

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Кафедра неврологии и нейрохирургии
с курсами медицинской реабилитации и психиатрии

О. В. ШИЛОВА, Н. В. ГАЛИНОВСКАЯ, Б. Э. АБРАМОВ

КРАТКИЙ КУРС ЛЕКЦИЙ
ПО МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Учебно-методическое пособие
для студентов 5 курса лечебного факультета

Гомель 2007

УДК 616.89(042.3/.4)

ББК 88

Ш 59

Авторы:

О. В. Шилова, Н. В. Галиновская, Б. Э. Абрамов

Рецензент:

доцент кафедры неврологии и нейрохирургии с курсами
медицинской реабилитации и психиатрии, кандидат медицинских наук

И. М. Сквиря

Шилова, О. В.

Ш 59 Краткий курс лекций по медицинской психологии: учеб.-метод.
пособие для студентов 5 курса лечебного факультета / О. В. Шилова,
Н. В. Галиновская, Б. Э. Абрамов. — Гомель: УО «Гомельский госу-
дарственный медицинский университет», 2007. — 88 с.

ISBN 978-985-506-089-6

В лекционном материале представлены основные сведения по основам меди-
цинской психологии, медицинской этики и деонтологии, необходимые в работе врача
любой специальности. Пособие содержит рекомендации по установлению бескон-
фликтного контакта с больным, особенности общения со специфическими контин-
гентами. Курс лекций является учебным пособием и может быть использован при
подготовке к итоговому занятию.

Лекционный материал предназначено для студентов 5 курса лечебного и 4 курса
медико-диагностического факультетов.

Утверждено и рекомендовано к изданию Центральным учебным научно-мето-
дическим советом УО «Гомельский государственный медицинский университет»
6 декабря 2007 г., протокол № 8

УДК 616.89(042.3/.4)

ББК 88

ISBN 978-985-506-089-6

© Учреждение образования
«Гомельский государственный
медицинский университет», 2007

ЛЕКЦИЯ 1. ЦЕЛИ, ЗАДАЧИ И МЕТОДЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ. СООТНОШЕНИЕ СОЗНАТЕЛЬНОГО И БЕССОЗНАТЕЛЬНОГО В ПСИХИКЕ ЧЕЛОВЕКА

Учебные и воспитательные цели:

1. Ознакомить студентов с целями, задачами медицинской психологии, ее месте в системе дисциплин.
2. Методы в медицинской психологии.
3. Понятие бессознательного и его роль в формировании патологии.
4. Механизмы психологической защиты личности.

Литература

1. *Боухал, Р.* Психология в медицине / Р. Боухал, М. Конечный. — Прага: Авиценум, Медицинское издательство, 1983.
2. *Кирпиченко, А. А.* Основы медицинской психологии / А. А. Кирпиченко, Б. Б. Ладик, А. А. Пашков. — Мн.: Выш. шк., 1998.
3. *Карвасарский, Б. Д.* Медицинская психология / Б. Д. Карвасарский. — Л.: Медицина, 1982.
4. *Столяренко, Д. Л.* Основы психологии / Д. Л. Столяренко. — Ростов н/Д.: Феникс, 1997.

Материальное обеспечение:

1. Таблицы
2. Мультимедийная лекция

Расчет учебного времени:

| Перечень учебных вопросов | Кол-во времени, мин |
|--|---------------------|
| 1. Цели, задачи медицинской психологии, ее место в системе дисциплин | 15 |
| 2. Методы медицинской психологии | 20 |
| 3. Бессознательные механизмы психологической защиты | 20 |
| 4. Виды механизмов психологической защиты | 35 |
| 5. Всего | 90 |

Медицинская психология (МП) — самостоятельная наука на стыке психологии и медицины.

Предметом изучения медицинской психологии являются особенности психической деятельности больного человека в их значении для патогенетической и дифференциальной диагностики болезней, оптимизации ее лечения и профилактики.

Условно медицинскую психологию разделяют на *общую и частную*.

Общая медицинская психология изучает:

- основные закономерности психологии больного человека (критерии нормальной, временно измененной и болезненной психики), медицинского работника и больного, а также психологический климат отделения;
- психосоматические и соматопсихические взаимоотношения;
- индивидуальные особенности человека (темперамент, характер, личность) и их изменения в процессе жизни;
- медицинскую деонтологию (врачебный долг, медицинская этика, медицинская тайна);
- психогигиену и психопрофилактику.

Частная медицинская психология изучает:

- особенности психологии конкретных больных при определенных формах болезней, в частности при пограничных нервно-психических расстройствах, различных соматических заболеваниях (сердечно-сосудистых, гинекологических, дерматологических, венерических и т.д.), наличии дефектов органов и систем;
- психологию больных при подготовке к проведению клинических исследований, хирургических операций;
- медико-психологические аспекты трудовой, военной и судебной экспертизы.

Овладение основами общей и медицинской психологии способствует формированию у врача высоких профессиональных и моральных качеств, повышает его квалификацию, создает возможности для творческого и личностного роста.

Методы исследования

Методы исследований — это приемы и средства, с помощью которых исследователь получает достоверные сведения, используемые далее для построения диагноза и выработки практических рекомендаций.

Объективность используемого метода исследования определяется двумя параметрами:

- *достоверность* — процент ложноотрицательных результатов;
- *специфичность* — процент ложноположительных результатов.

Валидность метода — качество метода психологического исследования, выражающееся в его соответствии тому, для изучения и оценки чего он изначально был предназначен.

Методы в медицинской психологии разделяют на две группы:

1. Клинические (нестандартизированные, основанные на наблюдении за внешностью, реакциями больного, его поведением).
2. Стандартизированные.

К последним относят методы изучения:

- восприятия — нейропсихологические пробы;
- внимания — корректурная проба, таблицы Бурдона-Анфимова, Иванова-Смоленского и др.;
- мышления — методы «исключение лишнего», «сравнения», пиктограммы, пояснение смысла пословиц и поговорок и др.;
- интеллекта — матрицы Равена, тест IQ и др.;
- эмоциональной сферы и системы отношений — тест Люшера;
- личностных особенностей — тесты-опросники ММРІ, Березинского, UPI и др.;

Наблюдение имеет несколько вариантов. *Внешнее* — это способ сбора данных о психологии и поведении человека путем прямого наблюдения за ним со стороны. *Внутреннее*, или самонаблюдение, применяется тогда, когда психолог-исследователь хочет изучить интересующее явление в том виде, в каком оно непосредственно представлено в его сознании.

Основные методы, используемые в МП приведены в таблице 1.

Таблица 1 — Основные методы психологических исследований и их варианты, применяемые для сбора первичных данных

| Основной метод | Вариант основного метода |
|----------------|---|
| Наблюдение | Внешнее (наблюдение со стороны) Внутреннее (самонаблюдение) Свободное Стандартизированное Включенное Стороннее |
| Опрос | Устный Письменный Стандартизированный |
| Тесты | Тест-опросник Тест-задание Проективный тест |
| Эксперимент | Естественный Лабораторный |
| Моделирование | Математическое Логическое Техническое Кибернетическое |

Свободное наблюдение не имеет заранее установленных рамок, программы, процедуры его проведения. Оно может менять предмет или объект наблюдения, его характер в ходе самого наблюдения в зависимости от пожелания наблюдателя. *Стандартизированное* наблюдение заранее определено и четко ограничено в плане того, что наблюдается. Оно ведется

по определенной, предварительно продуманной программе и строго следует ей, независимо оттого, что происходит в процессе наблюдения с объектом или самим наблюдателем.

При *включенном* наблюдении исследователь сам — непосредственный участник наблюдаемого процесса. *Стороннее* наблюдение не предполагает личного участия наблюдателя в изучаемом процессе.

Опрос — метод, при использовании которого человек отвечает на ряд задаваемых ему вопросов. *Устный* опрос применяется, когда желательно вести наблюдение за поведением и реакциями человека, отвечающего на вопросы. *Письменный* позволяет охватить большее число людей. *Свободный* опрос — разновидность устного или письменного, при котором перечень вопросов и ответов на них заранее не ограничен определенными рамками. *Стандартизированный* опрос, при котором вопросы и характер возможных ответов на них определены заранее, более экономичен во времени и материальных затратах.

Тесты являются специализированными методами психодиагностического обследования, применяя которые можно получить точную количественную или качественную характеристику изучаемого явления. Они предполагают четкую процедуру сбора и обработки первичных данных, а также их последующей интерпретации.

Специфика *эксперимента* как метода психологического исследования заключается в том, что в нем целенаправленно и продуманно создается ситуация, в которой изучаемое свойство выделяется, проявляется и оценивается лучше всего.

Моделирование применяется, когда исследование интересующего явления другими методами невозможно или затруднено.

Структура личности

Каждый человек рождается с определенными психофизиологическими задатками, которые зависят от типа строения нервной системы и определяют индивидуальные особенности биологических реакций, характеризующие интенсивность, подвижность и уравновешенность основных нервных процессов. Эти врожденные особенности личности определяются как тип *темперамента* больного и являются наиболее стойкими и консервативными характеристиками личности.

В древние времена считали, что уровень функционирования организма и особенности его жизнедеятельности определяются количественным соотношением между циркулирующими жидкостями: кровью, светлой желчью, черной желчью и слизью. Гиппократ выделял четыре основных типа темперамента:

- флегматический — с преобладанием слизи;
- сангвинический — с преобладанием крови;
- холерический — с преобладанием светлой желчи;
- меланхолический — с преобладанием темной желчи.

Каждому типу присущи в равной степени свои положительные и отрицательные черты.

Флегматик. Спокойствие, уравновешенность и постоянство являются главными чертами этого типа. Настроение у флегматиков всегда ровное, мимика обеднена, вид невозмутимый и спокойный, жесты бедны, голос маловыразителен, речь замедлена. Для мышления таких людей характерна медлительность, обстоятельность. Они тщательно планируют свои действия, а приняв решение, выполняют его последовательно и настойчиво. Они не любят неожиданностей и теряются в критических ситуациях, с трудом меняют навыки и стереотипы. Их конек — работа связанная с длительной, монотонной деятельностью, требующей аккуратности и скрупулезности. Недаром людей этого типа часто сравнивают с быком.

Сангвиник. Живой, активный, деятельный, человек, всегда находящийся в поиске новых впечатлений. Неприятности и неудачи переносит легко, не фиксирует внимание на своих промахах и ошибках. Чаше бывает весел и оптимистичен. Периоды плохого настроения у сангвиника временны и преходящи. Быстро приспосабливается к новым условиям, людям и новой обстановке, не боится риска и ответственности. Легко справляется с делами, требующими быстрой сообразительности, при этом длительных и противоречивых дел избегает. Горячо берется за разные начинания, но быстро остывает, забрасывает начатое. В решениях такому человеку недостает продуманности, в интересах — постоянства, в поступках — упорства и настойчивости. В целом, можно сказать, что сангвиник напоминает бабочку, порхающую с цветка на цветок, чтобы постоянно наслаждаться жизнью.

Холерик. Люди этого склада отличаются повышенной возбудимостью и неуравновешенностью поведения, неустойчивостью настроения, склонностью к крайним проявлениям чувств. Его эмоциональные переживания сильные и глубокие, целиком захватывающие личность человека, ярко проявляющиеся во внешнем облике и поведении. Для холерика характерна поистине атомная трудоспособность, особенно если дело должно завершиться в скором будущем. Для этих же людей характерна смелость и решительность в критических ситуациях.

Меланхолик. Люди этого типа склонны к пониженному настроению, чувствительны, легко ранимы. Они подолгу переживают мелкие промахи и неприятности, отказываются от борьбы с ними, мотивируя это чувством собственной неполноценности. Меланхолик не способен отстаивать свои взгляды, хорошо чувствует себя только в привычной обстановке. Такие люди не могут работать быстро, им противопоказаны виды деятельности, связанные с ответственностью, необходимостью быстрого принятия решений. Однако такие люди весьма отзывчивы, способны к сопереживанию и поддержке, и в хорошо знакомом окружении могут проявить себя как настоящие труженики. Женщины этого типа являются лучшими женами.

На основе темперамента под влиянием микро- (семья, близкий круг общения) и макросоциального (работа, школа, общество) окружения формируется более высокая психологическая надстройка, которая получила название «*характер*». Характер представляет собой совокупность психологических особенностей человека, преобладающих в его поведении, отношениях, реагировании на различные обстоятельства. Характер также можно определить как сложившийся динамический стереотип реагирования личности на конкретное общественное окружение.

Когда мы говорим «У этого человека нет характера», то чаще всего подразумевает отсутствие стеничности в достижении поставленной цели. Однако при этом забываем о том, что такая жизненная стратегия тоже является характером.

«**Бессознательное**» — термин, введенный в психиатрию З. Фрейдом для обозначения неосознаваемых (или очень слабо осознаваемых) инстинктивных влечений (в первую очередь, агрессивных и сексуальных), влияющих на психо-эмоциональное состояние человека и его поведение. Согласно теории психоанализа, выдвинутой им, психика состоит из трех слоев:

- бессознательное, «оно», «ид» — источник инстинктов, влечений и энергии для их удовлетворения;
- сознательное, «Я», «эго» — собственно поле сознания;
- сверхсознание, «супер-Я», «супер-эго», образующее совесть, чувство долга, чувство вины.

Различные психиатрические школы по-разному рассматривают соотношение сознательного и бессознательного в психике человека:

- от абсолютной зависимости черт личности, шкалы поведенческих мотиваций от выраженности конфликта между инстинктами бессознательного, «ид», и давлением супер-эго (между «я хочу» и «я должен») — психоаналитический подход;
- до практически полного игнорирования наличия бессознательного (в традиционной советской психиатрии, где под бессознательным подразумевается то, «что еще не интегрировано нашим мышлением»).

Основы психологического здоровья личности

Долгое время психологическое здоровье личности рассматривалось только в рамках психиатрии (отсутствие психиатрической патологии) и неврологии (неврозы и т. п.). Начало следующему периоду психологии положил З. Фрейд, который понимал многие психологические нарушения как следствие внутриличностного конфликта. Следствием этого подхода стал переход этого предмета исследования в рамки психологии. Такой подход приводит к представлению о том, что многие проблемы, возникающие у человека, не являются показателем психического нездоровья, и могут быть решены немедикаментозным путем.

Для психики здорового человека характерны в связи с этим следующие черты:

- ощущение, что он способен справиться со значительным большинством трудностей и ситуаций повседневной жизни;
- способность получать удовольствие от повседневной реальности;
- близкое к действительности представление о своих возможностях, готовность принимать свои собственные недостатки и посмеяться над собой;
- наличие длительных личных взаимоотношений с другими людьми, доставляющих человеку удовлетворение;
- способность принимать и нести ответственность, планировать свое будущее, не испытывая страха перед ним и др.

Из вышесказанного можно сделать вывод, что для психологически здорового человека должно быть присуще как минимум два свойства личности:

- адаптация в обществе на основе безусловно положительного отношения к собственной личности;
- динамический характер адаптации.

При нарушении психологического здоровья личности и, прежде всего положительной самооценки, возможно возникновение *суицидального поведения*.

Следует различать истинное суицидальное поведение, характерное для людей, совершивших или пытающихся совершить попытку самоубийства, и сходные варианты самоповреждений и демонстративно-шантажных попыток.

Механизмы психологической защиты личности

В жизни любого человека от младенчества до глубокой старости возникают те или иные эмоционально напряженные и негативные ситуации, переживание которых приводит к различного рода личностным нарушениям, неприятностям, отрицательным аффектам, деструкциям. Когда желания человека, интересы, потребности не могут быть удовлетворены, несмотря на значительные усилия, возникают состояния эмоционального напряжения — *стрессы* и *фрустрации*. Рост напряженности часто сопровождается эмоциональным возбуждением, препятствующим рациональному выбору стратегий реагирования.

Независимо от интерпретации при наличии внутриличностного конфликта человек вырабатывает *механизмы психологической защиты* — совокупность неосознаваемых мер для защиты своих практических действий и для сохранения психического гомеостаза (психического комфорта, устранению тревоги, восстановлению и повышению самооценки, смене мотивов и более социальному поведению).

К наиболее часто встречающимся относят:

1. *Вытеснение* — подавление, исключение из сознания неприятных или несущих тревогу событий. При неврозах, например, часто вытесняется, не осознается основное событие, которое послужило причиной заболевания. В

семьях, где малейшие проявления самостоятельности и естественной агрессии пресекаются, ребенок исключает (вытесняет) агрессию из своего поведения, что может привести к возникновению впоследствии нерешительности, стеснительности, неумению постоять за себя, отстоять свою точку зрения.

2. *Замещение* — переориентация с одного несущего тревогу и неприятные переживания объекта (темы) на другую. Пример: после конфликта с начальником или ссоры с любимым человек обрушивает гнев на членов семьи.

3. *Рационализация* — попытка обосновать желания и поступки, вызванные внутренней причиной, признание которой может привести к потере самоуважения. Это попытка объяснить свое поведение или оправдать неуспех социально приемлемым способом, в соответствии с собственной концепцией «Я». Скупой всегда может обосновать, почему он не дает в долг.

4. *Проекция* — бессознательное перенесение собственных неприемлемых чувств и влечений на другое лицо, приписывание своих социально не одобряемых качеств, желаний, мотивов окружающим. Если человек спокоен, уверен в себе, доброжелателен, то в его глазах окружающие тоже разделяют его доброжелательность; напряженный, неудовлетворенный в своих желаниях человек настроен враждебно и приписывает эту враждебность окружающим.

5. *Соматизация* (конверсия) — уход в болезнь.

6. *Реактивное образование* — превращение отвергнутой любви в ненависть.

7. *Сублимация* — преобразование неприемлемых импульсов в социально приемлемые формы инстинктивных потребностей (агрессивные — в спорте, политике, «запрещенные» — в искусстве, литературе, религии).

8. *Регрессия* — возвращение к более примитивным формам реагирования, поведение становится детским.

9. *Отрицание* — механизм, посредством которого невыполнимые желания, побуждения и намерения считаются несуществующими.

10. *Компенсация* — достижение успехов в какой-либо сфере при наличии чувства неполноценности в другой (некрасивая девчонка становится отличницей).

11. *Реакция гиперкомпенсации* — достижение успеха в области, в которой человек считает себя несостоятельным (застенчивый юноша становится политиком или адвокатом).

12. *Репрессия* — подавление желания, отказ от фрустратора.

13. *Аскетизм* — отрицание и подавление всех инстинктивных побуждений. Особенно отчетливо можно видеть этот механизм на примере поведения верующих людей интровертивного типа.

14. *Нигилизм* — отрицание ценности. Характерен для внешне циничных людей.

В реальной жизни большинство ситуаций сопряжено с использованием одновременно нескольких форм психологической защиты. Их необходимо учитывать в работе психолога как с психически здоровыми, так и с больными людьми.

ЛЕКЦИЯ 2. КОММУНИКАЦИЯ ВО ВРАЧЕБНОЙ СРЕДЕ. ПРАВИЛА ПЕРВИЧНОГО ИНТЕРВЬЮ

Учебные и воспитательные цели:

1. Ознакомление с ролью конструктивных профессиональных коммуникаций в работе врача.
2. Виды коммуникативных навыков.
3. Структура первичного интервью.
4. Вербальные и невербальные коммуникативные навыки в структуре первичного интервью.

Литература

1. *Евсегнеев, Р. А.* Психиатрия для врача общей практики / Р. А. Евсегнеев. — Мн.: Беларусь, 2001. — 426 с.
2. *Кочюнас, Р.* Психологическое консультирование. Групповая психотерапия / Р. Качюнас. — М.: Академический проект; ОППЛ, 2002. — 464 с.
3. *Кирпиченко, А. А.* Основы медицинской психологии / А. А. Кирпиченко, Б. Б. Ладик, А. А. Пашков. — Мн., Выш. шк., 1998.
4. *Карвасарский, Б. Д.* Медицинская психология / Б. Д. Карвасарский. — Л.: Медицина, 1982.

Материальное обеспечение:

- таблицы;
- мультимедийная лекция.

Расчет учебного времени

| Перечень учебных вопросов | Кол-во времени, мин |
|---|---------------------|
| 1. Значение коммуникативных навыков в работе врача | 15 |
| 2. Виды коммуникативных навыков: простых и сложных | 20 |
| 3. Структура первичного интервью: открытие, ведение | 15 |
| 4. Вербальные и невербальные навыки | 20 |
| 5. Мотивации консультаций, прояснения и облегчение | 20 |
| Всего | 90 |

Общение — это процесс установления и развития контактов между людьми, обмен мыслями, чувствами, действиями с целью достижения эмоционального, интеллектуального и делового единства. Общение объединяет живые существа начиная от самых примитивных и заканчивая самыми высокоразвитыми в общественные группы, помогая выжить. Общение помогает приобретению новых навыков посредством чужого опыта.

Общение является сложным и многоуровневым процессом. Для его описания требуется выделение и структуризация его отдельных компонен-

тов. Существует несколько подходов к описанию общения. Однако наиболее часто используется подход, при котором выделяют три взаимосвязанные стороны общения: *коммуникативную, интерактивную, перцептивную*.

Коммуникация заключается в обмене информацией между общающимися. Впервые термин «коммуникация» появился в начале XX века и употреблялся как средство связи между любыми объектами материального и духовного мира. Коммуникативные взаимодействия между людьми чаще определяются термином «общение». Ежедневно весь процесс функционирования человека заключается в том или ином общении. Однако не каждый контакт воспринимается нами и оставляет ощущения, чувства, воспоминания.

В широком смысле общение можно понимать как всякий эпизод взаимодействия двух и более людей.

Интерактивная составляющая проявляется в организации взаимодействия между участниками общения, т.е. в обмене не только знаниями, идеями, состояниями, но и действиями.

Перцептивная сторона общения представляет собой процесс восприятия партнерами по общению друг друга и установления на этой основе взаимодействия между ними.

Умение общаться с пациентом (навыки общения, или коммуникационные навыки) относятся к числу наиболее ценных качеств врача и в очень значительной, если не в решающей степени определяют эффективность лечебно-диагностического процесса, степень удовлетворенности пациента оказанной ему помощью, а также оценку им профессиональных качеств врача. Именно общение — тот практический навык, который чаще всех других врач использует в своей повседневной работе. Степень развития коммуникационных навыков у наших коллег весьма различна — некоторые достигают здесь успеха, для других же общение с больным из года в год является постоянным источником нервных стрессов, конфликтов и неудовлетворенности. Освоение этих навыков, к сожалению, часто представляет собой процесс бессознательный — обучение идет путем проб и ошибок, и опыт этот приходит только с годами; многое зависит и от личностных особенностей и задатков врача.

Достаточно вспомнить старое правило: хорошо собранный анамнез — половина диагноза.

Правильно построенная коммуникация «врач–пациент» повышает вероятность постановки правильных диагнозов на 60–80% в психиатрии и 45–60% в терапевтической практике. Она улучшает «compliance» — взаимопонимание с пациентом, повышает вероятность сотрудничества с пациентом, регулярности приема назначенного лечения. Необходимо иметь в виду, что лишь 20–25% пациентов врача общей практики принимают те лекарства, которые были им назначены и именно так, как они были им назначены.

Наличие у врача хороших коммуникационных навыков повышает удовлетворенность пациентов оказанной им помощью, что особенно важно

в условиях страховой и платной медицины, а также повышает уровень удовлетворенности собственной работой и способствует профилактике синдрома эмоционального выгорания.

Под *медицинским интервью* понимается любое сколь либо продолжительное общение врача со своим пациентом. В отличие от «беседы с больным» термин «интервью» подчеркивает наличие у того, кто его проводит, специальных навыков и умений, а также заранее подготовленного плана его ведения.

Выделяют несколько групп коммуникативных навыков:

1. *Базовые*, к ним относят:

- навыки межличностного общения, которые изначально вырабатываются в общении в немедицинской среде (с родственниками, друзьями, близкими) и являются основой для бесконфликтного профессионального общения;

- навыки сбора информации — умение правильно строить вопросы, к месту их задавать, замечать в словах пациента наиболее существенное (как для него лично, так и для диагностики);

- навыки передачи информации — умение говорить с пациентом «на его языке», не утрируя и не упрощая информацию, в то же время, делая ее понятной для человека с немедицинским образованием.

2. *Сложные*, или «продвинутые», к ним относят:

- навыки поведения в специфических ситуациях (передача плохих новостей, подготовка больного к болезненным обследованиям, операциям);

- навыки общения с отдельными контингентами больных (неизлечимыми, терминальными, враждебными, несотрудничающими, сверхзависимыми, пожилыми и др.);

- навыки общения при особых категориях психических поведенческих расстройств (хроническое болевое расстройство, депрессия, суицидальные тенденции, умственная отсталость, психомоторное возбуждение и т. д.).

Материальное окружение, в котором происходит интервью, включает характер и размещение мебели в кабинете, оформление рабочего места врача, характер и направление освещения, предметы на столе врача, дистанция общения и т. д. Особенности интерьера всегда оказывают существенное, не осознаваемое собеседниками влияние на их взаимодействие. Манипулируя предметами, изменяя «декорации» врач может в значительной мере воздействовать на отношение к себе пациента, его поведение, характер беседы и т. д.

Большое значение имеет цвет стен в кабинете врача. Если окраска стен слишком яркая и цветастая, это может нервировать пациента и, будет препятствовать формированию терапевтического альянса. В то же время неяркий зеленый цвет способствует расслаблению пациента. Белый халат врача также имеет определенный символический цвет: кроме чистоты — обязательном спутнике медицинской специальности, он означает нейтральность.

Также немаловажно расположение светильников в кабинете врача. Необходимо расположить их в таком порядке, чтобы свет равномерно распре-

делялся по кабинету, не выделяя ни врача, ни пациента. Лучше всего такому требованию отвечает расположение ламп дневного света на потолке либо по периметру комнаты.

Противостояние или общение «через стол» затрудняет обычно построение грамотного контакта. Люди, сидящие по разные стороны стола напротив друг друга, испытывают при этом чувство соперничества или обороны (как это бывает на экзамене или допросе), стол при этом выступает для врача в роли защиты, барьера, и пациент чувствует себя скованным. Предпочтительнее является расположение стульев под небольшим углом или «через угол». Повернув стул к пациенту в таком случае доктор оказывается на одной линии со своим пациентом без психологического барьера.

Немаловажное значение имеет дистанция общения.

Дистанция общения:

- <20 см — интимная зона;
- 20–40 см — зона тесного общения;
- 40 см–1 метр — зона социальных контактов.

Слишком большое расстояние (больше 1,5 метров) воспринимается пациентом как отчуждение и отсутствие интереса к собеседнику. Чрезмерное сокращение дистанции до процедуры непосредственного обследования может смущать (проникновение в «интимную» зону — менее 45 сантиметров может вызывать вегетативные реакции, т.к. предусмотрен лишь для близких людей).

На уровень социальной и профессиональной оценки пациентом врача влияет расположение предметов на его столе. Плохо, когда стол совершенно пуст и когда весь завален бумагами, что в первом случае пациент может бессознательно ассоциировать с бездельем, во втором — с загруженностью черновой работой, а значит, с низкой квалификацией. Наличие на столе крупных предметов (портфеля, толстых книг и т.д.) бессознательно может восприниматься больным как дополнительный барьер, воздвигнутый врачом для защиты от пациента.

Показано, что высота сиденья (кресла) от пола прямо коррелирует с социальным статусом сидящего на нем человека в глазах собеседника, это же касается и высоты спинки.

Структура первичного интервью

Открытие беседы предполагает адекватное, корректное, соответствующее ситуации приветствие. При входе пациента в кабинет совершенно необходимо поприветствовать его. Приветствие должно было подкреплено невербальными средствами — это может быть пожатие руки, наклон тела в сторону пациента, кивок головы, улыбка и т.п. Если таких соответствий вербальной и невербальной части приветствия не будет, то больной воспринимает приветствие как неестественное и неискреннее. Затем целесо-

образно представиться больному (самопрезентация). Психологически правильно сделать это даже в том случае, если фамилия врача написана на двери кабинета или на талоне-направлении.

Если же врач, занимаясь рутинной работой, не замечает заглянувшего пациента или заставляет ждать его на пороге, у пациента останется первичное негативное впечатление, которое может сохраниться во время всего дальнейшего общения и будет подсознательно препятствовать формированию доверия к врачу.

Место, где пациенту следует сесть, чаще всего должно быть указано ему врачом. Целесообразно начинать наблюдение за пациентом с того момента, когда он переступил порог кабинета. Поза больного, походка, выражение лица, цвет и характер одежды подскажут Вам те вещи, о которых больной не скажет вслух.

Только затем следует просьба изложить проблему (основные жалобы). Важно попытаться понять истинные мотивы обращения пациента к специалисту. Кроме привычных мотивов (поставить диагноз и назначить лечение) существуют другие. Например, пожилой пациент приходит к врачу, так как испытывает дефицит общения. Это может быть желание получить больничный лист (или справку), желание просто поговорить (у пожилых, одиноких людей, которое они прикрывают соматическими жалобами), желание снять тревогу по поводу симптомов, разобраться, насколько серьезно и опасно то, что человек чувствует (у людей тревожно-мнительного склада). Отсутствие понимания уже на этом уровне действует изматывающе на врача.

Наличие навыков сбора информации в решающей степени влияет на количество информации для принятия диагностических и лечебных решений. К их числу относятся баланс открытых и закрытых вопросов, способность врача к облегчению и прояснению высказываний пациента, активное слушание, правильное использование пауз и молчания, выяснение проблем пациента и его ожидания, а также выдвижение гипотез.

Открытые вопросы (типа «Как вы себя чувствуете?»). Открытые вопросы формулируются таким образом, чтобы в них отсутствовал даже намек на какой-либо ответ. Они дают полную свободу выбора собеседнику, широко используются в начале беседы, ставят своей целью помочь пациенту наиболее полно высказать свои жалобы, особенности ощущений.

Полузакрытые вопросы очерчивают сферу интересов врача в беседе: «Каковы Ваши жалобы?», «Сообщите о Ваших успехах». Вопросы, которые начинаются со слова «как», ориентированы на личность собеседника: «Как Вы себя чувствуете?». Вопросы, начинающиеся со слова «что», ориентированы на факты и менее лично значимое: «Что у Вас случилось?». Обороты «Можете ли Вы», «Не могли бы Вы» делают дополнительные возможности в беседе, могут смягчить жестко задаваемые вопросы. Вопросы, которые начинаются с «Почему?», часто вызывают протест у собеседников. Старайтесь избегать таких вопросов.

Закрытые вопросы (типа «Легко ли вы засыпаете?», «А головокружение у Вас бывает?») предполагают достаточно односложные ответы и должны преобладать во второй половине беседы, когда врач уточняет рабочую гипотезу диагноза. В середине беседы, как правило, сочетаются открытые и закрытые вопросы, пока идет анализ жалоб, частичное их уточнение.

Когда мы задаем закрытые вопросы, мы сами закрываемся и закрывается собеседник. Эти вопросы формализуют беседу, делают ее менее доверительной. Открытые же вопросы открывают и нас, и собеседника.

Вопросы-меню строятся таким образом, что содержат в себе перечисление всех вариантов ответов. Они особенно подходят для неразговорчивых собеседников: «Вы желаете лечиться в условиях стационара, амбулаторно, в санатории или на дому?».

Вопросы-фильтры предназначены для того, чтобы выбрать или отказаться от какой-то темы, какого-то направления беседы: «А как складывается Ваша семейная жизнь?». Ответ: «Я не замужем и никогда не была замужем». Это означает, что семейную жизнь мы обсуждать не будем. Когда пациент вдруг меняет тему разговора после вопроса, то велика вероятность того, что вы задали вопрос-фильтр. Эта тема представляется ему важной и нежелательной для обсуждения. Правильнее сначала последовать за пациентом, а затем, если необходимо, вернуться к прежней теме.

Процесс ведения беседы предполагает активное слушание. Под активным слушанием понимают поведение врача, выражающее внимательное отношение.

Выделяют вербальное и невербальное активное слушание.

Невербальное общение предполагает контакт глазами (не более 90% и не менее 60% времени беседы), открытую позу (не скрещенные на груди руки, разворот тела к пациенту, кивок головы и другие).

К. Роджерс: «Очень важен для нас человек, который может выслушать и услышать меня, без оценок, без советов, обсуждения и диагностики. Просто слушать и реагировать. И чувства, которые казались ужасными, больше не кажутся такими, проблемы, которые казались неразрешимыми, не кажутся таковыми».

При любых взаимодействиях люди общаются не только и не столько словами, сколько взглядами, позами, жестами, выражением лица, своим размещением в пространстве (положение тела) и другими несловесными (невербальными) сигналами. При общении через слова передается лишь 8%, через звуки и тембр голоса говорящего — 15%, а с помощью невербальных знаков — 65% информации. При этом принципиальное различие вербальных и невербальных коммуникаций состоит в том, что если с помощью слов передается сама по себе информация, то с помощью тела — чувственное отношение к ней, поэтому эмоциональные отношения между людьми — дружба, доверие, любовь, ненависть и т.д. устанавливаются, главным образом, на основе невербальных сигналов.

Невербальное поведение в отличие от речи формируется и протекает бессознательно и в гораздо меньшей степени по сравнению с речевым общением доступно произвольному контролю. Язык человека лжет или говорит полуправду, достаточно часто, тогда как тело его — почти никогда. Если в процессе общения вербальные и невербальные сигналы, подаваемые людьми друг другу, не соответствуют, то собеседник воспринимается как неискренний, лживый и скрытный, а впечатление от беседы и отношение собеседника определяются по невербальным сигналам. Основными элементами невербального общения являются: дистанция, контакт глазами, мимика, позы, жесты, одежда.

Очень важным навыком для врача любой специальности является *невербальная подстройка* под пациента. Она осуществляется с помощью подстройки позы, дыхания, установления зрительного контакта.

Врача, который редко встречается взглядом с пациентом, последний склонен оценивать либо как незаинтересованного и недружелюбного, либо как неуверенного в себе человека, хотя действительные причины могут быть совершенно другими (усталость, яркий свет и т. д.). Выражение лица — наиболее сильный невербальный сигнал. Врач, который чаще улыбается и кивает головой, слушая пациента, воспринимается им как открытый и доступный человек. Легкий наклон тела врача вперед расценивается больным как демонстрация теплоты и заинтересованности. Закрытая поза и закрытая позиция рук, ассоциируется с холодностью и отстраненностью. Изменением позы врач может обозначать приближающееся окончание беседы. Необходимо изменить положение тела перед тем, как сказать пациенту что-нибудь существенное. Важно, чтобы позы и жесты врача подчеркивали его слова и соответствовали вербальным сигналам, в противном случае у пациента возникает ощущение, что его обманывают. Жесты сами по себе могут составить основу общения (общение людей, говорящих на разных языках), а мимика дает окружающим информацию об эмоциональном состоянии индивида.

Прикосновения могут отражать различные формы чувств, желаний (одобрительное похлопывание, успокаивающее поглаживание).

Вербальное общение. Требования к вербальному (т.е. к словесному) поведению врача вполне очевидны: правильность и точность языка, краткость и четкость выражений, отсутствие в речи слов-паразитов, канцеляризмов, медицинского жаргона, избегание многословия, ненужных повторов, менторского тона, понятность языка врача для пациента.

Общение означает умение заполнять паузы словами «да-да, понимаю» и другими. Умение правильно делать паузы и пользоваться молчанием — навык в значительной степени творческий и приобретается интуитивно. Не нужно бояться пауз в беседе — они часто дают больше, чем слова, и они особенно важны при выявлении скрытых, глубинных переживаний пациента. Излишняя многословность врача нередко служит проявлением неосознанной защиты от проблем пациента, иметь дело с которыми врач не готов.

Молчание в начале беседы создает напряжение, концентрирует внимание на беседе, собеседнике и зачастую обозначает начало беседы. Молчание в середине беседы — это испытание молчанием, когда собеседники вспоминают, все ли сказано, все ли спрошено; когда принимается решение о дальнейшей части беседы, молчание позволяет пополнить ресурсы. Пациенты часто сообщают факты, которые желали скрыть или вытеснили из сознания. В конце беседы молчание подводит итог, обобщая и завершая ее.

Для обоих беседующих важна технология обратной связи: необходимо установить, насколько мы правильно понимаем собеседника и насколько тонко он понимает нас. Обычно обратная связь проводится в форме повторения и обобщения сказанного. Мы повторяем в обобщенной форме то, что сказал собеседник. Это можно сделать после оборота «правильно ли я Вас понял?» или «я не ошибусь, поправьте меня, пожалуйста».

В некоторых случаях необходимы дополнительные техники ведения беседы. К ним относят облегчение, прояснение, подталкивание. *Облегчение* — предложение больному терминов, описывающих его состояние, когда он затрудняется. Например: «Это похоже на то, что голову сдавливают обручем?» или «Словно сердце выскакивает из груди?». *Прояснение* предполагает краткое повторение жалоб с целью подытожить: «Если я вас правильно понял, больше всего вас беспокоит слабость при малейшей физической нагрузке, особенно вечером?».

Подталкивание — предложение больному подробнее, другими словами, описать свои жалобы.

Руководство беседой предполагает *позитивное подкрепление* желаемого направления в беседе и *негативное подкрепление* нежелательных, не относящихся к делу разговоров. Это необходимо делать, чтобы конструктивно использовать отведенное для беседы время, избежать лишней траты времени на ненужную информацию.

Позитивное подкрепление — кивки головой, выражения заинтересованности, соответствующее положение тела.

Негативное подкрепление может выражаться в сокращении контакта глазами, разворотом тела в другую сторону. Если пациент не реагирует на невербальные проявления, тогда мягко сказать: «Да, конечно, я понимаю, это очень важно для вас, но для того, чтобы лучше разобраться в вашей болезни расскажите мне лучше о».

Иногда, в общении с недоверчивыми пациентами можно применять способ «отзеркаливание позы». Он предполагает, что незаметно и ненавязчиво врач должен соразмерить свои движения и положение тела с таковыми у пациента. На бессознательном уровне это повышает открытость в общении и вызывает доверие.

В речи следует избегать жаргона (в том числе медицинского, т.е. терминов, понятных только медикам), а также длинных фраз. Не желателен в

беседе менторский тон: «Что же вы, милочка, так себя довели!». Задавать следующий вопрос можно только дослушав ответ на предыдущий.

Перед завершением беседы необходимо прояснить ожидания пациента от консультации и суммирование результата. Сделать это можно, спросив: «Развеял ли я ваши сомнения, ответил ли на ваши вопросы?». Уважение к ожиданиям пациента от консультации (интервью) повышает удовлетворенность пациента ее результатами и вероятность соблюдения рекомендаций и лечения.

Заключительная часть и закрытие интервью проводится как суммирование результатов и передача информации. Информация может передаваться письменно (в виде заключения или записи в карточке) или устно. Иногда стоит проверить степень понимания пациентом сказанного. Можно распределить ответственность за лечение, если вы предполагаете (или уже есть опыт), что пациент не склонен следовать рекомендациям и принимать лечение, сказав: «Вот теперь, когда вы все знаете о своем состоянии и заболевании, во многом от вас зависит результат лечения, стоит заняться соблюдением вот этих рекомендаций».

Прощание должно быть доброжелательным, с назначением времени следующей встречи, если это необходимо.

Возможные уровни общения «врач-пациент»

Примитивный уровень общения — самый низкий. Для человека, осуществляющего общение на таком уровне, собеседник представляется не партнером, а предметом, нужным для слушания его речей или мешающим ему. Такие люди руководствуются только своими эгоистическими потребностями: нужен человек — его необходимо заинтересовать, не нужен — можно оттолкнуть, не заметить, игнорировать. Окружающие оцениваются по чисто внешним качествам: большой или малый, слабый или сильный, старый или молодой. В его обиходе и соответствующие определения: «пациент», «дед», «интеллигент в шляпе», «очкарик». Критическая самооценка отсутствует, только он прав и хорош собой.

Манипуляционный уровень общения строится на том, что для субъекта партнер является как бы соперником в игре, которого надо обыграть. Выигрыш имеет для него материальную, житейскую или психологическую выгоду. В процессе общения «манипулятор» стремится выявить у партнера те его особенности, которые могут быть использованы как слабые места для оказания наиболее сильного воздействия. Предпринимаются различные ходы, чтобы обмануть собеседника, скрыть собственное истинное лицо. В ход идут заигрывание, лесть, обещания.

Стандартизированный уровень общения возникает в ситуации, когда у людей нет подлинного желания контакта или готовности к нему. Этот уровень еще называют «контактом масок». Человек, общающийся на

этом уровне, в зависимости от направленности общения выбирает ту или иную «маску» — доброты, агрессии, безразличия, простодушия. В процессе общения подчеркивается стремление к скорейшему его прекращению.

Игровой уровень общения свойствен людям, знающим друг друга и проявляющим взаимный интерес. Общение в таком случае строится на стремлении обоих доставить друг другу радость, пользу, взаимообогащение. Партнеры равны между собой, доверяют друг другу, ценят достоинства и прощают недостатки друг друга.

Конвенциональный уровень общения присущ людям высокой культуры (конвенция–согласие). Он позволяет решать любые личностные и межличностные проблемы, глубже понимать душевное состояние партнера, используя наиболее приемлемые формы общения.

Деловой уровень общения заключается в том, что общающиеся стремятся разрешить деловые вопросы, затрагивающие интересы каждого из них, коллектива и общества в целом.

Духовный уровень общения является наивысшим. Партнер воспринимается как носитель духовных ценностей, которые вызывают у вас чувства, родственные благоговению, восторгу, обожанию.

Основы бесконфликтного общения

Полезны рекомендации Д. Карнеги по профилактике конфликтов:

- во избежание конфликтов необходимо отказаться от упреков и язвительной критики как неуместных, бесполезных и опасных аргументов; критика подобна почтовому голубю, она всегда возвращается обратно;
- каждый человек нуждается в искренней, от души похвале, поэтому легче человека побудить к какому-то действию, если при этом он чувствует уважение, пользу для себя, искренний интерес к его личности;
- важное качество — умение выслушать другого человека, дать ему поговорить о себе; рассказав о своих проблемах, человек порой сам начинает их осознавать по-новому;
- любое общение украшает улыбка, она создает атмосферу сотрудничества, спор улыбающихся людей не способен перерасти в конфликт;
- облегчает контакты знание имени человека, к которому мы обращаемся, — собственное имя всегда самое приятное для него слово и т. д.

Обращение к пациенту по имени и отчеству укрепляет его чувство самоуважения, подчеркивает наше уважительное к нему отношение, является одним из важнейших моментов в профилактике отрицательных реакций.

Особенности общения с психологически «сложными» пациентами

1. Общение с тревожными пациентами

Общение с таким пациентом утомительно. Психологически он чувствует, что с ним происходит что-то неладное, однако не может конкретизировать свои ощущения и переживания, ожидает неприятностей в будущем.

Очень часто сама тревога проявляется соматическими жалобами, усложняющими диагностику основного заболевания. Больные часто «переименовывают» тревогу: «я раздражен, я в напряжении, у меня слабость, я не сплю по ночам, я не чувствую себя самим собой и др.».

НЕ СЛЕДУЕТ комментировать состояние больного следующим образом:

- это у вас функциональное — не понятно и обидно;
- это у вас на нервной почве — пациент чувствует себя обвиненным в несуществующей болезни;
- у вас нет болезней — вызывает когнитивный диссонанс между плохим самочувствием и данным фактом, а также подрывает веру во врача.

Часто больные многоречивы, что «обезоруживает» врача, иногда они постоянно прерывают речь доктора.

Важно позволить пациенту выговориться и выразить свою тревожность, как бы трудно это ни казалось: это злит, раздражает, дезорганизует. Невысказанная тревожность не позволяет установить продуктивный контакт с пациентом и обсуждать его состояние. Необходимо проявлять терпимость и понимание, не поддаваясь искушению порассуждать о «стрессах и трудностях нашего времени», т.к. это не затрагивает переживаний конкретного человека.

2. Общение с враждебно настроенными пациентами.

Сложности общения с такими пациентами в том, что обычно они вызывают раздражение и враждебность у самого врача, иногда — наоборот, стремление проявлять чрезмерную любезность и подчеркнутую дружелюбие с игнорированием враждебности. Нелегко оставаться спокойным в ответ на озлобленность пациента и выслушивать неприятные вещи о себе или коллегах, но отвечать враждебностью — значит провоцировать еще большую враждебность.

Важно серьезно относиться к недовольству пациента: как усмешки, так и открытая конфронтация не способствуют формированию контакта. Пациент имеет право злиться! Вместо возмущения можно спокойно и тактично констатировать или спросить о состоянии пациента: «Вы кажетесь недовольным чем-то, не хотите ли объяснить?», «Я что-то не так сказал, вы разочарованы?» и др.

Важно также отличить личностные особенности пациента, который при помощи своей озлобленности общается с миром, и реакцию на несправедливость или этическую ошибку (в том числе коллег). Это нужно выяснить (хотя даже правда в данной ситуации бывает искаженной), не поддаваясь провокации начать дискуссию или обсуждения чьей-то некомпетентности.

3. Общение с плачущими пациентами.

Слезы мешают общению. Связано это с раздражением, возникающим у врача за «потерянное» время, иногда с чувством вины, что пациента «довели» до слез. Важно помнить, что плачут из-за своих личных проблем, но

уважительно к этому относиться. Когда становится заметно, что пациент собирается плакать, надо сохранять спокойствие, подождать, пока он справится с собой. Возможно временное изменение темы разговора на более нейтральную — это помогает успокоиться. Помните, женщины часто плачут от злости, но не могут выразить ее.

НЕ стоит утверждать:

- как вам не стыдно, прекратите немедленно — это вызывает дополнительное чувство вины;
- поплачьте, вам станет легче — это неправда, и для этого есть другое место и время;
- возьмите себя в руки — психологически безграмотное предложение;
- пожалуйста, не плачьте — обязанность успокаивать утомительна, предложение не помогает.

4. Общение с депрессивными и суицидальными больными.

Депрессия — это не только пониженное настроение, замедленность речи и движений. Гораздо тяжелее в общении то, что пациент занят только собой, озабочен состоянием здоровья, становится болезненно зависим от мнения окружающих о себе. Зависимость и чувствительность к критике порождают неуверенность. Пациенты могут восприниматься как навязчивые, стремящиеся переложить ответственность за состояние полностью на врача, или чрезмерно податливые, стремящиеся «заслужить похвалу» («Я буду делать все-все что вы скажете, доктор!»).

Не стоит общаться с ним чрезмерно громко, бравировать своим хорошим настроением или «ныть» вместе с ним. Общение должно быть равным, поддерживающим, стоит брать инициативу разговора — больные часто пассивны.

Депрессивные расстройства иногда сопровождаются суицидальными мыслями или попытками. Наиболее высока вероятность их при депрессии в пору серьезных межличностных кризисов, утрате жизненных целей и приоритетов. Чаше они возникают у одиноких, чем у людей, живущих в семье, особенно у мужчин.

Важная черта потенциального самоубийцы — амбивалентность, т.е. двойственность желаний и тенденций действовать.

Иногда полагают, что обсуждение с пациентом мыслей или возможностей самоубийства усиливает их намерения. Это не так. Открытое обсуждение чувств, даже негативных, уменьшает вероятность действий. Выявление суицидальных намерений возможно в процессе с помощью простых закрытых вопросов: «Думали ли вы когда-нибудь о том, чтобы уйти из жизни?», «Как именно вы предполагали это сделать?».

НЕ стоит:

- высмеивать намерения пациента, предполагая, что он тоже посмеется и передумает — для него это слишком серьезно;

- осуждать: «Что вы такое выдумали, с ума сошли?» — пациент просто почувствует себя непонятым, потеряете контакт;

- позволять собой манипулировать при помощи суицида — «Ладно, переведу вас в другую палату (поговорю с женой, поменяю лекарство и др.)». Хотя и относится к демонстрационным парасуицидам нужно серьезно — они могут оказаться завершёнными нечаянно.

При выявлении у пациента суицидальной настроенности и глубокого уровня депрессии — **проконсультируйтесь у психиатра!**

5. Общение с терминальными больными.

Отношение к смерти влияет на отношение к жизни. Людям свойственно бояться умирания, и это часто является основной проблемой общения с умирающими больными — напоминание о неизбежности собственной смерти, а также понимание ограниченности своих возможностей в борьбе с ней. Врачи стараются меньше общаться со своими тяжелыми пациентами, не встречаться с ними взглядом, не разговаривать. Особенно тяжело в ситуации, когда нет возможности говорить с пациентом о смерти прямо. Да и не каждый врач сможет. Даже в ситуации «замалчивания» проблемы умирания спокойное, мужественное принятие факта конечности бытия благотворно влияет на эмоциональное состояние пациента. Как правило, больные чувствуют неблагоприятный прогноз по невербальным признакам, и к сожалению, тяжелейший путь в общении с надвигающейся смертью «отрицание–злоба–торг–депрессия–смирение» в нашей стране проходят в одиночку.

Часто к умирающему относятся как к уже умершему — игнорируют, что особенно тяжело. Помощь такому пациенту может быть существенной: не просто поговорить о болезни и состоянии, но и быть рядом (они сильно страдают от вынужденной фактической и эмоциональной изоляции).

ЛЕКЦИЯ 3. ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ

Учебные и воспитательные цели:

1. Ознакомить студентов с понятием о внутренней картины болезни (ВКБ).
2. Факторы, влияющие на формирование ВКБ (особенности заболевания, социальный статус, возраст, личностные особенности)
3. Адекватные и виды неадекватной реакции на болезнь.
4. Сознательное и бессознательное искажение ВКБ.

Литература

1. *Боухал, Р.* Психология в медицине / Р. Боухал, М. Конечный. — Прага, Медицинское издательство, 1983.
2. *Квасенко, А. Б.* Психология больного / А. Б. Квасенко, Ю. Г. Зубарев. — Л., 1986.
3. *Лурия, Р. А.* Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания / Р. А. Лурия. — М.: Медицина, 1977.
4. *Николаева, В. В.* Влияние хронической болезни на психику / В. В. Николаева. — М.: МГУ, 1987.

Материальное обеспечение:

1. Таблицы.
2. Мультимедийная лекция.

Расчет учебного времени

| Перечень учебных вопросов | Кол-во времени, мин |
|--|---------------------|
| 1. Понятие о внутренней картине болезни | 10 |
| 2. Влияние особенностей заболевания на ВКБ | 20 |
| 3. Влияние социального статуса и возраста на ВКБ | 20 |
| 4. Влияние личностных особенностей на ВКБ | 25 |
| 5. Сознательное и бессознательное искажение ВКБ | 15 |
| Всего | 90 |

Роль психики в возникновении и лечении самых разных заболеваний трудно переоценить. Наиболее ярко это видно на примерах возникновения неврозов (функциональных заболеваний нервной системы) под влиянием острой психотравмирующей ситуации или длительной травмирующей ситуации, а также возникновение ятрогений — болезней, возникающих вследствие травмирующего действия на нервную систему больного со стороны медицинского персонала.

Различные аспекты психологии больного человека в современной медицине приобретают все большую значимость. Порой внимание врача приковано к проявлению самого заболевания, а особенности реагирования

целостного организма и своеобразие личности больного оцениваются недостаточно. Все это, а также возросшие возможности медикаментозного, хирургического и физического методов лечения настойчиво требуют дальнейшего более глубокого и всестороннего клинического исследования заболевшего, умения заметить и правильно оценить динамику его отношения к болезни. Это будет способствовать усилению психологического воздействия на него, повышению эффективности психотерапевтического влияния. Поэтому необходимость дальнейшего совершенствования методов психологического влияния на больного, повышение эффективности лечения словом является очевидной.

Психология больного рассматривается как субъективное отражение болезни, ее интрапсихическая переработка, представления о ней, связанные с этим переживания и отношение к болезни. Другими словами, это оценка больным своего соматического страдания, отношение к нему и его исходу, к семье, близким, социальной деятельности, окружающей среде. Для врача в психологии больного главным является отношение к болезни.

Больной фиксирует свое внимание на болезни и лечении, возможном исходе, ждет и ищет помощи, что делает его эгоцентричным. Болезнь отодвигает на задний план его служебные дела, меняет положение человека в семье и обществе, часто делает беспомощным и зависимым, вынужденным пользоваться помощью близких и медперсонала, возникает боязнь быть в тягость родным и близким. Повышается интерес к медицинской информации, к больным со схожей болезнью, повышенная внушаемость, неуверенность. Обычно на всем протяжении тяжелой болезни надежда конкурирует с безнадежностью.

В ряде случаев заостряются личностные особенности, присущие человеку до болезни. Усиливается тревога, мнительность, неуверенность, раздражительность, печальная озабоченность, угрюмость, замкнутость в различных сочетаниях этих качеств. Могут появиться новые, не присущие человеку ранее черты характера, такие как зависть и неприязнь к здоровым. Веселый и добродушный человек может стать раздражительным, капризным, негативистически настроенным.

У тяжело больного изменяются речь, моторика, настроение, активность, изменяется восприятие течения времени, сон, аппетит. Время течет медленно, день кажется бесконечным, заполняется тягостными событиями и переживаниями. Психогенно (т.е. как следствие негативных эмоций, вызванных фактом болезни и отношением к ней) возникают различного рода вегето-соматические сдвиги, усложняющие клиническую картину основного заболевания.

СОМАТОНОЗОГНОЗИЯ (внутренняя картина болезни — далее ВКБ) — процесс познания своей болезни, ее оценка у психически здоровых людей и их личностные реакции на болезнь.

Оценить ВКБ врач может при сборе анамнеза, наблюдении за поведением больного при общении с ним в процессе лечения, беседуя с родственниками, соседями по палате. Можно осторожно задать ряд целенаправленных вопросов. Ответы могут быть разнообразными, иногда не соответствующие тому, что сообщают родственники и что объективно видит врач. Следует выяснить причины этого несоответствия. Вот возможные варианты ответов, отражающие личностные реакции на факт болезни:

1. Моя болезнь меня пугает.
2. Я устал от болезни, мне все равно, что со мной будет.
3. Стараюсь не думать о болезни и жить как прежде, беззаботной жизнью.
4. Моя болезнь большего всего угнетает меня тем, что люди стали сторониться меня.
5. Без конца думаю о возможных осложнениях, связанных с болезнью.
6. Думаю, что болезнь неизлечима и ничего хорошего меня не ждет.
7. Считаю, что болезнь запущена из-за невнимания и неумения врачей.
8. Считаю, что опасность моей болезни преувеличивают.
9. Стараюсь побороть болезнь, работаю, как и прежде.
10. Я чувствую, сто моя болезнь тяжелее, чем это могут определить врачи.
11. Я здоров и болезни меня не беспокоят.
12. Моя болезнь протекает совершенно необычно, не так, как у других, и потому требует особого внимания.
13. Моя болезнь меня раздражает, делает нетерпеливым, вспыльчивым.
14. Я знаю, по чьей вине я заболел и не прощу никогда.
15. Я всеми силами стараюсь не поддаваться болезни.
16. Стесняюсь болезни, лучше чувствую себя в одиночестве.

На характер реакции на болезнь влияют три основных фактора:

- особенности и тяжесть самого заболевания; влияет также оценка, которая существует в населении и степень ее усвоения больным (его «медицинская грамотность»). Так, злокачественное новообразование вызовет чувство безысходности, обреченности; инфаркт миокарда — страх перед новыми приступами и возможным быстрым смертельным исходом; венерические болезни — чувство стыда и вины и т.д. Реакция зависит от снижения или утраты работоспособности, излечимости или неизлечимости болезни, ее продолжительности, физических страданий, тяжести предстоящей операции и т.д.;

- особенности личности больного, его темперамент и характер, тип акцентуации, шкалы ценностей. Гармоничные личности легче адаптируются к трудным условиям, вызванным болезнью. Большое значение имеет иерархия ценностей личности. Люди, у которых основная направленность интересов носит социальный характер, легче переносят болезнь, чем те, которые слишком много внимания уделяют своему здоровью и у кого на первом месте стоит удовлетворение инстинктов, стремление к наслажде-

нию. Например, источником раздражающих и угнетающих мыслей для больного инфарктом миокарда в некоторых случаях может быть лишение возможности посещать бани, пить коньяк, курить;

- обстоятельства и среда, в которых возникает болезнь; что или кого пациент считает причиной болезни. Чувство неуверенности, порождаемое болезнью, зависит от наличия социальной поддержки (есть ли кому ухаживать за пациентом, покупать лекарства и оплачивать лечение, если это необходимо). Необходимость изменения ситуационных планов и сообщения родственникам тоже увеличивают уровень тревожности, особенно у неуверенных в себе пациентов. Болеющие дома, в кругу семьи, переносят болезнь легче, чем люди, оторванные или временно лишенные поддержки родственников и друзей. Легче переносится страдание, если пациент явно сам в нем виноват. Проявляется обычно большее усилие к выздоровлению, чем в ситуациях, когда непосредственной причиной заболевания был кто-то другой (автомобильная травма).

Структура реакции пациента на болезнь предполагает наличие нескольких сторон, тесно связанных друг с другом:

1. Сенситивную — сумма и интенсивность дополнительных неприятных ощущений, связанных с заболеванием.

2. Эмоциональную — возникающие в результате заболевания аффективные расстройства: страх, тревога, депрессия, и их вегетативное сопровождение в виде соответствующего соматовегетативного синдрома.

3. Рациональную — объем и качество знаний пациента о своей болезни и их оценка в контексте собственных ценностей.

4. Волевою — умение и желание справиться с тревогой и болезнью в целом, организовать свое поведение для полноценного обследования и лечения.

Отношение к болезни зависит:

- от особенности реагирования личности на стрессовую ситуацию (фрустрация);

- от механизмов психологической защиты;

- компенсаторных возможностей.

Оценка механизмов психологической защиты важна для понимания ВКБ и психотерапевтической тактики. Чаще всего речь идет о вытеснении, проекции, регрессии, сублимации, аутоагрессии, рационализации.

- социальные условия, образ жизни и труда. Важным является система отношений личности с действительностью и другими людьми (в семье, на работе, лечебном учреждении). Имеют значение физические факторы, действующие на человека (обстановка, одежда, цвет, звуки).

Выделяют следующие типы личностного реагирования на болезнь:

1. Адекватная (гармоничная) оценка.

2. Переоценка тяжести заболевания (уход в болезнь, депрессивное состояние, госпитализм).

3. Недооценка тяжести заболевания, включая анозогнозии.

4. Осознанное искажение оценки болезни (агравация, симуляция, диссимуляция).

Адекватная оценка бывает тогда, когда больной правильно оценивает тяжесть своего состояния, мобилизует все силы на борьбу с болезнью. Устанавливается взаимопонимание, доверительные отношения с врачом и медперсоналом, выполняются предписания врача, используется помощь близких. Больной не теряет надежд на улучшение состояния, в случае тяжелого прогноза разумно принимается неизбежное, обдумывается завещание в случае возможного смертельного исхода. При инвалидности адаптируется к новым условиям жизни. Такого отношения к болезни с помощью психотерапии, соблюдения всех правил деонтологии желательно достичь у всех пациентов.

Переоценка тяжести заболевания обычно возникает у акцентуированных или психопатических личностей, у людей с тревожно-мнительными или истерическими чертами личности, с ригидностью и торпидностью психики, при снижении интеллекта, при повышенной внушаемости и самовнушаемости.

Степень переоценки колеблется в широких пределах: от легких пограничных сдвигов в психической деятельности до ипохондрического бреда, тяжелых депрессий и суицидальных попыток.

«Уход в болезнь» чаще возникает у личностей с истерическими чертами характера. Следует помнить, что это не симуляция, и не агравация, а неосознанное преувеличение тяжести своего состояния. В таком случае болезнь является «условно желательной», дает какие-то преимущества больному. У таких больных есть уверенность, что они тяжелобольные, даже если заболевание протекает благоприятно и с хорошим прогнозом. Эти пациенты требуют к себе повышенного внимания, неоправданно активного лечения, стеничны в достижении целей, часто конфликтны, обидчивы, т. е. врачи, с их точки зрения, недооценивают тяжести их страданий. Может наблюдаться инфантильно-регрессивный тип поведения: плачут, не встают с постели, требуют судно в постель, в речи и поведении появляются детские интонации, демонстративная беспомощность. У больных может психогенно (из-за состояния фрустрации) нарушиться сон, аппетит, наблюдается вегетативная неустойчивость в виде колебаний АД, учащения пульса, диспептических расстройств, что затрудняет диагностику и оценку состояния.

Госпитализм возникает как проявление вредного влияния больничной обстановки. Больной при этом привыкает к жизни в условиях больницы, не стремится покинуть ее, не борется за выздоровление или социальную и трудовую адаптацию. В педиатрии к этому термину добавляется задержка психического развития при длительном пребывании ребенка в стационаре.

Недооценка тяжести заболевания означает отсутствие чувства болезни, отрицание имеющейся болезни или физического дефекта (анозогно-

зия). При этом обычно снижается интерес к обследованию и лечению, игнорируются врачебные рекомендации. Несмотря на серьезность заболевания, больные остаются спокойными и благодушными.

Агнозия с эйфорией может наблюдаться в острой стадии тяжелого инфаркта миокарда. Больной чувствует себя здоровым, нарушает постельный режим, может отказываться от лечения. Встречается также при гипоксии мозга различной этиологии (терминальные стадии легочного туберкулеза, например).

Существует психогенный вариант гипо- и анозогнозии, обусловленный механизмами психологической защиты в трудной для человека ситуации (например, при подозрении на злокачественное новообразование). Часть больных в такой обстановке вытесняют неприятные, трудные для личности обстоятельства, больной старается «уйти от болезни». При менее тяжелых болезнях встречаются больные, настолько поглощенные своей работой, долгом в отношении семьи, общества, что игнорируют необходимое лечение. В таком случае тоже нужна коррекционная психотерапевтическая работа, апелляция к личности человека.

При осознанных искажениях оценки болезни всегда существуют психологически понятные мотивы такого поведения, дающие больному осознанную выгоду.

Диссимуляция — попытка скрыть имеющиеся признаки соматической или психической болезни. Делается это с целью выписаться из стационара, получить водительские права и т. д.

Аггравация — умышленное усиление имеющихся физических или психических расстройств. Наблюдается у больных при оформлении группы инвалидности, проведении судебно-психиатрической экспертизы, при призыве в армию.

Симуляция — предъявление несуществующих у больного расстройств. Обычно мотивом являются корыстные цели.

Метасимуляцию распознать достаточно сложно, когда пациент предъявляет симптомы ранее перенесенного заболевания или сознательно задерживает симптомы уже закончившейся болезни.

Бывает достаточно сложно отличить истинную симуляцию от бессознательной, ведь традиционное представление о болезни как о чем-то безусловно отрицательном давно опровергнуто психотерапевтами. Дело в том, что существует и другая, положительная сторона заболевания, дающая вторичную выгоду больному. Это и внимание со стороны родственников (которого часто не хватает в обычных условиях), и возможность частично контролировать их поведение, вызывая чувство вины, и устранение себя от принятия решения и несения ответственности за него. Как ни странно, болезнь иногда усиливает чувство собственного достоинства (особенно у некоторых пенсионеров, занимавших ранее высокие посты) и позволяет продолжать распространять свое «влияние» в пределах больницы, используя связи.

На характер ВКБ человека влияет возраст. Дети смотрят на болезнь глазами взрослых, собственной оценки происходящего не имеют. Тяжело переносят боль и страдания, боятся обстановки больницы, манипуляций, инструментов, хирургических вмешательств, повышено внушаемы, отвлекаемы, быстро забывают пережитое, переключаются на новую ситуацию.

В молодом возрасте (18–30 лет) чаще встречается переоценка своего здоровья и недооценка болезни, неверие в возможность тяжелого заболевания, инвалидности. Тяжело реагируют на госпитализацию, сильно переживают из-за косметических дефектов и сексуальных нарушений.

В предстарческом возрасте (60–74 года) снижается адаптация организма, нередко встречаются депрессивные, депрессивно-тревожные с навязчивостями состояния.

Старческий возраст (75–89 лет) характеризуется возрастными сдвигами личности, которые нередко усиливаются болезнью. Характерно падение активности, снижение эмоционального резонанса, упрямство, ригидность. Соматическое заболевание усиливает интравертированность, тревожность, ипохондричность. Тяжесть заболевания в ряде случаев переоценивается, однако возможна и недооценка тяжести из-за снижения критики к своему состоянию.

ЛЕКЦИЯ 4. ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ (ОБЩИЕ АСПЕКТЫ)

Учебные и воспитательные цели:

1. Изучить основные научные теории, лежащие в основе психосоматических взаимовлияний.
2. Рассмотреть классификацию психосоматических расстройств.
3. Изучить причины соматизации дистрессов.

Литература

1. Браун, Д. Психология Фрейда и постфрейдисты / Д. Браун. — М., 1997. — 135 с.
2. Боухал, Р. Психология в медицине / Р. Боухал, М. Конечный. — Прага: Медицинское издательство, 1983.
3. Квасенко, А. Б. Психология больного / А. Б. Квасенко, Ю. Г. Зубарев. — Л., 1986.
4. Лурия, Р. А. Внутренняя картина болезни и атрогенные заболевания / Р. А. Лурия. — М.: Медицина, 1977.
5. Николаева, В. В. Влияние хронической болезни на психику / В. В. Николаева. — М.: МГУ, 1987.

Материальное обеспечение:

1. Таблицы.
2. Мультимедийная лекция.

Расчет учебного времени

| Перечень учебных вопросов | Кол-во времени, мин. |
|--|----------------------|
| 1. Понятие о психосоматических взаимосвязях и влияниях | 20 |
| 2. Классификация психосоматических расстройств, в т. ч. в МКБ-10 | 25 |
| 3. Основные научные теории, объясняющие соматизацию дистресса | 25 |
| 4. Факторы, способствующие соматизации расстройств | 20 |
| Всего | 90 |

Психосоматические расстройства принадлежат к пограничной территории между психоанализом и медициной тела.

Впервые о единстве духовного и телесного упоминалось еще в учении Гиппократов, который полагал, что «душевная беседа» приносит не меньшую пользу для терапии болезни, чем назначение целебных настоев и мазей. Признавалось естественным, что психологические факторы, такие как потеря близкого человека, разочарование в любви, природная катастрофа могут служить причиной возникшего заболевания.

Однако в начале XIX века немецкий патологоанатом Вирхов с использованием ставших доступными к тому времени достижений науки в виде появления новых методов микроскопии впервые высказал предположение об обязательном обнаружении заметных клеточных изменений при любой патологии. По мнению Вирхова, до тех пор, пока такие изменения не были обнаружены под микроскопом, о существовании болезни не могло быть и речи. В дальнейшем это положение получило свое подтверждение: были найдены органические причины эпилепсии, шизофрении, «паралича сумасшедшего», который оказался формой третичного сифилиса.

Только в конце XIX века внимание всей медицинской общественности привлекли работы группы неврологов и психиатров, посвященные душевному состоянию человека, которое нарушало его существование, но не имело под собой органической природы. Основоположником этого направления стал З. Фрейд. Хотя непосредственно сам Фрейд не внес большого вклада в изучение психосоматических заболеваний, его теории сделали возможным серьезное рассмотрение психологически-продуцируемых болезней, первоначально — в области невроза.

Понятие «психосоматики» введено в J. Heinroth (1818), «соматопсихики» М. Jacobi (1828). Эти понятия отразили противоположные точки зрения на этиологию заболеваний, но не раскрывали сложность взаимосвязей психического и физического.

Как и любое новое направление психосоматическая медицина на ранних этапах становления не обошлась без казусов. Так Георг Гродек, который впервые выдвинул теорию психосоматической патологии, предполагал, что женщина с опухолью матки *развила опухоль* из-за отсутствия детей. Согласно этому подходу у больного с инфекционной патологией обычно спрашивали: «Почему вы инфицировали себя?», а у больного с ларингитом «Почему Вы пожелали быть неспособным говорить?».

При всей своей парадоксальности такой подход внес свой положительный вклад в формирование целостного подхода к обследованию больного, так как дал понимание, что любая болезнь имеет определенный смысл для страдающего и это отношение может сыграть важную роль как в протекании болезни, так и в процессе лечения.

Мы будем употреблять термин ПСЗ в наиболее общеупотребимом смысле — то есть для обозначения органических расстройств, в отношении которых есть основание считать, что в их развитии главную роль сыграл эмоциональный фактор.

По данным различных авторов, частота психосоматических расстройств (ПСР) составляет от 30 до 57% от общего числа пациентов первичной медицинской сети. В общей популяции населения ПСР колеблется от 11 до 52%. Эта значительная часть пациентов, как правило, не обращается за медицинской помощью к психологам и психиатрам и не получает необходимой помощи.

В современной классификации психических заболеваний (МКБ-10) для ПСР не предусмотрено специального раздела.

Так, во введении к МКБ-10 указано, что ПСР могут быть обнаружены в:

- F45 («соматоформные расстройства»);
- F50 («расстройства приема пищи»);
- F52 («сексуальная дисфункция»);
- F54 («психологические и поведенческие факторы, связанные с расстройствами или заболеваниями, квалифицированными в других разделах»).

Наименее изученной группой являются соматоформные расстройства, к которым относится «бич» современной терапии и неврологии — синдром вегетативной дистонии.

Любое воздействие на организм человека опосредовано возникновением у него запрограммированного цикла последовательных реакций, с помощью которых формируется ответ на него. Так восприятие любого события опосредуется состоянием сенсорных систем, ведущей репрезентативной представленностью — например, визуальной или аудиальной, порогом болевой чувствительности. Когнитивный уровень восприятия сравнивает объект воздействия со сложившейся у индивидуума картиной мира, которая зависит от интеллектуальных функций, социального воспитания, и формирует эмоциональную реакцию. А любое эмоциональное состояние обеспечивается функционированием вегетативной нервной системы как посредника между духовным — эмоциями и телесным — соматическими симптомами.

При неблагоприятной ситуации может формироваться порочный круг, функционирование которого исключает необходимость внешнего воздействия патологического фактора и происходит без осмысления события на когнитивном уровне.

Причины соматизации стрессорных расстройств

Выделяют несколько общих факторов, способствующих переходу душевного страдания в телесное:

- *предпочтение общественным сознанием соматических причин нетрудоспособности.* Как в средние века, так и в настоящее время, общество стремилось дистанцироваться от психиатрических больных, считая их общественно опасными. Недостаточное понимание разницы между психиатрической и психологической патологией, которая может возникнуть у психически здорового человека, приводит к стремлению таких людей скрыть свой дефект, усугублению неблагоприятной ситуации и последующей соматизацией тревоги;

- *снятие ответственности за свое состояние при соматическом расстройстве.* Согласно общественному мнению, в возникновении невроза виноват пациент, который не смог адаптироваться к обществу, а в появлении соматической патологии виноваты внешние факторы, такие как: генетический фактор, профессиональные вредности и т.д. Например, паци-

ент с избыточной массой тела в основе своего состояния чаще всего указывает отягощенную наследственность, а терапевтом зачастую не оказывается должного внимания психологическому статусу больного;

• *различные способы реагирования на стрессовый фактор.* В обществе давно существует мнение о том, что страдания искупают преступления. Таким образом, поощряются телесные страдания, которые совместно с состоянием фрустрации также приводят к возникновению психосоматозов. По данным американских исследователей, водителей, которые имели по четыре аварии примерно в четырнадцать раз больше, чем их должно было быть по теории вероятности, а водителей с семью авариями — в девять раз.

Патогенез ПСР складывается из следующих факторов:

1. *Неспецифической наследственной и врожденной отягощенности соматическими нарушениями и дефектами.* Естественно, что у человека с врожденными физическими недостатками риск развития ПСЗ выше, нежели у полностью здорового человека, так как любой дефект для полноценной адаптации требует дополнительных затрат энергии.

2. *Наследственной предрасположенности к психосоматическим расстройствам.* Существует теория, согласно которой при ПСР страдает именно тот орган, который имеет наименьший адаптационный резерв. Так, говоря о язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, следует упомянуть наследственный характер этой патологии.

3. *Изменений в ЦНС, приводящих к нейродинамическим сдвигам.*

4. *Личностных особенностей.* Люди, имеющие созерцательно-защитную или агрессивно-защитную жизненную позицию более склонны к возникновению ПСЗ, чем зрелые личности с динамичной конструктивной жизненной позицией, способные оперативно переориентировать свои цели и задачи в соответствии с меняющейся окружающей средой.

5. *Психического и физического состояния во время психотравмирующих событий.*

6. *Фона неблагоприятных семейных и других социальных факторов.* Как известно, событие, происходящее на фоне неблагоприятного психологического состояния, скорее приведет к возникновению ПСР, а у лиц с гиподинамией формирование таких расстройств происходит много легче.

7. *Особенностей психотравмирующих событий.* Чем более интенсивный и массовый фактор психотравмирующего воздействия, тем более вероятность возникновения ПСР.

Признаками высокого риска ПСР являются, в первую очередь, такие стороны темперамента, как:

- низкий порог чувствительности к раздражителям;
- высокая интенсивность реакций на внешние раздражители;
- трудности адаптации к новым впечатлениям с преобладанием отрицательных эмоций.

К личностным особенностям, наиболее часто в разных сочетаниях встречающихся при всех ПСР, относятся:

- замкнутость;
- сдержанность;
- недоверчивость;
- тревожность;
- сенситивность, зависимость от чужого мнения;
- склонность к легкому возникновению фрустраций;
- преобладание отрицательных эмоций над положительными;
- невысокий уровень интеллектуального функционирования в сочетании с выраженной нормативностью, то есть понятием долга, внушаемого общественно признанными нормами морали;
- (**гиперсоциальностью**) и установкой на достижение высоких результатов.

На последнем факторе нужно остановиться немного подробнее.

С начала прошлого века наметился значительный прорыв в медицине, которому она обязана значительным достижениям в области генетики, микробиологии, химии, иммунологии, хирургии. Были практически ликвидированы страшные инфекционные заболевания, такие как чума, оспа, холера. Появилась возможность пренатальной диагностики пороков развития. Улучшение родовспоможения существенно снизило женскую и младенческую смертность. Однако все более растущий темп жизни, особенно в крупных городах, привел к всплеску психосоматической патологии. Наиболее типичным примером может считаться широко известный «*синдром менеджера*» при котором у здоровых молодых мужчин, работающих в крупных компаниях снижалось либидо и потенция.

Диагностические критерии различных форм психосоматических расстройств

Наиболее общими признаками, характерными для всех ПСР являются:

1. Функциональный характер возникших нарушений, не подтверждающийся изменениями морфологической структуры.
2. Длительность существования.
3. Характер связи с особенностями личности.
4. Особенности взаимосвязи с психологическими факторами.
5. Локализация.
6. Полная обратимость болезненных симптомов при нормализации психологической ситуации.

При психосоматических заболеваниях выделяют три группы симптомов:

- конверсионные симптомы;
- функциональные синдромы (органные неврозы);
- психосоматические заболевания в более узком смысле («классические психосоматозы»).

Взаимодействие психики и тела происходит в виде нескольких групп процессов (группы соматических процессов):

Выделяют четыре основные группы ПСЗ:

1. Психические нарушения при соматических заболеваниях.
2. Психогенное нарушение функций — соматоформное расстройство.
3. Соматические жалобы и проявления при тревожных и депрессивных расстройствах.
4. Вегетативные дисфункции, связанные с преморбидной личностью.

Классификация психосоматических заболеваний

«Большие» психосоматические заболевания:

- ишемическая болезнь сердца;
- гипертоническая болезнь;
- язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки;
- бронхиальная астма;
- астматический бронхит;
- ревматоидный артрит, артрозы;
- эндокринные заболевания щитовидной железы, такие как гипертиреоз, аутоиммунный тиреоидит;
- сахарный диабет;
- колиты, болезнь Крона;
- синдром раздраженной кишки;
- заболевания кожи: нейродермиты, экземы.

«Малые» психосоматические заболевания

- перманентные вегетативно-сосудистые расстройства, такие как синдром вегетативной дистонии;
- органические неврозы (энурез, синдром раздраженного кишечника).

Распределение функциональных расстройств по системам:

• ***неврологические:*** психическая гиперестезия и гипестезия, тиннитус, головное головокружение, не сопровождающиеся появлением нистагма и атаксии, психогенные дискинезии, такие как лицевые тики, психогенные невралгии, псевдокорешковые синдромы — люмбагия, цервикокраниалгии и цервикобрахиалгии;

• ***желудочно-кишечный тракт:*** психогенные запоры и поносы, психогенная тошнота, рвота, дискинезии, синдром раздраженного кишечника, расстройства аппетита, абдоминальные боли. Все вы хорошо знакомы с проявлениями «медвежьей болезни», обязанной своим названием особенностями реагирования медведя на пугающие его ситуации;

• ***кожные покровы:*** кожный и анальный зуд, появление полиморфных форменных элементов, шелушение, мраморность ладоней и подошв, гипер-ангидроз;

• *мочеполовая система*: поллакиурия, цисталгия, психогенная задержка мочеиспускания, расстройства либидо и потенции;

• *дыхательная система*: диспноэ, чувство нехватки воздуха, одышки, чувство «неудовлетворенности вдохом», при котором через 4–5 нормальных дыхательных движений появляется глубокий вдох полной грудью, стридорозное дыхание. Элементами проявления гипервентиляционного синдрома также является желание таких людей постоянно открывать форточки и окна, спать с открытым окном;

• *связанные с беременностью и родами*: ложная беременность, психогенная дисменоррея. Классическим документированным примером такого рода ПСЗ служат случаи появления ложной беременности у представительниц королевских родов Европы.

Теоретические концепции психосоматической медицины

1. Психоаналитическая или психодинамическая.
2. Теория Мичерлинха и Шура десоматизации и ресоматизации.
3. Характерологическая теория.
4. Психосоматическая концепция Александера.
5. Концепция алекситимии.
6. Нейроэндокринная теория (Кэнона и Селье).
7. Нейродинамическая.
8. Целостный подход.
9. Ряд различных эмпирических теорий.

ЛЕКЦИЯ 5. ЧАСТНЫЕ ВОПРОСЫ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Учебные и воспитательные цели:

1. Изучить психосоматические закономерности основных терапевтических заболеваний.
2. Рассмотреть психологические особенности пациентов с терапевтической патологией.
3. Показать психологические особенности больных с заболеваниями кожи, желудочно-кишечного тракта.

Литература

1. Браун, Д. Психология Фрейда и постфрейдисты / Д. Браун. — М., 1997. — 296 с.
2. Боухал, Р. Психология в медицине / Р. Боухал, М. Конечный. — Прага: Медицинское издательство, 1983. — 405 с.
3. Квасенко, А. Б. Психология больного / А. Б. Квасенко, Ю. Г. Зубарев. — Л., 1986.
4. Лурия, Р. А. Внутренняя картина болезни и атрогенные заболевания / Р. А. Лурия. — М.: Медицина, 1977.
5. Николаева, В. В. Влияние хронической болезни на психику / В. В. Николаева. — М.: МГУ, 1987.

Материальное обеспечение

1. Таблицы.
2. Мультимедийная лекция.

Расчет учебного времени

| Перечень учебных вопросов | Кол-во времени, мин. |
|---|----------------------|
| 1. Понятие о частной психосоматике | 10 |
| 2. Психосоматические основы заболеваний сердечно-сосудистой системы | 25 |
| 3. Психосоматические основы заболеваний желудочно-кишечного тракта | 25 |
| 4. Психосоматические основы заболеваний кожи | 15 |
| 5. Энурез | 15 |
| Итого | 90 |

Частная психосоматика предполагает изучение психологических, личностных особенностей больных с различными психосоматическими заболеваниями, а также их социальную адаптацию и связанные с ней специфические стрессы.

Знание особенностей личностных проявлений при заболеваниях тех или иных групп врач любой специальности сможет создать более прочный терапевтический альянс и обеспечить выполнение своих рекомендаций, что повысит эффективность лечения и, несомненно, упрочит его авторитет.

Лечение психосоматических расстройств с учетом личностных особенностей, включением в схему психотерапии или психологической коррекции позволит значительно стабилизировать соматическое состояние, обрести контроль над проявлениями болезни, сделать адекватной реакцию на ее проявления.

I. «Большие» психосоматические заболевания.

1. Психосоматические особенности больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы (ССС).

Заболевания ССС наряду со злокачественными новообразованиями являются ведущей причиной смертности в экономически развитых странах. Несмотря на достаточное развитие знаний об этиологии, патогенезе и патоморфологии ССЗ, возможностях лечения и компенсации их при общей доступности адекватного медикаментозного лечения, снижения роста этой патологии не наблюдается. По-видимому, это можно объяснить все более растущим темпом жизни, установкой личности, положение человека в его профессиональном и социальном окружении.

К «чистым» психосоматозам среди заболеваний ССС относятся:

- ишемическая болезнь сердца;
- аритмии;
- эссенциальная артериальная гипертензия;
- кардионевроз.

Этот перечень составлен на основе возрастающего влияния психосоматических факторов в этиологии заболевания.

1.1. Артериальная гипертензия (АГ). Самое частое заболевание в экономически развитых странах. Это утверждение не означает, что представители народов с малоразвитой цивилизацией не страдают этим недугом. Например, в резервации Онамбо в Юго-Западной Африке АГ также часта, как и в Германии. Однако среди сельского населения развитых стран мира АГ встречается реже, чем в городе, а при переселении сельского населения в город — частота ее существенно возрастает.

Повышенное артериальное давление (АД) встречается у 25% населения, долго протекает бессимптомно и при отсутствии лечения приводит к сокращению продолжительности жизни из-за развития болезней сердца, инсультов и поражения почек. Прогноз при АГ зависит от лежащего в его основе заболевания, возраста, пола, содержания холестерина в крови, толерантности к глюкозе, курения и массы тела. Почти у 90% пациентов с АГ не находят никаких заболеваний, лежащих в основе. Считается, что под диагнозом АГ скрывается ряд гетерогенных подгрупп с различным удельным весом психосоматических факторов.

В основе биологической предрасположенности к АГ лежит недостаточность нейрофизиологической регуляции со склонностью к гиперсимпатикотонии и спастическим сосудистым реакциям.

В экспериментах на животных было показано, что длительные эмоциональные перегрузки приводят к длительному повышению АД. Поскольку четко датировать начало заболевания чаще всего невозможно, трудно говорить о ситуации, ее вызывающей. Однако имеется группа четко обозначенных причинных ситуаций, которые прослеживают определенную связь с началом заболевания. К ним относятся:

Глубинные психологические особенности, предполагающие наличие у больных АГ следующих факторов:

- хроническое напряженное ожидание («Я должен быть готов ко всему», «Я такой, что принимаю все трудности на себя», «Я готов на все»);
- нехватка времени;
- постоянное аффективное напряжение, беспокойство и тревога;
- скрытый гнев и подавление агрессивных импульсов, направленных против определенных лиц («непереносимых») в сочетании со страхом потерять их благосклонность. Этот фактор является платой за социализацию;
- борьба за получение признания, повышенное чувство ответственности и страх не справиться со своими домашними или служебными обязанностями;
- внутренняя необходимость постоянного контроля своих чувств;
- сочетание эмоциональной лабильности с внешней сдержанностью, иногда даже застенчивостью;
- выраженная потребность в самоутверждении.

Согласно Ф. Александеру центральным пунктом психодинамики пациента с АГ является постоянная борьба с нарастающим враждебно-агрессивным чувством и трудность самоутверждения. Пациенты боятся потерять благосклонность других людей и поэтому контролируют проявления своей враждебности. В детстве такие люди часто бывают склонны к приступам ярости и агрессии. Со временем понимание возможности потерять из-за своей агрессии родных и близких заставляет ребенка контролировать свою враждебность. Бывший ранее агрессивным ребенок взрослым становится подчеркнуто уступчивым и не может постоять за себя. Однако, они по-прежнему проявляют агрессивность, едва столкнувшись с непреодолимым препятствием.

Чаще всего такие люди выбирают роль «ломовой лошади». Они редко меняют работу, даже если им недоплачивают, выполняют работу «за других» вместо того, чтобы наладить дисциплину. Из-за гипертрофированного чувства ответственности и совестливости постепенно нарастает чувство гнева на менее ответственных людей, требующее все большего усилия для его сдерживания. Так развивается порочный круг, который приводит к *хроническому состоянию напряжения.*

Личностная структура. Единой структуры не установлено. Однако у таких больных определены преобладающие личностные черты. В целом, гипертоники описываются как люди трудолюбивые, приверженные долгу, общительные, с большим чувством ответственности, со специфической установкой на скромность, стеснительные, готовые помочь. В связи с этим у них часто возникают внутренние и внешние конфликты, от которых они не могут эмоционально отстраниться. Установка на скромность предполагает отказ от своих потребностей в пользу других, при желании получить от них одобрение. *Таким больным свойственно* упрямство, скрытность, неудовлетворенность собой и окружением, болезненная чувствительность к критике из страха перед личной несостоятельностью. Однако у них есть и бесспорно положительные качества. У психологически зрелых больных АГ можно отметить:

- честность;
- обязательность;
- искренность;
- аккуратность;
- дружелюбие.

У большинства пациентов АГ нет должного осознания своей болезни. С психологических позиций внешне неправильное невротическое поведение оправдывается стремлением к активности и помощи людям.

По данным исследований, большинство пациентов, страдающих АГ, занимаются интеллектуальной и административной работой различного уровня: инженеры, счетно-финансовые работники, руководители. Большую роль играет присутствие в работе ситуаций гиперответственности: вождение автомобиля в экстремальных условиях, периодическое участие в конфликтах, переживание неудачи и неуспеха в условиях их повышенной значимости (экзамены, карьера и др.).

Психические нарушения, свойственные больным при нарастании картины болезни представлены чаще всего ипохондрическим синдромом на фоне тоскливого и тревожного настроения, страхом перед последствиями повышения АД и нарастающими астенией и психоорганическим синдромом при длительном течении заболевания.

Особенности терапии. Врачу лечебного профиля при назначении терапии такому больному необходимо помнить о специфических чертах своего пациента. Следует помнить, что гипертоник в большинстве случаев не вербализирует свою агрессию, честолюбие и стремление к соперничеству, внешне оставаясь приятным, уступчивым пациентом. Это можно почувствовать, если попытаться оказать длительное влияние на образ жизни такого человека. Его малая податливость при необходимости длительной терапевтической программы часто осложняют отношения врача и больного. При возникновении латентных конфликтов они обычно уходят от лечения,

не появляются на амбулаторном приеме в назначенное время. Это внешне немотивированное прерывание лечения приводит к развитию у пациента чувства вины и его последующей проекции на терапевта.

Нередко в подобной ситуации больные утверждают, что терапия была неэффективна, а врач недостаточно компетентен, что вторично развивает чувство вины у терапевта. Для предотвращения подобных ситуаций врачу необходимо знать об оппозиционных тенденциях своего пациента, вызывая его на разговор и помогать справиться с чувством вины или с напряженностью во время лечения.

1.2. Ишемическая болезнь сердца.

Определяется клинической картиной коронарной недостаточности, которая обусловлена несоответствием между потребностью миокарда в кислороде и уровнем его доставки. Потребность миокарда в кислороде определяется, в свою очередь, особенностями обмена веществ в клетке, частотой сердцебиения, сократительной способностью и сопротивляемостью стенок коронарных сосудов.

ИБС до настоящего времени является *наиболее частой причиной смерти*. Около 30% умерших от ИБС составляют мужчины в возрасте от 45 до 65 лет.

Основными симптомами ИБС является одышка, сердечная астма, ангинозная боль. В восприятии последнего феномена определяющую роль играет ряд психофизиологических механизмов. Обусловленная ишемией боль, как и все другие виды восприятия, подвержена разнообразным модуляциям. Шкала боли колеблется от нерезко выраженного чувства давления за грудиной до «уничтожающей». Лишь 20% всех ишемических эпизодов воспринимается как сердечная боль.

Тщательный анализ болевых ощущений может стать ключом к пониманию состояния больного.

Исследования показали, что больные с ИБС во многом беспомощны в отношении угрожающих телесных сигналов и располагают малыми ресурсами для их преодоления. Эти больные часто остаются наедине со своим анализом угрожающего им состояния. Связанные с этим страх и неуверенность могут, в свою очередь, усилить симптомы основного заболевания и участить приступы стенокардии. Существует доказанная связь между появлением стенокардии и выраженностью страха.

В продромальном периоде ИБС у таких больных можно обнаружить усталость, недостаток активности, нарушения концентрации внимания, головокружения, расстройства сна, страх и чувство болезни. Эти симптомы Аппелем были объединены в *синдром истощения* в прединфарктной фазе у 25% больных.

Примечательно, что коронарные больные придают мало значения этим предвестникам ИБС. В противоположность больным с вегетативной дистонией и кардиофобическим неврозом, эти больные вытесняют свои

неприятные ощущения и до поры склонны считать их пустяками. Такие больные отличаются толерантностью к симптомам своей болезни и даже безразличны к ней. Сама болезнь обнаруживает явную циркадность: состояние ухудшается к вечеру и улучшается к утру.

Психобиология. Еще одним доказательством влияния психологического статуса пациента на его соматические проявления стали исследования Р. Неррема, который показал, что атеросклеротические изменения развиваются по-разному, в зависимости от эмоционального фона. Под влиянием длительной стрессовой ситуации и симпатической реакции прогрессирование АС происходит более агрессивно, что подтверждается патогистологически расширением межклеточных пространств эндотелия и изменением его проницаемости под влиянием катехоломина, серотонина, гистамина и др.

Личностная структура.

Поведение типа личности А, который обнаруживает в 2,37 раза больше случаев ИМ, чем в популяции склонные к интенсивной работе, постоянно стремящиеся к успеху, стеничные в достижении поставленной, обычно трудно достижимой цели, испытывающие большую потребность в признании и продвижении вперед, интенсивно конкурирующие с окружающими. Таким людям всегда не хватает времени, они нетерпеливы в достижении результата. Их поведение меняется с трудом. В отличие от невротиков, у больных ИБС отсутствует заторможенность, эмоциональная лабильность, неуверенность в себе. У людей с поведением типа А в ситуации с дефицитом времени наблюдается более выраженное учащение пульса и повышение систолического АД. Их поведение можно охарактеризовать как *сверхприспособительное, сверхнормальное*. Они более других следуют принципам современного индустриального общества: *активная деятельность, конкуренция, соперничество*.

Особенности терапии. Изолированное лечение в отделении интенсивной терапии при возникновении ИМ усиливает у больного его чувство страха и депрессию. Значительное отрицательное влияние при этом оказывает вынужденное бездействие и сожаление об упущенных возможностях. Даже в острейшей стадии многие больные пытаются скрыть эти чувства, вплоть до формирования у них анозогностического типа внутренней картины болезни.

Исходя из вышеизложенного, врач должен знать об оппозиционных стремлениях своего пациента, обусловленных типом личности А и предупредить попытки прерывания лечения из-за нетерпимости и переживания болезненного состояния.

2. Психосоматические особенности больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

2.1. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки.

Пептическая язва известна уже несколько столетий. Распространена во всем мире, распространена чрезвычайно часто, в том числе и у домаш-

них животных. ЯБ страдают почти 10% населения в возрасте до 60 лет. Только у 15% она не рецидивирует.

Среди социальных групп больший процент язвы у людей, утративших общество, в котором они были в безопасности: переселенцы, беженцы. Определенно выше частота язв у лиц, работающих посменно, в том числе и среди медицинской общественности.

В патогенезе ЯБ играют роль несколько факторов. Несомненна наследственная предрасположенность: в 2,5 раза выше частота язвы по наследству. Физиологический, психологический, социальный. Доказана роль хеликобактер пилори.

Особенностью внутриличностного конфликта больных язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки является сочетание неудовлетворенной потребности в привязанности и наличии теплых эмоциональных отношениях и компенсаторного лидерства в социальной среде. Психологический анамнез выявляет отсутствие глубоких эмоциональных отношений в родительской семье при повышенной потребности в них.

Личностные особенности. Выделяют 2 вида личностей язвенного типа:

- *пассивный тип* — (в детстве часто избалованный чрезмерно заботливой матерью) с преобладанием субдепрессивного фона настроения, страхом быть покинутым, неспособностью к конкуренции. Больные заняты активным поиском людей, в ком бы они были уверены полностью (жены «материнского» типа, социально непривлекательные для других партнеры). Пассивный, зависимый, депрессивный тип, который выражает свои желания прямо и неприкрыто;

- *гиперактивный тип* — успешный, деятельный, лидерствующий человек, испытывающий сильную потребность в любви, которая часто игнорируется. Он ищет успех, хотя в целом все равно считает себя неуспешным, утрированно исполнителен, щепетилен в области морально-этических стандартов, обладает хорошей переключаемостью и гибкостью в работе и низким уровнем чувственных привязанностей. В группе с повышенной концентрацией пепсина обнаружено особенно интенсивное желание зависимости и отвергание чувства враждебности. Ф. Александер описал специфические особенности, присущие таким больным.

Обострение язвенной болезни чаще всего происходит при обострении основного конфликта: в ситуации разлуки с близкими людьми (ушла жена), ощущением предательства со стороны близких или подчиненных и т.д.

Типичные ситуации обострения:

1. Изменения, касающиеся утраты безопасности.
2. Возрастание ответственности, необходимости в достижении зрелости либо по требованию начальства, либо из собственной потребности честолюбия.
3. К манифестации язвы также могут привести неспецифические изменения при наличии органной предрасположенности (гиперсекреция).

Терапевтическая тактика. Зависит от типа личности больного. Пассивные больные склонны к тому, чтобы посредством своей пассивности и зависимости сделать врача чрезмерно требовательным, нетерпеливым. С псевдонезависимыми больными гиперактивного типа врач легко попадает в ситуацию конкуренции и борьбы. Бывает трудно найти средний статус, который не заденет гордости больного и позволит помочь ему.

Перед каждым врачом обязательно станет вопрос о совете по изменению образа жизни больного. Здесь необходимо проявить достаточно такта для получения результата при известном сопротивлении пациента. Направление таких пациентов на психоаналитическую терапию показан только при развернутых невротических проявлениях, склонности язвы к рецидивам.

2.2. Синдром раздраженного кишечника.

СРК является биопсихосоциальным функциональным расстройством кишечника, основой которого является взаимодействие двух основных механизмов: психосоциальной адаптации и сенсомоторной дисфункции, т. е. имеют место нарушения висцеральной чувствительности и двигательной активности толстой кишки. В 1988 г. в Риме Международная группа по изучению функциональной патологии желудочно-кишечного тракта впервые утвердила термин «*синдром раздраженного кишечника*».

Распространенность СРК 15–20%, при этом 2/3 лиц, страдающих этим синдромом, за медицинской помощью не обращаются. Средний возраст пациентов 24–41 год. Возраст старше 60 лет является критерием исключения. Женщины болеют в 2–3 раза чаще мужчин.

СРК — это устойчивая совокупность функциональных расстройств продолжительностью не менее 12 недель на протяжении 12 последних месяцев, проявляющаяся болью и (или) дискомфортом в животе, которые проходят после дефекации, сопровождаются изменением частоты и консистенции стула и сочетаются на протяжении 25% времени заболевания не менее чем с 2-мя стойкими симптомами нарушения функции кишечника — изменениями частоты стула, консистенции кала, самого акта дефекации (императивные позывы, тенезмы, чувство неполного опорожнения кишечника, дополнительные усилия при дефекации), выделением слизи с калом, метеоризмом.

Патофизиологически при СРК происходит нарушение двигательной функции кишечника.

Выделяют 3 варианта течения СРК (F. Weber, R. McCullum):

- с преобладанием болей в животе и метеоризмом;
- с преобладанием диареи;
- с преобладанием запоров.

Клиника: нерегулярность стула, боли, метеоризм, вздутие живота, чувство полноты и непереносимость определенных видов пищи. СРК, как правило сопровождается многочисленными сопутствующими вегетативными симптомами.

В психофизиологии СРК наглядно прослеживается связь с *разнообразными страхами*: экзамены, родительский гнев, неудачи на работе и т.д. Переживания страха при этом вытесняются из сознания и проявляются изолированно на уровне соматической сферы. Стрессовые ситуации изменяют моторику сигмовидной кишки, снижают всасывание воды, ионов калия, хлора, натрия. Стресс превращает всасывающую функцию в выделительную. В картине личности преобладают реактивные структуры, контролируют все свои аффекты и проявления чувств, больные выглядят бодрыми, подчеркнуто упорядоченными, что позволяет им умело скрывать свои страхи. Все их поведение определяет латентный страх потерять свое лицо и выпасть из роли независимо от того, проявляют они агрессивность или слабость.

Терапевтическая стратегия. При СРК определяется актуализацией фантазий и аффектов пациента, раскрытием и переработкой конфликтной ситуации, либо назначением медикаментозных средств, смягчающих страх. Назначение подавляющих страх и тревогу медикаментов без психотерапии способствует хронизации процесса.

При постановке «мягких» соматических диагнозов типа «хронического колита, панкреатита» уводит в сторону от психосоматической связи и длительному бессмысленному медикаментозному лечению.

2.3. Неспецифический язвенный колит.

При всей своей тяжести НЯК тоже является психосоматическим расстройством.

По *личностной типологии* это люди компульсивного типа чрезмерно опрятные, пунктуальные, сдержанные в проявлении эмоций, особенно гнева, жадноватые или «прижимистые», склонные к испытанию чувства вины.

Личностные особенности больных: шизоидность различной степени выраженности (замкнутость, неграмотность в эмоциональных контактах и непонимание контекста общения) в сочетании со склонностью к депрессивным и нарциссическим реакциям и высокими морально-этическими принципами, когда долг подменяет истинные душевные привязанности.

Психологический анамнез больных с НЯК позволяет выявить «симбиотический» тип родительской семьи, где не говорят о чувствах и не проявляют их, отношения формальные и поверхностные (основанные на удовлетворении основных биологических потребностей: поели, помылись, сделали уборку).

Терапевтическая тактика. Больные с НЯК и колитами чаще описываются как ненавязчивые, замкнутые. При трудностях они склонны к разочарованию в себе, обращенности упреков на себя. Впоследствии эти упреки могут быть перенесены на врача-терапевта. Достигнуть прогресса можно только при взаимном добровольном сотрудничестве сторон и внесении ими определенного вклада. Нельзя допускать идеализации пациентом врача, которая обеспечивает участие в лечении других врачей и не допускает разочарования при временных неудачах.

3. Болезни дыхательной системы.

3.1. Бронхиальная астма.

БА — заболевание дыхательных путей, которое характеризуется повышенной готовностью к реагированию трахеобронхиальной системы на ряд стимулов. Клиническая картина БА определяется отеком слизистых оболочек, бронхоспазмом и нарушением секреции. БА принято делить на две большие группы:

- аллергическую;
- неаллергическую.

БА может возникнуть в любом возрасте. Среди заболевших преобладают мальчики в начале детского возраста и женщины — в более позднем возрастном диапазоне.

Психофизиология. Определенную роль в формировании приступа, кроме вышеназванных, играет судорожное состояние произвольно иннервируемой дыхательной мускулатуры, особенно диафрагмы. На пневмограмме можно видеть, что во время выдоха наступает торможение, которое объясняется внезапно усиливающимся тонусом мышц, осуществляющих вдох. Происходит недостаточное расслабление диафрагмы, т. е. *инспираторное противодействие*. Эти три функциональных компонента приступа рассматриваются как *единый координирующий шаблон* в плане защитной функции организма: бронхоспазм, секреторная и воспалительная дискриния, судорога диафрагмы, таким образом БА в плане дыхательного поведения объясняется как заученные ошибочные условные рефлексy защитного характера.

Обострение ситуации (ощущение незащищенности, обида, ситуация конфликта) способны провоцировать приступ. Характерными ситуациями, способствующими заболеванию, считаются те, которые требуют выражения чувств, либо те, от которых больные хотели бы отмежеваться. «Я не переношу этого!», «Я хочу, чтобы все они убралась», «Мне было бы лучше всего улечься в постель и натянуть одеяло на голову».

Основной конфликт у пациентов с БА сосредоточен в форме желания завоевать доверие и страха перед этим. Чаще всего он формируется в раннем детстве, на фоне желания получить нежность и эмоциональное подкрепление от матери при ее холодном отношении к нему. Часто в такой ситуации ребенок старается подавить плач, боясь материнской холодности и упреков.

Структура личности. Единой всеобъемлющей не выделено. В поведении чаще обнаруживаются реакции с защитой эмоциональных, прежде всего, агрессивных побуждений, а также скрытое желание нежности и близости. Как известно, у многих больных БА имеется повышенная чувствительность к запахам, при отсутствии снижения порога в отношении всех запахов. Кроме неприятных запахов, приступ астмы как защитную реакцию, могут вызвать поступки и мысли которые больным считаются грязными. Такие женщины, страдающие БА, склонны к поддер-

жанию чистоты в доме, Необходимо отметить, что среди больных с БА они, более чем в популяции, подвержены фригидности; для мужчин имеются нарушения потенции.

Для больных бронхиальной астмой характерны:

- эмоциональная неустойчивость;
- истероидные и эгоцентрические черты (часто социально замаскированные).

Зоной психологических проблем является неумение конструктивно разрешать конфликты, пугливость, тревожность, обидчивость, внутренняя потребность в постоянной защите и опеке, тенденция прислушиваться к своим ощущениям.

Особенности терапии. Астматик испытывает страх перед тесным терапевтическим контактом, боясь подавления своей личности. Поэтому от врача требуется ровное и постоянное внимание к состоянию своего пациента. Следует помнить, что отношение больного к врачу, как и к обществу в целом, определяется амбивалентностью притяжения и отталкивания, тенденциями привязанности и дистанцирования, и что рано или поздно могут наступить рецидивы. Эти рецидивы и решают судьбу терапии. Их необходимо предотвращать и подавлять.

Наибольшую пользу психотерапевтическое лечение приносит у больных с тяжелыми формами БА, у которых имеются фобические трудности в переработке болезни или агрессивные и депрессивные симптомы, которые испытывали ограничения в своем социальном положении, вызванном заболеванием.

4. Психосоматические особенности больных при заболеваниях кожи.

Кожа выполняет множество функций:

- защитную;
- терморегулирующую;
- витаминобразующую.

Кроме того, она выступает в качестве рецепторного поля, отражающего состояние желудочно-кишечного тракта, эндокринной и нервной систем.

Кожа выполняет множество психологических функций:

- является границей между человеком и окружающей средой, между «я» и «ты»;
- является органом первого контакта, мостом к окружающей среде;
- является органом выражения эмоций: волнений, опасений, страха, радости, стыда;
- является органом своеобразной эстетической функции;
- является одним из органов чувств (ощущение тепла, холода, боли, жжения и т. д.).

Кожа выражает эмоции: «краснеет» от стыда, «бледнеет» при некоторых других переживаниях, становится «гусиной» при испуге и холоде. Человека,

стойко воспринимающего предвзятости судьбы, спокойного и равнодушного, нередко называют «толстокожим». Очень часто пусковым механизмом в развитии или обострении дерматитов являются стрессовые ситуации.

Психосоматическая патология кожи

Психосоматическими по своей природе могут быть:

- *атопический* дерматит (яркое проявление пищевой аллергии, протекает с зудом, разнообразными кожными высыпаниями, увеличением лимфоузлов);
- *периоральный* дерматит, который характеризуется воспалением периоральной области с покраснением, сыпью, шелушением и зудом; алопеция (локальное или тотальное облысение);
- *крапивница* — острая аллергическая реакция, проявляющаяся сильным зудом и появлением волдырей различного размера;
- *ангионевротический* отек (отек Квинке) — острая аллергическая реакция, проявляющаяся отеком лица, кистей и стоп, в тяжелых случаях — вплоть до диффузного отека (анасарка).

Заболевания кожи имеют в своей глубинно-психологической природе подавленный, репрессированный гнев, направленный против себя.

Психологический анамнез таких больных выявляет характерные особенности матери у таких больных. Под маской заботы они скрывают враждебность и отвержение (редко касаются ребенка, не ласкают, ухаживают только по необходимости, словно брезгуя).

В структуре личности преобладают эмоциональная привязанность к другим людям, чрезмерное ожидание, глубокие переживания неудач и разочарований, недоверие к лицам противоположного пола, деловитость.

Длительный эмоциональный стресс у таких больных приводит к бессознательному ощущению «излишнего контакта с миром» и стремлению убежать от него. Социальные запреты не позволяют это сделать, и кожные реакции в такой ситуации (которые воспринимаются обостренно, со стыдом, страхом, чувством физической неполноценности) позволяют реализовать внутренний конфликт и способствуют самоизоляции больного.

Лечение больных с кожными заболеваниями представляют трудную задачу. Аффективно-живые и противоречиво-реагирующие пациенты нуждаются в выдержанности врача, готового стойко, не проявляя недовольства и брезгливости, не упрекая пациента за прерывания длительного лечения.

Энурез — это непроизвольное мочеиспускание как во время ночного, так и дневного сна. Ночной энурез представляет собой сложный синдром, включающий в себя непроизвольное мочеиспускание во сне, нарушение процессов сна, изменение двигательной активности днем, нарушения поведения, неадекватное отношение к своему дефекту, терапевтическую резистентность к самопроизвольному излечению.

В развитии нормального мочеиспускания у детей выделяют несколько периодов:

- новорожденные мочатся автоматически;
- между 1-м и 2-м годами жизни появляется чувство наполненного мочевого пузыря;
- к 3-му году развивается способность удерживать мочу в течение короткого времени, когда мочевой пузырь полон или почти полон;
- к 4–5-ти годам дети начинают мочеиспускание при полном мочевом пузыре;
- в 6–6,5 лет ребенок может мочиться при любой степени наполнения мочевого пузыря.

Причины энуреза. Различают первичный и вторичный энурез:

- *первичный* проявляется со дня рождения;
- *вторичный* возникает после некоторого периода, когда ребенок не мочился в постели.

Причина первичного энуреза — задержка развития в сочетании с психосоциальными факторами. Вторичный развивается за счет психосоциальных причин, к которым относят дефекты воспитания, неблагоприятные бытовые условия, воспитание ребенка вне семьи, различные психические травмы.

Психической травмой могут являться:

- контрольная в школе;
- ссора с родителями или друзьями;
- перемены в жизни: первое расставание с родителями, например при поступлении в детский сад, школу, переезд, разлука с близкими людьми (например, в связи с разводом родителей).

Важно, что недержание мочи представляет для ребенка проблему, психически его подавляющую; проблему, которая при неправильном уходе может обостриться. Ребенок страдает и стыдится этого, может скрывать это от родителей. Он боится поехать в лагерь, пойти в поход, опасаясь, что там с ним случится «неприятность» и другие дети будут над ним смеяться. Это замкнутый круг, когда заболевание, ухудшая психическое состояние ребенка, в результате этого все более обостряется. Среди нарушений сна у больных ночным энурезом необходимо выделить нарушения процесса засыпания, глубокий («мертвый») сон, вздрагивания, ночные страхи, сногворения.

Виды энуреза

Если рассматривать ночной энурез как психоневротическую проблему, то можно выделить следующие варианты:

- астеноневротический вариант возникает у эмоционально лабильных, легко астенизируемых детей после психотравмы в период возрастных кризов (3 года, 7 лет);
- истероидный вариант отмечается у грацильных, темпераментных, артистичных девочек;

- реактивный вариант представляет собой форму невротического энуреза, когда случайный эпизод энуреза вызывает у ребенка тяжелую реакцию с фиксацией как на состоянии энуреза, так и на последующих переживаниях.

Энурез при астеническом неврозе и неврозе навязчивых состояний характеризуется следующими клиническими особенностями:

- регистрируется редко, непостоянно и нерегулярно;
- бывает чаще ночью, реже наблюдается днем;
- появляется после «сухого» периода;
- в спокойной обстановке проходит;
- дети переживают его, огорчаются из-за своего состояния;
- сон бывает чаще поверхностным (много сновидений, часто кошмарных).

Генетически обусловленный энурез (патология центральной нервной системы, аномалии мочевыделительной системы, приводящие к энурезу, снижение секреции или активности ночью гипофизарного гормона вазопрессина): при данном виде энуреза у ребенка помимо недержания мочи, также имеет место никтурия (преобладание ночного энуреза над дневным).

Энурез при неврозоподобных состояниях характеризуется следующими клиническими особенностями:

- энурез регулярный, почти каждую ночь;
- эпизоды недержания мочи повторяются до нескольких раз за ночь;
- ребенок не просыпается;
- эпизоды энуреза учащаются при утомлении;
- ребенок «не переживает», не огорчается;
- энурезу сопутствуют такие симптомы, как головная боль, головокружение, утомляемость;
- сон глубокий (ребенок не видит и не помнит снов; будучи мокрым, не просыпается);
- при объективном исследовании часто выявляется нейрогенный мочевой пузырь.

ЛЕКЦИЯ 6. ОСНОВЫ ПСИХОТЕРАПИИ

Учебные и воспитательные цели:

1. Понятие о психотерапии. Ознакомление со значением психотерапевтических навыков в работе врача-непсихиатра.
2. Ознакомление с видами и методами психотерапии.
3. Рациональная психотерапия. Суггестивная психотерапия.
4. Психоаналитические методы. Методы саморегуляции.
5. Групповая психотерапия.

Литература

1. *Кондрашенко, В. Т.* Общая психотерапия / В. Т. Кондрашенко, Д. И. Донской. — Мн.: Выш. шк., 1997.
2. *Фрейд, З.* Психология бессознательного / З. Фрейд; пер. с нем. — М., 1989.
3. *Энрайт Дж.* Гештальт, ведущий к просветлению / Энрайт Дж.; пер с англ. — М., 1988.
4. *Юнг, К.-Г.* Психологические типы / К.-Г. Юнг; пер. с нем. — М., 1991.

Материальное обеспечение

1. Таблицы.
2. Мультимедийная лекция.

Расчет учебного времени

| Перечень учебных вопросов | Кол-во времени, мин. |
|--|----------------------|
| 1. Понятие о психотерапии. Ознакомление со значением психотерапевтических навыков в работе врача-непсихиатра | 5 |
| 2. Методы, способы и виды психотерапии | 10 |
| 3. Суггестивная психотерапия | 25 |
| 4. Рациональная психотерапия, методы саморегуляции | 15 |
| 5. Психоаналитические методы | 20 |
| 6. Телесно-ориентированная терапия. Групповая психотерапия | 15 |
| Всего | 90 |

Психотерапия в настоящее время вызывает всеобщий интерес и это не случайно.

Психотерапия — метод немедикаментозного, словесно-эмоционального воздействия на человека. Это воздействие на его психику, а через нее и на тело.

История развития психотерапии насчитывает немало столетий. Как же упоминалось на предыдущих лекциях, еще Гиппократ говорил о пользе «душевной беседы» в лечение пациента. Многие годы этот метод исполь-

зовался эмпирически, и лишь в конце XIX века он получил научное обоснование благодаря выдающимся неврологам и психиатрам З. Фрейду, Райху, Лоуэну, Ф. Перлзу и др.

Врачи общей практики, не психотерапевты по специализации, мало что знают о психотерапии, хотя каждый день используют ее элементы, не подозревая об этом. Прежде всего, это рациональные методы в виде разъяснения больному истинных причин его заболевания на доступном для его понимания языке. Суггестивная психотерапия в виде использования эффекта «плацебо» и опосредованного лечением внушения призвана активизировать больного в преодолении болезни и увеличивать эффект от принятия препаратов.

Общепринятой классификации *методов* психотерапии в настоящее время не существует. Однако были выделены несколько направлений, согласно которым сгруппированы применяемые в психотерапии *методы* воздействия:

1. Методы, имеющие характер техник.
2. Методы, определяющие условия, которые способствуют достижению и оптимизации целей психотерапии.
3. Методы в значении инструмента, которым мы пользуемся в ходе психотерапевтического процесса.
4. Методы в значении терапевтических интервенций (вмешательств).

Выбор метода, используемого в каждом конкретном случае, зависит от многих причин. К ним относятся состояние пациента и заявляемая им проблема, особенности личности, уровень подготовки и терапевтической ориентации психотерапевта. Нет одного наиболее удачного метода, показанного к использованию у всех больных, как нет и единой таблетки для лечения всех болезней.

Необходимы суггестивные методы при ИЛЛ для уменьшения сенбиоспазма.

В настоящее время все психотерапевтические методы принято условно делить на две большие неравные группы, подразделяя их по принципу скорости наступления эффекта и его длительности. Выделяют *виды*:

1. Синдром-ориентированные техники:

- 1.1. Рационально-эмотивная психотерапия.
- 1.2. Когнитивная психотерапия.
- 1.3. Бихевиоральная психотерапия.
- 1.4. Суггестивные методы:
 - 1.4.1. Директивные методы.
 - 1.4.2. Не директивные методы.
- 1.5. Нейро-лингвистическое программирование.
- 1.6. Методы ауторегуляции.
- 1.7. Телестно-ориентированная психотерапия.
- 1.8. Эмоционально-стрессовая психотерапия.

2. Личностно-ориентированные техники:

2.1. Психоанализ.

2.2. Гештальт-терапия.

2.3. Психодинамическая психотерапия.

2.4. Экзистенциальная психотерапия.

2.5. Гуманистическая психотерапия.

Выделяют следующие виды направлений психотерапии (пт):

1. **Рационально-эмотивная психотерапия.** Автором этого направления ПТ считаются Эллис и МакМилл. Именно мысли определяют наши чувства и поведение.

Основная цель РЭТ состоит в переводе ложного, но значимого для пациента суждения, названного иррациональным, в рациональное или истинное.

Эллис выделил три ведущих аспекта функционирования человека:

- мысли (когниции);
- чувства;
- поведение;

Эллис выделял также два типа когниций:

• дескриптивные или истинные, которые содержат информацию о реальности в том виде, в котором человек ее воспринял, т.е. это информация в чистом виде;

• оценочные, которые связаны с первыми более или менее жесткими оценочными связями.

С точки зрения РЭТ не сами объективные события вызывают у человека позитивные или негативные эмоции, а их оценка. ***Мы чувствуем то, что думаем.***

Для большинства пациентов основной проблемой, с которой мы должны помочь им справиться, является их склонность к сверхзапросам и сверхтребованиям. Человек, который имеет проблемы в эмоциональной сфере, согласно РЭТ, всегда чего-то требует от окружающих. ***Этих требований четыре:***

1. Чтобы все, что он ни делал, считали хорошим, и чтобы все, что он ни пожелал, удавалось достигнуть.

2. Чтобы его любили те люди, от которых он желает получить любовь.

3. Чтобы другие обращались с ним хорошо, честно и по-доброму, независимо от собственного отношения.

4. Чтобы мир был удобен для жизни и не причинял никаких огорчений.

При невыполнении этих условий такой человек склонен к сверхдраматизации неудач.

Эллис выделил 4 группы иррациональных установок:

1. Катастрофические.

2. Установки обязательного долженствования.

3. Установки обязательной реализации своих потребностей.
4. Глобальные оценочные установки.

Фактический невротик — это большой ребенок, который мог бы вырасти, но не хочет.

Задача: Работа психотерапевта сводится в такой ситуации к выявлению жестких связей между дескриптивными и оценочными когнициями типа предписаний, требования, обязательно приказа, не имеющего исключений, носящих абсолютный характер, называемыми иррациональными, конфронтации с ними, пересмотру и закреплению новых рациональных (гибких) установок.

Основное достоинство РЭТ: пациент сам активно участвует в процессе терапии.

Основной недостаток — эффект наступает не так быстро, как хотелось бы.

Метод показан пациентам, склонным к самонаблюдению и самоанализу.

Показания:

1. Депрессивные расстройства.
2. Тревожные расстройства.
3. Расстройства пищевого поведения.
4. Посттравматические стрессовые расстройства.
5. Семейные дисфункции.
6. Ипохондрические расстройства.
7. Зависимые формы поведения.
8. Невроз навязчивых состояний.
9. Психопатии астенического круга.

От врача РЭТ требуется наличие логического мышления, умение излагать свои мысли и делать это умело, тактично, но настойчиво, подмечая и исправляя неточности в рассуждении больного о своем заболевании.

2. Суггестивная. Название метода произошло от латинского *suggestion* — внушение. Суггестивная ПТ объединяет группу методов воздействия, в основе которых лежит применение внушения в терапевтических целях.

Внушение — механизм психологического воздействия, основанный на апелляции к бессознательному, к эмоциям вербальными, словесными средствами. Вербальное сообщение, несущее внушение, должно быть авторитетным, сжатым по выражению и нести выраженный экспрессивный компонент. Велика роль интонаций.

Внушение бывает нескольких видов:

1. Прямое внушение («Спать!») используется в классическом гипнозе и при работе с истероидными пациентами. Возможно в условиях безусловного доверия пациента доктору.

2. Опосредованное («Я сделаю вам инъекцию и сразу станет легче») используется чаще всего в медицине для «плацебо» эффекта и усиления действия медикаментов и физиотерапевтических процедур за счет ожиданий пациента.

3. Косвенное («Вы просто лежите и расслабляйтесь, лечение уже началось»). Является тонкой наукой манипуляции сознанием, направлено на поступление информации «в обход» сознания и использование бытовых или индуцированных трансов (легких изменений состояния сознания). Например, транс.

Успешность внушения зависит от внушаемости слушателя: степени его податливости, способности к некритическому восприятию информации. Она различна у разных людей: выше у людей со слабым типом нервной системы, с резкими колебаниями внимания и настроения, больше у экстравертов, чем у интровертов, выше у людей доверчивых, тревожных, податливых, стремящихся работать по образцу, ниже у людей с быстрым темпом психических процессов, спокойных, упрямых, скептически настроенных, самостоятельных. Внушаемость выше у людей, ориентированных на первую сигнальную систему, у детей.

Гипноз как форма использования внушения бывает директивным, основанным на прямом внушении, и недирективным (эриксоновский гипноз), основанным на косвенном внушении. Выделяют суггестивную ПТ в состоянии бодрствования, в состоянии гипноза, в состоянии медикаментозного сна.

Эриксоновский гипноз — новое направление, возникшее в 80-е годы прошлого века и получившее свое название по имени автора методики — Милтона Эриксона. Согласно этому направлению, больной получает установки в состоянии легкого бытового транса или в бодрствующем состоянии.

3. Нейро-лингвистическое направление (НЛП).

Современное направление практической психологии. Появилось оно в 70-е годы прошлого века в США. Основателями НЛП считаются Джон Гриндер, Ричард Бендлер и др. Согласно «Психотерапевтической энциклопедии», эта модель является «междисциплинарной интегративной концепцией необихевиористской ориентации» и базируется на следующих источниках:

- терапевтической практике М. Эриксона, В. Сатир, Ф. Перлза и ряда других американских психотерапевтов;
- открытиях в области функциональной асимметрии мозга;
- философско-антропологических работах Г. Бейтсона, посвященных «экологии разума»;
- трансформационной грамматике Н. Хомского, выделяющей глубинные структуры языка, правила организации и трансформации сообщения;
- достижениях кибернетики 1950–1960-х гг., «стирающих» границы между естественным и искусственным интеллектом;
- теории логических типов Б. Рассела.

НЛП предполагает, что поскольку люди непосредственно не взаимодействуют с окружающим миром (опосредуя это взаимодействие через нейрофизиологические, индивидуальные и социокультурные фильтры), они вынуждены создавать модели мира или «карты», которые используют для управления своим поведением. Именно благодаря таким «картам» человек способен осмысливать свой опыт, помещая его в определенный кон-

текст. Исходя из этого, НЛП рассматривает любое человеческое поведение (даже патологическое) сквозь призму выборов, которые предоставляет человеку его «карта». Так, маленький ребенок воспринимает книгу как твердый предмет определенного цвета, теплый и гладкий на ощупь со своеобразным запахом, назначение которого ему пока не известно. Это определяет возможность пробного поведения в виде различных экспериментов с ней. В то же время взрослый человек в первую очередь воспринимает книгу как книгу и использует ее по прямому назначению, поскольку таковой она записана с помощью предыдущего опыта в его модель мира.

Отсюда вытекают основные критерии оценки поведения — его адаптивность, многообразие, гибкость и эффективность в достижении поставленных целей. Каждый человек всегда делает лучший выбор, доступный ему в рамках собственной «карты» мира.

Все внутри- и межличностные конфликты имеют в своей основе ту или иную ограниченность «карты» мира. НЛП считает, что возможностей выбора недостает не миру, а модели мира, которая есть у индивида.

Согласно НЛП ограничения карты мира могут возникнуть вследствие трех универсальных моделирующих процессов, которые в норме служат адаптивным целям:

- обобщения (генерализации);
- исключения (стирания);
- искажения.

При патологии с помощью этих инструментов человек начинает воспринимать субъективную реальность как единственно-существующую истинную и не способную гибко реагировать на возникающие изменения.

Для практического использования в медицине важно восстановить карту мира, используемую пациентом. Это позволит наладить более тесный контакт с ним и поможет более продуктивному общению. Для этого создатели НЛП предложили термин метамодель — набор лингвистических операторов, которыми человек пользуется в речи, т.е. способ подачи информации.

Для правильного понимания метамодели большое значение придается ведущей репрезентативной системе или преимущественному каналу получения информации о мире пациентом. Примерно также он отражает и свой внутренний мир. Выделяют:

1. Визуальную (зрительную) — 70%.
2. Аудиальную (слуховую) — 20%.
3. Кинестетическую (телесных ощущений) — 10%.
4. Обонятельно-вкусовую.

Определение ведущей репрезентативной системы возможно с помощью предикатов речи и глазодвигательных паттернов. Это нистагмоидные движения глазных яблок, сформировавшиеся в результате сложных анатомо-физиологических процессов.

При установлении ведущей репрезентативной системы терапевт подстраивается под пациента с помощью употребления в речи соответствующих слов, дыхания. Этот принцип мы используем при контакте с пациентом.

Каждая модальность имеет субмодальности. Например:

Визуальные субмодальности:

- яркость;
- контрастность;
- резкость;
- размер;
- расстояние от субъекта до изображения;
- наличие или отсутствие рамки;
- цветной или черно-белый характер изображения;
- наличие или отсутствие глубины (двух- или трехмерный характер изображения);
- местоположение (слева или справа, сверху или внизу);
- наличие или отсутствие движения (фильм или фотография, картинка);
- при наличии движения — его скорость (быстрее или медленнее обычной скорости);
- количество (отдельная сцена или множество образов).

Изменение субмодальностей влияет не только на восприятие, но и приводит к изменению мышления и поведения человека. Так, например, увеличение такой субмодальности, как яркость воспринимаемого зрительного образа, усиливает интенсивность ощущений, а уменьшение яркости — наоборот. С увеличением картины ощущения обостряются, а как только она уменьшается, ощущения становятся более тусклыми. Меняя субмодальности, терапевт может эффективно воздействовать на проблему пациента.

Одним из наиболее ярких примеров такого воздействия является избавление пациента от курения за один сеанс.

При достижении хорошо сформулированного результата, используется техника **«якоря»**. **«Якорем»** называется пусковой стимул (триггер), по ассоциации запускающий искомое эмоциональное переживание из прошлого (наподобие лампочки в лаборатории И. П. Павлова, стимулировавшей слюноотделение у подопытной собаки). Подобные «якоря» настолько распространены в жизни каждого человека, что мы их практически не замечаем, хотя часто неосознанно ими пользуемся (например, сигналы светофора, звонок будильника, интимные запахи, особые прикосновения и т. п.). «Якоря» участвуют в формировании как полезных, так и вредных привычек, что активно используется специалистами по рекламе.

«Якоря» возникают двумя способами.

1. Во-первых, это происходит путем простого и длительного повторения. Повторение требуется только тогда, когда нет эмоциональной вовле-

ченности. Чем менее эмоционально вовлечен человек, тем больше повторений ему необходимо, чтобы закрепить ассоциацию.

2. Во-вторых, они появляются на пике интенсивного эмоционального переживания (например, в результате провала важного экзамена, когда впоследствии сам вид преподавателя или экзаменационных билетов провоцирует приступы паники, а в исключительных случаях — фобии).

4. Аутотренинг

Метод психотерапии, психопрофилактики и психогигиены, направленный на восстановление динамического равновесия системы гомеостаза. Впервые была предложена Шульцем в 1932 г. Основными элементами методики являются тренировка мышечной релаксации, самовнушение и самовоспитание.

Лечебное действие развивается в результате трофической реакции, характеризующейся стимуляцией парасимпатического отдела вегетативной нервной системы, что связано с ослаблением влияния лимбического отдела нервной системы и гипоталамической области, способствующей нейтрализации стрессового состояния и снижению тревожности.

Выделяют две *ступени* АТ:

- *низшая* — обучение релаксации с помощью упражнений, направленных на вызывание ощущения тяжести, тепла, замедления ритма сердечной деятельности. Нервно-мышечная релаксация основана на тех наблюдениях, что человек расслабленный спокоен, и мышцы после статического напряжения расслабляются легче и глубже. Она содержит ряд упражнений, направленных на последовательное напряжение и расслабление различных групп мышц с фиксацией внимания на них и запоминанием соответствующих ощущений. Вырабатывается навык сознательной и достаточно быстрой релаксации, что может служить основой для применения других, более специализированных методов психотерапии или применяться самостоятельно.

- *высшая* — аутогенная медитация — создание трансовых состояний различного уровня. Медитация — метод, основанный на стремлении к достижению состояния отсутствия мыслительной деятельности, освобождения от мыслей. Для этого используются как пассивные методы (специальная расслабляющая музыка, покой), так и активные, динамические (монотонные упражнения, бег трусцой, специальные занятия). Выделяют медитации на мантрах, чакрах и др. Иногда в овладении техниками помогает специальное изучение восточной философии. Эти методы больше подходят для людей с правополушарными преобладаниями, образным мышлением.

Методика наиболее эффективна при лечении:

- невротоз;
- функциональных расстройств;
- психосоматических заболеваний;
- применяется как метод гигиены.

Самогипноз дает большие возможности по самостоятельному контролю над болью и другими неприятными ощущениями, однако обучение его требует высокой мотивации со стороны пациента. Формируются формулы самовнушения, которые используются в состоянии транса (аутотранса).

5. Бихевиоральная психотерапия

Отрасль, которая рассматривает поведение как сумму ответов на стимулы окружающей действительности. Согласно ей симптом и есть болезнь, поэтому, прежде всего, необходимо лечить симптом. Чаще всего применяется при реакциях избегания и различных фобиях, например, избегание улицы сердечниками.

Существует несколько методик БП. Мы рассмотрим самую простую.

Для преодоления избегания необходимо использовать систему оперантного обуславливания: положительного и отрицательного подкрепления. Так, для преодоления страха езды в лифте пациент помещается в дискриминационный стимул (т.е. в лифт), в начале с психотерапевтом, затем — с посторонними лицами, затем — один.

6. Телесно-ориентированная психотерапия основана на эмпирических психосоматических концепциях (Вильгельм Райх, Александр Лоуэн и др.). Родоначальником ее явился В. Райх, один из последователей З. Фрейда. На определенном этапе своей деятельности Райх заметил, что прикосновение к телу облегчает процесс психоанализа за счет мышечного расслабления. Исходя из этого В. Райх выдвинул концепцию «мышечного панциря», связав постоянные мышечные напряжения с формированием характерологических особенностей в процессе онтогенеза, а также с любыми неотреагированными эмоциями. Были выделены семь уровней мышечного напряжения или *блоков*. При возникновении блока на каждом уровне возможно формирование соматических стаданий.

1. Уровень глаз — черные круги.
2. Уровень рта — тризм.
3. Уровень гортани (голосовые связки) — афония, ларингит.
4. Уровень шеи — ангины.
5. Плечевой пояс — головные и шейные боли.
6. Диафрагма и живот — колиты, гастриты, ЯБЖ.
7. Паховая область — нарушение половой функции.

Например, страх ответственности и чрезмерное переживание ситуаций, с ней связанных, вызывает напряжение мышц надплечий и шеи, наличие сексуальных комплексов и блокированная сексуальность вызывает напряжение мышц бедер и живота и т. д.

Телесно-ориентированная терапия предполагает повышение чувствительности человека к своим ощущениям и симптомам, снятие мышечных блоков и зажимов в процессе специальных психо-физических упражнений.

На стыке телесно-ориентированной терапии и психотерапии, основанной на дыхательных техниках, находится метод холотропной терапии. Основанный С. Гроффом, он имеет своей целью как «проживание» и снятие мышечных блоков, так и работу с эмоциональными проблемами, и имеющими свои корни в детстве, а также может использоваться для глубокого самоисследования и лечения психосоматических заболеваний.

4. Психоанализ и аналитически ориентированные методы:

- фрейдистское направление (классический психоанализ);
- неопрейдистские методы.

Период формирования психоанализа (1880–1896 гг.) связан с завершением Фрейдом обучения на медицинском факультете Венского университета, работой в физиологической лаборатории, стажировкой в клиниках Ж.-М. Шарко и И. Бернгейма, дружбой с Й. Брейером и В. Флиссом, а также ранними работами в области гистологии, анатомии и неврологии.

Фрейд впервые обратил внимание на психологический генезис истерического невроза, который до этого считался симулятивным поведением и предложил эффективный способ коррекции личности для избавления от страданий.

Метод основан на изучении бессознательного пациента, куда человек *вытесняет* все неудобные и неприятные жизненные моменты. Фрейд полагал, что бессознательное очень эмоционально заряжено и его влияние на общий статус человека во многом определяет его поведение в мире.

Фрейд считал, что формой исследования бессознательного проведения является беседа, в процессе которой происходит «продукция материала» (свободные ассоциации пациента), анализ переноса и сопротивления пациента (феномены, открытые З. Фрейдом, подробнее изучаются психиатрами и психотерапевтами). Большое значение придавалось им толкованию снов как наиболее чистой продукции бессознательного. Одним из самых эффективных методов считалось гипнотическое погружение человека в прошлое, поиск психотравмирующей ситуации и отработка ее.

При исследовании снов Фрейд выделил *метапсихологические* подходы к функционированию психики:

- *динамический подход*, рассматривающий психику как местонахождение взаимодействующих или противоборствующих сил;
- *топографический* (систематический) подход, рассматривающий психику как нечто, состоящее из различных систем с разными функциями и характеристиками;
- *экономический* подход, который пытается проследить чередование различных возбуждений и прийти к сравнительной оценке их значимости.

По Фрейду основная идея неврозов — вытеснение в бессознательное раннего детского опыта. Чтобы ликвидировать невроз, необходимо пережить психотравмирующую ситуацию, чтобы осознать свои способы поведения и реагирования и попробовать нечто новое, что и возможно в настоящий момент времени. В психоанализе основное понятие — это *инстинкт* — либидо.

В процессе работы с пациентом формируется ряд реакций, о которых необходимо помнить.

Соппротивление — понятие психоанализа, обозначающее бессознательное стремление сохранить симптом или его часть в процессе лечения. Предполагается, что любой симптом не случаен и на определенном этапе личной истории человека выполняет конструктивную функцию (приступ мигрени снимает ответственность и дает возможность не работать долго, гипертонический криз позволяет влиять на родственников: «Посмотрите, до чего вы меня довели!» и т.д.) Работа с сопротивлением стабилизирует эффект от лечения, хотя представляет сложный процесс и требует профессионализма.

Под *переносом* понимают эмоциональное отношение к доктору (как положительное, так и отрицательное), связанное большей частью с отношением пациента к авторитетам вообще, и к родителями в частности. Положительный перенос (желание угодить врачу, делать подарки, идеализация его способностей) часто играет важную роль в лечении и даже эксплуатируется (вызывается, поддерживается).

Однако при длительном лечении хронического заболевания, особенно при отсутствии желаемого сиюминутного эффекта может возникнуть и *отрицательный перенос*, когда пациент пренебрегает мнением доктора, угрожает, унижает его знания и опыт. Важно понимать, что достаточно редко эти эмоции действительно относятся к доктору, чаще являются индивидуальным способом реакции на трудности и стрессы и отражают личностные особенности пациента.

Контрперенос — эмоциональные реакции врача по поводу пациентов. Обращать внимание на них и понимать важно для сохранения самообладания в эмоционально сложных ситуациях.

Финалом психоанализа должно стать формирование новых, более эффективных способов отношения к людям и проблемам.

7. Гештальт-психотерапия. Метод создан американским психологом Фредериком Перлзом под влиянием идей гештальт-психологии, психоанализа, экзистенциализма и дзэн-буддизм. При этом необходимо отметить, что строгой философской гештальт-терапевтической концепции просто не существует.

«Я это Я, а ты это ты. Я делаю свое, а ты делаешь свое. Я живу в этом мире не для того, чтобы соответствовать твоим ожиданиям, а ты живешь в этом мире не для того, чтобы соответствовать моим. Я есть Я, а Ты есть Ты. И если нам случится найти друг друга — это прекрасно. Если нет, этому нельзя помочь».

Цель гештальт-терапии заключается в том, чтобы помочь человеку обрести самого себя, стать *аутентичным*, т.е. развить у пациента готовность принимать решение и делать выбор, руководствуясь способностью к

саморегуляции. Стремление к индивидуальности, целостности, к собственной неповторимости, уникальности личности составляет главную особенность гештальт-терапии, отличающую ее от других психотерапевтических направлений. Человек берет свою судьбу в собственные руки.

Гештальт-терапия дает клиенту возможность уйти от социально-нормированных и социально-контролируемых чувств к подлинным, отказаться от стереотипов и клише, открыться новому опыту. Основная задача гештальт-терапевта состоит в том, чтобы «выбить» клиента из привычной жизненной позиции, которая позволяет ему спрятаться от реальности, помочь ему увидеть все многообразие жизненных выборов и стать свободным и ответственным за свою жизнь.

Согласно психологии гештальта человек имеет целостное восприятие окружающего мира, при этом различая в нем фигуру и фон. Фигура — это самое главное, что необходимо в настоящий момент времени, фон — все остальное. Для сохранения динамического равновесия необходимо удовлетворить потребность, после чего из фона может быть выделена новая фигура. Заслуга Перлза в том, что он перенес закономерности образования фигуры из сферы восприятия в область мотивации человеческого поведения. По Перлзу инстинктов столько, сколько потребностей. Это ключевое слово в ГП — его синономом является фигура. Например, для матери грудного ребенка весь смысл существования связан с уходом за ним, а другие потребности — в отдыхе, профессиональном росте, общении с друзьями и т. п. — уходят в фон. Возникновение и удовлетворение потребностей он рассматривал как ритм формирования и завершения гештальтов. Так, после того как мать решила все проблемы с ребенком (накормила, постирала, уложила спать), возникает другая потребность, другая фигура — например, общение с мужем.

Каждая потребность стремится к своему удовлетворению-завершению, и если этого не происходит, нарушается весь процесс образования новых потребностей, так как неудовлетворенная потребность или незавершенный гештальт забирает энергию у организма, снова и снова пытаясь быть завершенным. Так, ребенок, недополучивший признания и похвалы от родителей, в своей взрослой жизни будет компульсивно совершать действия, направленные на получение признания (участвовать в конкурсах, добиваться высокого социального статуса и т. п.). При этом все другие потребности, например в теплых отношениях с людьми, творческом самоопределении, будут блокированы, так как неудовлетворенная потребность будет забирать всю энергию человека.

Основной акцент гештальт-терапевтического процесса смещен на диалог клиента и терапевта, на происходящее «здесь и сейчас». Соглашаясь с психоаналитическими представлениями о том, что корни проблем пациента находятся в прошлом, в его детстве, основатель гештальт-

терапии не считал необходимой интеллектуальную реконструкцию детской проблемы. Эта проблема живет в настоящем клиента, поэтому доступ к ней может произойти «здесь и сейчас». Например, если клиентка сообщает о том, что в детстве у нее были сложные отношения с бабушкой, которая чрезмерно ограничивала ее свободу, то одним из вариантов работы будет обсуждение этих отношений, рассмотрение биографического материала и т. п., другой же путь, основанный на принципе «здесь и сейчас» и принятый в гештальттерапии, — опереться на то, как эта проблема сказывается на состоянии клиентки в данный момент и проявляется в ее отношениях с терапевтом. Важно не то, что когда-то произошло, а то, как те или иные прошлые переживания сказываются в данный момент. Отказываясь от собственных чувств, подчиняясь общественным требованиям, мы нарушаем контакт с внешним миром.

Существует метафора, описывающая основные ГТ представления, — *метафора капкана*. Подобно тому, как свободное дикое животное попадает в капкан, поставленный охотниками, человек попадает под запреты и ограничения со стороны общества. Чтобы освободиться из капкана, животное отгрызает себе лапу, а человек отказывается от тех чувств и эмоций, от тех частей собственной личности, которые не приемлются социумом: гнева, любви, секса, радости и т. п. И так же как животное, лишённое лапы, становится израненным и покалеченным, так и человек, потерявший часть личности, становится ограниченным в своих проявлениях и не может жить полной жизнью, быть самим собой.

В ГТ различают 5 механизмов нарушения процесса саморегуляции или невротических механизмов сопротивления:

- *интроекция* — усвоение чуждых чувств, взглядов, убеждений, вступающая в противоречие с собственным опытом и убеждениями;
- *проекция* — человек отчуждает присущие ему качества. Возникающие при этом дыры заполняются интроекциями;
- *ретрофлексия* — «поворот на себя» — удовлетворение потребностей блокируется социальной средой. При этом энергия, предназначенная для реализации фигуры, направляется на себя, вызывая агрессию;
- *дефлексии* — уклонение от реального контакта.
- *конфлуенция* — «слияние» — стирание границ между «Я» и окружением. Такие люди с трудом отличают свои мысли от чужих. Узнать такого человека можно по часто используемому местоимению «мы». «Мы» — это бегство от ответственности, от необходимости принятия собственных решений.

Особенность гештальт-терапии состоит еще и в том, что ответственность за результаты терапии лежит не только на терапевте, отвечающем за компетентность и профессионализм выполняемой работы, но и на самом клиенте. Как уже было отмечено, принятие ответственности за свою жизнь, за собственный выбор служит ключевым моментом становления

личности в гештальт-терапии. Эта идея была заимствована из экзистенциальной философии, провозгласившей самоопределение и осознание одиночества единственным способом бытия в мире. На социальном уровне человек может быть вместе с другими людьми — иметь друзей, семью, родных, но на экзистенциальном уровне, перед лицом смерти и бессмысленности он обречен на одиночество, принятие которого является важной задачей, решаемой каждым из нас.

8. Экзистенциально-гуманистическое направление. Экзистенция — появление, становление. *«Сегодня первый день из оставшихся».*

К нему относятся экзистенциальную ПТ, логотерапию, клиент-центрированную терапию Роджерса, биоэнергетический анализ Лоуэна и др.

ЭТ — это динамический терапевтический подход, фокусирующийся на базисных проблемах индивидуума. Отличительный тезис ЭТ — «какие силы, а также мотивы и страхи находятся в конфликте? Каково содержание борьбы?».

Согласно экзистенцианослистам акцент делается на базисные конфликты индивида и конечностными данностями:

1. Проблема жизни и смерти.
2. Проблема детерминизма, свободы и ответственности.
3. Проблема смысла и его утраты.
4. Проблема общения и одиночества.

Осознанные или не осознанные страхи, связанные с этими данностями, порождают конфликт.

Базовые вопросы ЭГТ:

1. Насколько мы можем видеть своего пациента таким, какой он есть?
2. Насколько мы уверены, что видим человека в его реальном мире?

Это основа феноменологического подхода, которую сейчас используют с позиций «био-психо-социальной» картины болезни.

Особенности ЭГТ:

1. Человек — целостное существо, которое превосходит сумму своих частей.
2. Человеческое бытие разворачивается в сумме человеческих взаимоотношений.
3. Человек — многоуровневое самосознание.
4. Человек имеет выбор.
5. Человек интенционален, т.е. устремлен в будущее. Проблемы не в прошлом, а в будущем.

8. Групповая психотерапия — метод, специфика которого заключается в использовании групповой динамики, т.е. всей совокупности взаимоотношений и взаимодействий, возникших между участниками группы, включая и группового психотерапевта в лечебных целях.

Как отдельная форма работы эффективна часто более, чем индивидуальная. По задачам, которые перед ней ставятся, выделяют:

- тренинг навыков (общения, руководства, конфликтов);
- личностно-ориентированные тренинги;
- группы встреч (анонимные алкоголики и др.).

Лечебное действие основано на развитии различных навыков. Лечебные факторы при личностно-ориентированном тренинге следующие:

- вселение надежды на выздоровление;
- осознание универсальности переживаний («Не я один страдаю от таких проблем»);
- снабжение информацией о возможных способах отношения к проблеме (болезни) и ее преодолении;
- возможность «прожить» эмоции и осознать важность эмоциональных переживаний.

ЛЕКЦИЯ 7. ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕКСОЛОГИИ

Учебные и воспитательные цели:

1. Ознакомление с понятием медицинской нормы в сексуальной жизни.
2. Ознакомление с факторами, влияющими на сексуальность (психо-сексуальное развитие, половая конституция, возрастные и личностные особенности).
3. Рассмотреть основные виды и причины психолого-социальных дисгамий.

Литература

1. Справочник по сексопатологии / под рук. Г. С. Васильченко. — М., Медицина, 1988.
2. Кон, И. С. Введение в сексологию / И. С. Кон. — М.: Медицина, 1989.

Материальное обеспечение

1. Таблицы
2. Мультимедийная лекция

Расчет учебного времени

| Перечень учебных вопросов | Кол-во времени, мин. |
|--|----------------------|
| 1. Понятие нормы в сексуальной жизни | 10 |
| 2. Понятие психо-сексуального развития и его влияние на адаптацию в паре | 20 |
| 3. Понятие половой конституции | 20 |
| 4. Влияние личностных и возрастных особенностей | 15 |
| 5. Виды и психологические причины дисгамий | 25 |
| Всего | 90 |

Знание норм и основных закономерностей половой жизни является важной частью знаний медицинского работника. Важно не только иметь знания, но и уметь спокойно, корректно говорить об интимных сторонах жизни пациента, если это необходимо для диагностики и лечения. Актуальным представляется также избавление от ряда комплексов и предубеждений у самих врачей, т. к. это оказывает влияние на их отношения с пациентами.

Половая жизнь человека имеет две основные функции:

1. Сексуальное обеспечение продолжения рода, т. н. прокриационный аспект; проблемами, связанными с этим аспектом, занимаются гинекологи, урологи, андрологи.

2. Сексуальное взаимодействие как наиболее доступный и физиологичный способ получения чувственного удовлетворения, достижения внутреннего комфорта, т. н. рекриационный аспект; это та приманка, которую природа придумала для того, чтобы человек не ленился размножаться.

Этим аспектом занимаются, в основном, сексологи.
Основные формы проявления половой жизни человека.

ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫЕ ФОРМЫ:

1. Платоническая любовь.
2. Танцы.
3. Гейшизм.

ГЕНИТАЛЬНЫЕ ФОРМЫ.

I. Суррогатные (заместительные) формы половой активности.

1. Поллюции.
2. Мастурбация.
3. Петтинг.

II. Суррогатные формы коитуса.

1. Вестибулярный коитус.
2. Coitus intra femora.

3. Нарвасадата (коитус между молочными железами), подмышечный коитус.

4. Анальный коитус, в том числе:

- гетеросексуальный;
- гомосексуальный.

III. Нормальный гетеросексуальный коитус.

IV. Орогенитальные (лабиогенитальные) контакты (фелляция, кунилингус).

V. Сексуальные действия с животными.

Основные проявления нормальной сексуальности

Общие нейрофизиологические закономерности копулятивного цикла: непрерывное возрастание уровня возбуждения и вовлечение новых структурных единиц вплоть до наступления оргазма.

Комплекс отличий в морфологии, физиологии, психологии, социальных ролях мужчин и женщин объединяется понятием **психосексуального диморфизма**. Принцип встречной ориентации, обусловленный необходимостью диаметральных взаимодополняющих различий, обозначают как **принцип комплементарности, или дополнительности**.

Основные особенности женской сексуальности в отличие от мужской:

- большинство сексуальных расстройств не препятствуют интимной жизни женщины;

- женская сексуальность отличается большей психологичностью, большой индивидуальной гаммой оттенков и переживаний;

- в динамике становления полового сознания у женщин отмечается тенденция к «застреванию» в эротической фазе;

- если у юношей в норме переживание оргазма всегда связано с периодом полового созревания, то у девушек возникновение оргазма оказывается смещенным чаще на периоды, следующие за началом регулярной половой жизни;

- эрогенные зоны мужчины локализованы в области половых органов, у женщин экстрагенитальные зоны играют значительно большую роль, иногда доминирующую;

- ведущую роль в формировании полового поведения женщины играет не сексуальное либидо, т. е. стремление к половому акту (как обычно у мужчин), а эротическое, тесно связанное с оценкой личностных качеств партнера;

- сексуальное удовлетворение у женщин менее тесно связано с оргазмом, чем у мужчин; в условиях гармоничной сексуальной жизни пары часть половых актов завершается без оргазма и без признаков фрустрации и эмоциональной неудовлетворенности;

- мужской копулятивный цикл завершается фазой рефрактерности, необходимой для накопления зрелых сперматозоидов в эякуляте. Женская сексуальность обеспечивает возможность непрерывной серии копулятивных циклов как реципиента спермы для максимального использования копулятивного цикла.

Основными составляющими мужского копулятивного цикла являются: либидо, эрекция, эякуляция, оргазм; у женщин — либидо, эрогенная реактивность, lubricация, оргазм.

Нормы в сексологии:

1. Два разнополых человека (спорным остается вопрос о том, чтобы считать нормой однополый секс, хотя в МКБ-10 гомосексуализм как патология не включен).

2. Физическая и психическая зрелость партнеров (исключается секс с подростками, детьми, невменяемыми больными).

3. Взаимное согласие.

4. Стремление к обоюдному удовольствию.

5. Отсутствие ущерба собственному здоровью.

6. Отсутствие ущерба окружающим людям и обществу в целом.

В отличие от нормы статистической («У большинства это так») или моральной («Это не принято, осуждается и не положено») данное понятие нормы достаточно демократично, выступает как правила дорожного движения (как и на чем я еду — не важно, лишь бы без аварий). Моральная оценка еще возможна на этапе знакомства (скорость сближения, особенности взаимоотношений), но когда двое остаются наедине, то, что они делают — касается только их.

Факторы, влияющие на формирование индивидуальной нормы:

А. Особенности психо-сексуального развития:

1. Возраст до 4 лет — период осознания пола, аутоидентификация своей принадлежности к «мальчикам, дядям» или «девочкам, тетям»; при нарушении формирования в этот период, особенно в сочетании с врожденными особенностями — грубые перверзии по типу гомосексуализма.

2. 9–12 лет — формирование поло-ролевых установок, мужчины — сильные, волевые и лидирующие, женщины — слабые и подчиненные или наоборот.

3. 15–26 лет — этап психо-сексуальных установок включает в себя стадии:

- **платоническая** — идеализация партнера и своих чувств (никто не любил еще так, как я), рыцарство, мечтания о предмете поклонения; период начала пубертата, активация гормональной сферы, онтогенетическое значение в приобщении физических влечений к сфере высоких чувств, когда мечтания приобретают эротическую окраску, появляется желание быть наедине, происходит переход к следующей стадии;

- **эротическая стадия** — период активного ухаживания, стремления к прикосновениям, ласкам, прогулки при луне с поцелуями, ласками; выраженная фрустрация может способствовать оптимальному переходу к следующему этапу, если происходит частичное удовлетворение — может возникать тенденция к «зависанию». Достаточно часто встречается у девушек, особенно при эмоциональной недостаточности, «недоласканности», холодности в семье (мама не гладит, не говорит нежных слов). Переласкать девочек нельзя, а мальчиков — можно, если он чрезмерно ласков, нежен, возможна задержка на этом этапе; период активного формирования гормонального обеспечения сексуальной активности;

- **сексуальная стадия** — возникает стремление к половому акту, способность получать сексуальное удовлетворение, формирование стереотипов.

Важную роль в формировании зрелой сексуальности отводят (с точки зрения психоаналитической концепции) комплексам, которые неизбежно возникают у ребенка в процессе взросления. От успешности их преодоления во многом зависит направленность полового влечения, особенности выбора партнера и успешность адаптации в паре. *К ним относят:*

- комплекс зависти к половому члену (у девочек, 2–4 года). Предполагается, что, узнав об анатомическом отличии в строении половых органов у мальчиков и девочек, последние начинают воспринимать себя как «переделанных» мальчиков. Психоанализ утверждает, что именно фиксация на этом детском комплексе порождает феминизм и стремление женщин реализовываться мужскими способами (карьера, силовые виды спорта, руководство). Словно всю жизнь они доказывают, что женщины не хуже, а лучше мужчин;

- комплекс страха кастрации (у мальчиков, 2–4 года) возникает вместе с чувством вины (часто сознательно развиваемом родителями) за раннюю (и естественную) детскую мастурбацию. Во взрослой жизни это может приводить к чрезмерной фиксации на сексе, озабоченности сексуальными «победами и поражениями», тревожному ожиданию неудачи в сексе и др.;

- комплекс Электры у девочек проявляется влюбленностью в отца (или человека, который его заменяет), который становится первым (условным, суррогатным) партнером. Девочка бессознательно кокетничает с ним,

стремиться проводить с ним больше времени. На этом этапе опасны инцесты между падчерицей и отчимом, т. к. бессознательное заигрывание девушки-подростка может восприниматься незрелым мужчиной как призыв к сексу, хотя таковым ни в коем случае не является. Если отец не был тактичен и нежен (а груб и провокационен), во взрослой жизни это может привести к тому, что женщина выбирает себе в партнеры мужчин намного старше себя и строит отношения «папа и дочка»;

- Эдипов комплекс у мальчиков формируется как детская любовь к матери и ревность к отцу. Мальчик борется за внимание мамы, психологическое и реальное (предпочитает спать с мамой, особенно когда папы нет дома и т. д.). Если мама терпелива и внимательна, этот период проходит, наступает здоровое отчуждение и подросток переключает эротические интересы на ровесниц. В противном случае, если зависимость (прежде всего психологическая) сохраняется, это сильно влияет на судьбу мужчины. Он может выбирать себе партнерш намного старше («материнского типа») или оставаться жить с мамой, объясняя это отсутствием «достойных» женщин.

Б. СЕКСУАЛЬНЫЙ ТЕМПЕРАМЕНТ (половая конституция) — совокупность устойчивых биологических свойств, сложившихся под влиянием наследственности и индивидуального развития. Она определяет диапазон индивидуальной сексуальной активности и потребности и индивидуальной сопротивляемости половой сферы повреждающим факторам (инфекциям, интоксикациям, психологическим стрессам).

Выделяют слабую, среднюю и сильную половые конституции. Не бывает «плохих» или «хороших» конституций, в пределах каждой из них возможна устойчивая и удовлетворяющая человека адаптация. Важно знать возможности, чтобы индивидуальные требования к собственной половой активности совпадали с реальными способностями.

Факторы, учитываемые при определении мужской конституции:

- пробуждение либидо (от 9–11 лет при сильной до 17 и позже при слабой) в среднем 12–13 лет;

- первая эякуляция (при поллюции, маструбации или половом акте) — от 10–12 лет при сильной до 19 и позже при слабой; в среднем 14 лет, возраст начала маструбации, с продолжительностью в среднем 5–6 лет и интенсивностью 4–5 актов в неделю; начало половой жизни в среднем по популяции в 18–19 лет, начало регулярной половой жизни в 24–25 лет;

- трохантерный индекс (отношение роста к длине ноги) — от 2 при сильной до 1,85 при слабой;

- оволосение лобка — по мужскому типу с гипертрихозом при сильной до горизонтального уровня или редкие пушковые при слабом;

- максимальный эксцесс (количество половых актов в сутки) — от 7–9 при сильной до 0–2 при слабой); в среднем первый эксцесс в 21 год, максимальный в 22–23 года с 5–6 половыми актами, последний в среднем в 32 года;

- время вхождения в полосу УФР (в среднем 2–3 акта в неделю) после женитьбы, годы — 20–30 лет при сильной и «медовый месяц» при слабой; в среднем в 33–35 лет;

- время вхождения в полосу УФР, возраст — 45–55 при сильной, 20–26 при слабой.

Факторы, определяющие женскую половую конституцию:

- появление менструаций — 10–12 при сильной, 17 и позже при слабой;
- регулярность — регулярные без патологии — аменорея или редкие нерегулярные;

- сроки наступления беременности после начала половой жизни — 3–6 месяцев, иногда даже при контрацепции при сильной и 5–10 лет при слабой;

- характер течения беременности — нормальной при сильной и угроза невынашивания, выкидыши при слабой;

- трохантерный индекс — 2,04–1,97 при сильной и 1,88–1,9 при слабой;
- характер оволосения — по женскому типу с тенденцией к мужскому при сильной и инфантильной при слабой;

- пробуждение эротического либидо — 9–10 лет — 17–18 лет и позже.

- первый оргазм — в возрасте 11–15 лет при сильной и 33–40 при слабой; при сильной — до начала регулярной половой жизни или через месяц, при слабой — через 9–11 лет регулярной половой жизни;

- достижение 50–100% орастичности — при сильной — в 16–19 лет или через 2–4 месяца регулярной половой жизни; при слабой — 35–45 лет или после 10–15 лет регулярной половой жизни.

В. ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ. С возрастом возбудимость нервной системы снижается, уменьшается эластичность сосудов, снижается проводимость по нервно-мышечным путям, повышается пагубная роль абстиненции.

Феномен Тарханова — снижение возбудимости половой системы и либидо при сексуальной абстиненции (после периода гиперсексуальности). Феномен Белова — «раздаивание», после абстиненции уровень половой активности ниже исходного, адаптивного.

Г. ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ — темперамент как таковой, акцентуации характера в значительной степени влияют, а часто и определяют и индивидуальные нормы, и адаптивность или неадаптивность сексуального поведения. Так, при выраженном психопатическом складе характера мужчина будет груб, может проявлять агрессию или садистические отклонения, будет активно манипулировать (использовать) женщин в своих целях, не считаясь с их желаниями. Шизоидные мужчины эмоционально холодны и не умеют строить неформальные контакты с женщинами. Их сексуальность фантазийная, но редко реализуется, чаще в виртуальном варианте (секс по интернету, по телефону). Истероидные женщины подчеркнуто сексуально привлекательны, даже вызывающи, часто манипулируют своей привлека-

тельностью, но практически всегда холодны в постели, и часто не доводят дело до постельных сцен (игра «Динамо»). Нарциссические мужчины предпочитают, чтобы ими занимались, ими восхищались, ценят женщину лишь в той мере, насколько она удовлетворила их непомерное самолюбование, не интересуясь ее желаниями и ее удовлетворением.

Любая пара (браки, сожительство) при сексуальной жизни проходит несколько этапов развития половых партнерских отношений:

- этап первичной адаптации охватывает период от начала совместной половой жизни или брака до нескольких месяцев. На этом этапе апробируется принципиальная возможность сексуальных контактов, устраняются наиболее грубые предрассудки, тормозящие сексуальную активность партнеров;

- этап прогрессирующей адаптации охватывает первые годы супружества и заключается в становлении устойчивого стереотипа сексуального общения. Происходит расширение диапазона приемлемости, реализуются желательные формы половых контактов, апробируются новые детали, возникает партнерство, стабилизируется оргастическая функция у женщины;

- этап стабильной адаптации охватывает весь последующий период, вплоть до охлаждения отношений или возрастной инволюции и проявляется достаточно прочным и гибким сексуальным стереотипом, возможностью изменять свое поведение в изменяющихся условиях без нарушения гармоничности отношений.

Нарушения могут возникать как на этапе до совместной жизни, так и на любом из этапов.

Половые дисфункции. Это нарушение сексуального взаимодействия в паре, субъективно переживаемое одним или обоими партнерами как неудовлетворенность сексуальной жизнью. Мы будем рассматривать лишь те ситуации, когда оба партнера здоровы.

Выделяют несколько основных видов половых расстройств.

1. Социально-психологические дисгармонии, обусловленные недостаточной эмоциональной и социальной зрелостью партнеров, инфантильностью, чрезмерной зависимостью от мнения окружающих, потребностью и стремлением самоутвердиться за счет партнера, несовпадением во взглядах на секс и брак, наличием жестких стереотипов и мифов, касающихся организации секса и семейной жизни.

Личностная незрелость приводит к недопониманию того, что психологическая несовместимость в браке — явление обычное. В начале общения (любого) происходит «притирка»; не путать с желанием переделать партнера для удобного использования. Часто это связано с наличием стереотипов поло-ролевого поведения, когда неосознанно девочка выбирает партнера, напоминающего поведением или внешностью отца, а мальчик — мать без учета сознательных взглядов на партнера (подходит ли, устраивает ли). Часто воз-

никает несоответствие между представлениями об идеальном браке и реалиями жизни, с невозможностью исправить ни одно, ни другое.

Достаточно распространенные мифы совместной (семейной) жизни мешают адаптации человека друг к другу. Например:

1. Мой партнер — он же мой лучший друг.
 2. Чем больше страсти в любви, тем счастливее брак.
 3. Партнеры не могут иметь тайн друг от друга.
 4. Хороший муж все чинит, много зарабатывает, хорошая жена готовит, убирает, стирает.
 5. Лучше быть несчастным в браке, чем одиноким.
 6. Тот, кто меня по-настоящему любит, тот понимает меня без слов.
 7. Угасшую любовь можно вновь воскресить.
 8. Вот появится ребенок — и все измениться.
 9. Вот начнем жить вместе — и все наладится.
 10. Я обязан сделать своего партнера счастливым.
 11. Пара должна все делать вместе.
 12. Его карьера всегда важнее, чем ее профессия.
 13. Никакого секса, если мы в ссоре и т. д.
2. Сексуально-поведенческие (технические).

Часто возникают у начинающих пар, при смене партнера, при первой, реже второй стадиях адаптации. Могут быть обусловлены:

- незнанием индивидуальных эротических зон, т.е. их расположения, предпочтительных способов стимуляции,
- непониманием или нежеланием понять партнера;
- нежеланием что-то менять,
- несоответствие диапазонов приемлемости, резкое расширение которого может привести к дезадаптации партнера (например, неприемлемые, с точки зрения нового партнера, позы, ласки, орально-генитальные контакты и т.д.).

3. Физиологические, обусловленные недоучетом конституциональных и возрастных особенностей партнеров или их выраженное несоответствие.

Наиболее распространенные мифы:

- размер полового члена мужчины должен быть большим, иначе женщина не будет удовлетворена;
- половой акт должен быть длительным.

4. Дезинформационно-оценочные дисгамии, обусловленные незнанием нормы и патологии, неправильной интерпретацией нормальных половых отношений. Ситуации, когда люди, имеющие хороший, нормальный секс, вполне обоим удовлетворяющий при их особенностях, не получают субъективного ощущения удовлетворения из-за того, что имеют много ложных стереотипов, мифов, касающихся половой жизни.

Наиболее распространенные мифы:

1. Если женщина согласна на близость, у мужчины обязательно должна быть эрекция; т. е. независимо от состояния (усталость, болезнь или выздо-

ровление, заинтересованность партнершей, настроение, отношения до перехода в спальню и т. д.) мужчины, если он мужчина, должен обеспечить возможность проведения полового акта. Это приводит к тому, что мужчина ложится в постель как ступает на дорожку олимпийского забега, чтобы получить медаль. Именно поэтому получается иногда с точностью до наоборот.

2. Женщина должна испытывать оргазм при каждом половом акте, должна бурно его проявлять, ведь это так тешит мужское самолюбие. Часто женщины имитируют оргазм, иногда достаточно талантливо и незаметно для мужчины. В этом нет ничего плохого, если она просто играет и не испытывает возбуждения (как проститутки); если же возбуждается, но не успевает получить оргазм и имитирует его в угоду мужчине — это чревато эмоциональной фрустрацией, болями застойного происхождения и еще больше нарушает гармоничность половой жизни.

3. Наступление оргазма должно быть одновременным; это даже нелогично хотя бы потому, что партнеры не смогут почувствовать и сопережить радость друг с другом (лучше сначала женщина, а затем мужчина).

ЛЕКЦИЯ 8. ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ И ДЕОНТОЛОГИИ

Учебные и воспитательные цели:

1. Сформировать представление о профессиональной этике и деонтологии.
2. Рассмотреть виды и структуру профессиональной этики.
3. Рассмотреть особенности этически верных отношений во врачебной среде.
4. Изучить проявления и причины возникновения синдрома эмоционального выгорания.

Литература

1. *Боухал, Р.* Психология в медицине / Р. Боухал, М. Конечный. — Прага: Медицинское издательство. — 1983.
2. *Квасенко, А. Б.* Психология больного / А. Б. Квасенко, Ю. Г. Зубарев. — Л., 1986.
3. *Лурия, Р. А.* Внутренняя картина болезни и атрогенные заболевания / Р. А. Лурия. — М.: Медицина, 1977.
4. *Николаева, В. В.* Влияние хронической болезни на психику / В. В. Николаева. — М.: МГУ, 1987.

Материальное обеспечение:

1. Таблицы.
2. Мультимедийная лекция.

Расчет учебного времени

| Перечень учебных вопросов | Кол-во времени, мин. |
|---|----------------------|
| 1. Понятие о профессиональной этике, ее виды | 20 |
| 2. Исторические аспекты возникновения этических норм | 10 |
| 3. Медицинская деонтология и профессиональная этика в медицине | 20 |
| 4. Проявления синдрома эмоционального выгорания | 15 |
| 5. Причины и меры по профилактике синдрома эмоционального выгорания | 25 |
| Всего | 90 |

Мораль — это свод норм и правил поведения, принятых в конкретном обществе.

Этика — наука о морали.

Медицинская этика — наука о правилах поведения в обществе медицинского работника.

МЕДИЦИНСКАЯ ДЕОНТОЛОГИЯ

Медицинская деонтология (от греч. deontos — должное, надлежащее и logos — учение) — наука о профессиональном поведении медицинского работника.

Сам термин «деонтология» был введен в обиход в начале XIX века английским философом и юристом Иеремией Бентамом для обозначения науки о профессиональном поведении человека.

Основные принципы, регламентирующие нравственный облик врача, формировались и изменялись на протяжении столетий в зависимости от сложившихся в данном обществе политического строя, социально-экономических и классовых отношений, уровня культуры, национальных, религиозных традиций и т.д. Соответственно менялись и уточнялись требования, предъявляемые обществом в различные эпохи к физическим, моральным и интеллектуальным качествам врача, его профессиональному мастерству.

I. Происхождение профессиональной этики

Чтобы выяснить происхождение профессиональной этики, необходимо проследить взаимосвязь моральных требований с разделением общественного труда и возникновением профессии. На эти вопросы много лет назад впервые обратили внимание Аристотель, Конт, Дюркгейм. Они говорили о взаимосвязи разделения общественного труда с моральными принципами общества. Первое материалистическое обоснование этих проблем дали К. Маркс и Ф. Энгельс.

Возникновение первых профессионально-этических кодексов относится к периоду ремесленного разделения труда в условиях становления средневековых цехов в XI–XII веке. Именно тогда впервые констатируется наличие в цеховых уставах ряда нравственных требований по отношению к профессии, характеру труда, соучастникам по трудовой деятельности.

Однако ряд профессий, имеющих жизненно важное значение для всех членов общества, возникли в глубокой древности, и поэтому такие профессионально-этические кодексы, как «Клятва Гиппократата», нравственные установки жрецов, которые затем трансформировались в этику священнослужителей, исполнявших служебные функции, были известны гораздо раньше.

Появлению профессиональной этики во времени предшествовало создание научных этических учений и теории о ней. Повседневный опыт, необходимость в регулировании взаимоотношений людей той или иной профессии приводили к осознанию и оформлению определенных требований профессиональной этики. Профессиональная этика, возникнув как проявление повседневного морального сознания, впоследствии развивалась на основе обобщенной практики поведения представителей каждой профессиональной группы. Эти обобщения содержались как в писанных, так и в неписанных кодексах поведения, так и в форме теоретических выводов. Это свидетельствует о переходе от обыденного сознания к теоретическому сознанию в сфере профессиональной морали.

Большую роль в становлении и усвоении норм профессиональной этики играет общественное мнение. Нормы профессиональной морали не сразу становятся общепризнанными. Часто это бывает связано с борьбой мнений.

Взаимосвязь профессиональной этики и общественного сознания существуют в форме традиции. Различные виды профессиональной этики имеют свои традиции, что свидетельствует о наличии преемственности основных этических норм, выработанных представителями той или иной профессии на протяжении столетия.

II. Профессионализм как нравственная черта личности

Нравственные отношения людей в трудовой сфере регулирует профессиональная этика. *Профессиональная этика* — это совокупность моральных норм, которые определяют отношение человека к своему профессиональному долгу. Общество может нормально функционировать и развиваться только в результате непрерывного процесса производства материальных ценностей.

Содержанием профессиональной этики являются кодексы поведения, предписывающие определенный тип нравственных взаимоотношений между людьми и способы обоснования данных кодексов.

Профессиональная этика изучает:

- отношения трудовых коллективов и каждого специалиста в отдельности;
- нравственные качества личности специалиста, которые обеспечивают наилучшее выполнение профессионального долга;
- взаимоотношения внутри профессиональных коллективов, и те специфические нравственные нормы, свойственные представителям данной профессии;
- особенности профессионального воспитания.

Профессионализм и отношение к труду являются важными характеристиками морального облика личности.

Профессионализм и отношение к труду являются важными характеристиками морального облика личности. Они имеют первостепенное значение в личностной характеристике индивида, но на различных этапах исторического развития их содержание и оценка существенно различались.

В классовом обществе они определялись социальным неравенством видов труда, противоположностью умственного и физического труда, наличием привилегированных и непривилегированных профессий. О классовом характере морали в сфере труда свидетельствует написанная в первой трети II века до н.э. христианская библейская книга «Мудрость Иисуса, сына Сирахова», в которой есть поучение о том, как следует относиться к рабу: «корм, палка и бремя — для осла; хлеб, наказание и дело — для раба. Занимай раба работаю и будешь иметь покой; ослабь руку ему — и он будет искать свободы». В древней Греции физический труд по ценности и значимости находился в самом низу оценочной шкалы. А в феодальном обществе религия рассматривала труд как наказание за первородный грех,

а рай представлялся как вечная жизнь без труда. При капитализме отчуждение рабочих от средств производства и результатов труда порождало два типа нравственности:

- хищнически-грабительскую капиталистическую;
- коллективно-освободительскую рабочего класса;
- распространявшуюся и на сферу труда.

Об этом пишет Ф. Энгельс «...каждый класс и даже профессия имеют свою мораль».

Ситуации, в которых оказываются люди в процессе выполнения своих профессиональных обязанностей, оказывают сильное влияние на формирование профессиональной этики. В процессе труда между людьми складываются определенные моральные отношения. В них есть *ряд элементов, присущих всем видам профессиональной этики.*

Во-первых, это отношение к общественному труду, к участникам трудового процесса.

Во-вторых, это те моральные отношения, которые возникают в области непосредственного соприкосновения интересов профессиональных групп друг с другом и обществом.

ПЭ не является следствием неравенства в степени моральности различных профессиональных групп. Просто к некоторым видам профессиональной деятельности общество предъявляет повышенные моральные требования. В основном, это такие профессиональные сферы, в которых сам процесс труда требует согласованности действий всех его участников. Особое внимание уделяется моральным качествам работников той сферы, которые связаны с правом распоряжаться жизнью людей. Здесь речь идет не только об уровне моральности, но и, в первую очередь, о должном исполнении своих профессиональных обязанностей (это профессии сферы услуг, транспорта, управления, здравоохранения, воспитания). Трудовая деятельность людей этих профессий, более, чем каких-либо других, не поддается предварительной регламентации, не уместается в рамках служебных инструкций. Выполнение подобных профессиональных обязанностей по своему существу является творческим.

Еще одной особенностью труда этих профессиональных групп, усложняющих ПЭ, являются моральные отношения, и к ним прибавляется новый элемент: взаимодействие с людьми — объектом деятельности. Поэтому в таких профессиях нравственная ответственность приобретает решающее значение.

В этих профессиях общество рассматривает нравственные качества работника как один из ведущих элементов его профессиональной пригодности.

Общеморальные нормы должны быть конкретизированы в трудовой деятельности человека с учетом специфики его профессии. Таким образом, профессиональная мораль должна рассматриваться в единстве с общепринятой системой морали. Нарушение трудовой этики сопровождается разрушением общих моральных установок, и наоборот, безответственное от-

ношение работника к профессиональным обязанностям представляет опасность для окружающих, наносит вред обществу, может привести, в конечном счете, и к деградации самой личности.

В современном обществе личностные качества индивида начинаются с его деловой характеристики, отношения к труду, уровня профессиональной пригодности. Все это определяет исключительную актуальность вопросов, составляющих содержание профессиональной этики. Подлинный профессионализм опирается на такие моральные нормы, как долг, честность, требовательность к себе и своим коллегам, ответственность за результаты своего труда.

Виды ПЭ

Каждому роду человеческой деятельности (научной, педагогической, художественной и т.д.) соответствуют определенные виды ПЭ.

Виды профессиональной этики — это те специфические особенности профессиональной деятельности, которые направлены непосредственно на человека в тех или иных условиях его жизни и деятельности в обществе.

Изучение видов ПЭ показывает многообразие, разносторонность моральных отношений. Для каждой профессии какое-то особое значение приобретают те или иные *профессиональные моральные нормы* — это правила, образцы, порядок внутренней саморегуляции личности на основе этических идеалов.

Основными видами ПЭ являются:

- врачебная этика;
- педагогическая этика;
- юридическая этика;
- этика ученого;
- этика актера;
- этика предпринимателя и т. д.

Каждый из них определяется своеобразием выполняемых обязанностей, имеет свои специфические требования в области морали. Так, например, этика ученого предполагает, в первую очередь, такие моральные качества, как научная добросовестность, личная честность, и, конечно, патриотизм.

Судебная этика требует честности, справедливости, откровенности, гуманизма (даже к подсудимому при его виновности), верности закону.

ПЭ в условиях воинской службы требует четкого выполнения служебного долга, мужества, верности присяге.

К основным личностным качествам, определяющим профпригодность человека к врачебной деятельности относят способность к *эмпатии* — способности к переживанию. При этом хирург не должен вместе с больным плакать у операционного стола. Это внутреннее состояние сострадания, понимания, готовности и словом и делом облегчить страдание человека.

Наличие определенных деонтологических правил определяется и тем, что в процессе лечения кроме лекарств, манипуляций и процедур, участвует еще и личность врача, и личность больного.

Общепризнанным лекарством, которым пользуется любой врач в повседневной практике, является та манера, с которой он начинает лечение и та атмосфера, в которой лекарство назначается и принимается. Любой больной, кроме биологического лечения, нуждается в психологической, психотерапевтической поддержке. И если врач ограничивается бездушным выписыванием рецепта, то нередко разочарованный больной уходит к другому специалисту или даже идет к экстрасенсу.

Известно, что одни и те же лекарства лучше действуют у известных, авторитетных врачей, чем у молодых и малоизвестных.

Известен и эффект *плацебо* — улучшение состояния от введения индифферентного вещества (например, физиологического раствора) при убежденности больного в его лечебном эффекте.

Мудров М. Я. упоминал чудодейственный эффект от лечения «лекарством в пакетике из фольги» (в который чаще всего помещали глюконат кальция). При этом важно то, как эти лекарства назначались и как описывались их лечебное действие. Даже при отсутствии такого таланта улучшение состояния от введения физиологического раствора наблюдается у больных с артериальной гипертензией в 17% случаев, при головной боли — в 61,9% случаев, при рассеянном склерозе — у 24% пациентов.

Личность врача будет оказывать лечебный эффект сама по себе и увеличивать эффективность других лечебных мероприятий в том случае, если он будет пользоваться у больного и его родственников авторитетом, доверием, уважением и симпатией. На достижение этого и направлена основная деонтологическая деятельность врача.

Большое значение, особенно на первых порах, имеет одежда и внешний вид врача, интерьер кабинета, которые также могут способствовать укреплению доверию или посеять психологическую отчужденность.

Большое значение имеет *первая встреча с больным*. Распространенной ошибкой является отсроченное внимание к пациенту, когда врач продолжает писать или говорить, не взглянув на больного. Необходимо обязательно отреагировать на появление больного в кабинете — поздороваться, пригласить присесть или вежливо попросить подождать. Обижает больного ситуация, когда врач говорит, не глядя на него, т. е. уменьшает до минимума время зрительного контакта, который должен занимать не менее 70% времени общения с пациентом. При этом произнесенная врачом информация может восприниматься больным с недоверием либо как ложь.

Плохое впечатление на больного производит *растерянность* врача. Уверенность же в действиях, назначениях, рекомендациях повышают авторитет врача. Однако эта уверенность не должна переходить в самоуве-

ренность. Врач должен быть готов признать свои ошибки и изменить свое поведение по отношению к больному. Хороший врач чаще, чем плохой сомневается в принятом решении и прибегает к помощи коллег.

Приоритетным считается правила исходного *доверия к больному*. Необходимо внимательно выслушать жалобы пациента, доверять его знанию собственного организма, непереносимости лекарств и процедур. Однако при этом не следует идти на *поводу* у больного. Есть врачи, которые легко соглашаются с больным в его просьбе назначить то или иное лекарство, чтобы избавить себя от длительных объяснений. При этом доверия к таким врачам оказывается, как правило, подорванным, поскольку больной считает себя в такой ситуации более грамотным и не прислушивается к назначениям.

Важнейшим деонтологическим аспектом является сохранение *врачебной тайны*, т.е. неразглашение полученных врачом сведений о больном, которые могут применить ему вред. Особенно это касается психических, онкологических, венерологических и, в последнее время, инфекционных больных. Например, разглашение медицинской тайны о состоянии ВИЧ-инфицированного даже во врачебной среде преследуется в уголовном порядке.

Сложной деонтологической проблемой является определение объема сведений о состоянии больного, который можно довести до его сведения. До настоящего времени нет единого мнения, как необходимо вести себя в подобной ситуации. В зарубежных традициях этот вопрос решается достаточно просто: больному сообщают весь объем сведений, не зависимо от характера патологии и состояния самого больного. «У Вас рак. Составляйте завещание». Для нашего общества более характерен щадящий информационный режим, оставляющий человеку надежду и учитывающий особенности личности больного и сложившиеся в связи с болезнью обстоятельства.

Заболевший врач не должен заниматься *самолечением*. В такой ситуации лучше довериться коллеге по профессиональному цеху. По той же причине врач не должен заниматься лечением близких родственников. Эмоциональное отношение часто мешает рациональному подходу, что может иметь нежелательные последствия. Медицина знает печальные примеры, когда родственники знаменитых терапевтов умирали от банальной пневмонии.

Лечащий врач должен всегда действовать в соответствии со своими знаниями и опытом, даже если перед ним находится академик в области медицины.

Важным разделом медицинской деонтологии является *отношение медицинского работника со своими коллегами*. Общими правилами при этом являются:

- субординация;
- абсолютная вежливость;
- доброжелательность;
- товарищеская взаимопомощь.

Врач должен с одной стороны уметь отстаивать свои взгляды, не взирая на служебное положение оппонента, а с другой стороны — принимать без раздражения критику коллег и делать соответствующие обстоятельствам выводы.

Не этичным считается вмешательство в лечение больного, когда его лечит другой врач, за исключением случаев крайней необходимости, когда в связи с неверными действиями врача состояние больного может ухудшиться или возможен неблагоприятный исход.

Синдром эмоционального выгорания (СЭВ)

СЭВ — такое состояние специалиста гуманистической сферы, которое характеризуется следующими параметрами:

- равнодушие или негативное отношение к работе (к пациентам, коллегам, работе в целом) при изначально положительном отношении к работе и желании работать по специальности;
 - эмоциональные нарушения: раздражительность как в семье, так и по отношению к пациентам, апатия, синдром хронической усталости;
 - ухудшение отношений в семье и коллективе;
 - психосоматические расстройства (нарушение сна, повышение АД, развитие язвенной болезни и пр.);
 - алкогольная, никотиновая или иная зависимость.
- Выделяют ряд факторов, способствующих формированию СЭВ:
- неправильно подобранная специальность в пределах медицины или в целом профессия;
 - неблагоприятный климат в коллективе (авторитарное руководство с наличием «любимчиков» и «козлов отпущения», сплетни, неравномерное распределение обязанностей и др.);
 - неблагоприятные условия труда, отсутствие условий для отдыха, обеда, душное или плохо отапливаемое помещение и др.;
 - переработка на 1,5–1,75 ставки с ограничением времени на сон и отдых, частая работа сутками.

Длительное существование СЭВ может приводить к тяжелым соматическим заболеваниям и профессиональной деформации врача. Это проявляется постоянной, часто неуместной авторитарностью, цинизмом, эмоциональной выхолощенностью, злоупотреблению алкоголем, сужению круга интересов и друзей, обеднение жизни в целом.

Для предупреждения СЭВ и профессиональной деформации кроме очевидных мер (сознательно относится к выбору специальности, заботиться о комфорте на работе) в качестве рекомендаций предлагаются следующие психологические меры:

- уделять достаточно времени для общения с друзьями в неформальном кругу, лучше не во врачебной среде;

- позволять себе «не быть врачом» в домашней обстановке: открыто проявлять свои чувства, заниматься хобби, творчеством, игрой;
- своевременно решать психологические и эмоциональные проблемы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Александровский, Ю. А.* Пограничные психические расстройства / Ю. А. Александровский: руководство для врачей. — М.: Медицина, 1997. — 576 с.
2. *Бухановский, А. О.* Общая психопатология: пособие для врачей / А. О. Бухановский, Ю. А. Кутявин, М. Е. Литвак. — 2-е изд., перераб. и доп. — Ростов н/Д.: Изд-во ЛРНЦ «Феникс», 1998. — 416 с.
3. *Евсегнеев, Р. А.* Психиатрия для врача общей практики / Р. А. Евсегнеев. — Мн.: Беларусь, 2001. — 426 с.
4. *Кирпиченко, А. А.* Психиатрия: учебник для мед. ин-тов / А. А. Кирпиченко. — 3-е изд., перераб. и доп. — Мн.: Выш. шк., 1996. — 392 с.
5. *Каплан, Г. И.* Клиническая психиатрия / Г. И. Каплан, Б. Дж. Сэдок. В 2 т. — М.: Медицина, 1998. — 1398 с.
6. Клиническая психиатрия (из синопсиса по психиатрии). В 2 т.; под ред. Г. И. Каплан, Б. Дж. Сэдок. — М.: Медицина, 1994. — Т.1. — 671 с.
7. *Кондрашенко, В. Г.* Общая психотерапия: учеб. пособие / В. Г. Кондрашенко, Д. И. Донской. — Мн.: Выш. шк., 1997. — 464 с.
8. *Мосолов, С. Н.* Клиническое применение антидепрессантов / С. Н. Мосолов. — СПб., 1995. — С. 98–123.
9. Руководство по психиатрии: в 2 т. Т.1 / А. С. Тиганов [и др.]; под ред. А. С. Тиганова. — М.: Медицина, 1999. — 712 с.
10. *Телле, Р.* Психиатрия / Р. Телле. — Мн.: Выш. шк., 1999. — 496 с.
11. *Чуркин, А. А.* Краткое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии / А. А. Чуркин, А. Н. Мартюшов. — М.: Изд-во «Триада-Х», 1999. — 232 с.

Содержание

| | |
|---|----|
| Лекция 1. Цели, задачи и методы медицинской психологии. | |
| Соотношение сознательного и бессознательного в психике человека..... | 3 |
| Лекция 2. Коммуникации во врачебной среде. Правила первичного интервью..... | 11 |
| Лекция 3. Внутренняя картина болезни | 24 |
| Лекция 4. Психосоматические заболевания (общие аспекты)..... | 31 |
| Лекция 5. Частные вопросы психосоматической медицины | 38 |
| Лекция 6. Основы психотерапии..... | 52 |
| Лекция 7. Основы медицинской сексологии | 67 |
| Лекция 8. Вопросы медицинской этики и деонтологии | 76 |
| Список литературы | 84 |

Учебное издание

**Шилова Оксана Владимировна
Галиновская Наталья Викторовна
Абрамов Борис Эвильевич**

**КРАТКИЙ КУРС ЛЕКЦИЙ
ПО МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ**

**Учебно-методическое пособие
для студентов 5 курса лечебного факультета**

**Редактор *Т. Ф. Рулинская*
Компьютерная верстка *А. М. Елисеева***

Подписано в печать 28. 12. 2007
Формат 60×84¹/₁₆. Бумага офсетная 65 г/м². Гарнитура «Таймс»
Усл. печ. л. 5,12. Уч.-изд. л. 5,6. Тираж 100 экз. Заказ № 362

Издатель и полиграфическое исполнение
Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
246000, г. Гомель, ул. Ланге, 5
ЛИ № 02330/0133072 от 30. 04. 2004