

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

**УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

**Кафедра неврологии и нейрохирургии
с курсом медицинской реабилитации**

**Кафедра психиатрии, наркологии
и медицинской психологии**

ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Учебно-методическое пособие
для практических занятий по медицинской психологии
для студентов 5 курса лечебного факультета
и 4 курса медико-диагностического факультета

Гомель
ГГМУ
2009

УДК 616.(076.5)

ББК 88

Г 15

Авторы:

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

Рецензент:

доцент кафедры неврологии и нейрохирургии с курсом медицинской реабилитации Гомельского государственного медицинского университета,
врач-психотерапевт высшей квалификационной категории
Гомельской областной клинической психиатрической больницы,
кандидат медицинских наук *И. М. Сквиря*.

Галиновская, Н. В.

Г 15 Основы медицинской психологии: учеб.-метод. пособие для практических занятий по медицинской психологии для студентов 5 курса лечебного факультета и 4 курса медико-диагностического факультета / Н. В. Галиновская [и др.]. — Гомель: учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет», 2009. — 52 с.
ISBN 978-985-506-271-5

Предназначено для студентов 5 курса лечебного факультета и 4 курса медико-диагностического факультета, составлено в соответствии с типовой программой Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

Утверждено и рекомендовано к изданию Центральным учебным научно-методическим Советом учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет» 29 сентября 2009 г., протокол № 8

УДК 616.8 (076.5)

ББК 88

ISBN 978-985-506-271-5

© Учреждение образования
«Гомельский государственный
медицинский университет», 2009

СОДЕРЖАНИЕ

Тема 1. Понятие психического здоровья. Психологические основы контакта «врач – больной». Правила первичного интервью	5
Тема 2. Внутренняя картина болезни	17
Тема 3. Основы психосоматической медицины и психотерапии.....	26
Тема 4. Основы медицинской сексологии. Основы психотерапии	37

Мы ждем чудес от новых технологий, но они не избавят нас от психологических проблем.

Андрей Курпатов

ВВЕДЕНИЕ

Проблема психического здоровья населения — одна из острейших в современном мире. По свидетельству мировой статистики, только за последние полвека заболеваемость невротическими расстройствами выросли более чем в 25 раз. Тенденция роста этой патологии сохраняется.

Состояние психического здоровья все больше приобретает не только социальный, экономический, но даже политический характер. По экспертным оценкам ВОЗ, к 2020 году смертность от суицидов вследствие депрессии займет второе место среди прочих причин смерти, опередив даже онкологические заболевания. В 2000 году проблема депрессии была вынесена на специальное обсуждение экономического форума в Давосе. 2001 год впервые был объявлен ВОЗ годом охраны психического здоровья людей.

Формирование психологической компетенции врача весьма актуально. Причинами этого являются: признание значимости психологических факторов в происхождении, течении болезней; сохраняющаяся профессиональная установка на «усредненного пациента» без достаточного учета личностной деятельности в сфере «человек – человек»; психологическая и физическая напряженность труда врача и т. д.

Психологическая подготовка стала одним из наиболее остро развивающихся и привлекающих к себе внимание аспектов медицинского образования (консультации по проблеме коммуникаций, «врач – пациент» 15–18 июня 1993 г., Женева, ВОЗ).

ТЕМА 1. ПОНЯТИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ КОНТАКТА «ВРАЧ – БОЛЬНОЙ». ПРАВИЛА ПЕРВИЧНОГО ИНТЕРВЬЮ

Правильно построенная коммуникация «врач – пациент» — это 60–80 % правильного диагноза. Она повышает вероятность сотрудничества с пациентом, регулярности приема назначенного лечения. Правильно построенная беседа и правильно установленный диагноз повышают степень удовлетворенности пациента лечением, а врача — собственной состоятельностью, что особенно важно в условиях страховой и платной медицины.

Социально-психологическая компетентность врача, которая лежит в основе установления терапевтического альянса с пациентом и коррелирует с психологическим эффектом лечения, позволяет:

- лучше распознавать и правильно реагировать на вербальные и невербальные знаки пациентов и извлекать из них больше относящейся к делу информации;
- более эффективно проводить диагностику, поскольку она зависит не только от установления телесных симптомов болезни, но и от способности врача выявлять те соматические симптомы, причины которых могут иметь социально-психологическую природу, что, в свою очередь, требует иных планов лечения;
- добиваться согласия пациента с планом лечения;
- передавать пациентам адекватную медицинскую информацию и убеждать их следовать более здоровому стилю жизни;
- воздействовать на различные формы отражения болезни (эмоциональную, интеллектуальную, мотивационную) и активизировать компенсаторные механизмы, повысив психосоматический потенциал личности пациента, помочь ему восстановить связь с миром, преодолеть так называемую «усвоенную или обученную беспомощность», разрушить стереотипы, созданные болезнью, и создать образцы здорового реагирования;
- действовать более эффективно в особо «чувствительных» аспектах взаимоотношений между врачом и пациентом (например, когда необходимо сообщить пациенту о неизлечимой болезни).

Общение — это процесс установления и развития контактов между людьми, обмен мыслями, чувствами, действиями с целью достижения эмоционального, интеллектуального и делового единства. В широком смысле общение можно понимать как всякий эпизод взаимодействия двух и более людей.

Выделяют три взаимосвязанные стороны общения: *коммуникативную, интерактивную, перцептивную*.

Коммуникативная сторона заключается в обмене информацией между обучающимися индивидами. *Интерактивная* проявляется в организации взаимодействия между участниками общения, в обмене не только зна-

ниями, идеями, состояниями, но и действиями. *Перцептивная* сторона общения представляет собой процесс восприятия партнерами по общению друг друга и установления на этой основе взаимопонимания между ними.

Коммуникативные навыки делятся на базовые и продвинутые. Базовые условно могут быть разделены на:

- навыки межличностного взаимодействия;
- навыки сбора информации;
- навыки передачи информации пациенту.

Правила первичного интервью

Первичное врачебное интервью должно начинаться с приветствия пациента врачом. Форма приветствия должна соответствовать возрасту и социальному опыту пациента. Важно, чтобы вербальное приветствие было подкреплено невербальными средствами — это может быть пожатие руки, наклон тела в сторону пациента, кивок головы, улыбка и т. д.

Место, где пациенту следует сесть, чаще всего, должно быть указано врачом. С диагностической целью можно предложить пациенту самому выбрать себе место и посмотреть, как он это сделает. При первой встрече врачу следует представиться больному, психологически правильно сделать это даже в том случае, если фамилия врача указана на двери кабинета, в регистратуре и т. д.

Врач коротко описывает то, как он представляет цель встречи, вопросы, которые должны быть решены в ее ходе, может указать, каким временем он располагает.

Пациенту предлагается самому сформулировать, возможно, свободнее и полнее проблемы, которые привели его к врачу.

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, выявление проблем пациента и его ожиданий, выдвижение гипотез.

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. Например, «Поговорим?», «Начнем?», «Я Вас внимательно слушаю», «Расскажите о своем самочувствии».

Полузакрытые вопросы очерчивают сферу интересов врача в беседе: «Каковы Ваши жалобы?», «Сообщите о Ваших успехах». Вопросы, которые начинаются со словами «как», ориентированы на личность собеседника: «Как вы себя чувствуете?». Вопросы, начинающиеся со слова «что», ориентированы на факты и менее лично значимы: «Что у Вас случилось?» Обратные «можете ли Вы...», «не могли бы Вы...» дают дополни-

тельные возможности в беседе, могут смягчить жестко задаваемые вопросы. Старайтесь избегать вопросов, которые начинаются с «почему?», ибо они часто вызывают протест у собеседников.

Закрытые вопросы предполагают точный и конкретный ответ. Один из вариантов, когда есть только два ответа: «да» или «нет» (например, «беспокоят ли Вас боли в сердце?»). В середине интервью необходимо задавать вопросы всех типов, а закрытые — преимущественно, в конце беседы для уточнения деталей.

Вопросы-фильтры предназначены для того, чтобы выбрать или отказаться от какой-то темы: «А как складывается Ваша семейная жизнь?». Ответ: «я не замужем» означает, что обсуждать семейную жизнь мы не будем. Следует последовать за пациентом, а затем, если необходимо, вернуться к прежней теме.

Вопросы-меню строятся таким образом, что содержат в себе перечисление вариантов ответов. Они особенно подходят неразговорчивым собеседникам: «вы желаете лечиться в условиях стационара, амбулаторно или на дому?».

Задача врача состоит в расширении круга обсуждаемых тем. Качество интервью повышается, если врач постоянно стремится к уточнению и прояснению высказываний пациента. Ошибка — постановка новых вопросов, без получения ответов на предыдущие.

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 которым врач не готов. Молчание в начале беседы создает напряжение, концентрирует внимание на собеседнике; в ее середине — это испытание молчанием, когда собеседники вспоминают, все ли сказано, все ли спрошено; в конце — подводит итог, обобщая и завершая ее.

Важна технология обратной связи. Обычно она проводится в форме повторения и обобщения сказанного. Это можно сделать после оборота «правильно ли я Вас понял?» или «я не ошибаюсь, поправьте меня, пожалуйста...».

Заключительный этап — суммирование полученной информации и выдвижение предварительной гипотезы.

Врачу нужно постоянно держать нить беседы в своих руках, направлять ее, не выходя при этом авторитарным и категоричным. Важно в самом начале определить цель интервью и, если пациент начинает отклоняться, остановить его, например, так: «То, что вы сейчас говорили, очень интересно, но мы договорились, что сегодня наша цель обсудить...»

Требования к вербальному поведению врача очевидны: правильность языка, краткость и четкость выражений, отсутствие в речи слов-паразитов, канцеляризм, медицинского жаргона, избегание многословия, ненужных повторов, менторского тона, понятность языка врача для пациента.

Кроме самой речи важны и параречевые характеристики, т.е. не собственно смысл слов, а интонация, темп речи, эмоциональная и стилистическая окраска. Например: на занятиях студенты-психологи играют в такие игры, как признание друг другу в любви посредством фраз, целиком состоящих, например, из технических терминов и успешно с этим справляются.

Кроме того, стиль речи может нарисовать нам довольно полный портрет собеседника, ясно указывая на его принадлежность к определенному социальному и культурному слою, кругозор и вкус, на его образ мыслей.

Невербальное общение

Психологами установлено, что в процессе взаимодействия людей от 60 до 80 % коммуникаций осуществляется за счет невербальных средств выражения и только 20–40 % информации передается с помощью письменной и устной речи. Если с помощью слов передается сама по себе информация, то с помощью тела — чувственное отношение человека 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. Когда люди счастливы, они улыбаются, когда они печальны — они хмурятся, когда сердятся — у них сердитый взгляд. Кивание головой почти во всем мире означает «да» или утверждение. Эти данные заставляют обратить особое внимание на значение позы, жестов и мимики человека, зрительного контакта, дыхательных паттернов и рисунка кожных покровов, дистанции, одежды.

Врачу необходимо контролировать *расстояние* до пациента и изменять его в зависимости от ситуации.

Американский ученый Э. Холл в 1969 г. издал книгу «Молчаливый язык», где впервые ввел термин «проксемика» (от англ. «Proximity» — близость). Это та дистанция, которую соблюдают люди исходя из биологической закономерности. Размеры пространственной территории человека можно разделить на 4 зоны: 1) интимная зона от 15 до 45 см; 2) личная зона от 46 до 120 см; 3) социальная зона от 120 до 360 см; 4) общественная, или публичная зона более 360 см. Интимную зону человек охраняет как собственность. Личная зона это расстояние, которое обычно разделяет нас, когда мы находимся на официальных приемах и дружеских вечеринках. Социальная зона это то расстояние, на котором мы держимся от людей, не очень хорошо знакомых. Публичная зона это то расстояние, которое соблюдается, когда мы адресуемся к большой группе людей. Выбор дистанции зависит от взаимоотношений между людьми и от индивидуальных особенностей человека.

Вторжение без подготовки в интимную зону пациента подсознательно воспринимается им как агрессия или насилие. В то же время, слишком

большое расстояние между собеседниками воспринимается как создание барьера с помощью расстояния.

Общая сумма времени контакта глазами и дистанция, разделяющая собеседников, находятся в обратной связи. Важно, чтобы у врача и пациента при беседе была постоянная возможность найти взглядом друг друга, иначе больные испытывают напряженность и дискомфорт. Особенно важно обмениваться взглядом с пациентом, когда он начинает говорить. Поэтому, если врач начинает делать записи в этот момент, больной часто замолкает, так как не получает позитивного невербального подкрепления.

Немаловажное значение имеет также *расположение* собеседников в пространстве. Если люди малознакомы между собой, то, как правило, они стараются отгородиться друг от друга барьером. Этим барьером может служить стол или стул. Поэтому, доктору для создания более благоприятной обстановки необходимо стул для пациента располагать сбоку стола, а не перед ним. В некоторых случаях, например: психотерапевт, педиатр — допускается работа без использования стола. Кроме того, положение партнеров друг против друга обычно создает атмосферу соперничества, а угловое расположение способствует взаимопониманию и поиску компромиссов.

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 ассоциируются с холодностью и отстраненностью. Изменением позы врач может обозначать приближающееся окончание беседы. Необходимо изменить положение тела перед тем, как сказать пациенту что-нибудь очень существенное. Позы и жесты врача должны подчеркивать его слова и соответствовать вербальным сигналам, иначе у пациента возникает ощущение, что его обманывают.

Взгляд, его направление, частота контакта еще один компонент невербального общения. Направление взгляда показывает направленность внимания собеседника и дает обратную связь, которая показывает, как относится собеседник к тем или иным сообщениям. Взгляд используется также для установления взаимоотношений. Продолжительность зрительного контакта в течение врачебного интервью должна составлять примерно 60-70% от времени общения. Собеседник, который встречается с вами взглядом менее 1/3 от времени общения, редко пользуется доверием. Во время беседы нельзя одевать темные очки, так как такая позиция ставит врача и пациента в неравные условия, нарушая обратную связь.

Важнейшим невербальным элементом общения, конечно, является одежда, передающая окружающим огромное количество информации о его владельце. Предпочитаемый стиль говорит о своем владельце более красноречиво, чем откровенный разговор (например: одежда рокера, делового человека или модницы).

Таким образом, при невербальном общении перед врачом стоит двойная задача:

1. Контролировать собственное невербальное поведение.
2. Быть способным хорошо улавливать невербальные сигналы пациента, ценность которых бывает гораздо выше, чем его слова.

Взаимоотношения людей разворачиваются не только в пространстве, но и во времени. Как человек распоряжается чужим и своим временем, является важным социальным знаком. Уважение к другому человеку проявляется в повышенной точности, пунктуальности поведения. Заставить другого ждать — значит вольно или невольно заявить о своем праве распоряжаться ситуацией.

Роль вещественного окружения

Материальное, вещественное окружение, в котором происходит интервью, включает характер и размещение мебели в кабинете, оформление мест, где сидят врач и пациент, и расстояние между ними, характер и направление освещения, предметы на столе врача и т.д. Изменяя «декорации», врач может в значительной мере воздействовать на отношение к себе пациента, его поведение, характер беседы и т. д.

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

Люди, сидящие по разные стороны стола напротив друг друга, испытывают чувство соперничества или обороны. В такой ситуации расположение стула для пациента перед столом врача будет восприниматься первым как «барьер», которым врач старается защититься. Лучше предложить пациенту сесть к углу. Такая позиция предполагает большую открытость и непринужденность. Дистанция, разделяющая врача и пациента не должна превышать 100–120 см в случаях, где необходима еще большая доверительность, предпочтительно, чтобы стола не было вообще.

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

Техника ведения медицинского интервью

Позитивное подкрепление — это способы стимуляции беседы с целью выявления как можно большего количества информации о пациенте для формирования предполагаемого диагноза. Как правило, приемы позитивного подкрепления применяются при открытии беседы и в основной ее части. Существуют невербальные и вербальные способы стимуляции беседы. К первым относятся: выражения заинтересованности в виде увеличе-

ния времени зрительного контакта, открытой позе с небольшим наклоном туловища вперед, в сторону пациента, кивки головой в такт беседы.

К вербальным способам относят так называемое «активное слушание», которое подразумевает под собой заполнение пауз в монологе пациента словами-эмболами, которые по интонации соответствуют представляемой информации.

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 камень, который сдавливает грудь изнутри?». *Прояснение* предполагает краткое повторение жалоб с целью подытожить: «Если я вас правильно понял, больше всего вас беспокоит слабость при малейшей физической нагрузке, особенно вечером?». Такой прием помогает не только стимулировать речевую продукцию больного и облегчает течение диалога, но и указывает на то, что врач внимательно слушает больного, а это помогает формированию доверия со стороны пациента. *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.

Негативное подкрепление может выразиться в сокращении контакта глазами, разворотом тела в другую сторону. С вербальной позиции следует прекратить «поддакивание», что увеличивает паузы между высказываниями пациента и лингвистически препятствует продолжению беседы.

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 ...».

Основы конструктивного бесконфликтного общения

В общении с пациентами и медицинским персоналом полезны общие рекомендации по профилактике конфликтов, изложенные Д. Карнеги:

- 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.

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.

Целью контакта между врачом и пациентом является помощь, оказываемая одним из участников общения по отношению к другому. Однако со стороны врача также существует заинтересованность в оказании помощи больному: это профессиональные мотивы и интересы. Для того, чтобы процесс взаимоотношений пациента и медицинского работника был эффективным, необходимо определить его психологические основы: мотивы и ценности врача, его представление об идеальном пациенте, а также ожидания самого пациента от процесса диагностики, лечения, профилактики и реабилитации.

Интерес участников диагностического и лечебного общения формируется, как правило, на негативном эмоциональном фоне, обусловленном тем, что поводом для встречи врача и пациента становится проблема или симптом.

Важную роль в коммуникации играет также психологическая установка, которая может быть *позитивная, негативная или адекватная*. При позитивной установке происходит переоценка положительных качеств и способностей человека, что проявляется в повышенной степени доверия данному лицу, готовность выполнять все указания беспрекословно. Негативная установка приводит к восприятию происходящего только с негативной точки зрения, недоверчивости, подозрительности, не выполнению назначенных рекомендаций.

Адекватная установка принимает во внимание возможность сочетания в одном и том же человеке положительных и отрицательных качеств, и является наиболее желательной (Например: «Хирург — грубиян, но руки у него золотые»).

Существенными являются ожидания участников взаимодействия проявления каких-либо качеств и поведения друг друга. В связи с этим выделяют понятия «идеального» и «реального» врача и пациента. Наиболее существенными качествами признаются половозрастные характеристики, личностные качества, стиль межличностного взаимодействия и квалификация врача.

Как показали исследования, большинство больных воспринимают «идеального» врача как лицо одного с ними пола, но более старшего по возрасту (особенно этот фактор значим для пожилых пациентов). При этом ряду медицинских специализаций изначально придаются женские (например: врач-терапевт) или изначально мужские черты (например: хирург, акушер-гинеколог). Из личностных особенностей пациенты отдают предпочтение уважительности, вниманию к пациентам, любви к профессии, доброте, вежливости, душевности.

В понятие «идеального пациента» врач, как правило, включает следующие характеристики: малая осведомленность в медицинских вопросах, вера и

отсутствие сомнений в силах и умениях лечащего врача, готовность беспрекословно выполнять назначения, умение кратко и четко излагать проблему и жалобы, отсутствие ипохондрии. Эти характеристики указывают на то, что врач изначально нацелен на директивный стиль общения, не оговаривая особенностей эмоционального подкрепления этого процесса. Данный факт связан с защитой от психологической установки общества на медицинскую сферу как на сферу обслуживания. Однако при этом следует помнить, что в таком случае медик склонен брать всю ответственность за исход терапии на себя.

Суть возникновения конфликтов в системе: «врач-пациент» заключается в столкновении мнений, взглядов, идей, интересов, точек зрения и ожиданий участников взаимодействия. Л. Коузер разделяет конфликты на *реалистические* (предметные) и *нереалистические* (беспредметные).

Первый тип конфликта часто связан с несовпадением ожиданий пациента с реальностью и связан с неудовлетворением требований и ожиданий участников, несправедливым распределением каких-либо обязанностей, преимуществ и направлен на достижение конкретных результатов.

Нереалистический конфликт имеет своей целью открытое выражение накопившихся отрицательных эмоций, обид, враждебности, когда этот процесс становится не средством достижения конкретного результата, а самоцелью. Второй вид конфликта нередко обусловлен предвзятым отношением пациента к медицинской службе в целом или к отдельному врачу в частности.

Квалификация врача включает в себя как минимум два качества: уровень знаний и навыков и использование нравственных принципов.

- уважение личности пациента;
- оказание пациенту психологической поддержки в затруднительных ситуациях;
- представление ему необходимой информации;
- возможность выбора из альтернативных вариантов;
- самостоятельность пациента в принятии решений;
- возможность осуществления контроля за ходом исследования и лечения (со стороны пациента);
- вовлеченность пациента в процесс оказания ему медицинской помощи («терапевтическое сотрудничество»).

Синдром эмоционального выгорания

Термин «burnout» или «эмоциональное выгорание» впервые предложен американским психиатром Фрейденбергом в 1974 г. для обозначения специфического вида профессиональной деформации у лиц, вынужденных во время выполнения своих профессиональных обязанностей тесно общаться с людьми.

Причины синдрома эмоционального выгорания (СЭВ):

1. Группа личностных факторов

Проведенные исследования показали, что такие переменные, как возраст, семейное положение, стаж данной работы, никак не влияют на эмо-

циональное выгорание. Однако, показано, что женщины в большей степени склонны к эмоциональному истощению, так как у них отсутствует связь мотивации (удовлетворенность оплатой труда) и развития синдрома при наличии связи со значимостью работы как мотивом деятельности, удовлетворенностью профессиональным ростом.

Более подвержены СЭВ лица, испытывающие недостаток автономности.

В. Бойко выделены следующие личностные факторы, способствующие развитию СЭВ: склонность к эмоциональной холодности, к интенсивному переживанию негативных обстоятельств профессиональной деятельности, слабая мотивация эмоциональной отдачи в профессиональной деятельности.

2. Группа ролевых факторов

Немаловажным фактором формирования СЭВ является неправильное профессиональное ориентирование. При грамотном выборе профессии она обеспечивает не только материальное, но и моральное удовлетворение, карьерный рост и повышает самооценку и самоуважение. В случае обратной ситуации — человеку требуется значительное напряжение резервов адаптации для достижения результатов того же уровня.

Чаще всего, СЭВ формируется в ситуации неравноценного распределения ответственности за свои профессиональные действия, при которых совместные усилия не согласованы, нет интеграции действий, имеется конкуренция, в то время как успешный результат зависит от слаженных действий. Особенно наглядна эта ситуация для медицинской практики, где конечный результат зависит от усилий многих людей.

Другой фактор — дестабилизирующая организация деятельности и неблагоприятная психологическая атмосфера. Это нечеткая организация и планирование труда, недостаточность необходимых средств, наличие бюрократических моментов, многочасовая работа, имеющая трудноизмеримое содержание, наличие конфликтов как в системе «руководитель — подчиненный», так и между коллегами. И здесь на первый план выступает понятие коллегиальности в медицинской среде, поскольку доктор, негативно отзывающийся о своем коллеге при больном, подрывает не только его авторитет, но и собственный, и — медицины в целом.

СЭВ способствуют: отсутствие или недостаток социальной поддержки со стороны коллег и начальства; недостаточное вознаграждение за работу, как моральное, так и материальное; невозможность влиять на принятие важных решений; двусмысленные, неоднозначные требования к работе; постоянный риск штрафных санкций (выговор, увольнение, судебное преследование); однообразная, монотонная и бесперспективная деятельность; необходимость внешне проявлять эмоции, не соответствующие реальным, например, необходимость быть эмпатичным; отсутствие выходных, отпусков и интересов вне работы.

3. Организационный фактор

Развитие СЭВ связано с наличием напряженной психоэмоциональной деятельности: интенсивное общение, подкрепление его эмоциями, интен-

сивное восприятие, переработка и интерпретация получаемой информации и принятие решений.

Еще одним условием, способствующим формированию СЭВ, является работа с психологически трудным контингентом. Сюда можно отнести работу с психическими, онкологическими больными, в сфере оказания неотложной помощи при необходимости постоянного общения не только с больным, но и с родственниками.

Обязательным условием следует упомянуть ненормированный рабочий день, продолжительность которого часто превышает 24 часа. При этом особенно неблагоприятна депривация ночного сна, а также отсутствие фиксированных перерывов на отдых и принятие пищи в течение дня. Излишний объем работы в сжатых временных рамках приводит к нарушению переключения с работы на отдых, разрушение психологического барьера между работой и семьей, что в конечном итоге нарушает не только профессиональную, но и личностную адаптацию.

Повышают риск отсутствие профессионального образования и систематического повышения квалификации, невозможность участия или нерегулярное участие в профессиональных конференциях; молодой возраст, отсутствие жизненного опыта и опыта практической работы.

Клиническая картина СЭВ

Развитию СЭВ, предшествует период повышенной активности, когда человек полностью поглощен работой, отказывается от потребностей, забывает о собственных нуждах, в результате чего наступает первый признак: истощение — чувство перенапряжения и истощения эмоциональных и физических ресурсов, усталости, не проходящее после ночного сна. После периода отдыха (выходные или отпуск) эти проявления уменьшаются, но по возвращении в прежнюю рабочую ситуацию возобновляются.

Вторым признаком СЭВ является — личностная отстраненность, утрачивается интерес к больному, он воспринимается как неодушевленный предмет, само присутствие которого неприятно.

Третий признак СЭВ — ощущение утраты собственной эффективности или падение самооценки в рамках выгорания. Люди не видят перспектив для своей профессиональной деятельности, снижается удовлетворение работой, утрачивается вера в свои профессиональные возможности.

Выделяют *пять ключевых групп симптомов СЭВ*:

1. *Физические симптомы*: усталость, физическое утомление, истощение, уменьшение или увеличение веса, бессонница, плохое самочувствие, затрудненное дыхание, отдышка, тошнота, головокружение, чрезмерная потливость, дрожание, лабильность артериального давления со склонностью как к гипотак и гипертензии, язвы, фурункулез, сердечно-сосудистые заболевания.

2. *Эмоциональные симптомы*: недостаточная эмоциональность (увеличение деперсонализации своей или других), пессимизм, цинизм и черст-

вость в профессиональной деятельности и в личной жизни, безразличие и усталость, ощущения фрустрации и беспомощности, безнадежность, раздражительность, агрессивность, тревога, усиление иррационального беспокойства, неспособность сосредоточиться, депрессия, чувство вины, потеря идеалов, профессиональных перспектив, преобладание чувства одиночества.

3. *Поведенческие симптомы*: во время рабочего дня появляется усталость и желание прерваться, отдохнуть. Безразличие к еде; стол скудный, без изысков. Малая физическая нагрузка. Оправдание употребления табака, алкоголя, лекарств. Несчастные случаи (например: травмы, падения, аварии и т. д.). Импульсивное эмоциональное поведение.

4. *Интеллектуальное состояние*: уменьшение интереса к новым теориям и идеям в работе, уменьшение интереса к альтернативным подходам в решении проблем, утрата интереса к жизни, увеличение предпочтения стандартным шаблонам, рутине, нежели творческому подходу, неохотное участие или отказ от участия в развивающих экспериментах, формальное выполнение работы.

5. *Социальные симптомы*: уменьшение активности и интереса к досугу, хобби, скудные взаимоотношения с другими, как дома, так и на работе, ощущение недостатка поддержки со стороны семьи, друзей, коллег.

Профилактика СЭВ

1. Организация рационального чередования труда и отдыха, оптимальное сочетание профессиональных нагрузок и непрофессиональной деятельности.

2. Наличие альтернативных интересов, не затрагивающих профессиональную деятельность — хобби, увлечений (музыка, театр, литература, рыбалка, шахматы), а также друзей из непрофессиональной среды. Важно проводить достаточного времени с семьей и близкими по духу людьми.

3. Планирование деятельности с распределением времени на активный и пассивный отдых. Обязательная физическая активность, желательное сочетание силовых, агрессивных, и релаксационных упражнений или техники.

4. Общие гигиенические мероприятия — режим питания и сна, проветривания помещения, достаточный уровень освещенности, температурный режим.

5. Выработка сознательного отношения к работе и преодоления профессиональных стрессов, развитие сострадания и терпимости к больным, стремление к взаимопониманию с коллегами.

6. Формирование навыков саморефлексии, саморегуляции и переключения, а также анализа телесных ощущений для своевременного принятия мер по профилактике соматических симптомов и расстройств.

ТЕМА 2. ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ

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

Внешняя картина болезни — это все то, что врачу удастся получить всеми доступными методами исследования, все то, что можно описать и так или иначе зафиксировать числами, графически, кривыми, рентнограммами и т. д.

Внутренняя картина болезни (ВКБ) — это все то, что испытывает, переживает пациент, все множество его ощущений, не только местных, болезненных, но его общее самочувствие, самонаблюдение, его представление о своей болезни, ее причинах, все то, что связано для пациента с приходом к врачу, — весь огромный внутренний мир пациента, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущений, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм. Наиболее емким в плане смыслового значения является определение А. Р. Лурия «**Внутренняя картина болезни — это отражение болезни во внутреннем мире больного**».

Недооценка переживаний больного и его психики приводит врачей к недостаточно осторожному обращению с больными. В наше время пациент достаточно грамотен, разбирается в документах, и хуже всего то, что он склонен делать из них и из слов врача далеко идущие выводы, не оправдываемые истинным положением вещей.

Недостаточно бережное отношение врача к психике больного, к его внутреннему миру, недостаточно строгое и требовательное отношение к себе, когда дело идет о контактах с больным, недооценка врачом значения своих слов и всего своего поведения легко ведет к психической травме, в результате которой может возникнуть психогенным путем целый ряд соматических расстройств и заболеваний.

В течение столетий дело врача ограничивалось этапом жизни человека от болезни к смерти. Современность передвинула центр внимания врача на период от здоровья к болезни. Основной задачей врача является распознавание заболеваний в возможно ранних стадиях, когда практически можно рассчитывать на выздоровление и на полное восстановление качества жизни человека. Трудность состоит в том, что (по замечанию корифея современной психотерапии И. Ялома) универсальность стресса — одна из основных причин того, что врачам сложно определить и описать норму: различие между нормой и патологией количественные, а не качественные. В ранних фазах заболевания протекают либо совершенно скрыто, либо составляют причину ненормальных ощущений, заставляющих больных обращаться к врачам. Все обследования и исследования не должны стать самоцелью. Частое их повторение способно привить человеку прочную идею

о несуществующей у него болезни. Все оторванные от конкретного человека результаты анализов, исследований не решают сами по себе вопросы о диагнозе и еще меньше прогнозе, выздоровлении и трудоспособности.

Структура ВКБ многоуровневая и включает в себя следующие составляющие:

1. *Сенсорный уровень* — уровень непосредственного чувственного ощущения и состояния. На этом уровне определяется порог чувствительности к различным раздражителям.

2. *Эмоциональный уровень* — непосредственные эмоциональные реакции на последствия болезни в жизни человека. Реализация этого уровня осуществляется в подсознании. На этом уровне человек отвечает для себя на вопрос «Опасна или безопасна его болезнь?».

3. *Когнитивный уровень* — знания о болезни и ее рациональная оценка. Уровень реализуется в сознании при сравнении полученной информации с прошлым опытом.

4. *Мотивационный уровень* — возникновение новых мотивов и перестройка доболезненной мотивационной структуры человека. При этом формируется мотивационная матрица, направленность которой зависит от множества факторов. Уровень также является сознательным.

Знание структуры ВКБ позволяет врачу любой специальности не только определить, на каком из них наблюдаются ошибки в формировании отражения болезни, но и осуществлять направленное терапевтическое воздействие с помощью медикаментозных средств или элементов психотерапии.

Факторы, влияющие на ВКБ

Формирование ВКБ происходит на базе множества факторов, которые можно сгруппировать в три основные категории: *медицинские, индивидуально-психологические* и *социальные*. Каждая группа вносит свой вклад в ВКБ, однако выявление их помогает лучшему пониманию пациента и построение более тесного терапевтического альянса.

1. Медицинские факторы

Особенности и тяжесть самого заболевания

Каждая болезнь характеризуется набором специфических особенностей, затрагивающих значимые для больного сферы жизнедеятельности. В.Д. Менделевич выделяет следующие параметры, на основании которых формируется психологическое отношение к болезни:

1. Вероятность летального исхода.
2. Вероятность инвалидизации и хронизации.
3. Болевая характеристика болезни.
4. Необходимость радикального и паллиативного лечения.
5. Влияние болезни на возможность поддерживать прежний уровень общения;

6. Социальная значимость болезни и традиционное отношение к заболевшим в микросоциуме.

7. Влияние болезни на семейную и сексуальную сферу.

8. Влияние болезни на сферу развлечения и интересов.

Например: злокачественное новообразование вызывает чувство безысходности, обреченности, что усугубляет течение заболевания и приводит к его прогрессированию. Инфаркт миокарда порождает страх перед новыми приступами и возможным быстрым смертельным исходом. Венерические болезни связаны в общественном мнении с чувством стыда и вины.

Пол

Половая принадлежность человека, несомненно, оказывает существенное влияние на ВКБ. Переносимость болевых ощущений у мужчин и женщин дискуссионна, и единой точки зрения на этот вопрос не существует. Согласно современным воззрениям наибольшее влияние на порог болевой чувствительности в соответствии с половой принадлежностью оказывают психофизиологические особенности личности и психологические традиции роли женщины и мужчины в определенных обществах и культурах.

Кроме того, имеет определенное значение общественная роль женщины и мужчины. Так, при одинаковой тяжести заболевания (например: внегоспитальная пневмония), лечение женщины целесообразнее проводить в стационаре, а мужчину можно оставить в амбулаторных условиях. Это связано с физиологической способностью женщины к осуществлению сразу нескольких доминант, в том числе и поддержание домашнего очага, в то время как мужчина одновременно выполняет только одну.

Возраст

На характер ВКБ человека влияет возраст. Для каждой возрастной группы существует свой определенный реестр тяжести заболеваний.

Маленькие дети смотрят на болезнь глазами взрослых, собственной оценки происходящего не имеют. Это связано как с отсутствием собственного жизненного опыта и сформированной картины мира, так и другим типом мышления (для детей характерен наглядно-образный тип мышления). Кроме того, дети тяжело переносят боль и страдания, боятся больницы, обстановки, манипуляций, инструментов, хирургических вмешательств, повышено внушаемы, отвлекаемы, быстро забывают пережитое, переключаются на новую ситуацию.

Для *подростков и лиц молодого возраста* (14–45 лет) чаще встречается переоценка своего здоровья и недооценка болезни, неверие в возможность тяжелого заболевания, инвалидности. Люди этой возрастной группы тяжело реагируют на госпитализацию, недостаточно активно выполняют терапевтические назначения. Наиболее значимы для таких пациентов бо-

лезни, оказывающие влияние на внешний вид человека, даже если с медицинской точки зрения они не несут непосредственной угрозы для жизни (например: юношеские угри). Такой подход оказывает существенное влияние на проводимое лечение: например, проведение оперативных вмешательств по поводу новообразований, связанных с изменениями во внешности может привести к отказу от лечения и существенному усугублению прогноза основного заболевания.

Лица зрелого возраста психологически тяжело реагируют на хронические и инвалидизирующие заболевания. Это связано с системой ценностей данного возрастного периода: необходимость поддержания социального благополучия, благосостояния, независимости, самостоятельности. Наиболее значимыми в этот период являются онкологические и хронические соматические болезни.

В *пожилom возрасте* (65–74 года) наиболее значимыми становятся болезни, которые могут привести к смерти. 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 на фоне гипоксии головного мозга или развития деменции.

2. Индивидуально-психологические факторы

К ним относят особенности личности больного, его темперамент и характер, тип акцентуации.

Темперамент

К значимым параметрам темперамента можно отнести *эмоциональность* и связанный с ней *порог болевых ощущений* и параметр *активности* в связи с ограничением движений или *обездвиженностью*.

По мнению Айзенка экстраверты (люди с большей социальной направленностью) воспринимают все уровни стимуляции, в том числе и болевой, менее интенсивно, чем интраверты. В тоже время, согласно исследованиям Р. Мерзлака болевой порог коррелирует с эмоциональностью. В рамках известных типов темперамента более низкие болевые пороги имеют холерики и меланхолики.

Особенности характера

Тип акцентуации может определять выбор того или иного типа реагирования. Наибольший вклад в этот процесс следует признать за воспитанием в семье, а том числе — способам переносимости болезни, определение места параметра здоровье – болезнь в иерархии ценностей человека.

Семейные традиции определяют своеобразное ранжирование болезни по степени их тяжести. При этом субъективно более значимыми болезнями могут оказаться те, от которых, чаще всего, умирали или которыми, чаще всего, болели члены данной семьи, (например: отношение к артериальной гипертензии при этом будет более внимательным, нежели к онкологической патологии). Однако наличие стойкой ремиссии при хроническом заболевании будет способствовать стоическому отношению и целенаправленному продолжению лечения даже при неблагоприятном прогнозе.

Особенности личности

К личностным особенностям относят ценностные ориентиры человека. Гармоничные личности легче адаптируются к трудным условиям, вызванным болезнью. 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 наслаждению. Например, источником раздражающих и угнетающих мыслей для больного инфарктом миокарда в некоторых случаях может быть лишен возможности посещать бани, пить коньяк, курить.

3. Социальные факторы

На ВКБ оказывают влияние социальные условия, образ жизни и труда.

Важным является система отношений личности с действительностью и другими людьми (в семье, на работе, лечебном учреждении).

Для человека зрелого возраста огромное значение имеет настоящая и будущая трудоспособность, связанная с болезнью. Значимым становится профессионально обусловленная ценность того или иного органа. Например: для дегустатора более значимым заболеванием будет хронический ринит, нежели язва желудка, а для оперного певца — ангина или бронхит.

Имеет значение профессиональное соответствие пациента выбранной или выполняемой специальности. Так профессиональные водители будут стараться скрывать эпилептические припадки или обморочные состояния. В противоположность этому лица, имеющие инвалидность, связанную с профессиональными заболеваниями или трудовым увечьем, будут стремиться к сохранению симптомов заболевания как можно дольше.

Реакции на болезнь по степени адекватности

Выделяют следующие типы реакции 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).

1. *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.

2. *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 аггравация, 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.к. 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.

3. *Недооценка* тяжести заболевания означает отсутствие чувства болезни, отрицание имеющейся болезни или физического дефекта (анозогнозия). 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 ре-

жим, может отказываться от лечения. Встречается также при гипоксии мозга различной этиологии (например, терминальные стадии легочного туберкулеза).

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 неоприятные, 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.

4. Осознанное искажение тяжести заболевания.

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.

Типы внутренней картины болезни

Личко А. Е. и Иванов И. Я. (1980 г.) выделили тринадцать основных типов ВКБ. При этом были сформированы три блока по степени адаптированности больного:

1. Адаптация существенно не нарушена (гармонический, эргопатический типы).

2. Дезадаптивный блок с преобладанием интрапсихической направленности (тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический и апатический).

3. Дезадаптивный блок с интерпсихической направленностью (анозогностический, паранойяльный).

Гармонический — больной реально оценивает болезнь и сложившуюся ситуацию трезво без склонности к преувеличению или преуменьшению тяжести своего заболевания, стремится активно содействовать лечению. Характерно нежелание обременять других тяготами ухода за собой. В случае неблагоприятного прогноза — переключение интересов на те области, которые останутся доступны. При неблагоприятном прогнозе — сосредоточение интересов на судьбе близких, своем деле, завершении доступных проектов.

Эргопатический — уход от болезни в работу при любой тяжести заболевания. Такие больные трудятся с еще большим рвением, чем до болезни, стараются обследоваться и лечиться «не в ущерб работе». Иногда такие больные воспринимают болезнь как вызов своему «Я», является принципиальными противниками лекарств.

Анозогностический — активное непризнание болезни, отбрасывание мыслей о ней и о возможных последствиях. Приписывание проявлений болезни случайным обстоятельствам, несерьезным заболеваниям. Отказ от обследования и лечения. Этот тип реагирования может быть отражением нежелания считаться с реальным положением вещей, а с другой стороны — заблуждение человека по поводу значимости признаков болезни (например: при алкоголизме активное непризнание себя больным приводит к отказу от лечения).

Тревожный — наблюдается непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности или даже опасности лечения. Характерен поиск новых способов лечения, жажда дополнительной информации о болезни, осложнениях, методах терапии, «авторитетных специалистах» в этой области. Интересны объективные данные о болезни. Проявлением тревоги могут быть повышенный интерес пациента к медицинской литературе, придирчивость к медицинскому.

Обсессивно-фобический — характерна тревожная мнительность, прежде всего, в отношении нереальных или маловероятных исходов болезни, возможных, но малообоснованных неудач в жизни, работе, семейной ситуации. Воображаемые опасности волнуют больного гораздо больше реальных. В качестве защитного механизма используются приметы и ритуалы. Малозначимые события становятся для больного основополагающими для оценки прогноза заболевания (например: от того, в какой последовательности войдут сегодня утром в палату врач и медсестра, зависит исход операции и т. д.).

Ипохондрический — характерно сосредоточение на субъективных болезненных или неприятных ощущениях. Больной стремится постоянно рассказывать окружающим о своих симптомах и ощущениях, склонен преувеличивать их, выискивает несуществующие болезни и страдания; преувеличивает побочные действия лекарств. Сочетание желания лечиться и неверие в успех, страх упустить что-то важное, существенное для правильной диагностики. Благоприятное влияние на психологический статус такого больного оказывает участливое и сочувственное отношение собеседника, негативное — недоверие к его жалобам, упреки в симуляции.

Неврастенический — поведение по типу раздражительной слабости. У больного наблюдаются вспышки раздражения при болях, неприятных ощущениях, неудачах, неблагоприятных данных обследования. Раздражение нередко выливается на первый попавшийся объект и, как правило, завершается раскаянием и слезами. При этом типе реагирования больной плохо переносит болевые ощущения, нетерпелив, не способен ждать облегчения. Пациент капризен, требовательным. Он ищет ласки, успокоения.

Меланхолический — больной удручен своим заболеванием, не верит в выздоровление. Возможны активные депрессивные высказывания, вплоть до суицидальных мыслей. Неверие в успех лечения при благоприятных объективных данных, пессимистический взгляд на окружающие события. Такой тип реагирования может быть характерен для медицинских работников в силу разнообразия знаний, полученных в процессе обучения и практики. При этом уменьшаются возможности саногенеза.

Апатический — полное безразличие к своей судьбе, исходу болезни, результатам лечения. Больной пассивно принимает назначенное лечение, однако при этом требуется настойчивое побуждение со стороны окружающих. Утрата интереса к ранее значимым областям жизни.

Сенситивный — характерна чрезмерная озабоченность возможным неблагоприятным впечатлением на окружающих сведений о его болезни, опасение, что окружающие станут его избегать считать неполноценным, пренебрежительно относиться, распускать сплетни. Боязнь стать обузой для близких. Такие пациенты склонны к извиняющемуся стилю поведения. Они нередко в ущерб своему здоровью стесняются обращаться к врачу или медицинской сестре даже в случаях угрожающего для жизни состояния. Отмечается робость, застенчивость, повышенная скромность.

Эгоцентрический — уход в болезнь. В психологической картине преобладает выставление своих переживаний напоказ с целью полной концентрации внимания на себе. Требуют исключительной заботы, разговоры окружающих быстро переводятся на себя, остальные члены семьи или окружения, требующие заботы и внимания, воспринимаются как конкуренты, отношение к ним неприязненное. Иногда этот тип реагирования обозначают как истерический, нередко он используется для упреков и шантажа окружающих. Характерен механизм психологической защиты по типу регрессии, соскальзывания на более примитивный уровень реагирования. В описании жалоб преобладают красочность, гротескность, манерность, которая сопровождается выраженной жестикуляцией и мимикой.

Эйфорический — для больного характерно необоснованно повышенное настроение, пренебрежение к результатам обследования и назначениям, легкомысленное отношение к лечению. Больной надеется, что болезнь «пройдет сама собой». Преобладает желание получить от жизни все, не смотря на болезнь. Внешне такой больной избыточно весел, многоречив, суетлив. Нарушения режима в такой ситуации часто приводят к неблагоприятному течению и исхода заболевания.

Паранояльный — представление о болезни как результате чьего-то злого умысла. Больной крайне подозрителен, стремится приписать возникновение болезни внешнему целенаправленному воздействию, а возможные осложнения лечения или побочные действия лекарств халатности или злему умыслу врачей и медицинского персонала. Результатом такого отношения пациента могут стать настойчивые жалобы с требованием наказать виновных в неблагоприятном течении заболевания. Как правило, подобный тип реагирования формируется на базе определенных личностных особенностей.

ТЕМА 3. ОСНОВЫ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Психосоматические заболевания

Психосоматические расстройства в настоящее время по праву считаются «патологией цивилизации». По данным разных авторов их частота составляет от 30 до 55 % среди обратившихся за медицинской помощью к врачам терапевтической и хирургической сети и от 10 до 52% — в общей популяции. Для психосоматических расстройств характерно не только высокая распространенность, но и нарастание этой распространенности год от года. По данным Л. В. Мазурина (1989) в 70–80 годы психосоматическая патология пищеварительного тракта возросла с 75 больных до 110 на 1000 детского населения. А распространенность астмы среди детей с 60-х по 80-е годы увеличилась на 300 %, в то время как в 60-х годах бронхиальная астма отмечалась в популяции у 2 % детей.

Понятие «психосоматики» введено в J. Heinroth (1818), «соматопсихики» М. Jacobi (1828). Под этим термином понимают функциональные расстройства одной или нескольких систем организма, не имеющего под собой органического основания. Обязательным условием возникновения психосоматических расстройств является его четкая связь с психологическими и социальными факторами.

Современная ортодоксальная медицина рассматривает человека в привычном биологическом, даже патологоанатомическом аспекте, т.е. как обладателя тела, определенным образом патофизиологически измененного. И она в этом по-своему права. Но личность человека — это уникальное сочетание биологического, психологического и социального, и рассмотрение взаимовлияния этих трех составляющих не может ограничиться изучением соматического и психиатрического, патопсихологического состояний. Различные поколения врачей, психологов и философов приходили к выводу, что между психическим и соматическим существенной разницы нет, есть сложный процесс взаимодействия и взаимовлияния, на стыке которых при рассогласовании деятельности возникают расстройства. Так возникла идея и направление психосоматической медицины.

Хотя сам термин «психосоматика» возник лишь в 1918 году, идеи единства души и тела исходят из глубокой древности, где гиппократовские ученики считали, что болезнь — расстройство между субъектом и действительностью, рассматривая патологию органов в единстве с патологией отношений.

Теоретические основы психосоматической медицины закладывались многими авторами, причем приоритет принадлежит И. П. Павлову, З. Фрейд, В. Кэннону. В настоящее время еще не существует стройной и общепризнанной системы теоретических основ психосоматических расстройств, выделяют основные направления:

Психосоматические расстройства (ПСР) — это сборная группа болезненных состояний, возникающих при взаимодействии соматических и психических патогенных факторов (П. Т. Петрюк, И. Я. Якушенко). Придерживаясь этого определения, ПСР могут рассматриваться как психогенно обусловленные соматические нарушения или как соматогенные психические расстройства, которые иногда называют психогениями.

К ПСЗ традиционно относят:

1. **Соматические заболевания** возникновение или обострение которых связано с лабильностью организма по отношению к воздействию *психотравмирующих* факторов (например: ишемическая болезнь сердца (ИБС), артериальная гипертензия (АГ), язвенная болезнь желудка (ЯБЖ) и 12-перстной кишки, аллергические реакции и др.).

2. **Соматоформные** расстройства или органические неврозы. Это психогенные заболевания, которые проявляются функциональными расстройствами внутренних органов или систем при возможном участии пограничной или субклинической соматической патологии (например: кардионевроз, гипервентиляционный синдром, синдром раздраженной кишки и др.).

3. **Нозогении** — под этим термином понимают психогенные реакции, которые возникают в связи с появлением соматического заболевания. Этот вид ПСР относится к группе реактивных состояний. Появление их связано с реакцией человека на тяжесть возникшего заболевания, опасность для жизни, ограничения, накладываемыми на бытовую и профессиональную деятельность. Проявляются нозогении невротическими, патохарактерологическими или аффективными расстройствами.

4. **Соматогении** — симптоматические психозы. Эти расстройства возникают в связи с воздействием на психическую сферу массивного соматического фактора (например: интоксикация, инфекционное заболевание, гипогликемическое состояние) или как осложнение некоторых методов лечения (например: астенические расстройства у больных, находящихся на гемодиализе).

Для постановки диагноза ПЗ предложены и используются следующие критерии:

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

1. Функциональный характер.
2. Обратимость.
3. Длительность существования.
4. Локализация.
5. Характер связи с особенностями личности.
6. Особенности взаимосвязи с психологическими факторами.

В международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) ПСР относятся к следующим рубрикам:

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

Наиболее общеизвестным аналогом ПСР в соматической медицине является *синдром вегетативной дистонии*, которым злоупотребляют врачи общей практики. Такой подход приводит не только к хронизации состояния больных, неверии в благоприятный исход и компетенцию врача, но и негативному отношению к нему медицинского персонала.

Патогенез психосоматических расстройств

Патогенез ПСР складывается из многочисленных факторов:

- неспецифической наследственной и врожденной отягощенности соматическими нарушениями и дефектами;
- наследственной предрасположенности к психосоматическим расстройствам;
- изменений в центральной нервной системе, приводящих к нейродинамическим сдвигам;
- личностных особенностей;
- психического и физического состояния во время психотравмирующих событий;
- фона неблагоприятных семейных и других социальных факторов;
- особенностей психотравмирующих событий.

Под первым фактором понимают пороки развития лимбических структур, отвечающих за нормальное функционирование висцеральных органов и систем.

Наследственная предрасположенность предполагает под собой свидетельства в пользу большей ранимости тех органов и систем, психосоматическая патология которых наблюдается в семейном анамнезе из поколения в поколение (например: ЯБЖ).

Нейродинамические сдвиги способствуют накоплению аффективного возбуждения и повышению вегетативной реактивности организма, что способствует избыточной лабильности и подавлению саморегулирующих механизмов соответствующей висцеральной системы, возникает ее относительная независимость от высшей нервной деятельности.

Существует несколько подходов описания личностных особенностей, ответственных за возникновение ПСР. С точки зрения личностной теории каждому типу личностных особенностей соответствует своя нозологическая форма. Так, например, у стеничного, целеустремленного, ответственного, гиперработоспособного человека, как правило развивается ИБС, а у лиц, склонных к истероидным реакциям, инфантильных, зависимых — бронхиальная астма (БА). С другой точки зрения ПСР наиболее часто возникают у лиц с низким порогом чувствительности к раздражителям, высо-

кой интенсивностью реакций на внешние раздражители, трудностью адаптации к новым впечатлениям, высокой зависимостью от мнения окружающих, низкой самооценкой, преобладанием отрицательных эмоций. Таких людей отличает замкнутость, сдержанность, недоверчивость, тревожность, сенситивность, склонность к легкому возникновению фрустраций, преобладание отрицательных эмоций над положительными, невысокий уровень интеллектуального функционирования в сочетании с выраженной нормативностью и установкой на достижения высоких результатов.

Психическое и физическое состояние во время действия психотравмирующих событий определяет порог чувствительности к раздражителям. Например, сниженный фон настроения снижает порог болевой чувствительности и болезнь воспринимается острее. Утомление или наличие сопутствующей патологии также предполагают к негативным последствиям воздействия психотравмирующей ситуации.

Немаловажную роль в формировании порога играют фон неблагоприятных семейных и профессиональных обстоятельств.

Особенностью психотравмирующей ситуации является ее характер. Не каждое стрессовое воздействие может привести к формированию ПСР. Обязательным условием является сила воздействия, превышающее порог адаптивности для данного индивидуума. В противном случае адаптационные резервы компенсируют патогенетическое влияние. Например: при тренировке мышечной массы необходимо, чтобы нагрузка вызывала повышение частоты сердечных сокращений более 120 ударов в мин в течение более 3-х минут.

ПСР могут вызвать запредельные по силе события, превышающие адаптационный резерв организма, или надпороговые стимулы меньшей интенсивности, но при длительной экспозиции. Например: служащего ежедневно вызывает директор и обещает уволить завтра.

Теоретические концепции психосоматической медицины:

1. Психоаналитическое или психодинамическое направление.
2. Теория Мичерлинха и Шура десоматизации и ресоматизации.
3. Характерологическая теория.
4. Психосоматическая концепция Александра.
5. Концепция алекситимии.
6. Нейроэндокринная теория (Кэнона и Селье).
7. Нейродинамическое.
8. Целостный подход.
9. Ряд различных эмпирических теорий.

1. *Психоаналитическое или психодинамическое направление* базировались на работах З. Фрейда (1924) «Печаль и меланхолия» и Й. Брейера «Исследование истерии» (1895), где была обоснована конверсия психического в соматическое (например: истерическая слепота, глухота, двигательные наруше-

ния). Длительное время психоаналитики разрабатывали проблему с учетом того, что в основе соматических нарушений лежат эмоциональные нарушения, но делали это опосредованно и в теориях возникновения психосоматических расстройств, которые они выдвигали, эмоции лишь упоминались.

2. *Теория десоматизации*, объясняющая возникновение ПСР (М. Shur, 1953), рассматривает психосоматическое реагирования детей на разных возрастных этапах и отмечает, что в раннем детстве ребенок на психотравмирующее воздействие чаще реагирует соматически за счет недостаточности «Я». С возрастом роль «Я» возрастает, и у взрослого реже отмечается соматовегетативное реагирование на те или иные травмирующие воздействия, т. е. те или иные эмоциональные нарушения меньше сопровождаются у него соматическими изменениями. При *ресоматизации* дигенез различно способствует возврату на более ранний тип реагирования и взрослый человек реагирует на те или иные воздействия как ребенок, соматическими расстройствами (например: вместо реакции раздражения или слез — возникают боли в области сердца).

3. *Характерологическая теория ПСР* — это теория акцентуации личности, представленная К. Леонгардом (1981) и А.Е. Личко (1983), описывающая взаимосвязь между изменениями личности и соматическими нарушениями. Одна из наиболее популярных в настоящее время. Существуют многочисленные модели определения предрасположенности к той или иной группе патологий: по группам крови, по типам темперамента (например: холерики более склонны к заболеваниям верхней части желудочно-кишечного тракта, сангвиники — к заболеваниям сердечно-сосудистой системы и т. д.). Наиболее разработанным в этом плане является тип личности А — патохарактерологическая концепция больных с артериальной гипертензией.

4. *Психосоматическая концепция Ф. Александера*. Ф. Александер со своими сотрудниками в Чикагском институте психоанализа занимались проблемой ПСР и их психотерапевтического лечения. Ими были описаны несколько стереотипов реакции личности на те или иные события, с развитием соответствующих соматических заболеваний. Позже, психоаналитик F. Dunbar (1954) выделила 11 типов личности и выдвинула теорию возникновения психосоматических расстройств на основе этого. В число этих типов личности входили: язвенный, сердечный, артритический и т. д. И та, и другая теория базировались на одном из факторов, который способствует возникновению психосоматических расстройств, не говоря об эмоциональных проявлениях, на роли личностных особенностей того или иного индивидуума в возникновении соматических расстройств в ответ на психотравмирующее воздействие.

Психоаналитическое и психодинамическое (З. Фрейд, Ф. Александер), направление, позволившее впервые обратить внимание на конверсию (перенос) психических переживаний на соматический орган, что соответству-

ет истерическим, конверсионным и соматоформным расстройствам по современной классификации. Патогенная роль при этом отводится развивающейся в детстве внутренней психической конфликтности, которая не осознается и вытесняется из сознания в последующие периоды жизни. Под влиянием же неблагоприятных социально-психологических факторов эти ранние подсознательные комплексы вскрываются и создают дополнительные внутренние переживания.

Еще в начале века один их последователей З. Фрейда Вильгельм Райх интуитивно и эмпирически, на основании клинических наблюдений выдвинул теорию «мышечного панциря» и отождествил его с панцирем характерологическим. Согласно ей, психические процессы и черты характера имеют свои физические эквиваленты, проявляющиеся в походке, жестах, мимике, позе. Универсальным отражением подавления эмоций является мышечная ригидность, или мышечный «панцирь». Расслабление (или «распускание», по В. Райху) этих зажимов освобождает блокированную энергию, способствует лучшей самореализации.

5. В последнее время получила развитие *теория алекситимии* (P. Sifneos, 1973). Это теория «недостаточной вербализации эмоций». Было отмечено, что больные, страдающие ПСР, не могут описать свои эмоциональные состояния. Они не в состоянии охарактеризовать свои болезненные проявления в достаточной степени полно и это, по предположению автора теории, является признаком, позволяющим установить наличие психосоматических расстройств, т.е. подтверждает в какой-то мере диагноз.

6. *Нейроэндокринная теория* (Кэннон и Г. Селье). Кроме того, существует теория «утраты значимых для индивида объектов» (H. Freyberger, 1976 г.), которая подчеркивала роль психотравмы в генезе соматических расстройств. Вообще, психоаналитики отмечали роль выраженной, массивной психотравмы (в связи с потерей родственника, близкого человека, защитника, любимого человека), т. е. травмы, которая, по их мнению, оказывала достаточно сильное влияние на личность и способствовала возникновению отрицательных эмоций и, соответственно, психосоматических расстройств. Нейроэндокринное (Кэннон, Г. Селье) направление в виде учения об общем адаптационном стрессе также способствовало пониманию патогенеза психосоматических расстройств, т. к. под влиянием любого стрессора организм отвечает первоначальной реакцией тревоги с возбуждением системы гипоталамус – гипофиз – кора надпочечников и выбросом в кровь соответствующих гормонов. В результате сложных нейрогуморальных воздействий происходят изменения в сердечно-сосудистой системе, слизистой пищеварительного тракта, в коже и других органах. Особенно значительными эти изменения будут в фазах тревоги и истощения.

7. *Нейродинамическое* (И. П. Павлов, И. М. Сеченов, Анохин) направление внесло существенный вклад в теоретическое обоснование пси-

хосоматической медицины в виде учения об условных рефлексах и опытом по «экспериментальным неврозам» у животных. Им удалось с большой убедительностью доказать появление биологических и соматических изменений различного уровня и характера под влиянием чисто психических факторов. Эта теория наглядно иллюстрирует влияние ускоряющегося ритма жизни на формирование ПСР. Например: обезьяна, наделенная функциями лидерства быстрее седела, у нее появлялись признаки атеросклероза и повышение артериального давления.

Классификация психосоматических заболеваний

«Большие» психосоматические заболевания:

- ишемическая болезнь сердца;
- артериальная гипертензия;
- 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 (СРК);
- заболевания кожи: нейродермиты, экземы.

«Малые» психосоматические заболевания

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

Распределение функциональных расстройств по системам:

• *неврологические*: психическая гиперестезия и гипестезия, тинит, патологическое головокружение, не сопровождающиеся появлением нистагма и атаксии, психогенные дискинезии, такие как лицевые тики, психогенные невралгии, псевдокорешковые синдромы — люмба́лгия, 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 дисменорея. Классическим документированным примером такого рода ПСЗ служат случаи появления ложной беременности у представительниц королевских родов Европы.

Частная психосоматика

Заболевания сердечно-сосудистой системы

Сердце и сосуды участвуют во всех формах жизнедеятельности, хотя в норме человек этого не замечает. Сердце ощущается только при отклонении от нормы и болезненных состояниях. Нужно отметить, что даже в случаях тяжёлых нарушений, например, при врожденном пороке сердца, сердечные феномены субъективно воспринимаются лишь на поздних стадиях декомпенсации. Однако при эмоциональных нагрузках состояние сердца может субъективно восприниматься как неблагоприятное в связи с возникающими тахикардией, экстрасистолией, одышкой. Этот признак неблагополучия способствует усилению состояния страха и дополнительному выбросу адреналина.

Выделяют коронарный тип личности А, предрасположенный к инфаркту миокарда. Он включает в себя такие свойства как высокий уровень притязаний, выраженное стремление к достижению цели, стремление к конкурентной борьбе. Такой человек постоянно испытывает дефицит времени. Он стремится выполнять все лучше и быстрее других, систематически преодолевая чувство усталости. Ишемия миокарда может возникнуть в случае неконтролируемой человеком ситуации, утрате им контроля или самообладания.

Артериальная гипертензия

Повышенное артериальное давление встречается у 25% населения, длительное время протекает бессимптомно и при отсутствии лечения приводит к сокращению продолжительности жизни в связи с осложнениями со стороны нервной, сердечно-сосудистой и мочевыделительной системы. Почти у 90 % с артериальной гипертензией (АГ) не выявляется причин, лежащих в ее основе.

Основными параметрами личности, склонной к формированию артериальной гипертензии является интерперсональное напряжение между агрессивными импульсами с одной стороны, и чувством зависимости — с другой. У больного гипертония обусловлена желанием открыто проявлять враждебность при одновременной потребности в пассивном и адаптивном поведении. Этот внутриличностный конфликт можно описать как одновременную нацеленность на прямоту, честность, откровенность в общении

и вежливость, учтивость и избегание конфликтов. Подавление отрицательных эмоций в период стресса сопровождается естественным повышением артериального давления, а хронический стресс, связанный с гиперответственностью такого человека за выполнение своих и чужих обязанностей, приводит к хронизации ситуации.

Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки

У человека с этой патологией в связи с особенностями детского воспитания формируется своеобразный характер, приводящий к тому, что во взрослом состоянии индивид испытывает постоянную потребность в защите, поддержке и опеке. Одновременно этот же человек стремится к силе, самостоятельности и независимости. В результате происходит столкновение двух взаимоисключающих потребностей.

Бронхиальная астма

Слово «астма» в переводе с греческого означает стеснение в груди. Это аллергическая реакция, свидетельствующая о сверхчувствительности организма к внешним раздражениям. Сужение дыхательных путей, отек и выделение слизи приводят к затрудненному дыханию, вызывают чувство страха за свою жизнь. При бронхиальной астме отмечаются противоречия между желанием нежности и страхом перед ней. Астматические приступы происходят, как правило, в типичных ситуациях и символизируют неприятие определенных событий и особенностей. Спазм, наблюдаемый у больного, призван удержать то, что он имеет, и не впустить ничего нового. Стеснение и страх неотделимы друг от друга. Астматик демонстрирует страх перед откровенностью, судорожно задерживая дыхание, но также и страх перед новым, неизвестным, всем тем, чего не желает принимать.

Эти люди часто обладают истерическими или ипохондрическими чертами характера, но они не способны «выпустить гнев в воздух», что и способствует возникновению приступа удушья. Для астматиков также характерна повышенная чувствительность к запахам одновременно с пониженной аккуратностью.

Артроз — прогрессирующая форма заболевания суставов. Кроме затвердения и болей, наблюдается деформация суставов. Человек, надолго застывший в своей духовной негибкости и неподвижности, получает болезненное напоминание о необходимости выбираться на правильный путь. Упрямство может привести к деформации суставов. Страх не справиться с неизвестной ситуацией у некоторых людей тормозит это стремление.

Ревматоидный артрит

Типичной для таких больных считается «застывшая или преувеличенная позиция» больного, демонстрация высокого уровня самоконтроля. Характерна тенденция к самопожертвованию и преувеличенной готовности помочь окружающим. При этом отмечается «агрессивная окраска помощи».

Сахарный диабет

Диабет называют также сахарной болезнью. Точнее было бы назвать ее сахаровыводящей, поскольку организм больного не в состоянии перерабатывать сахар. Недостаток инсулина не позволяет сахару попадать из крови в клетки. Единственной обязательной чертой личности для больных с сахарным диабетом считается хроническая неудовлетворенность. Однако существует мнение, что сахар — символ любви. Сладостями компенсируется ее отсутствие. Но если любовь и принимается, нет жизненной энергии для ее усвоения. Ее невозможно оценить по достоинству. Диабетик не выносит привязанности и любви, хотя жаждет их. Бессознательно он отвергает любовь, так как считает себя недостойным ее. Он не любит сам себя и не в состоянии принять любовь других.

Заболевания щитовидной железы

Гормоны, вырабатываемые щитовидной железой, активизируют обмен веществ во всем организме. Активизируется дыхание, пищеварение, сердечная деятельность, кровообращение. Больные с гиперфункцией щитовидной железы, очевидно, не могут получить нужной энергии. Гиперфункция становится символом вождения и ненасытности. Ясно, что нельзя удовлетворить потребность очевидно негодными средствами. Если искать вовне то, что можно найти только внутри, можно проискать долго.

Болезнь Крона

Возникновение заболевания связывают с переживанием «потери объекта» и «катастроф переживания». У больных отмечается заниженная самооценка, чрезмерная чувствительность к неудачам и стремление к зависимости и опеке. Заболевание рассматривается как эквивалент печали.

Колиты

Наряду с болью при испражнениях колит характеризуется кровянистыми выделениями из кишечника. Больной «выбрасывает часть своего тела». Это указывает на несамостоятельность, подчиненность позиции и подходов к болевым ощущениям. Это происходит не добровольно, а под воздействием страха. В общем случае это страх перед отчуждением или перед возможностью совершить ошибку, заставляющий отдавать часть себя, вместо того, чтобы поддерживать собственную целостность. Колиты также являются эквивалентом скрытой, соматически замаскированной депрессии, особенно, когда сопровождаются хроническими запорами.

Синдром раздраженной кишки

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. Средний возраст пациентов 24–41 год. 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.

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, подчеркнута 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.

Нейродермит

В структуре личности такого больного 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 стремление 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.

ТЕМА 4. ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕКСОЛОГИИ. ОСНОВЫ ПСИХОТЕРАПИИ

Медицинская сексология — междисциплинарная наука, объединяющая ряд областей медицины, психологии и социологии по принципу «человек носитель пола». Сексопатология — область клинической медицины, изучающая половые расстройства, а также разрабатывающая методы их диагностики, лечения и профилактики.

Понятие о норме в сексуальной жизни человека

Нормы в сексологии:

1. Два разнополых человека.
2. Физическая и психическая зрелость партнеров.
3. Взаимное согласие.
4. Стремление к обоюдному удовольствию.
5. Отсутствие ущерба собственному здоровью.
6. Отсутствие ущерба окружающим людям и обществу в целом.

Определение понятия «нормы» в сексологии имеет определенные трудности, обусловленные тесным переплетением биологических, личностных и социальных факторов, а также чрезвычайной вариативностью индивидуальных отклонений. В это понятие включено несколько аспектов, тесно связанных между собой. И.С. Коном в 1967 г. было выделено три основных аспекта, формирующих понятие нормы: *моральный, статистический и физиологический*. Позднее к ним было добавлено еще два — *возрастной и конституциональный*.

Моральная составляющая представляет собой основные постулаты в отношении половой жизни, принятые в данном конкретном обществе. Например: представители экономически менее обеспеченных и менее образованных слоев населения, резко осуждая мастурбацию, положительно относились к добрачным половым связям и частой смене сексуальных партнеров, а представители же экономически более обеспеченных и более образованных слоев населения, половая практика которых характеризовалась более поздним началом половых связей и стойкостью установившихся отношений, проявляли терпимость в отношении мастурбации, и в собственной сексуальной практике применяли ее в течение многих лет.

Статистический аспект вытекает из Гауссовского или нормального распределения явлений в природе. На верхушке колоколообразной кривой располагаются наиболее часто встречающиеся признаки, которые принимаются за «нормальные». Любые отклонения при этом считаются патологическими. Практическая значимость уяснения понятия «нормы» в половой жизни определяется тем, что часть пациентов обращается за сексологической помощью именно из-за превратных представлений о нормах, ибо у них обычно не обнаруживается каких бы то ни было расстройств поло-

вой сферы. Так, «сексологические» архивы хранят документы, свидетельствующие, с одной стороны, о длительном и упорном лечении по поводу *ejaculatio praecox* при продолжительности копулятивных фрикций 5–10 мин и, с другой — случайно выявляемые факты, когда наступление эякуляции после 3–5 фрикций, наблюдаемое на протяжении многих лет семейной жизни, не вызывает никакого беспокойства ни у одного из супругов.

Физиологическая составляющая наиболее полно описывается понятием «*половая конституция*».

Факторы, влияющие на формирование индивидуальной нормы:

Особенности психо-сексуального развития.

- *7–12 неделя внутриутробного развития* — в этот период происходит формирование половых органов будущего ребенка, которые начинают вырабатывать половые гормоны. Под влиянием изменившегося гормонального фона наблюдается перестройка и особенности развития коры головного мозга по женскому или мужскому типу. Если в этот период случается нарушение гестации в виде инфекций, травмы, гипоксии плода — возможны грубые перверзии по типу гомосексуализма;

- *возраст до 1–1,5 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;

В этот период особенную значимость получают физиологические комплексы ребенка, которые при неверной реакции на них родителей, могут привести к формированию неверной ролевой программы в будущем. Выделяют:

- *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.;

- *3–12 лет* — формирование поло-ролевых установок, мужчины — сильные, волевые и лидирующие, женщины — слабые и подчиненные или наоборот. На этом этапе наибольшую значимость приобретают ролевое поведение родителей в семье, которое подсознательно копируется ребенком и переносится на свою дальнейшую жизнь. Немаловажно также при-

нятие общественных установок, принятых в данном конкретном обществе и определяющих роль женщины и мужчины;

- *11–26 лет* — этап психо-сексуальных установок включает в себя стадии:

а) *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.

Значимость этой стадии состоит в формировании идеического образа, который ребенок пронесет через всю дальнейшую жизнь и с которым будет сравнивать всех будущих половых партнеров. Образ идеального партнера формируется на базе образа родителя противоположного пола (согласно особенностям психосексуального развития, первым суррогатным половым партнером для ребенка становится родитель противоположного пола) и корректируется под влиянием доступных средств массовой информации и общественного мнения. Например: над кроватью подростка 11–13 лет часто можно увидеть плакаты с изображением «кумира».

В этот период также возможно формирование физиологических комплексов:

- *комплекс Электры* у девочек проявляется влюбленностью в отца (или человека, который его заменяет), который становится первым (условным, суррогатным) партнером. Девочка бессознательно кокетничает с ним, стремится 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 выбрать себе партнерш намного старше («материнского типа») или оставаться жить с мамой, объясняя это отсутствием «достойных» женщин;

б) *эротическая стадия* — период активного ухаживания, стремления к прикосновениям, ласкам, прогулки при луне с поцелуями, ласками. Характеризуется переносом полового влечения с идеального партнера на подростков противоположного пола. В этот период происходит физиоло-

гическое отторжение подростка от родителей. Выраженная фрустрация может способствовать оптимальному переходу к следующему этапу, если происходит частичное удовлетворение — может возникать тенденция к «застреванию». Достаточно часто встречается у девушек, особенно при эмоциональной недостаточности, «недоласканности», холодности в семье (если в семье принят жесткий, пуританский тип воспитания с отношением к сексу как к чему-то грязному и недостойному);

в) *сексуальная стадия* — возникает стремление к половому акту, способность получать сексуальное удовлетворение, формирование стереотипов. Границей этой стадии является первый половой акт.

2. *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.

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

3. *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.

4. *Личностные особенности* — темперамент как таковой, акцентуации характера в значительной степени влияют, а часто и определяют и индивидуальные нормы, и адаптивность или неадаптивность сексуального поведения. Особенную значимость приобретают личностные особенности при адаптации в паре, преимущественно, на ранних этапах. Недостаточная личностная зрелость партнеров и их совместимость могут привести к распаду отношений или формированию негармоничного союза, который в дальнейшем приводит к появлению психосоматических заболеваний.

Выделяют несколько основных видов половых расстройств:

1. *Социально-психологические дисгармонии*, обусловленные недостаточной эмоциональной и социальной незрелостью 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.

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.

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.

Основы психотерапии

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 упоминал о пользе «душевной беседы» в лечение пациента. Многие годы этот метод использовался 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 мы используем 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 значение инструмента, которым мы пользуемся в ходе психотерапевтического процесса.

4. Методы в значение 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, пока-

занного к использованию у всех больных, как нет и единой таблетки для лечения всех болезней.

Необходимы суггестивные методы при ИЛЛ для уменьшения сенби-оспазма.

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.

Рационально-эмотивная психотерапия.

Автором этого направление 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. Наиболее значимыми, определяющими он считал когниции, которые подразделял на следующие:

- 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 сверхтребо-

ваниям. Человек, который имеет проблемы в эмоциональной сфере, согласно РЭТ, всегда чего-то требует от окружающих. Этих требований четыре:

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

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

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

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

При невыполнении этих условий такой человек склонен к свехдраматизации неудач.

Эллис выделил 4 группы иррациональных установок:

1. Катастрофические.
2. Установки обязательного долженствования.
3. Установки обязательной реализации своих потребностей.
4. Глобальные оценочные установки.

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

Суггестивная психотерапия

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:

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

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.

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 не критическому восприятию информации. Она 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.

Нейролингвистическое программирование (НЛП)

Современное направление практической психологии. Появилось оно в 70-е годы прошлого века в США. Основателями НЛП считаются Джон Гриндер и Ричард Бендлер.

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 контекст. Исходя из этого, НЛП рассматривает любое человеческое поведение (даже патологическое) сквозь призму выборов, которые предоставляет человеку его «карта». Так, маленький ребенок воспринимает книгу как твер-

дый 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 способен 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 (преимущественному каналу получения информации о мире) пациента. Примерно так же он отражает и свой внутренний мир: либо, преимущественно, «в картинках» — визуал, либо в совокупности ощущений — кинестетик, либо в звуках и шумах — аудиал. 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 (визуал скажет «это яркое событие», кинестетик — «событие затрагивает сущность проблемы») и глазодвигательных паттернов. 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.

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 вовлеченности. 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).

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 сер-

дечной 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:

- неврозов;
- функциональных расстройств;
- психосоматических заболеваний;

Применяется также как метод психогигиены.

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).

ЛИТЕРАТУРА

Основная

1. *Банщикова, В. М.* Медицинская психология / В. М. Банщикова, В. С. Гуськов. — М., 1967.
2. *Боухал, Р.* Психология в медицине / Р. Боухал, М. Конечный. — Прага: Медицинское издательство, Авиценум. — 1983.
3. *Грандо, А. А.* Врачебная этика и медицинская деонтология / А. А. Грандо. — Киев, 1988.
4. *Кирпиченко, А. А.* Основы медицинской психологии / А. А. Кирпиченко, Б. Б. Ладик, А. А. Пашков. — Мн.: «Выш. шк.», 1998.
5. *Лакосина, Н. Д.* Учебное пособие по медицинской психологии / Н. Д. Лакосина, Г. К. Ушаков. — М., 1984.
6. *Карвасарский, Б. Д.* Медицинская психология / Б. Д. Карвасарский. — Л.: Медицина, 1982.
7. *Квасенко, А. Б.* Психология больного / А. Б. Квасенко, Ю. Г. Зубарев. — Л., 1986.
8. *Кемпиньски, А.* Познание больного / А. Кемпиньски. — Мн.: Выш. шк., 1998.
9. *Лурия, Р. А.* Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания / Р. А. Лурия. — М.: Медицина, 1977.
10. *Менделевич, В. Д.* Клиническая и медицинская психология / В. Д. Менделевич. — М. «МЕДпресс-информ», 2005. — 432 с.
11. *Телешевская, М. Э.* Вопросы врачебной деонтологии / М. Э. Телешевская. — М., 1978.
12. *Александр, Ф.* Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение / Ф. Александр. — М.: Изд-во «ЭКСМО-Пресс», 2002. — 352 с.
13. *Бройтигам, В.* Психосоматическая медицина / В. Бройтигам, П. Кристиан, М. Рад. — М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. — 376 с.
14. *Пезешкиан, Н. П.* Психосоматика и позитивная психотерапия / Н. П. Пезешкиан: пер. с нем. — М.: Медицина, 1996. — 464 с.

Дополнительная литература

15. *Бороздина, Г. В.* Психология делового общения / Г. В. Бороздина. — М.: ИНФРА., 2000.
16. *Личко, А. Е.* Психопатии и акцентуации характера у подростков / А. Е. Личко. — Л., 1983.
17. *Орел, В. Е.* Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования / В. Е. Орел // Психолог. журн. — 2001. — Т. 22, № 1. — С. 90–101.
18. *Робертс, Г. А.* Профилактика выгорания / Г. А. Робертс // Обзор современной психиатрии. — 1998. — № 1. — С. 39–46.

19. Ронгинская, Т. И. Синдром выгорания в социальных профессиях / Т. И. Ронгинская // Психолог. журн. — 2002. — Т. 23, № 3. — С. 85–95.
20. Скугаревская, М. М. Синдром эмоционального выгорания / М. М. Скугаревская // Мед. новости. — 2002. — № 7. — С. 3–9.
21. Столяренко, Д. Л. Основы психологии / Д. Л. Столяренко. — Ростов н/Д.: Феникс, 1997.
22. Фрейд, З. Психология бессознательного / З. Фрейд; пер. с нем. — М., 1989. — 432 с.
23. Сексопатология: справочник / Г. С. Васильченко [и др.]. — М.: Медицина, 1990 — 576 с.
24. Этика и психология семейной жизни: пособие для учителя / И. В. Гребенников [и др.]. — М.: Просвещение, 1984. — 256 с.
25. Джин и Эейгеплос. Искусство брака. — Лондон: Майфлауэр-Деля Букс 319, Хай Польборы, 1965. — 67 с.
26. Люлько, А. В. Справочник по сексологии, сексопатологии и андрологии / А. В. Люлько. — Киев: Здоровье, 1994. — 240 с.
27. Кушнирук, Ю. И. Популярно о сексологии / Ю. И. Кушнирук, А. П. Щербаков. — Киев: Наукова думка, 1988. — 168 с.
28. Искусство интимного счастья / А. А. Логинов [и др.]. — Киев: Украинский фонд культуры, 1990. — 111 с.
29. Роберт Стрит. Техника современного секса: руководство по половой гармонии / Роберт Стрит. — Лондон, 1966. — 80 с.

Учебное издание

Галиновская Наталья Викторовна
Шилова Оксана Владимировна
Абрамов Борис Леонидович
Ковальчук Петр Николаевич

**ОСНОВЫ
МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ**

Учебно-методическое пособие
для практических занятий по медицинской психологии
для студентов 5 курса лечебного факультета
и 4 курса медико-диагностического факультета

Редактор *О. В. Кухарева*
Компьютерная верстка *Ж. И. Цырыкова*

Подписано в печать 05.11.2009
Формат 60×84¹/₁₆. Бумага офсетная 65 г/м². Гарнитура «Таймс»
Усл. печ. л. 3,02. Уч.-изд. л. 3,3. Тираж 75 экз. Заказ № 263

Издатель и полиграфическое исполнение
Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
246000, г. Гомель, ул. Ланге, 5
ЛИ № 02330/0549419 от 08.04.2009

