались напрасно.

В подобных случаях перед врачом стоит психологически трудная задача при помощи психотерапевтических приемов помочь больному смириться с дефектом и создать новую жизненную цель, новую установку. Тогда не возникнет внутреннего конфликта между желанием, стремлением, жизненной установкой и ограниченными возможностями, связанными с серьезным заболеванием. Отсутствие

психотерапевтической работы с больной привело к ухудшению прежде всего ее психического состояния и способствовало нарастанию психопатизации личности по истеро-возбудимому типу.

При более тяжелом течении заболевания с нарастанием явлений декомпенсации вследствие развивающейся гипоксии мозга на фоне астении может наблюдаться повышение активности больных с двигательным и речевым возбуждением, недооценкой тяжести болезни и ее последствий, что также необходимо учитывать при оказании медицинской помощи.

**Ревматические психозы** могут носить острый и затяжной характер. Изменения сознания — чаще по типу *делириозного* со светлыми промежутками или *сумеречных расстройств сознания*. Течение психоза в большинстве случаев волнообразное (то обострение, то затухание симптоматики). После выхода из психоза наблюдается длительное астеническое состояние, в некоторых случаях могут появиться признаки *психоорганического расстройства*.

Выделяются так называемые **кардиогенные психозы** при ревматических пороках клапанов сердца с нарушением кровообращения II и III степени.

В возникновении психических нарушений играют роль многие факторы: ревматический процесс в различных органах и системах, недостаточность функции печени и почек, отеки, кислородное голодание. Длительность этих нарушений — от нескольких часов до 2–3 недель. При этом могут наблюдаться колебания ясности сознания. Иногда больные сообщают о сновидном переживании отдельных сцен и ситуаций. Часто нарушен ритм сна. В ряде случаев наблюдаются эйфория, говорливость, некоторая суетливость, иногда состояние тревоги, страха. Сознание болезни, как правило, отсутствует.

При нарастании явлений декомпенсации отмечается расстройство речи, она обедняется, переставляются слоги, появляется бормотание.

Больных с психическими нарушениями при декомпенсированных пороках сердца, как правило, не переводят в психиатрические стационары, так как причиной возникновения данных нарушений является основное заболевание, требующее квалифицированной помощи.

В последние десятилетия в связи с развитием сердечно-сосудистой хирургии наблюдаются случаи **психических нарушений после операций на сердце**. В их течении выделяют три этапа: адинамический, невротический и период обратного развития астенических явлений (Ковалев В.В., 1974). На первом этапе (после операции на сердце) больные истощаемы, несколько оглушены, безучастны к окружающей обстановке и своему состоянию. Они с трудом односложно, тихим голосом отвечают на вопросы, быстро утомляются. На втором этапе становятся более активными, отчетливо выступают ипохонд-

ричность и раздражительная слабость. Могут появиться двигательное беспокойство, тревога за состояние здоровья. Иногда возникает приподнятое настроение с говорливостью, беспечным отношением к своей болезни. Такое поведение может представлять опасность для физического состояния больных, так как они совершают резкие движения, порываются встать. Нарушается сон, появляется иллюзорное восприятие окружающего, что еще более усложняет картину болезни. Такие больные нуждаются в тщательном уходе, психотерапевтических беседах, которые, учитывая утомляемость и истощаемость больных, не должны быть продолжительными, а адресованные к пациенту слова просты и понятны. Требуется назначение снотворных средств и транквилизаторов. С конца второй недели после операции состояние постепенно улучшается.

Значение неврогенного и психогенного факторов в развитии приступов **стенокардии и инфаркта миокарда** отмечалось с давних пор. Г.Ф.Ланг относил грудную жабу к заболеваниям нейрогуморального аппарата и считал, что решающую роль в ее возникновении играют неотреагированные отрицательные эмоции. Он подчеркивал, что «ишемическая болезнь миокарда» развивается у волевых, целеустремленных людей, склонных к глубокому и длительному переживанию отрицательных эмоций.

В психосоматической медицине выделяют «*коронарный тип личности*» (Данбар Ф., 1948), или *тип личности А*, входящий в группу риска по коронарной болезни. Для людей этого типа характерны амбициозность, стремление к успеху, одержимость работой, излишняя впечатлительность, нетерпеливость, вспыльчивость, агрессивность, сочетающиеся с повышенным чувством ответственности и подавлением внутренних побуждений путем контроля за своими эмоциями, что приводит к постоянному аффективному напряжению. В поведении лиц, предрасположенных к развитию ишемической болезни сердца, отмечается склонность к «сизифову труду» — чрезмерная активность в работе, не приносящая удовлетворения, неумение отдыхать. Для больных личностного типа А характерно также *боязливо-ажитированное поведение* в условиях болезни: внутреннее напряжение во внеприступном периоде, состояния боязливости и тревоги перед возможным приступом стенокардии. В динамике патологических изменений обнаруживаются своеобразная *психосоматическая спираль*: определенные личностные черты способствуют возникновению заболевания — заболевание усиливает преморбидные черты — усиление преморбидных и появление новых личностных черт приводит к утяжелению течения заболевания. У больных легко возникают астенические состояния, эмоциональная лабильность, возможны также истерические и фобические проявления как реакция на болезнь. А.Б.Смулевичем с соавт. было показано, что 84% из всех психических расстройств, возникающих у больных ИБС, приходится на психогении, в том числе вызванные врачом. При этом невротичес-

кие проявления, особенно ипохондрического характера, затрудняют лечение таких больных.

Считается, что в сложном патогенезе развития коронарной недостаточности имеют значение следующие факторы: 1) расстройство нервно-регуляторных механизмов, часто способствующее повышению тонуса коронарных сосудов, их спазму; 2) коронарный атеросклероз; 3) обменные нарушения в миокарде; 4) изменение процессов свертывания крови с склонностью к гиперкоагуляции. Значение поведенческого фактора, наряду с перечисленными выше, показано на примере монозиготных близнецов: те, у которых развивается ИБС, имеют повышенную реактивность в стрессовых ситуациях. Установлено, что лица, получающие удовлетворение от работы и личной жизни, менее подвержены коронарной болезни, несмотря на имеющиеся конфликты.

Все эти особенности возникновения и течения ИБС необходимо учитывать при проведении лечебно-профилактической работы с больными данным заболеванием. В профилактике такого грозного заболевания, как инфаркт миокарда, должны найти место не только мероприятия, воздействующие на основные патогенетические факторы, но и направленные на устранение факторов риска, включая уменьшение отрицательных эмоциональных влияний. В обучении больного избегать факторов риска основная роль принадлежит психотерапевтическим беседам, которые должны проводиться как лечащими врачами, так и клиническими психологами и психотерапевтами в период реабилитации в специальных санаториях, профилакториях, поликлиниках (А.И.Гейфер и Н.В.Иванов).

Нарушения психической деятельности при **инфаркте миокарда** обусловлены следующими причинами: расстройством мозгового кровообращения, которое сопровождает инфаркт миокарда, кислородным голоданием, возникающим в связи с расстройством сердечной деятельности и нарушением дыхания, распадом некротических участков и поступлением в кровь токсических продуктов. Особое значение придается рефлекторному влиянию болевых импульсов на центральную нервную систему. Это рефлекторное воздействие связано с нарушением деятельности вегетативной нервной системы.

Немаловажную роль играют и *психогенные компоненты*, являющиеся реакцией больного на болезнь. Психотравмирующее воздействие данной патологии заключается в ее остроте, вероятности летального исхода или возможности последующей инвалидизации.

Выделяют несколько этапов в развитии нарушений психической деятельности при инфаркте миокарда. В *продромальном периоде* появляются изменения психической деятельности, которые могут оцениваться как признак ишемии головного мозга. Больные испытывают ощущение «неясной затуманенной головы», нечетко воспринимают окружающее, не могут сосредоточиться при умственной деятельности, страдают от головной боли, головокружений. Эти симп-

томы, как правило, сопровождаются изменениями в эмоциональной сфере — появляются предчувствия опасности, тревога, тоска, иногда эйфория. Указанные расстройства имеют «сигнальное значение» (Л.Г.Урсова). Врач должен знать, что такие жалобы больного служат предвестником инфаркта миокарда. Назначением сосудорасширяющих и успокаивающих средств можно предотвратить развитие этого заболевания.

В беседах с больными, длительно страдающими гипертонической болезнью, особенно в пожилом возрасте, надо объяснить «сигнальное значение» указанных симптомов (не запутывая больного и не внушая ему этих расстройств), стремиться научить больного правильно относиться к своим ощущениям и своевременно обращаться к врачу.

Основным проявлением *острого периода* является болевой синдром, который часто сопровождается безотчетным страхом смерти. В таком состоянии больные или лежат неподвижно в состоянии некоторой отрешенности от окружающего, либо у них наблюдаются тревожное состояние, двигательное беспокойство, суесть, растерянность. Иногда это состояние нарастает, и больные вскакивают с постели, ходят, говорят, несмотря на то, что понимают опасность такого поведения и указывают на это врачу, но не могут успокоиться и лечь. В этих случаях нельзя ориентироваться на высказывания больных, на их как бы сознательное обещание не нарушать режим. Необходимо прибегать к успокаивающим средствам.

Имеется некоторая корреляционная зависимость между локализацией инфаркта и характером изменений психической деятельности. При инфаркте задней стенки миокарда чаще наблюдаются *безотчетный страх смерти, тревога, тоска*.

Приведем пример.

Больная В., 49 лет, экономист. По характеру всегда была активной, деятельной, целеустремленной, добросовестной, прямолинейной. С 47 лет страдает гипертонической болезнью. Последние полгода работала с большой нагрузкой, уставала, возникали конфликты с сослуживцами. «Раньше могла сдержаться, теперь из-за повышенной раздражительности делала замечания», подолгу переживала эти конфликты, мысленно перебирала обиды, нарушался сон. На работе возникла неприятность, волновалась, плакала. По дороге домой появился сильный приступ за грудиной болей, одновременно с ними безотчетный страх смерти, были рвота, липкий пот, озноб. В тяжелом состоянии доставлена в больницу, где был поставлен диагноз инфаркта задней стенки левого желудочка. С самого начала пребывания в больнице крайне тревожна, подавлена, плачет, думает о будущем, которое представляется ей в мрачных красках. Спит плохо, по ночам не может отделаться от тяжелых переживаний, сновидения соответствуют характеру переживаний. Каждый день с надеждой смотрит на врача, успокаивается после психотерапевтической беседы, но вскоре снова начинает тревожиться.



С улучшением соматического состояния стала обидчивой, раздражительной, жаловалась, что персонал не уделяет ей внимания, на шум, доносящийся с улицы, на студентов, которые ее раздражали. Были назначены транквилизаторы. Постепенно состояние выровнялось, появилась надежда на выздоровление, «снова приобрела способность владеть собой».

При инфаркте передней стенки, а также при комбинированных поражениях миокарда в большинстве случаев наблюдается *эйфория*, возможны *гипогнозия* или *анозогнозия*. Необходимо также помнить о возможности безболевого инфаркта миокарда. По некоторым данным (Добжанский Т., 1973), они встречаются в среднем у 10% психически здоровых людей и у 89% психически больных. Слабая выраженность болевого синдрома типична также для больных алкоголизмом. Отсутствие болевого синдрома может служить причиной запоздалой диагностики инфаркта, что иногда приводит к тяжелым последствиям, а также затруднять проведение лечебно-реабилитационных мероприятий, ввиду неполного осознания больными серьезности своего состояния. Эйфория всегда служит признаком более тяжелого поражения мышцы сердца и более глубоких психических нарушений.

Иногда у больных, особенно страдающих алкоголизмом, а также патологией печени, уже в первые дни после инфаркта могут возникать *психические расстройства экзогенного типа*: эпизоды спутанности сознания, делириозные, галлюцинаторные и конфабуляторные расстройства, которые требуют консультации психиатра и контроля за поведением больного, иногда перевода его в сомато-психиатрическое отделение.

У ряда больных в картине психических нарушений уже в первые дни после инфаркта могут преобладать *апатия* и *адинамия*. Такие больные лежат спокойно, не предъявляют никаких жалоб, не проявляют ни к чему интереса. Подобные проявления могут свидетельствовать о развитии у них *депрессивных состояний*, имеющих важное прогностическое значение. В работах, посвященных изучению психических расстройств при инфаркте миокарда, было неоднократно показано, что наличие депрессии, особенно у мужчин, увеличивает в 3–4 раза риск ранней смерти и смерти в течение 6 месяцев после инфаркта, а также возможность возникновения повторных инфарктов, остановки сердца. Поэтому в случае выявления у больного признаков депрессии, необходимо консультировать его у психиатра и добавлять к основным лекарственным средствам антидепрессанты.

Все больные в остром периоде заболевания жалуются на нарушения сна, в сновидениях находят отражение психогенные переживания, по содержанию которых часто удается выяснить психологические конфликты, скрываемые больными. Поэтому таких больных необходимо расспрашивать не только о самочувствии, но и о настро-

нии, переживаниях, волнениях, сновидениях и др. Это позволит врачу выявить имеющиеся у больного установки, представления о болезни, об исходе, часто неправильные, основанные на случайных сведениях. Врач должен уметь вселить в больного надежду на выздоровление, не допуская при этом в отношении к нему фамильярности или «панибратства».

В *подостром периоде* с улучшением состояния начинают нарастать явления раздражительной слабости, больные становятся обидчивыми, раздражительными, их беспокоят разговоры, яркий свет, хождение студентов и персонала, шум транспорта. Необходимо помнить, что эти проявления психических нарушений могут быть связаны как с последствиями перенесенного инфаркта, являясь в таком случае *неврозоподобными*, так и с реакцией личности на болезнь, которая служит психической травмой, поэтому можно говорить и о *нозогении*. В этом периоде, кроме психотерапевтических бесед, направленных на разъяснение больному причин такого состояния и поддержание у него уверенности в благополучном исходе перенесенного инфаркта, иногда требуется назначение на короткий период транквилизаторов и других седативных средств, в частности растительного происхождения (типа ново-пассита и др.).

При выздоровлении на более или менее длительный срок у больных остаются астенические проявления, а также могут возникать *поведенческие расстройства*. У некоторых больных возникает ипохондрическая фиксация на бывших в прошлом ощущениях, меняется отношение к болевому синдрому. Если до инфаркта миокарда многие больные не придавали значения боли в сердце, то после него даже незначительные болевые ощущения в области сердца вызывают реакцию страха. У таких больных может возникнуть определенный стиль поведения. Они вырабатывают для себя особый щадящий режим, неукоснительно и формально соблюдают назначения врача, ограничивают круг обязанностей и знакомств, все свои интересы сосредоточивают на болезни, становятся эгоистичными и трудными в семье. В этом проявляются часто характерные для лиц, предрасположенных к инфаркту миокарда, такие черты, как прямолинейность, ригидность, формальное следование догмам и правилам. Во время болезни эти черты, как правило, заостряются, что находит отражение в определенном стиле поведения. Об этом надо помнить, давая рекомендации по соблюдению режима труда, отдыха и др. Если указанные формы поведения и реагирования закрепляются, и ими определяется вся дальнейшая жизнь больного, то говорят об *ипохондрическом развитии личности*. Такие больные нуждаются в длительной психотерапии с привлечением клинических психологов, психотерапевтов, а иногда и врачей психиатров, так как может возникнуть необходимость в назначении психотропных препаратов. Только в результате упорной психотерапевтической работы удастся вернуть больных к трудовой деятельности.

**Гипертоническая болезнь (ГБ)** относится к типичным психосоматическим заболеваниям. Реакцию кровеносных сосудов на эмоциональное состояние отражают, например, такие известные выражения, как «покраснел, как рак, от возмущения и гнева», «от страха стал бледным, как полотно», «залился краской стыда» и др. Роль психологических факторов в патогенезе ГБ была показана как кардиологами (Г.Ф.Ланг, А.Л.Мясников и др.), так и психиатрами и психологами (А.Вольф, Ф.Данбер и др.). Описаны черты личности, предрасполагающие к развитию ГБ: гиперстеничность, упорство в достижении цели и при этом частые внутренние конфликты и постоянное эмоциональное напряжение вследствие сдерживания и подавления эмоций гнева и беспокойства. В психосоматике ГБ рассматривают как результат «жизненного напряжения» — *Life-Stress*.

Гипертоническая болезнь отличается от собственно психогенных болезней тем, что возникнув психогенно, в последующем продолжает развиваться по своим механизмам, независимо от того, существует травмирующая ситуация или она дезактуализировалась. Говоря о дезактуализации психической травмы, необходимо учитывать, что сама болезнь для ряда личностей является психической травмой, которая утяжеляет ее течение. В то же время психические нарушения, связанные с ГБ, могут приводить к затруднениям во взаимоотношениях с окружающими и к конфликтам, которые также вызывают ее обострение. Изменения психики приводят к тому, что эмоциональные реакции становятся малоподвижными, появляется склонность к «застреванию» на неприятных переживаниях, которые, в свою очередь, создают условия для повышения артериального давления. Таким образом, формируется характерный для психосоматических заболеваний *порочный круг*: психические нарушения ведут к возникновению соматических расстройств, которые усложняют и утяжеляют психические нарушения.

Изменения психики при ГБ разнообразны, они зависят от особенностей личности больного, тяжести и стадии заболевания. На ранней стадии развития болезни, когда диагноз еще не поставлен и повышение артериального давления не выявлено, могут наблюдаться *астенические симптомы* (раздражительность, нарушение сна, более быстрая утомляемость, головные боли), на которые больной нередко не обращает внимания, но обычно вспоминает о них после обнаружения у него повышенного артериального давления. Поскольку нередко развитию ГБ предшествует длительная психотравмирующая ситуация и связанные с ней эмоциональные переживания и нагрузки, то астенические расстройства объясняются именно этими факторами.

Индивидуальное психологическое реагирование больных на обнаружение у них повышения АД зависит от нескольких факторов: особенностей преморбида, физического самочувствия при повышенном АД, влияния окружения, в том числе возможных ятрогений.

Большинство больных правильно воспринимает свое заболевание и адекватно относится к рекомендациям и назначениям врача. Больными с тревожно-мнительными чертами характера обнаружение высокого АД воспринимается как трагедия, катастрофа, крушение всех надежд и жизненных планов, особенно если они уже имеют представление о ГБ — их родственники болели или умирали от нее. У этих больных наблюдаются выраженные *психогенные нарушения*: подавленное настроение, тревожные опасения за свое здоровье, фиксация на своем самочувствии. Они постоянно посещают врачей, сами следят за показателями артериального давления, ограничивают нагрузки. Все их мысли сосредоточены на болезни, снижается работоспособность и ограничивается круг интересов и общения. Весь режим строится таким образом, чтобы не вызвать повышения АД. Во имя здоровья такие лица отказываются от увлечений, театров и концертов, не ходят в гости, чтобы не нарушить режим, аккуратно, до педантизма, соблюдают назначения врача. Сон у них поверхностный, часто можно наблюдать расстройство засыпания по типу невроза ожидания, особенно если сну отводится решающая роль в нормализации АД.

При наличии *невротического состояния (нозогенного типа)* у таких больных большое значение имеет психотерапевтическая работа с ними, позволяющая на ранней стадии болезни достигать значительного эффекта. Очень важны беседы врача, направленные на разъяснение причин плохого самочувствия больного, отвлечение его внимания от тщетной борьбы со стабильно повышенным АД. Необходимо успокоить больного, объяснив ему при этом, что постоянное эмоциональное напряжение, волнение и страх лишь способствуют гипертензии. Можно пользоваться и специальными психотерапевтическими методиками. Хороший эффект дают занятия аутогенной тренировкой. Иногда приходится назначать седативные средства, в частности транквилизаторы, на короткие периоды, дабы избежать формирования зависимости. Транквилизаторы несколько смягчают склонность к аффективным реакциям, тревогу и напряженность. Безусловно, разрешить проблему гипертонии лишь при помощи психотерапии и седативных средств невозможно, врач должен тщательно подбирать необходимые гипотензивные средства, объяснять в доступной для пациента форме их действие и добиваться регулярности приема.

У другой группы больных диагноз ГБ не вызывает болезненной реакции, скорее они *отрицают факт болезни*, отказываются от лечения или проводят его нерегулярно, продолжают вести прежний образ жизни, игнорируя заболевание. Такое отношение чаще наблюдается у лиц с невысоким интеллектом, злоупотребляющих алкоголем. У данных лиц чаще возникают различные нарушения мозгового кровообращения, приводящие к смерти или серьезным последствиям для здоровья.

Несвоевременно начатое и несистематическое лечение больных ГБ, отсутствие психотерапевтической помощи приводят к прогрессированию заболевания. На фоне остающегося астенического симптомокомплекса могут возникать другие невротические расстройства, наиболее частыми среди которых являются *обсессивные и истерические*, нередко с *ипохондрическими проявлениями*. Кроме того, ГБ способствует некоторому заострению преморбидных черт характера, а иногда появлению выраженных *патохарактерологических нарушений*, чаще по возбудимому типу, приводящих к дезадаптации больных, учащению конфликтов и утяжелению течения основной болезни. Поэтому в комплексной терапии больных ГБ необходима психотерапевтическая помощь, в некоторых случаях следует рекомендовать пациенту обратиться за консультацией к психиатру, который сможет назначить лекарственную терапию в виде мягких корректоров поведения.

При прогрессировании ГБ нарастают *психоорганические расстройства*, которые выражаются в истощаемости, утомляемости, слабодушии, нарушениях памяти, колебаниях настроения. При этом больные становятся обидчивыми, придают большое значение мелким неприятностям, житейским неудачам, склонны фиксировать на них свое внимание. В беседе с врачом часто обнаруживаются сенситивность, иногда вязкость и обстоятельность мышления, а также ипохондрическая фиксация на различных ощущениях. Ввиду снижения работоспособности, приходится решать вопрос о смене рода деятельности или места работы больных, а иногда и об инвалидности.

### **18.3. Клиническая психология в пульмонологии**

Известно, что, по оценке врачей древности, заболевания органов дыхания относились к одним из «двух ворот смерти» наряду с болезнями сердечно-сосудистой системы. Это связано, в первую очередь, с распространенностью воспалительных заболеваний легких и отсутствием эффективных средств лечения. Наиболее опасным заболеванием легких как для жизни, так и в плане возникновения психических расстройств считалась **крупозная пневмония**. Безусловно, в настоящее время благодаря наличию антибактериальных средств терапии существенно уменьшилась распространенность тяжелых форм пневмонии и, соответственно, сократились количество и выраженность психических нарушений при этом заболевании.

На причины возникновения психических расстройств при пневмонии существуют различные точки зрения. Многие авторы большую роль в возникновении *делириозных расстройств сознания* при крупозной пневмонии отводят предшествующей алкогольной интоксикации. В настоящее время выделяют два варианта острых психотических расстройств при пневмонии. Делириозное помра-

чение сознания в первые дни заболевания, как правило, наблюдается у лиц, длительно злоупотребляющих алкоголем. В этих случаях в профилактике психических расстройств и неправильного поведения больного имеет значение беседа врача в приемном отделении и выявление злоупотребления им алкоголем путем расспроса самого больного и его родственников. Тревожный сон в первую ночь, страхи, которые испытывает больной, жалобы на внешние раздражители, наличие гипнагогических галлюцинаций указывают на возможность возникновения психотического состояния. Приведем пример.

Больной В., 34 года, тракторист. Развивался правильно, учился средне, по характеру спокойный и уравновешенный. Алкоголь употребляет по одному стакану 2–3 раза в неделю. За день до заболевания во время переезда через реку на тракторе вынужден был несколько раз опускаться в воду, чтобы исправить поломку. Вернувшись домой, выпил два стакана водки. На следующий день появились боли в правом боку и повысилась температура, был госпитализирован в терапевтическое отделение, где были выявлены признаки пневмонии и начато лечение инъекциями антибиотиков. Первую ночь спал спокойно, затем стал жаловаться на бессонницу и обилие неприятных сновидений, часто просыпался в страхе, испытывал сердцебиение, просил не гасить на ночь свет, оставить дверь палаты открытой, чтобы видеть дежурную медицинскую сестру. В ночь на четвертые сутки «бредил», не спал, был тревожен, пытался встать с постели, жаловался, что его кусают блохи, смахивал их с тела, уверял, что видит их. Затем «увидел», что к нему пришла жена, вскочил с постели, выбежал в коридор, где у него возникло коллаптоидное состояние с цианозом и одышкой.

Придя в себя, был тревожен, суетлив, пытался куда-то бежать, испытывал страх, ему казалось, что он среди врагов, «фашистов», что его собираются убить, сжечь живьем, громко кричал, звал на помощь, персонал принимал за врагов, больницу — за «подвал пыток». Был переведен в психиатрическое отделение, где через сутки после инъекций аминазина явления психоза прошли.

У лиц, не злоупотребляющих алкоголем, *острое психотическое состояние* можно наблюдать при разрешении крупозной пневмонии, когда температура уже снизилась и идет активное рассасывание очага воспаления.

Известны случаи, когда врачи поликлиник, не придавая достаточно серьезного значения тяжести состояния у молодых больных после снижения температуры, не посещали их на дому, а настаивали на приходе в поликлинику. Именно эта дополнительная нагрузка может спровоцировать психотическое состояние с бурным развитием клинических проявлений делириозного помрачения сознания, поступками и действиями, опасными как для самих больных, так и для окружающих.

У многих больных после перенесенной крупозной пневмонии *астенические проявления* сохраняются более или менее длительное время.

Астенические расстройства, связанные с интоксикацией и обменными нарушениями, являются ведущими и у больных с **хроническими заболеваниями легких** — бронхитами и бронхопневмониями. На фоне астении могут возникать тревожные опасения, касающиеся здоровья, мысли о неизлечимости болезни, обреченности. Иногда эти переживания являются отражением депрессивного состояния, что требует консультации и лечения психиатра. *Депрессии* чаще носят характер *дистимии*, когда больные всем недовольны, скандалят, упрекая окружающих в недостаточном внимании к себе, отсутствии помощи. Иногда, при выраженном кашле и обилии отделяемой мокроты, больные тяготеют к пребыванию в обществе, у них могут возникать сенситивные идеи отношения: кажется, что окружающие сторонятся их, «брезгают» находиться рядом с больным.

Чаще у больных имеют место *ипохондрические расстройства* с фиксацией внимания на своем самочувствии. Они много времени уделяют различным методам обследования и лечения, всячески стараются оградить себя от факторов, способствующих обострению заболевания. Однако у ряда больных, прежде всего это относится к лицам, злоупотребляющим алкоголем, наблюдается *гипонозогнозия* или полное *отрицание болезни* с соответствующим поведением (анозогнозия).

Среди заболеваний органов дыхания, при которых большое значение имеют психологические особенности больного, а также могут иметь место психопатологические проявления, особое место принадлежит **туберкулезу легких**. Актуальность психических расстройств при данном заболевании обусловлена также неблагоприятными эпидемиологическими показателями по туберкулезу в последние годы.

Особенности психологического реагирования больных туберкулезом на заболевание и сложности лечения таких пациентов связаны с существующими в обществе до настоящего времени *предубеждениями и ложными представлениями о туберкулезе* как о тяжелом «заразном» неизлечимом заболевании. Поэтому сообщение о подозрении или наличии туберкулезного процесса у пациента может восприниматься им как катастрофа, трагедия. У многих больных возникает страх оказаться в изоляции, потому что, боясь заразиться, их будут избегать родственники, сослуживцы, соседи. Глубокие переживания и отчаяние усугубляются при помещении больного в специализированную больницу или санаторий, отрыве от привычного окружения. Поэтому уже в первой беседе с больным врач должен успокоить его, рассеять сомнения и опасения, объяснить необходимость и характер лечения и вселить надежду на выздоровление. Психологическая помощь больному со стороны врача, а также работа последнего с род-

ственниками пациента должна проводиться на всем протяжении заболевания. Необходимо психотерапевтическое опосредование всех применяемых средств и методов обследования и лечения больного. Примером одного из распространенных типов реакции на болезнь может служить следующее клиническое наблюдение.

Больной В., 36 лет, страдает инфильтративным туберкулезом легких в фазе распада. Из анамнеза: рос и развивался правильно. С начала 1996 года начались служебные неприятности, которые продолжались около полугода. В то время плохо спал, был угрюм и раздражителен. Когда неприятности прекратились, состояние нормализовалось.

В 1994 г. при диспансеризации были обнаружены плотные очаговые изменения в верхнем отделе правого легкого. Не лечился, чувствовал себя здоровым. В ноябре 1996 г. повысилась температура тела до 38,6°, появились общая слабость, «бессилие», головная боль, потливость. Состояние не улучшилось, несмотря на проводимую терапию, и через 10 дней был направлен к фтизиатру. Отнесся к этому спокойно. «В глубине души не верил, что может заболеть такой болезнью». Известие, что он болен и нуждается в госпитализации, оказалось неожиданным, «свалилось как снег на голову», «убило». Настроение сразу стало плохим. Был полностью поглощен мыслями о болезни. «Думал лечиться или не лечиться, так как все равно не поправишься». По вечерам не мог уснуть, в воображении рисовал картины постоянного пребывания в больнице, неумолимого нарастания заболевания и скорой неотвратимой гибели. Пробуждаясь утром, сразу вспоминал о болезни и «падал духом». Иногда не мог удержать слез. Хотелось тишины, уединения, пробовал чем-либо заняться, но все валилось из рук.

В стационаре при упоминании о болезни становится напряженным, тревожным. В разговоре не употребляет слово «туберкулез», говорит что заболевание «пугает». Постоянно тревожит мысль о том, что может умереть. Перебирает в памяти прошлое. «Понял», что болеет давно, с детства, когда лечился от воспаления легких. Считает, что ему не повезло в жизни, так как тогда жил в деревне и не получил квалифицированной медицинской помощи. Утомляется. К концу беседы перестал активно ее поддерживать, обнаруживает нетерпение, ерзает на стуле, совершает ненужные движения руками, отвлекается. В дальнейшем настроение, поведение и высказывания больного зависят от физического состояния. Незначительное ухудшение вызывает тревогу, нарушается сон, больной становится раздражительным.

Перед консультацией хирурга растерян, не отпускает от себя врача, говорит, «что ему не повезло в жизни», охвачен страхом. Согласие на операцию дал. Оперирован. Эффект хороший. Вернулся к прежней работе.

По аналогии с приведенным примером реагирует большинство больных, правильно воспринимающих факт болезни, несмотря на более или менее выраженную психогенную реакцию, и принимают



необходимое лечение. Их желание вылечиться способствует установлению доверительного контакта с врачом. Однако в некоторых случаях, особенно при отсутствии психологической помощи, могут развиваться *депрессивные состояния*, требующие уже психиатрической помощи. Помимо риска суицида депрессия оказывает негативное влияние на течение самого туберкулезного процесса.

Вместе с тем приходится встречаться и с совсем другим типом реагирования больных туберкулезом на болезнь. Возможным *типом психологической защиты* в ответ на сообщение о наличии туберкулеза является *вытеснение* или *отрицание болезни*. Такие больные, особенно при хорошем субъективном самочувствии, «не принимают болезнь», продолжая беспечно вести прежний образ жизни, отказываясь от обследования и лечения и не соблюдая санитарно-гигиенических правил. Данное поведение может представлять опасность как для самих больных, вследствие прогрессирования заболевания, так и для окружающих в связи с опасностью распространения инфекции.

Иногда и родственники больных из-за ложного стыда и страха обидеть близкого им больного человека также не соблюдают гигиенических норм, подвергая себя и своих детей опасности заражения туберкулезом.

*Поведенческие расстройства* при туберкулезе легких наиболее выражены у больных алкоголизмом. Как правило, такие больные попадают в лечебные учреждения уже с далеко зашедшей формой туберкулеза, так как плохое самочувствие они привыкли «лечить» с помощью алкоголя. *Анозогнозия* у таких больных проявляется протестом против пребывания в специализированном лечебном учреждении, недисциплинированности и самовольном уходе из него, нарушением режима трезвости. Выраженность изменений личности и поведенческих расстройств является показанием для консультации таких больных психиатром и наркологом.

Были попытки отдельных авторов выделить особенности психического склада больных туберкулезом, которые нашли широкое отражение в художественной литературе. Подчеркивалась их особая чувствительность, эротичность, сентиментальность, истощаемость, эмоциональная лабильность. Описание указанных особенностей относится в основном к периоду доантибактериальной терапии. Большинство же авторов не находит специфических личностных черт у больных туберкулезом (Берлин-Чертов С.В., 1948), но при этом выделяет в качестве общих факторов, способных оказывать влияние на психическое состояние больного астенизирующее действие туберкулезной интоксикации и социально-бытовые предпосылки, связанные с данной болезнью.

Психические нарушения, наблюдаемые в настоящее время у больных туберкулезом, складываются из:

- нарушений, возникающих в результате самого болезненного процесса;

- психогенных наслоений, связанных с фактом болезни и необходимостью длительного пребывания в стационаре;
- побочного действия антибактериальной терапии.

На характер указанных расстройств влияют личностные особенности больных и дополнительные вредности. Так, злоупотребление алкоголем играет роль в появлении отрицания факта болезни и анозогнозии не только в отношении туберкулеза, но и других соматических расстройств.

Наиболее типичным психическим нарушением при туберкулезе являются *астенические проявления*, которые могут иногда возникать раньше появления других клинических признаков туберкулеза легких. Как правило, преобладает физическая, или *соматическая астения*. У некоторых больных на фоне астении возникают ситуационно обусловленные *аффективные нарушения*. Они могут проявляться подавленным настроением, угрюмостью, отгороженностью, иногда чрезмерной тревожностью. На фоне астении могут возникать *ипохондрические жалобы* и *истерические реакции*. Во взаимоотношениях с врачом больные иногда проявляют негативную реакцию, отказываются от обследований, бывают злобными и раздражительными, фиксированы на болезненных ощущениях. Такие пациенты жалуются на расстройства сна, частые пробуждения, многочисленные сновидения неприятного содержания. В этот наиболее трудный для больного период происходит адаптация к новым условиям, интрапсихическая переработка случившегося, и поэтому именно в это время большое значение имеют психотерапевтические беседы и санитарно-просветительная работа в отделении.

Характер туберкулезного процесса также может способствовать возникновению психических нарушений у больных. Для фиброзно-кавернозного туберкулеза легких характерны *астено-эйфорические* и *астено-апатические синдромы* (Сергеев И.И., 1968).

Приведем пример.

Больной К., 39 лет. Диагноз: фиброзно-кавернозный туберкулез легких в фазе инфильтрации и обсеменения с поражением верхних и средних отделов обоих легких. Из анамнеза: развивался правильно. Окончил 6 классов, работал слесарем. В 17 лет был выявлен правосторонний инфильтративный туберкулез легких. Известие о болезни напугало, расстроило, но быстро успокоился. В стационаре состояние улучшилось. Через год наступило обострение, и с тех пор ежегодно поступал в больницу.

В 25 лет оформлена инвалидность II группы. Вначале огорчался, а затем успокоился и продолжал работать, от госпитализации при ухудшении состояния отказывался. Изменился по характеру, стал менее общительным, растерял друзей, уставал от шума и разговоров. Исчезла живость, веселость, «разучился шутить». Нарастала раздражительность, возникали конфликты дома, на работе, с медицинским персоналом.

При очередной госпитализации: в беседе пассивен, говорит медленно, тихо, мимика бедная, мрачен. Равнодушно говорит о болезни, «старается ее не замечать», смирился, так как от мыслей «болезнь делается только хуже». Отвлекаем, с трудом может сосредоточиться, путает даты своей жизни, лекарства, которые получал и получает. Спит плохо, иногда засыпает под утро, просыпается внезапно, «как от удара тока», боязлив, постоянно раздражен, обвиняет в конфликтах окружающих, которые, зная о его болезни, не хотят уступить, провоцируют на резкость.

С улучшением физического состояния нарастают неустойчивость настроения, несдержанность и гневливость. Резок, непослушен, придирчив и капризен с обслуживающим персоналом отделения. Болезненно реагирует на замечания, не приходит вовремя за лекарствами. Обвиняет медицинскую сестру в забывчивости и халатности. Усматривает всяческие беспорядки, жалуется заведующему отделением на младший обслуживающий персонал и больных. С врачом дерзок, нетактичен, неуместно шутит. После приема транквилизаторов и разъяснительных бесед самочувствие улучшилось.

Как видно из истории болезни, у больного К. реакция на обнаружение заболевания была незначительна и не содержала патологических проявлений. В дальнейшем длительное время наблюдались более или менее выраженные *астенические симптомы*. В подобных случаях часто при улучшении соматического состояния явления раздражительной слабости нарастают. Больные становятся раздражительными, обидчивыми, слезливыми, легко засыпают и просыпаются, часто жалуются на отвлекаемость и нарушения памяти, испытывают затруднения при чтении, выполнении мелких и точных движений. В этом состоянии они чаще предъявляют жалобы на то, что им мешают яркий свет, шум, громкие разговоры и др. При длительном стационарном лечении указанные расстройства сохраняются на протяжении всего пребывания в стационаре. При обострении и утяжелении туберкулезного процесса они сменяются астено-эйфорическим или астено-апатическим состоянием.

При астено-эйфорическом состоянии на фоне резкой астении появляются приподнятое настроение, говорливость, двигательное беспокойство, недостаточная оценка своего состояния. Повышенное настроение, как правило, быстро сменяется капризностью, гневливостью или безразличием. Это объясняется тем, что на указанные аффективные проявления оказывает влияние резкая астения.

Астено-апатическое состояние выражается общей слабостью, безучастностью, аспонтанностью, речевой и моторной заторможенностью. Когда больные находятся в этом состоянии, беседы для них крайне утомительны, они часто отвечают односложно, недовольным тоном, просят оставить их в покое, при настойчивых требованиях

обслуживающего персонала вступить в контакт могут наблюдаться кратковременные реакции недовольства и раздражительности, которые быстро затухают из-за выраженной астении.

С течением болезни нарастают *изменения характера и форм поведения*, типичные и для других хронических соматических заболеваний: пассивность, безразличие и некоторая отгороженность, сужение круга интересов и контактов наряду с повышенной капризностью, эксплозивностью, приводящими к частым конфликтам с окружающими.

Появление у некоторых больных на фоне более или менее выраженных астенических нарушений стойких изменений характера зачастую связано, помимо соматогенных факторов, с длительной психотравмирующей ситуацией, обусловленной заболеванием. Эти состояния могут расцениваться как *патологическое развитие личности* в связи с туберкулезным процессом. Психические проявления при этом разнообразны: *истерические реакции, навязчивые опасения, сомнения, подозрительность, паранойяльная настроенность, сверхценные образования*.

В некоторых случаях *паранойяльность* проявляется недоброжелательным отношением к врачам: они якобы ранее лечили их «с преступной халатностью», что привело к неблагоприятному исходу болезни. Недоброжелательность и подозрительность могут распространяться и на родственников, которые якобы специально держат их в больнице. Такие больные высказывают мысли о супружеской неверности.

Врачи должны знать, что для больных с *истерическими проявлениями* характерны так называемые *рентные установки* — стремление извлечь максимальные выгоды из болезни. Появление истерических реакций в картине болезни не должно расцениваться врачом как сознательное нежелание подчиняться режиму, как симуляция и неблагоприятное поведение больного. Это болезненные формы поведения и реагирования на трудные ситуации, на невозможность справиться с задачами, стоящими перед больным. Выговоры и замечания больным с истерическими проявлениями не достигают желаемого результата, а иногда приводят к утяжелению состояния с появлением протестных форм поведения (отказ от лечения, уход из стационара) вплоть до демонстративных суицидов.

Обязанность врача — выявить конфликты и затруднения, которые способствуют появлению указанных форм поведения и реагирования.

Возникающие у больных конфликты с другими пациентами, родственниками и обслуживающим персоналом являются следствием болезни, поэтому наряду с психологической помощью больному необходимо проводить разъяснительную работу с людьми, его окружающими. Особенно это касается родных и близких больного, беседы с которыми должны быть направлены, с одной стороны, на за-

шиту интересов больного в целях предотвращения распада семьи, а с другой — на необходимость соблюдения гигиенических правил.

Возникновение *психотических расстройств* у больных, чаще де-лириозного характера, может быть связано с *токсическим действием медикаментозных средств, применяемых для лечения туберкулеза*. Способствуют этому измененная реактивность организма, наличие патологии других систем, прежде всего печени, что нередко связано с предшествующим алкоголизмом.

**Бронхиальная астма** — заболевание, известное давно, о нем упоминается еще в афоризмах Гиппократа. В середине XVII века Гельмонт и Виллис ввели понятие «нервной», или спазматической, астмы, характеризующейся внезапными приступами. В первой половине XIX века Г.И.Сокольский, подчеркивая значение нервного компонента в патогенезе всякой одышки, рассматривал бронхиальную астму как особую форму одышки, происходящей от судорожного сжатия легких; он назвал ее «нервной одышкой». Большинство исследователей в настоящее время считают, что в возникновении астматических приступов определенное значение имеют психические травмы и эмоциональное напряжение. Представители психосоматического направления рассматривают бронхиальную астму как типичное психосоматическое заболевание, а свойственные этим больным черты характера (аккуратность, обязательность) оценивают как «профильные», присущие «аллергической личности». По наблюдениям отечественных психиатров, указанные особенности не определяют структуры личности заболевших бронхиальной астмой. Из наиболее характерных черт личностного преморбида отмечаются лишь эмоциональные трудности в контактах с людьми и алекситимия (затруднения при описании своих ощущений). По результатам изучения в последние годы этиопатогенетических факторов бронхиальной астмы, лишь в 30% случаев ведущая роль отводится психогенным факторам, в 40% — инфекциям и в 30% — аллергии.

Психология и поведение больных бронхиальной астмой во многом определяются личностными реакциями на болезнь. Реакция на болезнь зависит от тех же факторов, что и при других заболеваниях, клиническая картина реакции исчерпывается основными описанными вариантами в виде гипер- или гипонозогнозии.

Специфика внутренней картины болезни при бронхиальной астме состоит в том, что она включает в себя два вида реакций — *реакцию на астматический приступ* и *реакцию на болезнь*. Выраженность расстройств в большинстве случаев обусловлена остротой и внезапностью приступа. При внезапном остром приступе чаще всего появляются *страх смерти от удушья* или *остановки сердца, страх некупируемого приступа* (Костюнина З.Г., 1971). Причем редкие, но тяжелые приступы астмы сопровождаются более выраженными проявлениями страха, возникающего не только во время приступа,

но и в ожидании его. Кратковременные нетяжелые приступы удушья, не связанные с наиболее распространенными триггерами (психическими факторами, аллергенами и др.) и легко купирующиеся ингаляцией противоастматических средств, напротив, чаще сопровождаются *гипонозогностическими реакциями*.

При дальнейшем хроническом течении болезни и необходимости в связи с этим длительное время лечиться, в том числе в условиях соматических стационаров, у многих больных возможна фиксация внимания на своих ощущениях и переживаниях с формированием *тревожно-фобических и депрессивных реакций*. Выраженный страх касается уже не только возможного приступа, но и своего здоровья в целом, своей дальнейшей судьбы. Больные фиксированы на собственной дыхательной функции, постоянно заняты анализом ощущений. У некоторых из них появляются страхи не только перед приступом бронхиальной астмы, но и другие *ипохондрические страхи*, например «за сердце». Больные опасаются, что деятельность сердца нарушится в связи с приемом лекарств, которые могут «испортить сердце». Из-за этих страхов часто возникают затруднения с лекарственной терапией, и поэтому большое значение приобретает психотерапевтическая работа.

Сравнительно реже ипохондрических фобий возникают различные *стероформные расстройства*, которые обычно носят характер вегетативных и сенсомоторных пароксизмов без выраженных истерических форм поведения. Примером может служить следующее наблюдение.

У больной Г., 32 года, приступ удушья возник остро после сообщения мужа, что он ее оставляет и уходит к другой женщине. В состоянии тяжелого приступа была доставлена в больницу. Никакие противоастматические средства не купировали приступ. Возникла опасность для жизни больной. Был приглашен муж больной, которому сообщили о ее состоянии, после чего он согласился повидаться с женой и сообщить об изменении своего решения. Через некоторое время приступ купировался.

В данном случае в возникновении приступа бронхиальной астмы решающую роль сыграл истерический механизм.

Пассивность больных, пессимистическая оценка своего состояния и будущего в целом, негативизм в отношении проводимого лечения свидетельствуют о наличии *депрессивных расстройств*, требующих иногда консультации психиатра и назначения психотропных средств, выбор которых ограничен в связи с тем, что некоторые из них противопоказаны при бронхиальной астме (антидепрессанты, бета-блокаторы и др.).

При затяжном неблагоприятном течении заболевания, особенно при так называемых стабильно обструктивном и влажном вариантах бронхиальной астмы появляются *изменения личности* (патологичес-

кое развитие, по Г.К.Ушакову), в структуре которых переплетаются реактивные и соматические нарушения. Причем, так же как и при других соматических заболеваниях, выступает обратная пропорциональность этих компонентов: с нарастанием соматогенных расстройств уменьшается удельный вес психогенных нарушений и наоборот.

В системе лечения больных бронхиальной астмой, наряду со специальными бронхолитическими средствами и психотропными препаратами, большое место должны занимать психотерапевтические методы. Наиболее эффективными из них являются *когнитивная (рациональная) и бихевиоральная (поведенческая) психотерапия*, обучение больного приемам *релаксации* при помощи *аутогенной тренировки*, а также современные методы *психической десенсибилизации* и *биообратной связи*. Если истерические припадки носят характер приступов удушья и возникают в связи с психотравмирующей ситуацией, то хороший результат наблюдается при *гипнотерапии*.

При первом приступе бронхиальной астмы, при котором особенно выражено чувство страха в связи с удушьем, правильная беседа врача, ободряющая и успокаивающая не только больного, но и его родственников, имеет основное значение для дальнейшего лечения этого заболевания. Чем раньше начата психотерапия, тем выше эффективность использования ее методов. Появление стойких, необратимых патофизиологических изменений, характерных для бронхиальной астмы, резко сужает возможности психотерапевтических воздействий.

#### **18.4. Клиническая психология в гастроэнтерологии**

Проводимые в разные годы многочисленные изучения психологических особенностей лиц, заболевших язвенной болезнью желудка, двенадцатиперстной кишки и язвенным (спастическим) колитом, выявили определенные изменения психической деятельности. Чаще всего больные становятся раздражительными, обидчивыми, у них нарушается сон, снижается работоспособность вследствие быстрой утомляемости и истощаемости. У некоторых из них эти нарушения настолько выражены, что вынуждают обратиться к невропатологу, у других, напротив, выраженность указанных расстройств незначительна, поэтому ни они сами, ни врачи-интернисты не придают им значения и никакой специальной терапии не назначают. Только при детальном расспросе удастся выяснить, что у этих больных стали чаще возникать конфликты дома и на работе, а также в тех лечебных учреждениях, куда они обращаются. Контакты с врачами и другим медицинским персоналом в процессе лечебно-диагностической работы еще больше затрудняются, если у больных отчетливо проявляются взрывчатость, ипохондрическая настроенность и явления канцерофобии.

Доказано, что в развитии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки большое значение принадлежит нарушению центральных механизмов нервной регуляции. Кортико-висцеральная теория К.М.Быкова и И.Т.Курцина получила признание большинства отечественных и зарубежных ученых. Выявлены конституционально обусловленные черты определенной *нервной стигматизации* или *психосоматической готовности у больных*. Невропатические явления заключаются в расстройстве регуляции, приводящем к дискинезиям, склонности к спазмам. Указывается, что в патогенезе возникающих расстройств существенную роль играют эмоциональные факторы. По мнению ряда исследователей, желудочно-кишечный тракт представляет собой своеобразный эмоциональный резонатор, посредством которого психическое напряжение проявляется в соматической сфере: исчезает аппетит, появляются тошнота, понос и т.д. Такие эмоции, как тревога, злость, чувство вины и стыда, способны усиливать желудочную секрецию.

В большинстве работ указывается на связь между стрессовой ситуацией и изменениями в двенадцатиперстной кишке; для язвы желудка подобная связь менее характерна. Кроме того, у лиц, по роду деятельности связанных с частыми ситуациями стресса (например, авиадиспетчеры), язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки встречается вдвое чаще по сравнению с общей популяцией.

Изучение преморбидных особенностей показывает, что, наряду с внешней сдержанностью, целеустремленностью, уравновешенностью, наблюдаемыми до болезни, у больных отмечаются косность, ригидность, прямолинейность, формальное понимание долга. При конфликтах у них чаще возникают реакции гнева, раздражения, чем тревожного беспокойства. В преморбиде лиц, страдающих неспецифическим язвенным колитом, описываются мягкость с чертами повышенной тормозимости и выраженным «чувством неполноценности» в жизненных ситуациях, требующих решительных действий (Александр Ф., 1950). У некоторых больных до болезни отмечаются, наряду с упрямством и недоверием к окружающим, взрывчатость и паранойальность.

При **язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки**, в случаях их медленного начала и вялого течения, психические нарушения обычно исчерпываются *соматогенной астенией*. У таких больных наблюдаются слабость, повышенная утомляемость, неглубокий сон, обидчивость, плаксивость. Взрывчатость и раздражительность в этих случаях нечетко выражены.

У других больных появлению язвенной болезни предшествуют реактивные состояния, часто характерна картина невротической депрессии, которая включает жалобы на боли и неприятные ощущения в области желудка и сердца. До помещения в стационар такие больные лучше себя чувствуют вне психотравмирующей ситуации,



отмечается прямая зависимость между ухудшением соматического состояния и психическими расстройствами. Больные обычно тревожно спят, бывают взрывчаты и раздражительны, но в основном чувствуют себя депримированными, испытывая подавленность и слабость. Имеются суточные колебания состояния. Чаще в утренние часы состояние хуже, чем вечером. Но это не тоска, как бывает при циклотимии, а вялость, слабость, как у неврастеников.

При утяжелении течения язвенной болезни, появлении кровотечений, похудании, болях, утрате трудоспособности могут возникнуть *реактивные состояния* с тревогой, отчаянием, иногда с суицидальными мыслями. В таких случаях больных необходимо консультировать у психиатра и назначать антидепрессанты в комбинации с транквилизаторами для купирования тревожной депрессии и нормализации сна. *Истерические реакции* в таком состоянии наблюдаются редко. Если и бывают представлены, то носят характер сенсомоторных или вегетативных расстройств (в виде потливости, подергиваний, комка в горле, чувства жара и др.).

*Соматозогнозия* при язвенной болезни во многом зависит от выраженности клинических проявлений. Выраженность болевого синдрома, прогрессирующая потеря веса способствуют гиперсоматозогнозии с появлением *фобических* (чаще *канцерофобии*) либо *ипохондрических* (*навязчивых* или *сверхценных*) *расстройств*. Слабая выраженность клинических признаков, напротив, может служить причиной гипосоматозогнозии. Нельзя забывать и о наличии так называемых «немых» форм заболевания, которые могут заканчиваться urgentными состояниями в связи с прободением язвы или кровотечением.

Необходимость оперативного вмешательства может возникнуть внезапно. В связи с этим у больного неизбежно появляется эмоциональная реакция беспокойства и тревоги. Травмирует психику больного как неизбежность самой операции, так и обстановка, связанная с ней: необходимость принять быстрое решение, вид больницы, врачей, испуганных родственников. От правильного психотерапевтического подхода врачей в данной ситуации не только к больному, но и к его близким зависит многое в поведении и дальнейшем состоянии больного. Поэтому необходимо, по возможности, учитывать личность больного, уметь успокоить его, убедить в необходимости оперативного вмешательства, дать понять, что иного выхода нет. Врач должен стремиться к тому, чтобы максимально смягчить страх больного и перед плановой операцией. Такой больной ищет поддержки у врача, у родных, поэтому беседы с близкими больного должны носить строго продуманный характер, чтобы через них психотерапевтически воздействовать на него. Больной и его родственники должны быть твердо уверены в необходимости оперативного вмешательства. У многих больных перед операцией возникает чувство страха за свою жизнь. Разговоры с другими больными, известие

о погибших во время операции могут не только вызвать у больного страх, но и оказать неблагоприятное влияние на исход операции.

Психозы в послеоперационном периоде при язвенной болезни встречаются редко и по происхождению являются ситуационно-соматогенными. Большое значение имеют особенности личности больного, в частности тревожно-паранойяльные ее черты (В.П.Белов). Состояния помрачения сознания наблюдаются обычно при выраженной интоксикации и соматическом истощении.

После операции по поводу язвенной болезни желудка и резекции желудка необходимо помнить о возможности развития у больного клинической картины демпинг-синдрома: через 10–20 минут после приема пищи появляются приступы острых болей, слабость, потливость, тошнота, рвота, сердцебиение, головокружение, иногда имеющие выраженный характер и напоминающие коллаптоидные состояния. От этих нарушений отличаются расстройства, которые укладываются в картину гипогликемии, возникающей обычно через  $1\frac{1}{2}$ –3 часа после еды и носящей также характер приступов. В разграничении этих состояний большую роль играет умение врача подробно расспросить больного, уговорить провести дополнительные исследования. Больному необходимо разъяснить причины возникающих у него нарушений.

**Неспецифический язвенный колит** — тяжелое соматическое заболевание, обычно продолжающееся многие годы. Для него характерны кишечные кровотечения, запоры и поносы. Причины болезни до сих пор не выяснены. Некоторые рассматривают колит как чисто психогенное заболевание, другие это отрицают, но все исследователи обращают внимание на четкие психические нарушения у больных.

При язвенном колите почти всегда наблюдается *астения в сочетании с депрессией*, выраженность которой различна. В легких случаях — это тревога и боязливое ожидание, иногда несобранность и растерянность; в тяжелых — выраженная *апатическая депрессия*. Больные находятся в состоянии формально ясного сознания, но совершенно безучастны к окружающему, тусклы, малоподвижны, печаль сочетается с оттенком безнадежности. Эта депрессия, по мнению Б.А.Целибева, всегда соматогенная, но реактивные моменты играют большую роль. Установлено, что выраженность депрессии коррелирует с выраженностью клиники колита. Болевые ощущения, кровотечения, физическое истощение способствуют фиксации больных на своем самочувствии, усиливая тревогу, сменяющуюся затем вялостью, тусклостью, чувством безнадежности. Учитывая значимость личностного преморбида и психологических факторов в возникновении и течении неспецифического язвенного колита, многие авторы рекомендуют использовать в лечении психотерапевтические методы, среди которых предпочтительна *длительная психоаналитическая терапия*.

В последние годы широкое распространение, наряду с язвенным колитом, получил **синдром раздраженной толстой кишки (СРТК)**, представляющий собой сложный психосоматический комплекс. СРТК проявляется нарушением моторной функции толстой кишки (запоры, перемежающиеся с поносами) и абдоминальными болями, появляющимися на фоне позывов на дефекацию и исчезающими после нее. Боли сопровождаются вздутием живота, дефекация после болей часто не дает чувства полноты опорожнения кишечника.

Среди психических нарушений, сопровождающих СРТК, наиболее характерными являются *невротические состояния* в виде *навязчивых страхов* (страх недержания газов и позыва на дефекацию в общественных местах) и *невротической депрессии*, а также *ипохондрических расстройств*.

*Ипохондрическое невротическое развитие личности*, проявляющееся тревожной фиксацией пациента на имеющихся у него расстройствах и заставляющее неоднократно обращаться к различным специалистам, тем не менее не приводит к выраженной дезадаптации. *Ипохондрическое развитие по типу сверхценной ипохондрии*, проявляющееся упорным стремлением к многочисленным обследованиям и лечению в сочетании с недоверием к врачам, способствует ограничительному поведению больных и вызывает их дезадаптацию. Лечение СРТК представляет значительные трудности: отсутствие эффективных лекарственных средств требует длительного применения *поведенческой психотерапии*, которая позволяет преодолевать тревогу больных и улучшает их адаптацию.

**Заболевания печени и желчных путей**, как правило, сопровождаются *астенической симптоматикой*, которая может быть первым проявлением болезни. Выражена физическая слабость, вялость, разбитость уже с самого утра. Также часто встречаются характерные расстройства сна: сонливость днем и бессонница ночью. Утяжеление состояния проявляется нарастанием вегетативных нарушений в виде гиперемии кожных покровов, потливости, тахикардии. Выраженность астенических расстройств, снижение работоспособности приводят к фиксации внимания на своем самочувствии, снижению настроения. Чаще отмечается *дистимический тип аффективных нарушений* с постоянным недовольством, брюзжанием, иногда бурными взрывами гнева. В связи с длительным течением заболевания и связанными с ним ограничениями нередко у больных появляются *психопатоподобные расстройства по истеровозбудимому типу*. Больные чрезмерно обидчивы, капризны, требуют к себе повышенного внимания, склонны к эксплозивным реакциям. Часто возникающие в связи с эти конфликты с окружающими, в том числе во время пребывания в стационаре, требуют к ним особого подхода при проведении лечебно-диагностических мероприятий.

При нарастании цирротических изменений с нарушением функции печени и в связи с хронической интоксикацией ведущими

в клинике психических расстройств становятся проявления *психоорганического синдрома*. При этом наряду с нарушением внимания, памяти и работоспособности у больных часто появляется безразличие к состоянию своего здоровья, пренебрежительное отношение к режиму и проводимому лечению, перерастающее иногда в благодушие. Последний тип реагирования на болезнь гипонозогностический со снижением критических способностей особенно характерен для больных с алкогольным циррозом печени, у которых имеются также алкогольные изменения личности («юмор висельника»).

### **18.5. Психология в клинике инфекционных заболеваний**

В соответствии с концепцией К.Бонгеффера (1910), психические расстройства при инфекционных заболеваниях принято рассматривать в рамках неспецифической реакции организма на экстрацеребральную катастрофу. Характерными для экзогенного типа реакций являются нарушения сознания (делирий, сумеречное помрачение сознания и эпилептиформное возбуждение, аменция) и галлюциноз. В многочисленных работах последующих лет, посвященных изучению симптоматических психозов при инфекциях, было показано, что, наряду с их клиническим многообразием, имеют место определенные закономерности в возникновении психических нарушений вне зависимости от болезни.

За последние десятилетия произошел значительный патоморфоз инфекционных заболеваний. Это касается не только соматических проявлений, но и психических нарушений, которые сопровождают инфекционные болезни. В клинической картине последних реже стали наблюдаться состояния измененного сознания и чаще — расстройства с неврозоподобной аффективно-ипохондрической симптоматикой. Некоторые психиатры в настоящее время отмечают большую частоту при инфекционных заболеваниях галлюцинаторно-бредовых нарушений, чем состояний измененного сознания, т.е. сдвиг в сторону эндогенизации этих нарушений. Данную тенденцию психических расстройств связывают с применением современных лекарственных средств в лечении инфекционных заболеваний. Однако, несмотря на уменьшение частоты возникновения ярких психотических расстройств, актуальность психических нарушений при инфекционных заболеваниях не уменьшилась. Но для врачей обнаружение имеющихся психических нарушений представляет более сложную задачу. Если расстройства сознания обычно сопровождаются нарушениями поведения, которые редко проходят незамеченными, то астенические состояния, депрессии, бред и галлюцинации в ряде случаев можно выявить только при внимательном наблюдении за больным и целенаправленном расспросе его.

В продромальном периоде и в начальной стадии заболевания психические расстройства, как правило, отсутствуют. На данном этапе можно говорить лишь о *психологической реакции*, или *реак-*

*ции личности*, на возможное инфекционное заболевание, которая зависит от особенностей преморбида. Предположение или констатация факта инфекционного заболевания являются для личности пациента психотравмой. Особенность инфекционных заболеваний состоит в их контагиозности, что часто влечет за собой обязательную госпитализацию в инфекционную больницу. В связи с этим можно наблюдать две основные реакции на болезнь: *гиперсоматозогностическую* и *диссоматозогностическую*. Первая реакция, связанная с переоценкой болезни, вызвана опасениями больных за ее исход, поэтому у них возникают состояние тревоги, беспокойства, агитации, нарушается сон, появляются навязчивые опасения. Многие больные, помещенные в инфекционные больницы, боятся заразиться от окружающих, проявляют чувство брезгливости.

В основе возникновения диссоматозогнозии лежит защитный *психологический механизм отрицания* непереносимой для личности ситуации. На поведение больного инфекционным заболеванием оказывают влияние само обнаружение «заразного» заболевания, госпитализация в инфекционную больницу, изоляция от близких, чувство страха или стыда, что «он заразный и опасный для окружающих». В связи с этим больные часто диссимулируют имеющиеся у них расстройства, для того чтобы скрыть факт инфекционного заболевания и избежать госпитализации, иметь возможность продолжить работу.

В связи с этим большое значение в работе врача и медперсонала имеет *просветительная работа с больными и их родственниками*, разъяснение тех опасностей, которые могут возникнуть при скрытии факта заболевания. При выписке из инфекционного отделения больной должен получить от врача полную инструкцию в доступной для него форме о дальнейшем поведении, приеме лекарств, сроках повторных консультаций и обследований, трудовых рекомендациях. Больной должен знать, насколько безопасно пребывание его дома, среди близких, особенно среди детей. О мерах предосторожности надо говорить убедительно и понятно, но не запугивать, так как у тревожных и впечатлительных личностей может возникнуть необоснованный страх заражения и загрязнения.

Реакция на ту или иную инфекцию и психические проявления при ней зависят от многих факторов. Большое значение имеет возраст больного. Так, у детей и подростков чаще возникают состояния измененного сознания по типу оглушенности, делирия, аменции, у пожилых — состояние тоски, тревоги, подозрительности, страха. В связи с этим тактика врача при работе с больным должна быть различной, расспросы больных носить целенаправленный характер. Если подростков, жалующихся на нарушение сна и страхи, необходимо расспрашивать о гипнагогических галлюцинациях и содержании страхов, возникающих при бессоннице, о психосенсорных рас-

стройствах, то пожилых в первую очередь следует расспросить о настроении, оценке происходящих событий, ситуации.

Большую роль в профилактике инфекционных психозов играет изучение анамнеза жизни больного, выявление злоупотребления алкоголем, которое часто способствует возникновению делириозного помрачения сознания.

Появление психических нарушений в связи с инфекционным заболеванием зависит от *стадии развития инфекции*. В инкубационном периоде, как правило, психических нарушений не наблюдается. В продромальном периоде возникают общесоматические нарушения, такие, как недомогание, головная боль, слабость. Иногда в это время появляются как бы приподнятое настроение, некоторая возбудимость, говорливость, повышенная обидчивость и ранимость.

Наибольшая пестрота клинических проявлений наблюдается в период развернутой картины болезни. Иногда у больных бывает лихорадочный бред, сопровождающийся высокой температурой тела и токсикозом, и *инфекционный бред*, который чаще развивается после нормализации температуры (бред коллапса, резидуальный бред), менее связанный с самим инфекционным процессом, а скорее с имеющимся истощением, обменными и сосудистыми нарушениями. В связи с этим инфекционный бред часто не содержит признаков экзогенности и поэтому вызывает большие диагностические затруднения.

В период выздоровления большое место занимают астенические проявления — *постинфекционная астения*, выраженность которой, по мнению многих специалистов, зависит от тяжести перенесенной инфекции. Отмечается быстрая истощаемость, нарастает утомление, в связи с чем кажется непосильной даже нетрудная работа. Поэтому необходимо учитывать состояние лиц, перенесших инфекционное заболевание, и проводить с ними реабилитационные мероприятия, включающие общеукрепляющие средства, витаминотерапию, физические упражнения и физиотерапевтические процедуры, а также психотерапевтические беседы.

Поведение больного и психические нарушения связаны с особенностями инфекции. Так, например, на фоне выраженной интоксикации, наблюдающейся при **сыпном тифе**, психические нарушения могут возникать сравнительно рано. В первые дни больные более чем обычно оживлены, много говорят, лицо гиперемировано. Они живо отвечают на вопросы, шутят, иногда ссорятся с окружающими. Несмотря на то что сыпной тиф в нашей стране встречается очень редко, эти начальные симптомы инфекционного психоза знать очень важно, так как соответствующей терапией можно предотвратить неожиданное развитие острого психотического состояния.

*Делириозное помрачение сознания* возникает в начале второй недели заболевания. Картина бывает типичной для делирия, но, по мне-

нию В.А.Гиляровского, большое место могут занимать галлюцинаторные переживания, связанные с нарушением деятельности вестибулярного аппарата: больные чувствуют, что они плывут, едут, поднимаются, кружатся и др. В ряде случаев на первом месте в картине психических нарушений стоят именно вестибулярные расстройства.

Бредовые переживания ипохондрического содержания бывают связаны с сенестопатиями и болевыми ощущениями в различных частях тела. В таком состоянии больные говорят, что на их тело воздействуют каким-то образом, режут им органы, разрывают их, колют и др. Бредовые идеи нестойки, часто меняются, настроение подавленное, наблюдается двигательное возбуждение.

После кризиса с упадком сил и длительного сна психотические явления проходят, но наступает глубокая астения, на фоне которой наблюдаются явления *резидуального бреда*. Какой-то период времени больные уверены, что галлюцинаторные и бредовые переживания были на самом деле. Ищут вещи, которые им казалось, что принесли, подарили и др. В этом периоде нецелесообразно разубеждать больного в его заблуждениях. С ослаблением астенических проявлений остаточные (резидуальные) явления обычно исчезают.

При **брюшном тифе** с самого начала болезни могут появляться признаки пониженного настроения, больные заторможены, подавлены, грустны, затем на второй неделе может возникнуть делириозное помрачение сознания, но чаще бывает *состояние измененного сознания ближе к аментивному*, а развивается оно не на второй неделе, а к концу заболевания. Больные становятся растерянными, с трудом понимают вопросы, с недоумением осматриваются по сторонам, обнаруживают беспомощность при простейших вопросах. Ориентировка в окружающем нарушается. Характерно появление в ночное время наплывов галлюцинаций, сопровождаемым неправильным поведением, но возбуждение не бывает выраженным, так как обычно наступает физическое истощение. *Астения* после выхода из психоза бывает глубокой. Из-за выраженной истощаемости больные могут производить впечатление интеллектуально сниженных, апатичных, безучастных к окружающему. Восстановление идет медленно, через этап раздражительной слабости. В это время появляется слезливость, обидчивость, повышенная раздражительность. Такие больные производят впечатление капризных, избалованных, требовательных. Наряду с указанными особенностями отчетливо выступают явления истощаемости и утомляемости.

Психические нарушения при **дизентерии**, как правило, могут возникать в первые дни болезни и всегда связаны с выраженной клинической картиной основного заболевания, прежде всего интоксикацией. У некоторых больных наблюдается состояние *оглушенности*, когда до больного не сразу доходят вопросы, он отвечает на них односложно, с большой задержкой. Попытки врача поторопить больного с ответом, растормошить его часто заканчиваются неудачей, он

отвечает медленно и односложно, но правильно. Грубая ориентировка сохранена. При легких степенях оглушенности больной производит впечатление несколько рассеянного, невнимательного, погруженного в свои переживания. Это состояние оглушенности может вечером или ночью смениться *делириозным расстройством сознания* с обильными зрительными и слуховыми галлюцинациями. Состояние возбуждения бывает значительным, часто с агрессией, при этом возможны нападения на обслуживающий персонал. Если состояние оглушения прошло для окружающих незамеченным, то острая психотическая симптоматика кажется неожиданной, внезапно возникшей. Обслуживающий персонал, не подготовленный к такому изменению состояния больного, может растеряться и не сразу оказать необходимую помощь. Поэтому необходимо ежедневно не только оценивать соматическое состояние, но и изменение психической деятельности больного.

У больных, как правило, имеет место амнезия на период психоза. По выходе из психоза отмечается глубокая астения.

В других случаях в начале болезни возникает тревожное опасение за свою жизнь. Такие больные в тревоге могут метаться по палате, испытывать страх. Это состояние сопровождается вегетативными нарушениями, которые увеличивают тревогу. Психотерапевтическая беседа с разъяснением причин этого может успокоить больного и облегчить его состояние.

При хроническом течении дизентерии наблюдаются так называемые *поздние психозы*, которые связывают с авитаминозом. При этом возникают неглубокие состояния оглушенности, которые врач должен уметь отличать от глубокой астении с истощаемостью и утомляемостью. Правильная квалификация психического статуса больного имеет большое значение для дальнейшей тактики врача, позволяющей предупредить возникновение острого психотического состояния.

Дизентерия у детей дошкольного и младшего школьного возраста может вызвать задержку не только соматического, но и психического развития. Истощаемость и утомляемость у таких детей бывает настолько выражена, что напоминает картину интеллектуальной недостаточности.

Такие дети отличаются либо медлительностью, рассеянностью, «бестолковостью» и беспамятностью, либо, наоборот, делаются неусидчивыми, суетливыми, отвлекаемыми. Они нуждаются в отдыхе и санаторно-курортном лечении. Детскими психиатрами было показано, что в «цепочке детских инфекций», участвующих в формировании *психопатоподобного синдрома* у детей младшего возраста, большое значение имеет дизентерия.

Психические нарушения при **инфекционных гепатитах** не специфичны и зависят от особенностей основного заболевания и этапа его развития. Так, в преджелтушный период наблюдаются вегетативные



нарушения, расстройства сна, вялость, быстрая утомляемость, заторможенность и апатия. В этом состоянии больные редко обращаются к врачам терапевтам, а тем более к психиатрам. Об указанных расстройствах врач может узнать только при сборе анамнеза.

При развившейся желтухе появляется целая гамма *аффективных нарушений* — от эйфории с суетливостью и расторможенностью до тревоги и подавленности (Невзорова Т.А., 1971). Указанные расстройства непродолжительны и проходят через несколько дней. Подавленность, тоскливое настроение сопровождаются переживанием безысходности состояния, страха перед тяжелой неизлечимой болезнью. Одна больная рассказывала, что во время болезни не могла читать книги с описанием радостных, веселых событий. «Они как-то не доходили до меня», «трудно было представить, что кому-то может быть радостно». Участливая беседа врача, разъяснение причин состояния успокаивают больного. Эйфория, как правило, сопровождается двигательным беспокойством, недооценкой тяжести состояния. Возможны немотивированные приступы гневливости, во время которых больные в грубой форме разговаривают с окружающими, оскорбляют врача и медицинских сестер, незаслуженно обвиняют их в недостаточно внимательном отношении.

Врачи должны понимать, что причина такого поведения лежит в психических нарушениях, возникших в связи с болезнью, и правильно реагировать на такое состояние больного.

Отдельного рассмотрения заслуживает **психология больных с особо опасными инфекциями**. Выраженность психологических реакций на возможность заболевания болезнями такого типа обусловлена их высокой контагиозностью, тяжестью течения и не всегда благоприятным прогнозом. Врачи, работавшие в местах эндемических вспышек холеры, отмечают, что поведение людей в это время напоминает поведение при массовых бедствиях.

Существует старинная легенда о холере. Холера в образе молодой женщины пришла в город и по просьбе горожан обещала ограничиться малым числом жертв. Когда же жертв оказалось слишком много, на упрек жителей города она ответила, что слово свое сдержала — многие люди погибли не от нее, а от страха. О холере сложилось представление как о страшном, крайне заразном смертельном заболевании. Из специальной и художественной литературы известны описания эпидемий холеры, во время которых погибало все население городов и населенных пунктов. Известие о заболевании холерой вызывает гораздо большее беспокойство и тревогу по сравнению с другими инфекционными заболеваниями. В связи с этим ряд авторов (М.Д.Тушинский, И.Д.Ионин) подчеркивают, что и в настоящее время нельзя забывать о возможности развития у лиц с повышенной внушаемостью в условиях эпидемии холеры так называемой *психической холеры*, которая по клинике похожа на обычную холеру, но обусловлена психическим воздействием. Возникают большие ди-

агностические затруднения, если подобные состояния развиваются у медицинского персонала, который обслуживает больных холерой.

У внушаемых и тревожно-мнительных лиц, укушенных подозрительными в отношении бешенства животными, может появиться так называемое *ложное бешенство*. Картина болезни в этих случаях определяется представлением больного о бешенстве и его клинических проявлениях. Заболевание начинается с выраженной водобоязни, тревоги, беспокойства.

Приведем клинический пример.

В приемное отделение психиатрической больницы из соседнего села привезли женщину с подозрением на бешенство. Приняв все меры предосторожности и поместив ее в изолятор, врач стал выяснять обстоятельства возникновения заболевания. Оказалось, что накануне во время конфликта с соседкой на больную набросилась собака соседки, повалила ее, оцарапала кожу в нескольких местах и укусила за руку. Со страха она якобы потеряла сознание и была на руках принесена домой. Вызванный фельдшер обработал йодом царапины и места укуса, серьезных повреждений не установил, дал успокаивающую микстуру и рекомендовал лечь в постель. Больная была обеспокоена укусом, спрашивала, не заболит ли она бешенством, так как собака показалась ей подозрительной, у нее «глаза были совершенно желтые». Ночью вскочила от страха, говорила, что умирает, что у нее бешенство, вся дрожала, отталкивала от себя воду, сжимала зубы, не могла проглотить лекарство, при приближении близких забивалась в угол, отталкивала их. С большим трудом была завернута в одеяла и привезена в больницу.

На приеме беспокойна, бегаёт по комнате, дрожит крупной дрожью, отталкивает от себя стакан с водой, кричит, что умирает, что собака была бешеной и ее надо немедленно уничтожить. Делает судорожные движения руками. Постепенно во время беседы несколько успокаивается, начинает подробно рассказывать о ссоре с соседкой, внимательно слушает врача, во время беседы выпивает стакан воды, перестает дрожать, спокойно принимает лекарство, соглашается провести обследование. Через некоторое время ложится в постель и засыпает.

В дальнейшем выяснилось, что за несколько дней до происходящих событий слышала рассказ о заболевании бешенством, который произвел на нее большое впечатление. Симптомы, наблюдаемые у больной, несомненно, носили характер ложного бешенства и были результатом самовнушения.

В отличие от истинного бешенства, при ложном бешенстве, которое представляет собой истерическое расстройство, так же как и психическая холера, эффективны психотерапия и седативные средства.

**Венерические заболевания** получили свое название от имени древнеримской богини любви и красоты Венеры. Эти инфекционные заболевания объединяет то, что они передаются в основном половым путем. Указанная особенность и определяет психологические

реакции больных на заболевание. Особое место при этих заболеваниях в формировании внутренней картины болезни принадлежит этическому компоненту. С давних пор эти болезни считались «греховными», «постыдными», неизлечимыми, страшными, отвратительными, поэтому многие больные испытывают страх, стыд при обращении к врачу с подозрением на заражение. При венерических заболеваниях поражаются органы и системы, связанные с половой функцией человека, вследствие чего он не может реализовать эту функцию из-за эстетических и этических соображений, зная, что представляет опасность для полового партнера.

На разных этапах заболевания у больных наблюдаются различные формы поведения и психологические реакции. В **начале заболевания** при обнаружении первых клинических признаков появляются *психогенные аффективные реакции: тревожная, депрессивная, реже истерическая с отрицанием факта болезни*. Затем формируется реакция личности на болезнь, в основе которой лежат механизмы психологической защиты. Несмотря на динамичность психологических сдвигов в данный период у больных преобладают *нормосоматозогнозии*. Они обращаются за специализированной помощью, аккуратно выполняют все рекомендации врачей, касающиеся режима, аккуратно лечатся. Однако у части больных, особенно у личностей истероидного круга, эмоционально-неустойчивых, а также страдающих алкоголизмом и наркоманиями с выраженными изменениями личности, могут возникать *диссоматозогнозии*. В таких случаях у больных наблюдается *диссимуляция* имеющихся клинических проявлений с целью избежать выяснения обстоятельств заражения и скрыть этот факт от близких. Некоторые из них пытаются лечиться самостоятельно или обращаясь за помощью неофициально. Другие (особенно это касается лиц, злоупотребляющих алкоголем и наркотиками) отказываются от лечения, продолжая вести активную половую жизнь и таким образом создавая опасность дальнейшего распространения венерического заболевания. Известно, что сочетание алкоголизма, наркоманий и венерических заболеваний представляют одну из наиболее серьезных и сложных социальных, медицинских и психологических проблем. Особенно это стало актуальным в последние годы в связи с распространением ВИЧ-инфекции. Встречаются случаи, когда человек, узнав, что инфицирован ВИЧ, испытывает чувства обиды и гнева («Почему это случилось со мной?») и начинает «мстить» окружающим, вступая в многочисленные половые связи с целью заразить других.

Среди *гиперсоматозогнозий* наиболее часто встречаются *фобическая реакция* на болезнь (преимущественно у тревожно-мнительных личностей) и *депрессивная реакция*. После проведения диагностического исследования при отрицательном результате ситуационные реакции проходят или выраженность их значительно уменьшается. При наличии положительного результата депрессивные рас-

стройства могут быть тяжелыми и затяжными, в том числе возможны суицидальные мысли и попытки.

Для периода развития болезни обычно характерна адекватная оценка больными своего заболевания, но у некоторых больных может иметь место *гипосоматозогнозия*. Данный тип реагирования типичен для психопатических личностей и больных алкоголизмом и наркоманиями со снижением критики к своему состоянию. Такие больные игнорируют болезнь, отказываются от лечения, проявляют злобное, агрессивное отношение к окружающим. Причиной подобного поведения служит и наличие своеобразных «ножниц» между хорошим субъективным состоянием и остающимися клиническими проявлениями и положительными результатами анализов. У части больных (особенно это касается сенситивных и тревожно-мнительных личностей) может формироваться *гипернозогностическое* отношение к болезни. В периоде выздоровления у больных могут появляться тревожные реакции неуверенности в излечении, фиксация на различных неприятных ощущениях, ипохондрические реакции. Они не верят в процесс выздоровления и окончательного излечения, стремятся к проведению повторных диагностических исследований, отказываются от половой жизни. *Помимо наиболее распространенных фобических реакций на болезнь могут также отмечаться ипохондрические и истерические расстройства.* Наличие невротической симптоматики требует дополнительной психотерапевтической работы с больными, иногда с привлечением медицинских психологов, психотерапевтов и психиатров.

Психические расстройства, характерные для больных с ВИЧ-инфекцией, еще слабо изучены. Однако известно, что помимо вышеописанных психогенных (нозогенных) реакций на болезнь уже на стадии инфицирования у некоторых больных могут возникать острые и подострые расстройства деятельности мозга, проявляющиеся разнообразной психопатологической симптоматикой: аффективной, галлюцинаторно-бредовой, расстройствами сознания. Для развернутой **клинической картины СПИДа** характерны симптомы подострого энцефалита, среди которых наиболее часто встречаются *головные боли, невропатические явления, судорожные припадки*, также могут иметь место *расстройства сознания* и другие *психотические явления*, заканчивающиеся развитием *деменции*.

### **18.6. Клиническая психология в неврологии**

В неврологии знание особенностей психологии больных, а также возможных психопатологических проявлений, связанных с органическими поражениями головного мозга, имеет особое значение в связи с их многообразием. Своеобразие психических нарушений у неврологических больных заключается в возможных механизмах их возникновения: органических или психогенных. Е.Блейлер еще в 1911 году сгруппировал в виде *психоорганического синдрома* (или

органического психосиндрома) психопатологические расстройства, характерные для органического поражения головного мозга независимо от их нозологической принадлежности. К таковым расстройствам относятся *церебрастенические проявления*: головные боли, головокружения, метеопатии, плохая переносимость резких изменений климата, транспорта. Астеническая симптоматика проявляется и в чрезмерной истощаемости, повышенной рассеянности и снижении интеллектуальной работоспособности. Также характерны аффективная лабильность, психомоторная заторможенность или, наоборот — двигательная расторможенность, особенно часто встречающаяся у детей. В некоторых случаях могут наблюдаться нарушения влечений. Подобные явления отмечаются в начальных стадиях органических заболеваний головного мозга или в случаях поражения легкой степени. В случаях более тяжелого поражения головного мозга психоорганический синдром находит выражение в виде известной триады Г.Вальтер-Бюэля (1951): нарушения памяти, ослабление понимания, недержание аффектов. В таких случаях говорят об *энцефалопатической форме* заболевания, при которой имеют место более выраженные собственно неврологические стигмы (парезы, параличи, нарушение высших корковых функций и др.). При этом нарушается критика больных к своему состоянию вследствие развития разнообразных форм деменции вплоть до глубокого слабоумия и маразма.

Нарушение психической деятельности при остро возникающей патологии головного мозга, в частности **мозговых инфекциях** или **травмах**, выражается чаще всего *состоянием измененного сознания*, которое может проявляться нарушением ориентировки, затруднением контактов с окружающими, неполной оценкой происходящих событий. Диапазон состояний измененного сознания велик — от оглушенности, делириозного помрачения до аменции, эпилептиформного возбуждения. При клещевом энцефалите сравнительно чаще, чем при других энцефалитах, наблюдаются расстройства в виде *дереализации* и *деперсонализации*. При хроническом течении энцефалита или выраженных резидуально-органических изменениях травматического генеза могут наблюдаться стойкие *аффективные* и *галлюцинаторно-бредовые расстройства*, ограничение которых от шизофрени вызывает большие затруднения. Несмотря на выраженную продуктивную симптоматику, большие сохраняют контакт с близкими, у них отчетливо выступает аффективная насыщенность переживаний и пароксизмальность вегетативных расстройств.

У детей и подростков после перенесенного массивного поражения головного мозга появляется *психопатоподобное поведение*. Такие дети становятся трудными в любом коллективе, постоянно возникают конфликты и драки. Часто наблюдаются расторможенность влечений, склонность к бродяжничеству. Школьные врачи должны знать, что дети, которые перенесли менингоэнцефалит, от-

личаются повышенной истощаемостью и утомляемостью, но в их состоянии эта повышенная истощаемость наряду с вялостью, апатией, заторможенностью может проявляться расторможенным поведением, непоседливостью, неуместными высказываниями, конфликтами и др. У взрослых чаще наблюдаются стойкие *астенические расстройства*, которые проявляются повышенной истощаемостью, быстрой утомляемостью, снижением активности, сообразительности. У таких больных при незначительных дополнительных нагрузках возникают состояния декомпенсации, выражающиеся в расстройствах сна и колебаниях настроения. Они нуждаются в особых условиях труда по специальности, но с уменьшенной нагрузкой и укороченным рабочим днем. В этих условиях больные успешно справляются со своими обязанностями, чувствуют себя полноценными членами общества.

При возникновении травмирующей ситуации на работе и дома на фоне астенических нарушений могут появиться *невротические реакции или состояния*. Многими авторами в качестве причин тяжелых фобических расстройств по типу агорафобии рассматривается вегетативно-соматическая дисфункция, связанная с патологией гипоталамических отделов мозга вследствие перенесенных травм, нейроинфекций и других видов патологии головного мозга. Ипохондрические жалобы больных, нередко выливающиеся в последующем в *ипохондрические состояния*, возникают в связи с разнообразными сенсорными расстройствами (парестезии и сенестопатии) и вегетативными пароксизмами. Ипохондрия у больных органической патологией головного мозга нередко сочетается с яркими проявлениями *истерических стигм*. Примерами последних могут служить разнообразные расстройства чувствительности, тикоидные проявления, парезы и параличи. Врачи неврологи также должны помнить, что помимо больных с невротическими истерическими расстройствами в результате перенесенной органической патологии головного мозга, к ним могут обращаться, а также госпитализироваться в неврологические отделения пациенты с разнообразными проявлениями *конверсионной истерии*, требующими проведения тщательной дифференциальной диагностики. Таким больным необходима консультативная психиатрическая помощь и в дальнейшем применение психотерапевтических методов лечения, прежде всего гипнотерапии. Нередко несвоевременная диагностика и отсутствие адекватной психотерапевтической помощи этим больным приводят к возникновению у них «бегства в болезнь», утилитарного отношения к ней с формированием рентных установок и сутяжных тенденций.

Серьезной проблемой, требующей решения многих психологических задач, являются неизлечимые последствия перенесенных нарушений мозгового кровообращения, травм головного мозга, прогрессирующие заболевания нервной системы и др. В частности вста-

ет вопрос о необходимости продолжения лечения, применении тех или иных средств и возможности пассивной эвтаназии.

### **18.7. Клиническая психология в эндокринологии**

В настоящее время хорошо известно, что при многих эндокринных заболеваниях имеют место различные психические отклонения, диапазон которых весьма велик — от выраженных психозов до едва уловимых изменений личности.

Существенную роль в систематизации психических отклонений при эндокринных заболеваниях принадлежит Манфреду Блейлеру. В 1954 году вышла его монография «Эндокринологическая психиатрия». Психопатологические изменения, отмечающиеся при эндокринных заболеваниях, М.Блейлер объединил в рамки *неспецифического эндокринного психосиндрома*, в структуру которого обычно входят: *расстройства настроения, нарушения побуждений и психической активности, изменения инстинктов и влечений*.

Эндокринный психосиндром, по М.Блейлеру, включает только те *психические расстройства, которые обусловлены собственно эндокринными нарушениями* и не являются результатом диффузного поражения головного мозга или психогенной реакции. Однако в клинической практике эндокринных болезней приходится встречаться с сочетанным влиянием различных факторов в генезе психических расстройств. Появление в клинической картине психотических и непсихотических нарушений при эндокринных заболеваниях обусловлено не только собственно эндокринными расстройствами (избыток или недостаток гормона), но и возникающими в связи с ними *изменениями в нервной системе*.

Большое место занимают и различные *психогенные факторы*, такие как реакция на болезнь, изменение социального статуса, взаимоотношения с родными, необходимость длительного, а иногда и пожизненного лечения и связанные с ним частые продолжительные госпитализации. Все это приводит в результате к возникновению психогений и различным изменениям личности больных. Наблюдаемые при многих видах эндокринной патологии изменения *внешности и строения тела* (патологические формы ожирения или потери веса, экзофтальм, вирилизм, акромегалия, отсутствие или преждевременное появление вторичных половых признаков и т.д.) также находят отражение во внутренней картине болезни.

Поэтому при обследовании и лечении больных с эндокринными заболеваниями врач должен учитывать их психические особенности, а также давать соответствующие рекомендации среднему медицинскому персоналу по уходу за ними. У больных, страдающих эндокринными заболеваниями, наблюдаются замедление мышления, затруднение в формулировании ответа, поэтому для сбора необходимых анамнестических сведений и учета обращений и просьб пациентов иногда требуется много времени и терпения. При этом больные

часто отличаются повышенной аффективностью, у них легко возникают эмоциональные реакции обиды и протеста. Они требуют к себе особого внимания, в частности в связи с созданием оптимальных условий комфорта, связанных с основным заболеванием. Например, у больных с гипотиреозом наблюдается повышенная потребность в тепле, и их просьбы закрыть форточку или укрыть дополнительным одеялом не являются капризами, так же как у больных с гипогликемией повышено чувство голода, и часто съеденный кусок предотвращает гипогликемическое состояние.

Рассмотрим более подробно особенности психики больных наиболее распространенными эндокринными заболеваниями.

К таким заболеваниям относится **сахарный диабет** — одна из наиболее тяжелых форм эндокринной патологии. Психогенным факторам (испугу, страху, гневу и др.) в этиологии сахарного диабета издавна придавалось существенное значение. Были описаны «диабет банкиров», «диабет биржевиков», т.е. людей, профессия которых связана с постоянным риском и психическим перенапряжением. Ведущие представители психосоматической медицины рассматривают диабет в качестве одной из основных болезней, относимых к «святой семерке»\*. Причем многие авторы отдают приоритет преморбидным личностным особенностям больных, а эмоциональные факторы, по их мнению, оказывают лишь триггерное воздействие, переводя латентный диабет в его клиническую форму. Подобная крайность принимается далеко не всеми специалистами, занимающимися проблемой диабета, однако многие из них отмечают наиболее характерные черты личности, присущие больным диабетом: серьезность в работе, добросовестность, явную или скрытую тревожность, трудности в контактах. М.Блейлер, не являясь сторонником особого типа личности у больных диабетом, вместе с тем отмечал у заболевших в детском возрасте черты шизоидности, а у взрослых — циклоидности. Ф.Александр придавал большее значение не типу личности, а характеру конфликтной ситуации: необходимость длительное время сдерживать негативные эмоции у энергичных интеллигентных людей.

Грубые изменения личности и психозы при сахарном диабете отмечаются сравнительно редко, но *изменения поведения, настроения и отношения к окружающему* наблюдаются примерно у половины больных.

Все авторы отмечают, что основные нарушения психики выражаются в *повышенной раздражительности и быстрой утомляемости*. Это создает затруднения при общении врача и медицинского персо-

---

\* К «святой семерке» относят следующие психосоматические заболевания: гипертоническую болезнь, бронхиальную астму, язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, язвенный колит, сахарный диабет, тиреотоксикоз, нейродермит.



нала с такими больными, несмотря на то, что они обычно более открытвенны и словоохотливы по сравнению с больными другими видами эндокринной патологии. Их повышенная эмоциональность, с одной стороны, помогает им легко находить контакт с окружающими, а с другой — способствует конфликтности из-за чрезмерной обидчивости, ранимости. Часто больные жалуются на неудовлетворенность своим положением среди окружающих, чувство досады и собственной неполноценности. Из-за повышенной эмоциональности они часто совершают необдуманные поступки, руководствуясь сиюминутным настроением, допускают погрешности в еде, не учитывая свое состояние. Раздражительность в ряде случаев может достигать выраженных приступов гневливости по незначительному поводу. Врач должен всегда учитывать особенности поведения таких больных и понимать, что под влиянием раздражения они способны совершать необдуманные поступки, вредные для их здоровья.

Типичные для диабетиков психологические проблемы — это *сексуальные проблемы*, связанные как с психогенной импотенцией вследствие повышенной аффективности, так и с невропатическими, сосудистыми и эндокринными факторами. Наличие различных конфликтов, в том числе в сексуальной сфере, может приводить к появлению *тревожности* и *депрессивных переживаний* у больных. Среди других психических нарушений пограничного регистра, отражающих реакцию личности на болезнь, выделяются *астено-ипохондрический*, *обсессивный* и *истероформный*. Содержанием этих расстройств являются как собственно болезнь и ее возможные исходы, так и семейно-сексуальные проблемы, а также нарушения «пищевого режима».

*Психозы* при сахарном диабете могут быть связаны с развитием острого органического синдрома вследствие гипер- либо гипогликемии. Начало может быть острым или постепенным и выражаться в нарушении поведения больных: повышенная чувствительность к различным раздражителям, болтливость, создающая впечатление хорошего настроения, не критичность. При гипогликемии чаще отмечаются тревога, беспокойство, агрессивность по отношению к окружающим, напоминающие иногда алкогольное опьянение. *Эпизоды нарушенного сознания* характеризуются *делириозно-аментивными расстройствами* различной глубины и выраженности. В ряде случаев может наблюдаться *иллюзорность в восприятии окружающего*, *различные метаморфозы*, *деперсонализационные нарушения*. Возможны большие *судорожные припадки эпилептического типа*. Тяжелая степень нарушения обмена проявляется выключением сознания в виде глубокого *сопора* или *комы*.

Большое значение имеют нарушения психической деятельности при еще не диагностированном сахарном диабете у взрослых, когда имеют место выраженные изменения углеводного обмена. Характерна мерцающая симптоматика, кратковременные делириозные

эпизоды могут сменяться легкой эйфорией, создающей впечатление полного соматического благополучия. Отмечаются наплывы воспоминаний, недостаточная критика к своему состоянию. На фоне указанных расстройств могут возникнуть немотивированные состояния возбуждения со злобностью и склонностью к агрессии.

У лиц, страдающих сахарным диабетом в течение многих лет, наблюдаются стойкие аффективные проявления, преимущественно апатического характера, снижение способности концентрации внимания, стремление к уединению. В последние годы обращается внимание на частоту *когнитивных (познавательных-мыслительных) изменений*, обусловленных гипогликемией. Иногда отмечается более или менее выраженное *ослабление памяти* (забывчивость). Недостаточная критичность больного к своему состоянию, отсутствие инициативы требуют активного привлечения к лечению родственников больного, которым следует давать подробные инструкции об изменении лечения или о необходимых обследованиях.

Психологические факторы, по мнению большинства специалистов, занимающихся проблемами сахарного диабета (В.Г.Баранов, М.Гельдер и др.), оказывают чрезвычайно важное влияние на динамику заболевания. Повышенная эмоциональность больных приводит к чрезмерным эмоциональным реакциям, которые сопровождаются ухудшением общего состояния и показателей сахара в крови. В связи с этим большое значение имеют правильный подход к больному с учетом его психических особенностей и умелое проведение психотерапии, а также своевременное назначение необходимых психотропных средств. Благоприятная психологическая обстановка, в которой проходит лечение больного сахарным диабетом, облегчает течение заболевания, уменьшает потребность в инсулине и других гипогликемических препаратах, создает возможность расширения диеты.

Среди психотерапевтических методов наиболее показана *бихевиоральная (поведенческая) терапия*, позволяющая улучшить контроль над заболеванием и преодолеть связанные с ним психологические проблемы.

**Тиреотоксикоз.** Клинические проявления данного заболевания описаны примерно в одно и то же время Гревсом (1835) и Базедовым (1840). Уже в первых работах отмечались психические нарушения у больных, проявляющиеся тревожностью, расстройствами сна, суетливостью, кажущейся веселостью.

С давних пор существует мнение, что в возникновении базедовой болезни большую роль играют психические травмы. Нервно-психогенному механизму возникновения тиреотоксикоза придавали значение такие естественные светила медицины, как Г.А.Захарьин, С.П.Боткин, В.М.Бехтерев, Н.А.Шерешевский и др. М.Блейлер о «психогенезе» тиреотоксикоза писал с меньшей определенностью. Сторонники психосоматической медицины существенное место

в генезе тиреотоксикоза отводили психологическому профилю личности и специфичности конфликтов. Среди личностных черт наиболее характерны эгоцентризм, амбициозность, высокий уровень притязаний, т.е. черты истероидного круга. Характер психотравмы чаще выступает в форме испуга, страха, ужаса без сколько-нибудь заметной тенденции к их преодолению.

Основные *психические нарушения непсихотического характера* при тиреотоксикозах (базедова болезнь, токсическая аденома и др.) представлены чаще всего *неврозоподобными проявлениями*: нервность, неусидчивость, вспыльчивость, раздражительность, разбросанность, недостаточная способность к концентрации, торопливость, быстрая утомляемость, отсутствие упорства в достижении цели, обидчивость, пугливость, склонность к колебаниям настроения. Эти больные плохо переносят ожидание, у них отмечается повышенная потребность в движении, отмечается дрожь в теле, усиливающаяся при волнении. Как правило, имеет место вегетативная возбудимость, легко возникают красные пятна на лице, потливость, сердцебиение и др., в связи с чем больные плохо переносят жару.

На приеме у врача и во время пребывания в отделении чрезмерное волнение больных и повышенная потребность в движении часто проявляются их нетерпеливостью и суетливостью. Ожидая очереди, они бегают по приемной, могут вступать в беседу с окружающими, оживленно жестикулируют, при разговоре двигательная активность обычно возрастает. Во время беседы с врачом они говорят, переключаясь с одной темы на другую, торопятся, вскакивают, снова садятся, и врачу требуется большое терпение, чтобы выслушать все, что они сообщают. У них легко возникают реакции обиды, недовольства, раздражения.

В больнице пациенты остаются подвижными, суетливыми, часто вступают в конфликты с соседями, переходят из одной палаты в другую, у них могут наблюдаться *истероформные реакции*, особенности клиники которых и выраженность зависят от степени тиреотоксикоза (Семке В.Я., 1988). Помимо неврозоподобных проявлений, обусловленных эндокринно-вегетативными нарушениями, у больных часто возникают *невротические расстройства, связанные с реакцией личности на болезнь и микросоциальными конфликтами*. По незначительным поводам больные дают бурные эмоциональные реакции с выраженными вегетативными проявлениями (сердцебиение, потливость, диарея и т.п.). Кроме того, у них могут иметь место разнообразные *истерические стигмы*: дрожь во всем теле, ощущение «комка в горле», рвоты, астазия-абазия и др. Поведение больных носит все более выраженный демонстративный характер с требованием к себе особого отношения со стороны близких и медперсонала, недовольством, капризностью. В дальнейшем могут развиваться *истеро-ипохондрические состояния*, имеющие затяжной характер. Больные драматически предъявляют огромное количество жалоб сомати-

ческого характера, фиксированы на малейших отклонениях в самочувствии, недовольны проводимым лечением, которое, по их мнению, всегда оказывается неэффективным.

В отличие от перманентных невротоподобных и невротических состояний у больных тиреотоксикозом, истинные психозы встречаются крайне редко. Наибольшие сложности представляют собой *психотические состояния*, которые возникают в связи с операцией *струмэктомии*.

Причинами послеоперационных психозов служат тревожность и страх перед операцией. Пребывание в необычной обстановке, ожидание операции, чувство страха, бессонница способствуют возникновению психотического состояния. В связи с этим большое значение имеет правильная предоперационная подготовка больных: назначение седативных средств, снотворных, а самое главное — проведение психотерапевтических бесед, из которых больной должен понять, что операция необходима для его дальнейшего здоровья и восстановления трудоспособности.

Острые психические расстройства после струмэктомии развиваются, как правило, через несколько часов и часто напоминают *маниакальные состояния со спутанностью*. Больные испытывают слуховые, зрительные галлюцинации, их речь бессвязна, возбуждение носит нецеленаправленный характер. Продолжительность психозов невелика — от нескольких часов до нескольких дней. После операции струмэктомии у больных иногда могут возникнуть явления гипотиреоза, и тогда нарушения психической деятельности и поведение больных напоминают соответствующие расстройства при микседеме. Приведем пример.

Больная А., 38 лет, инженер. В 32 года обнаружено увеличение щитовидной железы. Несмотря на проводимое систематическое лечение, нарастали явления тиреотоксикоза. Произведена двусторонняя субтотальная резекция щитовидной железы. Послеоперационный период протекал гладко, через месяц после операции приступила к работе. Вскоре сотрудники обратили внимание на изменившееся состояние своей коллеги. Она стала медлительной, равнодушной, «ленивой», рассеянной, забывала порученные ей задания. Изменилась внешне, не следила за собой, лицо стало одутловатым, приобрело желтовато-бледный оттенок. Жаловалась на плохой сон, повышенную утомляемость. Дома ничем не занималась, не убирала комнату и не готовила, плохо ела. Временами становилась тревожной, высказывала нелепые ипохондрические жалобы, вскакивала и начинала делать гимнастические упражнения, которыми она «восстанавливала правильное положение мозжечка». При обследовании были обнаружены явления гипотиреоза.

Психотические состояния могут возникать не только после операции, но и при резком прекращении тиреотоксикоза в связи с лечением радиоактивным йодом. В этих случаях у больных могут по-

явиться тревога, растерянность с ажитацией, нелепыми ипохондрическими высказываниями, иногда зрительными и слуховыми галлюцинациями. Однако более характерными являются депрессивные проявления с ощущением «внутренней пустоты», безразличия. Окружающее кажется больным «мертвенно тихим», не вызывает никакого эмоционального отклика. Они пассивны, малообщительны, сонливы.

При постепенном развитии **гипотиреоза** наиболее ранними его симптомами являются слабость, вялость, апатичность больных. Типичными признаками являются повышение веса, изменение кожных покровов (сухость кожи и снижение потоотделения), непереносимость холода. Развивающаяся микседема изменяет как внешность больных (излишняя полнота, одутловатость лица с периорбитальными отеками, низкий хриплый голос), так и психическое состояние. Они становятся медлительными, сонливыми, утрачивают интерес к окружающему, также имеет место нарушение памяти.

Из других типов патологии эндокринной системы, более редких по сравнению с рассмотренными выше, но для которых характерны психические нарушения, следует обратить внимание на акромегалию.

При **акромегалии** многие исследователи (М.Блейлер, Т.А.Доброхотов, Б.А.Целибеев и др.) отмечали *апатию* и *астению*. У этих больных часто наблюдаются повышенная сонливость, вялость, отсутствуют реакции на изменение своей внешности, что, по мнению Б.А.Целибеева, связано с *эмоциональным потускнением*, которое при этом не приводит к равнодушию к близким, к своей судьбе, к работе. Несмотря на эмоциональную тусклость, для этих больных характерны повышенная обидчивость, придиричивость и ворчливость. Периодически у них могут возникать состояния *дисфории* с преобладанием тоскливо-злобного аффекта и повышенным стремлением к двигательной активности. В связи с этим во время лечения в стационаре таких больных врачи и медицинский персонал должны помнить, что их поведение может меняться вне зависимости от внешних раздражителей. Так, вялые, апатичные, как бы безразличные к окружающему, они могут сделаться ворчливыми, придиричивыми, давать неадекватные злобные реакции на окружающих, суетиться, вмешиваться в не свои дела.

У многих больных наблюдаются *расстройства памяти*, приближающиеся к амнестическому синдрому. Такие больные вынуждены все записывать, и общение с ними, особенно сбор анамнестических сведений, бывает из-за этого затруднено.

Периодически высказываемые больными *ипохондрические жалобы* обычно малоконкретны, расплывчаты, напоминают ипохондрические расстройства при шизофрении. Имеют место *психосенсорные расстройства* по типу нарушений «схемы тела». Бредовые идеи редки и эпизодичны.

**Пангипопитуитаризм** (недостаточность гипофиза) и заболевания, вызванные поражением передней доли гипофиза (кахексия Симмондса, синдром Шихана), обычно сопровождаются атрофией половых желез, щитовидной железы и надпочечников.

Гамбургский патологоанатом М.Симмондс в 1914–1918 годах подробно описал случай поражения передней доли гипофиза, сопровождавшийся кахексией и закончившийся смертью больного. Развивается эта болезнь чаще у женщин в послеродовом периоде, но возможно ее возникновение и у мужчин в связи с травмой, опухолью или мозговой инфекцией. Характерны похудание (до 40% потери массы), слабость, аменорея, нарушения аппетита, сна, зябкость. Среди поздних трофических нарушений отмечаются ломкость ногтей, выпадение волос и др.

Ливерпульский патологоанатом Х.Л.Шихан в 1937–1938 годах описал некроз передней доли гипофиза как послеродовое осложнение.

М.Блейлер отмечал, что в начале этого заболевания имеют место только *эмоциональные нарушения*, затем могут нарастать *вялость, потеря интересов и влечений*. Учитывая то, что в послеродовом периоде у женщин часто возникают депрессивные состояния, являющиеся проявлением манифестации эндогенных психических заболеваний, требуется проведение тщательной дифференциальной диагностики имеющихся психических нарушений.

Мать, страдающая этим заболеванием, может утратить в таком состоянии интерес к ребенку, может лежать в грязи, не есть сама и не кормить ребенка.

Основным симптомом, по мнению М.Блейлера, является *апатия*, которая может сопровождаться *астенией* и *адинамией*. В структуре астенического синдрома преобладает мышечная слабость, апатия носит оттенок легкой депрессии. Больные обычно лежат в постели, отвернувшись к стене, на вопросы отвечают с небольшой задержкой. Отмечается ослабление запоминания. Больные с трудом усваивают текущие события, что необходимо учитывать при беседе с пациентом и проведении лечебных и диагностических мероприятий.

Наблюдающиеся в раннем периоде заболевания расстройства пищеварения, извращения аппетита, рвота, запоры, понос, приступообразные боли в животе могут привести к мысли о наличии какого-то желудочно-кишечного заболевания с последующим обследованием и даже к операции.

Необходимо помнить, что подобная клиническая картина иногда наблюдается при *нервной (психической) анорексии*, выделенной в самостоятельное заболевание во второй половине XIX века. Она наблюдается у девочек-подростков, девушек и молодых женщин, которые при отсутствии каких-либо соматических заболеваний начинают упорно отказываться от еды, в результате чего у них наблюдается резкое исхудание, вплоть до кахексии, аменорея. У таких

больных обычно сохраняется активность, они продолжают работать или учиться, но обращают на себя внимание окружающих своей худобой. Выделяют истинную анорексию (отсутствие аппетита) и вторичную, при которой имеет место сознательное ограничение себя в еде из-за убеждения (бредового или сверхценного) в излишней полноте (Коркина М.В., 1967).

Первичная анорексия характеризуется истинным отсутствием аппетита, и отказ от еды не носит целенаправленного желания похудеть. При вторичной анорексии, как правило, нет потери аппетита, больные борются с голодом. Кроме отказа от еды или применения специально ими придуманной диеты, они пользуются изнуряющими гимнастическими упражнениями, вызывают рвоту, принимают различные гормональные препараты. Такие больные всегда скрывают свое поведение и его причины, поэтому возникают большие затруднения при проведении обследования в терапевтическом стационаре.

У истерических личностей отсутствие аппетита, похудание, беспокойство близких по этому поводу и чрезмерное к ним внимание может способствовать закреплению этой реакции по типу «условной приятности и желательности» и повторяться при любых жизненных затруднениях.

У тревожно-мнительных личностей анорексия может возникать в периоды ответственной работы при эмоциональном напряжении, тревоге и беспокойстве.

Для правильной оценки отказа пациента от еды врач должен собрать анамнестические сведения, разобраться в причинах имеющегося психологического конфликта, провести психотерапевтическую работу, суметь убедить пациентку и ее родственников в необходимости консультации у психиатра.

Если при болезни Симмондса и синдроме Шихана назначать нейролептики нельзя, так как они тормозят деятельность передней доли гипофиза и коры надпочечников и могут блокировать реакцию коры надпочечников на АКТГ, то при нервной анорексии оправдано применение некоторых нейролептиков, антидепрессантов, а также суггестивной и поведенческой психотерапии.

**Синдром Иценко—Кушинга.** Кушинг в 1932 г. описал заболевание «питуитарный базофилиз» (базофильная аденома гипофиза). Н.М.Иценко в 1924 г. наблюдал и описал заболевание со сходной клинической картиной, связав его в дальнейшем с поражением гипофиза и промежуточного мозга.

Клиника и патогенез патологии гипофиза многообразны, поэтому чаще пользуются понятием «синдром».

У больных при наличии синдрома Иценко—Кушинга отмечаются *трудности общения с окружающими*. Они обычно капризны, избирательно общительны, непостоянны в своих реакциях. Психотерапия оказывается малоэффективной. Беседы о болезни часто ведутся ими

в ироническом тоне. У этих больных наблюдаются различной выраженности *депрессии*, почти всегда с психогенным оттенком, как проявление *реакции на свою болезнь*. Это обусловлено тем, что в отличие от больных с другими видами эндокринной патологии, у больных с синдромом Иценко—Кушинга обычно более выражены реакции на свое заболевание и на изменившуюся внешность. Депрессия не отличается стойкостью и постоянством: тоска может сменяться раздражительностью, глухим недовольством и злобностью, апатией или пустой эйфорией. В связи с неустойчивостью настроения, у больных часто наблюдается склонность к нарушению режима, нетерпимость к минимальным требованиям дисциплины. Порой они проявляют детскую капризность и недисциплинированность, требуют себе дополнительных прогулок, не хотят гасить свет в палате, жалуются, плачут, вступают в конфликт, уходят с территории больницы и др. Могут возникать периоды с двигательной активностью, доходящие, по мнению М.Блейлера, до степени дромоманического синдрома. Врач должен помнить о возможности возникновения таких состояний, уметь корректировать трудности взаимоотношений, используя психотерапевтические беседы с больными и объясняя особенности их поведения медперсоналу.

Больные с синдромом Иценко—Кушинга часто предъявляют многочисленные *жалобы ипохондрического характера*, которые представляют контраст с их внешним, как бы очень благополучным видом. У них могут наблюдаться состояния *деперсонализации* и *нарушения схемы тела*. При большой давности заболевания обычно наступают *интеллектуально-мнестические расстройства*.

**Психические нарушения при лечении стероидными гормонами.** Лечение гормонами гипофиза и коры надпочечников в последние десятилетия стало широко применяться при различных заболеваниях (бронхиальная астма, язвенный колит, ревматизм, аддисонова болезнь, красная волчанка и др.). Чаще всего применялись глюкокортикоиды (кортизон) и гормон гипофиза (АКТГ). Вскоре у людей, получавших эти препараты, стали отмечать нарушения психической деятельности — от легких изменений настроения до развернутых психозов.

При приеме кортизона и АКТГ наиболее часто наблюдаются *аффективные расстройства*. Появляется приподнятое, радостное настроение, «чувство комфорта», прилив физических и умственных сил. *Эйфория* не всегда сопровождается улучшением физического состояния, а в ряде случаев может ему предшествовать. При продолжении приема гормональных препаратов она может смениться астенией, вялостью, апатией или перейти в гневливость, раздражительность, тяжелую бессонницу и депрессию. Эйфоризирующее действие стероидных гормонов может привести к привыканию. Это действие, по мнению многих авторов, более выражено во время первых курсов лечения, затем значительно ослабевает.



Некоторые авторы отмечают, что больные, принимающие эти препараты, бывают похожи на лиц в состоянии алкогольного опьянения. Обследование таких больных психологическими методами показало снижение интеллектуальной продуктивности, склонности к дурашливости и плоским шуткам.

*Психозы* при применении стероидных гормонов развиваются сравнительно редко. В клинической картине наблюдаются состояния помрачения сознания различной глубины и выраженности и аффективно-бредовые расстройства. Корреляционной зависимости между суточными и курсовыми дозами и тяжестью психических нарушений, как правило, не наблюдается.

Знание психологических особенностей больных эндокринными заболеваниями и возможных психических расстройств у них должно помочь врачу в проведении специального обследования, лечения и в предупреждении различных осложнений.

---

## **Глава 19. Клиническая психология в хирургии**

---

### **19.1. Психология хирургических больных**

Завет Сократа: «Нельзя лечить тело, не лечя душу», в наибольшей степени относится к хирургии. Блестяще технически выполненная операция может не принести больному облегчения и выздоровления, если при этом жестоко ранена его психика. Поэтому для успешной хирургической практики недостаточно иметь соответствующие научные знания, специальное оснащение и хорошо владеть хирургической техникой, необходимо еще соблюдать ряд принципиально важных установок и правил поведения, при отсутствии которых выступают мрачные, устрашающие стороны работы хирурга, снижающие ее эффект. Хирург должен всегда учитывать влияние психогенных факторов на результаты лечения.

Роль психических факторов в хирургическом лечении больных всесторонне рассмотрена в монографии известного отечественного хирурга Н.Н.Петрова «Вопросы хирургической деонтологии» (1956). Он подчеркивает, что хирург никак не может забывать о тех вполне реальных связях, которые существуют между внутренним миром, настроением, психикой человека и протекающими в его организме соматическими процессами, поскольку хирургическое вмешательство по самой природе своей почти всегда порождает у больных, кроме местной болевой реакции, сложную гамму разнообразных душевных переживаний (беспокойство или твердость духа, доверие или недоверие, терпение или нетерпение, благодарность или озлобленность).

Психика больного может травмироваться на всех этапах хирургического лечения – от поликлиники или приемного отделения больницы, где он впервые встречается с хирургом, до операционной, где подвергается хирургическому вмешательству, и палаты, где проходит послеоперационный этап выздоровления, в период которого больной контактирует не только с врачами, но и с медицинским персоналом, другими пациентами, родственниками. Поэтому целесообразно рассмотреть особенности психологии больного и возможных психических нарушений на всех этапах оказания хирургической помощи.

#### ***Диагностический этап***

Постановка диагноза и сообщение больному о необходимости операции, в отличие от ситуации хронической болезни, может вы-

звать у психологически неподготовленного пациента эмоциональное замешательство и даже шок. Особенно часто это происходит, когда для того, чтобы получить согласие пациента на операцию, ему в открытой форме сообщают диагноз, например, рак. Больной, который пришел к врачу в относительно благополучном соматическом состоянии, способный работать и радоваться жизни, уходит от него потрясенный, лишается сна и аппетита, утрачивает трудоспособность, часто до конца своих дней. Среди наиболее часто встречающихся реакций личности следует отметить тревожные состояния с ажитацией, развитие депрессивных состояний, с риском суицида, эмоциональное отреагирование в виде недоверия и гнева по отношению к врачам и окружающим, отрицание болезни.

Врач должен думать о том впечатлении, какое произведет его общение. Для этого он должен учитывать *лично-преморбидные особенности* пациента (впечатлительность, эмоциональную неустойчивость, тревожность, ригидность и т.д.) и в соответствии с этим вести беседу. Тревожных, чувствительных больных следует успокоить, вселив в них надежду на благоприятный исход предстоящего лечения. Ригидных или упрямых, в категорической форме отказывающихся от оперативного лечения, напротив, необходимо постараться убедить, используя аргументированные доводы, но не запугивая при этом, порой в недопустимо грубой и жестокой форме. *Информация о диагнозе* должна доводиться до больного в доступных для него выражениях, без чрезмерного употребления медицинской терминологии, заключать в себе некоторые прогностические указания и упоминание о возможных осложнениях (скорость заживления, инфекция и т.п.). Даже такой диагноз, как рак, можно сообщить больному в виде предположения, говоря об «опухоли», язве и указывая на необходимость оперативного лечения с целью предупреждения дальнейшего неблагоприятного течения болезни. При неизлечимом заболевании, когда оперативное лечение не показано, также не следует сразу выносить больному окончательный приговор. Необходимость назначения на длительный срок симптоматического лечения обычно объясняют целесообразностью поддержать организм, подготовив его к возможной операции.

### ***Предоперационный период***

Всестороннее описание особенностей психологического состояния больных в предоперационном периоде и типов психических реакций дал М.В.Виноградов (1972), который делит этот период на два этапа.

**Первый этап** включает обследование, уточнение диагноза и необходимости операции, получение согласия пациента на операцию. Психологическое состояние больных на этом этапе определяется преимущественно *эмоциональными реакциями*, характер которых и степень выраженности могут быть различными и иметь тенденцию

к колебаниям. Ведущим является *страх*, который, по наблюдениям известного хирурга А.В.Гуляева, может иметь различные оттенки: от *легкого беспокойства* и *тревоги* до *ужаса* и даже *эйфории*.

Наряду со страхом предстоящей операции, включающим переживания по поводу *влияния наркоза*, последующего *болевого синдрома*, возможных *осложнений*, к психологическим особенностям хирургических больных относятся *переживания, связанные с возможной утратой какой-либо части тела и ее последствиями*.

Влияние на формирование внутренней картины болезни и реакции на болезнь может оказывать проведение дополнительных предоперационных исследований. Неблагоприятное психологическое влияние имеет место в тех случаях, когда больной не был предварительно подготовлен психологически, исследование сопровождалось значительными явлениями дискомфорта или болевыми ощущениями. Нередко опасения больных вызывают новизна и вид сложной диагностической аппаратуры, необходимость повторных исследований и т.п. Во избежание возникновения у больного отрицательного отношения к обследованию, врач обязан в доступной форме объяснить его необходимость, сущность и возможные неприятные ощущения при этом.

**Второй этап** предоперационной подготовки включает непосредственное ожидание операции, когда принято окончательное решение о ее проведении и сообщены сроки. На данном этапе психологические сдвиги, наблюдавшиеся у больных на первом этапе, могут компенсироваться, а иногда, напротив, усиливаться.

Это связано как с особенностями личности больных, так и с влиянием внешних факторов, к которым относятся *деонтологические моменты* в работе врача и медперсонала, обстановка в палате и отделении, влияние других пациентов и родственников больного. Во время пребывания в хирургическом отделении на психику больного влияют обходы врачей с обсуждением в его присутствии результатов диагностического исследования, разборы со студентами, беседы с медицинским персоналом. Врач всегда обязан понимать, что любой больной, даже внешне безразличный к своему состоянию, переживает чувство тревоги и беспокойства за здоровье и в связи с этим прислушивается к словам врачей, студентов, медицинского персонала и больных, анализирует услышанное и по-своему оценивает. Чтобы избежать или уменьшить негативные влияния, врач должен стремиться заслужить доверие пациента. Для этого требуется достаточное внимание к нему, умение терпеливо выслушать жалобы и просьбы, объяснить в доступной форме его состояние, сущность проводимого обследования и предоперационного лечения.

Важное место должно отводиться *работе врача с медицинским персоналом*. Последний не должен превышать своих полномочий, т.е. сообщать больным о характере операции, возможных неблагоприятных, а иногда трагических исходах. Услышанное от медицинской

сестры, лаборанта, студента, курирующего больного в клинике, может вызвать у него тяжелую психическую травму, изменить его психическое состояние, нарушить ход обследования и лечения.

М.В.Виноградов выделяет несколько вариантов отношения больных к предстоящей плановой операции.

1. *Переоценка значимости операционного риска*, которая может выражаться двумя типами состояний. *Первый тип* – снижение настроения с преобладанием тревоги, страха смертельного исхода, опасения присоединения послеоперационных осложнений и излишняя фиксация внимания на соматических ощущениях. *Второй тип* – полное внешнее спокойствие, безразличие, за которыми могут скрываться чувство обреченности, пассивное ожидание плохого или смертельного исхода.

2. *Недоверие* к врачам, диагнозу, обоснованности хирургического вмешательства, сопровождающееся пониженным настроением и злобностью по отношению к окружающим.

3. *Отрицание* необходимости операции с умышленным сокрытием симптомов болезни с целью избежать ее.

В работе с больными следует учитывать особенности их реагирования на предстоящую операцию, успокаивать или, наоборот, аргументировано убеждать в ее необходимости. Стараясь снять тревогу и страх перед операцией и ее возможными последствиями, возникающие у большинства больных, врач должен помнить, что у некоторых больных может иметь место недооценка серьезности предстоящего оперативного вмешательства. Таким пациентам необходимо разъяснять характер их заболевания, степень операционного риска, возможные осложнения, особенно в случае нарушения режима до и после операции. При этом в беседе не следует допускать как резкости, грубости, так и панибрательства, фамильярности.

Для формирования правильного отношения больного к операции необходимы посещения его хирургом накануне и в день операции, чтобы убедиться, что подготовка идет по плану, оценить психологическое состояние пациента, успокоить, ободрить его и лишний раз подтвердить необходимость оперативного вмешательства.

Чаще всего в клинической практике врача хирурга у больных наблюдаются варианты *нормосоматозогнозии*: они, испытывая вполне объяснимое волнение, адекватно относятся к предстоящей операции как наиболее оптимальному выходу из болезненного состояния, правильно оценивают степень операционного риска и возможных осложнений.

Наиболее типичные варианты *гиперсоматозогнозии* были рассмотрены выше.

*Гипозосоматозогнозия* или *анозогнозия*, проявляющиеся в недооценке больным тяжести своего заболевания, игнорировании операционного риска, возможности послеоперационных осложнений, встречаются сравнительно редко. Их причиной могут быть как пси-

хологические факторы, связанные с механизмами психологической защиты (отрицание, вытеснение, замещение, фантазирование и др.), так и возможные психопатологические нарушения. Это, в первую очередь, относится к больным с интеллектуальными расстройствами, врожденными или приобретенными вследствие органических заболеваний головного мозга либо психических болезней. Гипонозогнозия типична для алкоголиков и наркоманов с выраженными изменениями личности. Эйфория, благодушие или, напротив, дистимический фон настроения способствуют недооценке больным своего состояния, отказу от операции, игнорированию всех рекомендаций и назначений врачей.

Наконец, врачи хирурги должны знать, что в их практике могут встречаться больные, у которых имеет место *патологическое стремление к оперативным вмешательствам*. Подобные явления наблюдаются обычно у инфантильных пациентов, склонных к патологическому фантазированию, у истерических психопатов, реже у больных шизофренией и олигофренией легкой степени. В этих случаях говорят о *нозофилии* у больных.

Для таких пациентов характерно стремление добиваться проведения оперативного вмешательства или сложного диагностического (чаще эндоскопического) исследования, прибегая для этого к аггравации имеющихся нарушений, иногда к откровенной симуляции или, например, заглатыванию различных мелких предметов (монет, колец и т.п.).

Весьма характерная для этих больных лживость дала основание английскому хирургу Ашеру (1951) выделить особый синдром, который был назван по имени известного литературного героя — барона *Мюнхгаузена*. Ашер описал три варианта *синдрома Мюнхгаузена*: 1) острый абдоминальный, который обычно приводит к лапаротомии; 2) геморрагический вариант — симуляция кровотечений; 3) неврологический — симуляция припадков и обмороков. Позже Чампен выделил еще кожный вариант, при котором больные вызывают или искусственно поддерживают кожные заболевания.

Учитывая тот факт, что среди таких пациентов часто встречались бродяги, бывшие заключенные, лица, склонные к употреблению наркотиков, некоторые авторы рассматривали их стремление попасть в больницу как «желание получить уход и ночлег». Но не всегда подобные больные испытывают нужду в уходе и ночлеге. В отличие от лиц, страдающих ипохондрическими расстройствами, у них нет беспокойства за свое здоровье, они сознательно идут на обман и операцию. Безразличными к своему здоровью они остаются и в последующем, не соблюдают режим, рано выписываются с тем, чтобы снова поступить в эту же или другую больницу. Они охотно принимают лекарства, но истинной наркомании у них обычно не наблюдается. Все поведение этих лиц определяется стремлением вызвать к себе интерес путем драматически предьяв-

ляемых жалоб или других способов имитации несуществующей болезни. Примером подобного расстройства может служить следующее наблюдение.

Больная Н., 27 лет. Консультирована в хирургической клинике, где находилась повторно после ряда ранее проведенных операций на желудке с жалобами на желудочное кровотечение («черный стул»). Врачи объективно не находят признаков язвы и возможных причин кровотечения.

Из анамнеза известно, что была старшей из двух детей в неполной семье. Всегда отличалась чувствительностью, обидчивостью, ей нравилось обращать на себя внимание. Семья жила в трудных материальных условиях, из-за чего постоянно конфликтовала с матерью и братом, так как не могла себе позволить иметь то, что имели ее подруги. Иногда после конфликтов уходила из дома, жила у подруг, не сообщая о себе ничего родным, «чтобы помучились».

Окончила медицинское училище, начала работать операционной сестрой, но вскоре была отстранена от этой должности, по ее мнению, несправедливо из-за зависти и интриг других медицинских сестер. Работала обычной сестрой в детском хирургическом отделении, отношения с коллегами не складывались, были частые конфликты, из-за которых была вынуждена менять отделения. Дома также оставалась конфликтная обстановка, в связи с чем ушла жить в общежитие. Вышла в 20 лет замуж, но вскоре развелась с мужем, так как ни он, ни его родственники ее «не понимали».

После конфликтов стала жаловаться на боли в эпигастрии, принимала различные обезболивающие средства без эффекта. Обратилась за медицинской помощью, эндоскопическое исследование выявило признаки эрозивного гиперацидного гастрита, и больной была проведена операция селективной ваготомии. После операции первое время чувствовала себя значительно лучше, однако вскоре на фоне остающейся неустроенности личной жизни и конфликтной ситуации на работе вновь стали беспокоить боли, появилась рвота и часто «черный стул». Больная после этого постоянно обращалась за хирургической помощью, регулярно проходила гастроскопическое исследование, вновь была дважды оперирована на основании признаков острого живота, подозрений на перитонит и спаячную болезнь. Хирурги объективно не находят какой-либо патологии, однако больная продолжает предъявлять упорные жалобы на боли и «желудочное кровотечение», настаивает на дальнейшем оперативном лечении.

Во время беседы с психиатром предъявляет жалобы соматического характера, считает, что врачи не могут разобраться в ее состоянии, ее болезнь необычная, и она является «жертвой медицины». Охотно демонстрирует свой «географический живот», где помимо послеоперационных рубцов присутствуют другие рубцы, которые она объясняет неоднократными нападениями на нее на улице с целью ограбления и изнасилования. Якобы имели место ножевые ранения. Считает, что врачи виновны в ее болезни, неправильно проводили лечение. Проговорилась, что намерена добиваться получения инвалидности («льготы и деньги не лишни»), в которой ей отказывают, так как

«у нее не было резекции желудка». Отказывается от выписки из хирургического стационара, настаивая на повторной операции.

В данном клиническом наблюдении у больной с явными проявлениями истерической психопатии, помимо влечения к повторным инвазивным методам исследования и оперативным вмешательствам, провоцируемым манипулятивным поведением больной и позволяющим ей постоянно привлекать к себе внимание, прослеживаются и *рентные установки* по отношению к болезни (получение прямой выгоды от болезни).

Причинами попадания больных на операционный стол могут явиться также *сверхценные* и *бредовые ипохондрические расстройства*, при которых они испытывают стойкие патологические ощущения в теле и проявляют чрезмерную активность по их устранению, в том числе хирургическим путем. Локальный характер и выраженность «болевого ощущения» могут иногда приводить к ошибочной диагностике у таких больных острых хирургических заболеваний. Однако врачи должны помнить, что оперативное вмешательство у больных с данным типом психических расстройств чаще всего не приводит к облегчению самочувствия, а, напротив, способствует возникновению новых переживаний. Больные могут высказывать претензии врачам, поставившим «неправильный диагноз», сделавшим «не ту операцию». Борьба подобных пациентов с врачами проявляется многочисленными жалобами в различные инстанции, а иногда может носить характер прямых угроз.

Причинами необоснованных хирургических вмешательств могут явиться *соматические эквиваленты при маскированных депрессиях*. Выраженные алгические проявления, а также вегетативные нарушения и дискинезии желудочно-кишечного тракта могут стать основанием для полостной операции. Врачи психиатры постоянно встречаются в своей практике с больными, которым были проведены операции без достаточных на то оснований. После этих операций состояние больных не только не улучшалось, а, наоборот, отмечалось его утяжеление.

Знание врачом возможных вариантов отношения больных к оперативному вмешательству необходимо для оказания более квалифицированной помощи своим пациентам на предоперационном этапе. Подготовка больного к операции должна включать психотерапевтическое воздействие врача, а также, при необходимости, использование психофармакологических средств. Характер отношения больного к предстоящей операции и его психическое состояние должны учитываться при выборе премедикации и метода обезболивания.

В случае выраженных психических нарушений у больного необходима консультация психиатра, который, оценив психическое его состояние, решит вопрос об условиях его пребывания в хирургическом стационаре. Иногда в связи с психотическими расстройствами



или выраженными интеллектуальными нарушениями у больного, необходимо выделение для него специального сестринского поста или перевод в соматопсихиатрическое отделение.

### **Операция**

Накануне и в день операции, помимо лечащего врача хирурга, существенная роль в подготовке больного отводится *врачу анестезиологу и медицинским сестрам*. Многие больные боятся наркоза, прежде всего из-за «возможности не проснуться», опасаются остановки дыхания, своего неадекватного поведения под действием наркоза и т.п. Поэтому задача врача анестезиолога — как можно лучше изучить больного, причем не только его анамнез, касающийся соматического статуса и переносимости лекарств, но и особенности его психического состояния. Опытные анестезиологи знают, что от *психического состояния больного зависит выбор премедикации, ее седативный и потенцирующий эффекты*.

Гораздо большего эффекта в обезболивании как во время операции, так и после нее достигают те врачи анестезиологи, которые достаточное внимание уделяют психике больных. Врач анестезиолог должен обязательно лично познакомиться с больным, войти с ним в контакт и постараться максимально при помощи психотерапевтических приемов и медикаментозных средств снять эмоциональное напряжение, панический страх и опасения. Следствием успешности предоперационной психологической подготовки больного и премедикации является сокращение необходимой дозы наркотизирующего вещества, а также более благоприятное течение послеоперационного периода. После выхода больного из наркоза, когда он чувствует себя «заново родившимся» или «возвратившимся с того света», важно, чтобы он видел приветливые, участливые лица врача или медицинской сестры, мог слышать их ободряющие слова.

### **Послеоперационный период**

Психологические реакции и возможные психопатологические проявления в послеоперационном периоде могут иметь место как непосредственно после операции, так и в ближайшем и отдаленных периодах. Особенности реакций, их выраженность и продолжительность зависят от совокупности факторов, важнейшими из которых являются: *характер заболевания, течение послеоперационного периода (нарушения, связанные непосредственно с операцией, и последующие осложнения), личностный преморбид*.

На психическое состояние больного также может оказывать влияние *болевого синдром*, поэтому важно, в случае необходимости, назначение соответствующих обезболивающих средств.

Нарушения психической деятельности, достигающие выраженности психоза, в послеоперационном периоде встречается сравнительно редко. Чаще *психотические состояния* возникают у больных

пожилого возраста с явлениями атеросклероза, а также у больных, ранее злоупотреблявших алкоголем или страдающих алкоголизмом. Встречаются также психозы у больных с заболеваниями печени и почек, сопровождающимися выраженными метаболическими нарушениями, а также при панкреонекрозе. В настоящее время в связи с развитием сердечно-сосудистой хирургии и широким распространением операций на открытом и закрытом сердце с использованием аппарата искусственного кровообращения, стали актуальными психотические состояния у больных после операций по поводу приобретенных пороков сердца, коронарного шунтирования и др.

Наиболее часто в послеоперационном периоде развивается *делириозный синдром* (3–4-й день после операции). Хотя возникновение психоза кажется неожиданным, всегда существуют предвестники. Как правило, ему предшествуют нарушение сна, тревожное беспокойство, страх, гипнагогические галлюцинации. Возникает делирий чаще после обширных операций, особенно у пожилых больных. Причинами делириозных расстройств служат нарушения метаболизма, токсические воздействия и расстройства кровообращения.

Другим видом психотического состояния являются *галлюциаторно-бредовые расстройства* без помрачения сознания. Психотическая симптоматика в этих случаях появляется через 10–20 дней после операции. Генез данных расстройств более сложный: наряду с операцией и реактивными моментами имеют значение обострение ревматического процесса, нарушения кровоснабжения мозга и др.

У больных отмечается состояние тревоги, растерянность, то подавленность, то некоторая оглушенность, они не сразу отвечают на вопросы, становятся подозрительно напряженными, сообщают, что к ним плохо относятся, собираются причинить вред. Иногда по бредовым мотивам отказываются от еды. Врач должен уметь расспросить такого больного, выяснить причины отказа от еды. В этом состоянии больные могут испытывать *слуховые галлюцинации*. Так, пациент сообщает врачу, что он слышал, как соседи по палате говорили о нем, обсуждали исход операции, жалели или осуждали, в коридоре медицинская сестра ругала его. По характеру галлюцинации истинные, усиливающиеся к вечеру и ночью. Сон, как правило, нарушен, сновидения устрашающие.

Постепенно эти явления смягчаются, у больных появляется критика к своим переживаниям. После выхода из психоза, как правило, наступает состояние выраженной астении, а в ряде случаев – легкие проявления психоорганического синдрома. Такие больные обычно становятся раздражительными, обидчивыми, плаксивыми, забывчивыми. У них ухудшается аппетит, сон, появляются тревожные сновидения, иногда депрессия.

Считается, что вероятность возникновения психозов возрастает с тяжестью операции. В развитии психотических нарушений большую роль играет болевой синдром. На значение боли в генезе психо-

зов после операций указывал еще С.С.Корсаков. Он писал, что психозы чаще возникают после болезненных операций и у лиц впечатлительных и нервных.

После *тяжелых многочасовых операций* гораздо чаще, чем психические расстройства, наблюдаются *изменения психической деятельности по астеническому типу*. Проявляются они замедлением реакций на окружающее, эмоциональной неустойчивостью, обеднением психической деятельности. Иногда состояние достигает выраженной *оглушенности*. Такие больные не сразу отвечают на вопросы, ответы их формально правильны, но односложны. Выглядят они безразличными, «отрешенными», жалоб не предъявляют или однообразно, без эмоциональной окраски и достаточной оценки своего состояния жалуются на боли.

В отдаленном послеоперационном периоде реакции на заболевание и перенесенную операцию связаны как с самой болезнью, последствиями операции, так и с личностью больного, его взаимоотношениями с окружающими. Так, например, калечащие операции (ампутации конечностей, молочной железы у женщин и др.) могут вызывать различные типы реакций, обусловленные особенностями психологической защиты: отрицание, вытеснение, замещение, фиксацию и т.д. У некоторых больных могут возникать *реактивные депрессивные состояния* с центрированностью переживаний вокруг последствий перенесенной операции.

Неблагоприятная семейная обстановка, необходимость смены работы и другие жизненные неурядицы затрудняют адаптацию больных в новых условиях и способствуют возникновению *затяжных невротических состояний*, а в некоторых случаях — *патологическому развитию личности* с нарастанием не свойственных ранее форм реагирования и поведения (чаще по истеро-возбудимому типу).

### **19.2. Психология больных с травматическими поражениями и ожоговой болезнью**

Травмы — одна из наиболее распространенных форм хирургической патологии. Основными видами травм, с которыми приходится встречаться в хирургической практике, являются повреждения опорно-двигательного аппарата и ранения. Особое место занимают черепно-мозговые травмы: они могут встречаться как отдельно, так и в сочетании с другими видами травматической патологии. Психические проявления у больных с *черепно-мозговыми травмами* определяются, в первую очередь, характером повреждения головного мозга (сотрясение, ушиб, гематома, открытая травма черепа с повреждением структур мозга и т.д.). В зависимости от этого у больных обнаруживаются общемозговые явления и очаговые симптомы различного типа и степени выраженности.

*Особенности психологических реакций больных на травму и возможные психопатологические проявления* также зависят от характера

травмы, степени ее тяжести, возможных последствий, успешности проводимого лечения и отношения больных к лечению. Влияние травмы на психику человека подчеркивал еще Н.И.Пирогов, отмечая, что травма поражает организм более серьезно, чем предполагают, а тело и дух становятся при травме восприимчивее к различного рода страданиям.

В начальном периоде травматического поражения психические проявления зависят от характера травмы, ее локализации и тяжести. При тяжелых травмах часто наблюдается *травматический шок*, в течение которого отмечается несколько фаз. *Эректильная фаза* наблюдается лишь в 10–15% случаев, она характеризуется возбуждением больного с эйфорией и недооценкой тяжести своего состояния. *Торпидная фаза* сопровождается угнетением психики, безучастностью больного, снижением выраженности болевой реакции. При травматическом шоке преморбидные особенности личности не имеют существенного значения. При легких и средней тяжести травматических поражениях, напротив, роль личностных особенностей возрастает. Характер психических проявлений во многом определяется особенностями психологической защиты. Одни больные могут отрицать значение травмы, другие – фиксироваться на ней, третьи – эмоционально отреагировать, обвиняя в случившемся с ними несчастье всех окружающих. В зависимости от типа психологической защиты у больных можно наблюдать как варианты нормозогнозии, так и гипернозогнозии. Гипонозогностический вариант отношения к травматическому поражению встречается гораздо реже.

Подобное отношение к своему состоянию обнаруживается и у больных в *посттравматическом периоде*. Их реакции определяются как особенностями личностного преморбида, так и локализацией, характером повреждения, способами и сроками лечения. Лицам, перенесшим травмы, приходится переносить иногда повторные оперативные вмешательства, многочисленные болезненные процедуры и перевязки. Переживания их связаны и с нередко длительным периодом ограничения движений вследствие иммобилизации или вытяжения. Необходимость оставаться в подобных условиях влечет за собой постоянное психологическое напряжение, что может привести к срыву адаптации и появлению *психогенных (нозогенных) реакций*. Такие реакции могут быть представлены депрессивными переживаниями, навязчивыми страхами перед возможными последствиями травмы, истерическими проявлениями.

Продолжительность и выраженность нозогенных реакций зависит от успешности проводимого лечения. Благоприятный исход перенесенной травмы способствует постепенной дезактуализации переживаний и редукации имевшихся расстройств. Напротив, затянувшийся период выздоровления с характерной астенизацией больных приводит к *стойким невротическим расстройствам* различного ха-

рактера: от неврастеноподобных до ярких истерических, выраженных депрессивных и навязчивых состояний.

Особенно часто такие состояния возникают у больных, у которых травма привела к *утрате органа (ампутация или удаление), появлению выраженного физического или косметического дефекта*. Изменение своего внешнего вида, привычного динамического стереотипа нередко приводят к изменению социального статуса больного, разрыву отношений с близкими, распаду семьи. Это связано прежде всего с инвалидизацией, невозможностью заниматься прежней деятельностью (лица физического труда, спортсмены, артисты балета и музыканты и т.п.), выполнять семейные и супружеские обязанности и т.д.

Течение **периода реабилитации и отдаленные последствия** перенесенной травмы также связаны с личностными особенностями больных и возникшими физическими дефектами. В большинстве случаев отмечается адекватная оценка и соответствующая реакция на возникшие последствия перенесенной травмы. Больные постепенно адаптируются к условиям «несвободы», возникшей в связи с перенесенным травматическим поражением, находят свою нишу в жизни. Однако у некоторых из них может наблюдаться заострение личностных особенностей или появляются не свойственные им прежде формы реагирования, переходящие в дальнейшем в *патологическое (патохарактерологическое) развитие личности*, препятствующее социальной адаптации. У некоторых больных с ригидными чертами характера могут иметь место *рентные установки*, из-за которых они отказываются от проведения восстановительной терапии, развивая суточно-кверулянтскую деятельность.

**Ожоговая болезнь** обычно выделяется хирургами в особое заболевание, так как отличается тяжелой интоксикацией, выраженным болевым синдромом, склонностью к развитию обширных гнойных процессов и затяжному течению.

Д.Д. Федотов и И.В. Борисов в течении ожоговой болезни выделяют три этапа. На **первом этапе** (момент получения ожога) наблюдается реакция страха, отчаяния и тревоги за свою жизнь. **Второй этап** характеризуется развитием признаков ожоговой болезни. В это время может наблюдаться как адекватная оценка состояния, так его переоценка или недооценка. **Третий этап** — выздоровление.

При обширных глубоких поражениях кожи в первые часы после ожога у многих больных может развиваться *ожоговый шок*, эректильная фаза которого проявляется состоянием двигательного и речевого возбуждения (иногда на фоне эйфории). При еще более тяжелых ожогах, сопровождающихся тотальным омертвением кожи, чаще сразу наступает торпидная фаза шока, во время которой больные, наоборот, чаще вялы, рассеяны, апатичны. Они, как правило, лежат спокойно, с закрытыми глазами, на вопросы при настойчивых просьбах отвечают правильно односложно, ни к чему не проявляют

интереса, спят мало и только после обезболивающих средств, но на бессонницу и боли не жалуются. Состояние возбуждения у них может возникнуть уже после выхода из шока (Целибеев Б.А., 1972). При углублении шока общая заторможенность нарастает и возникает состояние *оглушенности* — от легкой обнублияции до сопора и комы.

Наиболее изобилует психическими расстройствами период *ожоговой инфекции (септикотоксемии)*, обычно продолжающийся 1–1,5 месяца. Для этого периода характерны повышение температуры тела, бактериемия, прогрессирующая анемия и другие соматические расстройства. Выраженность психических нарушений зависит от тяжести поражения. В случаях нетяжелых поражений ведущим является стойкий *астенический симптомокомплекс*, в клинической картине тяжелых поражений преобладают *синдромы измененного сознания*: делириозные, делириозно-аментивные и состояние оглушенности (Николаев Г.В., 1992).

В начале указанного периода отмечаются общесоматические расстройства: тошнота, отсутствие аппетита, жажда, общая слабость, боли, расстройства сна. Больные часто просыпаются, но входят в дремотное состояние, во время бодрствования вялы, ко всему безучастны. В последующие дни у них могут появляться *гипнагогические галлюцинаторные расстройства*, как правило, элементарного содержания, но иногда они усложняются и принимают сценический и панорамный характер. Делириозные состояния обычно непродолжительны, но опасны тем, что больные могут вскакивать, срывать повязки и тем самым причинять себе вред. Иногда картина делирия сопровождается переживаниями, напоминающими онейроид, когда перед больными калейдоскопически проходят сложные красочные и фантастические сцены и события, в которых они сами принимают участие, хотя внешне остаются спокойными. В таких случаях принято говорить о *делириозно-ONEYРОИДНЫХ расстройствах*. При наиболее тяжелых ожогах и массивных осложнениях наблюдаются *делириозно-аментивные* расстройства сознания.

В третьем (реконвалесцентном) периоде — *периоде истощения* психотические нарушения встречаются редко. Ведущими становятся *общая астения* и *эмоциональная лабильность* различной выраженности. У некоторых больных преобладают эмоциональная лабильность, несдержанность, обидчивость, плаксивость, капризность, они тяжело переносят боль, требуют обезболивающих средств, ссорятся и вступают в конфликт с обслуживающим персоналом, окружающими. Большое значение в возникновении психических нарушений у таких больных принадлежит *психогенным моментам*: реакция на изменившуюся внешность вследствие обезображивающих рубцов, снижение работоспособности и угроза инвалидности. Осознание всех последствий случившегося чаще всего приводит к возникновению у больных *тревожно-депрессивных расстройств* различного уровня — от невротических до субпсихотических, выражаю-

щихся чаще всего *сенситивным бредом отношения*. Больному кажется, что все обращают внимание на его внешность, обсуждают его, смеются, испытывают к нему отвращение и т.п.

В этот период большое значение имеет психотерапевтическая помощь больным, призванная помочь адаптироваться в новых условиях, сохранив при этом прежние интересы и привязанности или переключив их на новые жизненные задачи, наладив взаимоотношения с окружающими. Помимо психотерапевтических методов также целесообразно использовать седативные средства, антидепрессанты, а в случае бредовых расстройств — нейрелептики-антипсихотики, которые должны назначаться врачами психиатрами.

У больных другой группы может наблюдаться ослабление всех проявлений психической деятельности, прежде всего памяти. При незначительном интеллектуальном и эмоциональном напряжении они испытывают усталость, у них появляются головные боли, головокружение, нарушается аппетит. Настроение обычно бывает плаксиво-подавленным или дисфоричным. Нарастание мнестико-интеллектуальных и аффективных расстройств у больных свидетельствует о так называемой *ожоговой энцефалопатии* (Николаев Г.В., 1992). Для больных с ожоговой энцефалопатией, с одной стороны, характерна менее выраженная реакция на инвалидность и обезображивающие рубцы, а с другой — более значительная социальная дезадаптация в связи с нарастающими интеллектуальными и патохарактерологическими изменениями. Они плохо идут на контакт с врачами и психотерапевтами, просят оставить их в покое, дать отдохнуть. Социальная реабилитация таких больных представляет значительные трудности. Психотерапевтические беседы с ними не должны быть сложными и длительными, перед ними необходимо в конкретной понятной форме ставить цели и задачи самого ближайшего будущего (пластическая операция, отдых, пребывание дома и др.).

Особое психологическое значение имеют **случаи ожогов лица**, приводящие к обезображиванию внешности, что наносит больным тяжелейшую психическую травму. Утрата своей внешности приводит к ослаблению, а иногда и к отказу от социальной активности, разрыву межличностных отношений. Такие больные не стремятся выписываться из больницы, так как лучше чувствуют себя среди «товарищей по несчастью», после выписки не выходят из дома, отказываются от общения. *Гиперсоматонозогнозия* у подобных больных может выражаться *депрессивными и ипохондрическими проявлениями, истерическими формами поведения*.

Наличие личностно-преморбидных аномалий, выраженность косметических дефектов и недостаточная эффективность их устранения, дополнительные психотравмирующие факторы (разрыв отношений с близкими людьми, распад семьи и др.) могут способствовать *патологическому развитию личности больных по невротическому или патохарактерологическому (психопатическому) типу*.

Для предупреждения этого требуется кропотливая и длительная работа с больным лечащих врачей, психотерапевтов, медицинских психологов, иногда психиатров, начиная с самого раннего периода ожогового поражения. Необходимо создание реабилитационных центров для больных с последствиями травм и ожогов, где бы им оказывалась комплексная помощь.

### **19.3. Психология в клинике онкологических заболеваний**

Уже в работах врачей эпохи Возрождения говорится о выражении лица больным раком, окраске кожи, общем тоскливом фоне настроения, бессоннице и о том, что эти больные не верят в роковой исход болезни. В возникновении опухолевых заболеваний определенная роль всегда отводилась психическим факторам. Утверждалось, например, что опухоли внутри живота и груди появляются после огорчений и неприятностей, а также вследствие греховных дел. Опухоль считалась результатом колдовства или козней дьявола.

Многие клиницисты обращали внимание на роль отрицательных эмоций, чувства безнадежности в возникновении рака. Однако многолетнее изучение, в том числе и в последние годы, влияния психических факторов на развитие онкологических заболеваний, не дало четких результатов, поэтому единого мнения по этому поводу нет.

Часть исследователей склонна считать личностные и психогенные факторы весьма важными в генезе онкологических заболеваний. Так, например, личностные особенности с развитием рака связывает известный психолог и психофизиолог Г.Айзенк; он выделяет тип личности С (от слова «*cancer*»). При этом автор придает значение чрезмерному подавлению чувств эмоционально лабильными, экстравертированными личностями их неспособности дать выход агрессивным враждебным эмоциям. По его мнению, тревога и неврозизм защищают человека от рака, а депрессия и чувство безнадежности, напротив, способствуют его возникновению. Механизм этого влияния он видит в нарушении нейрогормональной регуляции при депрессии, следствием чего является срыв защитных механизмов иммунной системы. Подобной точки зрения придерживаются и многие представители психосоматической медицины. Однако другие известные специалисты в области маскированных депрессий (П.Кильхольц) не склонны к подобной трактовке, считая такие взаимосвязи недостаточно доказанными.

Более единодушной является точка зрения исследователей о влиянии личностных и психических факторов на течение онкологического заболевания. Неоднократно было показано, что личностные особенности и связанные с ними механизмы психологической защиты помогают больным преодолеть угрозу жизни, связанную с онкологическим заболеванием, избежать отчаяния и безнадежности, найти силы для борьбы с недугом. Исходя из этого, врачи должны помнить о необходимости оказания психологической помощи онколо-



**гическим больным**, чтобы предотвратить у них психические расстройства, способствующие прогрессированию основного заболевания.

Психические изменения и психопатологические проявления у больных онкологическими заболеваниями имеют различные механизмы возникновения. Одни исследователи связывают их с непосредственным воздействием болезни на головной мозг, другие — с локализацией новообразования (при локализации опухоли в желудке наблюдается тоскливое состояние, при поражении печени — делирий и т.д.). Однако все согласны, что особая роль в развитии психических расстройств у больных принадлежит **нозогенным (психогенным) механизмам**. Это связано с самим фактом диагностики опухоли или подозрения на нее, что неизбежно вызывает у большинства больных потрясение, шок, страх за свою жизнь, так как онкологические заболевания традиционно относятся (прежде всего общественным мнением) к разряду неизлечимых.

Другой механизм влияния онкологического заболевания на психику больного — **соматогенный**. Он обусловлен характером самого заболевания: длительная раковая интоксикация, приводящая к астении и кахексии; локализация процесса, вызывающая нарушения в различных системах и органах; метастазирование, затрагивающее жизненно важные системы; возможное поражение гормонопродуцирующих органов и связанные с этим психоэндокринные расстройства; применяемые средства и методы лечения (химиотерапия, лучевая терапия), вызывающие тяжелые побочные эффекты, и др.

Б.Е.Петерсон (1974) в течение онкологического заболевания выделяет четыре периода: *предмедицинский, амбулаторный, стационарный* и *период диспансерного наблюдения*. Для каждого из этих периодов характерно особое психическое состояние больного.

### ***Начальный (предмедицинский) период***

Отличительной особенностью данного периода является скудность клинической симптоматики или ее отсутствие, что заставляет активно выявлять заболевание. На этом этапе болезнь часто обнаруживается случайно или во время профилактических осмотров. В зависимости от отношения к профилактическим осмотрам выделяют *три основные категории лиц — безразличные, тревожные и избегающие*. Поведение врача в отношении этих трех категорий пациентов, в случае обнаружения у них признаков онкологического заболевания, должно быть дифференцированным.

При возникающих подозрениях больной больше всего боится диагноза «рак», гонит от себя эту мысль и нередко из-за страха избегает встречи с врачом, не является на обследование. При проведении профилактической работы с целью раннего выявления онкологических заболеваний следует учитывать эту психологическую причину позднего обращения к врачу. Диспансерное наблюдение и периоди-

ческие обследования (профилактические осмотры) не должны проводиться под лозунгом «Раннее выявление рака», так как они отталкивают лиц, у которых он может быть заподозрен. Если возникли реальные подозрения на заболевание, врач должен убедить больного преодолеть страх, не заниматься успокаивающим самообманом, поскольку время не ждет. Лучше ложная тревога, чем запоздалое и уже бесполезное лечение.

С первых встреч с пациентом врач должен внимательно относиться к его психическому состоянию, изучать личностные особенности, *его ближайшее окружение, характер взаимоотношений с близкими*, чтобы в дальнейшем в процессе обследования и лечения через них психотерапевтически воздействовать на больного.

Многие считают, что далеко не всегда об истинном характере заболевания необходимо сообщать близким. В большинстве случаев это только усугубляет психическую травму больного. После сообщения родителям, что у их ребенка предполагается злокачественное заболевание, у них нередко возникает психологический шок и неприятие данного диагноза. В дальнейшем у них могут развиваться тревожно-депрессивные переживания с чувством собственной вины. Часто излишней внимательностью и жалостливостью близкие только ухудшают психическое состояние больного и укрепляют его уверенность в неизбежном роковом исходе. В беседах с родными всегда надо оставлять им какую-то надежду на лучший исход, так как эти сведения прямо или косвенно дойдут до больного и будут способствовать облегчению его психического состояния.

Начальный период, во время которого изменения психики выражены неотчетливо, сменяется амбулаторным (диагностическим), когда больной, так или иначе, узнает о своем заболевании.

### ***Амбулаторный (диагностический) период***

В амбулаторном периоде врач имеет возможность, правильно оценив психологическое состояние пациента, влиять на его поведение и эмоциональные реакции, которые могут привести к совершению импульсивных поступков, наносящих вред собственному здоровью.

В случае, когда человек, обнаружив у себя те или иные признаки болезни, старается не придавать им особого значения, не обращать на них внимания, врач должен тактично, с чувством меры, убедить больного пройти соответствующее обследование. Тревожных мнительных пациентов, напротив, необходимо успокоить, объяснив им, что заболевание требует более детального обследования с целью предупреждения дальнейшего неблагоприятного развития.

Наиболее сложными в психологическом отношении являются пациенты, избегающие под различными предлогами посещения врача и уклоняющиеся от обследования. Часто за этим скрывается страх перед обнаружением онкологического заболевания, который

подавляется при помощи механизмов психологической защиты в виде отрицания или вытеснения. Такие пациенты просят врача дать им подумать о предложенных методах диагностики и лечения или посоветоваться с родными. Некоторые из них затем надолго исчезают из поля зрения врача и появляются через значительное время, иногда с симптомами уже запущенной болезни. В таких случаях врачу следует проявить активность в отношении больного, не упускать его из виду и не затягивать обследование. Врач должен помнить, что перед ним больной, субъективно не ощущающий симптомов заболевания и сомневающийся в обязательности лечения. Поэтому не следует ему давать много времени на сомнения, а постараться амбулаторно обследовать в максимально короткие сроки и быстрее поместить в стационар.

При упорном отказе больного от обследования и лечения врачи онкологи считают необходимым сообщить ему, что у него подозревается онкологическое заболевание, которое требует более тщательно обследования и лечения. Однако необходимо учитывать, что сообщение о диагнозе в открытой, резкой форме способно вызвать у пациента шок и создать опасность суицидального поведения.

Вопрос о *раскрытии больному диагноза онкологического заболевания* до настоящего времени является предметом дискуссий среди врачей и психологов. В Западной Европе и США наиболее распространенной является практика «информированного согласия» — сообщение больному и его родственникам всех сведений о характере заболевания, планируемых лечебных мероприятиях, прогнозе и т.д. Аргументом для подобного подхода служит то, что человек имеет право на информацию. Многие отечественные врачи по-прежнему считают нецелесообразным сообщать больному истинный диагноз, объясняя это необходимостью щадить его психику. Однако сокрытие диагноза, использование в медицинских документах синонимов и других условных обозначений рака и других онкологических болезней не всегда является благом для больного, а в ряде случаев может даже причинить дополнительный вред. Это объясняется тем, что большинство больных все равно стремится узнать свой диагноз, пытается расшифровать записи врачей самостоятельно или с помощью других людей. Выяснение в конечном итоге тщательно скрываемого диагноза приносит дополнительную психическую травму больному. По мнению И.Харди, для неизлечимого больного вред подобной ситуации заключается в том, что он теряет всякую надежду и тогда возможна депрессия и самоубийство. У больных, пренебрежительно относящихся к заболеванию или отрицающих его, знание диагноза может только усилить такое поведение или разрушить психологическую защиту и вызвать психологический срыв.

Сокрытие от больных истинного диагноза помогает до определенного времени сохранять их активность, интерес к жизни, решить

некоторые жизненные проблемы без учета болезни. Однако за этим часто кроется и опасность пренебрежения больным необходимостью серьезного лечения, в результате чего может быть упущено время, и болезненный процесс станет необратимым. Поэтому врач не имеет права скрывать диагноз в тех случаях, когда возникает ситуация, препятствующая обеспечению больному полноценного обследования и адекватного лечения. **Вопрос о том, что и как сообщить больному о диагнозе его заболевания должен решаться в каждом случае индивидуально с учетом особенностей его личности, ее устойчивости и зрелости, а также актуального психологического состояния.** Никогда не следует идти на поводу у больного и, например, верить его словам, что он сильный человек, все выдержит, поэтому ему «можно все говорить открыто». Именно у сильных, физически здоровых людей могут наблюдаться наиболее тяжелые психогенные реакции на болезнь, грозящую инвалидностью и возможную смерть.

Врач должен уметь выбрать момент и форму сообщения диагноза пациенту. При этом необходимо учитывать характер его реакции и подбирать наиболее подходящие выражения, которые вызывают меньше беспокойства и не так сильно травмируют. Врачу важно следить не только за своими словами, но и за мимикой, жестами, так как по ним больные могут догадаться о своем состоянии и часто истолковать это неправильно.

Следует помнить, что больной считает свою болезнь исключительной, не похожей на болезнь других. Учитывая это, врач всегда обязан найти объяснение тем или иным изменениям в его состоянии, не прибегая к обману, поскольку не способен удержать в памяти все предыдущие объяснения, и в последующих беседах обман может выявиться, что посеет у больного сомнения. Излишняя суета вокруг пациента, привычка некоторых врачей и сестер шептаться в его присутствии создают излишнее напряжение, заставляют вслушиваться в слова окружающих, которые он иногда понимает превратно. В результате у больного появляется дополнительная тревога и худшие опасения в отношении своего состояния.

Доверие пациента врачу и медперсоналу, хороший психологический контакт являются предпосылками для более успешного лечения, так как помогают снять излишнюю напряженность, улучшить настроение, резко изменяющееся после сообщения диагноза.

Необходимо отметить, что в **начальных стадиях** онкологических заболеваний, в период до окончательного установления диагноза, суицидальные попытки редки. Пониженное настроение не достигает степени выраженной депрессии, но ощущение полноты жизни утрачивается. Успехи на работе, приятные жизненные события не приносят прежней радости. Внимание становится все более приковано к своему телу, собственным ощущениям. Последние и все окружающее начинают оцениваться сквозь призму подозрений на наличие грозного заболевания. Появляется некоторая отгороженность боль-

ного от окружающих вследствие погруженности в мир собственных переживаний, связанных с состоянием здоровья. В то же время он становится более подверженным внушениям со стороны окружающих. В его сознании стойко фиксируются различные сообщения о болезни, значении тех или иных симптомов, применяемых методах диагностики и лечения.

В этот период *реакция личности на болезнь* зависит в основном от *преморбидных особенностей и связанных с ними механизмов психологической защиты в стрессовой ситуации*. Так, при наличии психастенических черт могут наблюдаться метания больного от одного врача к другому, то отчаяние, то надежда. Пассивно предается судьбе мечтатель, замыкается и молчит волевой, «вытесняет», игнорирует опасность истерик. Редко встречаются больные, аггравирующие свое состояние, или больные с ипохондрической фиксацией на болезненных ощущениях.

В картине психических нарушений ведущей становится *аффективность*. Она может проявляться как в виде реакций тревоги, страха, так и в виде возмущения и гнева. Следствием таких реакций могут быть попытки самоубийства, а также агрессивные и аутоагрессивные действия. Этот период продолжается несколько недель, а затем выраженность аффективных переживаний сглаживается, больной приспособливается к новой ситуации. Среди психических проявлений ведущими являются *расстройства, относимые к адаптационным (психогенным): депрессивные и смешанные (тревожно-депрессивные) реакции, нарушения поведения*.

В диагностическом периоде психогенные реакции по выраженности редко достигают психотического уровня. Они проявляются патологическим спокойствием, пассивностью, фантазированием, визуализацией своих навязчивых мыслей и опасений, замещением угрожающих представлений. Таким образом, в этот период могут иметь место как *гипернозогностические типы* реагирования на болезнь (преимущественно депрессивные, реже фобические и ипохондрические), так и *гипонозогностические* за счет таких механизмов психологической защиты как вытеснение и замещение. Но с этого времени начинается и борьба личности с надвигающейся грозной опасностью, и на борьбу мобилизуются все ее силы — инстинкт, аффективная сфера, перестраивающаяся интеллектуальная деятельность, изменяющееся отношение к внешнему и внутреннему миру.

### ***Развернутый (стационарный) период***

В развернутом (стационарном) периоде заболевания больные располагают достаточными сведениями о характере своей болезни, почерпнутыми как из самочувствия, определяемого серьезным поражением и нарушениями функций различных органов и систем, так и из проводимого лечения. Период полного развития болезни характеризуется, помимо психогенных расстройств, появлением *сома-*

*тогенных изменений психики*, причем на первом месте стоят *астено-депрессивные проявления*. Активные силы личности используются для истинного или символического выхода из болезни.

Лечение больные получают, как правило, в условиях стационара. Профиль лечебного учреждения имеет важное значение для больного. Если он находится в отделении общего профиля (хирургическом, гинекологическом, оториноларингологическом и др.), то диагноз скрывать проще, но госпитализация в онкологическое отделение способствует убежденности больного в соответствующем диагнозе. Тенденция современной медицины — помещать больных в специализированные лечебные учреждения, это позволяет обеспечить их наиболее квалифицированной помощью. Трудности психологического порядка удастся преодолеть благодаря знанию особенностей психологии больных, в основе которой лежит *вера в благополучный исход болезни*. И ее надо поддерживать путем демонстрации примеров позитивных результатов лечения с полным выздоровлением или длительной ремиссией.

Применяемые для лечения онкологических заболеваний методы (радикальные оперативные вмешательства, лучевая терапия, химиотерапия) также требуют *психотерапевтического опосредования*, заключающегося в разъяснении пациенту необходимости использования того или иного метода, его сущности, возможных побочных эффектов и т.д. Учитывая, что лучевая терапия и химиотерапия сами могут вызывать недомогание, тошноту, слабость, облысение, которые служат причиной дополнительных переживаний, необходимо психологически готовить больных к лечению, в том числе с использованием групповой поведенческой психотерапии.

Важно, чтобы информацию о своем состоянии и проводимом лечении пациент получал от своего врача, а не от посторонних лиц (других пациентов, знакомых и т.п.). Хороший личный контакт врача с пациентом является залогом успешного лечения. Возможные отказы больных от предлагаемого лечения нередко связаны с *деонтологическими погрешностями*. Среди типичных причин отказа можно выделить: недоверие врачу вследствие его неавторитетности или безразличия к больному, слишком поспешное однократное предложение определенного метода лечения без достаточного обследования, споры врачей о лечебном методе в присутствии больного и др. Кроме того, больной может отказываться от лечения под влиянием страха перед самим методом, боязни его последствий, неверия в возможность излечения, а также под давлением родственников. Чтобы избежать подобных ситуаций, врач обязан стремиться найти контакт с больным и убедить его в необходимости лечения.

Психическое состояние больного зависит от стадии заболевания, выраженности раковой интоксикации и переносимости методов лечения. У части больных имеет место *астенически-тоскливый* фон переживаний, наблюдается некоторая заторможенность. Такие боль-

ные не в состоянии вынести даже слабую боль, не переносят уколов, вливаний. Речь, внешний вид, поза, мимика становятся монотонными и однообразными. Несмотря на некоторую внешнюю отрешенность, эти больные нуждаются в участливом отношении, поскольку боятся оставаться наедине со своими мрачными мыслями. Особенности психики больных раком описаны еще в XIX веке: многие из них всегда страстно ожидают рассвета, имеющего для них символическое значение; с началом нового дня, когда жизнь оживает, поднимается и упавший дух больного. Эти особенности должны учитываться врачами, а также всеми лицами, принимающими участие в лечении и уходе за больным. Уже первая утренняя встреча и беседа должны поддержать в нем надежду на будущее.

Врачам и медицинскому персоналу онкологического стационара следует избегать упоминания о смерти; нужно стараться не произносить этого слова, даже если в беседе оно никак не связано с заболеванием. Больные и сами стараются не произносить слово «смерть», как бы защищая себя от неприятных ассоциаций. При выборе терапии и обследования необходимо стремиться к наименее болезненной, простой и малоутомительной манипуляции.

Некоторые авторы (К.А.Скворцов, В.А.Ромасенко) отмечают у больных с раковой интоксикацией на фоне кахексии *онейроидные состояния*: больные, лежа в постели с закрытыми глазами, видят перед собой движущиеся образы, сцены. Ориентировка при этом сохранена. Иногда бывают *элементарные галлюцинации*: фигуры людей, закутанные в покрывала, шорохи, бормотания, журчание, запахи сырости, листьев в лесу. У некоторых больных могут появляться тревожность и подозрительность: их неправильно лечат, путают лекарства, дают вредные вещества, проводят с ними эксперименты, соседи говорят что-то недоброжелательное, намекают, показывают на них взглядом. Эти расстройства можно расценивать как *бредоподобные идеи преследования и отношения*, которые удастся выявить при тщательном расспросе больных и которые поддаются частичной коррекции.

При длительном течении болезни иногда улавливается *связь психических расстройств с определенной локализацией болезненного процесса*. Так, при раке легкого после длительного периода скрытых расстройств появляется чувство страха, тревоги и вместе с тем вялость. Больные раком легкого более унылы, чем больные туберкулезом. Они лежат, как правило, молча, устремив взгляд в пространство. В более поздние периоды на больном лежит печать отрешенности, но обычно в глубине души он полон надежд на выздоровление. Поэтому надо вести беседу таким образом, чтобы не нанести ему очередную психическую травму, всеми силами стремиться поддерживать в нем эту надежду.

**Психозы у онкологических больных** наблюдаются не часто, проявляются в виде онирического делирия, депрессий, параноидных

вспышек. Часто имеются бредоподобные сомнения, иллюзии, гипнагогические галлюцинации. Прогрессирование ракового процесса с нарастанием интоксикации, распространенным метастазированием, в том числе в мозг, приводит к углублению психических нарушений. Спектр этих нарушений может быть различным — от тревожно-депрессивной сосредоточенности, глубокой астении до выпадения высших корковых функций и психоорганических проявлений.

Даже при отсутствии поражения головного мозга метастазами, на психическом состоянии больных сказываются явления раковой интоксикации. Многие авторы определяют подобные состояния как специфические *раковые депрессии*. Внутренний мир больных становится блеклым, меняется восприятие времени (оно идет быстрее). Личность больного в терминальной стадии остается сохранной, но интеллектуальная напряженность и целеустремленность падают. Речь меняется в связи с истощаемостью. Аффекты слабеют. Содержание психического мира редуцируется, критика слабеет, нарастает внутренняя изоляция, что напоминает состояние больных с апатическими расстройствами.

У ряда больных предсмертный период лишен переживания страха смерти. Представление гибели у них подвергается так называемому вытеснению, «отчуждается собственная болезнь», т.е. имеет место *диссоматозогнозия*, которая проявляется капризностью, требовательностью к окружающим, а также сварливостью, конфликтностью.

### ***Период диспансерного наблюдения***

Больные в терминальной стадии болезни составляют одну из групп, подлежащих диспансерному наблюдению. Эти больные, как известно, испытывают чрезвычайные моральные и физические страдания, связанные с болезнью. Определяющую роль при этом играет *болевого синдром*. Поэтому очень важным является обеспечение обезболивающими средствами. Облегчить физическое и психологическое состояние онкологических больных призваны хосписы, создаваемые в последние годы в крупных городах. Работающие в них врачи, психологи и обслуживающий персонал помогают *обреченным (инкурабельным)* больным избавиться от мучений, причиняемых болезнью, почувствовать заботу о себе, ощутить помощь и поддержку в терминальной стадии заболевания. Для этого используются как фармакологические средства (обезболивающие, симптоматические, психотропные), так и психотерапевтические методы (создание групп социальной поддержки, проведение бесед, использование литературных и кинопроизведений и др.).

Помимо инкурабельных больных, диспансерному наблюдению подлежат лица, прошедшие специальное противоопухолевое лечение и нуждающиеся в проведении *реабилитационно-восстановительных мероприятий*. Этих больных можно разделить на две группы:



1) больные после радикального лечения, вынужденные перейти на инвалидность или более легкую работу; 2) больные, способные после проведенного лечения вернуться к привычному образу жизни и прежней работе.

Для больных первой группы актуальными становятся переживания, связанные с проведенными калечащими операциями (утрата органа или его части), возникающими в связи с этим косметическими дефектами и потерей функции, что приводит к невозможности выполнения прежней работы, иногда к затруднениям в межличностных отношениях, разладу в интимной сфере. Наиболее часто у таких больных выявляются депрессивные переживания, распространяющиеся не только на само заболевание, но и на его последствия. Они становятся менее общительными, стремятся избегать ситуаций, связанных с эмоциональным напряжением.

Поэтому врачи должны заранее психологически подготавливать больных к возможному объему операции, рекомендовать соответствующие меры коррекции и компенсации возникающих дефектов. Позитивное влияние на сомневающихся пациентов оказывают примеры благополучных результатов лечения. Такие пациенты в реабилитационном периоде нуждаются в проведении психотерапевтических бесед, помогающих им преодолеть чувство покинутости и одиночества. Показано вовлечение их в группы социальной поддержки, эффективны когнитивная и поведенческая психотерапия.

Большинство больных второй группы, пройдя положенный срок восстановительного амбулаторного лечения, чувствуют себя здоровыми и возвращаются к прежней жизни. Однако у некоторых из них, которым в начальной (бессимптомной) стадии было проведено соответствующее лечение (лучевая терапия, химиотерапия), самочувствие может ухудшаться. Особенно трудно приходится женщинам, поскольку они, помимо плохого общего самочувствия, переживают утрату внешней привлекательности в связи с выпадением волос, резким истощением или, наоборот, стремительным набором веса в результате приема гормональных препаратов. У них возникают сомнения в целесообразности проведенного лечения, ведь до него они чувствовали себя лучше. В таких случаях врач обязан объяснить пациентке особенности ее состояния, преходящий характер имеющихся расстройств, помочь преодолеть период плохого самочувствия.

Распространенным психическим расстройством у больных с положительными результатами лечения являются *навязчивые страхи — канцерофобия*. Больные начинают сомневаться, что врачи правильно оценили характер онкологической патологии и провели соответствующее лечение. Они повторно обращаются к онкологам, просят провести дополнительные исследования, консультируются у различных специалистов. Отрицательные заключения на некоторое время успокаивают их, но затем страх перед дальнейшим развитием болезни актуализируется. Дома они также говорят в ос-

новном о своей болезни, изводя этим родственников, просят найти им новых специалистов, подозревают, что родственники щадят их и не говорят всей правды.

Подобные расстройства прежде всего характерны для лиц с тревожно-мнительными чертами характера в преморбиде, но могут также возникать и у личностей без подобных особенностей, которые ранее отличались очень хорошим здоровьем. Неожиданное для них выявление опасного заболевания и проведенное лечение нанесли им психическую травму, приведшую к возникновению стойких фобических расстройств.

Особенности возникновения канцерофобического синдрома и его клинические проявления определяют поведение врача. Человека с тревожно-мнительным характером следует разубеждать, приводя логические доказательства, используя методы поведенческой психотерапии. Выявление у больного сверхценных идей в отношении своей болезни или ипохондрического бреда требует направления его к психиатру.

Отсутствие психологической помощи больным, противоречивые заключения врачей способствуют ятрогенному возникновению канцерофобии. Врачи онкологи также должны помнить, что к ним могут попадать больные с канцерофобией, которые не страдают каким-либо онкологическим заболеванием, но кочуют от одного врача к другому, добиваясь все новых и новых обследований и даже оперативного лечения. Канцерофобические расстройства могут иногда возникать у родственников больных раком. Причины их — переутомление, психические переживания, связанные с уходом за больным родственником, а также нарушение деонтологических требований врачом или медперсоналом. Примером подобного расстройства может служить следующее клиническое наблюдение.

Больная Е., 41 года, научный сотрудник, обратилась в хирургическую клинику с жалобами на боли в области желудка, затруднение при глотании твердой пищи, слабость, потливость, подавленное в связи с этим настроение. При обследовании со стороны желудочно-кишечного тракта и пищевода патологических изменений не выявлено. Заболеванию предшествовали длительные психотравмирующие ситуации. Полгода назад на ее руках умер отец, страдавший раком пищевода, затем были неприятности с обменом квартиры. По характеру всегда была тревожной и мнительной.

Страх за свое здоровье и возможность развития у нее ракового заболевания возник на фоне астенического состояния, вызванного длительной психогенией и переутомлением. Непосредственной причиной возникновения фобии явился разговор ее приятельницы с мужем (оба хирурги) в присутствии Е. о неудачной операции по поводу рака пищевода. В тот же вечер почувствовала затруднение при глотании, неприятные ощущения в области желудка, слабость, потливость. Не спала, мучительно вспоминала подробности симптоматики рака пищевода, наблюдавшиеся у ее отца.

Успокаивающая разъяснительная беседа хирурга принесла облегчение, тревога и страхи почти исчезли, но остались астенические нарушения, которые постепенно прошли после общеукрепляющей терапии, отдыха и психотерапевтических бесед.

Данное наблюдение является поучительным в том отношении, что врач, независимо от того, где он находится, должен помнить, что его слово может причинить вред окружающим. В описанном случае разговор двух врачей оказался психотравмирующим потому, что больная до этого уже перенесла тяжелую психическую травму (смерть отца от рака пищевода), а кроме того, отличалась тревожно-мнительными чертами характера.

В успешности комплексной терапии больного онкологическим заболеванием слово врача и его отношение к больному являются не менее значимыми, чем самые современные средства и методы лечения опухолей. Всем своим поведением врач должен внушать надежду и уверенность в благоприятном исходе. Особого внимания требуют больные в поздних стадиях болезни. Врач обязан облегчить их страдания, не только физически, но и морально, что часто бывает труднее, чем сохранить жизнь больному.

#### **19.4. Психология в клинике нефрологических и урологических заболеваний**

Психология больных почечными заболеваниями и реакция их на свою болезнь мало чем отличается от психологии больных другими хроническими соматическими болезнями. Наряду с адекватным отношением к своему заболеванию большинства больных, встречаются также случаи гипосоматозогнозии или анозогнозии с недооценкой болезни или ее отрицанием и соответственно легкомысленным отношением к режиму, диете и лечению в целом, а также и случаи гиперсоматозогнозии. Последняя чаще всего проявляется *депрессивными, навязчивыми и ипохондрическими расстройствами*. Отношение к болезни и реакция личности на болезнь зависят от премоорбидно-личностных качеств, тяжести течения заболевания, применяемых методов лечения (гемодиализ, пересадка почки). Существенное значение на внутреннюю картину болезни оказывает информированность больного о характере заболевания и возможном прогнозе.

При **хронической почечной недостаточности** в стадии компенсации или субкомпенсации наиболее типичными являются *астеноневротические* расстройства, которые проявляются лабильностью настроения, капризностью, раздражительностью, повышенной утомляемостью. Больных беспокоят частые головные боли, тупые боли в поясничной области и другие неприятные ощущения. При ухудшении соматического состояния они становятся более истощаемы, много времени проводят в постели. Отсутствие эффекта от лечения

в терминальной стадии способствует появлению у некоторых больных *депрессивных переживаний*. Они угнетены своим состоянием, испытывают чувство обреченности, возможно появление мыслей о самоубийстве (Лопаткин Н.А., Коркина М.В., Цивилько М.В., 1971). В то же время у других больных может наблюдаться благодушное настроение с недооценкой характера и тяжести заболевания.

**Уремия** проявляется *психоорганическими расстройствами*, характер которых зависит от того, насколько остро она возникает и как тяжело протекает. При остром развитии уремической интоксикации у больных отмечается нарастание признаков *оглушенности*, на фоне которой могут появляться разнообразные психопатологические нарушения: явления дереализации, гипнагогические галлюцинации, иллюзорное восприятие и др. Иногда могут иметь место более очерченные синдромы измененного сознания по типу *делирия с онейроидными переживаниями*, тяжелая форма *аментивного расстройства сознания* со спутанностью, двигательным беспокойством и бессвязностью мышления.

Постепенное развитие уремической интоксикации чаще проявляется нарастанием психоорганических нарушений мышления, памяти, эмоциональной сферы. Больные становятся рассеяны, забывчивы, слабодушны и вместе с тем взрывчаты. У них могут возникать трудности в контактах с окружающими, в том числе и вследствие поведенческих расстройств.

Многообразие психических нарушений при почечной патологии требует психотерапевтического подхода к больным с привлечением медицинских психологов и психотерапевтов. Больные, у которых имеют место выраженные депрессивные проявления, а также психотические расстройства нуждаются в психиатрической помощи.

Психологические реакции больных на **урологическое заболевание** в значительной степени зависят от связанных с ним *нарушений половой функции, вызывающих затруднения в интимной жизни, и функции мочевыделения*. Известный отечественный уролог Н.А.Лопаткин обращает внимание на психологические особенности урологических больных, заключающиеся в том, что человек испытывает чувство стыда, обращаясь к врачу с жалобами на нарушения в половых и мочевыводящих органах. Особенно это касается впервые заболевших с острым развитием патологии.

Сам факт обследования, затрагивающий интимную сторону жизни пациента и манипуляции, проводимые при этом, вызывают у больных неловкость, стремление скрыть болезнь даже от самых близких людей. Поэтому уже первая беседа с пациентом, осмотр и дальнейшее обследование требуют особого такта и внимания, чтобы вызвать его доверие и получить от него максимально подробные и достоверные сведения, касающиеся болезни. Сложные и часто болезненные лечебно-диагностические манипуляции вызывают у многих больных не только физический и психический дискомфорт,

но и чувство страха перед их проведением. В связи с этим больного следует подготовить к назначенному исследованию, объяснив цель и характер манипуляции.

Как показывает практика, наиболее часто у урологических больных имеет место адекватное отношение к своей болезни — *нормосоматонозогнозия*. Однако у некоторых больных, особенно при стертых формах патологии, а также у людей с измененной личностью и интеллектом (алкоголизм, наркомания, органическая патология головного мозга и др.) могут встречаться *гипосоматонозогнозия* с беспечностью и легкомысленным отношением к имеющимся нарушениям, врачебным рекомендациям и назначениям. *Гиперсоматонозогнозия* встречается у преморбидно тревожно-мнительных личностей, а также у пациентов, которые ранее отличались завидно хорошим здоровьем. Клиническими проявлениями гиперсоматонозогнозии могут быть *тревожные, депрессивные реакции и состояния*, а также *навязчивые страхи и ипохондрические расстройства*.

Реакция личности на болезнь зависит также от нозологической формы урологического заболевания. **Травматические повреждения половых и мочевыводящих органов** часто вызывают выраженные *эмоциональные реакции*, особенно у лиц молодого возраста, в связи с возможными последствиями (затруднения или невозможность полового сношения). В остром (начальном) периоде такие реакции могут проявляться *паническими состояниями страха и даже ужаса* перед будущим. У некоторых больных с психопатическими чертами в преморбиде *эмоциональное отреагирование* нередко носит *агрессивный* или *аутоагрессивный* характер. Дальнейшее оформление внутренней картины болезни и возможные реакции на нее зависят от успешности лечения, в том числе от реконструктивных операций. В случае успеха у большинства больных психическое состояние стабилизируется и отмечается адекватное отношение к болезни. У других больных, имеющих черты ригидности в характере, могут возникать *ипохондрические расстройства по типу навязчивой или сверхценной ипохондрии*. И если больные с навязчивыми проявлениями тяготятся своим состоянием, опасаются своей несостоятельности в сексуальной сфере, то больные со сверхценными расстройствами развивают активную деятельность, требуя проведения им последующих реконструктивных операций. Будучи недовольны результатами операций, они проявляют сутяжно-кверулянтские действия в отношении врачей (пишут жалобы, требуют моральной и материальной компенсации, высказывают прямые угрозы).

Реакция личности на **воспалительные заболевания половых органов** (орхит, эпидидимит, простатит и др.) и **мочеполовых путей** (циститы, уретриты) в **остром периоде** обусловлена преимущественно клиническими проявлениями болезни (дискомфорт, боли, дизурические явления). Наиболее типичными в этом периоде являются *неврозоподобные (астеноневротические) расстройства* в виде тревоги,

раздражительности, нарушений сна, аппетита и др. По мере развития заболевания и в зависимости от результатов лечения, у больных происходит психологическая (интрапсихическая) переработка последствий болезни. При **хроническом течении** урологического заболевания психологические реакции на болезнь изменяются. Отмечается определенная адаптация к заболеванию, которая тем не менее отличается неустойчивостью. Больные, уже, как правило, не испытывающие прежних чувств неудобства, стыда и смущения при обращении к урологам и проведении обследования, озабочены результатами лечения и данными обследования. У большинства больных имеет место *нормосоматозогнозия* с адекватным отношением к болезни, проводимому лечению и рекомендациям врачей. У части больных отмечаются *гиперсоматозогнозические реакции*. Наиболее распространена *ипохондрическая форма* реагирования на болезнь. Такие пациенты с тревогой ждут обследования, прислушиваются к словам врача и медицинских сестер, внимательно смотрят на лица студентов, стараются по их мимике уловить результаты обследования, по-своему трактуют услышанные слова и отдельные замечания, так как заранее предполагают неблагоприятный исход болезни. Длительность заболевания и отсутствие при этом психологической помощи больному, которая позволила бы ему активизировать адаптационные личностные механизмы и сохранить качество жизни при наличии соматического дефекта, способствуют в одних случаях нарастанию *депремированности* и *депрессивных нарушений* с элементами апатии и «примирения с судьбой», у других — развитию *ипохондрических расстройств*, которые могут проявляться в виде *ипохондрического развития личности* (все внимание больных, их чувства и мысли заняты имеющимися проявлениями болезни, связанными с нею ограничениями и лечебно-диагностическими процедурами).

К урологам часто обращаются больные с **сексopatологией**. Расстройства половой функции встречаются при различных органических поражениях, но примерно в 80% случаев обусловлены функциональной патологией. Нарушения половой функции для многих больных являются источником тяжелых переживаний, связанных как с семейными отношениями, так и с неадекватной оценкой своих жизненных перспектив. Такие больные обычно фиксированы на своих сексуальных проблемах, у них суживается круг интересов, снижается социальная активность, продуктивность в работе, развиваются тяжелые депрессивные состояния. Наиболее часто встречаются различные варианты импотенции; реже обращаются за медицинской помощью больные с фригидностью и вагинизмом. Пациентов с нарушениями половой функции необходимо проконсультировать у сексopatолога для определения характера имеющихся расстройств и назначения соответствующего лечения.

Наконец, врачи урологи должны помнить, что за помощью к ним могут обращаться больные, жалобы которых имеют психopatологи-

ческий генез. Наиболее часто встречаются больные с *дисморфоманическими* и *дисморфобическими расстройствами*. Среди предъявляемых ими жалоб наиболее типичны различные ощущения по типу сенестопатий, отличающиеся необычностью и вычурностью, опасения или убежденность в неправильном строении половых органов, выделения из половых органов, необычные по цвету и запаху и т.п. Могут также обращаться к урологу больные с *бредовыми расстройствами*, фабула которых связана с мнимой патологией половых и мочевыделительных органов.

Во всех случаях отсутствия реальной патологии при упорных жалобах больных и настоятельных их просьбах провести различные обследования и лечение (в том числе оперативное) они должны быть проконсультированы психиатром, который может назначить соответствующее лечение.

---

## **Глава 20. Клиническая психология в акушерстве и гинекологии**

---

### **20.1. Психология беременной женщины**

Известно, что беременность может оказывать как позитивное, так и негативное влияние на физическое и психическое состояние женщины. Еще с древности отмечалось благотворное влияние беременности на женщин с невротическими расстройствами. Выраженность последних во время беременности значительно уменьшается или они полностью исчезают. Особенно это относится к истерическим нарушениям. Известно мнение на этот счет Гипократа: «Истерическим девушкам я предписываю замужество, чтобы они излечились беременностью».

Однако при эндогенных психических заболеваниях (шизофрения, аффективные расстройства) беременность нередко способствует манифестации или обострению психических нарушений.

В случае неполноценности эндокринно-диэнцефальной системы вследствие вредностей, имевших место в перинатальный период, перенесенных травм, инфекционных заболеваний и др. беременность может вызвать декомпенсацию как со стороны соматической сферы, так и со стороны психики, что чаще всего проявляется психопатическими или психопатоподобными расстройствами.

Влияние психического состояния беременной на ее самочувствие может проявляться по-разному. Известно, что у женщин, не желающих иметь ребенка, чаще наблюдаются явления токсикоза беременности, чем у женщин, для которых беременность является желанной.

Сторонники психоаналитического фрейдистского направления, такие, например, как А.Адлер, в соответствии со своей концепцией «символического языка органов», неукротимую рвоту беременных рассматривают как «подсознательный отказ» от беременности и нежелание иметь ребенка. Убийство матерью своего новорожденного ребенка трактуется ими как «проявление незавершенного самоубийства» или «идентификация ребенка с матерью». В психиатрической литературе XIX века много внимания уделялось случаям убийств «незаконнорожденных». Французами были описаны родовые психозы, когда у женщины после родов возникало тяжелое состояние возбуждения и ненависть к ребенку — источнику ее мучений.



Безусловно, на отношение женщин к беременности оказывают влияние различные факторы: социальные, психологические, морально-этические, экономические и др. Оно зависит и от особенностей личности женщины. Несмотря на то, что в современном обществе отношение к беременной женщине не определяется тем, состоит она в браке или нет, и закон охраняет все права беременной и матери-одиночки, все же предрассудки и старые взгляды на незакононороденность живучи. Встреча с подобными взглядами у родственников и других значимых для беременной женщины лиц может явиться источником психической травмы. Рождение ребенка вне брака, беременность от нелюбимого мужа или у замужней женщины — от любимого человека, с которым в силу каких-то обстоятельств она не может связать жизнь, вызывают у женщины сложные психологические переживания, способные в дальнейшем привести к психическому срыву. Обращаясь к врачу, беременная женщина ищет у него поддержки в решении вопросов, связанных с моралью, социальным положением и этическими принципами.

Женщины, которые не желают рождения ребенка или хотят скрыть от окружающих факт его появления на свет, могут диссимулировать беременность, прибегая для этого ко всякого рода ухищрениям. В беседе с врачом они часто неискренни, игнорируют посещение врача и его рекомендации.

У душевнобольных, а также личностей с выраженным инфантилизмом или сниженным интеллектом можно наблюдать случаи полного игнорирования беременности, когда они не замечают ее явных признаков и попадают в врачу гинекологу на поздних сроках или в момент начала родов.

У женщин, страдающих бесплодием или состоящих в браке с человеком, который не способен к зачатию, страстное желание иметь ребенка иногда может приводить к другому типу психогенного расстройства — *ложной беременности*. У женщин с подобными расстройствами наблюдается увеличение живота, прекращаются менструации, могут появиться даже характерные для беременной полосы на животе и выделения из груди. Психогенно могут возникнуть изменения положения диафрагмы, ее движений, тонуса мышц живота. Обычно присоединяется метеоризм, в результате которого увеличивается живот. Уменьшение числа случаев ложной беременности в последние годы связано с ослаблением давления на женщину морально-этических и религиозных факторов, а также с распространением методов искусственного оплодотворения, суррогатной матери и некоторых других. Правомерность этих методов, с точки зрения биоэтики, является предметом дискуссий.

Ошибочное диагностирование беременности может быть использовано некоторыми женщинами в корыстных целях или служить поводом для шантажа.

Сама беременность, даже протекающая без какой-либо патологии, является для женщины источником психологического напряжения и способствует возникновению разнообразных личностных реакций. Психологические проявления и возможные психические нарушения в течение беременности имеют определенную динамику.

**В начале беременности** (I триместр) наиболее заметными в переживаниях и поведении женщины являются *эмоциональные проявления*, спектр которых весьма широк и зависит от ее физического самочувствия и психологической ситуации. Одни женщины испытывают счастье от предстоящего материнства, они довольны своим состоянием, чувствуют *подъем настроения* и жизненных сил. У других — эмоциональное состояние характеризуется *неустойчивостью с повышенной капризностью, обидчивостью*, желанием получать больше заботы и внимания. Также возможны *тревожные расстройства*, причиной которых могут стать ситуации, которые ранее казались безобидными.

Переживания будущей матери прежде всего связаны с будущим ребенком, анализом факторов, способных оказывать неблагоприятное влияние (предшествующие аборт и выкидыши, перенесенные заболевания, принимаемые по необходимости лекарства, различные производственные вредности и т.д.). Особенно характерны подобные переживания для тревожных и впечатлительных натур. Такие женщины могут прислушиваться к разговорам других женщин, с тревогой выслушивают их рассказы о «страшных наследственных болезнях», опасаются уродств ребенка, часто с этими тревогами обращаются к врачу женской консультации, читают популярную и специальную медицинскую литературу. Успокоившись по одному поводу, они начинают тревожиться — по другому. Для некоторых женщин становятся актуальными опасения потери женственности и привлекательности, что, по их мнению, может сказаться на взаимоотношениях с мужем. Крайним выражением аффективных нарушений у беременных являются *депрессивные проявления*, возникающие чаще всего в случае неблагоприятной семейной ситуации или под влиянием других психотравмирующих обстоятельств.

Аффективные нарушения, в том числе депрессивного характера, обычно проходят к 4–5-му месяцу беременности, даже если ситуация остается неразрешенной. Однако при наличии выраженных аномальных черт характера, препятствующих адаптации, или в случае повторных психогений депрессия может приобрести затяжной характер и продолжаться до конца беременности. В таких случаях женщинам необходима психотерапевтическая помощь, а при выраженных депрессивных проявлениях — и помощь психиатра. При этом следует помнить, что прием большинства психотропных препаратов, включая и антидепрессанты, не показан в течение всей беременности из-за их возможного неблагоприятного влияния на

плод, поэтому к лечению психических нарушений у беременных необходимо подходить крайне осторожно.

Помимо аффективных расстройств в первом триместре беременности также часто встречаются явления *токсикоза*, или *гестоза*. У женщины при этом повышается чувствительность к различным запахам, появляются тошнота, рвота, сонливость и утомляемость. Тошнота и рвота при беременности объясняются сложными этиопатогенетическими механизмами, но, несомненно, что одним из наиболее значимых следует считать *психогенный механизм*. Роль психогенного фактора подтверждается уже тем, что из большого арсенала терапевтических средств наиболее эффективным при токсикозе беременных часто оказывается *психотерапевтическое воздействие*.

**Середина беременности** (II триместр) считается наиболее спокойным периодом в отношении психических нарушений. При отсутствии у женщины соматической или психической патологии, способной оказывать неблагоприятное влияние на течение беременности, и отсутствии патологии самой беременности женщина, как правило, чувствует себя достаточно спокойно и уверенно, готовясь к предстоящему материнству.

**К концу беременности** (III триместр) психологические напряжения у беременной обычно нарастают, и вновь учащаются психические нарушения. Это связано как с физическим самочувствием (значительное увеличение веса, затруднения передвижения, нарушения мочеиспускания и др.), так и с тем, что приближающиеся роды все больше заставляют женщину погружаться в свои ощущения, ожидая возможных признаков начала родов. Опасения и возможная тревога, беспокойство касаются прежде всего благополучного исхода родов (преждевременные роды, неправильное положение плода и т.п.).

В этот период у некоторых беременных в связи с тревожным состоянием отмечается гиперактивность, вызванная желанием ускорить события. Подавляющее большинство женщин опасается за свою жизнь во время родов, а также за жизнь будущего ребенка и его здоровье. Появляется боязнь «родить урода» или неполноценного ребенка.

Поскольку роды требуют большого напряжения духовных и физических сил, женщины много думают о «муках и страданиях», связанных с родовым процессом. Страх женщин перед болевыми ощущениями требует от врачей проведения **дородовой психопрофилактической подготовки беременных**.

Человечество с давних пор искало пути избавления женщины от болей во время родов. Структура боли при родах очень сложна. Рядом авторов отмечалась диспропорция между органическими причинами болей при физиологическом течении родов и эмоциональной реакцией на них. В ней, по мнению исследователей, большую роль играет укоренившееся представление о том, что роды всегда должны сопровождаться болью. Таким образом, одним из основных

механизмов родовых болей является самовнушение, связанное с чувствами тревоги и страха. Это было подтверждено исследованиями физиологии высшей нервной деятельности.

Классическими работами отечественных физиологов И.П.Павлова, К.М.Быкова и Л.А.Орбели была установлена роль болевых рецепторов, проводников и болевых центров в процессе родового акта. Конечным центром восприятия болевых раздражений является кора большого мозга, определяющая формирование болевого ощущения в сознании человека. Под влиянием чувств страха и тревоги возникает гипнотическое фазовое состояние коры головного мозга, при котором отмечается парадоксальное, или извращенное, реагирование, когда незначительные по своей силе раздражения вызывают несоответствующий им чрезвычайно сильный эффект.

С начала XX века врачи при помощи специальных бесед и разъяснений пытались уменьшить болезненность родов. В 1920 году под руководством К.И.Платонова была разработана методика обезболивания родов путем использования *гипнотических и суггестивных приемов*.

Отечественным психоневрологом И.З.Вельвовским был разработан *метод психопрофилактического обезболивания родов*, получивший широкое распространение и в других странах. Данный метод включает два этапа: 1) подготовку женщины к родам и 2) соответствующее поведение роженицы во время родов. На первом этапе психопрофилактической подготовки к родам врач стремится рассеять у будущей матери ложные представления о родах и неизбежных «родовых муках». Во время специальных занятий с беременными он в доступной форме объясняет физиологические основы и механизмы родового процесса и обучает будущую роженицу ряду необходимых технических приемов, которыми она должна будет пользоваться во время родов, чтобы обеспечить их успешное и безболезненное прохождение.

В результате психопрофилактической подготовки женщина становится сознательной и активной участницей родов. Это помогает и врачу, и самой роженице, она чувствует себя более уверенно и, используя определенные приемы, добивается устранения болей и способствует физиологическому процессу родоразрешения.

Необходимо отметить, что психозов, связанных **непосредственно с процессом родов**, практически не наблюдается. Лишь у эмоционально неустойчивых женщин, особенно у тех, кто плохо переносит боль, может появиться *состояние суженного сознания и психомоторного возбуждения*. Поведение роженицы в таких случаях характеризуется неконтролируемостью высказываний и действий с возможной бранью и агрессией. Психические нарушения, возникающие во время родов, проявляются чаще всего *сумеречными (истерическими) состояниями измененного сознания*.

## 20.2. Послеродовые психические нарушения

Послеродовые психозы известны с древности. Гиппократ, например, считал причиной послеродовых психозов нарушение отделения лохий, которые, «попадая в голову, вызывают психические нарушения». Близких взглядов придерживался и Гален, который указывал, что «горячая кровь» после родов попадает в голову и вызывает психоз. В дальнейшем взгляды на причины психозов в послеродовом периоде менялись. Придавалось значение наследственному предрасположению, психогенным и простудным факторам, кровопотере, бессоннице. Клинические проявления в одних случаях расценивались как «лихорадочный делирий», в других — как «бред истощения».

В литературе часто встречается термин «генерационные психозы», объединяющий все психические нарушения, возникающие во время беременности, в послеродовом и лактационном периодах.

В последние десятилетия в изучении послеродовых психозов наметились три направления. Одни авторы включают послеродовые психозы в *гетерогенную группу*, в которую входят также эндогенные психические заболевания, токсикоинфекционные расстройства и тяжелые формы неврозов.

Другие, как правило, сторонники психоанализа, склонны рассматривать все наблюдаемые в послеродовой период расстройства как *единый послеродовой психоз*, не уделяя внимания нозологической принадлежности указанных расстройств.

Третьи рассматривают послеродовые психозы как самостоятельные (пуэргеральные), связанные с эндокринно-диэнцефальными нарушениями, являющимися результатом родов, лактации и др. Беременность вызывает гипертрофию гипофиза, щитовидной железы, коры надпочечников, островков Лангерганса. Сдвиги в соотношении ФСГ—ЛГ (ФСГ — фолликулостимулирующий, по мнению этих исследователей, являются решающим фактором гормон, ЛГ — лютеинизирующий гормон), по мнению этих исследователей, является решающим фактом в генезе послеродовых психозов.

В настоящее время послеродовые психозы встречаются гораздо реже, чем раньше (по эпидемиологическим данным, 1 случай на 500 родов). Их клиническая картина включает признаки *экзогенно-органических, аффективных и шизофренических расстройств*. Особенностью патоморфоза послеродовых психозов является весьма значительное уменьшение доли экзогенно-органических расстройств, что связано, в первую очередь, с улучшением родовспоможения, предупреждением массивных кровопотерь и инфекций.

Послеродовые психозы ранее назывались «психозами третьего дня», хотя чаще психические нарушения появлялись на 5—6-й день после родов. Многие психиатры отмечают, что до введения асептики и антисептики в этиологии послеродовых психозов значительную роль играла инфекция. В настоящее время инфекция чаще бывает не этиологическим фактором, а только видоизменяет картину болезни, вносит остроту, «экзогенность».

*Психозы с измененным сознанием* (аментивным и аментивно-онейроидным, делириозным) чаще наблюдаются у больных с тяжелыми соматическими заболеваниями вследствие их декомпенсации, но полного параллелизма между тяжестью соматических симптомов и психическими нарушениями, как правило, не наблюдается.

Психоз начинается с нарушения сна, затем появляются иллюзорные и галлюцинаторные расстройства и в последующем нарастает состояние возбуждения. Следует помнить, что для этих психозов характерна *мерцающая симптоматика*, отчетливо выступающая в начале болезни. Поэтому больная, у которой ночью отмечалось неправильное поведение, вызванное состоянием измененного сознания, может с полной критикой говорить о своем состоянии как о прошедшем, уверять, что эпизод неправильного поведения явился результатом случайного стечения обстоятельств, и она обещает «впредь себя вести правильно». В то же время под влиянием галлюцинаторных переживаний она может совершить неправильные поступки, опасные как для нее, так и для окружающих.

Характерный для послеродовых психозов последних лет полиморфизм расстройств и значительная динамика симптомов объясняются в частности лекарственным патоморфозом: широкое применение симптоматических и психотропных средств способно быстро изменить клиническую картину.

Наиболее частой клинической формой послеродовых психозов являются *аффективные расстройства*, прежде всего их депрессивные варианты. Каких-либо особенностей в течении беременности у женщин с послеродовыми депрессиями обычно не наблюдается, а иногда настроение во время беременности даже улучшается. Однако до беременности у таких женщин часто выявляются колебания настроения, связанные с менструальным циклом. В связи с этим при изучении анамнеза беременной женщины врач должен обращать особое внимание на имевшиеся ранее аффективные нарушения. Наличие таких нарушений является основанием для того, чтобы после родов уделить большее внимание психическому состоянию родильницы с целью не упустить начинающегося психического расстройства.

Начинаются *депрессивные расстройства* позже, чем собственно послеродовые психозы экзогенного типа. Депрессивное состояние развивается чаще исподволь, начиная с 10–14-го дня после родов, т.е. когда родившая женщина уже выписана из родильного дома. Как правило, еще находясь в родильном доме, такие женщины испытывают вялость, плохое самочувствие, страдают бессонницей. В начале болезни женщины еще пытаются что-то делать, ухаживать за ребенком, затем бросают все дела и ложатся в постель, не беспокоясь о том, что ребенок не накормлен, плачет, грязный и мокрый. Некоторые из них заявляют, что ребенок мертвый или тяжелобольной и его необходимо поместить в больницу. В этом состоянии часто по-

является страх за свое здоровье, жизнь, возникают ипохондрические жалобы, иногда достигающие выраженности бреда.

Обращают на себя внимание беспомощность и несобранность женщины, ее неспособность справиться с обязанностями по уходу за ребенком. Часто женщины сами тяготятся своим состоянием, испытывают страх за ребенка, опасения за его здоровье, за то, что недостаточно хорошо за ним ухаживают. Наблюдается чувство вины перед ребенком и идеи самообвинения, могут появиться суицидальные мысли.

Врачу очень важно у самой больной и ее родственников выяснить, как она относится к новорожденному, так как существует опасность, что женщина может убить младенца, «избавив его от дальнейших страданий», поскольку считает его неполноценным. Встречаются также случаи «расширенных суицидов», когда мать вначале лишает жизни своего ребенка, потому что считает, что после ее смерти «он будет никому не нужен», а затем — себя. При тяжелых депрессиях могут встречаться и другие фобулы бредовых идей, под влиянием которых мать испытывает враждебные чувства к своему ребенку и может совершить по отношению к нему опасные действия. Своевременное выявление болезненных расстройств, наблюдение за больной и, при необходимости, госпитализация и лечение помогут предотвратить трагические последствия.

Клинические проявления послеродовых депрессий и анамнестические данные дают основания относить эти состояния в основном к эндогенным депрессиям. Многочисленные данные катamnестических исследований также подтверждают это: более чем у половины женщин, страдавших послеродовой депрессией, в дальнейшем развиваются депрессивные расстройства уже вне связи с родами.

Послеродовая депрессия может продолжаться от нескольких недель до 3–4 месяцев. После исчезновения депрессивных проявлений еще в течение нескольких месяцев у больных может наблюдаться выраженная астения с вегетативной и эмоциональной лабильностью.

Приведем клинический пример.

Больная К., 26 лет, преподаватель иностранных языков. Росла и развивалась правильно, успешно окончила школу и институт. Менструация — с 15 лет, замужем — с 25 лет. Беременность первая, протекала без патологии. Роды произошли в срок; были разрывы шейки матки, небольшое кровотечение в раннем послеродовом периоде.

С первых дней кормления на сосках появились трещины, температура тела повысилась до 37,2°С. В родильном доме очень скучала, тяготилась обстановкой, плохо спала. В связи с затруднениями при кормлении стала беспокоиться о будущем. Выписана на 10-й день после родов, дома не спала, была тревожна, считала себя тяжелобольной, уверяла, что не поправится. В последующие дни тоска усиливалась, считала, что она в тягость себе и ок-

ружающим, появились суицидальные мысли. Однажды взяла бритву и сказала мужу, что покончит с собой. К ребенку была безразлична, безучастна, не подходила к нему. Не спала, несмотря на прием снотворных. В таком состоянии была госпитализирована в психосоматическое отделение больницы им. С.П.Боткина.

Психическое состояние: ориентирована правильно, доступна, даже несколько назойлива со своими жалобами. Тревожна, тосклива, говорит, что ей «плохо и тяжело», убеждена, что никогда не поправится. Во время кормления ребенка беспомощна и нетерпелива. Неряшлива, не следит за собой, не умывается, не чистит зубы. Считает себя тяжелобольной, стонет, охает, высказывает беспокойство за ребенка и в то же время равнодушна к нему. Часто говорит о нежелании жить. Временами подозрительна, говорит, что ей дают «не те лекарства». Состояние тревоги сменилось апатией, целые дни лежала в постели.

Затем состояние стало улучшаться, и через 2 месяца была выписана. Чувствовала себя удовлетворительно, занималась домашними делами, тепло относилась к близким, настроение было ровное. Через 2 недели снова нарушился сон, возникло состояние тревоги, ничего не могла делать, слегла в постель. Госпитализирована повторно. Первые дни было прежнее состояние. Говорила о безысходности состояния, жаловалась на тоску, пустоту в голове, высказывала много ипохондрических жалоб, металась по палате. Через 10 дней состояние улучшилось, а еще через 3 дня заявила, что чувствует себя по-настоящему здоровой. Возобновление психоза совпало с появлением менструаций.

Депрессия не всегда носит выраженный (психотический) характер, поэтому некоторые больные оказываются вне поля зрения психиатров. Врач женской консультации должен внимательно относиться к жалобам больной и не переоценивать внешние травмирующие факторы. Необходимо помнить, что первая менструация после родов и происходящие в организме женщины гормональные пертурбации могут сопровождаться значительными изменениями настроения, и предупреждать больную и близких о такой возможности.

Помимо эндогенных депрессий у женщин в послеродовом периоде могут наблюдаться чисто *реактивные психогенные депрессивные состояния*. Причинами их служат смерть ребенка во время родов, рождение ребенка с уродствами или врожденными заболеваниями, сложные семейные и бытовые ситуации и др. В этих случаях больные нуждаются в активной помощи психолога и психотерапевта для преодоления ими кризисной ситуации и создания новой жизненной доминанты с учетом своих возможностей.

Если психогенные факторы появляются на фоне уже имеющегося депрессивного состояния, то клиническая картина имеет существенные отличия от психогенной депрессии. Такие больные нуждаются обязательно в консультации и лечении у врача психиатра.



**Маниакальные состояния** в клинике послеродовых психозов встречаются реже депрессии; развиваются они в первые 3–10 дней после родов. Вначале начинается бессонница, причем больные на это не жалуются, затем развиваются повышенная говорливость и приподнятое настроение. Дома маниакальное состояние, как правило, продолжает нарастать. Больные становятся возбужденными, чрезмерно деятельными, во все вмешиваются, бегают по знакомым, легкомысленно относятся к ребенку, начинают одновременно много различных дел, но ничего не заканчивают, по ночам спят мало. Это состояние отличается от маниакально-депрессивного психоза тем, что больные более истощаемы, раздражительны, часто жалуются на головные боли. После прекращения маниакального состояния, так же как и после депрессии, наблюдается более или менее продолжительное астеническое состояние, иногда с депрессивным компонентом.

Приведем пример.

Больная П., 23 года, служашая. Развивалась правильно, хорошо училась, по характеру ровная, общительная, несколько тревожная. Замужем с 21 года, беременность первая, очень боялась родов. Роды – в срок, легкие, с небольшими разрывами шейки матки. Температура тела субфебрильная, затем нормальная.

После родов «испытывала прилив невероятной радости», что все страшное позади, ночью не смогла уснуть, пыталась заговорить с сестрой, вставала. Все последующие дни почти не спала, была весела, говорлива, всем рассказывала о своих невероятно легких родах, писала большие письма родным и всем родственникам. Несмотря на отсутствие сна, не жаловалась на плохое самочувствие. Ела мало, много пила. В отделении во все вмешивалась, стремилась помогать обслуживающему персоналу.

Выписана в срок. Дома приподнятое настроение продолжалось. Была необычно говорлива. Часами разговаривала по телефону со своими знакомыми, подробно рассказывала о родах, громко смеялась. Легкомысленно относилась к ребенку, убегала к знакомым, оставляла его на долгое время без присмотра. Такое состояние продолжалось около 3 недель.

Затем стала раздражительной, обидчивой, плаксивой, жаловалась на плохое самочувствие, головную боль, бессонницу, много времени лежала в постели, утомлялась. Постепенно состояние улучшилось, поведение стало правильным, не могла объяснить, что с ней происходило.

В данном случае необычное состояние возникло вскоре после родов, но оно не было настолько отчетливым, чтобы сразу привлечь внимание врачей.

Большое значение для выявления гипоманиакального состояния имеют анамнестические сведения, позволяющие отметить имевшиеся ранее периоды необычного поведения, которые могут свидетельствовать об аффективных и других психических нарушениях.

Раннее выявление указанных расстройств позволяет контролировать поведение больных, предотвращать неправильные поступки, способные привести к конфликтам с окружающими, родственниками, обслуживающим персоналом поликлиники, а также могущие быть опасными для ребенка и самой больной.

В послеродовом периоде может наступить **обострение** имевшихся ранее **эндогенных психозов** (шизофрения и маниакально-депрессивный психоз), а также возникнуть **первый приступ болезни**. Врачу трудно предсказать возможность возникновения первого приступа эндогенного заболевания после родов, даже если у женщины имеется наследственная отягощенность этими заболеваниями. Акушеры-гинекологи всегда должны помнить, какую опасность представляют беременность и роды для женщины, уже перенесшей приступы эндогенных заболеваний. Часто после первого приступа шизофрении или маниакально-депрессивного психоза наступает ремиссия или даже интермиссия (перерыв в болезни), и в этот период могут возникнуть большие психологические сложности при желании женщины иметь ребенка.

Среди врачей до сих пор еще существует ничем не оправданная точка зрения, что роды способствуют улучшению психического состояния. Как было подчеркнуто выше, это касается только невротических и личностных расстройств. При эндогенных заболеваниях, напротив, часто наступает обострение болезни с появлением выраженной психотической симптоматики и развитием более грубого дефекта личности. Многие больные шизофренией, несколько лет находившиеся в состоянии ремиссии, успешно справлявшиеся со своими профессиональными обязанностями, после родов в связи с обострением болезни продолжительное время лечились в психиатрических больницах, а затем становились инвалидами.

Врач в деликатной форме должен уметь объяснить родственникам душевнобольной нецелесообразность беременности и родов, риск обострения заболевания, а также большую вероятность заболевания будущего ребенка.

Известны случаи, когда гинекологи, не придавая значения перенесенному в прошлом приступу эндогенного заболевания, упорно лечили женщину от бесплодия и добивались наступления беременности. Результаты часто бывали печальными, так как мать после родов оказывалась в психиатрической больнице, а у ребенка уже с раннего возраста обнаруживались явления дизонтогенеза, а затем наступала манифестация шизофренического процесса.

Поучительны в этом отношении следующие примеры.

1. Больная З., научный работник. К 26 годам перенесла три приступа шизофрении, ремиссия стойкая, полностью сохраняется трудоспособность, активность и адаптация в жизни. Длительное время получала поддерживающие дозы нейролептиков.

В 32 года вышла замуж, с тех пор обращалась к гинекологам по поводу бесплодия, активно лечилась. Попытки психиатра вмешаться в это лечение, предостеречь от опасности возникновения нового приступа болезни не привели к желаемым результатам. Гинеколог продолжал активное лечение, мотивируя это тем, что женщину нельзя лишать счастья материнства и т.п.

В 34 года были благополучные роды, через месяц после родов наступило обострение шизофренического процесса. С тех пор в течение многих лет фактически нетрудоспособна, периодически находится в больнице, дома бездеятельна, беспомощна, к ребенку холодна, к его судьбе безучастна. Муж оставил больную.

У ребенка с раннего возраста выявляются отчетливые признаки дизонтогенеза: дисгармоничность в развитии с отставанием моторики и физического развития в целом от интеллектуального развития. Имеются стереотипии в речи и движениях, эмоциональная тусклость и холодность к близким, пассивная подчиняемость.

2. Больная Е., 43 года, инженер. Заболевание началось с неврозоподобной симптоматики в юношеском возрасте, затем развился любовный бред и бред преследования. Неоднократно уезжала в отдаленные районы страны, спасаясь от «преследователей, которые не давали ей выйти замуж». Много раз лежала в психиатрической больнице. Последние 12 лет работает, получает поддерживающую терапию нейролептиками, бред активно не высказывает.

Вышла замуж 3 года назад, с тех пор постоянно обращается к гинекологу медико-санитарной части предприятия с требованием лечить ее от бесплодия.

Хороший контакт с больной психиатра и гинеколога на протяжении нескольких лет позволяет при помощи терапии сохранять ее трудоспособность. Процедуры, назначаемые больной для лечения бесплодия, носят индифферентный характер. Систематически проводимые с ней психотерапевтические беседы помогают смириться с невозможностью иметь ребенка.

### **20.3. Психология женщины при гинекологических заболеваниях**

Основные проблемы, рассматриваемые в гинекологической клинике, касаются таких функций женского организма, как менструальная, детородная, половая и секреторная. При этом необходимо помнить, что вопросы половой жизни, семейных отношений, беременности и материнства тесно взаимосвязаны между собой.

С точки зрения психологии, особенности профессии врача гинеколога, так же как профессии уролога, заключаются в том, что многие аспекты патологии женских половых органов касаются интимной сферы, поэтому подход врача к пациентке и взаимное доверие их друг другу играют очень важную роль.

Часто женщина предъявляет конкретные жалобы соматического характера, а в беседе, когда проникается к врачу доверием, сообщает о сложных психологических коллизиях в своей жизни. Последние могут служить причиной имеющихся функциональных расстройств,

для устранения которых необходимо разрешение сложившейся неблагоприятной ситуации. Поэтому без достаточно полного изучения личности больной, причин (включая влияние микросоциальной среды), способных вызвать те или иные нарушения в половой сфере, врач не сможет оказать пациентке полноценной помощи.

Успех в работе врача гинеколога зависит от его способности найти доверительный контакт с больной, учитывая особенности ее личности и связанные с ними формы реагирования на различные методы обследования и лечения. Врач должен знать, что многие пациентки, особенно отличающиеся робостью и застенчивостью, могут испытывать чувство стыдливости при ответах на вопросы, касающиеся интимной сферы, а также перед гинекологическим обследованием. В связи с этим возможны определенные затруднения в беседе, особенно у тормозимых личностей, охваченных страхом перед каким-то заболеванием. Ожидание для них мучительно, они проявляют некоторую суетливость во время осмотра и при том могут даже невнимательно слушать врача, погруженные в свои опасения.

Обследование истерических личностей, склонных к оговорам и самооговорам, гинекологу (особенно это относится к врачам-мужчинам) целесообразно проводить в присутствии медицинской сестры кабинета, так как хорошо известны случаи, когда эти больные обвиняли врачей в различных неблагоприятных поступках (сексуальных притязаниях, попытках изнасилования и т.п.) и пытались шантажировать.

### ***Психология женщины и возможные психические расстройства при нарушениях менструального цикла***

Жалобы на нарушения менструального цикла — наиболее частые из всех жалоб, с которыми женщины обращаются к гинекологу. Менструальная функция является важным показателем здоровья женщины. Помимо ее основных параметров, имеющих значение для оценки половозрелости женского организма, диагностики беременности, констатации наступления менопаузы и др., менструальная функция тесно связана с общим физическим самочувствием и психическим состоянием женщины. Большинство женщин ощущают и субъективно оценивают изменения в организме, находящиеся в прямой зависимости от менструального цикла. Из собственно соматических изменений перед менструацией отмечается набухание и болезненность молочных желез, пастозность лица и некоторая отечность конечностей вследствие задержки жидкости в организме, элементы папулезной сыпи преимущественно на лице.

Психические проявления, связанные с менструальным циклом, были выделены в 1931 году Р.Франком в так называемый *синдром предменструального напряжения*. В рамках этого синдрома описываются жалобы на повышенную раздражительность, обидчивость, плаксивость, слабость, утомляемость, тянущие боли в животе, пояс-

нице, плохое самочувствие. Иногда у женщин бывают подавленное настроение, напряженность, беспокойство. В этом периоде могут наблюдаться также сужение полей зрения, нарушения зрения, головокружение, усиление аппетита (повышенная потребность в сладком), увеличение потребности во сне.

Отмечается существенная зависимость выраженности психовегетативных нарушений от личностных особенностей женщины. Наиболее выражены аффективная насыщенность жалоб и *нарушения личностного реагирования* у эмоционально неустойчивых личностей с чертами демонстративности. Капризность, требование повышенного внимания к себе со стороны партнера или мужа и других родственников, эгоизм и желание извлечь выгоду из своего положения дают основание к ошибочной оценке этих расстройств в рамках истерической психопатии. О ложности данного диагноза свидетельствует преходящий характер расстройств, связанных с определенным гормонально обусловленным периодом, вне которого женщина остается доброжелательной, спокойной, поведение ее упорядоченно и критически оценивается ею самой.

Другим характерным проявлением предменструального синдрома являются ипохондрические переживания. Женщина становится мнительной, фиксирует внимание на малейших симптомах физического неблагополучия, изводит своими жалобами близких.

Хорошо известно, что наиболее выражены разнообразные нарушения в предменструальный период у больных с неврозами и психопатиями. В.Д. Менделевич (1999) среди всего многообразия проявлений предменструального синдрома выделяет следующие симптомокомплексы: *астенический, тревожно-депрессивный, истеро-ипохондрический, дисфорический и смешанный*. Особо он останавливается на дисфорической форме предменструального синдрома, отмечая, что в конце XIX века женщины, совершивших преступления в менструальный или предменструальный период, при судебных разбирательствах признавали невменяемыми. т.е. судебные медики расценивали психическое состояние некоторых женщин в этот период как патологическое, приравнивая его к психозам.

Необходимо также отметить, что в этом периоде чаще бывают *приступы мигрени* и другие *пароксизмы*, в том числе *эпилептические* и *эпилептиформные припадки*. Такая же закономерность обнаруживается и в отношении эндогенных психических заболеваний: наблюдается *манifestация* или *обострение симптоматики при шизофрении*.

**Аменорея и другие нарушения менструального цикла** могут быть связаны со многими причинами. По представлениям большинства женщин, регулярные нормальные менструации свидетельствуют о полноценности женщины, т.е. о возможности материнства и всего того, что с ним связано. Поэтому первая менструация в жизни девочки имеет большое значение. Девочка должна быть к ней подго-

товлена не только в гигиеническом, но и в психологическом отношении. Первая менструация не должна вызывать страх, тревогу, беспокойство, стыд. Девочке нужно усвоить, что менструация — это физиологическое явление, не требующее соблюдения каких-то особых условий (постельный режим, диета и др.), необходимы только некоторые несущественные ограничения.

В *пубертатном периоде*, предшествующем наступлению менструаций, у девушек могут появляться повышенная возбудимость, колебания настроения, слезливость, чрезмерная реакция на внешние раздражители, неприятные ощущения в различных частях тела, чаще в области сердца, тревожные опасения, нарушения сна. Эти расстройства обычно смягчаются или полностью исчезают после грамотных психотерапевтических бесед или, при необходимости, приема легких успокаивающих средств.

Для подростков характерна повышенная *внушаемость*, и при наличии болей или других жалоб, связанных с менструальным циклом, врач должен проанализировать их и попытаться выяснить, не внушены ли эти жалобы взрослыми, рассказывавшими о возможных нарушениях, или они являются результатом подражания матери, старшей сестре, подруге и др.

*Повышенная аффективность и эмоциональная лабильность* в подростковом возрасте могут служить причиной *нерегулярности менструаций* и даже *временной аменореи*. У эмоционально лабильных и внушаемых личностей в подростковом возрасте возможны случаи аменореи в период пребывания в интернатах и лагерях, где молодые девушки стесняются менструаций. У тревожных лиц, опасющихся беременности и аборта, может наблюдаться психогенная дисменорея, у лиц с повышенной внушаемостью при желании забеременеть может возникнуть аменорея.

У девушек с истерической акцентуацией личности под влиянием аффектов, связанных с субъективно значимыми ситуациями, возможны дисфункциональные маточные кровотечения. Поэтому при жалобах на нерегулярные и внезапно возникающие обильные менструации следует обратить внимание на особенности личности больной, ее семейные взаимоотношения, конфликтные отношения с мужем или другими членами семьи. Внезапное появление менструаций может избавить женщину от нежелательных для нее взаимоотношений с мужем, служить как бы «защитной реакцией» на «устрашающее» обследование или операцию.

Большинство женщин при исчезновении менструаций думают о беременности. Часто желание или нежелание беременности связано с психологически сложными обстоятельствами, о которых женщина должна решиться рассказать врачу. При аменорее врач должен собрать подробный анамнез, уделить внимание различным событиям, которые происходили и происходят в жизни женщины. Известны случаи, когда под влиянием тяжелых психических травм мен-

струации исчезали на несколько месяцев. Причиной аменореи могут быть тяжелые переживания, связанные со смертью близких, ситуации сильного эмоционального напряжения, переутомление и недоедание. Аменорея, как правило, наступает у больных, страдающих нервной анорексией.

Учитывая значение психологических и психогенных факторов в возникновении нарушений менструального цикла, при оказании помощи таким больным необходимо **существенное внимание уделять психотерапевтическому подходу, используя также и специальные методы психотерапии** с привлечением специалистов, владеющих этими методами.

Врачи гинекологи должны знать, что **аменорея может иметь место у душевнобольных**. Наиболее часто она наблюдается при циркулярной депрессии и приступообразной (рекуррентной) шизофрении, а также может возникнуть у некоторых больных, в течение длительного времени получающих нейролептическую терапию.

### ***Психические нарушения, возникающие в связи с абортom и бесплодием***

Психические нарушения, возникающие в связи с искусственным абортom, в настоящее время встречаются не часто. Описываемые ранее психотические состояния экзогенного типа (делириозные, делириозно-онейроидные, аментивные) были связаны, как правило, с септическим состоянием после криминального аборта в отсутствие антибактериальной терапии. Аффективные, аффективно-бредовые и галлюцинаторно-бредовые психозы могут быть проявлением манифестации эндогенного психического заболевания или обострения существующего шизофренического процесса, причиной которых служит перенесенный аборт.

Серьезные психологические проблемы, связанные с искусственным абортom, могут возникать у женщин, живущих в обществе, где аборты запрещены или отношение к ним крайне негативное, например, в связи с религиозными взглядами. Тяжелые психологические переживания, а иногда и психические расстройства возможны в случаях конфликтных отношений в семье или между партнерами, не состоящими в браке, например, когда один из них настаивает на искусственном прерывании беременности, а другой — категорически против.

Чаще всего в таких случаях искусственный аборт может вызывать у женщины *психические нарушения невротического уровня* или *депрессивные переживания*, содержание которых определяется реактивными моментами и личностно-преморбидными особенностями, значением материнства в иерархии ее жизненных ценностей. В высказываниях таких больных обычно присутствуют сожаление, чувство вины и угрызения совести, связанные с материнским инстинктом. Одним из наиболее значимых моментов в переживаниях многих жен-

щин является не столько сам аборт, сколько боязнь его возможных последствий, в том числе утраты возможности материнства в будущем.

Однако, наряду с переоценкой значимости аборта для здоровья и дальнейшего деторождения, нередко встречаются случаи недооценки женщиной возможных последствий первого и последующих многочисленных абортов. Следствием такого легкомысленного отношения к абортам является дальнейшее бесплодие, которое, в свою очередь, уже может явиться источником психогенности. Для предупреждения негативных последствий абортов необходима прежде всего борьба с самими абортами, основой которой должна быть просветительская работа с женщинами и пропаганда методов контрацепции.

В последние годы, как за рубежом, так и в нашей стране, с целью контрацепции широко используются гормональные препараты, обладающие способностью подавлять овуляцию. Однако декларируемая безопасность метода в последние годы подвергается сомнению в целом ряде публикаций. Помимо возможных нарушений со стороны соматической сферы, у некоторых женщин, длительное время принимающих гормональные контрацептивные средства, отмечаются *клинические проявления, которые можно сравнить с описанным выше предменструальным напряжением*. Их беспокоят сонливость, вялость, головные боли, головокружения, тошнота, иногда раздражительность на фоне неустойчивого настроения. Отмечаются также колебания артериального давления с тенденцией к гипертензии, похудание, иногда наблюдается потеря сексуального чувства. В случаях, когда вышеназванные проявления значительны или когда развивается выраженное депрессивное состояние, рекомендуется немедленное прекращение приема гормональных контрацептивов.

Среди многочисленных, порой сложных, причин **самопроизвольных абортов и бесплодия** большое значение, по мнению многих исследователей, имеют психические факторы. Это могут быть как тяжелые психические переживания женщины, вызванные чрезвычайными ситуациями, серьезными конфликтами, наличием соматического заболевания и связанными с ним опасениями за будущего ребенка, так и личностные особенности, характеризующиеся психоэмоциональной неустойчивостью, приводящей к вегетативной и гормональной разбалансированности.

Сторонники психосоматического направления рассматривают неспособность женщины к зачатию и вынашиванию беременности как конфликт между сознательным желанием забеременеть и неосознанным отказом от беременности и материнства. Истоки подобного конфликта, считают они, уходят в раннее детство, поэтому наиболее показанным методом лечения женщин с подобной формой бесплодия служит психоанализ.

У женщин с **привычным выкидышем** чаще всего возникают *депрессивные переживания* с чувством невозвратимой потери, когда



с каждым разом остается все меньше и меньше надежды выносить ребенка. Помимо депрессивных расстройств, имеющих, по данным большинства авторов, более чем у половины таких женщин, могут возникать и различные формы *невротических расстройств* (навязчивые, ипохондрические, истерические), которые иногда заканчиваются невротическим развитием личности.

Так называемый **бесплодный брак**, т.е. отсутствие беременности в течение года у супругов детородного возраста при регулярной половой жизни без применения противозачаточных средств (определение ВОЗ), является, по мнению специалистов, не только физическое, но также психической и социальной проблемой. Вследствие этого оказание помощи таким супругам должно включать психологическое консультирование и различные виды психотерапии.

#### **20.4. Психология женщины в климактерическом периоде**

Психологическая подготовка женщины к климактерическому периоду имеет важное значение для предупреждения психических расстройств, достаточно часто возникающих в данный период. Это связано с так называемыми *условно-патогенными факторами климакса*, к которым можно отнести изменение внешнего облика (снижение тургора кожи, появление морщин, седых волос и др.), некоторые изменения со стороны половых органов (уменьшение смазки, снижение тонуса мышц малого таза и влагалища), ослабление полового влечения. Поэтому для многих женщин климакс представляет собой угрозу женственности, женской привлекательности. Немало женщин испытывает страх, что муж, узнав о прекращении у жены менструаций, потеряет к ней интерес, и она перестанет его устраивать как женщина, так как в связи с прекращением основной функции женского организма женщина, по их мнению, «становится старухой». Эти опасения часто становятся причиной изменения настроения, повышенной раздражительности, утомляемости, плохого сна. Подобные переживания наблюдаются чаще всего у женщин, которые привыкли к повышенному вниманию со стороны мужчин, поэтому сообщение врача, что у них начался климакс, воспринимается ими как крушение личной жизни.

Климакс тесно связан с конкретным возрастным периодом, определяемым иногда как период «обратного развития» (инволюционный период). В основе изменений, происходящих при этом в организме, лежат снижение функции яичников и функциональная недостаточность высших отделов нейроэндокринной регуляции, что приводит в конечном итоге к нарушению цикличности менструаций и прекращению репродуктивной способности.

В зависимости от выраженности происходящих в организме и психике женщины изменений климакс делят на физиологический и патологический. *Физиологическим* считается климакс, протекающий с постепенным угасанием менструальной функции, а имеющи-

еся при этом вегетососудистые и психические проявления не носят болезненного характера и не приводят к адаптационным расстройствам. О *патологическом* климаксе говорят в том случае, когда имеющиеся нарушения настолько выражены, что приводят к расстройству соматических и психических адаптационных возможностей. Основными клиническими проявлениями **патологического климакса** являются *климактерический синдром* и *дисфункциональные маточные кровотечения*.

**Климактерический синдром**, возникающий преимущественно в возрасте 45–55 лет, представляет собой сложный симптомокомплекс, включающий вегетососудистые, обменно-эндокринные и нервно-психические расстройства. Вегетососудистые нарушения проявляются чаще всего в виде «приливов», вегетососудистых кризов по типу симпато-адреналовых, гипергидроза. Обменно-эндокринные нарушения находят отражение в увеличении веса, задержке жидкости в организме и склонности к отекам. Психические проявления климактерического синдрома отличаются широким спектром: от сугубо личностно-психологических проблем до выраженных невротических состояний и депрессивных расстройств.

**Психологические проблемы**, связанные с климаксом, в большей степени зависят от личностных особенностей женщины и актуальной жизненной ситуации, чем от выраженности вегетативно-соматических нарушений. Женщины с достаточно гармоничным типом личности, живущие в благоприятной микросоциальной обстановке, по мнению В.Н.Мясищева и Е.К.Яковлевой, достаточно легко переживают климактерический период, переключаясь на детей, внуков или какой-либо интересующий их вид деятельности. Среди страдающих климактерическим синдромом гораздо чаще встречаются женщины с неустроенной судьбой (несчастливые в браке, вдовы, одинокие), для которых происходящая перестройка в организме означает крушение надежд на возможное устройство личной жизни.

Наряду с заострением характерологических черт и привычными типами реагирования, свойственными тому или иному характеру, у некоторых женщин отмечаются *гиперкомпенсаторные реакции защиты от старости*, которые В.Д.Менделевич (1999) обозначает термином «мистификация действительности». Такие женщины осознанно или неосознанно не хотят замечать признаков старения, отрицают его всем своим поведением. Они носят молодежную одежду, чрезмерно много внимания уделяют своей внешности, увлекаются косметическими средствами, подвергаются многочисленным пластическим (омолаживающим) операциям. В последние годы с этой целью многие из них начали активно использовать заместительную гормональную терапию.

Более выраженные *психические расстройства* чаще коррелируют с тяжестью вегетососудистых нарушений и длительностью климактерического периода, а также связаны с влиянием дополнительных пси-

хотравмирующих ситуаций. Эти расстройства относятся преимущественно к *невротическому уровню*, поэтому некоторые авторы описывают их в рамках климактерического невроза. Наиболее распространенными являются *расстройства астенического типа*, для которых характерны такие общеневротические симптомы, как головные боли давящего, распирающего характера, расстройство сна, угнетенное настроение, слезливость, беспокойство («не находит себе места»), повышенная раздражительность («все раздражает», «окружающее становится в тягость»). Легко возникают конфликты дома и на работе, резко снижается трудоспособность. Из других невротических синдромов встречаются *истерические, сенесто-ипохондрические, фобические*.

Также характерны для климактерического синдрома *тревожно-депрессивные расстройства* (инволюционные депрессии), которые требуют дифференциальной диагностики с другими типами депрессивных нарушений.

За соматическими жалобами, характерными для климактерического периода, скрываются собственно психические заболевания. При депрессиях циркулярного характера, как было уже отмечено выше, могут наблюдаться изменения менструального цикла и полное прекращение менструаций на период болезни. О циркулярной депрессии часто пишут, что она появляется аутохтонно (без видимых причин). В таких случаях необходимо провести анализ состояния, чтобы установить, что возникло первично: расстройство настроения или нарушение менструации. Сами больные и врачи обычно склонны плохое настроение объяснить соматическими причинами, что не всегда соответствует действительности.

Если при изучении особенностей состояния больной выявляются суточные колебания настроения, подавленность, двигательная заторможенность, замедление мыслительных процессов, ранние пробуждения, вегетативные расстройства (повышение артериального давления, запоры, тахикардия, сухость во рту и тому подобные симптомы), то врач должен думать об эндогенном характере заболевания, которое необходимо лечить специалисту-психиатру с использованием антидепрессантов.

Врачи гинекологи должны помнить, что у женщин в зрелом и преклимактерическом возрасте менструации могут прекратиться после длительного эмоционального напряжения и тяжелых переживаний, связанных с потерями и утратами, после тяжелых соматических заболеваний, при лечении гормональными препаратами или нейролептиками. В связи с этим необходимо с осторожностью подходить к постановке диагноза климакса и, соответственно, объявлять об этом женщине.

Если врач не соблюдает такую осторожность, не исключены ятрогенно спровоцированные невротические расстройства или внушенные врачом симптомы климакса. При расспросе о «приливах» и других вегетативных расстройствах можно внушить их женщине и фикс-

сировать ее внимание на подобных ощущениях. Поэтому при сборе жалоб и анамнеза врач должен быть максимально корректен в своих вопросах, чтобы не навязать женщине несуществующих у нее расстройств, а попытаться получить от нее самой возможно более точное описание своего состояния.

Возникающие у женщин в возрасте обратного развития *меноррагии* и *метроррагии*, связанные с дисфункцией яичников, могут вызывать у врача подозрение на новообразование, что требует назначения дополнительного обследования, в том числе диагностического выскабливания. Подобные ситуации являются психотравмирующими для пациенток, поведение которых определяется их личностными особенностями и связанными с ними механизмами психологической защиты и могут быть не всегда понятны врачу. Одни женщины, испытывая чувство страха перед реальностью заболевания, отказываются от посещения врача, стараясь отсрочить неприятные для них сообщения о диагнозе и предстоящем лечении. Другие, напротив, ища успокоения и избавления от страха, переходят от одного врача к другому, требуют проведения повторных диагностических исследований.

Учитывая возможность подобных реакций, врач должен психологически подготовить пациентку к предстоящему обследованию, обосновать необходимость консультации онколога и объяснить в доступной форме перспективы лечения. При метроррагиях больная должна получить исчерпывающее объяснение от врача о причинах кровотечений, значении диагностического выскабливания, необходимости повторных обследований. Не нужно запутывать больную: «Если не согласитесь на выскабливание, пеняйте на себя» и т.п. Часто подобные безапелляционные высказывания врача наносят дополнительную психическую травму больной, вызывая утяжеление ее психического состояния и препятствуя установлению доверительного контакта между врачом и пациенткой. Даже в случае обнаружения бесспорных признаков онкологического заболевания больную нужно убедить, что еще не все потеряно, что возможны успешная операция и благоприятный исход.

У личностей с тревожно-мнительными чертами в этот период легко могут возникать *фобические расстройства*, причиной которых нередко служат ятрогении. Наиболее частой является *канцерофобия*. Больные, испытывающие страх перед онкологическим заболеванием, очень настороженно относятся к любым высказываниям и действиям врача. Поэтому врач не должен безразлично и с легкостью относиться к жалобам пациентки, если у нее не обнаруживается объективных признаков болезни, и заявлять, что у врача ей делать нечего и что она только отнимает его время. Женщины в этом возрасте становятся более ранимы и мнительны, и каждое непонятное, небрежно брошенное врачом слово может восприниматься ими как стремление «скрыть безнадежность их состояния». Объяснения

должны быть даны в спокойном и уверенном тоне, в доступных и понятных для больной выражениях и терминах. Примером возникновения фобического расстройства вследствие ятрогении может служить следующее клиническое наблюдение.

Больная Т., 48 лет, домашняя хозяйка, в течение нескольких лет наблюдалась у гинеколога по поводу дисфункции яичников. Менструации нерегулярны, то скудные, то обильны. Каждая менструация вызывала чувство страха — «не рак ли у нее?».

Вначале посещение врача и проводимые им беседы приносили облегчение до следующей менструации. Затем одного посещения стало недостаточно, так как появилась неуверенность в том, что врач достаточно искренен, сообщая ей о характере заболевания. Нарушился сон, мысли были прикованы только к своему состоянию, в голове прокручивалось все слышанное ранее о раке. Из-за страха перед этим опасным для жизни заболеванием боялась произносить слово «рак». Начала консультироваться у нескольких врачей. Во время обследования внимательно следила за выражением лица врача, придавала значение мимике, жестам. Сравнивала заключения и врачебные рекомендации, которые во многом совпадали, и поэтому успокаивалась на некоторое время.

Состояние резко ухудшилось после того, как во время одного из посещений своего участкового врача была осмотрена в кабинете онколога, где в тот день по техническим причинам ее врач вел прием. Не могла выйти из кабинета, навязчиво задавала врачу один и тот же вопрос: «Почему в этом кабинете?», не слушала объяснений. Врач, исчерпав свое терпение, сказал, что она только отнимает у него время и делать ей больше здесь нечего. Она решила, что обречена, все кончено, у нее «неоперабельный рак». Дома не спала, металась по квартире, плакала. В таком состоянии была направлена к психиатру.

Амбулаторная психотерапия, подкрепленная приемом седативных препаратов, и повторная консультация другого врача гинеколога способствовали достаточно быстрому и полному редуцированию фобических проявлений.

### ***Психологические проблемы в связи с гинекологическими операциями***

С большими психологическими проблемами связана и подготовка больной к **гинекологической операции**. Одной из таких проблем является изменение самооценки женщины в связи с радикальной операцией. Психологические реакции на подобные операции связаны с функциональной и символической значимостью подлежащих удалению органов.

Кроме тревоги и страха, который испытывает любой больной перед хирургическим вмешательством, перед женщиной стоит еще много вопросов: как отразится операция на половой жизни, останется ли она полноценной женщиной, как сообщить об этом мужу, как это им будет воспринято, не изменится ли внешность и др. Эти во-

просы должны обсуждаться наедине с врачом, в отдельном кабинете, так как в палате в присутствии других больных не каждая женщина решится их задать врачу. Большое значение имеют вопросы и о дальнейшей трудоспособности, положении в обществе.

Послеоперационные психические расстройства встречаются сравнительно редко. Иногда у женщин с истерическими чертами в преморбиде под влиянием ситуационных моментов (конфликт с мужем или возлюбленным, разрыв отношений и т.п.) возникают состояния по типу сумеречных с двигательным возбуждением, дезорганизовкой в окружающем. В предупреждении послеоперационных психозов имеют значение психотерапевтическая подготовка больной к операции с учетом особенностей ее личности и, при необходимости, назначение седативных средств.

Психическое состояние больных в послеоперационном периоде и периоде реабилитации определяется тяжестью перенесенной операции и успешностью лечения, а также складывающейся микросоциальной обстановкой. Существенное значение имеют и преморбидные личностные качества, от которых зависит тот или иной тип соматонозогнозии. У большинства женщин, перенесших гистерэктомию или стерилизацию, отмечается *нормонозогностическая реакция*, невротические и депрессивные нарушения встречаются редко.

Исключением являются *больные фертильного возраста*, когда вследствие операции они утрачивают способность к деторождению. В таких случаях возможны выраженные и затяжные *невротические состояния* преимущественно *истеро-ипохондрического типа*, *депрессивные расстройства*. У некоторых женщин с чертами ригидности и сенситивности в характере могут появиться *идеи ревности* и *идеи отношения*.

При истеро-ипохондрическом типе реагирования у больных отмечается фиксация на своем самочувствии с предъявлением множества жалоб, которые не соответствуют выраженности соматических изменений. Больные требуют к себе повышенного внимания как со стороны врачей и медперсонала, так и со стороны родственников. Становятся раздражительными, капризными, плаксивыми. В случае депрессивных реакций в переживаниях больных преобладают идеи своей неполноценности, никчемности, самообвинения.

При психологических проблемах и психических расстройствах требуется помощь медицинского психолога или психиатра, которая оказывается в реабилитационно-восстановительном периоде.

---

## **Глава 21. Психология больных с дефектами тела, органов чувств и аномалиями развития**

---

### **21.1. Психология больных с повреждениями лица и тела**

Во время второй мировой войны большое внимание уделялось психическим нарушениям у лиц, получивших ранения, приведшие к серьезным дефектам тела или лица. Известный отечественный медицинский психолог и психиатр, создатель и руководитель психологической лаборатории в Московском институте травматологии и ортопедии М.С.Лебединский писал, что любой участок собственного тела для человека представляет особую ценность и глубоко связан с личностью. Имеются наблюдения, что конечность остается для человека очень дорогой, даже если функция ее полностью утрачена. Такие больные, если нет угрозы для жизни, редко соглашаются на ампутацию абсолютно бездействующей ноги или руки, чтобы заметить ее протезом.

Эстетический критерий в отношении своего тела присущ каждому нормальному человеку, но особую значимость он имеет в отношении лица. Поэтому раненые переживают повреждения лица куда как тяжелее, чем потерю какой-либо части тела. Это связано с тем, что по лицу человека не только создается впечатление о нем у других людей, но и собственное представление о себе. Выразительные движения мышц лица отражают эмоциональное состояние человека. Деформации лица, лишаящие его выразительных мимических реакций, вызывают тяжелые изменения в сознании человека. Человек, потерявший руку или ногу, страдает от того, что на него смотрят окружающие. Однако, как правило, это не сопровождается чувством отвращения к нему, что нередко наблюдается при обезображивающем повреждении лица, в частности в результате тяжелых ожогов.

Люди, имеющие выраженные деформирующие повреждения лица, становятся *гиперсенситивными, подозрительными и чрезмерно обидчивыми*. Они боятся выходить на улицу, так как могут привлечь внимание окружающих, или встречаться с людьми, знавшими их ранее. Предпочитают как можно дольше оставаться в лечебном учреждении, стремятся сменить место жительства, чтобы начать новую жизнь там, где их ранее не знали.

У ригидных личностей с склонностью к длительной фиксации отрицательных эмоций возможны хронические расстройства на-

строения и стойкие *изменения характера по типу патологического развития*. Среди наиболее распространенных вновь формирующихся личностных радикалов можно наблюдать *возбудимые, истерические и астенические*. Нередко у больных отмечается *паранойяльная настроенность с идеями отношения*.

Правильный психотерапевтический подход к таким больным и использование специальных личностно ориентированных методов психотерапии в реабилитационном периоде могут значительно облегчить их страдания, помочь адаптироваться при помощи обретения новых жизненных доминант.

Психологические реакции на повреждение лица или на врожденные уродства имеют определенную *связь с онтогенезом психики человека*. Ребенок уже с 3 лет начинает пользоваться местоимением «я» вместо «он», выделяя себя из окружающей среды, что соответствует формированию у него аллопсихического самосознания. Однако в этом возрасте он еще не дает реакций на собственный недостаток, так как не способен оценить свою внешность. Представления о собственном теле возникают к 7 годам, когда появляется способность отчетливо различать правую и левую сторону на себе и других, т.е. с периода формирования соматопсихического самосознания. Но и этому возрасту пока еще не свойственны вполне адекватные эмоциональные реакции на повреждения и уродства лица.

Примерно с 12 лет, в период биологического зарождения подростковой сексуальности, возникают и новые человеческие взаимоотношения. По мере расширения контактов у подростков усложняются и их связи. Часто индивидуальные отношения в коллективах строятся не только в зависимости от характерологических особенностей, но и от внешнего вида. Подростки становятся крайне чувствительны к разговорам по поводу их внешности. Так, замечания относительно излишней полноты, «уродливого носа», «оттопыренных ушей», родимого пятна могут явиться причиной длительных и тяжелых переживаний, особенно если речь идет о дефектах лица. У них возникают стойкие навязчиво-фиксированные переживания своей неполноценности. В связи с этим настроение становится пониженным, подростки ограничивают свои контакты, ищут способы устранения дефектов лица. В этих случаях речь идет о *доминирующих или сверхценных идеях*. Подростки крайне озабочены, охвачены своей ущербностью, преувеличивают значение имеющихся у них дефектов, воспринимают перспективу весьма трагически.

Смягчению или исчезновению сверхценных идей данного генеза способствует использование *методов психотерапии*, иногда *на фоне применения умеренных доз транквилизаторов и мягких нейролептиков*. Значительно смягчить, а иногда и предупредить психогенные реакции и патологическое развитие личности у лиц с наличием уродств и выраженных дефектов внешности может *своевременное проведение косметических (пластических) операций*.



Прибегать к пластическим операциям приходится в тех случаях, когда хирургическое вмешательство может устранить или исправить последствия тяжелых травм, ожогов или уродства различного происхождения. У пациентов клиник пластической хирургии лица существуют свои психологические проблемы. Эти больные не только верят врачу, но и терпеливо, настойчиво длительное время подвергаются лечению, готовы безропотно переносить многочисленные операции, даже если они болезненны и мучительны.

При этом, несмотря на положительную установку к проводимому лечению, у них всегда сохраняется склонность к бурным эмоциональным переживаниям как в период подготовки, так и в процессе пластических операций. В это время состояние больных характеризуется, с одной стороны, напряженно-мечтательным ожиданием положительных результатов от исправления дефектов лица, с другой — постоянной тревогой за действия и надежность профессиональной подготовки хирурга, от которого зависят тончайшие манипуляции на каждом этапе сложных операций.

В предоперационном периоде с больным необходимо проводить разъяснительную психотерапевтическую работу, готовить его не только к операции, но и «первому взгляду в зеркало после хирургического вмешательства». Это способствует устранению неадекватных эмоциональных реакций (разочарование, потрясение от увиденного и т.д.) после сравнения своего лица с прежним, когда оно было не повреждено, или результаты операции оказались не соответствующими его представлениям, надеждам, мечтам, идеалам. Если перед операцией больные угнетены, подавлены, испытывают огромное напряжение, тревогу, беспокойство, у них нарушается сон, необходимо, помимо психотерапевтической помощи, использовать седативные средства, чтобы уменьшить выраженность эмоциональных нарушений. Это необходимо для того, чтобы предотвратить появление в процессе операции, проводимой под местной анестезией, невротических реакций в виде ознобоподобного тремора, подергиваний головы, выраженных вегетативных нарушений, обморочных состояний.

Во время реабилитационного периода больные нуждаются в психологической поддержке как со стороны врачей, так и со стороны родственников. Эффективными являются методы лично ориентированной индивидуальной и групповой психотерапии.

Врачи должны знать, что к ним за помощью могут также обращаться молодые люди с «мнимыми» дефектами лица, т.е. когда нормальная часть лица воспринимается измененной, уродливой. Подобные тяжелые переживания являются проявлениями психических расстройств в форме бредовых идей физического недостатка (*синдром дисморфофобии — дисморфомании*). Больному кажется, что все окружающие обращают на него внимание, специальными знаками или намеками дают ему понять, что он уродлив, отвратителен и т.п. Эти пере-

живания сопровождаются тоскливым настроением. Больные постоянно рассматривают себя в зеркале, сравнивают себя с более ранними фотографиями, часто отказываются фотографироваться вновь, чтобы «не расстраиваться лишней раз» от вида своего «уродства» (симптомы «зеркала» и «фотографии», по М.В.Коркиной). При помощи различных причесок, головных уборов и других ухищрений пытаются замаскировать значимый для них «дефект» внешности. Они проявляют невероятную стеничность, добиваются устранения мнимого дефекта.

Однако пластические операции, проведенные по их настойчивым требованиям или требованиям индуцированных ими родственников, обычно не приносят больным никакого облегчения. Наоборот, они по-прежнему не удовлетворены своей внешностью, настаивают на повторных операциях, по бредовым соображениям жалуются в различные инстанции на хирургов, пытаются привлечь их к судебной ответственности за «недобросовестное исполнение своих обязанностей», иногда даже покушаются на их жизнь, утверждая, что они умышленно нанесли непоправимый ущерб здоровью, «отобрали» половую силу и т.п. Поэтому проведение пластических операций таким больным противопоказано; при подозрении на психическое расстройство у пациента хирург должен направить его на консультацию к психиатру.

Нарушение восприятия своего тела (дисморфомания) имеет место и в случаях некоторых форм нервной анорексии. Примером служат пациентки молодого или зрелого возраста, чей вес не превышает 30 кг, но они видят в зеркале свой выпирающий «жирный» живот, «пухлые щеки».

*Лечение больных с дисморфофобическими и дисморфоманическими расстройствами должно проводиться врачами психиатрами.*

### **21.2. Клиническая психология в дерматологии**

Кожа, как подчеркивают в своем руководстве по медицинской психологии Р.Конечный и М.Боухал, представляет собой орган, который человек выставляет окружающим. Функции кожи и ее психологическое значение многообразны. Она служит границей между человеком и окружающей средой; органом контакта с окружающей средой; органом чувств, при помощи которого ощущается тепло, холод, боль, зуд, прикосновение, сексуальные импульсы; органом, отражающим эмоциональное состояние человека (волнение, гнев, страх, стыд и др.).

Психологические реакции больных кожными заболеваниями обусловлены тяжестью заболевания, характером поражения кожных покровов (открытые участки, лицо, руки), влиянием на профессиональную деятельность (артисты, преподаватели, врачи), преморбидными особенностями больного.

Такие распространенные заболевания, как *псориаз, экзема, крапивница, нейродермит*, относят к *психосоматическим заболеваниям*.

Несмотря на то, что механизмы их развития достаточно сложны (имеют место аллергические, гормональные, обменные нарушения), большинство исследователей, занимавшихся этой проблемой, признают связь между *психогениями* и началом или обострением данного рода заболеваний.

Прослеживается также связь хронических кожных заболеваний с длительными (объективно или субъективно неразрешимыми для личности) психическими травмами. При возникновении заболевания обнаруживается характерный для психосоматических расстройств *замкнутый круг*: проявления кожного заболевания способствуют возникновению эмоциональных реакций как на саму болезнь, так и на окружающее, а эмоциональные реакции, в свою очередь, усиливают кожные проявления.

У больных с поражением открытых частей тела часто наблюдается *гипернозогнозическая реакция*. Внешние проявления кожного заболевания, заметные для окружающих, выступают в качестве *эстетического фактора* в структуре внутренней картины болезни. Различные виды высыпаний, следы расчесов, лихенизация и др. вызывают у больных чувство неловкости и стыдливости, в связи с чем они испытывают робость и скованность при общении с людьми. По этой же причине они стараются ограничить свое пребывание в общественных местах, так как им кажется, что окружающие люди слишком пристально рассматривают их внешность или, наоборот, стараются отворачиваться, так как их вид вызывает отвращение. Многие из них не могут позволить себе ходить на общий пляж, в бассейн, спортивные залы.

У некоторых больных могут появляться *сверхценные идеи отношения*, которые еще больше затрудняют адаптацию и сказываются на их социальном положении. Больные могут отказываться от любимых занятий (спорт, хореография и др.), оставлять учебу, менять место работы. Серьезные проблемы возникают у них и при устройстве личной жизни.

Наиболее выраженные реакции на кожные заболевания наблюдаются в подростковом и юношеском возрасте, когда появление выраженных кожных изменений воспринимается некоторыми больными как катастрофа, способная привести к «крушению всех планов и надежд». У больных могут возникать *депрессивные состояния*, которые часто не соответствуют характеру поражения, но вызывают серьезные нарушения адаптации. Больные замыкаются в себе, высказывают идеи самоуничтожения, теряют интерес к учебе и другим занятиям, доставлявшим им прежде удовольствие.

При хроническом течении таких заболеваний, как нейродермит, экзема, псориаз, не свойственные больным ранее черты реагирования и формы поведения могут закрепляться и усиливаться, что в конечном итоге приводит к *патохарактерологическому развитию личности*. Основными вариантами таких развитий являются *истеричес-*

*кий, сенситивный и эксплозивный*. Последний встречается у больных с эмоциональной неустойчивостью, склонных к аффективному реагированию.

Определенную роль в формировании внутренней картины болезни, помимо отмеченного выше эстетического фактора, принадлежит *мучительному зуду*, особенно беспокоящему больных по ночам, нарушающему сон и нередко доводящему их до полного изнеможения. Появляющаяся вследствие этого у таких больных эмоциональная лабильность и выраженная раздражительность в дальнейшем приводят к взрывчатости, реакциям протеста и оппозиции. Подобные формы реагирования и поведения существенно затрудняют адаптацию больных в семье и обществе. Возникающие при этом частые конфликты и связанные с ними эмоциональные проявления больные пытаются заглушить при помощи алкоголя или других психоактивных средств. Поэтому у них иногда может возникать *алкогольная или сочетанная зависимость* (алкогольно-токсикоманическая, в частности от транквилизаторов, которые назначаются для снятия зуда, а в дальнейшем принимаются больными бесконтрольно в возрастающих дозах).

Лечение больных кожными заболеваниями, как известно, представляет значительные трудности. Такие больные согласны на любые процедуры, лечебные мероприятия, чтобы избавиться от болезни. Длительное ожидание намеченной процедуры, откладывание ее, как правило, вызывает ухудшение состояния, так как эмоциональное напряжение, ожидание, необходимость сдерживать возникающие эмоции усиливают кожное заболевание.

Лечение должно быть комплексным и включать помимо лекарственной терапии (гормональные, десенсибилизирующие, противозудные средства, препараты местного действия), бальнеологических процедур и др., *психотерапевтические методы*. Наиболее эффективными из них являются личностно ориентированная психотерапия, предусматривающая как когнитивные, так и суггестивные способы воздействия на больного, а также поведенческая и групповая психотерапия. Наряду с психотерапией, многим больным показаны *седативные средства (обязательно под контролем врача, учитывая возможность привыкания и формирования зависимости)* и *антидепрессанты*.

Помимо больных с собственно кожными заболеваниями, в поле зрения врачей дерматологов могут оказаться больные с психическими расстройствами, клиническими проявлениями которых могут быть изменения со стороны кожи. Примерами таких расстройств могут служить *артефициальный дерматит (патомимии)* и *трихотилломания*. В первом случае имеет место самонанесение повреждений кожи (патомимия от греч. *pathos* — страдание, болезнь, *mimesis* — подражание, изображение) у больных шизофренией и расстройствами личности с нарушениями влечений (один их вариантов синдрома

Мюнхгаузена). При наличии язв причудливых очертаний (например, треугольных или линейных) и необычной локализации в первую очередь следует исключить нанесение травм самим пациентом. В типичных случаях пациенты красочно рассказывают, что, проснувшись утром, они заметили внезапно образовавшиеся красные пятна, на месте которых стремительно развились язвы. Обращает на себя внимание, что язвы локализируются только на тех участках кожи, до которых пациент может дотянуться. При сборе анамнеза обычно удается установить, что подобные или еще более странные случаи «случались» и раньше. При шизофрении причинами патомимий чаще являются бредовые или галлюцинаторные расстройства, например, дерматозойный бред.

В случае трихотилломании, начинающейся обычно в детском или подростковом возрасте, отмечается непреодолимое побуждение к выдергиванию волос на голове и теле. Иногда больные, кроме того, заглатывают выдернутые волосы, что может привести к образованию комка в желудке и непроходимости кишечника. Причиной трихотилломании могут быть различные психические расстройства. Лечение таких больных, также в случаях артефициального дерматита должно проводиться психиатрами и психотерапевтами.

Еще одной проблемой, с которой могут сталкиваться дерматологи, особенно работающие в области косметологии, являются *татуировки*. В последние годы, как известно, в молодежной среде наблюдается повсеместное увлечение нанесением на тело разнообразных татуировок и так называемым пирсингом (piercing) — прокалыванием кожи в области бровей, носа, соска, пупка и т.д. с целью вдевания различных металлических предметов. Являясь частью молодежной субкультуры, эти увлечения привлекают прежде всего эмоционально незрелых, инфантильных, внушаемых личностей, склонных к подражанию.

Желание выделиться, обратить на себя внимание окружающих, понятное в молодом возрасте, в дальнейшем нередко приводит к страданиям моральным и физическим, связанным с удалением татуировок, если их наличие мешает устройству личной жизни или карьере. Наличие татуировок или дефектов кожи, связанных с пирсингом, могут служить источником постоянной психической травмы, вызывая реакции стыда, огорчения, досады, а в ряде случаев — появление сверхценных идей отношения. Поэтому лечение таких больных, помимо косметических операций и других лечебных процедур, должно включать помощь психолога и психотерапевта.

### **21.3. Психология больных с нарушениями зрения**

Пороки развития или приобретенные дефекты различных органов чувств в силу особой их значимости для познавательной деятельности человека и общения с окружающими могут приводить к серьезным нарушениям психического развития, расстройствам личнос-

ти и различным невротическим нарушениям, а также создавать определенные сложности в работе врачей и медицинского персонала.

О мудрости слепых говорил Соломон. Ему принадлежат слова: «...слепой не делает ни одного шага, не исследовав почву, на которую он ступает». Известно, что такие великие поэты древности, как Гомер и Оссиан, спартанский законодатель Ликург были слепыми, а некоторые мыслители Древней Греции — Демокрит, Диодор — сознательно ослепляли себя, чтобы целиком отдаться умственному созерцанию.

В обеспечении внутренней связи между людьми ведущая роль принадлежит речи и слуху, а не зрению. Всякое образование осуществляется посредством речи, и в этом отношении отсутствие зрения представляет собой гораздо меньшее несчастье и значительно меньше отражается на интеллектуальных способностях, чем отсутствие слуха и речи. Это было отмечено отечественными исследователями в начале XX века. Принято считать, что у слепых компенсаторно изменены пороги анализаторов слуха, осязания, обоняния. Исследования доказывают, что пороги анализаторов у слепых не ниже, но они достигают высокой степени дифференцированности.

Исследователей всегда привлекало «шестое чувство слепых», чувство препятствия, расстояния, приближения, так называемое лицевое зрение. Чувство расстояния, по мнению некоторых из них, связано с нервными волокнами лица, с особыми разветвлениями тройничного нерва. По мнению других, удаленные предметы воспринимаются лицом в области глаз и ушей или при помощи слуха с участием кинестетических, тактильных, температурных и других ощущений.

Ученики и сотрудники крупнейшего отечественного физиолога И.С.Бериташвили (1884—1975) считают, что в основе «шестого чувства слепых» лежит способность восприятия подпороговых раздражителей слухового анализатора, которое приводит к сокращению мышц лица и создает ощущение восприятия предметов лицом. Другая точка зрения заключается в том, что в основе этого явления («шестого чувства») лежит полисенсорное восприятие, присущее всем людям, но более развитое у слепых.

У слепых, как правило, если слепота не сочетается с поражением мозга, *не наблюдается интеллектуальной недостаточности.*

**Психологические особенности слепых детей** зависят от возраста. Развитие в раннем возрасте обычно протекает без отклонений, но при этом может сказываться стремление родителей оградить детей от трудностей. Создавая излишне щадящую обстановку, они сковывают инициативу, недостаточно стимулируют развитие навыков самообслуживания. В возрасте 3—5 лет иногда появляются отдельные *невротические симптомы* в виде ночных страхов, энуреза, нарушений аппетита. В возрасте 6—7 лет у детей может появиться сознание своего физического недостатка. Гиперопека взрослых только

усугубляет беспомощность ребенка, что ухудшает его состояние. В этом периоде могут углубляться *невротические реакции*, возникать более отчетливые *страхи*.

В последующие годы у некоторых слепых детей появляются такие черты характера, как робость, нерешительность, плаксивость, склонность к фантазированию, уход от детского коллектива, у других — повышенная раздражительность, капризность, упрямство, обидчивость, возбудимость.

Начало обучения в школе для таких детей связано с большими трудностями. Адаптация к условиям интерната для слепых детей всегда затруднена. Разлука с близкими, изменение привычной обстановки, трудности привыкания к новым условиям жизни часто способствуют возникновению *невротических симптомов*, преобладающими из которых являются расстройства сна, аппетита, повышенная утомляемость, сонливость днем на уроках. Могут возникнуть настороженность, повышенная обидчивость и ранимость. Дети становятся плаксивыми, угрюмыми, медлительными и крайне беспомощными. Состояние беспомощности может вызывать у них *реакции протеста*.

В пубертатном возрасте в качестве психологической защиты у некоторых слепых детей появляются черты педантичности, стремление строго придерживаться формальных правил распорядка, выполнять режим дня. Для них характерен высокий уровень понимания нравственности, принципиальности, справедливости (В.Ф.Матвеев, Г.В.Козловская, Д.Ч.Темоев). В этом возрасте наблюдается выраженная *реакция на свой недостаток*, которая может проявляться как *неуверенность* в своих возможностях, опасением за свою судьбу, так и отчетливыми *чертами эгоизма*, эгоцентризма. В последнем случае подростки держатся высокомерно, не терпят замечаний, переоценивают собственные возможности.

Особенно плохо чувствуют себя слепые, болезненно переживающие свой дефект, в обществе зрячих. Вынужденное пребывание в таком коллективе способствует возникновению *аутистических тенденций* с погружением больного в мир собственных переживаний. У них иногда может возникать *ипохондрическая фиксация* на имеющемся дефекте, а также подозрительность и настороженность, способные стать источником *сенситивных идей отношения*. Наиболее характерными, как было показано в большинстве исследований, посвященных изучению изменений психики слепых, являются *сверхценные идеи ущербности*, обусловленные утратой зрения. Более четко эта особенность выступает у лиц с приобретенной слепотой, чем с врожденной.

Иногда расстройства поведения, которые наблюдают при длительных обследованиях незрячих больных в стационаре, расценивают как реакцию на соматическое страдание, но это не совсем полное объяснение. У больных, утративших зрение вследствие *травм* или

заболеваний, на начальном этапе часто наблюдаются *аффективные проявления* от психологически понятных тревожно-беспокойных состояний до панических расстройств и глубоких депрессий.

В дальнейшем могут появляться *невротические расстройства*, характер которых во многом зависит от преморбидных особенностей личности. Невротическая симптоматика включает прежде всего астенические проявления и нарушения сна (сон поверхностный, чуткий, со множеством сновидений неприятного содержания), из-за чего больные прибегают к снотворным. По утрам они испытывают чувство разбитости, бывают раздражительны, у них снижена работоспособность.

В неблагоприятных случаях при отрицательных результатах лечения и недостаточности адаптационных ресурсов личности у больных может наблюдаться *патохарактерологическое развитие*. В.Ф.Матвеев с соавт. (1987) выделяют несколько вариантов изменений личности в связи со слепотой.

**Астенические и ананкастные (навязчивые) состояния.** Такие лица плохо переносят жизненные затруднения, при физической и умственной нагрузке сравнительно быстро утомляются. Они обращаются в поликлинику с жалобами на плохое самочувствие, слабость, высказывают опасения и тревогу за свое здоровье и здоровье своих близких. С течением времени у них формируются качества, свойственные лицам с астеническим невротическим развитием. Они до минимума сводят свои контакты, ограничивают себя, стараются работать не полный день, создают щадящий режим, строго выполняют предписания врачей.

В своих интересах они проявляют достаточную настойчивость, в ряде случаев терроризируя близких. На работе такие лица относительно адаптированы. Нередко во время конфликтных ситуаций у них возникают истерические реакции, из-за чего им приходится обращаться к психиатру.

При **ипохондрическом варианте** патологического развития личности, наряду с выраженной астенической симптоматикой, наблюдаются сенестопатии и парестезии, которые воспринимаются больными как признаки тяжелого соматического заболевания. Они обращаются к врачам различных специальностей, добываясь стационарного обследования. У многих таких больных могут формироваться *иждивенческие установки*. С течением времени ипохондрическая симптоматика становится менее четкой, уступая место *хроническим аффективным расстройствам* наряду с нарастанием изменений характера.

Наличие разнообразных психологических проблем и психических расстройств у больных с нарушениями зрения требует использования в работе с ними комплекса психотерапевтических мероприятий, призванных обеспечить адаптацию и предупредить углубление психических нарушений. Здесь большую помощь должны оказывать медицинские психологи и психотерапевты.



Следует обратить внимание на некоторые *психические особенности*, появляющиеся **после удачно произведенной операции** у слепорожденных или ослепших в раннем возрасте. Целостное восприятие предметов и явлений возникает у них не сразу, для этого должен пройти длительный период накопления запаса зрительных представлений, которым принадлежит решающая роль в восприятии окружающего мира. Поэтому если больной после операции прозрел, то он еще какой-то период времени не видит происходящее, как зрячие с детства. Часто в этих случаях у них возникают реакции отчаяния из-за того, что, с их точки зрения, внешний мир должен быть представлен по-другому и что надежды их в этом отношении не оправдались.

Развитие таких состояний не всегда объясняется только психогенными факторами, хотя они могут быть значительны, особенно если с больным не проводилась соответствующая психотерапевтическая подготовка. Включение зрительного анализатора изменяет функционирование всего мозга. Чрезмерная нагрузка на зрительный анализатор в большинстве случаев приводит к развитию астенических симптомов, ухудшению самочувствия и настроения.

Перед операцией больному необходимо объяснить, что видеть так, как видят зрячие люди, он будет не сразу, а только после определенного этапа накопления представлений, продолжительностью в несколько месяцев. Он должен знать, что медленнее всего накапливается запас пространственных представлений, от которого будет зависеть определение расстояний. Особенности периода адаптации больного после операции по восстановлению зрения хорошо показаны в кинофильме «Доктор Калужный».

В послеоперационном периоде больной нуждается в рациональной психотерапии и назначении седативных и общеукрепляющих средств для смягчения астенических проявлений.

#### **21.4. Психология больных с нарушениями слуха**

Изменения психики и личности больных с утратой слуха менее четки и более полиморфны, но принципиально они мало отличаются от описанных выше. Значение слухового анализатора в восприятии речи, музыки, звуковой сигнализации сказывается как на interpersonalных отношениях больных с окружающими, так и на возможностях профессиональной деятельности.

**Врожденная или рано приобретенная глухота** требует специальных методов лечения (операций протезирования или использования слуховых аппаратов) и обучения больных (с использованием общения посредством мимики и жестов). Отсутствие подобных методов или позднее их применение могут неблагоприятно сказаться на психическом развитии ребенка, в том числе его умственных способностях.

**Снижение слуха в зрелом возрасте** может вызвать различные психические нарушения, которые зависят, с одной стороны, от остроты

и степени снижения слуха, а с другой — от преморбидных личностных качеств больного. Чрезмерно выраженное реагирование в виде различных клинических вариантов *гипернозогнозий* возникает чаще при остром развитии патологического процесса и значительной или полной утрате слуха. Появившиеся затруднения в установлении контактов с окружающими вследствие нарушения слуха вызывают у больных состояние стресса и нарушают адаптацию. Больные охвачены тревогой, страхом перед будущим, при этом у них также могут возникать повышенная раздражительность, обидчивость. Типология *реагирования на невротическом уровне* определяется преморбидными особенностями личности и связанными с ними механизмами психологической защиты. Помимо невротических расстройств одним из патологических механизмов реагирования на потерю слуха является развитие *депрессивных состояний*.

Постепенное развитие болезненного процесса и умеренное снижение слуха обычно не приводят к существенным нарушениям психики больных. В этих случаях адаптационные ресурсы личности позволяют ей приспособиться к ситуации, несмотря на имеющийся дефект. У больных имеется больше возможностей получения новых навыков, необходимых для общения с окружающими (в том числе с использованием слуховых аппаратов) и продолжения трудовой деятельности. Больные в большинстве случаев активно ищут помощи, активно участвуют в лечебных и реабилитационных процессах.

В то же время в некоторых случаях нарастающей тугоухости могут иметь место явления *гипонозогнозии* или *диссоматонозогнозии*, при которых больные вытесняют имеющиеся расстройства или сознательно скрывают их, стесняясь окружающих. Поэтому врач в своей работе должен учитывать все обстоятельства, чтобы рассеять болезненные опасения пациента, а также его сомнения и подозрения, которые могут явиться почвой для появления у него *сенситивных идей отношения* в связи с трудностями общения. Так, например, окружающие засмеялись, а человек с плохим слухом решил, что смеются над ним. У тревожных, самолюбивых и мнительных лиц подобное отношение могут вызывать посторонние разговоры сотрудников по работе, соседей по дому, больных и врачей в отделении. У них могут возникать вначале подозрение, а затем уверенность в недоброжелательном к нему отношении.

Пребывание таких больных в соматическом стационаре связано для них с большими затруднениями, особенно если врач не уделил достаточного внимания их дефекту. В период обследования они стремятся напряженно вслушиваться в разговоры персонала, врачей, соседей по палате. Снижение слуха и аффективная настроенность не позволяют им разобраться в собственной ситуации. Они болезненно интерпретируют действия окружающих, принимая в свой адрес «самые тяжелые подозрения». Это часто приводит к подавленному настроению, тревоге, нарушениям сна и аппетита.

*Бред тупоухих*, как правило, возникает не только из-за снижения слуха. В развитии и оформлении психических расстройств определенную роль играют психогенные факторы (длительные служебные и семейные конфликтные ситуации и др.), а также характерологические особенности лиц (аффективная ригидность, наличие параноидальных черт).

---

## **Глава 22. Клиническая психология в педиатрии**

---

### **22.1. Психология больного ребенка**

Работа с детьми, уход за ними, больными и здоровыми, правильная оценка их поведения, реакций, поступков, требуют специальных знаний, прежде всего знакомства с этапами психического и физического развития ребенка, описание которых приводится в разделе «Общая клиническая психология».

Психическое развитие ребенка, его личность с раннего возраста до периода зрелости претерпевают разнообразные сложные изменения, которые позволяют индивидууму с определенной степенью успешности адаптироваться в окружающей среде. Каждый этап индивидуального развития зависит как от конституциональных (генетических) факторов, так и от влияния окружающей среды, особенностей воспитания и различных вредоносных факторов, включая болезни. Особое значение имеют особенности личности (характера) больного ребенка.

Индивидуальное развитие характеризуется качественными изменениями личности ребенка в целом, отражающими ее прогрессирующее движение от низших к высшим уровням психической деятельности. В онтогенезе личности исследователи выделяют определенные качественно специфические стадии, или этапы, названия и количество которых различаются у разных авторов. Одним из наиболее распространенных вариантов систематики этапов развития личности является вариант, в соответствии с которым выделяют три этапа (фазы) становления личности.

**Первый этап (адаптация)** обозначают как этап формирования основного стереотипа личности, овладения средствами и формами деятельности. На этом этапе вначале (3–5 лет) приобретаются более простые, а затем (9–12 лет) более совершенные навыки и умения, а также происходит процесс выделения себя из окружающей физической и социальной среды.

К концу 3-го года у ребенка уже появляются представления о действительности и о себе, но он еще не выделяет полностью себя из происходящих событий. В возрасте 3–5 лет ребенок осваивает категории пространства и времени. Это выражается в том, что он начинает пользоваться в речи предложениями, союзами, местоимением «я» и глаголами в первом лице.

В это время возникают богатые возможности для использования представлений настоящего и некоторых представлений пережитого, сохраняющихся в памяти более длительный срок. С 7 лет дети начинают довольно определенно дифференцировать правую и левую стороны тела, причем сначала на себе, а затем на собеседнике. Этот важный этап в формировании представления о «схеме тела» в развитии самосознания ведет к расширению и углублению представления ребенка о своем «я». Продолжается созревание временных представлений, и это проявляется в том, что ребенок начинает ориентироваться в днях недели.

В возрасте 7–11 лет ребенок приобретает способность, наряду с практическим оперированием непосредственно существующими объектами, строить план действия в уме.

**Второй этап** развития психической деятельности и личности получил название этапа **индивидуализации**. В этот период (до 15–16 лет) отмечается стремление индивида к максимальной персонализации. Формирующееся на этом этапе индивидуальное сознание еще в значительной мере эгоцентрично; для ребенка его индивидуальное переживается как более актуальное, чем общественное. В указанном возрасте уже возникают условия для широкого использования абстрактных понятий, для построения абстрактных концепций, гипотетических рассуждений и осуществления наблюдения с целью проверки своих гипотез. С данного периода создаются условия для научного мышления. Если ребенок живет настоящим, то взрослый наполовину живет и действует исключительно для будущего.

**Третий этап (интеграция)** — это формирование социального (общественного) стереотипа личности (16–21 год). Взаимоотношения юности с окружающим миром определяются в основном степенью зрелости чувств, отражающих общее отношение его к среде. Формирование высших эмоций (этических, эстетических, интеллектуальных) и самосознания завершается в юношеском возрасте.

### ***Влияние болезни на психическое развитие ребенка младенческого возраста***

С давних пор известно, что ряд болезней (некоторые нейроинфекции, детские инфекционные болезни) может остановить психическое развитие ребенка. Однако задержка развития психики может возникнуть не только вследствие самих болезней и связанного с ними поражения головного мозга, но и вследствие влияния среды, в которой находится ребенок. Наиболее известными причинами задержки психического развития являются случаи так называемой *педагогической запущенности* и *госпитализма*. В этих случаях в результате неадекватных условий развития ребенок лишен возможности контактов со взрослыми, благодаря которым у него формируется эмоциональность, создается возможность получать информацию и накапливать запас знаний, усваивать более сложные формы пове-

дения. Особенно неблагоприятно сказывается дефицит общения со взрослыми в первый год жизни ребенка или в младенческом возрасте.

Младенческий возраст подразделяется на три этапа:

- *новорожденность* (первые 4–6 недель), когда ребенок подготавливается к общению со взрослыми;
- *первое полугодие*, во время которого ведущей деятельностью становится ситуативно-личностное общение со взрослым;
- *второе полугодие* жизни, когда ведущей становится предметно-манипулятивная деятельность.

**В период новорожденности** происходит первичная адаптация ребенка к окружающему миру. У него достаточно развиты обоняние, тактильная, болевая, температурная, вестибулярная и кинестетическая чувствительность. В первые дни жизни появляется способность слышать и различать звуки по тембру, громкости, видеть и различать зрительные стимулы по форме, величине, конфигурации. В этот период происходит настройка ребенка на общение со взрослыми, появляется «социальная» улыбка, возникающая в ответ на приветливое обращение взрослого.

**В первое полугодие** происходит овладение ребенком экспрессивно-мимическими средствами общения, которые проявляются в виде «*комплекса оживления*», описанного Н.М.Щеловановым в начале XX столетия как показатель онтогенетического развития индивида. Кроме выражения эмоций, «комплекс оживления» выступает в качестве функции общения младенца со взрослыми людьми. Его отсутствие или нарушение последовательности формирования может служить индикатором задержки развития. Также в этот период развивается познавательная активность ребенка: овладение зрительными, оральными и мануальными познавательными действиями.

На этапе **второго полугодия**, завершающегося «кризисом первого года», ведущей является предметно-манипулятивная деятельность, и контакт ребенка со взрослым становится ситуативно-деловым. Благодаря этому ребенок овладевает культурно зафиксированными действиями с предметами.

Явления **госпитализма**, обусловленные дефицитом общения ребенка со взрослыми в первый год жизни, могут возникать при длительном нахождении его в медицинском стационаре, где педагогическая работа с грудными детьми неудовлетворительна. Помимо этого о госпитализме (от лат. *hospitaliers* — гостеприимный) говорят при раннем разлучении ребенка с матерью (помещение в дом ребенка), а также если ребенок находится в семье, где ему не уделяется необходимого внимания (асоциальные семьи, малоэмоциональные «холодные» матери).

Не имея достаточного контакта со взрослыми, ребенок испытывает резкий дефицит эмоционально-сенсорной стимуляции — *психическую депривацию*, которая возникает вследствие такой жизненной

ситуации, когда субъект не получает на протяжении длительного времени удовлетворения жизненно необходимых психических потребностей. Нахождение ребенка в условиях психической депривации, когда его внешний мир ограничивается рамками кровати и висящими над ней одними и теми же игрушками, приводит к постепенному угасанию интереса к внешним раздражителям, в том числе и к общению со взрослыми.

В развитии явлений госпитализма прослеживается определенная динамика. При разлучении ребенка с матерью или другим близким человеком (особенно начиная с 6-месячного возраста, когда появляется нормальная потребность в общении) он вначале плачет, требует мать или того, кто может ее заменить. Через месяц у него появляется реакция «бегства», если к нему кто-то подходит. Еще через месяц он начинает избегать всех контактов с окружающим миром, его реакции на окружающее сводятся к минимуму, он уже не кричит, у него исчезают мимические выражения. Р.Спитц, занимавшийся проблемой госпитализма, возникающее при этом состояние крайней пассивности, выраженной апатии определял как «депрессию зависимости». Более распространенным термином, обозначающим подобные состояния у детей, который использовал в своем учебнике и Г.К.Ушаков, является *анаклитическая депрессия* — «опирающаяся», зависящая от взаимоотношений с матерью.

Важнейшими психическими составляющими анаклитической депрессии являются *атония* и *апатия*, лишаящие малыша вкуса к общению. Отмечаются также *физические симптомы* депрессии: бессонница, полный или частичный отказ от пищи, подверженность инфекциям, приостановка роста. Наиболее ярко депрессивные нарушения проявляются в поведении ребенка. На фоне общего снижения активности и безразличия, когда ребенок не реагирует на лица людей и новые игрушки, не кричит, если голоден или обмочился, у него повышается внимание и интерес к неодушевленным предметам и частям своего тела. Он бесконечно рассматривает свои руки, сосет пальцы, ковыряет в носу, ушах, раздражает область промежности.

В дальнейшем можно наблюдать *отставание в психоэмоциональном развитии* ребенка. Сокращающийся объем вокализации отрицательно сказывается на дальнейшем развитии речи. В особо выраженных случаях наряду с задержкой общих темпов развития (способность самостоятельно сидеть, ходить и др.) отмечается утрата ранее приобретенных навыков. Внешне такие дети производят впечатление детей с глубокой задержкой нервно-психического развития, что действительно может иметь место в дальнейшем, если своевременно не будет поставлен диагноз и приняты меры по реабилитации. Перечисленные отклонения в основном обратимы, но для их устранения требуется активная помощь педагогов и психологов в течение длительного времени.

Гораздо более важными в работе медицинских учреждений являются *мероприятия по предупреждению развития явлений госпитализма*. Для этого целесообразно в максимальной возможной степени сохранить контакт матери или другого близкого лица с ребенком во время пребывания его в стационаре, разрешать уход и общение. Если такая возможность отсутствует, то детям, помимо собственно медицинской помощи, требуется *помощь лечебно-педагогическая*. Недопустимо, чтобы уход за грудным ребенком сводился только к его кормлению и смене пеленок. Важно участие в уходе за ребенком педагогов, имеющих в штате крупных больниц, а также использование эмоционально-игрового контакта с детьми в работе врачей, среднего и младшего медицинского персонала.

### ***Реакция на болезнь у детей старше года***

В детском возрасте наиболее четко выражены зависимость отношения к болезни и к пребыванию в больнице, с одной стороны, от индивидуального опыта ребенка и условий, в которых он воспитывается, а с другой — от этапа развития психики и степени зрелости его личностных особенностей.

У детей младшего возраста вследствие того, что самосознание полностью не сформировалось, нет дифференцированного отношения к болезни. В связи с тем, что еще не определилось «чувство болезни», жалобы ребенка, как правило, скудны. Помимо жалоб на боль, о заболевании может свидетельствовать его *изменившееся поведение*. Ребенок становится капризным, начинает ныть, не давая покоя матери, отказывается от еды и т.п. Может изменяться активность: он вял, перестает играть, все время стремится прилечь. Невротические и другие психогенные реакции на саму болезнь у детей дошкольного и младшего школьного возраста встречаются редко. Гораздо более выраженные реакции дети дают на обстоятельства и манипуляции, связанные с болезнью.

Наиболее *травмирующим моментом* для многих детей, особенно не посещавших ранее детских дошкольных учреждений, является *госпитализация*, воспринимаемая ими гораздо драматичнее по сравнению со взрослыми. Если взрослый человек, понимая ценность здоровья, согласен терпеть временные неудобства и неприятные манипуляции, то для ребенка госпитализация — это отрыв от родных, привычной обстановки и перспектива болезненных процедур.

Маленький ребенок живет минутой, он только в настоящем, прошлое и будущее для него не имеет конкретного значения. Для него важно отсутствие матери в данный момент и не имеет значения обещание, что мама придет. Сознательная реакция на присутствие матери у здорового ребенка выявляется уже к концу первого года жизни, и с этого времени можно наблюдать *психогенные реакции на «отрыв» от матери*. Педиатры отмечают, что дети, которые воспитываются в детских коллективах (ясли-сад), быстрее адаптируются



к изменениям обстановки и лучше переносят болезненные и неприятные манипуляции.

При помещении в больницу без предварительной подготовки по экстренным показаниям у ребенка может возникнуть *патологическая реакция протеста*. Ребенок кричит, плачет, не отпускает мать, отказывается вступать в контакт с окружающими. Реакция протеста может продолжаться от нескольких часов до нескольких дней. У некоторых детей явления протеста затем достаточно быстро редуцируются, и у них складываются хорошие отношения с врачом, обслуживающим персоналом и другими больными детьми.

У других пациентов могут возникнуть *невротические расстройства*, включающие также аффективные проявления. В основе их развития лежат механизмы *фрустрации* (от лат. *frustratio* — обман, тщетное ожидание). Негативное психическое состояние, обусловленное невозможностью удовлетворения потребности быть рядом с матерью, проявляется эмоциональным дискомфортом ребенка, его беспокойством, а иногда — *отчаянием*. В этом состоянии ребенок становится плаксивым, плохо ест, не вступает в контакт с окружающими, при посещениях родных у него наблюдается бурная реакция отчаяния с требованием забрать его домой. Другие дети, напротив, становятся тихими, пассивными, ни на что не жалуются, при общении с родителями также тихо и монотонно плачут.

**Невротические состояния и депрессивные расстройства**, возникающие у детей младшего возраста как реакция на госпитализацию, проявляются преимущественно *вегетативно-соматическими нарушениями*. Среди наиболее часто встречающихся можно отметить расстройства дефекации, энурез, рвоту, повышение температуры, обмороки. Как проявления депрессии у детей Г.К.Ушаков выделял ночные страхи, двигательное беспокойство, анорексию, нервный зуд, дисфории. Подобные расстройства могут усложнять диагностику и лечение основного заболевания, для их верификации иногда требуется квалифицированная консультация детского психиатра.

Реакции детей на госпитализацию зависят от *доминирующих черт характера* ребенка и *особенностей его воспитания* в семье. Наиболее тяжелые реакции наблюдаются у детей, которых родители часто наказывают, бьют, пугают врачом и уколами. Такие дети помещенные в стационар и проводимое лечение воспринимают как наказание. Своеобразное наблюдение было сделано педиатрами: дети значительно легче переносят уколы в руку, чем в ягодичцы, поскольку последние воскрешают у них горькие впечатления, связанные с побоями, наказаниями (цит. по И.Харди, 1988).

Если родители всегда проявляли повышенное беспокойство о здоровье ребенка, со страхом говорили о больнице, то госпитализация такого ребенка всегда вызывает у него *чувство страха*, особенно если это ребенок дошкольного возраста. Для ослабления беспокойства и рассеивания страхов необходимо больше внимания уде-

лять разговорам с ребенком, выяснению характера страхов. По мнению И. Харди, для борьбы со страхами весьма полезно просто, обычными словами назвать то, что их вызывает. Смутное беспокойство и страхи, вырванные из тумана неизвестности, уже не так страшны, если ребенок поймет, чего же он боится.

Часто ребенок, воспитываемый как «кумир семьи» или в условиях «культы болезни», в больнице оказывается совершенно *беспомощным*, так как не имеет навыков самообслуживания и может подвергаться насмешкам товарищей по палате. Дети же, воспитываемые в условиях гиперопеки, особенно дети младшего школьного возраста, могут проявлять *повышенный интерес к состоянию своего здоровья*, испытывать в связи с этим беспокойство или, напротив, скрывать болезненные проявления во избежание запретов, которые на них обычно налагались в домашних условиях при любом недомогании.

Врачи педиатры также должны помнить, что у них могут находиться на лечении *дети с расстройствами интеллекта или другими видами психопатологии*. Иногда реакции таких детей бывают настолько необычны, что дают основание врачу общесоматического профиля предполагать у них патологию психической деятельности (олигофрению, психопатоподобное поведение как результат органических заболеваний головного мозга, шизофрении).

Помимо детей с явной психопатологией могут наблюдаться дети с явлениями так называемого *дизонтогенеза*, реакции которых тоже не всегда понятны окружающим, и подход к ним должен быть особым. У детей с явлениями дизонтогенеза в результате патологии психического развития наблюдается дисгармония в развитии физических и психических функций с некоторым опережением психического развития. У них может наблюдаться изменение психической активности, нарушение коммуникативности (интерперсональных отношений) и координации психической деятельности. Порой наблюдается чрезмерная привязанность к одному из родственников, чаще к матери или бабушке. Дети не отпускают их ни на шаг, ходят за ними по пятам, короткие отлучки вызывают бурную реакцию, сопровождающуюся плачем. Помещение таких детей в детские учреждения или в больницу всегда заканчивается неудачей. В данных случаях необходима консультация психиатра.

В других случаях отмечается холодное, ровное отношение ко всем взрослым; ребенок спокойно, без слез и эмоциональной реакции, идет к близким и незнакомым людям, формально подчиняется режиму, но не вступает в контакт с окружающими.

Эти особенности развития ребенка могут не обращать на себя внимания родителей и не оцениваться ими как патология. Помещение ребенка в общесоматическую больницу обычно выявляет указанные особенности поведения. Врач должен уметь объяснить родителям, что такое поведение не является результатом чрезмерной любви к матери или дисциплинированности ребенка, а служит про-

явлением особенностей его психики, затрудняющим адаптацию. Иногда, в случае серьезных затруднений в работе с такими детьми, врач в ненавязчивой форме может рекомендовать родителям консультацию у специалистов — детского психиатра или психолога.

### ***Психические расстройства у детей с соматическими заболеваниями***

Соматические заболевания, как уже было показано выше, могут вызывать у ребенка разнообразные психические нарушения и расстройства поведения. Наиболее частыми из них являются *астенические расстройства*: нарушение сна, повышенная утомляемость, обидчивость, капризность, плаксивость и др., выраженность которых зависит от тяжести и длительности болезни. Иногда на фоне астенических нарушений могут возникать другие *проявления невротического регистра*: страхи, особенно боязнь темноты, ночное недержание мочи, тики и заикание.

В ряде случаев у детей младшего возраста отчетливо выступают симптомы, указывающие на *задержку психического развития*. У них исчезают навыки самообслуживания, нарушается речь, опрятность, в поведении возникают реакции, свойственные детям более раннего возраста (говорят о себе в третьем лице, просят «на ручки» и др.). Подобная реакция, связанная с болезнью, в дальнейшем, как правило, компенсируется. Вместе с тем известно, что тяжелые и затяжные или повторные соматические заболевания могут у детей в возрасте до 3 лет привести к необратимым изменениям психики и дальнейшему отставанию в психическом развитии или олигофрении.

Гораздо чаще после перенесенной болезни в дальнейшем у детей могут проявляться черты *психического инфантилизма*, выраженность которых зависит от степени перенесенной астении и длительности задержки развития. Регресс психики, в том числе и у детей более старшего возраста (девочки-школьницы начинают играть в куклы, мальчики среднего школьного возраста играют в игры, свойственные младшему возрасту) может быть временным, связанным с болезнью; в его основе лежит механизм психологической защиты. В формировании указанных черт большую роль играет отношение родителей, которые из-за болезни начинают излишне щадить ребенка, ставить его в особые условия, выполнять все желания, т.е. способствовать еще большей задержке развития.

При различных тяжелых заболеваниях, сопровождающихся интоксикацией и нарушениями метаболизма, у детей могут появляться *психические расстройства по типу экзогенных реакций Бонгеффера*: состояние измененного сознания преимущественно делириозного или сумеречного типа, галлюцинозы. Наиболее часто делириозные расстройства у детей наблюдаются при острых инфекционных заболеваниях. Они могут развиваться уже с 4–5-летнего возраста, но в этот период носят рудиментарный характер. При выраженной

интоксикации у ребенка возникает повышенная чувствительность к внешним раздражителям. Дети становятся плаксивыми, испытывают страхи, жалуются, что им неудобно лежать, что их раздражает одежда, что свет слишком яркий, на обоях или на полу им видятся страшные рожи и устрашающие картины с фабулой сказок. У детей сравнительно легко возникает состояние измененного сознания, но чаще всего оно носит транзиторный характер. Делирий может проявляться и в виде стереотипных действий, ребенок неоднократно повторяет фрагменты какой-то игры. При этом наблюдается ложная ориентировка, он утверждает, что находится дома или в детском саду, играет с лошадкой или любимой куклой, видит их, разговаривает с ними.

Характерной особенностью *других типов психических расстройств* у детей, особенно дошкольного и младшего школьного возраста, является их *недостаточная дифференцированность*. Клиническое содержание отличается однообразием, бедностью, значительным участием двигательных и висцерально-вегетативных компонентов, частыми колебаниями настроения от плаксивости, недовольства до расторможенности, дурашливости. Психические нарушения *невротического и неврозоподобного* регистров включают астенические, навязчивые расстройства, главным образом моторные (движения и действия), страхи, лабильность аффектов. Встречаются у детей и *поведенческие расстройства* в виде патологических вариантов игрового перевоплощения, фантазирования, рудиментарных галлюцинаций по типу самовнушения.

**К пубертатному периоду** жалобы детей формулируются более четко, появляется чувство сознания болезни. В этом возрасте значительно повышается готовность к *ипохондрическим переживаниям*, что, по-видимому, обуславливается характерным для этого возрастного периода усилением интеро- и проприоцептивной импульсации и гормональной перестройкой. Постепенно с возрастом соматическое заболевание может сделаться дополнительным психотравмирующим фактором. В связи с болезнью, в том числе как реакция на имеющиеся внешние проявления, могут возникнуть *дисморфобические и дисморфоманические расстройства, явления нервной анорексии*.

При длительном и неблагоприятном течении болезни возможны отклонения в формировании личности (*невротические и патохарактерологические*), получившие название «*аномальное развитие личности*». При этом у ребенка наблюдаются стойкие астенические расстройства, на фоне которых возникают истероидные, истероэвбулимические, ананкастные, эпилептоидные черты характера.

В случае последних двух вариантов патологического развития личности у детей отмечается аккуратность до педантизма в выполнении лекарственных назначений и условий режима. У подростков бывает период, когда окружающее воспринимается непосредственно, они прямолинейно следуют распоряжениям и догмам. В дальней-

шем с возрастом и при благоприятном течении заболевания эти черты обычно имеют тенденцию к смягчению. При хронических заболеваниях, когда наступает задержка развития, этот период может несколько затягиваться, принимать более выраженный характер и складываться одним из проявлений личностных особенностей.

### ***Роль родителей в формировании реакции на болезнь у ребенка и значение работы с семьей больного***

Заболевание ребенка — это всегда трудная ситуация для семьи. Поведение родителей зависит от их отношения к ребенку, предшествующего опыта и впечатлений, связанных с собственными заболеваниями, заболеваниями других детей или родственников. Известно, что первые и последующие реакции на болезнь ребенка по многом зависят от личностных особенностей родителей, уровня их интеллекта, культуры и образования, ситуации, в которой они узнают о болезни ребенка и эмоционального состояния при этом.

Реакция родителей на болезнь ребенка зависит также от характера болезни, ее тяжести и опасности для жизни. Наиболее *частой реакцией* является *тревога, озбоченность состоянием ребенка, страх* за его жизнь. Поведение родителей при тяжелых и внешне тягостных состояниях часто оказывает неблагоприятное влияние на больных детей. Так, состояние удушья при бронхиальной астме, синкопальное состояние или судорожный припадок могут вызвать у родителей тревогу, которой индуцируется больной. Паническое состояние родителей, особенно склонных к истерическим формами реагирования, может осложнять работу врача при осмотре ребенка, сборе анамнестических сведений, выполнении необходимых диагностических и лечебных манипуляций, так как они могут при этом давать односторонние, не всегда достоверные сведения, своей суетливостью мешать работе врача. В таких случаях большое значение имеет выдержка врача, опыт и искусство так сообщить диагноз, объяснить сущность заболевания, методы лечения и прогноз, чтобы, по возможности, успокоить родителей, сделав их полноценными помощниками в борьбе за здоровье, а иногда и жизнь ребенка. Опыт и искусство врача в данной ситуации опираются на его человеческие качества и владение психотерапевтическими навыками.

Врач может сталкиваться в своей работе и с противоположным отношением родителей к болезни своего ребенка. В таких случаях они просто не обращают внимания на состояние ребенка, его жалобы, результатом чего являются запущенные случаи болезни. Чаще подобное отношение встречается в неблагополучных семьях, где родители злоупотребляют алкоголем, ведут распущенный образ жизни. Однако иногда подобное отношение к болезни ребенка может иметь место и в семьях благополучных; причиной такого поведения родителей служит *защитная реакция отрицания ими болезни ребенка*. Не желая примириться с фактом заболевания своего ребенка, они под-

сознательно не замечают болезненных проявлений, отказываются от предложенных методов обследования, необходимости госпитализации. Подобное отношение может негативно сказаться и на лечении, проводимом в домашних условиях, когда родители игнорируют врачебные назначения или выполняют их небрежно, что может привести к серьезным и опасным последствиям для здоровья ребенка.

Большие психологические сложности возникают у родителей, когда они узнают о **тяжелом, часто неизлечимом хроническом заболевании ребенка**. Первая реакция на диагноз часто носит характер *шока*. Затем может возникнуть *реакция недоверия* заключениям врачей и надежда, что диагноз поставлен без достаточных оснований. Ощущая необходимость решительных действий, родители начинают метаться от врача к врачу, от профессора к профессору, обращаться за помощью к народным целителям, колдунам, экстрасенсам, теряя при этом драгоценное время. Это не может не оказывать отрицательного влияния на психическое состояние ребенка, особенно если результаты консультаций часто обсуждаются в его присутствии.

По наблюдениям многих психологов и психиатров, занимавшихся проблемами психологических отношений в семьях, где имеется неизлечимо больной ребенок, в основе реакций родителей, узнавших о тяжелом хроническом заболевании ребенка, лежит *глубокое чувство вины*, которое возникает с началом заболевания и сознательно или подсознательно сопровождает их весь период болезни. В связи с этим, «чтобы загладить свою вину», к ребенку проявляют чрезмерное внимание, все разрешают, выполняют любые его требования и желания. Стремление некоторых родителей обеспечить больного ребенка чрезмерным количеством новых игрушек, модной одежды, бытовой техники рассматривается медицинскими психологами как компенсаторная реакция, являющаяся попыткой уйти от эмоциональных проблем, связанных с обсуждением его здоровья. Однако напряженное умолчание только создает психотравмирующую ситуацию для обеих сторон. Понимание родителями необходимости обсуждения с ребенком проблем, связанных с его здоровьем, помогает преодолеть эмоциональные барьеры и облегчить проведение необходимых лечебных и реабилитационных мероприятий.

Отсутствие коррекции поведения ребенка приводит через некоторое время к ситуациям, которые почти не контролируются, что еще в большей мере затрудняет лечебный процесс. Несмотря на болезнь, подход родителей к ребенку должен быть разумным, включать воспитательное воздействие на фоне сохранения тесного эмоционального контакта. Достичь такого подхода помогает методичная работа врачей, а также медицинских психологов с родителями больного.

Значение контакта педиатра-онколога с семьей больного подчеркивается в методических рекомендациях И.П.Киреевой «Что надо знать педиатру-онкологу» (1999). Установление доверительного

контакта может представлять значительные трудности для врача. Это связано как с личностными особенностями родственников больных, так и с их актуальным психическим состоянием. Одной из наиболее частых *реакций родителей* является *страх перед неблагоприятным исходом болезни, чувство отчаяния и беспомощности*, выливающиеся затем в *депрессивное состояние*.

Нередко у родителей как форма психологической защиты возникает *реакция агрессии*, распространяющаяся на окружающих, в том числе на врачей и других «людей в белых халатах», являющихся спутниками их несчастья (Кошель И.В., 1977). Установлено, что тяжелое заболевание ребенка наносит удар по супружеским отношениям. Многие родители, боясь выяснения отношений друг с другом в вопросах «кто не досмотрел», у кого хуже наследственность и др., стараются избегать друг друга, иногда это заканчивается разрывом семейных отношений.

Врач и медперсонал должны быть готовы к *не всегда адекватным реакциям некоторых родителей*, понимая, что горечь, страх за ребенка, обида на судьбу требуют «выхода». В отношениях между врачом и родителями ребенка, больного тяжелым прогрессирующим или неизлечимым заболеванием, постоянно таится *возможность конфликтных ситуаций*. Причиной последних могут быть разные взгляды по вопросам выбора методов обследования и лечения, оценки состояния ребенка и др. Несмотря на серьезность психологических проблем, врач обязан стремиться к адекватному взаимодействию с родственниками больного ребенка, так как без этого не удастся нормализовать психическое состояние последнего, надеяться на выполнение родителями необходимых назначений. Для этого необходимо обучение педиатров основам детской и семейной психологии, психопатологии и психотерапии.

По мнению специалистов, занимавшихся психологическими проблемами тяжелобольных детей и их родственников (Исаев Д.Н., 1996; Киреева И.П., 1999; и др.), необходима организация в клиниках психологического и психотерапевтического консультирования и коррекционной помощи.

### ***Организация работы детских лечебных учреждений с целью оказания эффективной помощи больным детям***

Рассмотрение механизмов психологического реагирования детей на заболеваний и возможных психических расстройств свидетельствует о том, что для предупреждения последних, их лечения и последующей реабилитации в детских лечебных учреждениях **необходимо создание не только особого чисто медицинского режима, но и четкая организация медико-педагогической работы.**

Внимательное, доброжелательное, ласковое отношение и забота являются лишь одной из сторон оказания помощи больным детям. Помимо этого чрезвычайно важны, особенно для детей с хроничес-

кими заболеваниями, вынужденными длительное время находиться в условиях стационара, *организация игровой и учебной деятельности*, развитие навыков самообслуживания, желания помочь друг другу, коррекция поведенческих отклонений. Задачи медицинского персонала заключаются в том, чтобы осуществляя комплексный медико-педагогический подход, особенно актуальный в отношении грудных детей и детей младшего возраста, способствовать наилучшей адаптации пациентов к условиям стационара и их психофизическому развитию. Часто ребенок, который в домашних условиях не имеет полноценных условий для физического воспитания и психического развития, оказавшись в больнице с правильно организованным детским коллективом и целесообразно построенными занятиями, несмотря на болезнь, может продвигаться вперед в своем развитии и в последующие годы не обнаруживать признаков психического инфантилизма.

Если позволяет время, то ребенка сознательного возраста необходимо готовить к госпитализации постепенно, рассказывая ему о больнице, о других детях, стараясь уменьшить страх перед людьми в белых халатах, перед процедурами. Надо помнить, что для дошкольника большое значение имеет игровая ситуация, и помещение в больницу также должно содержать этот игровой компонент. Ласковый уход, игрушки, терпеливое обращение, как правило, способствуют привыканию ребенка к больничной обстановке, переключению его интересов и восстановлению нормального состояния психики и нарушенных функций.

В детском учреждении врачи и медицинский персонал должны уметь заниматься с детьми, играть с ними. В игре ребенок находит радость и успокоение, проявляет свои творческие способности, выражает свои чувства. Для врача в играх открываются возможности изучения личности ребенка, его желаний, потребностей, которые он часто не может высказать. Игрой удастся отвлечь внимание от неприятных переживаний, из игровой ситуации выявить причины этих переживаний и успокоить ребенка.

Целесообразно в одну палату помещать детей с одинаковым уровнем развития. Дети, несомненно, беседуют между собой о предстоящих обследованиях, операциях, «оценивают обстановку». Помогая друг другу, ухаживая за соседями по палате, они проявляют чувства жалости, сострадания или «заряжаются» от уже выздоровевших детей верой в свое собственное выздоровление. Надо помнить, что дети, даже маленькие, всегда прислушиваются к разговорам врачей и студентов в палате, а затем высказывают непосредственно родителям или в играх свои страхи и опасения.

В подростковом возрасте иногда наблюдаются *симуляция* и *аггравация* болезненных проявлений. Дети могут жаловаться на несуществующие боли, очень искусно симулировать повышение температуры и другие расстройства здоровья. Часто это служит механизмом



психологической защиты в случае конфликтов в семье, школе или способом привлечения внимания в референтной группе. Подобное поведение является иногда протестом против сложившихся обстоятельств, в ряде случаев связано с желанием избежать посещения занятий. Дифференциальный диагноз может быть затруднен. Обычно для решения вопроса требуется наблюдение в стационаре.

Роль медико-психологических мероприятий особенно велика при хронических соматических заболеваниях, когда дети вынуждены часто и подолгу находиться в больницах или становятся инвалидами вследствие болезни. Работа врача и педагога в этих случаях направлена на то, чтобы болезнь не привела к задержке психического развития, психическому инфантилизму. Если само заболевание не вызывает остановки развития, то требуется создание условий для дальнейшего укрепления психического здоровья. И здесь большая роль принадлежит правильному поведению родителей и коллективу больниц.

В создании наиболее благоприятных условий для реабилитации детей, страдающих тяжелыми хроническими заболеваниями, большое участие принимают органы социального обеспечения (интернаты, реабилитационные центры, хосписы и др.), а также общественные и благотворительные организации.

## **22.2. Особенности психического развития детей при некоторых заболеваниях, начинающихся в раннем детском возрасте**

### ***Психология больных детским церебральным параличом***

В настоящее время проблеме детского церебрального паралича (ДЦП) уделяется большое внимание. Опыт показывает, что лечебно-восстановительная и коррекционно-компенсаторная работа с детьми наиболее эффективна в ранние периоды их развития. Даже легкие внутриутробные поражения и родовые травмы, которые с трудом диагностируются, могут затруднять и искажать двигательное развитие ребенка, препятствовать своевременному развитию локомоторных актов и сложных двигательных навыков. В генезе *патологических реакций* или *патологического развития личности* при ДЦП лежат психогенные факторы, возникшие на почве органического заболевания.

Многие авторы в формировании аномальных черт характера большое значение придают условиям внешней среды (и, в первую очередь, неправильному воспитанию), которые способствуют развитию эгоцентризма, себялюбия, повышенной требовательности. При чрезмерной нагрузке и требовательности к больному могут возникнуть неуверенность, нерешительность, чувство собственной неполноценности, а при изнеженности и гиперопеке — беспомощность, зависимость от окружающих, неуверенность в собственных возможностях.

В ряде случаев у подростков и юношей наблюдаются аффективные расстройства в виде стертой депрессии, которая по своему ха-

рактору ближе всего стоит к *невротической депрессии*. Она формируется медленно и не сопровождается двигательной заторможенностью, часто не связана с основным заболеванием и психогенной реакцией на него (в высказываниях больных эта ситуация не находит отражения). У юношей без четких невротических симптомов постепенно нарастают подавленность, нарушение сна, иногда раздражительность и слезливость. Выявлению этой симптоматики могут способствовать психическая травма, невроза, пробуждающиеся сексуальные интересы, неудачи в учебе, невозможность из-за дефекта избрать интересующую профессию и т.д.

Для предупреждения психических расстройств и аномалий развития у больных ДЦП с самого раннего возраста необходима помощь специально подготовленных психологов, которые должны работать в тесном сотрудничестве с родственниками больного и обслуживающим персоналом больниц, реабилитационных центров, интернатов.

### ***Психология детей с олигофренией (умственной отсталостью)***

Олигофрения — врожденное или рано приобретенное слабоумие, которое проявляется несовершенством сложных форм познавательной деятельности и ведет к большим затруднениям в социально-трудовой адаптации больных.

Наиболее характерно для олигофрении своеобразное атипичное психическое развитие. Особенности психической деятельности сохраняются всю жизнь, но могут претерпевать изменения при целенаправленных занятиях в специальных учреждениях. Под влиянием правильно составленных программ воспитания и обучения детей с отставанием в психическом развитии могут наступать значительные позитивные сдвиги, которые позволяют больным приспособиться к условиям социальной среды, обслуживать себя, участвовать в определенных трудовых процессах.

Термин «олигофрен» был предложен Э.Крепелином и использовался в течение XX столетия. В последние годы за рубежом более широко стали использоваться термины «Mental subnormality» (умственная субнормальность), «Mental retardation» (умственная задержка), «Mental deficiency» (*умственная отсталость*). Последний термин официально заменил термин «олигофрения» в Международной классификации болезней 10-го пересмотра.

Наряду с вышеперечисленными терминами, в литературе также иногда используется понятие «handicapped children», которым обозначают задержку психического развития у детей с различными уродствами, увечьями или хроническими заболеваниями. Задержка умственного развития таких детей связана с тугоухостью, глухотой, расстройствами речи, зрения, т.е. не с патологией мозга, а с нарушениями со стороны других органов и систем, обеспечивающих познавательный процесс. Для предотвращения задержки психического

и умственного развития эти дети нуждаются в специальных формах обучения и образования.

Олигофрения, как известно, представляет собой сборную группу заболеваний различной этиологии. Данные о распространенности умственной отсталости существенно различаются. Это связано с тем, насколько выявляется и учитывается умственная отсталость легкой степени.

Попыткой объективизировать наличие и степень умственной отсталости является использование психометрических методов (Станфорд–Бине, Векслер), при помощи которых дают количественную оценку интеллекта, исходя из нормы, соответствующей определенному возрасту (она принята за 100). Принято выделять *три степени олигофрении* (умственной отсталости): идиотия, имбецильность и дебильность. **Идиотия** (от лат. *idiot* — невежда, неуч, не способный к обучению) — глубокая степень умственной отсталости. **Имбецильность** (от лат. *imbecullitas* — беспомощность, недостаток энергии) — средняя степень умственной отсталости. **Дебильность** (от лат. *debilitas* — хилость, немощность) — легкая степень умственной отсталости. Такое деление различные авторы производили на основании характеристик отдельных качеств психической деятельности, например, развития внимания, желаний, отношения к школе, степени социальной адаптации и т.д.

*Идиоты* не могут существовать без посторонней помощи, у них отсутствуют речевые и эмоциональные контакты, им недоступна целенаправленная деятельность. *Имбецилы* понимают речь окружающих, сами могут строить и произносить короткие фразы. Для них характерно примитивное конкретное мышление, скудная косноязычная речь. Поведение обусловлено инстинктами. Имбецилов можно вовлекать в трудовые процессы, используя подражательный рефлекс. Благодаря обучению они могут усваивать простейшие счетные операции, приобретать определенный запас знаний для самообслуживания и выполнения примитивных трудовых процессов (подмести пол, вымыть тарелку и т.п.). Процесс обучения длительный и основан на постепенном усложнении заданий. У имбецилов, как правило, наблюдается недостаточное развитие моторики и речи, в связи с чем большую роль в процессе обучения приобретают занятия ритмикой, музыкой, гимнастикой, хоровым пением и танцами. *Дебильность* является наиболее легкой степенью олигофрении. Дебилы достаточно хорошо ориентируются в житейских ситуациях, оканчивают вспомогательную, а при более легких степенях — и общеобразовательную школу. Словарный запас у них может быть значительным, но речь при этом отличается бедностью, незрелостью, однообразием. Абстрактные понятия им недоступны. Они тугоподвижны и малообразовательны. Способны на эмоциональные реакции, которым не хватает глубины и тонкости. Моторика у них более развита, чем у имбецилов, хотя с трудом даются мелкие и точные операции. Осо-

бенности моторики сказываются на походке (неуклюжая, дискоординированная) и рисунках. Процессы обучения при дебильности носят более дифференцированный характер, чем при имбецильности, но построены также на многочисленных повторениях, наглядности и образности. Большое значение имеют занятия ритмикой и гимнастикой, а также музыкальные упражнения.

Одним из основных признаков олигофрении является относительная стабильность, *отсутствие* усложнения симптоматики (*прогредиентности*). Напротив, своевременно начатый квалифицированный процесс обучения и воспитания больных олигофренией в степени дебильности позволяет достичь *определенного прогресса* в умственном развитии: не только накапливается запас знаний и навыков, но и происходит некоторое развитие процессов отвлечения и обобщения, улучшение моторных функций.

Порой при олигофрении может наблюдаться и как бы *обратная динамика* (*регресс в умственном развитии*): ухудшается речь, утрачиваются приобретенные навыки. Причиной могут быть различные дополнительные вредные факторы: соматические и инфекционные заболевания, чрезмерные умственные и физические нагрузки и т.д.

Учитывая возможность обучения детей, страдающих олигофренией, компенсации их психического состояния и социальной реабилитации, общество обеспечивает условия для их воспитания и обучения. Для этого в педагогических вузах готовят специалистов-дефектологов, владеющих специальными методами развития и обучения детей с задержкой умственного развития. Такие специалисты работают с детьми как индивидуально, так и в специальных детских дошкольных учреждениях и школах (иногда называемых вспомогательными). В воспитании и обучении должны также принимать активное участие детские психологи.

Обучение детей с умственной отсталостью (олигофренов) в массовых школах может резко ухудшить их возможности и вызвать декомпенсацию состояния. Участковый педиатр, врач дошкольного учреждения, школьный врач при зачислении ребенка в школу должны объяснять родителям, что обучение во вспомогательной школе по облегченной программе позволяет достичь больших успехов, чем в массовой, причем с меньшим риском нарушения его психического здоровья. Перевод ребенка из массовой школы во вспомогательную всегда сопряжен с большей травмой для него, чем начало обучения сразу в специальной школе.

Врачи педиатры должны знать, что чрезвычайно важна дифференциация олигофрении и состояния педагогической запущенности и астенических состояний после перенесенной инфекции, черепно-мозговой травмы или соматического заболевания. Эти дети нуждаются в обучении в специальных классах и школах с санаторным режимом. Помещение их во вспомогательные школы может нанести вред дальнейшему развитию ребенка. Значительные трудности при

дифференцировании указанных состояний возникают в первом классе, когда надо решить, вызвала ли школьная нагрузка декомпенсацию у больного олигофренией или имеется астеническое состояние, связанное с внешними вредоносными факторами.

Решение о переводе во вспомогательную школу может быть принято лишь с участием комиссии, включающей врачей, педагогов, психологов. Иногда для этого необходимо наблюдение и обследование ребенка в условиях стационара.

Для детей глухонемых, слепых, страдающих другими физическими уродствами, которые затрудняют их обучение в обычной школе, также существуют особые методики обучения; ими владеют профессионалы, работающие в специальных школах и реабилитационных центрах. Для правильного обучения и воспитания детей с физическими дефектами развития необходимо знать и учитывать их особенности и возможности, зависящие от характера нарушений. Расширение сети и улучшение деятельности таких учреждений требует финансовой помощи как со стороны государства, так и со стороны общественных и благотворительных организаций.

Врачу, работающему с детьми, приходится сочетать свою основную работу с обучением и воспитанием. Участие врача в педагогическом процессе имеет большое значение не только в специальных учреждениях для больных детей, но и в школах для здоровых. Школьный врач должен анализировать причины неуспеваемости учащихся, заниматься вопросами целесообразной учебной нагрузки, переводом в специальные школы, а также направлением на специальное лечение. Он обязан внимательно изучать поведение трудных детей в школе, выявлять аномалии характера, психопатоподобные состояния и проводить соответствующее лечение.

Нередко у детей младшего школьного возраста астеническая симптоматика, являющаяся следствием перенесенных соматических заболеваний, травм мозга или психотравмирующих ситуаций, может проявляться неправильным поведением. Дети, ранее спокойные и дисциплинированные, начинают на уроках «вертеться», вскакивать, вскрикивать, задирают товарищей, грубят учителям и др. Меры наказания только утяжеляют конфликтную ситуацию и могут привести к уходу из школы, из дома, бродяжничеству и другим реакциям протеста. Поэтому необходимо наблюдать за такими детьми, проводить с ними соответствующую работу, а при отсутствии эффекта рекомендовать родителям обратиться за помощью к психологу или психиатру.

---

## **Глава 23. Психические болезни и клиническая психология**

---

### **23.1. Проблемы психического здоровья**

Несмотря на колоссальные достижения человечества в области науки, техники, просвещения и образования, в умах людей сохраняются веками сложившиеся предрассудки, на которых строится представление о психических болезнях. Это объясняется особым отношением к душевнобольным людям общества, начиная с бытового уровня и кончая существующим законодательством о правах и обязанностях психически больных. Каждому этапу развития общества присущи свое понимание психического здоровья, природы психических болезней, свое понятие о формах и методах оказания помощи больным, базирующиеся не только на достижениях медицины, психологии, но и опирающиеся на философские воззрения, принципы морали, этические нормы.

Выдающийся русский психиатр, основоположник отечественной психиатрии С.С.Корсаков утверждал: «По тому, как устраивает своих душевнобольных данное общество, можно судить о степени распространения цивилизации в нем». На протяжении многих столетий отношение общества к душевнобольным было, как правило, необоснованно жестоким. Главным принципом в обращении с ними была изоляция от общества: их помещали в тюрьмы, монастыри, где содержали за решеткой, в подвалах, нередко приковывали цепями. Лечили их монахи, знахари, жрецы. Жертвами знаменитых средневековых процессов над «ведьмами», которых сжигали на кострах, часто становились также психически больные.

Лишь после Великой французской революции в конце XVIII века Ф.Пинель «возвел сумасшедшего в ранг больного», писал Н.Н.Баженов — один из прогрессивных русских психиатров. С тех пор во всех странах стали перестраивать психиатрические учреждения, и они из «полутюремных домов для умалишенных» стали постепенно превращаться в больницы, приближающиеся к соматическим. Но предрассудки живучи, и хотя реформа Ф.Пинеля в отношении психически больных была настоящей революцией, изменения во взглядах общества происходили значительно медленнее, и оно продолжало испытывать страх перед психическими болезнями и психически больными. Через 100 лет после «снятия Пинелем цепей с ду-

шевнобольных» во многих странах Западной Европы они продолжали использоваться, так же как и смиренные рубашки, изоляторы и другие меры стеснения.

Лишь в конце XIX века достижения медицины и фармакологии дали возможность не только снять решетки с окон психиатрических больниц, но и открыть двери, создать уют в палатах, сделать их похожими на палаты для больных с общесоматическими заболеваниями, больным с тяжелыми хроническими психическими заболеваниями жить дома, в своей семье, работать вместе со здоровыми. Психиатрия выделилась в самостоятельную медицинскую дисциплину.

В России отношение к психически больным, как свидетельствуют Ю.В.Каннабих (1929), Т.И.Юдин (1951) и другие авторы, занимавшиеся историей психиатрии, было значительно гуманнее, чем в Западной Европе. Однако и у нас использовались тюрьмы для содержания социально опасных больных, монастыри — для «вразумления». Некоторые больные почитались как прорицатели и святые, другие использовались в качестве юродивых для развлечения власть имущих. Многие известные отечественные психиатры внесли свой вклад в разработку нравственных и правовых основ психиатрии (П.П.Малиновский, И.М.Балинский, С.С.Корсаков, П.П.Кашенко, В.И.Яковенко и др.). С.С.Корсаков по праву считается одним из основоположников современной отечественной научной психиатрии. Для оптимальной организации помощи психически больным он предлагал ввести: систему морального влияния; систему нестеснения; систему открытых дверей; систему рабочего режима; систему постельного режима и др. Но гуманистические идеи ведущих психиатров на практике осуществлялись лишь частично (причем для этого требовалось длительное время), так как для полной их реализации нужно было переустроить как социальные отношения, так и менталитет людей. Именно благодаря последнему предубеждения в отношении душевных заболеваний и лиц, страдающих ими, продолжают жить и сегодня.

Несмотря на значительные достижения медицины вообще и психиатрии в частности, по-прежнему у части населения, в которую, кстати, входят и студенты медики, и даже врачи общей практики, сохраняются представления о психиатрических больницах как о своеобразных пенитенциарных (тюремных, карательных) учреждениях, а о психических болезнях — как о позорных фактах. Именно поэтому многие люди опасаются обращаться к психиатру. Ведь это может стать известным окружающим и неблагоприятно отразится на карьере, личной жизни и т.д.

Крупнейший отечественный психиатр О.В.Кербиков (1907–1965) в 1963 г. писал: «Еще недавно на психические болезни смотрели как на что-то таинственное и вместе с тем безнадежное. Да сами психиатры в глазах широкой публики — люди со «странностями», готовые у всех окружающих находить признаки психической ненормальности».

ти». За прошедшие сорок лет положение существенно изменилось в лучшую сторону: достигнуты серьезные успехи в изучении механизмов психических расстройств и их лечении, радикально изменилась обстановка внутри психиатрических отделений, оказание психиатрической помощи регламентировано «Законом о психиатрической помощи и гарантии прав граждан при ее оказании». Однако и в настоящее время (в XXI веке!) приходится сталкиваться с большими, страдающими серьезными психическими расстройствами, которые остаются многие годы без лечения из-за ложного стыда обратиться к психиатру, из-за «жалости» родственников к ним, нежелания отдать их в «сумасшедший дом, где на него навесят ярлык душевнобольного». Психически больные подчас остаются без лечения не в глухих, «медвежьих» углах, а в семьях образованных, культурных людей, которые из-за ложного стыда и необоснованного страха подвергают жизнь таких больных опасности и лишают их возможности вернуться к полноценной деятельности. Проблема психического здоровья населения, своевременного выявления и лечения психических нарушений и заболеваний волнует психиатров всего мира. Для повышения эффективности психиатрической помощи и развития психиатрии в целом большое значение имеют *профилактическая и просветительская работа*, формирование у населения правильного отношения к психической патологии, борьба со все еще существующими предрассудками, предубеждениями и устаревшими взглядами.

### ***Морально-этические и судебно-правовые аспекты психиатрии***

Выявление психически больных, формы и методы оказания им лечебной помощи, их реабилитация и социальная адаптация ставят перед врачами, а также родственниками больных, коллегами и другими имеющими к ним отношение людьми целый ряд далеко не простых вопросов в области морали, нравственности, этики, права и др. Это связано с особенностями проявления психической патологии, которая может вызывать грубую дезадаптацию больного человека в обществе, вследствие чего он может нарушать общепринятые нормы поведения и законы.

Психически больной человек, например, находящийся в психическом состоянии, может не отвечать за свои слова, действия, поступки не только с позиций морали и нравственности, но и с юридических позиций. Поэтому для психиатра решение клинических вопросов тесно переплетается с урегулированием социально-психологических и судебно-правовых проблем. Т.е. врач психиатр, помимо диагностической и лечебной работы, защищает юридические и моральные права больного — в этом состоит особенность его деятельности по сравнению с врачами другой специализации.

Оценка врачом психического состояния человека прежде всего состоит в определении *состояния его сознания* в период нарушения



психической деятельности. Еще С.С.Корсаков отмечал, что далеко не у всех душевнобольных сознание помрачено. У значительной части больных сознание вполне ясное, и они могут отдавать себе отчет в окружающем, как и обыкновенный бодрствующий человек. «Правда, — отмечал он дальше, — в очень многих случаях такого ясного сознания все-таки наблюдаются некоторые недостатки его, но эти недостатки не носят характера общей недостаточности сознательности, а недостаточности частичной». Главным «недостатком» сознания психически больных он назвал *«неосознавание больными своей болезни»*. А без учета «сознания болезни» оценка состояния сознания при психических заболеваниях будет неполной. Другой известный отечественный психиатр Е.К.Краснушкин подчеркивал, что *«коренным отличием психики соматически больного от психически больного является наличие сознания болезни у первого и отсутствие — у второго»*. При этом он отмечал, что отсутствие сознания болезни при психических заболеваниях обусловлено разными причинами. Так, при прогрессивном параличе — это следствие нарастающего слабоумия, проявляющегося в первую очередь ослаблением критических способностей больного, при маниакальном состоянии у больных маниакально-депрессивным психозом — повышенного тонуса всей психической и физической сферы личности, в далеко зашедших стадиях шизофрении — так называемой эмоциональной тупости.

Если перед врачом терапевтом или другим специалистом вопрос о том, болен человек или здоров, ставится только при проведении экспертизы (трудовой или военной), то перед врачом психиатром этот вопрос встает значительно чаще. От ответа на него зависит поведение окружающих больного людей, врача, решение о недобровольной госпитализации, об ответственности за совершенное правонарушение, о принудительном лечении и др.

В связи с особенностями проявления ряда психических расстройств, например, паранойяльного бреда ревности, любовного бреда, бреда реформаторства, изобретательства и др., могут возникнуть большие трудности в оценке состояния, которые влекут за собой необходимость решения не менее сложных вопросов: болен или не болен человек, если болен, то нуждается ли в недобровольном стационарировании, возможно ли при помощи лекарственных средств вмешиваться во взгляды больного на происходящие события, особенно в тех случаях, когда не удастся сразу с определенностью доказать, что высказывания больного носят бредовый характер.

Указанные вопросы приобретают еще большую значимость в тех случаях, когда человек не считает себя больным, а его близкие не замечают неадекватных поступков и высказываний. *Родственники больного могут не понимать или быть не способны оценивать должным образом его психическое состояние по ряду причин. Наиболее частая причина — это отсутствие представлений о возможных проявлениях*

*психических заболеваний* вследствие недостаточного образования и низкого культурного уровня. В связи с этим они не могут дать правильной оценки высказываниям и поведению больного. Иногда у родственников больных могут отмечаться выраженные *интеллектуальные расстройства* врожденного или приобретенного характера, которые также не дают возможности оценивать поведение не только своих близких, но и свое собственное. Учитывая роль наследственности в возникновении психических заболеваний, можно предположить наличие у родственников душевнобольного той или иной *психической патологии*, которая ограничивает их критические способности.

Наконец, еще одной причиной «неузнавания» психической болезни у своего близкого является *психологическая защитная реакция* по типу «отрицания» или «вытеснения». У родственников при сообщении им о болезни близкого человека иногда отмечается реакция протеста или «отрицания болезни». Они игнорируют сам факт болезни, возмущаются, жалуются на врачей, если больной помещен в больницу, настаивают на его немедленной выписке, протестуют против лечения, обращаются с жалобами в различные инстанции и т.д. Нередко категоричные заявления врачей о необходимости оставления больного в стационаре с подчеркиванием возможных тяжелых последствий или опасности заболевания приводят только к обратным результатам. И, наоборот, успокаивающие, смягчающие последствия и опасность заболевания беседы изменяют отношение и поведение родственников. Врачу приходится говорить: «Хорошо, мы не настаиваем, что у больного тяжелое психическое заболевание, но вы видите, что у него расстроены нервы, он не спит, не может работать, тревожен, плаксив. Эти расстройства необходимо лечить, восстанавливать истощенную нервную систему, а когда наступит некоторое улучшение, мы будем решать вопрос о диагнозе и дальнейшем лечении». При такой постановке вопроса удается достичь желаемых результатов и получить согласие родственников на продолжение лечения.

Особенно сложно выявить манифестные расстройства, случаи вялого течения болезни, маскированные депрессивные состояния, когда психические проявления неожиданны или малозаметны. В последующем разъяснительная работа, проводимая врачом на доступном для родственников больного уровне, может привести к желаемым результатам, они научатся правильно оценивать состояние и помогать лечению больного. Подобный подход к первичному психиатрическому освидетельствованию (консультации) и госпитализации возможен только в клинических случаях, которые не относятся к тяжелым психическим расстройствам и не являются показаниями к недобровольному освидетельствованию или госпитализации, регламентированными *Законом о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании*.

**Недобровольное психиатрическое освидетельствование**, призванное установить, страдает ли обследуемый психическим расстройством, нуждается ли он в психиатрической помощи, и решить вопрос о виде такой помощи, проводится в тех случаях, когда обследуемый совершает действия, дающие основание предполагать наличие у него тяжелого психического расстройства, которое обуславливает:

- а) его непосредственную опасность для себя или окружающих;
- б) его беспомощность, т.е. невозможность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности;
- в) существенный вред его здоровью вследствие болезненного психического состояния, если данное лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

*Больной может быть освидетельствован, а также госпитализирован (при наличии показаний, перечисленных в пунктах а, б, в) без его согласия или согласия его законных представителей.*

Часто психически больные скрывают свои болезненные переживания (*диссимуляция*), а их родственники, не способные оценить состояние больного и не замечающие имеющихся расстройств, начинают убеждать врача оставить его дома или как можно скорее выписать из психиатрического стационара, мотивируя это тягостностью пребывания среди других психически больных. При этом они *«психологизируют» ситуацию*, ссылаясь на морально-нравственные и другие положительные качества своего близкого: «Она этого никогда не сделает, она такая хорошая мать».

В частности это относится к больным, страдающим депрессивными расстройствами. Родственники, которые не видят депрессии и не понимают опасности возникновения суицидальных тенденций у больных, не обращаются к врачу с просьбой помочь своему близкому, а иногда даже отговаривают последнего от госпитализации или препятствуют ей. По той же причине они нередко требуют выписки еще не долечившихся больных из стационара. В этих случаях вопрос о выписке должен решаться врачом в соответствии с Законом о психиатрической помощи, позволяющим продлевать пребывание больного в стационаре в связи с состоянием, представляющим опасность для него и окружающих. *Опасность психического состояния* депрессивного больного не только для себя, но и для окружающих состоит в том, что он способен совершить не только самоубийство, но и предварительно убить своих близких (детей, престарелых родителей) — так называемый *расширенный суицид*.

Почтителен в этом отношении следующий случай.

Муж, вернувшись из командировки, узнал, что его жена госпитализирована в психиатрическую больницу. В течение 2 недель он добивался ее выписки. Взял отпуск, чтобы дома ухаживать за ней. За это время состояние жены

несколько улучшилось и, уступив настойчивым требованиям мужа, врач выписал больную под расписку мужа на его попечение. На следующий день жена попросила мужа сходить на рынок за свежими фруктами. Во время отсутствия мужа она зарезала 7-летнюю дочь и зарезалась сама.

Это типичное расширенное самоубийство. У больной была депрессия с идеями греховности, самообвинения. Чтобы избавиться от «мучений», которые «ждали ее и дочь», она совершила это общепонятно опасное действие.

*Реакции «отрицания» болезни, протеста и оппозиции могут наблюдаться у подростков и юношей при внезапном заболевании одного из родителей, особенно если госпитализация была недобровольной и производилась в их присутствии. В этих случаях большое значение имеют психотерапевтические беседы врача с подростком, разъяснение в доступной форме сути психических нарушений, возможных причин болезни их близкого, существующих опасностей и необходимости в связи с этим лечения в условиях стационара. Помощь врачам диспансера могут оказать учителя, товарищи, другие родственники, благодаря позитивному влиянию которых на подростка удается воздействовать на его психологическое состояние и добиться желаемых результатов.*

Среди *родственников психически больных встречаются и такие, у которых обнаруживаются расстройства мышления, паранойяльная настроенность и другие психические отклонения. При сообщении о болезни близких они не только не принимают доводов врача, но и пытаются доказать обратное, для чего собирают факты, находят свидетелей, которые, по их мнению, могут подтвердить психическое здоровье родственника. Они обращаются в административные органы с жалобами на врачей, подчеркивая при этом, что родственника умышленно «делают сумасшедшим», хотят «упрятать» в психиатрическую больницу. Подобное неправильное поведение и толкование состояния здоровья больного его родственниками может быть обусловлено как острой психогенной реакцией (чаще истерической), связанной с механизмом психологической защиты по типу «отрицания» или «вытеснения», так и с *обострением психического заболевания (шизофрении), которое до этого протекало латентно без грубых признаков болезни. В связи с этим иногда приходится прибегать к госпитализации родственников больных в психиатрические больницы.**

Примером может служить следующее наблюдение.

Больная А., 53 года, машинистка. В 19 лет пережила психическую травму — гибель жениха. Вскоре вступила в интимную связь с начальником по работе, чтобы иметь ребенка. После рождения ребенка больше никогда с ним не встречалась, поменяла работу, квартиру, одна воспитывала сына. С работой справлялась, была исполнительницей, требовательной, но формальной

и малообщительной, не понимала шуток. Не ходила в гости к родным и сослуживцам, никого к себе не приглашала. В квартире конфликтовала с соседкой, считала, что она за ней следит и доносит ее руководству. Получила новую квартиру, расположенную далеко от работы, долго сомневалась, стоит ли переезжать.

Сын больной (20 лет) начал оборудовать квартиру, покупать вещи. Постепенно А. стала тревожной, подавленной, еще более подозрительной, ничем не могла заниматься, испытывала неприятные ощущения в области сердца (сердцебиение, «замирание»), лечилась у терапевтов по поводу вегетососудистой дистонии. Целые дни лежала в постели, не ела, так как боялась выходить на кухню из-за соседки. Особенно тягостное состояние было утром. В поликлинике казалось, что все на нее смотрят. Направление к психиатру восприняла как козни соседки.

Сын, узнав, что А. направляют в психиатрическую больницу, стал уговаривать мать не ложиться туда, доказывая, что она здоровая. В приемном отделении он внезапно проявил возбуждение, бросился бежать по территории, кричал матери, что им угрожает опасность, что это специально подстроено, что началась «проверка». Был госпитализирован. В последующем выяснилось, что у него уже около года нарастала психопатологическая симптоматика с идеями преследования и воздействия. По-видимому, изменения стереотипа (переезд на новую квартиру, переживания по поводу болезни матери с необходимостью ее госпитализации) способствовали обострению процессуального заболевания с развитием острого психотического состояния.

Сложность ситуации, когда родственники не понимают болезненности психического состояния своих близких, состоит и в оказании собственно лечебной и реабилитационной помощи больным, включая выдачу психотропных препаратов, контроль за их приемом, необходимость госпитализации, прохождение больным освидетельствования во ВТЭК и др. Успех амбулаторного лечения, предупреждение обострений психического заболевания, опасных действий больных во многом зависят от того, насколько хороший контакт устанавливается у больного с врачом и медицинской сестрой психоневрологического диспансера.

Перед **врачом общего профиля** в его работе с больными, страдающими психическими расстройствами, возникает ряд задач и среди них, прежде всего — выявление симптомов психических заболеваний, умение их правильно оценить и убедить пациента обратиться за помощью к психиатру. В практике врача поликлиники или соматического стационара могут встречаться больные с различными психическими нарушениями — от пограничных невротических и личностных расстройств до выраженных психотических состояний, включая расстройства сознания, бредовые расстройства, депрессивные состояния и т.д. Поведение и тактика врача при каждом из этих расстройств имеют свои особенности.

### **23.2. Психология больных с пограничными психическими расстройствами**

Наиболее распространенными психическими расстройствами являются пограничные формы, включающие невротические, неврозоподобные, личностные и поведенческие (психопатические и психопатоподобные) нарушения. Расстройства данного регистра наиболее часто встречаются в общеврачебной практике.

*Истерические формы реагирования*, от острых реакций на стресс, истерических невротических состояний до истерических психозов, встречаются в клиниках различного профиля. Это весьма неприятные (из-за нарочитости, изменчивости проявлений и капризности, конфликтности пациентов) как для врачей, так и для окружающих формы болезненного реагирования на внешние вредности требуют соответствующего подхода, оценки и лечения. Особое место в клинической практике врача занимают *конверсионные истерические проявления*, которые имитируют разнообразные соматические расстройства. Такие больные, попадая в клиники различного профиля (терапевтического, хирургического, неврологического и др.), могут в течение длительного времени получать неадекватную терапию, даже подвергаться оперативным вмешательствам, если своевременно не будут выявлены механизмы имеющихся у них расстройств и применены психотерапевтические и другие методы лечения данного типа нарушений.

Пациент с истерическими расстройствами «желает» слышать, что он болен, что его болезнь самая необычная, требует особых подходов к лечению. Утверждение врача, что он здоров и должен «взять себя в руки», вызывает у него реакцию протеста, выражающуюся обычно в утяжелении вегетативных и соматических симптомов. Врач должен отказаться от неправильного отношения к истерии, не смотреть на истерическое расстройство как на притворство, не требовать, чтобы больной перестал вести себя подобным образом. В таких случаях состояние больных, как правило, утяжеляется, могут появляться новые симптомы; кроме того, часто возникает недовольство пациента врачом и конфликтные ситуации.

Помещение больного с истерическими расстройствами в общесоматический стационар в ряде случаев может способствовать фиксации отдельных симптомов и дальнейшему *истеро-ипохондрическому развитию* по механизму «бегства в болезнь». Однако при правильном подходе врача, применении им психотерапевтических методов, включающих суггестию, подобная госпитализация может оказать и терапевтический эффект.

Несколько иной эффект оказывает помещение в общесоматические отделения больных с тревожно-мнительными чертами характера, страдающих *фобическими* (кардиофобия, канцерофобия и т.п.) *расстройствами*. В этих случаях госпитализация, как правило, приводит к ухудшению самочувствия и нарастанию страхов. Вид тяже-

лобальных, умирающих, разговоры о болезни, обследования и лечебные мероприятия усиливают беспокойство и озабоченность состоянием своего здоровья: больной не может спать, мечется в тревоге и страхе, требует дежурного врача, не отходит от медицинской сестры, так как каждую минуту боится умереть. В этих случаях он нуждается в консультации психиатра, и чем быстрее это будет сделано, тем скорее улучшится его самочувствие.

Разговаривая с таким больным, необходимо помнить, что он должен услышать от врача убедительное заключение — болезнь его не является опасной, и его жизни ничего не угрожает. В подтверждение этих слов необходимо привести понятные больному аргументы. Никаких расплывчатых и неопределенных формулировок он слышать не должен. Даже если пациентом является врач-коллега, разговор с ним должен вестись как с больным, а все профессиональные разговоры и обсуждения диагностических сомнений отложены до выздоровления. Нужно помнить, что во время болезни меняется психология человека, в его сознании доминируют аффективно насыщенные мысли о болезни, в связи с чем большинство людей в той или иной степени утрачивают способность правильно оценивать ситуацию.

Перед врачом общего профиля (терапевт, хирург) стоит серьезная задача — *убедительно обосновать, что больному необходима консультация психиатра.*

При *расстройствах невротического генеза* (в том числе и по типу нозогений) целесообразно сделать акцент на том, что соматическая болезнь ослабила нервную систему, в связи с чем нарушился сон, исчез аппетит, появились слезливость, раздражительность, тревога, страхи, которые, в свою очередь, оказывают отрицательное влияние на течение соматической болезни. Поэтому для успеха лечения необходимы совместные усилия и помощь специалиста другого профиля — психиатра, психотерапевта или психолога. Больному необходимо разъяснить, что иногда житейские неурядицы, нервное перенапряжение, переутомление могут вызывать вегетативно-соматические нарушения, по клиническим проявлениям схожие с известными соматическими заболеваниями; на самом же деле они обусловлены психогенными факторами и являются функциональными. Проведенное ему обследование (лабораторно и инструментально) не выявило признаков органической патологии, поэтому для правильной оценки имеющихся расстройств и соответствующего лечения необходима консультация психиатра.

Трудности лечения больных с патологическими чертами характера в рамках *психопатии* или *психопатоподобных синдромов*, нередко наблюдающихся при таких хронических заболеваниях, как туберкулез и язвенная болезнь, заключаются прежде всего в их эмоциональной неуравновешенности, склонности к эксплозивным реакциям, конфликтам с другими больными и медперсоналом.

Ошибкой врачей, порой утомленных необоснованными жалобами пациента, его раздражительностью и угрозами в свой адрес и в адрес медицинского персонала, являются скоропалительно принятое под влиянием эмоций решение показать больного психиатру — «пусть разберется». При этом, к сожалению, в стационарах имеют место случаи, когда консультация психиатра представляется лечащим врачом и, соответственно, воспринимается пациентом как наказание с угрозой упрятать в «сумасшедший дом». В такой ситуации консультация, как правило, не дает желаемого результата, так как психиатр не находит показаний для перевода больного в психиатрическое отделение, и вместо пользы наносит ему вред, так как у больного в дальнейшем формируется протест против любой психиатрической помощи, которая необходима для реабилитации.

При хронических соматических заболеваниях, как было показано в соответствующих главах, у больных имеют место разнообразные *психические нарушения*, в том числе *нозогенного характера*, которые, в случае отсутствия адекватной психотерапевтической помощи, могут принимать затяжное течение, завершаясь *невротическим* или *патохарактерологическим развитием*, что существенно ограничивает реабилитацию больных. Наблюдаются случаи, когда по соматическому состоянию больной мог бы продолжать трудовую деятельность, но фиксированные невротические симптомы и изменения характера, возникшие на почве длительной соматической болезни, делают его нетрудоспособным еще на многие месяцы. Чаще всего речь в таких случаях идет об *ипохондрических расстройствах* в совокупности с другими невротическими или патохарактерологическими радикалами (истерическим, обсессивным, эксплозивным и др.).

Ипохондрические проявления на фоне жалоб соматического характера бывают ведущими и у больных с *невротической* и *циркулярной депрессией*, особенно при маскированных формах последней. Эти больные часто свое подавленное настроение склонны объяснить плохим физическим состоянием.

Врачу важно не только заподозрить наличие у больного депрессивного состояния, но и попытаться определить его характер (психогенный — при невротической депрессии и аутохтонный — при циркулярной депрессии), что необходимо для дальнейшего лечения. Целенаправленная беседа со стремлением выявить суточные колебания настроения, сезонность расстройств, связь их с ситуацией, особенности вегетативных нарушений помогают правильной квалификации этих симптомов. Так, ранние утренние пробуждения с «невыносимой тоской» характерны для циркулярной депрессии, а пробуждение с большим трудом, сопровождающееся слабостью и разбитостью, — для невротической депрессии. При циркулярной депрессии, как правило, наблюдается повышение артериального давления, при невротической — гипотония. У больного с циркулярной депрессией глаза «сухие», при невротической — выраженная слезливость.



Правильная оценка депрессивного состояния способствует *профилактике суицидов*. Если при невротической депрессии угроза самоубийства невелика, то при циркулярной депрессии суицидальные мысли и тенденции возникают довольно часто, в связи с чем необходимо госпитализировать больного, так как в домашних условиях «самоубийство непредотвратимо».

Разнообразные телесные сенсации у депрессивных больных и нарушения отдельных функций организма могут способствовать ошибочной диагностике. Например, отсутствие менструации позволяет предположить у больной беременность или гинекологическое заболевание, «предсердечная тоска» и неприятные ощущения в области сердца, ощущение перебоев в его работе дают основание думать об инфаркте миокарда или другой сердечной патологии. Резкое похудание больных депрессией, отсутствие аппетита могут навести врача на мысль о новообразовании и направить исследование по ложному пути, создав при этом условия для возникновения у больного еще и канцерофобии. Этому часто способствуют сложные, болезненные, неприятные процедуры обследования, проводимые без учета психического состояния больного.

Примером неправильной оценки состояния депрессивного больного может служить следующее наблюдение.

Больной В., 53 года, хирург, с жалобами на давящие боли в области сердца и за грудиной был госпитализирован в терапевтическое отделение с подозрением на инфаркт миокарда. Диагноз не подтвердился, был выписан на работу. На следующий день рано утром пришел в операционную и нанес себе скальпелем тяжелое ранение в область сердца. Был вскоре обнаружен операционной медицинской сестрой, срочно оперирован и спасен.

В последующем он сообщил, что всю жизнь ему были свойственны колебания настроения. В 50 лет около месяца было состояние слабости, вялости, подавленности, но это совпало с отпуском, и сослуживцы об этом не знали.

Незадолго до госпитализации в терапевтический стационар начали нарастать подавленность, неприятные ощущения в области сердца, боли за грудиной, сердцебиение. Наблюдались повышения артериального давления. Нарушился сон. В таком состоянии и был госпитализирован.

В отделении его окружали коллеги, проводили обследования, успокаивали, что он здоров. Вспоминает, что «все хлопали по плечу, советовали не хандрить, шутили и уходили». Жалобам не придавали значения, не обращали внимания на то, что он похудел на 10 кг. Никто с ним серьезно не разговаривал, не расспрашивал о состоянии, настроении. Между тем он просыпался рано, «пересматривал» свою жизнь. Затем начал думать, что окружающие относятся к нему недоброжелательно, считают симулянтом. Настоял на выписке, но чувствовал, что работать не может. Не видел выхода из сложившейся ситуации и совершил импульсивную суицидальную попытку.

В этом наблюдении вегетососудистые нарушения, характерные для циркулярной депрессии, были приняты врачами за соматические расстройства.

Никто не собрал подробный анамнез, не расспросил больного о его состоянии. На циркулярную депрессию указывали подавленность, ранние пробуждения, похудание, такие вегетативные симптомы, как сердцебиение, повышение артериального давления, «предсердечная тоска». Если бы эти характерные особенности были вовремя выявлены и правильно оценены, то можно было бы предотвратить суицидальную попытку.

Ошибочная трактовка состояния больного ведет к неправильным дальнейшим действиям. Больных направляют на обследование в непрофильные стационары. Часто при детальном обследовании и соматическом лечении не наступает улучшения самочувствия, наоборот, больной только убеждается в неизлечимости своего заболевания. При этом депрессия может углубляться, приводя к отчаянию и суицидальным действиям, которые в условиях соматической больницы не всегда возможно предотвратить.

### **23.3. Психологические проблемы при острых психотических состояниях**

Остро возникшее *психотическое состояние*, обусловленное соматическим или иным заболеванием, как правило, сопровождается изменением сознания и такими продуктивными симптомами, как галлюцинации, бред, изменение поведения, нарушение ориентировки в окружающем. Под влиянием этих расстройств больной может испытывать страхи, совершать неправильные поступки, стремиться куда-то бежать, от кого-то защищаться. В этом состоянии он *становится опасным для себя и окружающих*, поэтому необходима срочная консультация психиатра, а до его прихода требуется индивидуальный уход с постоянным, неослабным вниманием за поведением больного, а также применение, в случае необходимости, временных мер удержания.

Острые психозы, особенно интоксикационной природы, как правило, имеют свои предвестники, знание которых дает возможность своевременно распознавать болезнь, создать необходимые условия для предупреждения опасных действий больного и начать лечение. В терапевтическом, инфекционном и хирургическом отделениях можно наблюдать острое психотическое состояние с делириозным помрачением сознания, которое нередко возникает у лиц, злоупотребляющих алкоголем.

*Предвестниками делириозного помрачения сознания* могут быть расстройства сна, тревожное настроение, понижение порога на действие всех раздражителей. Больные предъявляют жалобы, что им неудобно лежать, раздражает прикосновение белья, мешают свет. У некоторых перед засыпанием появляются наплывы необычных кар-

тин. Больной говорит, что стоит только закрыть глаза, как появляются какие-то «рожи», страшные фигуры, вследствие чего он боится закрыть глаза и уснуть, а если и засыпает, то сон у него поверхностный, с обилием неприятных сновидений. Часто больной утрачивает четкую границу между сновидениями и событиями, происходящими наяву. Если врачу удастся выявить эти симптомы, то он может путем назначения соответствующей терапии смягчить или даже предупредить развитие продуктивных расстройств, предотвратить опасные последствия заболевания.

Надо помнить, что не каждый больной склонен рассказать о своем состоянии, поэтому врач должен активно расспрашивать его об этом, интересоваться характером сна, переживаний, содержанием сновидений. Также следует собирать сведения о поведении больного с признаками развивающегося психоза у других пациентов, соседей по палате, медицинского персонала. Необходимо поручить дежурному персоналу особенно тщательно наблюдать за состоянием такого больного и в случае неадекватного поведения вызывать дежурного врача или бригаду скорой психиатрической помощи.

При неотложной госпитализации больного в психиатрическую больницу из соматического стационара или поликлиники следует придерживаться принципа «не обманывать больного», приложив все усилия, чтобы уговорить его дать согласие. Только в исключительных случаях, когда становится очевидным, что у больного измененное сознание (сумеречное, делириозное, аментивное), неадекватное поведение с агрессией, вызванное галлюцинаторными или бредовыми расстройствами и др., т.е. *состояние его представляет непосредственную опасность для него и окружающих* (в соответствии с положением Закона о психиатрической помощи), можно пойти на *недобровольную госпитализацию с использованием принуждения*. В случае отсутствия показаний для неотложной госпитализации и добровольном согласии больного на оказание ему психиатрической помощи первая встреча его с психиатром происходит в психоневрологическом диспансере, в который он обращается по направлению терапевта, невропатолога или другого специалиста поликлиники либо после пребывания в больнице.

От первого посещения диспансера зависит многое в дальнейшем отношении больного к врачам-специалистам. Надо всегда учитывать, что больной находится в состоянии тревожного ожидания и страха перед «сумасшествием», испытывает стыд, что его направили в больницу для «умалишенных», что он «ненормальный». Необходимо, чтобы он с первого посещения понял — лечение в диспансере или больнице не влечет за собой лишения его каких-либо прав и трудоспособности, не ставит вне общества и вне коллектива. Больной может принимать лекарства и оставаться дома, получать лечение, приходя в дневной стационар, и возвращаться вечером домой в семью.

Недобровольная госпитализация больных в психиатрическую больницу или соматопсихиатрическое отделение больницы общего профиля может быть осуществлена только при наличии показаний, предусмотренных Законом о психиатрической помощи и гарантии прав граждан при ее оказании.

#### **23.4. Психология больных шизофренией**

Шизофрения — одно из наиболее распространенных психических заболеваний. Ее клиническая картина крайне полиморфна, поэтому поведение больного, а соответственно и тактика врача по отношению к нему зависят от того, какие клинические симптомы преобладают. В клинике шизофрении расстройства психической деятельности могут проявляться, с одной стороны, *продуктивными* (психотическими и непсихотическими) симптомами, такими как бред, галлюцинации, кататония, аффективными нарушениями, невротоподобными и психопатоподобными синдромами, с другой — *негативными*, указывающими на более или менее выраженный дефект, недостаточность психических функций (аутизм, апатия, абулия, редукция энергетического потенциала).

Трудности в общении с больным шизофренией, обратившимся к врачу общего профиля с жалобами соматического характера, могут возникать уже на этапе сбора жалоб и анамнестических сведений. Это связано с характерными для больных шизофренией *расстройствами ассоциативной деятельности*, вследствие чего они не могут (независимо от старания обеих сторон) собрать свои мысли для последовательного изложения необходимых врачу сведений. Больные при этом производят впечатление рассеянных, бестолковых, отвлеченных своими переживаниями.

В случае грубых расстройств мышления речь таких больных часто становится не вполне понятной из-за *разорванности ассоциаций*, т.е. утраты логической связи при сохранении грамматической связи между отдельными элементами речи. Следствием нарушения процесса мышления может явиться утрата единства мысли и опыта.

Часто в общении с больным можно наблюдать своеобразную *формальность мышления*. Так, больная при повторном поступлении в больницу утверждала, что она никогда в этой больнице не лечилась. Никакие доводы не действовали. Затем она объяснила врачу: «Вы же сами говорили мне, что я так хорошо поправилась, что могу забыть о своей болезни, вот я и забыла».

Врачи должны также знать, что часто поведение больных шизофренией не понятно для окружающих, иногда неадекватно, даже если отсутствуют продуктивные психопатологические проявления (галлюцинации, бред и т.д.). Это может быть связано с такими нарушениями в эмоциональной и волевой сферах, как *амбивалентность* и *амбигуэнтность*. Возможны ничем не провоцируемые, порой полярные, аффективные реакции: недоброжелательность, сменяю-

щаяся восторженностью, обожанием, а затем глухой тревогой, недовольством окружающими. Поступки больных также могут носить внешне импульсивный характер.

Часто у таких больных наблюдается *нарушение* так называемой *единой линии поведения*. Госпитализированный больной иногда отказывается беседовать с врачом, мотивируя это тем, что «он не болен и во враче не нуждается». Часто больные, возмущаясь, что их госпитализировали, поскольку считают себя здоровыми, без сопротивления принимают лекарства; не желая разговаривать с одним врачом, вступают в контакт с другим; отказываясь от больничной пищи, «так как она им как здоровым не положена», едят принесенные из дома продукты или наоборот.

Характерные для больных шизофренией амбивалентность и пассивную подчиняемость можно наблюдать при переводе их из соматического отделения в психиатрическое или при госпитализации из дома. Больной, сопротивлявшийся словесно или оказывавший физическое сопротивление во время госпитализации, затем по указанию врача идет в отделение, пассивно подчиняется и выполняет все назначения.

Вместе с тем, необходимо помнить, что больной может диссимулировать имеющиеся у него расстройства и при малейшей возможности самовольно уйти из отделения, уклоняться от приема лекарств, прибегая к обману медперсонала. Поэтому в таких случаях необходимо усиленное наблюдение и контроль за приемом лекарств. Такие больные часто обращаются к студентам с просьбами позвонить родственникам и сообщить им, что случайно оказались в психиатрической больнице, отправить написанные ими письма в административные органы, прокуратуру с просьбой или требованием разобраться в ситуации и решить вопрос о выписке.

Незнание врачом общей практики особенностей психических расстройств при шизофрении и поведения больных, определяемого данными расстройствами, может приводить к тому, что совершаемые пациентом поступки расцениваются как плохое поведение, капризность и могут способствовать возникновению конфликтных ситуаций, связанных с неправильной тактикой врача.

Под наблюдение врача психиатра больные чаще попадают тогда, когда указанные особенности психической деятельности сопровождаются *продуктивными симптомами*, на которые в первую очередь обращают внимание врачи общего профиля. Из терапевтического отделения (стационара) в психиатрический диспансер (больницу) могут быть направлены больные с *неврозоподобными, ипохондрическими, депрессивными состояниями*. В связи с тем, что картина болезни у таких больных довольно часто вызывает диагностические затруднения, для уточнения диагноза и последующего лечения необходима консультация психиатра, а иногда и госпитализация в психиатрический стационар. Именно уточнением диагноза и необходимо-

стью подбора адекватной терапии следует аргументировать направление больных в учреждения психиатрического профиля.

Иногда у больных может возникнуть острое состояние тревоги, страха с переживанием измененности собственного «Я» или отчуждения ощущений, мыслей, чувств, т.е. *деперсонализационные проявления*. Подобные состояния могут проявляться в виде раптусов или вегетативных кризов, для которых характерна пароксизмальность (внезапность возникновения и прекращения). В клинической картине, наряду с переживанием «животного» страха или ужаса, присутствуют разнообразные вегетативные нарушения: сердцебиение, одышка с чувством нехватки воздуха, дурнотой, потливостью. Явления деперсонализации могут в некоторых случаях лежать в основе кардиофобии, так как больной чаще связывает свое состояние с возможной сердечной патологией, и жалобы «на сердце» ему высказать легче, чем попытаться объяснить врачу необычность своих ощущений, переживания измененности и отчуждения. Именно поэтому в таких случаях при отсутствии данных, свидетельствующих о соматической патологии, необходимо настоятельно рекомендовать пациенту консультацию квалифицированного врача психиатра.

Большие сложности могут возникать у врачей в работе с больными, страдающими *бредовыми расстройствами*. Предположив у пациента на основе его высказываний и поведения наличие бредовых расстройств, врач должен прежде всего вспомнить древнее изречение: «Сто мудрецов не переубедят безумного», и поэтому не говорить с больным в категоричной форме о неправомочности и недостоверности его утверждений. В противном случае больной будет стараться диссимулировать имеющиеся у него болезненные переживания, скрывать свои намерения, связанные с бредовыми идеями. Для того чтобы больной раскрыл врачу свои переживания, требуется установить с ним хороший контакт и добиться доверия, что удастся далеко не каждому специалисту и требует профессиональной подготовки и опыта работы с психически больными.

Приведем пример.

Больная К., страдающая параноидной шизофренией, жалуется на то, «что милиция ее преследует и мешает выйти замуж». Подробно рассказывает врачу и всем окружающим на работе о «кознях ее врагов». Постепенно в процессе лечения она все меньше и меньше говорит об этом окружающим, но врачу высказывает бредовые идеи преследования. Сама говорит врачу: «Я теперь никому, кроме вас, об этом не рассказываю, а то будут считать меня сумасшедшей». «Вы считаете, что это бред, а это все происходит на самом деле, но я стараюсь никому не говорить и вида не показывать».

Особенно сложен для выявления *паранойяльный бред*, который, как известно, может формироваться на основе реальных событий, и поэтому в беседе больные могут сообщать правдоподобные факты.

Бред в этих случаях не носит нелепого характера, и иногда при первой беседе возникают затруднения при отграничении реальных событий от бредовой их трактовки. Для уточнения диагноза большое значение имеет выяснение подхода больного к решению этого вопроса, того, каким образом он пришел к такому выводу. Приведем примеры.

1. Больная Т. была на концерте известного певца и ушла домой убежденная, что он объяснился ей в любви, так как пел песню о девушке с таким же именем, как у нее. Стала добиваться встречи с ним, ходила на его концерты и каждый раз по выражению его глаз, особым жестам убеждалась, что он действительно ее любит.

2. В другом случае больной «по глазам», «по знакам и намекам» догадался, что ему симпатизирует сотрудница. Общался с ней только мысленно, никогда не разговаривал, но чувствовал, что она понимает его на расстоянии и согласна быть его женой. Был крайне удивлен и огорчен, когда узнал, что она вышла замуж. Появились подавленность, нарушился сон, пропал аппетит, не мог сосредоточиться на работе, постоянно думал о любимой, испытывал навязчивое желание вспоминать все с ней связанное. Ни ей и никому из сотрудников не говорил о своих переживаниях. Из-за снижения работоспособности и подавленного настроения вынужден был обратиться в диспансер, где произвел впечатление больного с реактивной депрессией, и только при подробном изучении состояния больного можно было сделать вывод, что он страдает шизофренией с наличием любовного бреда.

Встречаются случаи, когда объектом любовного бреда становится врач. При этом больные проявляют чрезвычайную настойчивость в посещении врача, пишут ему письма с объяснениями в любви и предложением «руки и сердца», ждут после работы, предлагая проводить до дома, иногда высказывают угрозы в его адрес или адрес близких, которые препятствуют «соединению влюбленных». Такие особенности формирования психопатологических проявлений могут наблюдаться и при других вариантах паранойяльного бреда, который редко наблюдается как самостоятельная форма заболевания, а чаще является одним из этапов развития параноидной формы шизофрении и зачастую просматривается врачами, так как поведение больных в начале формирования болезни нередко носит внешне упорядоченный характер.

Серьезную социальную опасность могут представлять больные с *бредом ревности*. Так же как и любой другой паранойяльный бред, вначале бред ревности основывается как бы на реальных фактах. Опасность этих больных в том, что они могут покушаться по бредовым мотивам на жизнь своей супруги (супруга), мнимого соперника, любовницы, а также на свою собственную жизнь. Иногда такие действия могут наблюдаться в рамках расширенного суицида, когда, расправившись с «неверной» супругой, больной совершает самоу-

бийство. Учитывая опасность больных для окружающих, иногда приходится прибегать к их недобровольной госпитализации. Врач поликлиники, к которому в первую очередь могут обращаться за помощью, должен уметь объяснить жене (мужу) и родственникам, насколько опасно заболевание и почему необходимо направить больного в психиатрическую больницу. При дальнейшем развитии бредовых расстройств, появлении галлюцинаций, псевдогаллюцинаций, психических автоматизмов болезнь становится более явной и заметной для окружающих.

Иногда больные включают в свои бредовые переживания врачей, обслуживающий персонал, студентов. Они оскорбляют и обвиняют их в неблаговидных поступках, требуют изменить отношение к нему, «перестать на них воздействовать», «не играть на их нервах». В таких случаях необходимо, разобравшись в особенностях болезни, сохранять спокойствие, профессиональный такт, не давать реакций обиды и раздражения, сохраняя при этом осторожность и повышенное внимание к действиям больного, учитывая возможность неожиданных, в том числе агрессивных, поступков.

Врачи общей практики нередко встречаются с больными шизофренией с *ипохондрическим бредом*. Такие больные настойчиво обращаются к врачам, утверждая, что они страдают каким-то определенным заболеванием, сообщают соответствующие симптомы, добиваются проведения необходимых, по их мнению, исследований и лечения.

В качестве примера приведем следующее наблюдение.

Больной Г. настойчиво обращался в кожно-венерологический диспансер, уверяя врача, что он заразился сифилисом в результате «случайного контакта». При неоднократном обследовании диагноз не подтвердился, но он так убеждал врачей и так добивался лечения, что ему провели несколько курсов специфической терапии.

Несмотря на это его состояние не улучшалось, через некоторое время стали проявляться характерные для шизофрении расстройства мышления и неправильное поведение: писал жалобы на лечащих врачей КВД в вышестоящие инстанции, обвиняя их в непрофессионализме и нежелании оказать помощь больному. В связи с тем, что высказывал прямые угрозы расправы с врачами, был в недобровольном порядке госпитализирован в психиатрическую больницу. В психиатрическом стационаре выяснилось, что «заражение сифилисом ему подстроил один его знакомый», который «мстил за выступление против него на собрании». «С целью мести» он «заразил сифилисом его лошадь» (больной занимался конным спортом), чтобы таким путем заразить его «особой формой» сифилиса. По его мнению, это было сделано для того, чтобы врачи не распознали болезнь.

При *острых психотических состояниях*, которыми могут проявляться манифестация или обострение шизофренического процес-



са, поведение больных носит несколько иной характер, что позволяет окружающим, и врачам в том числе, выявить психическое расстройство.

У больных отмечается двигательное возбуждение, они проявляют резкий негативизм при любой попытке вступить с ними в контакт и оказывают активное сопротивление при намерении изменить их положение, при этом могут совершать импульсивные действия, порой опасные для них и окружающих. Иногда, наоборот, больные, погруженные в свои болезненные переживания, внешне малоподвижны, заторможены, несколько растеряны. Они с трудом осмысливают происходящие события, не могут сформулировать свои жалобы, говорят о непонятности внешней обстановки, о подстроенности ее, не могут разобраться, где они находятся, часто заявляют, что это и больница и тюрьма, врача принимают в двух лицах — «он и врач, и одновременно следователь». В окружающих больные могут узнавать своих родных, при этом не различая их пол и возраст (пожилую женщину больная может назвать сыном и т.д.). Эти состояния иногда сопровождаются *фантастическим бредом*, который причудливо переплетается с реальными событиями. Сам больной, как правило, активно не высказывает свои бредовые переживания, поэтому врач должен уметь расспросить его, чтобы понять характер имеющегося расстройства, назначить режим психиатрического наблюдения и соответствующую терапию. Во время беседы врач должен проявлять значительное терпение, так как больной говорит медленно, с длительными паузами вследствие заторможенности и растерянности.

Для некоторых вариантов параноидной шизофрении характерны *галлюцинаторные проявления*. Наибольшую опасность представляют вербальные галлюцинации в форме приказаний (императивные галлюцинации). Под влиянием «голосов» больной может совершать немотивированные, нелепые поступки, часто опасные для него и окружающих. «Голоса» могут приказывать больному совершить самоубийство, отказываться от еды, не спать, не разговаривать с врачом и т.д. Не всегда больные сообщают о «слышимых ими голосах», поэтому большое значение имеют так называемые *объективные признаки галлюцинаций*: пациент к чему-то прислушивается, внимательно смотрит в каком-либо направлении, что-то шепчет, затыкает уши, принимает пищу, обнюхивает нос.

Примером обонятельных галлюцинаций могут быть «ощущаемые» больными запахи кишечных газов при своеобразной разновидности синдрома *дисморфофобии (дисморфомании)*. Больные утверждают, что «из-за неправильного строения анального сфинктера» они «не удерживают кишечные газы», и все окружающие «замечают это» и так или иначе «проявляют свое неудовольствие». Эти больные настойчиво обращаются к хирургам с просьбой произвести пластическую операцию — «укрепить сфинктер». Необходимо помнить, что иногда родственники больных настолько бывают индуцированы

ими, что подтверждают жалобы больных на негативное отношение «окружающих» к их «недостаткам». Больные обычно применяют и собственные меры «борьбы с запахом»: носят специальное белье, пользуются крепкими духами, чтобы «отбить запах». Эта разновидность синдрома дисморфофобии (дисморфомания) представляет собой *ипохондрический бред*, который наиболее часто встречается при шизофрении (Коркина М.В., 1968).

Хирург должен чрезвычайно тщательно осмотреть такого больного и очень осторожно сформулировать заключение о наличии соматической патологии, так как иногда больной может индуцировать не только родственников, но и врачей. В дальнейшем, ссылаясь на врача, больной в разных инстанциях будет добиваться проведения операции, которая обычно не улучшает состояние. Хирург, оперировавший больного и не принесший облегчения, в дальнейшем может подвергаться преследованию с его стороны, поскольку включается в бредовую систему.

Больные с другими вариантами синдрома дисморфофобии (дисморфомании), бредовые переживания которых сосредоточены на их внешности, обращаются к врачам-косметологам, пластическим хирургам, специалистам по кожным заболеваниям, добиваясь проведения пластических операций, которые не приносят им облегчения. При развитии болезни врачи оказываются среди «врагов», которые «умышленно во время операции нарушили жизненно важные функции, отняли половую силу» и др. Такие больные могут жаловаться на врачей, требовать привлечения их к ответственности, проявлять по отношению к ним агрессивные действия.

*Депрессивные состояния* при шизофрении требуют особого внимания врача. Шизофренические депрессии обычно отличаются отсутствием единства в симптоматике. Так, при незначительно выраженной тоскливости и заторможенности у некоторых больных наблюдаются упорные суицидальные мысли и тенденции. Характерны также значительные колебания эмоционального состояния — от близкого к норме настроения (иногда с оттенком эйфории) до отчаяния с суицидальными тенденциями и попытками.

Надо помнить, что *суицидальные попытки* у этих больных часто бывают *импульсивными*. Быстрая смена настроения, контрастность эмоциональных реакций, мало связанные с внешними событиями, приводят к суициду. Обычно такие больные не выполняют обещаний, данных врачу и близким, не покушаются на свою жизнь, пообещав ничего не предпринимать и успокоив родных, они тут же могут совершить самоубийство. Среди депрессивных больных шизофренией имеются лица, у которых депрессия носит стертый или рудиментарный характер, но при этом имеет место отчетливая реакция на свою неполноценность, на болезнь и связанные с нею изменения личности. В таких случаях значение имеют психотерапевтические беседы с больными, выбор для них посильной работы, назначение

щадящего режима. Успешное проведение этих мероприятий создает условия для дальнейшей психотерапевтической помощи, включая групповую, семейную и другие виды психотерапии.

Большие затруднения в диагностике вызывают *психопатоподобные состояния* при шизофрении, особенно в подростковом и юношеском возрасте. Асоциальное поведение с расторможенностью влечений долгое время не расценивается как проявление болезни. В оценке состояния этих лиц незаслуженно много внимания уделяют внешним факторам, возрастным кризам, неправильному воспитанию и др. А такие проявления, как беспорядочное пьянство, сексуальные эксцессы, воровство, бродяжничество и др., часто являются проявлением психического заболевания. Установлению диагноза помогает выявление расстройств мышления, эмоциональных изменений, неадекватности поступков, характерных для шизофренического процесса.

Среди населения, а иногда и среди врачей и персонала общемедицинской сети, распространено мнение, что о человеке, страдающем шизофренией, который перенес острый приступ болезни и находится в состоянии ремиссии, должны заботиться только психиатрические службы. Такие представления основываются на неправильных взглядах на данную болезнь, которая якобы полностью искажает личность.

Конечно, психически больной, совершивший правонарушение в состоянии психоза, признается невменяемым. Однако отсутствие продуктивной симптоматики, стойкие ремиссии с незначительно или умеренно выраженными изменениями личности позволяют больным оставаться полноценными членами общества, иметь работу, семью, друзей. Для того чтобы как можно дольше сохранить больного человека для полноценной жизни, важно создать условия, которые способствовали бы его социальной адаптации. Эти условия могут помочь обеспечить системы социального обеспечения и помощи психически больным, психологические службы, работающие как самостоятельно, так и в структуре медицинских учреждений, родственники больного, друзья, коллеги по работе.

Задачами врачей общей практики является не только оказание психически больным узкоспециализированной медицинской помощи, но и своевременное выявление серьезных психических нарушений, представляющих непосредственную опасность для самого больного или окружающих, обеспечение условий, предотвращающих подобные действия, и психиатрической помощи. Необходимо помнить, что психически больные, так же как и психически здоровые пациенты, нуждаются в чутком и внимательном отношении со стороны врачей, медицинского персонала, родных и близких людей. Забота врача о больном, поведение медицинских сестер и обслуживающего персонала в соответствии с принципами медицинской этики и деонтологии могут адекватно восприниматься и оцениваться

пациентами даже при наличии у них значительно выраженных психических расстройств.

### **23.5. Психология больных эпилепсией**

На взаимоотношения врача с больным эпилепсией могут накладываться отпечаток имеющиеся у последнего *изменения личности*. Особенности личности и поведения больных эпилепсией описаны врачами еще в глубокой древности. Наиболее характерными чертами личности эпилептика считаются лживость, угодливость, с одной стороны, и злобность, злопамятность — с другой.

Поведение больных часто определяется эмоциональной насыщенностью переживаний и склонностью к *эксплозивным реакциям*. Причем реакции больного эпилепсией характеризуются именно взрывчатостью, а не просто раздражительностью, что может привести к вербальной угрозе, а иногда прямой агрессии в отношении окружающих. Надо помнить, что больным эпилепсией, помимо обидчивости и злопамятности, в силу особенностей мышления свойственна *неспособность дифференцировать* серьезную обиду и мелочи, поэтому они могут давать однозначные реакции гнева на различные по значимости ситуации. О таких больных говорят, что они могут унижаться из-за пустяка и из-за пустяка убить человека.

Иногда в состоянии аффекта больные могут совершать *аутоагрессивные действия*. Наклонность больных к длительному застреванию на мелких обидах, ссорах, эгоцентризм притязаний способствуют возникновению у них *сутяжных тенденций*.

Контакт врача с больными нередко бывает затруднен в связи с имеющимися *расстройствами мышления* в форме вязкости, обстоятельности, невозможности отделить главное от второстепенного, что делает малопродуктивной беседу с пациентом с целью сбора жалоб и анамнестических сведений.

Важное значение в лечении больных эпилепсией имеют *правила применения противосудорожных средств*: индивидуальность подбора препарата и его дозы, регулярность и длительность приема. Надо учитывать, что больные эпилепсией страдают *расстройствами памяти*. Поэтому все назначения им необходимо записывать и максимально упрощать сроки приема лекарств. Лучше назначать их в два приема — утром и вечером. С самого начала больной должен быть предупрежден о необходимости постоянного приема лекарств и о том, что только врач может менять дозы и сочетание назначенных препаратов. Больному объясняют, что отмена препарата без разрешения врача может привести к ухудшению состояния, учащению припадков и даже к эпилептическому статусу.

Обычно сами больные редко нарушают рекомендованную врачом терапию, так как возможные расстройства памяти у них компенсируются таким качеством, как *педантичность*, которая распространяется на их мотивации и действия, в том числе и на отношение

к проводимому лечению. Свойственные больным эпилепсией аккуратность и педантизм должны учитываться не только врачом, но и всем медицинским персоналом, особенно при выполнении назначений, процедур, обещаний, так как в противном случае могут возникнуть конфликты из-за невыполнения тех или иных обязательств по отношению к ним.

Нарушения в приеме противосудорожных средств (в частности, барбитуратов) возможны в случаях, когда больной после припадка попадает в больницу, например, в связи с полученной при этом травмой, а врачи не принимают во внимание проводимую ему до этого терапию. В результате резкой отмены противосудорожной терапии могут возникать повторные (серийные) припадки или даже *эпилептический статус*. Иногда после судорожного припадка или серии припадков у больного может наблюдаться *состояние нарушенного сознания* различной степени выраженности и продолжительности, что является основанием для усиленного наблюдения за ним. Если в состоянии оглушенности больные обычно не представляют опасности для окружающих, то при сумеречном состоянии сознания они могут неправильно себя вести, совершать агрессивные действия, уезжать или убежать, совершать поджоги и убийства. В сумеречном состоянии они, как правило, не ориентируются в окружающем, невпопад отвечают на вопросы, но действия их внешне могут носить как бы целенаправленный характер.

В состоянии оглушенности после припадка больной эпилепсией может стать жертвой несчастного случая, так как восприимчивость к внешним раздражителям понижена, и он может не услышать сигнала транспорта, не оценить должным образом происходящее на улице. Родственники больного и персонал медицинских учреждений должны знать, что больной после припадка может выходить из дома только с сопровождающими или оставаться на месте под наблюдением.

При проведении психотерапевтических бесед с больным следует помнить, что формулировки должны быть четкими и конкретными, понятными ему. Эпилептик, способный часами говорить о своем состоянии, застревать на деталях, сам слушать длительное время не может, так как у него *нарушена способность к концентрации внимания*. Кроме того, свойственная больным *ригидность суждений* также требует от врача значительных усилий и настойчивости, чтобы убедить пациента в чем-либо.

Много такта надо проявить в отношении больного, вынужденно в связи с болезнью сменить профессию, место работы или перейти на инвалидность с последующим овладением иной профессией. Давая такие рекомендации, необходимо исходить из особенностей его психики, которая с годами становится все более и более торпидной. Больные медленно схватывают и запоминают новое, поэтому освоение ими новой профессии может быть затруднено. *Торпидность*

*психики* проявляется и в том, что они плохо переключаются с одного вида деятельности на другой. Им можно рекомендовать работу, которая не требует быстрого переключения внимания, но нуждается в тщательности и точности выполнения операций.

### **23.6. Психология больных алкоголизмом и наркоманиями**

Психологические проблемы в работе врачей общей практики с больными алкоголизмом и наркоманиями являются актуальными прежде всего в связи с высоким уровнем заболеваемости, а также необходимостью выявления данной патологии на ранних стадиях, когда возможности оказания лечебной помощи больным выше, чем в более поздних стадиях.

Несмотря на то, что в течение последних 5–10 лет, по данным официальной статистики, отмечается некоторая тенденция к стабилизации заболеваемости алкоголизмом, по мнению большинства специалистов, занимающихся данной проблемой, это свидетельствует лишь о снижении обращаемости больных за наркологической помощью в государственные медицинские учреждения, а поэтому не отражает истинной картины распространенности алкоголизации среди населения. Гораздо более показательными являются данные о потреблении алкоголя и его суррогатов на душу населения, а также значительный рост алкогольных психозов и случаев смерти от отравлений алкоголем или его суррогатами и соматических нарушений, связанных с алкоголизацией.

Распространенность алкоголизма связывают прежде всего со все еще живущим среди населения представлением о безвредности спиртных напитков, с традициями застолья, употреблением алкоголя в качестве адаптогена в случаях психологических затруднений. Кроме того, в обществе существует мнение, что лечение от этого порока не приносит желаемых результатов, а в ряде случаев даже будто бы «разрушает организм». Часто приходится сталкиваться с тем, что даже образованные люди не представляют, какие опасности таит в себе систематический прием значительных доз спиртного, не знают, что развитие болезни зависит не от «доброй воли» пьющего, а является результатом формирующейся психической и физической зависимости человека от алкоголя. Границы между бытовым пьянством и алкоголизмом в начальных стадиях болезни, как известно, весьма расплывчаты, и поэтому самому больному, окружающим его людям, в том числе и врачам, не являющимся специалистами в области наркологии, порой трудно уловить тот момент, когда приемы алкоголя из вредной привычки переходят в болезнь.

Катастрофическими темпами растет и заболеваемость наркоманиями (по официальным данным, за последние десять лет число наркоманов увеличилось в 11 раз). Причем необходимо учитывать, по рекомендации ВОЗ, что для получения экспертной оценки количества потребителей наркотиков среди населения учетные цифры

больных наркоманиями необходимо умножать на коэффициент, колеблющийся от 7 до 50.

В поле зрения врачей общей практики больные алкоголизмом и наркоманиями, как правило, попадают в связи с имеющимися у них соматическими нарушениями, причем как не связанными напрямую с употреблением алкоголя или наркотических средств, так и являющимися проявлением алкоголизма или наркомании.

Впервые внимание на значимость соматических нарушений при алкоголизме обратил Е.Блейлер еще в 1920 г., когда не было еще многих методов параклинической диагностики. Подчеркивая значимость соматических симптомов алкоголизма, он тем самым хотел показать, что речь идет о заболевании всего организма. Как показывают современные исследования, на ранних этапах развития алкогольной болезни, когда еще не отмечается психических расстройств и нет абстинентного синдрома, который считается формальным признаком алкоголизма, при тщательном обследовании у многих больных уже обнаруживаются сердечно-сосудистые нарушения и, в особенности, изменения в органах пищеварения (гепатиты, панкреатиты, язвенная болезнь, колиты и др.). К сожалению, эти изменения врачи-интернисты не всегда связывают с регулярным употреблением алкоголя. При внимательном расспросе у таких больных удастся выявить и некоторые астенические симптомы, которые могут удерживаться в течение нескольких дней после приема алкоголя.

Несмотря на обширную соматическую патологию, больные почти не предъявляют жалоб. Они отрицают объективные признаки болезни, ссылаются на авторитеты врачей, у которых они в прошлом наблюдались, ручаются за свое хорошее и даже превосходное самочувствие (явления *соматической анозогнозии*). Довольно отчетливые астенические симптомы они объясняют второстепенными причинами: неурядицами на службе, в семье, перегрузками в работе и т.д.

Кроме астенических проявлений, имеет место и *заострение характерологических черт*. В семье и на работе часто возникают конфликты: больные становятся капризными, вздорными, несговорчивыми. У них снижается работоспособность, в чем они часто обвиняют своих близких, заявляя, что им не создают необходимых условий.

К отмеченным изменениям в дальнейшем присоединяются явные признаки хронической алкогольной интоксикации с множественными вегетативными расстройствами в структуре сформировавшегося синдрома похмелья (*абстинентный синдром*), который больные обычно отрицают, так как не считают себя «алкоголиками».

В далеко зашедших стадиях болезни возникают значительные затруднения в госпитализации и лечении больных алкоголизмом в связи с тем, что они отрицают или игнорируют имеющиеся у них не только соматические, но и психические нарушения (*алкогольная анозогнозия*). Отказ от воздержания в употреблении спиртных напитков и проведения лечебно-реабилитационных мероприятий ведет

к дальнейшему углублению *аффективных* и *личностных расстройств*. Больные могут быть постоянно мрачны, подавлены, всем недовольны или, наоборот, беспечны, эйфоричны. На фоне *нарастающей деградации личности* появляются легковесность в оценке состояния своего здоровья и складывающегося социального статуса. Частые запои, нарушения трудового режима, случаи асоциального поведения приводят к частичной или полной утрате трудоспособности, распаду семьи и утрате прежнего социального положения.

В клинической картине болезни на фоне абстиненции могут появляться *острые* или *подострые алкогольные психозы* (делирий, паранойд, галлюциноз, корсаковский психоз), особенно после хирургических вмешательств или во время различных инфекционных и соматических заболеваний. В дальнейшем могут нарастать явления алкогольной энцефалопатии с признаками слабоумия.

**Наркотики** отличаются друг от друга по химической структуре, и вполне естественно, что их прямое токсическое действие на органы и системы организма различно. Например, при опийной наркомании, даже с определенной продолжительностью заболевания, у больных, как правило, не отмечается выраженного интеллектуального снижения, но уже в первые месяцы болезни наблюдается падение мышечной массы (похудение). У всех начинающих наркоманов общими симптомами являются: снижение аппетита, дефицит массы тела, бледность кожных покровов, лабильность артериального давления, чаще в сторону снижения, мышечная гипотония. Часто возникающие при наркоманических и токсикоманических интоксикациях *осложнения* принято подразделять на *соматические* — со стороны внутренних органов и *неврологические* — со стороны центральной и периферической нервной системы.

При употреблении некоторых наркотиков специфичность патологии настолько высока, что медицинский работник, далекий от психиатрии и наркологии, в состоянии заметить признаки той или иной химической зависимости. Врач дерматолог может поставить диагноз «токсикомания, вдыхание паров органических растворителей» по своеобразной непроходящей экземе носогубного треугольника, запаху от волос головы. Отоларинголог заподозрит кокаиновую наркоманию по характерным изменениям слизистой носоглотки.

При сформированной химической зависимости все органы и системы человека уже не могут полноценно функционировать, поэтому среди химически зависимых невозможно найти здорового человека.

*Морально-этическое снижение личности* наркомана приводит к серьезным затруднениям в общении и работе с ними. У больных на первом плане стоят их собственные интересы и потребности. Для получения желаемого они часто идут на *обман*. Обманывают родителей, выпрашивая деньги на наркотики, причем проявляют при



этом невероятную изворотливость, своего рода артистизм. Обманывают врачей и медицинский персонал, выпрашивая обезболивающие и снотворные средства, пытаются пронести в стационар запрещенные там лекарства и даже наркотические вещества и алкоголь.

При отсутствии возможности получить наркотик, необходимый для снятия абстинентных явлений, или под влиянием обсессивного влечения, которые они пытаются тщательно скрыть, больные могут самовольно покинуть отделение, иногда придумывая для оправдания своего поступка невероятные по содержанию и смыслу истории: «на похороны», «на поминки близкого друга», «в больницу к матери», «к адвокату» и пр.

Нередко перед визитом к врачу наркоманы пытаются замаскировать действие наркотика приемом других медикаментозных средств: закапывают в глаза атропин, принимают транквилизаторы или легкие спиртные напитки (пиво).

Если врач, подозревая больного в употреблении наркотических средств, назначает для подтверждения этого соответствующие анализы, он должен помнить, что наркоманы стараются уклониться от сбора мочи для тестирования на наличие в организме наркотика (просят сдать мочу за себя здоровых людей, разбавляют мочу водой). Поэтому необходимо обеспечить надежность при проведении теста. Обманывая не только родственников, врачей, медсестер, но, в первую очередь, самих себя, они не задумываются о последствиях и постоянно клянутся всем, чем только можно, что это «в последний раз».

При общении с окружающими наркоманы стремятся произвести хорошее впечатление, демонстрируя показную уверенность в себе. Они приукрашивают свои материальные, а иногда и физические возможности, ведут себя вызывающе, фамильярно, без чувства дистанции. Во внешнем виде обращают на себя внимание неряшливость, неопрятность, неухоженность либо, наоборот, вычурность в одежде, причёске, поведении. Обычно имеют место трофические нарушения: волосы тусклые и редкие, ногти ломкие, часто отсутствуют зубы. Диагностике наркомании помогает осмотр кожных покровов, позволяющий обнаруживать следы инъекций, хотя известно, что для того, чтобы не было следов инъекций, наркоманы могут вводить препарат в вены полового члена, под язык и т.д.

Поведение больных наркоманией часто приводит к возникновению конфликтов с родственниками и медицинским персоналом. Они могут вести себя грубо, даже непристойно, в резкой форме высказывать возмущение, не контролируя свои эмоции и используя нецензурную лексику, а иногда и прибегая к рукоприкладству. В личной жизни, семейных отношениях у них часто имеют место сексуальная распущенность, безразличное отношение к детям, отсутствие заботы о них, ответственности за их будущее. Больные не стремятся обеспечить семье материальный достаток, а, напротив, всячески ук-

лоняются от работы, иногда прибегая к воровству, и чаще всего находят на иждивении близких. Довольно часто они совершают необдуманные поступки, несерьезно относятся к принятию каких-либо решений, бывают вообще не способны самостоятельно решить даже незначительные проблемы.

Профессиональный уровень наркоманов обычно неуклонно снижается. Дальнейшая собственная судьба многих больных мало интересует. Во всех своих неудачах они склонны обвинять окружающих – родителей и других близких людей, коллег по работе, педагогов, врачей, хотя сами не прикладывают ни малейших усилий, чтобы исправить положение. Совершая общественно неприемлемые поступки, больные не чувствуют угрызений совести, так как *критика к себе и своему поведению у них может полностью отсутствовать*.

Врачи должны помнить, что потребители наркотиков являются распространителями инфекционных заболеваний, в том числе различных форм гепатита, венерических заболеваний, ВИЧ-инфекции. Около 90% больных наркоманиями являются носителями различных видов гепатита, а среди зараженных ВИЧ-инфекцией – 90% составляют потребители наркотиков. В связи с этим необходимо проведение соответствующих анализов и обеспечение условий профилактики заражения других пациентов и медперсонала.

Профилактика потребления наркотиков и других психоактивных средств заключается в осуществлении комплекса мероприятий, направленных на предупреждение их распространения, снижение спроса на них, проведении работы с так называемыми группами риска, лечении и реабилитации больных наркоманиями. В этом должны принимать участие правоохранительные органы, педагоги, психологи, медицинские работники и все население в целом.

## АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

- Абулия 77, 396  
Агравация 168, 178, 376  
Агорафобия 232, 286  
Агрессивность 102, 104, 135, 151, 254, 289  
Аддитивное поведение 154  
Акцентуация личности (характера)  
    скрытая 112  
    явная 112  
Алгопатия 35  
Алекситимия 74, 155, 269  
Амнезия  
    аффектогенная 52  
    истерическая 52  
Ангедония 74, 146  
Анозогнозия 176, 257, 263, 301, 407  
Анорексия  
    вторичная 83  
    истинная (первичная) 83  
    нервная 145, 156  
Антиципация 60  
Анэuforia 51  
Апатия 75, 250, 257, 281  
Апперцепция 38  
Арттерапия 240  
Астения 245, 266, 274, 278, 310, 335  
Аффект  
    патологический 70  
    физиологический 70  
Аффективная (эмоциональная)  
    логика 71  
Аутогенная тренировка 61, 242  
Аутодеструктивные действия  
    поведение 35  
Беременность ложная (мнимая) 142, 329  
Бихевиоральная психотерапия 232,  
    271, 290  
Бихевиоризм 100, 151, 232  
Болезни психосоматические 20, 139,  
    146, 155, 238, 243  
Болевой синдром 164, 171, 256, 305,  
    320  
Боль  
    структура боли 331  
    физиологическая 34  
    патологическая 34  
Бред ипохондрический 170, 173, 175  
Булимия 82, 145  
Висцеральные галлюцинации 43  
Витальные  
    потребности 73, 106  
    признаки депрессии 146, 170  
Внимание  
    истощаемость 46, 116, 250, 280, 286  
    отвлекаемость 46, 116, 245, 267  
    переключаемость 46  
Волевые качества 77, 126  
Воображение  
    виды 60, 181  
Врачебная деонтология 12, 181, 215  
Врачебная ошибка 193  
Врачебная этика 13, 181  
Гештальт-терапия 241  
Гипомания 137  
Гипермнезия 50  
Гипомнезия 51  
Гипотеза психосоматической  
    специфичности 147  
Госпитализм 63, 79, 167, 365  
Девиантное поведение 85, 119  
Девиации сексуальные 86, 88  
Делинкventное поведение 119  
Деменция  
    виды 63  
    степень выраженности 63  
Деперсонализация 95, 145  
Депрессия  
    ажитированная 354  
    анаклитическая 367  
    дисфорическая 311, 341  
    инволюционная 317  
    ипохондрическая 121  
    невротическая 121  
    соматизированная 73  
    соматогенная 172  
Дизонтогенез психический 370  
Дисменорея функциональная  
    (временная аменорея) 312  
Дисморфобия 353, 401  
Диссимуляция 37, 168, 178, 283,  
    387  
Дистимия 263  
Диссоциативное расстройство 32,  
    176, 235  
Донозологические психические  
    нарушения 26  
Здоровый образ жизни 204, 208  
Здоровье  
    определение 107  
    критерии психического  
    здоровья 26  
Зуд 37, 354, 356, 369  
Инволюционный период 315  
Интеллект  
    практический 62, 64  
Интеллектуальная недостаточность  
    63, 132, 165, 178  
Ипохондрические расстройства 125,  
    263, 293, 302, 304, 323, 325

- Ипохондрические реакции 173, 175, 284, 392  
 Ипохондрическое развитие личности 250  
 Ипохондрия  
   здоровья 84  
   истерическая 173  
   навязчивая 171  
   сверхценная 174  
 Истерические реакции 172  
 Истерия конверсионная 120  
 Истеро-конверсионные расстройства 141, 143  
 Кардиалгии 142, 156  
 Кардионевроз 145  
 Каузалгии (фантомные боли) 37  
 Климакс  
   патологический 346  
   у женщин 120  
   у мужчин 121  
   физиологический 345  
 Клиническая беседа (интервью) 124, 128, 129  
 Клинический метод в психологии 123  
 Клиническое мышление 59  
 Когнитивная психотерапия 230, 234, 242, 271, 321  
 Когнитивные процессы 53  
   способности 62, 71  
 Компulsive явления 108  
 Конверсионная истерия 120, 144, 206  
 Конверсионные расстройства 140, 144, 172, 178, 235  
 Концепция стресса Селье 149  
 Креативность 241  
 Кризы вегетативные  
   возрастные 114, 159  
   климактерический 120  
 Критерии психического здоровья 26  
 Коэффициент интеллекта (IQ) 64, 133  
 Личностный преморбид 168, 259, 269, 274, 277, 305, 308, 362  
 Личность  
   расстройства 28, 107  
   теории 98  
 Менопауза 84, 120, 240  
 Менструальные расстройства 340  
 Менструальный синдром 341  
 Методы психотерапии  
   аверсивной психотерапии 232  
   аутогенной тренировки 15, 61, 224, 237, 242, 260, 271  
   гипнотерапии 235, 242, 271, 286  
   парадоксальной интенции 232  
   поведенческой психотерапии 61, 230, 232  
   психической релаксации 224, 237, 271  
   психической саморегуляции 15, 207, 212, 224  
   суггестии 233  
 Мышление  
   клиническое 59, 61, 70  
   нарушения 56, 324, 388, 396, 400, 403  
   творческое 59  
 Навязчивости 111  
 Наркомании  
   психические нарушения 77  
   изменения личности 283  
 Невралгии 37  
 Неврозы и неврозоподобные расстройства 27, 74, 141, 155, 251, 258, 325, 390  
 Непсихотические расстройства 28  
 Неспецифический эндокринный психосиндром 287  
 Нозогении 168, 170, 177, 258  
 Нозофилия 302  
 Нозофобии 126, 191, 245, 249  
 Неукротимая рвота беременных 331  
 Обсессивно-компульсивные расстройства 108  
 Органные неврозы 141, 145  
 Ослабление инстинкта самосохранения 84  
 Ошибка врачебная 193  
 Памяти расстройства 52, 293  
 Память  
   виды 48  
 Панические атаки, расстройства 72, 250  
 Парафилии 89  
 Парестезии 33  
 Патомимии 356  
 Патохарактерологические расстройства 261  
   изменения 120, 218, 311  
 Патохарактерологическое развитие личности 179, 309, 360  
 Перверсии половые  
   истинные 86  
   псевдоперверсии 88  
 Перцепция 38  
 Плацебо-эффект 234  
 Поведенческая психотерапия 61, 321  
 Поведенческий тип А, В, С 151  
 Полидипсия 84  
 Потребности (иерархия) 80  
 Предболезнь 26  
 Психалгии 144  
 Психическая депривация 115  
   десенсибилизация 232, 271  
 Психические процессы 25, 28, 80, 147, 152

- свойства 25, 71
- состояния 25
- реакции 119, 170
- функции 62, 99
- Психогигиена 12, 203, 205, 207, 209, 213, 215
- Психологическая защита 92, 161
- Психологические реакции 282, 305, 324, 326, 349, 352, 354
- Психопатии 27, 72, 110, 137, 172, 304, 341, 391
- Психопрофилактика 12, 220, 222, 226
- Психотические расстройства 28, 246, 307, 324
- Психосоматическая медицина 137
- Психосоматические расстройства 116, 117, 218
- Психотерапия 12, 61, 224, 227, 229, 231, 233, 237, 239, 241, 271, 282, 295, 321, 349
- Пубертатный период 12, 117
- Раппорт 235
- Реабилитация
  - медицинская 225
  - профессиональная 223
  - социальная 224, 225, 311
- Реакции личности на болезнь
  - нормальные 114, 168
  - патологические 126, 141, 179, 377
  - типы реакций 168
- Реакции поведенческие
  - ситуационные 168, 283
- Реакции сутяжные
  - рентные 174
  - эквитные 174
- Ресоциализация 224
- «Святая семерка» 155
- Сексуальные девиации 86, 88, 106
- Симуляция 125, 144, 168, 173, 178, 268, 302, 376
- Синдром Мюнхгаузена 61, 142, 202, 256
- Синдром эмоционального выгорания 76, 195
- Слабодушие 74
- Современные концепции личности 98
- Соматизированные расстройства 141, 144
- Соматически обусловленные психозы 247
- Соматогенные расстройства 179, 245, 271
- Соматозогнозия 168, 229, 350
- Соматопсихические взаимоотношения 12, 68, 93, 113
- Соматоформные расстройства 28, 68, 140, 144, 235, 238
- Соррогении 166
- Страх
  - патологический 72
  - физиологический 72
- Темперамент 98, 100
- Трихотилломания 356
- Фантомные боли 37
- Феноменологическая психотерапия 241
- Фрустрация 26, 76, 148, 152, 197, 369
- Функции языка 54
- Характер 103
- Хоспис 188, 220, 377
- Усиление инстинкта самосохранения 82, 84
- Установки
  - теория 92
  - рентные 174
  - эквитные 174
- Эвтаназия 186, 187
  - активная 187
  - пассивная 187
- Экстравертированная личность 312
- Эмоции
  - астенические 32, 67
  - стенические 67
- Эмоциональное выгорание 76, 195, 217, 226
- Эмоциональные реакции 69, 76, 227, 259, 288, 291, 314, 324, 352, 355, 379
- Эмоциональный фон 69
- Эмпатия 61, 76, 183, 198, 242
- Эустресс 149
- Ятрогении 166, 190
- Ятропатии 192

## ЛИТЕРАТУРА

### ОСНОВНАЯ ЛИТЕРАТУРА

- Карвасарский Б.Д.* Психотерапия: Учебн. для студ. мед. вузов. – СПб., 2000.
- Квасенко А.В., Зубарев Ю.Г.* Психология больного. – Л., 1980.
- Клиническая психология / Под ред. Б.Д.Карвасарского. – СПб., 2002.
- Конечный Р., Боухал М.* Психология в медицине. – Прага, 1983.
- Кречмер Э.* Медицинская психология. – СПб., 1998.
- Лебединский М.С., Мясищев В.Н.* Введение в медицинскую психологию. – М.-Л., 1996.
- Лурия Р.А.* Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. – М., 1977.
- Менделевич В.Д.* Клиническая и медицинская психология. – М., 1998.
- Николаева В.В.* Влияние хронической болезни на психику. – М., 1987.
- Сидоров П.И., Парняков А.В.* Введение в клиническую психологию. В 2 т. – М., 2000.
- Ташлыков В.А.* Психология лечебного процесса. – Л., 1984.
- Тополянский В.Д., Струковская.* Психосоматические расстройства. – М., 1988.
- Харди И.* Врач, сестра, больной. Психология работы с больными. – Будапешт, 1988.

### ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ЛИТЕРАТУРА

- Абрамова Г.С., Юдчиц Ю.А.* Психология в медицине. – М., 1998.
- Александр Ф.* Психосоматическая медицина. – М., 2000.
- Александровский Ю.А.* Пограничная психиатрия и современные социальные проблемы. – Ростов-на-Дону, 1996.
- Братусь Б.С.* Аномалии личности. – М., 1988.
- Гиндикин В.Я., Гурьева В.А.* Личностная патология. – М., 1999.
- Гиндикин В.Я.* Справочник. Соматогенные и соматоформные психические расстройства. – М., 2000.

- Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М.* Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. — Л., 1983.
- Киреева И.П., Лукьяненко Т.Э.* Детскому онкологу. Что необходимо знать о психике онкологически больного ребенка. — М., 1992.
- Леонгард К.* Акцентуированные личности. — Киев, 1981.
- Личко А.Е.* Психопатии и акцентуации характера у детей и подростков. — Л., 1983.
- Пограничная психическая патология в общемедицинской практике / Под ред. А.Б.Смулевича. — М., 2000.
- Ушаков Г.К.* Пограничные нервно-психические расстройства. — М., 1978.

Надежда Дмитриевна Лакосина  
Игорь Иванович Сергеев  
Ольга Федоровна Панкова

## КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

*Учебник для студентов медицинских вузов*

Ответственный редактор: *Е.Г.Чернышова*

Редактор: *К.В.Проказова*

Корректор: *Ю.М.Викторова, О.А.Новосельцева*

Компьютерный набор и верстка: *С.В.Шацкая, Д.А.Демагин*

ISBN 5-98322-100-0



9 785983 221000

Лицензия ИД №04317 от 20.04.01 г.

Подписано в печать 31.03.04. Формат 84×108/32.

Бумага писчая. Печать офсетная. Объем 13 п.л.

Гарнитура Таймс. Тираж 3000 экз. Заказ №909

Издательство «МЕДпресс-информ».

107140, Москва, ул. Краснопрудная, д.1, стр. 1

Для корреспонденции: 105062, Москва, а/я 63

E-mail: medpress@mtu-net.ru

www.med-press.ru

Отпечатано с готовых диапозитивов в типографии ОАО «Новости»  
Москва, ул. Ф.Энгельса, 46