

Под редакцией
Н. Г. Незванова, Б. Д. Карвасарского

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ



 ПИТЕР

Коллектив авторов

**Клиническая психотерапия
в общей врачебной практике**

«Питер»

2008

Коллектив авторов

Клиническая психотерапия в общей врачебной практике /
Коллектив авторов — «Питер», 2008

Данное практическое руководство делает возможным решение повседневных дифференциально-диагностических и лечебных задач в общей врачебной практике, в особенности применительно к так называемым трудным больным или больным медицинского лабиринта, что не является реальным без серьезной дополнительной подготовки профессионалов в области клинической психотерапии. Специалисты терапевтического профиля, в том числе и семейные врачи, нуждаются в издании, которое могло бы стать основой их последипломного усовершенствования по психотерапии. Первое подобное руководство подготовлено коллективом авторов во главе с крупными российскими специалистами Н. Г. Незнановым и Б. Д. Карвасарским.

© Коллектив авторов, 2008

© Питер, 2008

Содержание

Предисловие	5
Глава 1. Медико-психологические основы психотерапии в общей врачебной практике	8
Психология диагностического и лечебного процесса	8
Личность в системе «болезнь – лечение»	11
Внутренняя картина болезни	16
Эмоциональный стресс, психологическая защита, совладание со стрессом	24
Психосоматическое учение о болезни	30
Конец ознакомительного фрагмента.	35

Коллектив Авторы

Клиническая психотерапия в общей врачебной практике

Предисловие

В последнее десятилетие в здравоохранении нашей страны происходят значительные изменения, направленные, с одной стороны, на улучшение качества медицинской помощи, с другой – на повышение ее экономической эффективности и рентабельности. Суть этих изменений состоит в создании новой модели оказания медицинской помощи, предполагающей разделение всего здравоохранения на два уровня – общей медицинской практики и специализированной медицинской помощи.

К задачам общей медицинской практики (которые еще уточняются в процессе реформ) сегодня уже можно отнести осуществление комплекса медико-санитарных задач, направленных на помощь пациенту и его семье в разные периоды их жизни и течения болезни. Предпринимается попытка создания условий для оказания медицинской помощи на этом этапе одним врачом – с семьей работает врач общей практики, или семейный врач (ВОП). Этот специалист объединяет в себе возможности терапевта, педиатра и акушера-гинеколога. Кроме того, ВОП, по сути, должен заменить громоздкую и малорентабельную традиционную поликлинику, которая в прошлом включала в себя большой штат специалистов, неспособных оказать весь спектр медицинской помощи, в том числе из-за ограниченного финансирования амбулаторно-поликлинического звена, недостаточной подготовки специалистов поликлиники, отсутствия непосредственной связи амбулаторно-поликлинической и стационарной форм медицинского обслуживания.

В будущем уровень специализированной медицинской помощи будет обеспечиваться профильными региональными медицинскими центрами. Их задача – помощь ВОП в тех случаях, когда его ресурса (центр здоровья) окажется недостаточно без привлечения специалистов и при необходимости специализированного лечения.

В новой модели здравоохранения ВОП отводится особая роль. Исход реформы здравоохранения во многом будет определяться тем, сможет ли ВОП стать подлинным семейным врачом, способным оказывать помощь всей семье, практически взять на себя функции территориальной поликлиники прошлого, наладить конструктивное сотрудничество с региональными специализированными центрами и социальными службами. Поэтому подготовке ВОП отводится значительное место в проводимых реформах здравоохранения. Учитывая, что ВОП будет обеспечивать первичный контакт с населением, он должен обладать знаниями по всем узким медицинским специальностям.

Это относится и к области охраны психического здоровья, и к психотерапии, прежде всего потому, что именно психотерапия разрабатывает для медицины технологии профессионального общения. Здравоохранение получает специалиста как включенного в мир жизненных отношений пациента, так и при наличии специальной подготовки способного провести целостную диагностику с учетом многообразия биологических, психологических и социальных факторов, участвующих в формировании и поддержании заболевания, и осуществить лечебно-реабилитационные цели с привлечением ближайшего социального окружения.

Поскольку современная медицина рассматривает расстройства с позиции биопсихосоциальной модели болезни и лечения, подготовка ВОП в области психического здоровья и психотерапии позволит осуществить прорыв в медицинском обслуживании населения и оказать

серьезное влияние на повышение уровня диагностики, лечения, профилактики и качества жизни больных.

Настоящее руководство предназначено для восполнения знаний ВОП по широкому кругу вопросов из области психического здоровья с позиций современной психотерапии – клинической специальности, в большей степени, чем другие врачебные дисциплины, направленной на выявление роли психологических и социальных факторов в происхождении и лечении заболеваний.

В книге излагаются основные вопросы современной психотерапии, которые позволят ВОП лучше представлять себе способы диагностики, принятые в психотерапии, содержание основных ее методов, клинические показания к ней при различных расстройствах. Описан ряд методик психотерапии, которые авторский коллектив счел возможным рекомендовать ВОП для использования в своей практической деятельности. Это группа краткосрочных, относительно легко выполнимых психотерапевтических методик, которые помогут ВОП оказывать помощь своим пациентам до обращения к специалисту – врачу-психотерапевту. Таким образом, деятельность ВОП рассматривается как один из этапов психотерапевтической помощи, в отличие традиционного участкового врача-терапевта, который такой возможности не имел (да и задач таких перед собой не ставил).

Это издание не дублирует руководства и монографии по психосоматической медицине, число которых за последнее время значительно возросло. Основной упор в книге делается на практическом применении психотерапии и ее знаний для так называемых пациентов медицинского лабиринта, многократно обращающихся к врачам различных медицинских специальностей, в манифестации заболеваний которых, их течении, лечении и реабилитации большой удельный вес имеют психологические и социальные факторы.

Большое внимание уделяется заболеваниям, сложным в диагностическом отношении, а также ситуациям манифестации психических расстройств психотического уровня (психозов). Обсуждаются причины возникновения и развития больших психических расстройств, тактические организационные и терапевтические задачи, решение которых может оказаться для ВОП необходимым в его работе.

Предпринята попытка осветить традиционные и современные взгляды на заболевания различных клинических групп с учетом действующей МКБ-10, что позволит ВОП лучше ориентироваться в современной литературе по психотерапии, медицинской психологии, психосоматической медицине.

Несмотря на лучшие условия по сравнению с традиционной территориальной поликлиникой центры здоровья и офисы общей врачебной практики, приближенные к населению (некоторые просто располагаются в микрорайонах обслуживания), ВОП не сможет позволить себе проводить длительное психотерапевтическое лечение. Перед ним возникнет вопрос о применении психотропных средств, а поэтому в соответствующих разделах приводятся основные показания к психофармакотерапии, в приложении дан перечень препаратов, которые могут использоваться ВОП, освещаются проблемы соотношения психотерапии и психофармакотерапии и психотерапевтического опосредования биологических медицинских воздействий.

Излагаются также вопросы организации психотерапевтической службы в стране, призванные помочь ВОП лучше ориентироваться в ее возможностях, учитывать специфику психотерапевтической помощи в том регионе, в котором осуществляется его деятельность.

Настоящее руководство – первая попытка в нашей стране дать представление ВОП о психотерапии, вооружить возможными для общеврачебного приема знаниями и навыками профессионального общения, психотерапевтическими методиками и психодиагностическими тестами, подготовить ВОП для сотрудничества с психотерапевтической службой и таким образом оказать значительное влияние на повышение качества медицинского обслуживания населения как в содержательном плане, так и с точки зрения профессионального контакта с паци-

ентом и его семьей. Отдельная глава посвящена правовым и этическим основам и организации психотерапевтической помощи в общей врачебной практике с учетом низкой правовой культуры врачей, больных и их родственников.

Авторский коллектив выражает надежду, что настоящее издание будет полезно ВОП, организаторам здравоохранения, врачам-психотерапевтам, сотрудничество которых с ВОП представляется необходимым. Учитывая, что реформа здравоохранения еще далека от завершения, авторы выражают надежду, что отзывы и критические замечания читателей помогут в последующих изданиях книги осветить дополнительные вопросы, значимость которых будет осознана лишь на основе непосредственного сотрудничества ВОП и врача-психотерапевта.

Под ред. Н. Г. Незнанова, Б. Д. Карвасарского.

Авторский коллектив: Абабков Валентин Анатольевич, Васильева Анна Владимировна, Казаковцев Борис Алексеевич, Караваева Татьяна Артуровна, Карвасарский Борис Дмитриевич, Назыров Равиль Каисович, Незнанов Николай Григорьевич, Полторацк Станислав Валерьевич, Семенов Сергей Петрович, Ташлыков Виктор Анатольевич, Чехлатый Евгений Иванович.

Глава 1. Медико-психологические основы психотерапии в общей врачебной практике

Психология диагностического и лечебного процесса

Выдающиеся представители отечественной медицины (С. П. Боткин, Н. И. Пирогов, В. М. Бехтерев и др.) положили начало развитию целостного клинико-личностного подхода к диагностике и лечению заболеваний, учитывающего психологию больного человека. Отечественная медицина все более проникалась пониманием взаимосвязи биологических, психологических и социальных факторов в происхождении, течении и лечении различных заболеваний. Биопсихосоциальная концепция болезни, принятая сегодня во всем мире, способна включить в себя наиболее ценные и оправдавшиеся на практике теории всего предыдущего этапа поисков взаимосвязей многоуровневых этиопатогенетических факторов заболевания для целостной диагностики и комплексного лечения.

Установление связей между данными анамнеза и соматического обследования – повседневная работа ВОП. Ориентация врача при этом может быть различной в зависимости от психосоматической или соматопсихической основы заболевания (Бройтигам В., Кристиан П., Рад М., 1999). Психосоматическая ориентация относится прежде всего к пациентам, у которых жалобы или соматические симптомы имеют психическую обусловленность; существенным здесь является выяснение роли психических факторов в возникновении и течении заболевания. Соматопсихическая ориентация врача касается пациентов с определенным соматическим заболеванием. Задача врача – определить роль психических влияний на болезнь, состояние и отношения больного, чтобы помочь ему в переработке внутренней картины болезни (ВКБ), совладании с ней и повышении соучастия в лечении (Ташлыкков В. А., 1984). В беседе с больным обращают внимание не только на выявление соматических и психических симптомов, но и на его жизненную ситуацию и самочувствие, социальное положение и настроение.

Умение общаться, или коммуникативная компетенция ВОП, обеспечивает эффективность в решении поставленных задач. Если пациент ему доверяет, то будет выполнять назначения, пройдет все необходимые диагностические и терапевтические процедуры. Коммуникативная компетентность предполагает наличие определенных навыков:

- устанавливать контакт;
- понимать невербальные проявления у пациента в ходе взаимодействия с ним;
- слушать;
- задавать вопросы определенного типа;
- сохранять спокойствие и уверенность;
- контролировать свои реакции.

Большое значение имеет коммуникативная толерантность, или терпимость врача, с которой он в состоянии переносить субъективно нежелательные, неприемлемые для него индивидуальные особенности пациентов, отрицательные качества, осуждаемые поступки, привычки, чуждые стили поведения и стереотипы мышления (Соловьева С. Л., 2001). Больной может вызывать разные чувства, нравиться или не нравиться, может быть приятен или неприятен врачу, но в любом случае психологическая подготовка последнего должна помочь ему справиться с ситуацией, предотвратить конфликт или возникновение неформальных отношений.

Существенным психологическим качеством ВОП, обеспечивающим оптимальную коммуникацию с больным, является эмпатия, т. е. способность к сочувствию и сопереживанию, включенность в мир переживаний пациента. Эмоциональное соучастие помогает установить

оптимальный контакт с пациентом, получить более полную и точную информацию о нем, о его состоянии, внушить уверенность в компетентности врача, в адекватности осуществляемого им лечебно-диагностического процесса, вселить веру в выздоровление. Эмпатические качества врача могут быть полезны и в случаях несоответствия предъявляемых больным субъективных признаков, тех или иных симптомов объективной клинической картине заболевания: при аггравации, диссимуляции и анозогнозии.

Осмотр больного, связанный с физическим контактом, осуществляется легче, если он естественно включен в процесс вербальной коммуникации. После него врач задает еще раз несколько вопросов, демонстрируя таким образом больному, что он не только исследует соматические функции, но также придает большое значение психологической, субъективной стороне патологического процесса, учитывая личностные особенности своего пациента. Получение информации о больном предполагает умение ВОП формулировать закрытые и открытые вопросы. Закрытые вопросы используют для получения конкретной информации и обычно предполагают ответ в двух словах, подтверждение или отрицание. Открытые вопросы дают возможность углубленного, развернутого ответа, могут включать не только описание, но и оценку симптома, его субъективное значение для пациента, дополнительные подробности и детали. Для того чтобы предварительный диагноз, полученный при расспросе и осмотре пациента, стал окончательным, обычно необходимо проведение дополнительных лабораторных исследований. Задача ВОП – не только выписать соответствующие направления, но и мотивировать больного к прохождению всех необходимых диагностических процедур. Для этого, во-первых, следует убедить пациента в том, что результаты исследований важны для правильной постановки диагноза, назначения соответствующей терапии, быстрого улучшения самочувствия, выздоровления. Во-вторых, если диагностическая процедура неприятна и болезненна, необходимо в общих словах рассказать больному, в чем заключается исследование, предупредить о возможных неприятных ощущениях, с которыми тем не менее возможно и нужно справиться.

Важным психологическим элементом диагностического процесса является сообщение больному диагноза. В соответствии с имеющейся внутренней картиной болезни (ВКБ) у него есть те или иные представления о своем заболевании, его причинах, прогнозе. Но чаще его представления неопределенны, он полон тревожных мыслей, опасений и страхов. Пациент нередко ожидает не только разъяснений в отношении его болезни, но и указаний о том, что ему самому надо сделать, чтобы выздороветь, каков должен быть образ жизни. Его также интересует характер и длительность лечения, перспективы выздоровления и восстановления трудоспособности. Пациент нуждается при этом в эмоциональной поддержке, ободрении и вселении в него надежды, мотивации к соучастию в лечебном процессе.

Сообщая диагноз, необходимо говорить простым и понятным для пациента языком, избегая употребления медицинских терминов. Так, диагноз инфаркта миокарда ассоциируется у больных с угрозой для жизни. В условиях внезапности заболевания эта мысль, ощущение боли и собственная беспомощность вызывают состояние острого эмоционального стресса, страха смерти. Вслед за этим, как правило, развивается явная или скрытая депрессия. Последняя возникает обычно у людей, для которых роль тяжелого больного психологически непереносима, и они иногда реагируют на подавляемый ими страх и депрессию психологическим защитным механизмом отрицания. Такие психические изменения при инфаркте миокарда, как депрессия, «уход в болезнь», страх перед физическим напряжением, представление о том, что возвращение на работу может причинить вред сердцу, вызвать повторный инфаркт миокарда, могут свести на нет усилия специалиста, стать препятствием для восстановления трудоспособности и решения вопросов трудоустройства. Психологические задачи лечения уже в первые часы болезни для ВОП – это устранение чувства страха у пациента при учете индивидуальной значимости психологических факторов, влияющих на его поведение в этой ситуации. Кроме общего чувства угрозы для жизни инфаркт миокарда для одного больного может означать крах

творческих, профессиональных планов как главной жизненной ценности. Для другого – падение престижа, статуса мужественного и сильного человека. Для третьего – неосознаваемое оправдание стремления снять с себя ответственность за выполнение нежелаемых обязанностей и решение трудных проблем. Для успеха лечебного процесса следует с самого начала учитывать чрезмерно активную или пассивную позицию пациента.

Весьма значима роль ВОП при направлении больного на госпитализацию. Ее влияние на пациента, попадающего в совершенно новую для него социальную ситуацию, может быть различным. При госпитализации значительно изменяется образ жизни человека: больной оказывается изолированным от работы, семьи, лишен привычного круга общения и обстановки. Пациенты по-разному адаптируются к такой среде. По данным литературы, для 75 % всех госпитализированных этот процесс требует 5 дней. Быстрее адаптируются пациенты, поступившие в стационар повторно. Медико-психологическая подготовка направления больного в стационар ВОП во многом определит характер ведения пациента после возвращения на лечение в амбулаторных условиях.

Существенным аспектом лечебного процесса является принятие больным лечебных предписаний врача и следование им, так называемый комплаенс. Важнейшим фактором, повышающим согласие пациента с врачом, является информирование больного о целях проводимой терапии, правилах приема лекарств, возможных побочных действиях медикаментов. Чем разнообразнее методы лечения и лекарства, рекомендуемые врачом, тем ниже уровень согласия с лечением.

Нонкомплаенс выражается в выборе больным собственного способа лечения (часто неадекватного) либо отстраненности от проводимых процедур, неверия в пользу от их проведения. Преодоление нонкомплаенса – важная задача медицинского персонала, в том числе ВОП, так как ведет к осознанному согласию выполнять медикаментозные, психотерапевтические и иные рекомендации врача, являющиеся условием эффективного лечения. Проблема мотивации пациентов к участию в лечебных и профилактических мероприятиях привлекает все большее внимание специалистов.

При хроническом течении заболевания поведение пациента после выписки из стационара зависит от особенностей его внутренней картины заболевания как системы психической адаптации к своей болезни, имеющей в своей основе механизмы психологической защиты и совладания. Если симптоматика сохраняется в течение некоторого времени, это способствует формированию и закреплению реакции тревожного ожидания, которая имеет патогенное значение в хронизации болезни, когда тревожно-депрессивная симптоматика превращается в своеобразный стиль жизни с развитием различных установок на болезнь и ее лечение. Наиболее распространенными видами возможного поведения больного являются диссимуляция и анозогнозия, «вторичная выгода (уход в болезнь)» и симуляция. При диссимуляции с целью сохранения своего прежнего статуса пациент сознательно пытается скрывать симптомы болезни и продолжать выполнять в полном объеме профессиональные, семейные и социальные обязанности. В случае анозогнозии пациент неосознанно стремится игнорировать симптомы болезни, утверждает, что он здоров и не нуждается в медицинской помощи. При «вторичной выгоде» пациент также неосознанно использует роль больного с целью привлечения внимания, сочувствия и заботы со стороны окружающих. При симуляции человек сознательно предъявляет симптомы болезни, которой он не страдает, для получения определенных выгод для себя. Все эти виды поведения требуют выявления и последующей коррекции.

Таким образом, современный психологический подход в общемедицинской практике позволяет, с одной стороны, своевременно диагностировать психогенные, психосоматические расстройства и психосоциальные проблемы и конфликты у пациента с соматическим заболеванием, а с другой – более целостно и успешно проводить лечение больного с учетом его заболевания.

Личность в системе «болезнь – лечение»

Всестороннее и целостное понимание проблемы «личность, болезнь и лечение» возможно лишь при системном подходе на основе биопсихосоциальной модели болезни. В зависимости от формы, типа и стадии течения заболевания меняется соотношение соматобиологических и психосоциальных факторов в становлении его клинической картины. Соматогенное и психогенное тесно переплетаются в зависимости от характера взаимодействующих систем: патологический процесс – личность – жизненная ситуация.

Понятие личностного подхода отражает важнейший теоретико-методологический принцип медицины и медицинской психологии, традиционно подчеркиваемый в отечественной литературе (Мясищев В. Н., 1960; Платонов К. К., 1977 и др.). Личностный подход – это отношение к больному человеку как к целостной личности с учетом ее многогранности и всех ее индивидуальных особенностей. Различают личностный и индивидуальный подходы. Последний принимает во внимание конкретные особенности, присущие данному человеку. Индивидуальный подход может быть и шире (если он учитывает и личностные, и соматические качества), и уже (в том случае, когда принимаются во внимание только отдельные личностные или соматические особенности).

Необходимо различать личностный подход и личностно-ориентированную психотерапию. Само название последней указывает на то, что понятие личности является здесь центральным. В личностно-ориентированной психотерапии наиболее наглядно реализуется личностный подход, а ее многочисленные методы базируются на различных теоретических представлениях и концепциях личности. Однако личностный подход – понятие более широкое, оно распространяется на все психотерапевтические методы, в том числе и на симптомоцентрированные. Так, в суггестивной психотерапии выбор применяемых методов (гипноз, внушение в состоянии бодрствования, косвенное внушение и пр.) зависит от особенностей личности больного, его внушаемости и гипнабельности, степени личностных изменений, связанных с болезнью, отношения к ней больного (пассивно-страдательного или активно-положительного), а также от отношения к психотерапевту.

В психотерапии как системе лечебных воздействий на психику и через психику на организм больного личностный подход осуществляется в полной мере. По сути, психотерапия является инструментом реализации личностного подхода. Поэтому психотерапевтическое воздействие предполагает знание ВОП основ клинической психологии, объектом изучения которой является личность больного. На связь психотерапии, опирающейся непосредственно на психологические особенности человека, с клинической психологией указывают и врачи, и психологи. Как отмечает Б. Д. Карвасарский (2006), развитие психотерапии тесно связано с разработкой учения о личности, механизмах, закономерностях и расстройствах ее функционирования. Подчеркивается двусторонний характер этой связи: само становление взглядов на личность в психоанализе, неопрейдизме, экзистенциально-гуманистической психологии во многом основывалось на психотерапевтической практике.

Реализация личностного подхода в психотерапии предполагает детальное изучение личности больного, особенностей его эмоционального реагирования, мотивации и их трансформации в процессе заболевания. Такая информация необходима как для решения задач патогенетической и дифференциальной диагностики, так и для лечебно-восстановительной, психотерапевтической и психопрофилактической работы в общей врачебной практике с учетом психосоциальных реакций на соматические болезни и их последствия. Одной из важных проблем здесь является разграничение преморбидных особенностей личности и характеристик, привнесенных заболеванием и его развитием. Другая задача исследования личности больного состоит в определении участия психического компонента в генезе различной патоло-

гии: от большого круга болезней, в этиопатогенезе которых психическому фактору принадлежит либо решающая, либо весьма существенная роль, до заболеваний, в которых психический фактор проявляется как реакция на болезнь, изменение психологического функционирования индивида в связи с соматическим расстройством. В качестве примера трансформации личностных особенностей может рассматриваться невротическое расстройство с основными его стадиями. Выделяются первичные, вторичные и третичные личностные образования, которые следует учитывать при выборе оптимальной психотерапевтической тактики.

При невротической реакции в картине личностных нарушений на первом месте оказываются расстройства, связанные преимущественно с темпераментом. К таким первичным личностным особенностям могут быть отнесены: повышенная аффективность больного истерией, тревожность и ригидность обсессивного больного, повышенная истощаемость больного невротическим расстройством. Однако сами по себе эти особенности могут быть причиной лишь кратковременной невротической реакции, развившейся в трудной, психотравмирующей ситуации. В данном случае можно говорить не столько о психогенной, сколько об эмоциогенной ситуации. Вторая стадия невротического расстройства – стадия собственно невроза, в основе которого лежит нарушение особо значимых отношений личности. Неуверенность в себе, поиски признания как черты невротической личности и есть, по сути дела, зафиксированное и устойчивое отношение к себе. На третьей стадии невроза, при затяжном его течении и невротическом развитии, отмечается усиление этих черт до степени характерологических акцентуаций и психопатических особенностей, которые во многом определяют поведение человека и его дезадаптацию.

В качестве примера соотношения первичных, вторичных и третичных особенностей личности у больного неврозом можно привести личностные нарушения у пациентов с истерической формой невроза. На основе первичной аффективной неустойчивости больного истерией в качестве вторичных личностных особенностей возникают неуверенность в себе и в то же время потребность в признании, а в качестве третичных – демонстративность и претенциозность. Таким образом, первичные личностные черты, связанные с особенностями темперамента, выражаются прежде всего в аффективной сфере. Вторичные черты проявляются в нарушении системы отношений и являются глубинными личностными нарушениями, проблемами внутренними, «для себя». Третичные личностные черты обнаруживаются уже на поведенческом уровне и могут выражаться, например, в трудностях общения, межличностного функционирования, т. е. в трудностях и проблемах «с другими и для других».

Появление третичных, а иногда и вторичных личностных образований у больных неврозами обусловлено, как правило, регулятивными целями сохранения существующей системы отношений, отношения к себе и самооценки, обеспечивающих ее целостность и устойчивость. Это означает, что третичные личностные образования (особенности поведения и межличностного функционирования) выполняют определенную защитную функцию, функцию сохранения существующей системы отношений, сохранения хотя бы внешней позитивной самооценки и уверенности в себе. В картине болезни при этом выступают психологические механизмы, свидетельствующие, с одной стороны, о явлениях дезадаптации и сохранения личностных расстройств, а с другой – указывающие на возможные пути их коррекции. Речь идет о невротических защитных механизмах.

Рассмотренные особенности личности (первичные, вторичные и третичные) пациента, страдающего неврозом, играют существенную роль при выборе оптимальной психотерапевтической тактики. Если при первичных личностных расстройствах существенную роль в терапии могут приобретать биологические методы лечения (в том числе современные психотропные средства), то коррекция вторичных личностных расстройств, нарушений системы отношений личности требует уже проведения личностно-ориентированной психотерапии как в индивидуальной, так и особенно в групповой форме. Коррекция третичных личностных расстройств, которые обнаруживаются в поведенческой сфере, более конструктивно протекает при допол-

нении личностно-ориентированной психотерапии различными методами поведенческого тренинга. Соответствующим образом учет первичных, вторичных и третичных личностных особенностей больных неврозами позволяет более целенаправленно использовать и иные формы психотерапии (суггестию, аутосуггестию и др.).

Роль различных лечебно-восстановительных методов (в том числе имеющих психотерапевтическую направленность) и их соотношение, обусловленное наличием первичных, вторичных и третичных личностных образований, можно проследить и на модели ишемической болезни сердца в качестве психосоматического заболевания.

В структуре личности этих больных также можно выделить первичные, вторичные и третичные личностные образования. В качестве первичных, связанных главным образом с нарушением нейродинамических процессов, можно указать тревогу и страх, особенно характерные для начала заболевания и сопровождающие приступы стенокардии. На основе указанных расстройств формируется определенное отношение к болезни. При ишемической болезни оно может быть двух типов: с недооценкой и переоценкой пациентом тяжести болезненного состояния. Под влиянием таких установок формируются третичные личностные образования. Анозогностическая установка приводит к игнорированию болезни и нередко ее утяжелению. В то же время переоценка тяжести болезни, оберегающее отношение самого больного, мужа (жены) и других членов семьи с целью уменьшения риска повторного инфаркта миокарда приводят к формированию ипохондрических особенностей, вследствие чего больной, в частности, ограничивает свои социальные контакты. Его сфера общения и круг интересов сужаются, т. е. происходит нарушение социального функционирования. В данном случае эффективным может быть психотерапевтическое воздействие не «вообще», а лишь с учетом типа личностных нарушений разноуровневого характера. Психотерапия должна носить содержательный характер.

Важно соотношение метода психотерапии с личностными особенностями больного. Директивно-суггестивные методы эффективны в первую очередь у больных с акцентуациями по типу зависимости, демонстративности, инфантилизма, склонных к патерналистской модели лечения и ориентации на авторитет врача. В то же время больные с параноическим, шизотипическим расстройством личности нуждаются в более развернутом обосновании предлагаемой терапии, ориентированной на сотрудничество в лечебном процессе (Смулевич А. Б. и др., 2005). Психотерапевтическое воздействие в клинике ИБС традиционно осуществляется в рамках двух стратегий – психоцентрической и соматоцентрической. В рамках первой стратегии психотерапевтическое воздействие направлено на коррекцию психологических реакций личности (внутренняя картина болезни), стиля жизни, на видоизменение отношений в семье, а также на лечение коморбидных ИБС психических расстройств (нозогении, депрессии). В рамках второй – предпринимаются попытки повлиять на течение кардиальной патологии посредством устранения факторов, способствующих прогрессированию ИБС (избыточная масса тела, курение, дислипидемия и др.), редукции ее симптомов (профилактика психогенно спровоцированных приступов стенокардии, аритмий, коррекции физических, холодовых и других нагрузок).

Преморбидные социальные свойства личности находятся в определенной взаимосвязи с реакцией больного на болезнь. Ю. М. Губачевым и В. И. Симаненковым (1987) было проведено клиничко-психологическое исследование мужчин, перенесших острый инфаркт миокарда. Для всей группы больных были характерны выраженное контролирование своего психологического состояния и склонность к подавлению внешних проявлений эмоций. У больных с доминированием депрессивной реакции в преморбиде отмечались низкая социальная активность, плохая приспособляемость к изменяющейся ситуации. Социальные контакты таких больных были ограниченными, они избегали активного вмешательства в ход событий. По-видимому, по этой причине у этих больных реже отмечались психотравмирующие события в анамнезе и в качестве стрессорного воздействия выступал сам факт заболевания. Тревожный синдром

развивался при выраженном дефиците информации, необходимой для построения адекватных представлений о заболевании. Такие пациенты активно контактировали с окружающей социальной средой. Больные с преобладанием ипохондрических тенденций до развития острого инфаркта миокарда испытывали длительную психотравматизацию, чаще бытового характера.

Особенности личности больных с психосоматическими нарушениями могут быть учтены при выборе психокоррекционных задач в процессе лечения (Karasu T. V., 1979). В частности, больные, страдающие язвенной болезнью, нередко испытывают чувство стыда и вины в случае принятия помощи от окружающих. Для этой категории больных авторитетное руководство медперсонала может быть полезным и благоприятно ими воспринимается. Склонность пациентов-гипертоников подчиняться в невыгодных или неотвратимых жизненных ситуациях, вызывающих у них внутреннее сопротивление, может оказаться полезной при обучении их способам избегания обстоятельств, вызывающих стресс.

При онкологическом заболевании пациент вынужден перестраивать свои жизненные цели, социальные установки, интересы и ценностные ориентации. Некоторые больные стремятся сохранять прежние цели, направленность жизненных интересов, обнаруживая психологическую стойкость и нежелание сдаваться перед страхом и страданием. Для других мысль о раковом заболевании означает крах всего существования, целей и интересов. Лечебная практика показывает, что при одном и том же состоянии онкологического больного один умирает, а другой продолжает жить вопреки прогнозу. Могут ли здесь иметь значение психологические факторы «сопротивления» болезни, «воля к жизни», «дух борьбы»? Исследований, проводимых в этой области, пока еще недостаточно. В некоторых работах показано, что больные, способные эффективно противодействовать психическому стрессу, связанному с осознанием диагноза и лечением, живут дольше.

«Выход из болезни», выздоровление во многом зависят от личностно-социальных характеристик больного. Люди, для которых основное в жизни – творческое отношение к работе, а здоровье, хотя и важно, но не все определяет, легче переносят стресс, «обращенный» на здоровье, их компенсаторные возможности выше. Отношение к здоровью как к социальной ценности имеет важнейшее значение, определяя судьбу больного после операции, его способность «выйти» из стрессовой ситуации. У лиц, чрезмерно много внимания уделяющих своему здоровью, любое отклонение от нормы требует мобилизации всех сил на борьбу с физическим неблагополучием, что отрицательно сказывается на их психическом состоянии. Наличие тяжелых функциональных нарушений выбивает их из колеи, ни о чем другом они думать уже не могут, так как нет соответствующей «замены» – увлеченности работой или иным интересным для них занятием. При решении психологических задач реабилитации в период обсуждения с больным вопросов, связанных с возвращением к работе, важно учитывать основные личностные ценности – потребности самоутверждения, самореализации в труде или в других сферах жизни. Существенным также является выяснение основных мотивов, отражающих желание больного вернуться к работе или отказаться от трудовой деятельности. Целью первого решения являются необходимость материального обеспечения семьи, сохранения социального статуса, любовь к творческой деятельности, второго – боязнь возможных нагрузок, нарушения режима, могущих, по мнению больных, привести к ухудшению здоровья. У пациентов, не вернувшихся к работе, отмечались отгороженность от окружающих, сужение круга интересов, концентрация внимания на личных переживаниях, значительная степень ограничения социальных контактов, чувство одиночества.

Учет личностных особенностей важен при составлении комплексной лечебной программы в случаях сложных, нередко встречающихся в современной врачебной практике, сочетаниях невротического и органического компонентов в клинической картине заболевания. Речь идет, в частности, об исследовании, в котором были изучены варианты личностного реа-

гирования на болезнь и особенности социально-трудовой адаптации больных с неврозоподобными вариантами органических заболеваний головного мозга по данным многолетнего (до 20 лет) катамнеза. Во всех случаях диагноз органического заболевания головного мозга (энцефалит, арахноидит, диэнцефалит) был верифицирован тщательным неврологическим обследованием. Выделено три группы больных:

1) с активной позицией в преодолении болезни и устойчивой социально-трудовой адаптацией;

2) с зависимостью от врача и внешних обстоятельств и неустойчивой социально-трудовой адаптацией;

3) с уходом в болезнь и значительным снижением социально-трудовой адаптации.

Работа представляет интерес в том отношении, что группы больных с различным терапевтическим исходом статистически не различались по степени выраженности неврологической симптоматики и органических изменений. Достоверные различия были установлены по выраженности личностных нарушений в преморбиде, направленности личности, характеру сопутствующих невротических проявлений, динамике психотравмирующей ситуации. Показано, что тип личностного реагирования на болезнь и особенности социально-трудовой адаптации обследованных больных в катамнезе определяются выраженностью не столько органического, сколько психогенно-невротического компонента заболевания и адекватностью выбора и проведения психотерапевтических мероприятий. Общий терапевтический эффект при использовании личностно-ориентированных форм психотерапии был выше, чем при применении симптоматических методов (суггестия, релаксация и др.).

Знание феноменологии личностных расстройств и их динамической трансформации в процессе развития болезни способствует эффективному проведению психотерапии, адекватному соотношению с биологическими воздействиями с учетом различного уровня нарушений в структуре личностных расстройств.

Внутренняя картина болезни

Современная концепция биопсихосоциальной модели болезни исходит из того, что психологические факторы заболевания определяются внутренними структурами и средовыми факторами, опосредующими самосознание больных. Именно такой подход, системное взаимодействие биологических и психосоциальных факторов лежит в основе понимания «внутренней картины болезни» (ВКБ).

Понятие «внутренняя картина болезни» введено известным отечественным терапевтом Р. А. Лурия в 1935 г. Он показал узость противопоставления «субъективных жалоб» и «объективных симптомов» и предложил более широкие и непротивопоставляемые понятия – внешнюю и внутреннюю картины болезни. Под ВКБ Р. А. Лурия понимал признаки заболевания, которые можно получить всеми доступными врачу объективными методами исследования. «Внутренняя картина болезни» – весь сложный внутренний мир больного человека, его чувства и эмоции, а также его представления и умозаключения. Опираясь на теоретические положения немецкого врача А. Гольдшейдера (1929) об аутопластической картине болезни, Р. А. Лурия выделял в ВКБ два уровня: «сенситивный» и «интеллектуальный». К первому относятся все ощущения и чувства, возникающие в связи с заболеванием, а ко второму – мысли и истолкования возникших изменений, связанных с болезнью. Структура как сенситивного, так и интеллектуального уровней ВКБ находится в тесной зависимости от особенностей личности больного, а внутренний мир пациента является индивидуальным проявлением его личности. Такой психологический комплекс выступает главным образом в роли генератора разнообразных реакций, в том числе ятрогенных. В связи с этим чаще указывается лишь отрицательная роль ВКБ, хотя в действительности она может быть и полезным регулятором поведения пациента, направленным на преодоление болезни.

При описании отражения болезни личностью различные авторы давали собственные названия этому клиническому феномену: «переживание болезни», «отношение к болезни», «сознание и чувство болезни», «аутогенное представление о болезни», «образ собственного заболевания», «субъективная теория болезни», «концепция болезни» и др. В понятие «переживание болезни» включали отношение к самому себе, к своему болезненному состоянию, к окружающим, к той форме деятельности, которая была до болезни и так или иначе изменилась в связи с ней. Указывали, что сознание болезни относится к сознанию Я – высшей синтетической функции личности.

Сознание болезни объединяет восприятие болезни и отношение к ней, является сложным психическим переживанием, в структуру которого входят суждения по поводу заболевания и комплекс вызванных им непосредственно чувств и намерений. Однако именно термин ВКБ прочно вошел в медицинский словарь как непротиворечиво включающий в себя и переживание, и сознание, и отношение, и чувство, и образ, и концепцию болезни как разные грани одного целого. Разность языка, которым описывают данный феномен, отражает его сложность и многоплановость.

В литературе приводится следующая типология отношения к болезни:

- 1) нормальное, т. е. соответствующее состоянию пациента или тому, что было ему сообщено о заболевании;
- 2) пренебрежительное, когда больной недооценивает серьезность заболевания, не лечится, в отношении прогноза проявляет необоснованный оптимизм;
- 3) отрицающее, при котором пациент не обращает внимания на болезнь, гонит от себя мысли о ней, отказывается от посещения врача;

4) нозофобное, когда пациент несоразмерно боится болезни, неоднократно и необоснованно обследуется, меняет врачей. Он в большей или меньшей степени понимает, что его опасения преувеличены, но не способен бороться с ними;

5) ипохондрическое, при котором пациент убежден в том, что страдает тяжелым заболеванием;

6) нозофильное, связанное с определенным успокоением и приятными чувствами в случае болезни.

Предложена также классификация по уровням активности личности в ее противодействии заболеванию или его углублению. Варианты отношения к болезни разделяют на:

1) пассивно-страдательное;

2) активно-положительное, или «уход в болезнь»;

3) отрицание наличия заболевания;

4) спокойно-выжидательное отношение;

5) активное противодействие развивающемуся недугу.

Существует также модель ВКБ, состоящая из двух блоков: сенсорно-эмоционального и логического. Формирование первого происходит под влиянием непосредственных впечатлений и переживаний, вызванных определенными проявлениями болезни и их течением. Эта же информация используется и для формирования логического блока, но в этом случае существенную роль играют концепции, привлекаемые личностью для описания и объяснения причин и механизмов данной совокупности признаков болезни. Полное согласование этих блоков встречается редко.

ВКБ – это не только совокупность субъективных моделей проявлений заболевания, но и концепция данной болезни, реальная или ложная. Реальные модели болезни более или менее адекватно отражают имеющиеся расстройства и динамику заболевания; ложные – это, например, мнимые болезни при ятрогениях, фиктивные – при симуляциях. Последние имеют иногда явно защитный характер. У больного с психогенным расстройством основой фиктивной модели болезни являются матрицы долгосрочной памяти, сформированные в результате внушения или самовнушения и содержащие психогенную информацию.

Прогноз конкретного заболевания выступает как эмоционально напряженный комплекс представлений больного о его вероятном течении и исходе. С ним связаны ожидаемые результаты лечения – доминирующие (эмоционально окрашенные) представления, отражающие желаемую степень восстановления нарушенных функций. Во время курса лечения у пациентов формируются психологические оценки полученных результатов лечения – эмоционально окрашенные представления, отражающие как реальные, так и мнимые (внушенные, самовнушенные) изменения нарушенных функций в сторону улучшения или ухудшения. На личностном уровне оценка результатов лечения осуществляется путем сопоставления двух психологических моделей – ожидаемых и полученных результатов лечения.

Большую роль в формировании ВКБ играет тип отношения пациента к болезни и ее проявлениям. При гипнозогнозическом типе больные игнорируют свою болезнь, пренебрежительно относятся к лечению. Иногда у них образуется неадекватная завышенная «сверхоптимальная» оценка ожидаемых результатов лечения. О гипернозогнозическом типе можно говорить в тех случаях, когда у больного имеется преувеличенная негативная эмоциональная окраска переживаний, связанных с болезнью. У больных с таким типом ВКБ формируется представление о «минимальных результатах лечения». В случае прагматического типа эмоционального отношения к болезни пациент находится в деловом контакте с врачами, стремится к реальной оценке болезни и прогноза, стремится к оптимальному проведению лечебных и профилактических мероприятий. В зависимости от особенностей личности представления больного оказываются инертными или подвижными, а в отношении психотерапии больные могут быть податливыми или резистентными.

Воспринимая и оценивая информацию, приходящую из организма и сигнализирующую о возможности нарушения здоровья, больной придает ей определенное значение. Этот когнитивный аспект ВКБ характеризуется личностным значением болезни, которое определяет характер эмоциональных реакций пациента и способы адаптации к ней. Личностное значение болезни является одним из компонентов психосоциального ответа на заболевание наряду с эмоциональной реакцией, способом адаптации и совладания (копинга). Психосоциальный аспект рассматривается как совокупность когнитивных, эмоциональных и поведенческих реакций, возникающих у больного в ответ на информацию, связанную с заболеванием.

А. Ш. Тхостовым и Г. А. Ариной (1990) предложена модель порождения и функционирования интрацептивных ощущений в структуре ВКБ. Формирование субъективной картины болезни начинается с соматических ощущений, составляющих чувственную ткань ВКБ. Эти ощущения включают явления дискомфорта и вначале крайне неопределенны, неточно локализованы, кратковременны, плохо рефлексированы. На их основе строятся «соматические образы» путем квалификации чувственных данных в эмоционально-оценочных категориях. В результате ощущения становятся конкретными, приобретают локализацию, интенсивность, модальность, соотносятся с культурными перцептивными и языковыми эталонами, могут быть вербализованы. Осознанные, отрефлектированные интрацептивные ощущения в существующей у субъекта системе категорий сознания сопряжены с уже усвоенными ранее эталонами экстрацептивных ощущений. Такой подход, по мнению авторов, позволяет создавать научно обоснованные методы коррекции ипохондрических интрацептивных нарушений, психологически обоснованные лечебные и реабилитационные программы при разных заболеваниях.

ВКБ изучалась при различных расстройствах – соматических, психических, неврологических.

В последние годы ведутся многочисленные исследования по изучению влияния клинических особенностей течения ИБС на ВКБ и формирование нозогенных реакций (Смулевич А. Б. и др., 2005). Для выявления соотношения между особенностями ИБС и типологией выделяют два типа ВКБ: с гипернозогностическими и гипонозогностическими реакциями.

С гипернозогностией ассоциируются:

- 1) быстро прогрессирующий вариант течения ИБС с дебютом в среднем возрасте, повторными коронарными катастрофами и/или развитием недостаточности кровообращения;
- 2) «классическая» стенокардия;
- 3) аритмии сердца, протекающие с персистирующей высокой ЧСС (синусовая тахикардия, тахисистолическая форма мерцания предсердий, частая экстрасистолия) и не поддающиеся самостоятельному купированию;
- 4) выраженная сердечная недостаточность.

Для гипонозогностии характерно:

- 1) медленное прогрессирование коронарного атеросклероза с дебютом в пожилом возрасте, не сопровождающееся развитием инфаркта миокарда и недостаточности кровообращения, или наличие в прошлом единственного инфаркта миокарда;
- 2) атипичная стенокардия (отсутствие четкой связи ангинозных болей с физической нагрузкой, нетипичная локализация ощущений, непостоянная эффективность нитроглицерина) либо «немая» ишемия миокарда;
- 3) аритмии сердца, приступообразно возникающие на фоне нормального сердечного ритма (редкая экстрасистолия, пароксизмальная форма мерцания предсердий, наджелудочковая пароксизмальная тахикардия), не сопровождающиеся значительным ухудшением самочувствия больного и купирующиеся приемом антиаритмиков;
- 4) симптомы ранних стадий сердечной недостаточности.

Учет клинических параметров болезни, связанных с формированием гипер- и гипонозогностических вариантов ВКБ, может способствовать оптимизации лечения ИБС. Большая

часть выявленных особенностей ИБС, ассоциирующихся с гипернозогностическими реакциями (повторные инфаркты миокарда, классическая и затяжная стенокардия, выраженная недостаточность кровообращения), являются клиническим выражением тяжелой ИБС. У больных с такими манифестациями ИБС гипернозогнозия сопряжена с заниженной оценкой эффективности лечения. Это может приводить как к неоправданно частому обращению за медицинской помощью и неадекватно высоким доз кардиотропных препаратов, так и к частичному или полному прекращению проводимой терапии в связи с ее мнимой бесперспективностью. С другой стороны, клинические характеристики ИБС, связанные с формированием гипонозогнозии, могут рассматриваться как факторы риска прогрессирования коронарной болезни, обусловленного несоблюдением пациентом врачебных рекомендаций. В этом плане определенную опасность представляют случаи ИБС, протекающие с наличием в анамнезе единственного инфаркта миокарда, с атипичной стенокардией, «немой» ишемией миокарда, а ранними малосимптомными стадиями сердечной недостаточности. У больных с перечисленными проявлениями ИБС при отсутствии адекватного лечения и своевременного обращения за медицинской помощью более вероятно дальнейшее прогрессирование болезни с возникновением повторных инфарктов миокарда, развитием тяжелой сердечной недостаточности и летальным исходом.

Своевременная коррекция поведения пациента с использованием методов психотерапии и психофармакотерапии способствует улучшению сотрудничества между врачом и пациентом и, соответственно, повышению эффективности лечения столь распространенной в настоящее время ишемической болезни сердца.

J. Lipowski (1983) разработал классификацию личностных значений болезни:

1) Болезнь в качестве проблемы или препятствия, которое должно быть преодолено. Для такого пациента она является источником угрозы, но стимулирует активную установку. Принимая факт существования болезни, пациент старается приспособиться к ней или стремится к выздоровлению, не реагируя чрезмерными эмоциональными реакциями в виде страха и депрессии, ищет помощи, используя рекомендации медицинского персонала. Некоторые пациенты могут воспринимать болезнь как положительную ценность, помогающую им обрести опыт или новый смысл в жизни.

2) Болезнь сопровождается, прежде всего, чувством утраты чего-то значимого, например чувства безопасности, физических возможностей, реализации жизненных планов, удовольствия или уважения к самому себе. Больной реагирует снижением настроения, иногда смирением и безнадежностью. Он может изолироваться или искать помощи, поддержки и замещающих источников удовлетворения потребностей, иногда предпочитая смерть.

3) Болезнь для пациента заслуженная или незаслуженная кара, наказание за прошлые грехи. Он реагирует в этом случае чувством вины, стыда, снижением настроения или напротив – гневом, чувством обиды. Поведение пациента может приобрести характер пассивного принятия или противопоставления, борьбы.

4) Значение болезни состоит в том, что она является для пациента средством облегчения, избегания самостоятельности, требований выполнения определенной социальной роли, а также способом разрешения определенного конфликта. Болезнь облегчает получение поддержки, заботы, привилегии и компенсаций (например, материальных). Получение от факта болезни первичной и вторичной выгод приводит к немалым трудностям отказа от роли больного и может препятствовать оптимальному сотрудничеству с лечащим персоналом.

ВКБ рассматривается как существенная мишень для психотерапевтических воздействий. Оценка и направленное изменение субъективного понимания причин болезни присущи всем вербальным формам психотерапии. Пациенты должны понять, что их прежние представления о болезни ошибочны и существует правильное, научно обоснованное ее понимание. М. Томпс и соавт. (1990) вместо ВКБ используют термин «субъективная теория болезни». Авторы обращаются к психологии, которая изучает так называемые «субъективные, или наив-

ные, теории». Главный вопрос, который при этом возникает, какой репертуар объяснений, какие наивно-психологические представления или «дилетантские теории» находятся в распоряжении обычного человека и какие из них он использует, когда пытается объяснить свое поведение. «Субъективные теории болезни» могут рассматриваться не только как помехи в психотерапевтическом процессе. В них можно находить особенные сочетания обоснований, важные образцы языка, способ видения мира, присущий данному человеку. Психотерапевты часто осуществляют свои действия, руководствуясь собственными теориями, и значительно реже принимают во внимание представления пациентов. Многие психотерапевты обращают внимание в первую очередь на искажения в созданных пациентами концепциях или на их дисфункциональность. Такое отношение мешает увидеть симптомы или проблемы как часть и результат определенного конкретно-субъективного видения мира. Другая черта «субъективных теорий болезни» заключается в том, что они выступают как концентрированное описание общественных или социальных конфликтов. Сам пациент не может распознать этот факт и свои трудности или симптомы как «чисто личные», полагая, что лишь он один сталкивается с подобными трудностями. Авторы приводят пример с пациентками, страдающими нервной анорексией. В начале психотерапии эти женщины редко способны увидеть в своей симптоматике результат оказываемого на них общественного или социального давления или предъявляемых им требований, а объясняют болезнь своим стремлением «быть стройными и иметь высокую самооценку».

Врачу необходимо стремиться к более адекватному пониманию мировоззрения пациента, понять, как на протяжении его жизни складывались схемы восприятия и интерпретации. Особый интерес представляет связанная с возникновением и существованием трудности плоскость мировоззрения пациента, которая заставляет его обращаться к психотерапевту.

Свойства личности – важный, но не единственный фактор, определяющий отношение к болезни. Все, что с ней связано и на что она оказывает влияние, определяется тремя важнейшими факторами (Личко А. Е., 1980):

- 1) природой самого заболевания;
- 2) типом личности, в котором важную роль играет тип акцентуации характера;
- 3) отношением к заболеванию в значимом для больного окружении и микросоциальной среде, к которой он принадлежит.

Под влиянием этих трех факторов вырабатывается отношение к болезни, лечению, врачу, своему будущему, к работе, родным и близким, к окружающим. Диагностика типов отношения к болезни, необходимая для использования дифференцированных психотерапевтических и реабилитационных программ, может осуществляться на основе клинического расспроса, наблюдения, получения сведений от родственников. Однако этот путь требует значительных временных затрат при необходимости обследовать большое число соматических больных. Помощь здесь может оказать специально разработанный опросник.

В настоящее время в исследованиях и практике применяется «Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни» (Вассерман Л. И. и др., 1987). В методике представлены 12 типов отношения к болезни:

1. Гармоничный тип характеризуется трезвой оценкой своего состояния, активным содействием успеху лечения, нежеланием обременять других своей болезнью, переключением интересов на доступные для больного сферы жизни при неблагоприятном течении болезни.
2. Эргопатический тип отличается выраженным стремлением продолжать работу во что бы то ни стало; это может быть своеобразный «уход от болезни в работу».
3. Анозогнозический тип характеризуется активным исключением мысли о болезни и ее последствиях, пренебрежительным отношением к ней, нежеланием лечиться.

4. Тревожный тип отличается беспокойством, мнительностью в отношении неблагоприятного развития заболевания, поисками информации о болезни и ее лечении, угнетенным настроением.

5. Ипохондрический тип характеризуется сосредоточенностью на субъективных неприятных ощущениях и стремлением рассказывать о них окружающим.

6. Неврастенический тип характеризуется раздражительностью, особенно при болезненных ощущениях, нетерпеливостью.

7. Меланхолический тип отличается пессимистическим отношением к болезни, неверием в выздоровление.

8. Апатический тип отличается безразличием к себе и течению болезни, утратой интереса к жизни.

9. Сенситивный тип характеризуется опасением неблагоприятного отношения окружающих вследствие болезни, боязнью стать обузой.

10. Эгоцентрический тип характеризуется требованием исключительной заботы, выставлением напоказ страданий с целью безраздельного завладения вниманием окружающих.

11. Паранойяльный тип отличается крайней подозрительностью к лекарствам и процедурам, обвинениями окружающих в возможных осложнениях или побочных действиях лекарств.

12. Для дисфорического типа характерны мрачно-озлобленное настроение, ненависть к здоровым, обвинения в своей болезни других, деспотическое отношение к близким.

При интерпретации данных опросника могут быть диагностированы также три обобщенных типа реагирования:

- 1) с выраженностью социальной дезадаптации больного в связи с заболеванием;
- 2) с внутриличностной направленностью;
- 3) с межличностной направленностью.

Значительные возможности для целостного понимания больного не только как носителя симптомов болезни, но и как человека со специфически измененным жизненным стилем, представляет учет ВКБ в виде системы психологической адаптации личности, имеющей в основе особенности самооценки, механизмы психологической защиты и совладания (копинг-поведение). Методологическим подходом к такому пониманию ВКБ являются положения психологии отношений В. Н. Мясищева, представления о трехкомпонентной структуре отношения личности (когнитивный, эмоциональный, поведенческий), признание значимости взаимосвязи сознательного и неосознаваемого в механизмах психологической адаптации больного (Карварский Б. Д., 1982). Восприятие, переживание и переработка болезненных расстройств определяются особенностями личностных свойств больного, концепцией Я, психологическим конфликтом, психотравмирующей ситуацией, способами психологической защиты и совладания с болезнью и ее последствиями (Ташлык В. А., 1984).

В целом, ВКБ формируется в защитных целях для снижения эмоционального напряжения и преодоления трудностей, вызванных заболеванием. Когнитивный (познавательный) аспект ВКБ определяется прежде всего соматической или психогенной концепцией болезни, сформировавшейся у больных в ходе переработки ими патологических ощущений и переживаний. «Соматическая концепция» вытекает из доминирующих представлений больных об органических нарушениях нервной системы или внутренних органов. При отсутствии каких-либо органических нарушений у больных с соматоформными невротическими расстройствами отмечается тенденция к отражению своего психического дискомфорта в форме жалоб соматического характера. Однозначность «соматической концепции» при психосоматических расстройствах в значительной мере поддерживается свойственной больным алекситимией, т. е. неспособностью к вербальному описанию своего эмоционального состояния и проблем. Алекситимические характеристики у таких больных проявляются в подробном описании ими симптомов, иногда не имеющих отношения к данному заболеванию. В частности, больной с язвен-

ным колитом больше жалуется на различные боли во всем теле, мышечные судороги, чем на кровавый понос. Тревогу и депрессию такой пациент описывает в форме физических ощущений, испытывает затруднения в подборе соответствующих слов для описания чувств, отмечаются редкие сновидения и бедность фантазий, ограничены межличностные отношения. «Психогенная концепция» определяется представлениями больного о причинах или факторах обострения своего заболевания, связанных с самооценкой трудных жизненных ситуаций и отношений с окружающими. Однако под влиянием защитного функционирования причины своей психотравматизации больной видит вовне, обычно исключая свой вклад в развитие конфликтных ситуаций и отношений.

Эмоциональный аспект ВКБ включает такие типы доминирующего переживания болезни, как депрессивный (подавленность и пессимизм вследствие реальных или воображаемых утрат объектов привязанности, целей, сил или своих возможностей) и фобический (переживание угрозы утраты безопасности, самоконтроля и независимости). Эти типы переживания болезни могут нередко совпадать с ведущими аффективными расстройствами, среди которых у больных неврозами и психосоматическими заболеваниями наиболее частыми являются тревога (страх) и депрессия.

Мотивационно-поведенческий аспект ВКБ (активность или пассивность в переработке личностных конфликтов и психотравмирующих ситуаций, преодолении болезни и стремлении к выздоровлению) находит выражение в особенностях самооценки, конфликта и патогенной ситуации, системы адаптации – механизмах психологической защиты и совладания, поведения комплайенса (следование лечебным предписаниям и соответствующему образу жизни).

Особенности ВКБ раскрывают стиль нарушенного личностного функционирования больного с учетом когнитивных, эмоциональных и поведенческих стереотипов, порождающих психотравмирующие жизненные ситуации. Эти неадаптивные стереотипы при действии выраженной психологической защиты препятствуют конструктивному решению больными патогенных психологических конфликтов между внутренними потребностями и требованиями среды, между потребностью личностной значимости (сохранение самоуважения) и социального соответствия поведения. Развитие и сохранение неадаптивных стереотипов происходит в условиях искаженной переработки больными симптоматики («порочный круг» взаимовлияния симптомов и переживания), противоречивого отношения к диагнозу (страх и ожидание информации о болезни), роли больного (пассивное отношение к лечению и желание выздоровления), актуальной жизненной ситуации (поиск причин трудностей вне собственного поведения и пассивное ожидание разрешения ситуации).

При широком понимании ВКБ ее частью является «внутренняя картина здоровья» (ВКЗ). Понятие ВКЗ по аналогии с понятием ВКБ было предложено В. М. Смирновым и Т. Н. Резниковой в 1983 г. Они считали, что одновременно с ВКБ создается другая, противоположная модель – ВКЗ, своеобразный эталон здорового человека, или здорового органа, или части тела и т. д. Этот эталон может быть сложным и включать различные элементы в виде образных представлений и логических обобщений.

Формирование ВКЗ предполагает:

- 1) осознание и идентификацию собственного внутреннего динамического состояния гомеостаза, отождествление себя с образом здорового психосоматического целого;
- 2) осознание появляющихся признаков любого стойкого нарушения гомеостаза, т. е. идентификацию в себе индикаторов предболезни, предвестников отклоняющегося состояния в динамическом процессе здоровья.

ВКЗ – это совокупность представлений о здоровье, комплекс эмоциональных переживаний и ощущений, а также поведенческих реакций. Здесь представлены все три составляющие структуры личности: когнитивный, эмоциональный и поведенческий, присутствует элемент целостности в восприятии себя. Отношение к здоровью может определяться типом личности

человека, отношением к здоровью в микросреде, семье. На основе бытовых представлений, информации из литературы каждый вырабатывает свою особую концепцию здоровья.

С психологических позиций можно выделить три основные стороны ВКЗ:

1. Когнитивная часть – представляет собой совокупность субъективных или мифологических умозаключений, мнений о причинах, содержании, возможных прогнозах, а также оптимальных способах сохранения, укрепления и развития здоровья (система убеждений).

2. Эмоциональная часть – чувственная сторона ВКЗ, которая включает в себя переживание здорового самочувствия, связанного с комплексом ощущений, формирующих эмоциональный фон (спокойствие, радость, умиротворенность, свобода, легкость и т. д.).

3. Поведенческая часть – мотивационно-поведенческая сторона, представляющая совокупность усилий, стремлений, конкретных действий человека, направленных на укрепление и сохранение физического и психического здоровья.

Внутренняя картина болезни – это интегральная характеристика адаптации личности к болезни и лечению, включающая знание о болезни, ее осознание личностью, понимание роли и влияния болезни на социальное функционирование, эмоциональные и поведенческие реакции, защитное и совладающее поведение в болезни, качество жизни и внутреннюю картину здоровья. Отношение к болезни всегда значимо. Оно оказывает влияние и на другие стороны отношений личности, что проявляется в поведении, взаимоотношениях пациента с окружающими. Знание и учет внутренней картины болезни углубляет понимание роли личностных факторов в динамике болезни, расширяет возможности активного вовлечения больного в систему лечебно-реабилитационных мероприятий, оптимизации отношений врач – больной, выбора дифференцированной психотерапевтической тактики. Психотерапевтические воздействия, направленные на коррекцию неадаптивных позиций пациента, «масштаба переживаний болезни», способствуют не только улучшению состояния, но и профилактике рецидивов.

Эмоциональный стресс, психологическая защита, совладание со стрессом

Жизнь современного человека требует постоянной адаптации из-за влияния быстро меняющихся социально-экономических и технологических условий, которые служат причиной стрессов. Неспособность или неумение человека совладать со стрессом часто является основанием для различных расстройств здоровья. Широко известны взгляды на стресс Н. Selye. Однако к настоящему времени данные о структуре стресса, прежде всего психологические, в значительной степени усложнились.

Стресс – это психологическое состояние организма, в котором отражается несоответствие между его способностью удовлетворительно справиться с требованиями окружающей среды и уровнем таких требований. Понятие «стресс» было дифференцировано Н. Selye введением терминов «эустресс» и «дисстресс». Эустрессом называется состояние потери равновесия, которое человек переживает при соответствии требований к нему и имеющимися в его распоряжении ресурсами по их реализации. Понятие «дисстресс» относится к таким психическим состояниям и процессам, при которых постоянно или временно нарушается это равновесие из-за недостаточности ресурсов.

Доминирующим является представление о стрессе как столкновении индивида с окружающим миром. Стресс начинается со специфической оценки какого-либо события и собственных ресурсов по его преодолению. В результате формируются связанные с ним эмоции, возникают адаптивные реакции совладания (копинг). Стресс является динамическим процессом, который протекает в постоянном и обоюдном взаимодействии индивида с окружающим миром. При таком рассмотрении стрессовый эпизод как микрособытие повседневной жизни после воздействия стрессора может быть представлен последовательностью следующих явлений:

- осознание стрессора и его оценка;
- нарушение гомеостаза, связанные со стрессом эмоции и процессы познания;
- совладающее действие (реакция);
- результат копинга и новая оценка ситуации с возвращением к первому элементу данной структуры при неуспешности копинга.

Совладание со стрессом (копинг) по R. S. Lazarus (1966) – это когнитивные и поведенческие усилия по управлению специфическими внешними или внутренними требованиями (и конфликтами между ними), которые оцениваются как напрягающие или превышающие ресурсы личности.

Стрессы вызывают расстройства физической, психической и социальной составляющих целостности человека. Например, падение задумавшегося о своих проблемах человека с последующим переломом кости ведет к нарушению физической целостности, а сильная обида – к психическим и социальным последствиям. Стрессовые реакции или ответы на воздействие стресса могут быть физиологическими (автономное возбуждение, нейроэндокринные изменения), поведенческими (агрессия, бегство, дезорганизация), когнитивными (нарушения концентрации внимания, памяти, неверное истолкование) и эмоциональными (страх, гнев, тоска).

Нарушение гомеостаза под влиянием стресса возникает в зависимости от его характеристик или от восприятия его организмом. Организм реагирует автоматическими, адаптивными ответами или адаптивными действиями. Стрессовым эпизодом называется последовательность «ситуация – поведение» или «ситуация – действие», которая включает непосредственный положительный или отрицательный результат (Perrez M., Reicherts M., 1992).

Стресс и связанные с ним эмоции возникают тогда, когда автоматизированные процессы эмоционального регулирования оказываются неспособными восстановить гомеостаз. На стрес-

совую ситуацию влияет совладающее поведение, которое включает связанные со стрессом эмоции. Такими эмоциями могут быть тревога, депрессия, гнев, беспомощность и другие негативные эмоциональные состояния.

В качестве стрессоров рассматриваются жизненные события, которые систематизируются по степени негативной значимости и времени, требуемому на реадaptацию. В зависимости от этого различают повседневные трудности, неприятности или повседневные микрострессоры, критические жизненные или травматические события и хронические стрессоры. Время, требуемое на реадaptацию, при повседневных сложностях составляет минуты или часы, при критических жизненных событиях – недели или месяцы. Хронические стрессы иногда делятся годами.

Стрессовые события повседневной жизни вызывают нарушения самочувствия и ощущаются как угрожающие, оскорбительные, фрустрирующие или связанные с потерями. В содержательном плане в качестве повседневных стрессовых нагрузок выступают недовольство собственным весом и внешностью, состояние здоровья кого-то из членов семьи и возникающая из-за этого необходимость ухаживать за ним, досадные недоразумения, связанные с ведением хозяйства, повышение цен на потребительские товары, стресс на работе, денежные заботы, оплата налогов. Повседневные сложности можно описывать и обычными понятиями: рабочие стрессоры (излишек работы, конфликты на работе, сжатые сроки выполнения), межличностные и социальные стрессоры (конфликты в семье, трения с соседями, лицемерие), ролевые стрессоры (например, двойная роль – быть домашней хозяйкой и заниматься профессиональной деятельностью).

В жизни имеют место не только отрицательные повседневные события, но и духовные подъемы, которые сопровождаются положительными эмоциями и переживаниями.

Под критическими событиями (макрострессорами) понимаются события в жизни человека, которые:

- можно датировать и локализовать во времени и пространстве, что выделяет их на фоне хронических стрессоров;
- требуют качественной реорганизации в системе индивид – окружающий мир и этим отличаются от временной, преходящей адаптации;
- сопровождаются стойкими аффективными реакциями, а не только кратковременными эмоциями, как это регулярно случается в жизни.

При критических жизненных событиях требуются более высокие затраты и более продолжительное время на адаптацию, чем это необходимо при действии повседневных микрострессоров.

Критические жизненные события называются нормативными, если их можно предсказать, так как они имеют биологическую или культурную природу (например, пубертатный возраст, поступление в школу) и с большей или меньшей вероятностью наступают у всех членов общества. Ненормативные критические жизненные события отличаются внезапностью и непредсказуемостью, например неожиданная смерть кого-то из близких. Критическими могут оказаться как положительные (желаемые, социально связанные с позитивным значением – брак, рождение ребенка), так и негативные (нежелательные, сопровождаемые преимущественно негативными эмоциями – печалью, страхом) жизненные события. В этих случаях психика по-разному подвергается воздействию из-за необходимости адаптации. Разные последствия обуславливаются к тому же зависимостью или независимостью события. Причины первых объясняются, по крайней мере частично, собственными поступками или упущениями (например, разрыв сложных личных отношений). Независимые события происходят по внешним причинам (например, потеря места работы из-за закрытия фирмы).

В противоположность ограниченному по своей длительности критическим жизненным событиям и повседневным стрессорам хронические стрессоры продолжаются более длитель-

ное время, представляют собой постоянно повторяющиеся тяжелые испытания (например, нагрузки на работе или в семье, часто называемые хроническим напряжением). Но под хроническим стрессором можно также понимать затянувшиеся нагрузки, возникающие по вине жизненных событий или их следствия, например развода.

Наносить вред здоровью могут как интенсивные, более или менее короткие стрессовые жизненные события, так и длительные последствия стрессоров и хронические стрессоры. Это относится к появлению симптомов вообще и специфических психических расстройств в частности.

Люди по-разному реагируют на стрессоры. Точно предсказать последствия воздействия стрессовых факторов сложно. Это связано с тем, что между стрессорами и их последствиями действуют другие факторы. К ним относятся качества стрессоров, личностные свойства, способность преодолевать нагрузки и социальные факторы (например, социальная поддержка).

Стрессовые, отягощающие события редко становятся основной причиной психических расстройств. Стрессоры вызывают нарушения адаптации только в сочетании с различными внутренними и внешними факторами.

Особенностями личности, выступающими как опосредующие факторы при стрессе, являются эмоциональная стабильность, «душевное здоровье», выносливость и др. К особенностям личности, влияющим на то, что происходит при стрессе, принадлежит также стиль психологической защиты. S. Freud предложил концепцию защитных механизмов, которая была развита А. Freud. В современных исследованиях личности с наибольшим интересом изучались такие защитные механизмы, как вытеснение и отрицание. По мнению А. Freud, функция вытеснения имеет направленность внутрь и служит для устранения угрожающих инстинктивных импульсов. И наоборот, отрицание, будучи первым шагом защиты, защищает Я индивида от угрозы внешнего мира. Аналогично интеллектуализация – это предотвращение опасности, с направленностью внутрь, а бдительность – вовне.

Наряду с личностными признаками и особенностями преодоления стрессового события важную роль играют характеристики социального окружения: социальная сеть и социальная поддержка. Под социальной сетью понимается система социальных отношений человека, под социальной поддержкой – удовлетворение специфических социальных потребностей: в близости, защите, информации, практической помощи, разрядке, успокоении. Это понятие указывает на главный функциональный аспект социальных отношений и сетей отношений.

Копинг – это совладание, адаптивное поведение в целях восстановления равновесия. В концепциях копинга делается попытка осмыслить процесс, который начинается переработкой информации и посредством стрессовых эмоций приводит к адаптивным реакциям индивида. Этому процессу впервые было уделено внимание в психоанализе, где введено понятие защитных механизмов, описаны их различные формы, которые служат защите от тревоги и страха. По представлению S. Freud, Я под влиянием требований Сверх-Я пытается отвергнуть требования инстинктов. В ходе развития человек вырабатывает защитные механизмы для того, чтобы защищаться от внутренних раздражителей, т. е. не допускать угрожающие раздражители до сознания.

Психологический смысл основных защитных механизмов может быть представлен следующим образом:

1. Вытеснение: мысли, образы или воспоминания, вызывающие страх, вытесняются в бессознательное или ставится препятствие для их представления в сознании.
2. Идентификация: решение конфликта происходит посредством принятия ценностей, мировоззрений какого-то другого лица.
3. Отрицание: потенциально травматическая реальность не воспринимается как таковая.
4. Проекция: желания или чувства, вызывающие страх, экстернализируются и приписываются другим.

5. Рационализация: для проблем, связанных со страхом, ищется разумное объяснение, чтобы избавиться их от угрожающего содержания.

6. Реактивное образование: неприемлемые, угрожающие импульсы нейтрализуются, трансформируясь в свою противоположность (например, агрессия – в заботливость).

7. Регрессия: переход какой-то формы психической организации на более раннюю ступень, характеризующуюся более простыми структурами.

8. Сублимация: приемлемая для данной культуры трансформация сексуальных инстинктов в какую-либо несексуальную, общепринятую сферу (художественную, интеллектуальную, социальную, политическую), где они могли бы раскрыться.

Представления А. Freud явились следующим шагом в развитии и популяризации психоаналитических идей о механизмах защиты. Наряду с суммированием защитных механизмов, описанных ее отцом, А. Freud представила несколько новых механизмов (идентификация с агрессором, интеллектуализация и др.). Ее заслуга состоит также в описании наблюдений, согласно которым люди имеют склонность выборочно использовать немногие защитные механизмы, несмотря на их более широкий потенциал.

Еще одна влиятельная идея А. Freud заключается в том, что некоторые защитные механизмы следует рассматривать как потенциально более патологические по сравнению с другими. Предложена иерархическая модель континуума от «незрелых» до «зрелых» защит. Зрелые защиты определяются как виды активности (деятельности), подобные сублимации, юмору или подавлению. Незрелые защиты оцениваются как активности, подобные проекции, ипохондризацией и пассивной агрессии. Был предложен и промежуточный тип защит (невротические защиты), который включал интеллектуализацию, подавление, формирование реакции. Предполагается, что лица, использующие зрелые защиты, имеют лучшее психическое здоровье и более адекватные взаимоотношения по сравнению с применяющими незрелые защитные механизмы.

Стили совладания представлялись, как уже отмечалось, в виде иерархии от здоровых форм (определялись как копинг) до прогрессивно менее здоровых или дисфункциональных (назывались защитами), например невротических или психотических. Определенные формы (например, отрицание) автоматически рассматривались как патологические и патогенные, а другие – как здоровые или близкие к здоровым (например, сублимация).

В 60-х гг. XX века начались новые исследования по копингу, которые ранее связывали с защитными механизмами. Некоторые авторы начали обозначать определенные «адаптивные» защитные механизмы (например, сублимацию) как копинговую активность. По N. Naan (1965): «Копинговое поведение отличается от защитного поведения тем, что последнее, по определению, является ригидным, вынужденным, искажающим реальность и недифференцированным; тогда как первое является гибким, целенаправленным, ориентированным на реальность и дифференцированным».

Начиная с 1970-х гг. работы, посвященные адаптивным защитами, приобрели самостоятельный интерес как исследование сознательных стратегий, которые используются человеком, сталкивающимся со стрессовыми ситуациями. Сознательные стратегии по реагированию на стрессовые ситуации были определены как копинговые ответы. Однако позднее было показано, что копинг включает не только сознательные, но и автоматизированные, неосознаваемые виды совладающей активности.

Современные концепции стресса опираются прежде всего на когнитивно-феноменологический подход R. Lazarus, который, если рассматривать и физиологические аспекты стресса H. Selye, представляется как общий адаптационный синдром. Стрессовая реакция является результатом определенных отношений между требованиями к человеку и имеющимися в его распоряжении ресурсами. К внутренним ресурсам относятся индивидуальные переменные: способность к сопротивлению, эмоциональная стабильность. К ресурсам окружающего мира

принадлежит, например, характер социального окружения. Если соотношение между требованиями и способностями кажется человеку уравновешенным, то возникает эустресс. Когда стрессор оценивается как вызывающий ущерб или потерю, то нарушается чувство собственной ценности и появляются такие эмоции, как печаль или гнев. Если же ситуация оценивается как опасная, то следствием является страх. Стрессовые эмоции направлены мобилизуют человека, изменяя его готовность к действию для определенных адаптивных (копинговых) реакций.

Результатами или следствиями стресса и копинга (как элемента стресса) являются психологические, социальные и физиологические эффекты, которые влияют на благополучие (качество жизни) человека, его здоровье или состояние болезни, а также на продуктивность его деятельности.

Изучается влияние стрессоров на психические и соматические расстройства. Стрессор может представлять собой необходимое и достаточное условие для возникновения какого-то расстройства. Типичными примерами служат хронические приспособительные и стрессовые реакции, такие как переживание горя или посттравматическое стрессовое расстройство. Стрессор может явиться дополнительной причиной – когда для возникновения расстройств требуются и другие факторы. Например, гипотеза диатеза-стресса предполагает, что, помимо воздействия стрессора для возникновения определенного расстройства необходима особая уязвимость индивида (Коцюбинский А. П. и др., 1999). Стрессоры могут усугубить какое-то уже существующее условие для возникновения расстройства, в результате чего превышает его определенное, пограничное значение и расстройство становится очевидным. Провоцирующее действие стресса выступает в том случае, когда он является пусковым событием до начала расстройства. Но стресс может иметь протективное действие, приводя к активации личностных и социальных ресурсов и даже к позитивному изменению отношения к имеющейся психической проблеме.

Во многих работах (Perrez M., Matathia R., 1993; Reichets M., 1998, и др.) было установлено, что более эффективно преодолевают стресс и показывают более высокие значения по критериям душевного здоровья те люди, которые чаще руководствуются правилами адаптивного поведения. Исследование копинга у лиц, страдающих невротическими расстройствами (Карвасарский Б. Д. и соавт., 1999), показало, что по сравнению со здоровыми людьми для них характерна большая пассивность в разрешении конфликтов и проблем, им свойственно менее адаптивное поведение. Больные невротическими расстройствами, например, часто реагируют «растерянностью» (когнитивная копинговая стратегия), «подавлением эмоций» (эмоциональная копинговая стратегия) и «отступлением» (поведенческая копинговая стратегия). После активного участия в психотерапии, направленной на улучшение понимания и преодоление невротических проблем, был получен важный результат – лица, страдавшие невротическими расстройствами, не только улучшили состояние своего здоровья, но и развили способность к использованию более адаптивных, более адекватных ситуации копингстратегий.

Была предложена также концепция совладающего поведения в виде копинга, связанного с принятием, и копинга, связанного с избеганием. После ухудшения здоровья, в начале соматического заболевания, избегающие формы копинга, такие как отрицание, могут быть полезны. Однако они обычно вредны в отдаленном периоде болезни. Среди пациентов, перенесших операции на сердце, для последующего повышения качества жизни копинг, связанный с принятием, имел положительные корреляции, а копинг, связанный с избеганием, – отрицательные. У раковых больных позитивная реинтерпретация событий ассоциируется с меньшим эмоциональным дистрессом, а уход/ избегание – с большим. Для пациентов, страдающих ревматоидным артритом, поиск информации служит предиктором развития положительного эмоционального состояния, тогда как фантазии о выполнении желаний и самообвинения ведут к ухудшению настроения.

Стресс и сопровождающий его копинг тесно связаны с психическими и соматическими расстройствами.

1. Стресс может быть причиной (или одной из причин) либо разрешающим фактором (или одним из разрешающих факторов) соматических и психических расстройств.

2. Патогенное воздействие стресса зависит от личностных свойств, от вида и способа копинга, от признаков социального окружения (социальная среда, социальная поддержка).

3. Отдельные психические расстройства можно понимать как характерные модели совладания со стрессом (например, депрессивные расстройства содержат типичный набор признаков копинга).

4. Психические расстройства и соматические болезни обычно сами по себе являются более или менее тяжелыми стрессорами, преодоление которых влияет на качество жизни, а иногда и на течение болезни.

Множество разрозненных научных данных не позволяют дать простые ответы на большинство из поставленных вопросов, однако основные направления разработки существующих проблем были приведены. Концепции стресса и копинга важны для понимания этиологии или анализа условий возникновения болезненных расстройств. Эти подходы имеют значение и для воздействия на стресс.

Психосоматическое учение о болезни

Психосоматические соотношения представляют важную часть биопсихосоциального понимания болезни. Процесс дифференциации медицинских дисциплин в лечебной практике, неизбежный в связи с развитием все более сложных методов исследования и терапии, ограничивает возможности анализа больного человека с целостных (холистических) позиций. В таких условиях становится труднее осуществлять традиционный принцип отечественной медицины «лечить больного, а не болезнь». Целесообразность биопсихосоциального подхода диктуется также коморбидностью, характерной особенностью современной заболеваемости человека. Необходимость изучения ВОП как специалистом первой линии основ психосоматической медицины становится очевидной, если учитывать, что на обследование и лечение больного с психосоматической патологией затрачивается в 2–4 раза больше времени, чем на пациента с терапевтическим заболеванием (Симаненков В. И., Успенский Ю. П., 2006), в механизмах развития которого явно не участвуют психосоциальные факторы.

Психосоматические расстройства могут быть размещены в определенном «психосоматическом континууме». Этот континуум включает совокупность психосоматических расстройств от транзиторных нарушений социально-психологической дезадаптации с дисфункциями висцеральных систем до развернутых психосоматических заболеваний. В МКБ-10 отсутствует понятие «психосоматическое заболевание», чтобы не возникло предположение, что существуют соматические заболевания, при которых эти психосоциальные факторы не имеют значения.

В своем развитии психосоматическое учение о болезни прошло ряд этапов, на каждом из которых доминировала та или иная теоретическая концепция. Первые психосоматические теории связаны с психоанализом S. Freud. Он создал конверсионную модель психосоматического расстройства как истерического симптомокомплекса, которая приписывает телесным нарушениям функцию символического выражения подавленных интрапсихических конфликтов. В последующем для большинства исследователей стало очевидно, что конверсия как принцип разъяснения применима лишь к определенной группе символически детерминированных симптомокомплексов, но для большинства психосоматических расстройств она неприменима. Согласно современному психодинамическому взгляду на развитие психосоматических расстройств (Brautigam W., Christian P., 1986), для конверсии характерны:

- 1) прямой переход из психической сферы в соматическую;
- 2) удержание вне сознания вытесненной либидинозной энергии, ее переход в соматическую иннервационную энергию;
- 3) возникновение физических симптомов, символически выражающих содержание бессознательных переживаний и, таким образом, доступных для толкования;
- 4) появление симптомов, относящихся к сфере произвольной моторики и сенсорных функций;
- 5) связь классической конверсионной симптоматики с сексуальным конфликтом.

Взгляды S. Freud развил F. Alexander (2002), который разработал в 1934 г. теорию «специфического личностного конфликта». Этот конфликт был определен для семи психосоматических заболеваний, таких как эссенциальная гипертензия, гипертиреоз, ревматоидный артрит, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, нейродермит, бронхиальная астма, язвенный колит. F. Alexander выступал против придания симптомам исключительного символического значения. Он выделил группу психогенных расстройств в вегетативных системах организма, назвав их вегетативными неврозами. При этом симптом оценивался не как символическое замещение подавленного конфликтного содержания, а как нормальное физиологи-

ческое сопровождение хронизированных эмоциональных состояний. Восприятие F. Alexander так называемых им психосоматических заболеваний имело три аспекта:

1) специфический конфликт предрасполагает пациентов к определенным заболеваниям только тогда, когда к этому имеются другие (в то время еще неизвестные) генетические, биохимические и физиологические «Х-факторы»;

2) определенные жизненные ситуации, в отношении которых пациент сенсibilизирован в силу ключевых конфликтов, усиливают эти конфликты;

3) сильные эмоции сопровождают усиленный конфликт и на основе автономных гормональных и нервно-мышечных механизмов действуют таким образом, что в организме возникают изменения в телесной структуре и функциях.

Развитие идей S. Freud нашло отражение также в работах F. Danbar (1935), проработавшей много лет в соматической клинике и предложившей теорию личностных профилей. F. Danbar описала профили личности для ряда болезней (ишемическая болезнь сердца, ревматоидный артрит, сахарный диабет, бронхиальная астма, артериальная гипертензия, сердечная аритмия, язвенная болезнь, анорексия) и дала им названия: «язвенная личность», «коронарная личность», «аритмическая личность», «артрическая личность» и т. д. Концепция F. Danbar повлияла на развитие психосоматического учения о болезни, в частности на работы M. Friedman и R. Rosenman (1960), которые описали личности типа А и Б, причем первый сопряжен с развитием ишемической болезни сердца. Личность типа А—это ориентированные на действие субъекты, которые стремятся к достижению своих целей посредством враждебного соперничества. Личности типа Б, напротив, спокойны и менее агрессивны. При типе А повышено содержание холестерина сыворотки крови, триглицеридов, липопротеидов низкой плотности, способствующих развитию коронарной болезни.

По мнению Б. Д. Карвасарского (2007), анализ психосоматической литературы не дает основания говорить о специфическом личностном профиле, характерном для таких классических психосоматических заболеваний, как язвенная болезнь, бронхиальная астма и др. Однако отмечается, например, корреляция преморбидных особенностей личности больных ишемической болезнью сердца со свойствами так называемой «достигающей личности», стенично и упорно стремящейся преодолевать трудности на пути к успеху (тип А).

Своеобразным холистическим подходом в психосоматическом учении о болезни является «медицинская антропология» (Weizsäcker V., 1940), в рамках которой болезнь приобретает определенный смысл.

Общее понимание истории жизни, которое возникает в результате врачебной беседы, придает новое значение болезненному процессу.

V. Weizsäcker писал: «Центральным пунктом было бы то... что я не только приобретаю болезнь, но и сам ее создаю и формирую; что я свое страдание не только терплю и стремлюсь устранить, но я в нем нуждаюсь и желаю его». Малосущественно преобладание психического или соматического: субъективное выражается в телесных процессах, а соматическое – в душевных. Концепция V. Weizsäcker основывается на беседах врача и больного, в результате чего история болезни пациента становится понятной из истории его жизни. Это особенно наглядно проявляется в те периоды, которые автор определил понятием «криз» и которые одновременно являются поворотным пунктом и характеризуются переворотом в соматических функциях. Критические пики возникают в ситуациях разлуки, при нарушениях привычного ритма жизни, которые вполне осознаются, но могут протекать и на неосознанном уровне.

Ряд исследователей вели поиск общих проявлений, которые отличали бы больных с психосоматической симптоматикой. В 1967 г. P. E. Sifneos ввел термин «алекситимия» (*a* – отсутствие, *lexis* – слово, *thymos* – эмоции), дословно означающий «отсутствие или недостаток слов для выражения эмоций». Для лиц с алекситимией характерна ограниченная способность к восприятию собственных чувств и эмоций, их адекватная вербализация и экспрессивная пере-

дача. Мышление таких людей носит конкретно-бытовой характер, для них свойственно отсутствие фантазий, бедность воображения, неспособность вспоминать сновидения (Nimiah J. C., 2000). Алекситимическое поведение представляет собой неспецифический фактор риска развития психосоматического расстройства.

Свой вклад в развитие психосоматического учения о болезни внесла теория «объектных отношений», в соответствии с которой болезнь понимается как следствие психобиологической дисрегуляции с учетом влияния межличностных отношений. Было установлено, что начало болезни практически всегда совпадает с определенными событиями жизни, которые воспринимаются как угрожающие или сверхсильные. Часто оно оказывается связанным со стрессом, вызванным смертью близкого человека или разрывом отношений с ним. Было замечено также, что тяжелые соматические заболевания, например, такие как лейкемия, язвенный колит, у взрослых и детей нередко развиваются вслед за потерей «ключевой фигуры», игравшей наибольшую роль в жизни человека. Причем переживание события как потери гораздо важнее его реальности. «Ключевая фигура» используется психосоматическими больными как средство, жизненно необходимое им для успешной адаптации. Ее потеря воспринимается как утрата части себя, провоцируя сверхсильные чувства беспомощности, безнадежности, тоски, увеличивающие уязвимость организма и риск возникновения болезни.

Нейрогуморальные теории развития психосоматического заболевания исходят из того, что расстройство возникает вследствие нарушений внутреннего равновесия и понимается как проявление общего неспецифического адаптационного синдрома (Selye H., 1953). Согласно концепции стресса, в случае, когда организм подвергается действию сильных агентов – «стрессоров», возникает состояние, проявляющееся синдромом, который включает в себя неспецифические изменения в биологической системе. Теория «общего неспецифического адаптационного синдрома» позволила объяснить происхождение так называемых болезней адаптации: гипертонической болезни, язвенной болезни желудка и др. Фактор субъективного восприятия стрессогенной ситуации часто играет решающую роль в степени воздействия на личность, особенно если она характеризуется психосоматическими чертами. Острые психологические расстройства обуславливают развитие дистресса, а накопление хронических стрессовых реакций, в совокупности превышающих норму адаптации, может иметь следствием формирование психосоматических заболеваний.

Согласно представлениям R. S. Lazarus (1976), возникновение психосоматических расстройств основывается на реакциях личности в ответ на изменения окружающей среды. Психосоматические расстройства являются результатом нарушения взаимодействий между личностью и окружающей средой. Причем характер и выраженность нарушений определяется структурой личности, системой ее ценностей, мотивациями и способностями. Механизмы совладания с ситуацией или копинг-поведения (совокупность процессов, происходящих в личности и направленных на достижение адаптации к стрессу, контроля над ним, сохранения деятельности на фоне стресса), определяются личностными особенностями и значением ситуации для человека.

Процессы совладания являются частью аффективной реакции, и от них зависит сохранение эмоционального гомеостаза. Ряд точек зрения на психосоматическую проблему высказывают российские исследователи. Сложность и многофакторность патогенеза психосоматических расстройств подчеркивает Д. Н. Исаев (1996), выделяя основные его факторы:

1) неспецифическая наследственность и врожденная отягощенность соматическими нарушениями и дефектами (отклонения из-за хромосомных aberrаций повышают риск развития психосоматозов, что связывается с поражением лимбической структуры);

2) наследственная предрасположенность к психосоматическим расстройствам, обнаруживаемая у больных артериальной гипертензией в 22,7–62,5 %; бронхиальной астмой – 65,5–85,0 %; нейродермитом – 66,0 %; экземой – 61,0 % случаев;

3) нейродинамические сдвиги (нарушения деятельности ЦНС способствуют накоплению аффективного возбуждения, напряжению вегетативной активности, ускорению кровотока и др.);

4) личностные особенности (в виде замкнутости, сдержанности, недоверчивости, тревожности, сенситивности, склонности к легкому возникновению фрустраций, разочарований, преобладанию отрицательных эмоций, невысокого уровня интеллектуального функционирования в сочетании с выраженной нормативностью и установкой на достижение высоких результатов);

5) психическое и физическое состояние во время действия психотравмирующих событий (возникновение в момент переживания жизненных трудностей чувства безысходности, неверия в свои силы, отчужденности, отсутствия активности и предприимчивости);

6) фон в виде неблагоприятных семейных и других социальных факторов (если число событий, приводящих к серьезным изменениям, возрастет более чем в 2 раза по сравнению со средним числом, то вероятность заболевания составит 80 %; нарушенные внутрисемейные контакты в раннем возрасте увеличивают риск развития психосоматозов);

7) особенности психотравмирующих ситуаций (восприимчивость к стрессорам у разных людей различна и зависит от их психологической значимости для данного человека, а также от источника и масштаба воздействия, например страх войны, экологические бедствия, боязнь нападения или переживание семейных конфликтов).

Четыре группы состояний, отражающих различную структуру психосоматических соотношений, выделяет А. Б. Смулевич (1997):

1) соматизированные психические реакции, формирующиеся без участия соматической патологии в рамках образований невротического либо конституционного регистров (неврозы, невропатии);

2) психогенные реакции (нозогении), возникающие в связи с соматическим заболеванием (последнее выступает в качестве психотравмирующего события) и относящиеся к группе реактивных состояний;

3) реакции экзогенного типа (соматогении), манифестирующие вследствие воздействия соматической вредности (реализуемого на патогенетической основе) и относящиеся к категории симптоматических психозов;

4) реакции по типу симптоматической лабильности – психогенно спровоцированная, связанная с сочетанием социальных и ситуационных факторов манифестация либо **экзацербация** проявлений соматического заболевания. Реакции рассматриваемой группы формируются при участии конституционального предрасположения (алекситимического, «коронарного» и других типов) в результате взаимодействия психической (тревожное, депрессивное, дисфорическое, конверсионное, астеническое и другие расстройства) и соматической патологии, сопровождающейся образованием общих симптомокомплексов.

В свете современных представлений о развитии психосоматических расстройств заслуживает внимания онтогенетическая концепция психосоматического процесса, разработанная В. И. Симаненковым (2000). Теоретической базой для ее построения послужили труды П. К. Анохина, А. М. Уголева, Ю. М. Губачева. Автор формулирует 9 положений и представляет механизмы развития и течения психосоматических заболеваний:

1. Психосоматические заболевания развиваются на базе генетических (иммуногенетических) предпосылок, реализующихся в конституциональных морфофункциональных характеристиках человека и особенностях его иммунной и нейроэндокринной реактивности, центральной вегетативной регуляции.

2. В условиях психологических конфликтов и эмоциогенных дистрессорных воздействий формируются состояния социально-психологической дезадаптации, а в дальнейшем и личностные расстройства.

3. Именно «наложение» средовых стрессорных факторов, воздействующих на человека в ходе его индивидуального развития и социально-психологической дезадаптации, на конституционно-генетические характеристики позволяет говорить об онтогенезе психосоматических страданий.

4. В процессе психосоматического онтогенеза происходит формирование вертикально организованных функциональных систем с множественными пересекающимися прямыми психо-нейро-эндокринно-иммунными и обратными соматопсихическими связями и образованием «психосоматического контура».

5. «Орган-мишень» в таком контуре играет активную роль и может модулировать состояние центральных звеньев функциональной системы.

6. В фазе обострения заболевания жесткость психосоматической функциональной системы может уменьшаться за счет большей автономности «органа-мишени».

7. Именно в ремиссии наиболее полно проявляется структура психосоматической функциональной системы. Достижение ремиссии происходит как за счет многоуровневой адаптационной перестройки, так и путем компенсаторной активации новых звеньев системы.

8. При заболеваниях с прогрессивным течением по мере нарастания органического дефекта, в связи со снижением адаптивных возможностей отдельных звеньев функциональной системы происходит сужение «адаптационного коридора» и развивается сенсбилизация системы, делающая достижение стойкой ремиссии маловероятным.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.