

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

Кафедра неврологии и нейрохирургии
с курсами медицинской реабилитации и психиатрии

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Рекомендовано учебно-методическим объединением
по высшему медицинскому, фармацевтическому образованию
в качестве учебно-методического пособия для студентов
учреждений высшего образования,
обучающихся по специальностям 1-79 01 01 «Лечебное дело»,
1-79 01 04 «Медико-диагностическое дело»

Гомель
ГомГМУ
2020

УДК 616.89(075.8)
ББК 88.48+53.57я73
М 42

Авторы:

*И. М. Сквиря, Н. В. Хмара, Л. В. Рузанова,
С. О. Хилькевич, Б. Э. Абрамов, Е. В. Гут, С. В. Толканец*

Рецензенты:

*кафедра психиатрии и наркологии
Гродненского государственного медицинского университета;*

доктор медицинских наук, профессор
кафедры психиатрии и медицинской психологии
Белорусского государственного медицинского университета,
А. В. Копытов

Медицинская психология: учеб.-метод. пособие / И. М. Сквиря
М 42 [и др.]. — Гомель: ГомГМУ. — 2020. — 136 с.
ISBN 978-985-588-199-6

Учебно-методическое пособие содержит информацию о роли психологических особенностей личности в возникновении, течении и предупреждении психических и соматических заболеваний, основных закономерностях психологии больного человека и психокоррекционного влияния на процесс выздоровления.

Предназначено для студентов 5 курса учреждений высшего образования, обучающихся по специальностям 1-79 01 04 «Медико-диагностическое дело», 1-79 01 01 «Лечебное дело».

Утверждено и рекомендовано к изданию научно-методическим советом учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет» 08 апреля 2020 г, протокол № 4.

**УДК 616.89(075.8)
ББК 88.48+53.57я73**

ISBN 978-985-588-199-6

© Учреждение образования
«Гомельский государственный
медицинский университет», 2020

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	4
Тема № 1. Медицинская психология как область знаний. Психологические основы контакта «врач — больной». Правила первичного врачебного интервью	5
Тема № 2. Внутренняя картина болезни. Реакция личности на болезнь. Психологические особенности пациентов, страдающих психическими и/или соматическими заболеваниями	17
Тема № 3. Понятие о психосоматической медицине. Реализация механизмов невротогенеза в психологии пациентов, страдающих психическими и/или соматическими расстройствами	28
Тема № 4. Расстройства личности и поведения. Стратегии взаимодействия врача и пациента с различными расстройствами зрелой личности и поведения	61
Тема № 5. Психопатологические и психологические механизмы суицидального поведения. Суицидальный риск и его маркёры. Синдром эмоционального выгорания	82
Тема № 6. Основы деонтологии и психотерапии	102
Литература	132

ВВЕДЕНИЕ

Проблема психического здоровья населения — одна из острейших в современном мире. По свидетельству мировой статистики, только за последние полвека заболеваемость невротическими расстройствами выросла 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 г. смертность от суицидов вследствие депрессии займет второе место среди прочих причин смерти, опередив даже онкологические заболевания. В 2000 г. проблема депрессии была вынесена на специальное обсуждение экономического форума в Давосе. 2001 г. впервые был объявлен ВОЗ годом охраны психического здоровья людей.

Формирование психологической компетенции врача весьма актуально. Причинами для 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

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ КАК ОБЛАСТЬ ЗНАНИЙ.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ КОНТАКТА «ВРАЧ–БОЛЬНОЙ».

ПРАВИЛА ПЕРВИЧНОГО ВРАЧЕБНОГО ИНТЕРВЬЮ

Психология (от гр. *psyche* — душа, *logos* — учение) делится на общую и специальную, или прикладную, например, социальная психология, педагогическая психология, и медицинская психология в том числе.

Предметом психологии как науки является изучение закономерностей формирования и проявления психики.

Медицинская психология — это область психологической науки, изучающая психологические факторы, связанные с возникновением, диагностикой, лечением и профилактикой болезней.

Медицинская (клиническая) психология также является разделом специальной психологии.

Основное содержание медицинской психологии как науки является, по Э. Кречмеру (1922), психологический анализ природы болезней.

Предметом медицинской психологии, по определению Н. Д. Лакосиной и Г. К. Ушакова (2005), служат многообразные особенности психики больного и их влияние на здоровье и болезнь, а также обеспечение оптимальной системы позитивных психологических воздействий с учетом всех обстоятельств, сопутствующих обследованию и лечению больного, в частности в системе взаимоотношений «врач — медработник — пациент».

Цели и задачи медицинской психологии:

- изучение закономерностей нарушения и восстановления психических функций при различных повреждениях головного мозга;
- изучение закономерностей нарушения и восстановления личности при психических расстройствах, аномалиях развития и повреждениях головного мозга;
- изучение нарушений личности и психической деятельности при различных заболеваниях и нарушениях поведения (патологические привычки, суицидальное поведение и т. д.), исходя из закономерностей развития и структуры психики в норме;

- изучение закономерностей нарушения и восстановления психических функций при различных повреждениях головного мозга;
- изучение роли психических факторов в развитии соматических заболеваний;
- изучение психологических факторов развития заболеваний и нарушений поведения с целью разработки методов психологического воздействия и применения различных методов психологической помощи;
- изучение психологических аспектов взаимодействия врача и пациента, постановки диагноза и т. д.;
- изучение проблем самосознания и саморегуляции поведения в ситуации болезни, субъективные представления о болезни, способы реакции на стресс, связанный с возникновением болезни и т. д.

Методы исследования в медицинской психологии

Основными методами исследования в медицинской психологии являются:

1. Клинические методы: опрос, наблюдение (стороннее, стандартизированное, свободное).

2. Тесты:

- стандартизированные — для исследования внимания, мышления, памяти, интеллекта и др.;
- проективные — тест Люшера, тест Роршаха и др.

3. Эксперименты и моделирование.

Экспериментальное исследование подразумевает проведение эксперимента с последующим изучением его результатов. Таким образом можно проверить эффективность того или иного метода лечения.

Понятие «**здоровье**» по определению Всемирной организации здравоохранения: *«здоровье — это состояние полного физического, психологического и социального благополучия, а не только отсутствие болезни».*

Понятие о психическом здоровье описывает М. Ягода в следующих критериях:

- позитивная установка к собственной личности;
- духовный рост и саморегуляция;
- интегрированность личности;
- автономия;
- адекватность восприятия реальности;
- компетентность в отношении требований окружающего мира.

Клиническая (медицинская) психология самым тесным образом связана со всеми клиническими дисциплинами и знание ее основ должно быть одной из важных составляющих в профессиональной подготовке врача.

Психологическая помощь — психологическое вмешательство, направленное на изменение психологического состояния индивида с целью устранения психологических проблем и нарушений поведения посредством использования специальных научно обоснованных психологических методов.

Виды психологической помощи:

- психологическое консультирование;
- психотерапия;
- психологическая коррекция;
- кризисное вмешательство;
- психологическая реабилитация;
- психологический тренинг.

Психологическое консультирование — ориентировано на помощь клиенту в разрешении определенной проблемной ситуации, дает возможность расширить его представления о различных аспектах своей личности, а также социального окружения.

Психотерапия — ориентирована на улучшение состояния лиц, имеющих психические и поведенческие расстройства, устранение симптомов данных расстройств методами психотерапевтического воздействия.

Психологическая коррекция — представляет собой направленное психологическое воздействие на определенные психические структуры с целью обеспечения полноценного развития и функционирования индивида.

Кризисное вмешательство — это экстренная психологическая помощь лицам в кризисном состоянии (жертвы межнациональных конфликтов, стихийных бедствий, катастроф; люди, потерявшие близких и др., в том числе и лица в состоянии суицидального кризиса).

Психологическая реабилитация — помощь больному, ориентированная на максимально полное восстановление его способностей, повышение качества жизни, улучшение социальной адаптации, интеграцию в общество, предотвращение развития стойких нарушений личности и негативных изменений жизненного стиля.

Психологический тренинг — выработка у клиента необходимых психологических и поведенческих навыков: преодоления стресса, разрешения конфликтов, принятия решений и т. д.

Психологическая помощь может оказываться как индивидуально, так и в группе (семейная, групповая терапия), а также в рамках целой организации (организационное консультирование).

Психологические основы коммуникации «врач — больной»

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 удовле-

творенности 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, развития, поддержания и, в нужный момент, завершения контакта между людьми с целью обмена мыслями (информацией), чувствами и для проведения какой-либо совместной работы.

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

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

Коммуникативная сторона заключается в обмене информацией между общающимися индивидами. *Интерактивная* проявляется в организации взаимодействия между участниками общения, в обмене не только знаниями, идеями, состояниями, но и действиями. *Перцептивная* сторона общения представляет собой процесс восприятия партнерами по общению друг друга и установления на этой основе 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 врачебного 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, «Я Вас внимательно слушаю», «Расскажите о своем самочувствии», «Что Вас привело к нам?».

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?». Обороты «Можете ли Вы...», «Не могли бы Вы...» дают дополнительные 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 за-

давать 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 (диагноза).

Врачу нужно постоянно держать нить беседы в своих руках, направлять ее, желательно при этом не выглядеть 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 значимые позы, жестов и мимики человека, зрительного контакта, дыхательных паттернов и рисунка кожных покровов, дистанции, одежды.

При проведении врачебного интервью 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.

Врачу необходимо контролировать расстояние до пациента, учитывая *дистанции общения* (проксемику = близость). Это расстояние регулируется в зависимости от ситуации и целей врача в текущей коммуникации. Термин *проксемика* (дистанции общения) впервые ввел американский ученый

Э. Холл в 1969 г. в книге «Молчаливый язык». *Проксемика* — это та дистанция, которую соблюдают люди исходя из биологических закономерностей.

Размеры пространственной территории человека можно разделить на 4 зоны:

1. **Интимная зона** — от 15 до 45 см. В интимную зону обычно допускаются супруг или супруга, сексуальные партнеры, дети (до старшего подросткового возраста). Интимную зону человек охраняет как собственность. Вторжение без подготовки в интимную зону пациента подсознательно воспринимается им как агрессия или насилие, либо как сексуальное посягательство.

2. **Личная зона** — от 46 до 120 см. В личную зону обычно допускаются члены семьи и близкие друзья. Личная зона — это расстояние, которое обычно разделяет нас, когда мы находимся на официальных приемах и дружеских вечеринках.

3. **Социальная зона** от 120 до 360 см. Социальная зона — это то расстояние, на котором мы держимся среди коллег и знакомых, приятелей, а также среди людей, не очень хорошо нам знакомых.

4. **Общественная, или публичная, зона** более 360 см. Публичная зона — это то расстояние, которое соблюдается, когда мы адресуемся к большой группе людей (например, лектор при чтении лекции, артист на сцене и т. д.).

Выбор дистанции общения зависит как от взаимоотношений между людьми, так и от индивидуальных особенностей человека.

В то же время, слишком большое расстояние между собеседниками воспринимается как создание барьера с помощью расстояния.

Невербальное общение

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 надевать 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 своем владельце. Предпочитаемый стиль одежды говорит о своем владельце более красноречиво, чем откровенный разговор (например, одежда рокера, делового человека или модницы). К невербальным знакам можно отнести также макияж, татуировки и т. д.

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 — это 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 стола. 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 указывает расположение предметов на столе врача. 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 увеличения времени зрительного контакта, открытой позы 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 выражаться в сокращении контакта глазами, разворотом тела в другую сторону. С вербальной позиции следует прекратить «поддакивание», что увеличивает паузы между высказываниями пациента и лингвистические 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 (ситуации) 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 пациента по отношению к врачу**, 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.

При адекватной установке — 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 видеть при взаимодействии проявления каких-либо качеств и вариантов 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 врача 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.

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).

ТЕМА № 2

ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ. РЕАКЦИЯ ЛИЧНОСТИ НА БОЛЕЗНЬ. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ И/ИЛИ СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

В течение столетий дело врача ограничивалось сопровождением жизни человека от болезни к смерти. Современность передвинула центр внимания врача на этап перехода от здоровья к болезни. Основной задачей врача является распознавание заболеваний на ранних этапах, что позволяет рассчитывать на выздоровление и на полное восстановление качества жизни человека. На ранних стадиях заболевания протекают либо совершенно скрыто, либо становятся причиной ненормальных ощущений, заставляющих больных обращаться к врачам. Все инструментальные и лабораторные исследования не должны быть 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 о прогнозе, выздоровлении и трудоспособности.

Таким образом, можно выделить внешнюю и внутреннюю картину болезни. Под *внешней картиной* понимают: все то, что врачу удастся получить всеми доступными методами исследования, что можно описать и, так или иначе, зафиксировать числами, графическими кривыми, рентгенограммами и т. д.

Понятие «*внутренняя картина болезни*» (ВКБ) введено Р. А. Лурия (1977) — «*это отражение болезни во внутреннем мире больного*». По сравнению с целым рядом сходных терминов медицинской психологии («*переживание болезни*», «*сознание болезни*», «*отношение к болезни*» и др.), термин «ВКБ» является наиболее общим и интегративным.

Современные представления о **структуре ВКБ** говорят — это многоуровневая система, которая **включает в себя следующие составляющие:**

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

2. **Эмоциональный уровень** — непосредственные эмоциональные реакции на болезнь и ее последствия в жизни человека. Реализация этого уровня осуществляется в подсознании.

3. **Когнитивный уровень** — знания о болезни и ее рациональная оценка. Уровень реализуется в сознании при сравнении полученной информации с прошлым опытом. На этом уровне человек отвечает для себя на вопрос «Опасна или безопасна его болезнь?».

4. **Мотивационный уровень** — возникновение новых мотивов и перестройка «до-болезненной» мотивационной структуры человека. При этом формируется мотивационная матрица, направленность которой зависит от множества факторов. Этот уровень также является сознательным.

Изучение факторов, влияющих на формирование и само понятие ВКБ, велось и ведется в различных направлениях. В настоящее время понятно, что эти факторы тесно переплетены, однако можно условно выделить три категории: **социальные, индивидуально-психологические и медицинские**. Каждая часть вносит свое влияние на звучание болезни у индивидуума, поэтому понимание этих категорий помогает легче сформировать стабильно надежный комплаенс с пациентом.

Существенный вклад в изучение влияния микро- и макросоциума на формирование представлений о болезни внесла **К. Херцлих**, которая изучала социальные представления о здоровье и болезни. Она обнаружила, что люди воспринимают болезнь в виде внешней угрозы, в то время как здоровье, по их мнению, черпается из какого-то внутреннего резервуара. Здоровье связывается с такими качествами, как естественность. Например, оно может укрепляться благодаря жизни на природе, включенности человека в систему социальных связей, активности. Здоровье оценивается, исходя из уровня трудоспособности. Хорошее здоровье — это то, что объединяет человека с другими людьми; болезнь — то, что делает его одиноким. В последующем были добавлены такие **социальные факторы**, как образ жизни и характер трудовой деятельности. 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 могут 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.

Представления о болезни интенсивно изучались в **теории когнитивных репрезентаций** (**Г. Левенталь, С. Бишоп, Ш. Тэйлор, К. Петри**). Ученые разработали модель саморегуляции в ситуации болезни. Суждения человека о своем состоянии группируются вокруг пяти измерений: *симп-*

томы, причины, последствия, длительность, особенности лечения. К. Петри и Дж. Вейнман обнаружили, что обыденные представления о болезни базируются на информации, имевшейся у человека до ее возникновения, и сохраняют значительную устойчивость во времени. С. Бишоп утверждает, что при оценке ощущений происходит их сравнение с прототипом болезни. Информация о личности потенциального больного является важной частью этого когнитивного образования.

Исследование субъективной картины болезни методами нарративной психологии А. Клейнмана

А. Клейнман различал болезнь как сферу субъективных или даже коллективных (если иметь в виду семью больного, его окружение) реакций на появившиеся симптомы, сферу их оценок и переживаний. Это сама жизнь больного в условиях нарушения телесных или психических функций, ведущих к ограничению возможностей.

А. Клейнман говорил о том, что, с точки зрения антропологии и клинической медицины, у болезни много значений. Опыт болезни включает множество значений, реальных и потенциальных, проявляющихся не сразу, изменчивых под влиянием изменений обстоятельств. Понимание важности субъективных значений болезни всегда происходит внутри взаимоотношений: супруги, дети, друзья, те, кто осуществляют уход, сам пациент. В процессе длительного заболевания все они осознают, что значение болезни, которым наделяет его больной человек, может способствовать лечению или затруднять его, усугублять или облегчать симптомы.

По мнению А. Клейнмана, изучение субъективных смыслов болезни сделает лечение более эффективным. Американский ученый уточнял, что о **значении болезни можно говорить в четырех различных контекстах.**

Первый контекст: обычно под значением болезни понимают ее симптом, знак, например, нарушение тех или иных функций или недомогание. Это считается естественным значением болезни. Однако, утверждал А. Клейнман, подобная естественность обманчива — значения симптомов формируются в локальных культурных системах и там приобретают видимость естественных. В каждой культуре есть свои обозначения одних и тех же симптомов, например, головной боли. В этих обозначениях упакованы нормативные культурные представления о теле человека, личности, отношениях людей.

Второй контекст значимости болезни — это ее культурный смысл. Речь идет о группе тех симптомов и категорий болезней, которые стали символом той или иной эпохи и культуры, вобрав в себя ее смыслы. Например, проказа, Черная смерть бубонная чума значили совершенно определенные вещи в общественном сознании той эпохи. Сегодня эти бо-

лезни потеряли прежний смысл. Так, например, безумие из сакрального феномена трансформировалось в чисто медицинскую проблему. Но появились и новые болезни, ставшие настоящими социальными и культурными символами нашего времени: рак, СПИД, болезни сердца, новые фобии, тревога, гипертония и т. д.

Третий контекст — самый важный. Речь идет о том значении болезни, которое интегрировано в жизненный мир конкретного человека, в сеть его intersубъективных связей, пронизано его биографическими сюжетами.

Четвертый контекст значимости болезни — это те ее значения, которые клиницисты извлекают из само-описаний и само-интерпретаций пациентов.

Этапы формирования субъективной картины болезни:

Формирование субъективной картины болезни предполагает ряд этапов, среди которых: **сенсорный, оценочный, отношения к болезни.**

Сенсорный этап включает в себя новые, чаще дискомфортные составляющие (неприятные ощущения различной степени выраженности с неопределенной локализацией), которые являются ранними симптомами проявлений соматической болезни, алгическую составляющую — дискомфорт может перерасти в болевые ощущения; дефицитарный компонент — переживание чувства собственной неполноценности, ограничения возможностей.

Оценочный этап — результат интрапсихической переработки сенсорных данных. Именно на этом этапе в основном складывается ВКБ заболевшего человека. В зависимости от особенностей его личности, ситуации, в которой он находится в семье, на работе, специфика заболевания ВКБ приобретает индивидуальную окраску. К личностным особенностям относятся 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 лишение возможности посещать бани, пить коньяк, курить.

Таким образом, **этап отношения к болезни** характеризуется специфической переживаний, высказываний, действий, общего рисунка поведения пациента, связанного с его заболеванием. Семейные традиции также определяют своеобразное ранжирование болезни по степени их тяжести. При этом субъективно более значимой болезнью может оказаться та, от которой чаще всего умирали или которой чаще всего болели члены данной семьи. Например, частая артериальная гипертония в семье заставляет быть более вниматель-

ным к повышению АД, нежели к онкологической патологии. Однако наличие стойкой ремиссии при хроническом заболевании будет способствовать стойкому отношению к своим страданиям и целенаправленному продолжению лечения даже при неблагоприятном прогнозе.

Факторы, влияющие на формирование ВКБ

Медицинские факторы. Особенности и тяжесть самого заболевания

Каждая болезнь характеризуется набором специфических особенностей, затрагивающих значимые для пациента 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, на порог болевой чувствительности влияют не только половая принадлежность, но и психофизиологические особенности личности, а также общественные и культурные традиции, распределение ролей женщины и мужчины в обществе и семье.

Так, при одинаковой тяжести заболевания (например, внегоспитальная пневмония), лечение женщины целесообразнее проводить в стационаре, а мужчину можно оставить в амбулаторных условиях. Это связано с психофизиологической способностью женщины к осуществлению сразу нескольких доминант (работа, воспитание детей, поддержание домашнего очага), в то время как мужчина одновременно выполняет только одну задачу.

Возраст

На характер ВКБ человека влияет возраст. Для каждой возрастной группы существует свой определенный реестр реакций на заболевание.

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, они повышено внушаемы, отвлекаемы, быстро забывают пережитое и 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 болезни, 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 и навязчивые 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.

В качестве критерия, взятого за основу классификации типов реагирования на болезнь, выделяется система потребностей, которая фрустрирует-

ся заболеванием: витальная, общественно-профессиональная, этическая, эстетическая, связанная с интимной жизнью, др.

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 (аггравация, 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, использует помощь близких. Больной не теряет надежд на улучшение состояния, в случае тяжелого прогноза разумно принимает неизбежное, обдумывает завещание в случае возможного смертельного исхода. При инвалидности адаптируется к новым условиям жизни. Такое отношение к болезни желательно достичь у всех пациентов в ряде случаев, прибегая к помощи психотерапии и соблюдая все правила деонтологии.

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

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

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

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

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

3. Деадаптивный блок с интрапсихической направленностью

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», являются 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 болез-

ни, возможных, но малообоснованных неудач в жизни, работе, семейной ситуации. Воображаемые опасности волнуют больного гораздо больше реальных проблем. 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. Больной с этим типом реагирования склонен к эгоцентризму, постоянно обращает внимание собеседника на необычность и тяжесть имеющихся у него проявлений болезни. Мотивом подробного изложения жалоб является 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, требователен. 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 жестикulyацией 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, несмотря на болезнь. Внешне такой больной избыточно весел, многоречив, суетлив. Нарушения режима в такой ситуации часто приводят к неблагоприятному течению и исходу заболевания.

Паранойяльный — 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 злому умыслу врачей и медицинского персонала. Результатом такого отношения пациента может стать настойчивые жалобы с требованием наказать виновных в неблагоприятном течении заболевания. Как правило, подобный тип реагирования формируется на базе определенных личностных особенностей.

ТЕМА № 3

ПОНЯТИЕ О ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ. РЕАЛИЗАЦИЯ МЕХАНИЗМОВ НЕВРОЗОГЕНЕЗА В ПСИХОЛОГИИ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ И/ИЛИ СОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Еще в древней медицине было известно, что душевное состояние человека влияет на физическое самочувствие, и наоборот. В современной медицине основной концепцией происхождения заболеваний является биопсихо-социальная, предполагающая вклад в этиопатогенез любого заболевания следующих факторов:

- биологические факторы (инфекции, травмы, генетика, др.)
- психологические факторы (личностные особенности, детские психологические травмы, анамнез родительской семейной системы, др.)
- социальные факторы (индивидуально-значимые стрессовые события и глобальные социальные кризисы).

Преобладание патопсихологической симптоматики как следствие нарушения адаптации в системе «тело–психика–социум» приводит к формированию так называемых неврозов — невротических психических расстройств. Преобладание же соматических (функциональных или органических) симптомов — к психосоматической патологии.

Психосоматическая медицина (от греч. *psyche* — душа, *soma* — тело) — междисциплинарное направление, раскрывающее и использующее в клинической практике взаимовлияние психики и тела. Термин «психосоматика» предложил в 1818 г. немецкий психиатр И. Хайнрот. Через 10 лет К. Якоби предложил использовать понятие «соматопсихика».

Научные направления, способствовавшие становлению психосоматики как особой области научной и практической медицины:

- 1) психоанализ З. Фрейда;
- 2) теория кортико-висцеральной патологии (И. П. Павлов);
- 3) концепция адаптации и мобилизации У. Кеннона;
- 4) теория стресса Г. Селье и многие другие.

Гипотеза психосоматической специфичности базируется на представлении З. Фрейда о подсознательном, энергии сексуального влечения и переводе (конверсии) вытесненных в подсознательную сферу неотреагированных в детстве эмоций и влечений, среди которых особое место отводились

либидо, т. е. вытесненные аффекты реализуются в переработанной (символической) форме в виде соответствующих клинических симптомов. Если тенденция конверсии на орган обратима, то это истерия, при которой соматические нарушения носят функциональный характер, если же не поддается обратному развитию, то возникают органические изменения, характерные для психосоматических заболеваний. *А. Адлер* предложил концепцию «символического языка органов», что соответствующие системы органов могут специфически отражать психические процессы. Рвота — символ неприемлемости психической ситуации, нарушение пищеварения — неспособность «переварить» конфликтную ситуацию, мышечные боли — торможение агрессивных импульсов и т. д.

Теория психодинамических механизмов рассматривает заболевание как результат нарушения биологических и социальных механизмов адаптации к среде. Один из основных законов существования любой биологической системы — закон гомеостаза (равновесия). Это справедливо и для психической деятельности человека, его внутреннего мира. Каждый нуждается в сохранении и поддержании эмоционального равновесия, устойчивого образа «Я» с чувством самоуважения. Это необходимое условие продуктивной деятельности человека в сложном современном мире.

Ф. Александер как представитель аналитической школы сформулировал гипотезу специфичности, состоящую в психодинамическом объединении разных факторов — тревога, подавленные враждебные эротические импульсы, фрустрации, подчиненные желания, чувства вины и неполноценности. Именно они и вызывают хронические дисфункции внутренних органов, так как не могут быть свободно и произвольно выражены в словах как осознаваемые психические процессы. Он же затем полагал, что развитие заболеваний связано с преимущественной активизацией того или иного отдела вегетативной нервной системы. Конкретно же определяется конституциональной уязвимостью органа или системы.

Психофизиологическая концепция рассматривает соматическое расстройство как итог запредельного торможения или застойного возбуждения, возникающего в центральной нервной системе. Например, кортико-висцеральная теория возникновения язвенной болезни. Вместе с тем, клиническая практика показала: чем более выражены невротические проявления, тем менее тяжелы органические заболевания органов и систем, и наоборот, тяжелые инфаркты миокарда и прободные язвы часто возникают у людей на фоне предшествующего здоровья, т. е. необходимы и местные изменения.

Ф. Данбар считала, что понимание болезни и ее развития должно базироваться на знании личности больного. Она изучала обширные контингенты больных, и заметила, что пациенты, страдающие одними и теми же заболеваниями, обладают сходными личностными особенностями.

Существенное значение в характеристике личностных особенностей психосоматических больных придается алекситимии, т. е. недостаточной способности индивидуума к восприятию и пониманию собственных эмоций, их адекватной вербализации и экспрессивной передаче.

На заре возникновения психосоматической медицины была выделена группа **психосоматических заболеваний (ПСЗ)**, в этиологии и патогенезе которых значимым фактором являются характерные личностные особенности пациентов, психотравмирующие переживания и связь со стрессом.

Классификация психосоматических заболеваний. Психосоматические заболевания разделяют на две группы: *большие и малые психосоматозы*.

К **большим психосоматическим заболеваниям** относятся:

- ишемическая болезнь сердца;
- артериальная гипертензия;
- бронхиальная астма;
- язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки;
- сахарный диабет второго типа;
- ревматоидный артрит, артрозы;
- неспецифический язвенный колит;
- эндокринные заболевания щитовидной железы (гипертиреоз, аутоиммунный тиреоидит);
- кожные заболевания (нейродермиты, экземы).

К группе **малых психосоматозов (психосоматических расстройств)** относят функциональные заболевания и синдромы. В МКБ 10 они описаны в рубрике **F45. Соматоформные расстройства**.

К соматоформным расстройствам относятся:

- соматизированное расстройство;
- недифференцированное соматоформное расстройство;
- ипохондрическое расстройство;
- соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы;
- устойчивое соматоформное болевое расстройство;
- другое соматоформное расстройство;
- соматоформное расстройство неуточненное.

Распределение функциональных расстройств по системам:

- *неврологические*: гиперестезия и гипестезия; головокружение, не сопровождающееся появлением нистагма и атаксии; психогенные дискинезии, такие как лицевые тики, психогенные невралгии, псевдокорешковые синдромы — люмбаглия, 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 четыре–пять нормальных дыхательных движений появляется глубокий вдох полной грудью. 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.

Особенности личности пациентов с большими психосоматическими заболеваниями

Психосоматические 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 врождённом 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 неблагоприятия способствует усилению состояния страха и дополнительному выбросу адреналина.

Ишемическая болезнь сердца. 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 двенадцатиперстной кишки. У людей 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. Психологическим коррелятом приступов при бронхиальной астме являются противоречия между желанием нежности и страхом перед психологической близостью и доверием. 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.

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 высо-

кого уровня самоконтроля. Характерна тенденция к самопожертвованию и преувеличенной готовности помочь окружающим. При этом отмечается «агрессивная окраска помощи».

Синдром раздраженного кишечника (СРК) является функциональным расстройством кишечника, основой которого является взаимодействие двух основных механизмов: психосоциальной дезадаптации 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. Клинически он проявляется устойчивой совокупностью желудочно-кишечных 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 двумя 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, подчеркнуто упорядоченными, что позволяет им умело скрывать свои страхи. Все их поведение определяет латентный страх потерять свое лицо и выпасть из роли независимо от того, проявляют они агрессивность или слабость.

Кожные заболевания — для этих пациентов характерна эмоциональная привязанность к другим людям с чрезмерными ожиданиями, глубокое переживание неудач и разочарований, недоверие к лицам противоположного пола, деловитость при глубокой внутренней ранимости. Длительный эмоциональный стресс у таких больных приводит к бессознательному ощущению «излишнего контакта с миром» и стремлением убежать от него. Социальные запреты не позволяют это сделать, и кожные покровы в такой ситуации (при внутреннем обостренном переживании стыда, страха, чувства физической неполноценности) позволяют реализовать внутренний конфликт и способствуют самоизоляции пациента.

Многофакторная природа механизмов невротического реагирования, роль ситуационных, личностных факторов, возрастной и половой реактивности

Неврозы — группа обратимых пограничных психических расстройств, обусловленных воздействием психотравмирующих факторов, протекающие с осознанием больным факта своей болезни, без нарушения отражения реального мира и проявляющихся в основном психогенно обусловленными эмоциональными и соматовегетативными расстройствами.

Неврозы нарушают лишь определенные сферы психической деятельности, не сопровождаются психотическими явлениями и грубыми нарушениями поведения, но при этом могут существенно влиять на качество жизни.

Невротические расстройства характеризуются (по В. А. Гиляровскому):

- психогенным характером возникновения;
- личностными особенностями пациентов;
- вегетативными и соматическими расстройствами;
- стремлением пациентов к преодолению болезни, переработке личностью сложившейся ситуации и возникшей болезненной симптоматики.

Для сохранения социального статуса пациента, целесообразнее говорить о невротических реакциях, которые включают вегетативные, сенсомоторные, и аффективные расстройства. Переход на идеаторный уровень, т. е. появление оценки болезни и соответствующего ей поведения, свидетельствуют о сформировавшемся неврозе.

Термин «невроз» в повседневную практику ввел Уильям Куллен в 1776 г. Этим термином стали определять психическое расстройство без органической природы. Одновременно в психиатрический лексикон вошло прилагательное «невротический».

З. Фрейд был первым, кто составил всеобъемлющую психологическую модель, объясняющую развитие и поддержание психических и психосоматических расстройств, и эта модель долгое время оказывала влияние на психиатрию и клиническую психологию. Интерпретируя жизнь как реализацию последовательных задач развития, психоанализ сформулировал гипотезы о задачах развития, специфических для фазы раннего детского возраста. Задачи развития — это требования, с которыми организм, или индивид, должен справиться на каком-то определенном отрезке жизни; они могут быть обусловлены биологически, социально и культурно или же выдвигаться самим индивидом. Биологически обусловленные задачи развития понимаются как возникающие в ходе развития состояния неравновесия, которые требуют какого-то нового структурирования и вызваны биологическим созреванием — например, половым созреванием в подростковом периоде. Социально или культурно обусловленные задачи развития —

это требования, которые в определенный период жизни выдвигаются человеку со стороны социальной окружающей среды или культуры, например, воспитание чистоплотности или требования, связанные с поступлением в школу либо уходом на пенсию. Задачи развития, обусловленные самой личностью, представляют собой те цели, которые сам человек ставит перед собой в определенный отрезок жизни.

Помимо этого, в психоанализе разрабатывались гипотезы о том, как проблемы совладания, специфические для фазы, сказываются на последующем развитии психических расстройств. Уязвимость, типичная для конкретной фазы варьирует у разных индивидов и обусловлена генетико-конституциональными различиями. Психоанализ понимает психические расстройства как результат нереализованных задач развития, обусловленных биологически. Важнейшей категорией расстройств, исследованной Фрейдом, являются неврозы. Под неврозами в психоанализе понимают психогенные расстройства, «симптомы которых — символическое выражение психического конфликта, причины которого нужно искать в истории детства субъекта; симптомы представляют собой компромиссные образования между желанием и защитой» (Laplanche & Pontalis, 1973). Основные формы неврозов — истерия, фобии, неврозы навязчивых состояний и депрессии. В настоящее время понятие невроза используется как центральное понятие психоанализа, хотя в МКБ-10 и DSM-V оно уже не является классификационной единицей. Упрощенно говоря, травматический опыт в оральная фазе делает человека уязвимым к шизофрении и депрессивным расстройствам, в анальной фазе — к навязчивым расстройствам, а в генитальной фазе — к истерическим расстройствам.

В. А. Гиляровский, корифей русской психиатрии, дал следующее определение: *«Невроз — это болезненно переживаемые и сопровождаемые расстройствами в соматической сфере срывы личности в ее общественных взаимоотношениях, вызванные психическими факторами и не обусловленные органическими изменениями, с тенденцией к активной переработке и компенсации».*

В отечественной психиатрии **неврозы** рассматривались как вариант реактивного состояния, отвечающего **критериям триады К. Ясперса:**

- в основе невроза лежит длительно сохраняющаяся эмоционально значимая психотравма, подвергающаяся психологической переработке, с формированием и закреплением патологических форм реагирования;
- эта психотравма «звучит» в переживаниях больного;
- после дезактуализации психотравмы реактивное состояние исчезает.

С последним критерием трудно согласится, поскольку невроз, в отличие от реактивного психоза, редко оканчивается полным выздоровлением.

Нейродинамическая концепция И. П. Павлова явилась первой в истории изучения неврозов попыткой создания целостных, патофизиологически обоснованных представлений о механизмах их развития.

Под неврозом И. П. Павлов понимал хроническое длительное нарушение высшей нервной деятельности (ВНД), вызванное перенапряжением нервных процессов в коре больших полушарий действием неадекватных по силе или длительности внешних раздражителей.

Срыв ВНД может быть обусловлен перенапряжением раздражительного, тормозного процесса или их подвижности. К неврозам могут быть отнесены только психогенные заболевания, т. е. те случаи, когда срыв ВНД происходит в результате неблагоприятных влияний на психику трудных жизненных обстоятельств и потрясений. Была установлена четкая граница между неврозами как психогенными заболеваниями нервной системы и функциональными расстройствами нервной системы непсихогенной природы, имеющими другую этиологию (инфекции, интоксикации, травмы и др.).

В основе полноценного личностного функционирования лежит взаимосвязанная деятельность трех систем: ближайшей к мозговой коре подкорки с ее сложнейшими безусловными рефлексам (т. е. инстинктами), представляющими собой низшую инстанцию для соотношения организма со средой; первой кортикальной сигнальной системы, непосредственно отражающей окружающий мир, и второй сигнальной системы, обеспечивающей наиболее тонкие и сложные взаимоотношения человека с внешней, главным образом, социальной средой.

Для истерии характерно постоянное разъединение этих систем с резким нарушением их естественной и закономерной соподчиненности.

Патофизиологической основой навязчивых состояний И. П. Павлов считал явления патологической инертности нервных процессов. Простейшую модель навязчивых симптомов он усматривал в изолированных больных пунктах, очагах застойного возбуждения.

Для фобий характерна пассивно-оборонительная реакция. В основе одних фобий лежит механизм патологического инертного возбуждения (как при эрептофобии), в основе других — при болезненной задержке какой-либо функции — механизм патологического застойного инертного торможения (у больных с агорафобией и клаустрофобией).

При неврастении отмечаются общие расстройства корковой динамики, нарушение взаимодействия коры с нижележащими отделами. При *гиперстенической* форме — патологически повышена возбудимость вследствие ослабления условного торможения, при *гипостенической* — повышена истощаемость нервного возбуждения и патологически преобладает охранительно-запредельное торможение. Это делает понятной наличие в клинической картине гиперстенической формы неврастении общей раздражительности, несдержанности, нетерпеливости, а при гипостенической

форме — преобладают симптомы астении с понижением работоспособности, быстрой утомляемостью, ослаблением внимания и др. Нарушения кортико-субкортикальных взаимоотношений объясняют наличие в клинической картине неврастении разнообразных вегетативных расстройств.

В настоящее время отмечается довольно высокий уровень заболеваемости невротическими расстройствами, что связано с воздействием различных факторов, в частности, с относительным несоответствием современного уровня научно-технического прогресса и степени развития психофизиологической адаптации человека. Огромный поток информации, воздействующий на психическую сферу, необходимость постоянной ее переработки и хранения, а также необходимость принятия ответственных решений за короткий промежуток времени провоцируют у человека большое нервное напряжение. Происходит ускорение жизненного ритма. При этом физическая активность у большинства людей снижается. Все эти факторы способствуют возникновению невротических расстройств.

Невротические расстройства возникают в результате осложнения особенно важных для человека жизненных ситуаций. Это могут быть неудачное, нерациональное и непродуктивное разрешение личностью противоречия между личностью и значимыми для нее сторонами действительности, вызывающими болезненно-тягостные переживания неудач в жизненной борьбе, неудовлетворение потребностей, невозможность достижения цели, невосполнимые потери. К невротическим расстройствам также могут привести относительно слабые, но длительно (или многократно) действующие раздражители, приводящие к постоянному эмоциональному напряжению, внешним и внутренним конфликтам, разладу с самим собой. Обычно это события, порождающие неопределенность положения, представляющие угрозу для будущего или требующие принятия трудных альтернативных решений. Патогенными могут оказаться события, ведущие к формированию неразрешимой и мучительной для индивидуума ситуации, исключающей реализацию мотивированного поведения и ведущие к мучительным, тягостным переживаниям (фрустрации). К примеру, это может быть вынужденное продолжение занятия трудом, не соответствующее творческим стремлениям и профессиональным интересам; или невозможность расторжения брака — «из-за детей» или других обстоятельств, несмотря на постоянные семейные конфликты.

Внутриличностные конфликты — это состояние внутриличностных переживаний, возникающих при столкновении противоречивых и взаимоисключающих мотивов, ценностей и целей, которые человек в данный момент не может преодолеть, и, в результате, не может выработать удовлетворяющие его приоритеты поведения.

Внутриличностный конфликт, по утверждению З. Фрейда, может быть не только осознанным, но и неосознанным, что не делает его менее значи-

мым. Трудно представить человека, который бы ни разу в жизни не переживал внутриличностного конфликта. Более того, с такими конфликтами в своей жизни человеку приходится сталкиваться постоянно. Конструктивный внутриличностный конфликт является неотъемлемым элементом развития его психики. Внутренняя конфликтная ситуация постоянно присутствует в каждом из нас. Для психически здоровой личности внутренняя конфликтная ситуация на «фоновом» уровне вполне естественное состояние психики. Недовольство собой, критическое отношение к самому себе заставляют человека стремиться к самосовершенствованию, самореализации и самоактуализации, тем самым человек наполняет смыслом не только свою жизнь, но и совершенствует окружающую действительность.

Особенности подходов к рассмотрению внутриличностных конфликтов определяются особенностью понимания сущности личности, сложившейся в различных психологических школах. Исходя из этого можно выделить ряд основных направлений рассмотрения внутриличностного конфликта.

3. Фрейд обосновывал биопсихологический, биосоциальный характер внутриличностного конфликта. Психика человека противоречива по своей сути. Ее функционирование связано с постоянным напряжением и преодолением противоречия между биологическими влечениями и желаниями человека и социально-культурными нормами, между бессознательным и сознанием. В этом противоречии и постоянном противоборстве З. Фрейду, и заключается суть внутриличностного конфликта.

Достаточно оригинальную теорию внутриличностного конфликта, получившую название «теория поля», выдвинул немецкий психолог К. Левин. Согласно этой теории, внутренний мир личности оказывается одновременно под воздействием противоположно направленных сил. И субъект должен сделать выбор в пользу одной из них. Эти силы могут быть как обе отрицательными, так и положительными, или одна из них положительной, а другая отрицательной. Основными условиями возникновения конфликта, по мнению К. Левина, является примерное равенство и значимость этих сил для личности.

Согласно теории личности К. Роджерса, «Я-концепция» является фундаментальным компонентом ее структуры. Это образ собственного «Я», формирующийся в процессе взаимодействия с окружающей средой. На основе «Я-концепции» происходит саморегуляция поведения человека. Возникновение внутриличностного конфликта обусловлено несопадением представления личности о себе («Я-концепции») с представлением об идеальном «Я». По его мнению, это рассогласование может привести к серьезным психическим расстройствам.

В современных условиях определенной популярностью пользуется теория внутриличностного конфликта, разработанная австрийским психологом и психиатром В. Франклом, создателем нового научного направле-

ния логотерапии — науки о «смысле человеческого существования и поиске этого смысла». По его мнению, внутриличностный конфликт — результат расстройства «духовного ядра» личности, вызванного духовным, творческим вакуумом, потерей смысла жизни. Внутриличностный конфликт проявляется в ноогенных неврозах, которые проявляются в апатии, скуке, депрессии.

Э. Эриксон, выдвинув и обосновав идею стадий психосоциального развития личности, пришел к выводу, что на каждом возрастном этапе происходит либо благоприятное преодоление кризисной ситуации, либо неблагоприятное. В первом случае происходит позитивное развитие личности, ее уверенный переход на следующий жизненный этап с хорошими предпосылками для его успешного преодоления. Во втором случае личность переходит в новый этап своей жизни с проблемами (комплексами) прошлого этапа. Но так как пройти все стадии только успешно практически невозможно, у каждого человека создаются предпосылки для возникновения внутриличностного конфликта.

Мотивационную структуру личности, по А. Маслоу, образует ряд иерархически организованных потребностей: физиологические потребности, потребность в безопасности, в любви, уважении и самоактуализации. Потребность в самоактуализации — самая высокая, и может быть достигнута только после удовлетворения предыдущих потребностей. Она заключается в реализации способностей и талантов человека и осуществляется лишь у меньшинства людей. Противоречие между стремлением к самоактуализации и невозможностью ее реализовать тоже может быть основой внутриличностного конфликта.

Несмотря на многообразие определений внутриличностного конфликта существует ряд параметров, которые их все объединяют. К ним следует отнести:

- внутриличностный конфликт появляется в результате взаимодействия внутренних элементов структуры психики личности;
- субъектами внутриличностного конфликта выступают одновременно существующие в структуре личности разноплановые и противоречивые интересы, цели, мотивы и желания;
- внутриличностный конфликт возникает только тогда, когда противоречия являются равновеликими и значимыми для личности;
- внутренний конфликт сопровождается острыми негативными эмоциями.

Таким образом, внутриличностный конфликт — это острое негативное переживание, вызванное затянувшейся борьбой структур внутреннего мира личности, отражающее противоречивые связи с социальной средой и задерживающее принятие решения.

Основу любого внутриличностного конфликта составляет ситуация, характеризующаяся:

- противоречивостью позиций;
- противоположностью мотивов, целей и интересов;
- противоположностью средств достижения целей в конкретных условиях;
- отсутствием возможности удовлетворения какой-либо потребности и вместе с тем невозможность ее удовлетворения.

Конструктивный (функциональный, продуктивный) конфликт способствует максимальному развитию субъектов конфликта. Деструктивный (дисфункциональный, непродуктивный) конфликт усугубляет противоречивость личности, перерастает в жизненный кризис, приводит, как правило, к невротическому конфликту.

А. Н. Леонтьев отмечал в своих работах, что мотивационная сфера человека никогда не ригидная. Она изменчива, и поэтому конфликт тех или иных интересов и целей — вполне нормальное для человека явление.

Психосоциальное развитие описал подробно Эрик Эриксон. Он считал, что развитие личности происходит при прохождении возрастных кризисных этапов и продолжается до старости.

Психосоциальные стадии развития личности по Э. Эриксону:

- ***Первый год жизни — кризис доверия.*** В этот период особа важна роль семьи в формировании личности. Через родителей дитя узнает, добр к нему мир или нет.

- ***От года до трех лет.*** В этот период происходит формирование самостоятельности и уверенности в своей нормальности. Если процесс развития нарушен, формируются неуверенность и гипертрофированный стыд.

- ***От трех до пяти лет.*** Развиваются активность или пассивность, инициатива или чувство вины, любопытство или безразличие к миру и людям.

- ***От 5 до 11 лет.*** Ребенок учится ставить и достигать цели, самостоятельно решать жизненные задачи, стремиться к успеху. Развивает познавательные и коммуникативные навыки, трудолюбие. При отклонении от нормальной линии — комплекс неполноценности, конформность, ощущение бессмысленности, тщетности усилий при решении задач.

- ***От 12 до 18 лет.*** Этап жизненного самоопределения. Подросток строит планы, выбирает профессию, определяется с мировоззрением. При нарушении процесса формирования личности — подросток погружается в свой внутренний мир в ущерб внешнему, не может разобраться в себе. Снижается активность, возникают трудности с самоопределением, неспособность планировать будущее. Выбирается путь «как все», конформизм, отсутствуют свои мировоззренческие установки.

- ***От 25 до 45 лет.*** Ранняя зрелость. Появляется желание быть полезным членом общества. Человек работает, создает семью, заводит детей,

чувствует удовлетворенность жизнью. Семья выходит на первый план в формировании личности (своя семья, а не родительская). Положительные новообразования: интимность и общительность. Отрицательные: изоляция, избегание близких отношений, неразборчивые связи. Трудности характера могут перейти в расстройства психики.

• **45–60 лет.** Средняя зрелость. Человек воспитывает и обучает детей, достигает определенных высот в профессии, уважаем и любим семьей, коллегами, друзьями. При нарушении формирования личности — происходит «погружение в себя», с целью уйти от реальности. Возможны: потеря трудоспособности, инвалидность, эгоизм, озлобленность.

• **После 60 лет** — наступает поздняя зрелость. Подводятся итоги жизни. Крайние линии развития в старости: мудрость, душевная гармония, удовлетворенность прожитым, ощущение его полноты и полезности, отсутствие страха смерти. При нарушении — трагическое отчаяние, ощущение «жизнь прожита зря, а прожить ее заново уже нельзя», страх смерти.

Особенности локус-контроля при невротическом регистре реагирования

Локус-контроль — это понятие, характеризующее свойство индивида объяснять свои успехи и неудачи в деятельности внешними обстоятельствами (*экстернальность, внешний локус-контроль*) либо внутренними (*интернальность, внутренний локус-контроль*).

Это устойчивая личностная характеристика, которая слабо поддается изменениям. На развитие и становление локус-контроля изначально оказывает влияние семейное воспитание, но окончательно он формируется в процессе социализации. По Дж. Роттеру, при формировании локус-контроля главенствующая позиция отводится *антиципации* (предвосхищению), ожиданию субъекта того, что его определенное поведение приведет к конкретному вознаграждению (подкреплению). Но оценка индивида своих способностей может быть необъективной и неточной.

Экстерналам свойственно зависимое и конформное поведение. Они не могут без общения, им легче работать под контролем и наблюдением. Экстерналы чаще подвержены психологическим и психосоматическим проблемам, им более характерны тревожные и депрессивные состояния. Экстерналы значительно больше предрасположены к стрессам и фрустрациям, к развитию неврозов. Внешний локус-контроль мешает процессам личностного созревания и роста.

Интерналы не склонны к подавлению других и подчинению. Они выражают сопротивление, если ими пытаются манипулировать или лишают их части свободы. Им легче работать в одиночестве. Они нуждаются в наличии необходимой степени свободы. Внутренний локус-контроль характерен для зрелых личностей.

Существует потенциальная вероятность к смещению локус-контроля благодаря социальному переучиванию. Для гармоничного развития личности в индивиде должны быть одинаково развиты оба вида локус-контроля.

Антиципационная концепция невротогенеза

В настоящее время можно считать доказанным участие механизмов вероятностного прогнозирования и антиципации в этиопатогенезе невротических расстройств, что нашло отражение в антиципационной концепции невротогенеза (В. Д. Менделевич, 1998–2001). Суть ее заключается в рассмотрении этиопатогенеза невротических расстройств в неразрывной связи с антиципационными процессами на различных уровнях (психологическом и психофизиологическом). Невротогенез видится, как результат неспособности личности предвосхищать ход событий и собственное поведение во фрустрирующих ситуациях, что обусловлено преморбидными особенностями «потенциального невротика», названными антиципационной несостоятельностью. Личность, склонная к невротическим расстройствам, исключает из антиципационной деятельности нежелательные события и поступки, ориентируясь всегда лишь на желательные. В связи с этим, попадая в непрогнозируемую, неблагоприятную и вытесненную в связи с этим из «ситуационного» сценария жизненную коллизию, человек оказывается в цейтноте времени для применения совладающего поведения. И даже если система психологической компенсации у него функционировала нормально, то в условиях расхождения прогноза и при крайней выраженности эмоциональных переживаний (обида, разочарования, недоумения), связанных с этой прогностической ошибкой, человек может не использовать потенциальных возможностей к совладанию с ситуацией и заболевает неврозом.

Этапность формирования невротических синдромов

Этапы формирования невротических расстройств описал В. Д. Менделевич (1994 г.): *когнитивный, аффективно-мотивационный, антиципационный, поведенческий*:

- **Когнитивный этап** — возникает вслед за действием психотравмирующей ситуации. Происходит ориентация в настоящем. Психическая деятельность направлена на осознание случившегося. При этом человек может находиться в различных эмоциональных состояниях — депрессивном, дисфорическом, апатическом, эйфорическом, но чаще всего — в полиморфном, которое вызывается ситуационными моментами и отработанными и апробированными стереотипами реагирования на кризисные, шоковые, фрустрирующие ситуации. Длительность этого этапа — от нескольких дней до нескольких недель.

- **Аффективно-мотивационный этап.** Производится оценочная психическая деятельность, т. е., событие ранжируется по значимости, степени влияния на жизнь, серьезности и принципиальности возникших изменений

в связи с психотравмой. Анализируется все, предшествующее ей (до воспоминаний детства, обид, перенесенных в течение жизни). Особо интересует оценка своей и чужой ответственности за произошедшее, что можно было бы изменить, чтобы предотвратить травмирующее событие. В эмоциональном плане доминирующей оказывается депрессивная симптоматика. На данном этапе можно говорить о таких психологических феноменах, как разочарование, растерянность и обида. Они являются базовыми для дальнейшего формирования аффективных симптомов и синдромов. Наряду с депрессивными проявлениями, часто проявляются тревожно-депрессивные, фобические, конверсионные (истерические), ипохондрические симптомокомплексы. Аффективные нарушения сочетаются с вегетососудистыми пароксизмами. Внимание больных на данном этапе особо привлекает их самочувствие. Они сосредоточены на происходящем, ищут помощи и сочувствия в связи с психологическими проявлениями. «Бегство» в болезнь может рассматриваться как уклонение от трезвой оценки реальности и неспособность разрешить конфликты, а также как неспособность, нежелание или неумение спрогнозировать варианты исходов неосознанно выбранных стереотипных действий и поступков.

Длительность этого этапа достигает нескольких месяцев.

• **Антиципационный этап** — определяет исход. В процессе этого этапа формируется альтернатива: либо пациент создает когнитивную базу для использования методов психологической компенсации и самостоятельно справляется с аффективной симптоматикой, либо особенности антиципации не позволяют ему их применить, и невротическая реакция переходит в стойкое невротическое состояние. У больных неврозами, в отличие от неврозостойчивых личностей, неврозогенез протекает по второму пути.

• **Аоведенческий этап** — определяет выработку стратегии поведения в новых условиях, когда конфликт продолжает оставаться неразрешенным, и с психопатологическими феноменами сочетаются и другие соматические эквиваленты психических расстройств.

Выделяют три типа методов психологической коррекции, используемых пациентами с невротическими расстройствами:

1) **лимитированная** — проявляется стереотипным поведением пациента в конфликтных ситуациях, ригидности этого поведения при его очевидной дезадаптивности;

2) **дефицитарная** — преобладает дефицит психокоррекционных способностей;

3) **антитюдная** — поведение пациента характеризуется клинически выявленным уклонением от использования психокоррекционных мероприятий и нормализации собственного психического статуса. Формируется, как правило, на базе акцентуации характера по истерическому типу.

Медико-психологические особенности семейного функционирования при расстройствах невротического спектра

Невроз — психогенное заболевание, и причины его развития, как правило, формируются в детском возрасте.

Развитию неврозов способствуют многие факторы, влияющие на процесс формирования личности и приводящие к общему нарастанию нервно-психического напряжения у родителей. Эти факторы можно разделить на следующие группы: *социально-психологические, социально-культурные, социально-экономические.*

Социально-психологические факторы: наличие единственного ребенка в семье или эмоциональная изоляция одного из детей (если их несколько); недостаточная психологическая совместимость родителей и детей; одностороннее преобладание (доминирование) одного из взрослых; перестановка или инверсия традиционных семейных ролей; низкая продуктивность совместной деятельности членов семьи; изолированность семьи в сфере внешних контактов.

Социально-культурные факторы: проблемы, связанные с проживанием в большом городе; ускорение темпов жизни; недостаток времени; скученность, обезличенность и усложняющийся характер межличностных отношений; недостаточные условия для полноценного отдыха и разрядки эмоционального напряжения.

Социально-экономические факторы: неудовлетворительные жилищно-бытовые условия молодой семьи; занятость родителей; ранний выход матери на работу и помещение ребенка в ясли или привлечение других лиц для ухода за ним.

Увеличение числа неврозов у взрослых, прежде всего у родителей, сказывается на увеличении числа неврозов у детей, порождая своеобразный порочный круг. Неврозы — это своеобразный клинико-психологический феномен, формирующийся на протяжении жизни трех поколений: прародителей, родителей и детей.

Интегративным показателем благополучия семьи является ее функциональность.

Признаки функциональной семейной системы:

1. Понятные семейные правила, гибко изменяемые и легко обсуждаемые. В такой семье принято говорить о чувствах, но никто не принуждает это делать. Чувства каждого члена семьи принимаются и не высмеиваются.

2. Семья справляется с неизбежными трудностями, проходит кризисы, которыми часто становятся этапы взросления детей.

3. Члены такой семьи здоровы, а болезни не используются для решения семейных проблем.

4. Преобладают «горизонтальные» коалиции — эмоциональные связи между родителями сильнее, чем связи отдельного родителя с ребенком.

Чаще встречаются **дисфункциональные семьи**.

Признаки дисфункциональной семейной системы:

1. Жесткие семейные правила и мифы.
2. Жесткие семейные правила поведения не обсуждаются и мало изменяются со временем.
3. Застывание семейной системы на кризисных ситуациях с формированием симптомов.
4. Вертикальные коалиции.
5. Низкая эмоциональная зрелость членов семьи, непонимание ими собственных чувств и желаний.
6. Низкая удовлетворенность членством в семье, перекладывание ответственности на других

Ребенок в такой семье испытывает много трудностей, которые приводят к эмоциональным проблемам. Он не знает, чего хочет сам, но знает, что чувствуют и хотят родные. Ребенок сверхзависим от их мнения, у него низкая самооценка и низкая устойчивость к стрессам. Обычно в такой семье ребенок втянут в отношения родителей.

Нормально функционирующая (гармоничная) семья — это семья, которая ответственно и дифференцированно выполняет все свои функции, вследствие чего удовлетворяется потребность в росте и изменениях как семьи в целом, так и каждого ее члена (Э. Г. Эйдемиллер и др., 2003).

Дисфункциональная семья — это семья, в которой выполнение функций нарушено, в силу чего в супружеской, родительской, материально-бытовой и других сферах жизнедеятельности не достигаются цели членов семьи и общества в целом, что препятствует личностному росту и блокирует потребность членов семьи в самоактуализации.

Анализ **семенной структуры** позволяет понять, каким образом семья реализует свои функции. В этом плане важно рассмотреть тип семейной связи и иерархию семьи.

Семейная связь — это психологическое расстояние между членами семьи. Как слишком близкая связь (**симбиоз**), так и слишком далекая (**разобщенность**) может привести к семейной дисфункции.

Семейная иерархия — понятие, описывающее взаимоотношения членов семьи с позиций авторитета, доминирования, власти принимать решения, степень влияния одного члена семьи на других. Она характеризуется отношениями доминантности-подчинения в семье. Семейная иерархия может быть низкой, умеренной и высокой.

Существует множество **вариантов структуры семьи:**

- нуклеарная — муж, жена, дети;
- «пополненная» — когда супружеская пара и дети пополнены бабушкой, дедушкой, дядей, тетей, живущими вместе или в тесной близости друг от друга;

- полная — есть мать и отец;
- неполная — есть только мать или только отец;
- искаженная (деформированная) — если есть отчим вместо отца или мачеха вместо матери;
- патриархальная — главой семьи является отец;
- матриархальная — главой является мать;
- полинуклеарная — семья, состоящая из нескольких поколений.

Может отличаться большой гибкостью и высоким совершенством;

- семья с делегированием обязанностей;
- семья-«аккордеон», когда один из родителей долго отсутствует;
- бродячие семьи, постоянно переезжающие с места на место;
- опекунские семьи;
- семьи с приемными родителями и т. д.

Дисфункциональные семейные структуры по иерархии:

- когда есть «аутсайдеры» — один из детей рассматривается родителями как нелюбимый;
- когда есть «козел отпущения» или «больной» член семьи.

Дисфункциональные семьи по коалиции:

- один из родителей образует устойчивую коалицию против другого, дистанцированного родителя;
- бабушка (дедушка) образует коалицию с ребенком против родителей;
- родитель объединяется с любимым ребенком, позволяя ему больше, чем другим, вызывая у них ревность;
- скрытая коалиция;
- перевернутая иерархия, когда по каким-либо причинам статус ребенка в семье становится выше, чем статус родителей.

Психологическая (сблинговая) позиция ребенка в семье имеет важное значение в формировании жизненного стиля поведения личности, а также, в дальнейшем, для формирования стабильного супружества.

Взаимоотношения между детьми в семье часто строятся как **соперничество сблингов**. **Соперничество сблингов** — один из видов конкуренции или вражды между братьями и сестрами. Особенно интенсивно это соперничество наблюдается, если дети близки по возрасту или одного пола. Сблинговая ревность может продолжаться и во взрослом состоянии. Даже если родители склонны делить все поровну, каждый ребенок хочет большего для самого себя.

Реакция детей на развод родителей во многом определяется возрастом ребенка.

Дети от 2 до 4 лет при разводе родителей склонны к возрастной регрессии.

В 3,5–6 лет дети при разводе родителей часто испытывают сильное самоуничижение. Они не в состоянии понять причину развода родителей и берут вину за развод родителей на себя.

В 7–8 лет дети часто переживают чувство злости и обиды, особенно на отца.

В 10–11 лет при разводе родителей ребенок чувствует себя заброшенным, обиженным никому не нужным, неполноценным, сердится на родителей, стыдится семейных проблем. У ребенка снижается самооценка, многие дети часто стремятся к уединению.

В 13–18 лет подростки переживают чувство обиды, потери. Многие все — же, как правило, оказываются способными адекватно представить себе причины и последствия развода, качество своих отношений с родителями.

Психологические особенности детей в неполных семьях. Детям из неполных семей для их полноценного психического развития не хватает своевременной психологической поддержки и понимания взрослыми своеобразия формирования их характера, признания в семье и среди сверстников, непосредственности в выражении чувств, жизненного тонуса, уверенности в себе, решительности в действиях и поступках, способности легко устанавливать контакты и длительно их поддерживать на взаимоприемлемом уровне, гибкости и непринужденности в отношениях, умения принимать и играть роли. Они обладают рядом психологических особенностей: более низкой школьной успеваемостью, склонностью к невротическим нарушениям, противоправному поведению, проявлениями инфантильности, негативным отношением к родителям, нарушениям полоролевого поведения, тягостным чувством отличия от сверстников, неустойчивой заниженной самооценкой с актуальной потребностью ее повышения, неадекватной требовательностью к матери и высоким желанием изменить ее поведение, активным поиском «значимого взрослого».

Семьи с единственным родителем. Причины появления таких семей: развод, смерть одного из супругов, усыновление, рождение вне брака, иногда — желание женщины самостоятельно, не вступая в брак, рожать, растить и воспитывать ребенка.

При разводе или смерти одного из супругов семьи столкнулись с проблемой на определенном этапе своего развития. В таких семьях дети растут с одним родителем. Второй родитель может присутствовать или не присутствовать в жизни ребенка, но он был. Ребенок может помнить его, интересоваться его судьбой.

При рождении ребенка вне брака об отце ребенка чаще не упоминают. Ребенок вынужден искать отсутствующую модель полоролевого поведения вне семьи. Такой поиск не всегда бывает успешным.

Важно отметить, что существует много полных семей, где дети не получают должного внимания. В такой семье ребенок воспитывается одним

из родителей, и это «не способствует появлению каких-то отклонений в его развитии, не препятствует счастью, не накладывает на него каких-то специфических черт, каких бы то ни было у других детей. Дело всего лишь в том, что воспитание в таких условиях труднее и возможны определенные опасности» (З. Матейчек).

Во-первых, это проблема занятости единственного родителя. При разводе или смерти одного из родителей, занятость родителя возникает с определенного момента. Именно с него ребенок редко видит мать или отца. Это обстоятельство усложняет уже существующую ситуацию (развод или смерть). Могут возникнуть и материальные трудности, что может повлечь за собой изменение условий воспитания.

Если женщина принимает решение рожать самостоятельно, не вступая в брак, она берет на себя решение всех проблем. Как правило, это женщина материально независимая, но она крайне занята. При этом мать воспитывает ребенка сама, в ее воспитательную деятельность никто не вмешивается. Мать берет на себя выполнение как материнских, так и отцовских функций. В такой ситуации возникают трудности при исполнении роли отсутствующего родителя. Ребенок чутко улавливает фальшь неэффективного исполнения матерью отцовской роли, что может приводить к нежелательным последствиям.

Трудности неполной семьи могут определяться и психоэмоциональным состоянием родителя, который может переносить свои проблемы на ребенка или быть излишне привязанным к нему.

Материнские семьи более привычны для нашего общества. Современная психология считает, что и отец способен быть воспитателем, а мужчина реагирует на улыбку или плач ребенка так же, как женщина. При этом репертуар успокаивающих действий у них одинаков. Педагог Н. В. Искольдский пишет, что отцы не всегда готовы взять на себя функции единственного воспитателя своих детей, так как этому их никто никогда не обучал, а одна из главных трудностей состоит в ежедневном приготовлении пищи. Общие трудности отцов связаны с отсутствием терпения и недостатком времени, а также с постоянными сомнениями при принятии решений, касающихся вопросов воспитания. При приобретении определенного опыта общения и воспитания ребенка, у отцов возникает более ответственное отношение к детям, хотя это и дается им сложнее, чем матерям.

Реализация механизмов невротогенеза в психологии пациентов, страдающих психическими и/или соматическими расстройствами

Непатологическая и патологическая тревога

Переживание тревоги — одно из самых частых у современного человека.

У здорового человека **тревога** — это эмоциональное состояние, возникающее как диффузное неясное ощущение надвигающейся или весьма вероятной в перспективе опасности и угрозы, которая сопровождается двигательным беспокойством, изменением восприятия окружающего мира, сердцебиением, затруднением дыхания, тремором, сухостью во рту, потными ладонями, тошнотой, учащенным мочеиспусканием, неприятными ощущениями в голове и т. д.

Близкой к тревоге эмоцией является **страх**. Отличие его в том, что он представляет собой эмоциональную реакцию на близкую, определенную, непосредственную опасность, когда характер ее совершенно ясен. Как и тревога, страх всегда сопровождается множеством вегетативных проявлений.

Нормальная (адаптивная) тревога — связана с угрожающей ситуацией и направлена на ее преодоление. Она усиливается при повышении значимости ситуации для человека, возрастает в условиях дефицита времени и информации. Целесообразность ее — в предупреждении об опасности и мобилизации организма для совершения действий, направленных на ее устранение или уменьшение.

Нормальна тревога пациента, которому предстоит хирургическая операция, студента перед экзаменом, артиста перед выходом на сцену, спортсмена перед стартом и т. д.

Тревожность — определяется как стойкая черта характера человека, не являющаяся патологией.

Патологическая тревога — когда тревога вызывает дискомфорт самого пациента и/или становится заметна со стороны. Определяется как внутренними (физиологическими и психологическими) факторами, так и внешними провоцирующими обстоятельствами. Патологическая тревога не связана с реальной угрозой, неадекватна значимости ситуации и, как правило, чрезмерна. Она существенно нарушает качество жизни человека и его деятельность.

Патологическая тревога встречается при ряде заболеваний в структуре психических недугов, является ведущим проявлением тревожных расстройств. Как правило, патологическая тревога сопровождается выраженными вегетативными проявлениями: головокружением, чувством жара или озноба, дрожью в теле или дрожью в руках и/или ногах, сердцебиением, слабостью в ногах, потливостью, чувством тошноты, сухостью во рту, дискомфортом в груди и/или в животе, учащенным мочеиспусканием, поносами или запорами и т. д. Степень выраженности вегетативной симптоматики может быть различной: от развернутых панических атак при паническом тревожном расстройстве до неясной и маскирующейся под соматическую симптоматику при соматоформных расстройствах.

Часто у пациента формируется тревожное ожидание наступления следующего приступа тревоги — так называемая **опережающая тревога** и

избегающее поведение, что со временем может изменить весь его жизненный стереотип.

В возникновении тревожных расстройств играют роль три группы факторов: *психосоциальный стресс, биологические причины, поведенческие (бихевиоральные) механизмы*. Несомненна роль *психосоциальных причин* (социальные стрессоры, межличностные конфликты), хотя люди в сходных социальных ситуациях, совершенно по-разному подвержены тревоге (одни спокойно переносят самые серьезные жизненные опасности, у других тревога возникает по незначительным внешним поводам и плохо поддается психотерапии, зато хорошо лечится чисто биологическими воздействиями, например, транквилизаторами и антидепрессантами).

Тревожность связана с наличием у индивида повышенной генетической подверженности, которая реализуется через изменения обмена нейромедиаторов в головном мозге (снижение содержания гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК), повышение уровня серотонина, норадреналина и дофамина и др).

Поведенческая модель подчеркивает роль условно рефлекторных механизмов и социального научения в возникновении и закреплении ряда симптомов тревожных расстройств.

Ананкастический синдром

Термином «**ананкастический синдром**» обозначают явления следующих навязчивых симптомообразований: фобии, навязчивые мысли и действия.

При **ананкастическом синдроме** речь идет о вторгающихся в психику субъекта навязчивых представлениях, мыслях, образах, страхах, сомнениях, действиях, с которыми он, понимая их неадекватность и необоснованность, пытается бороться, — но не может их преодолеть и страдает от этого. Навязчивые симптомы весьма разнообразны.

Среди фобий: агорафобия, клаустрофобия, мизофобия, танатофобия, нозофобия и пр.

К отвлеченным навязчивым симптомам относят навязчивый счет, навязчивое мудрствование, навязчивые сомнения, воспоминания, мысли, побуждения, влечения, а также навязчивые действия и ритуалы; последние чаще всего носят символический характер, за ними почти всегда скрывается страх, что невыполнение его повлечет несчастье с больным или его близкими.

Навязчивое действие (компульсии) — словно молитва для больного, умиляющая какие-то мистические силы. Они проявляются как навязчивые, не поддающиеся коррекции и полной контролируемости действиями: произвольное обкусывание и проглатывание ногтей, выдергивание волос, сосание пальцев и т. д., а также выполнение определенных действий, ритуалов, призванных снизить тревогу пациента. Часто выполнение ритуалов становится чрезмерным и нарушает поведение пациента. Навязчивые состояния усиливаются при тревожном ожидании, волнении.

И. П. Павлов полагал, что в основе ананкастных проявлений лежат механизмы патологически застойных процессов в коре большого мозга и гипноидно-фазовые состояния. Ананказм развивается под влиянием психотравмирующих переживаний на фоне чаще всего тревожно-мнительного характера. Кроме того, в характере таких больных отмечаются повышенная аккуратность, слабость внутреннего торможения, стремление держаться в тени, добросовестность, неуверенность в себе, трудность концентрации внимания, неспособность быстро сориентироваться и приспособиться к новой ситуации. Для патологических сомнений характерна неадекватность трезвой вероятности реальной неприятности, беды.

Причины соматизации психологических проблем:

- предпочтение общественным сознанием соматических болезней от психических расстройств;
- снятие ответственности за свое состояние при соматическом расстройстве;
- различные способы реагирования на стрессовый фактор.

Феномен «бегства» в болезнь чаще возникает у личностей с истерическими чертами характера. Это неосознанное преувеличение тяжести своего состояния. Болезнь является «условно желательной», дает какие-то преимущества больному.

Госпитализм возникает как проявление вредного влияния больничной обстановки. Больной привыкает к жизни в условиях стационара, не стремится покинуть его, не борется за выздоровление, социальную и трудовую адаптацию. При длительном пребывании ребенка в больнице к этому добавляется задержка психического развития.

Депрессивный вариант является наиболее психологически понятным и универсальным типом реакции на болезнь, который в меньшей степени, чем другие зависит от преморбидных личностных особенностей. В возникновении депрессии важную роль играет характер соматического заболевания (прогноз, болевой синдром, косметический дефект и т. д.). В клинической картине чаще всего представлена гипотимия в совокупности с тревожными расстройствами. Содержание переживаний тесно связано с актуальным соматическим состоянием и определяет поведение больных: тревожная суетливость, навязчивые вопросы к врачу и медперсоналу, касающиеся самочувствия и заболевания, обостренное самонаблюдение, тщательная регистрация малейших признаков телесного неблагополучия, нарушений деятельности внутренних органов. Наличие алгий и других тягостных телесных ощущений усугубляет чувство безнадежности и способствует развитию ипохондрических проявлений. Больные фиксированы на своем самочувствии, опасаются смерти или инвалидизации, потери своего статуса в обществе.

Депрессивные синдромы с соматическими проявлениями включают симптомы, общие для соматической и психической патологии: поте-

ря веса, нарушение сна, головокружение, тремор, тахикардия, вегетососудистая дистония, диспноэ, диспептические нарушения (горечь, сухость во рту, запоры, метеоризм и др.). Это может затруднять диагностику и лечение основного заболевания.

При доминировании в клинике депрессии **гипотимии** нарастает подавленность, чувство беспомощности и безысходности. Преобладают мрачные представления о необратимости соматических нарушений, бесперспективности лечения, неизлечимости болезни. Опасность депрессивных состояний — повышение риска суицида у таких больных. Чаще всего такие намерения связаны с изнуряющим болевым синдромом, который астенизирует личность, способствует дисфорической окраске переживаний со склонностью к аутоагрессивным действиям. Причинами суицидальных действий могут быть как действительно тяжелая неизлечимая угрожающая жизни болезнь, так и гипертрофированная субъективная оценка ее тяжести и возможных последствий. Возможны депрессии, обусловленные нарушениями метаболизма, изменением реактивности и другими биологическими факторами (соматогенные депрессии). Они встречаются при самых тяжелых соматических заболеваниях, чаще онкологических.

Боль и ее значение в клинике и диагностике

Боль — особое психофизическое состояние человека, возникающее в результате воздействия сверхсильных раздражителей, вызывающих органические или функциональные изменения в организме.

Физиологическая боль является интегративной функцией организма, обеспечиваемой как различными психологическими механизмами (ощущения, память, мотивация, вегетативные и поведенческие реакции), так и местными проявлениями. В ощущении боли воедино слиты физиологические и психологические, субъективные и объективные аспекты. Часто боль выполняет сигнальную функцию, предупреждая организм об опасности и защищая его от чрезмерных повреждений.

Патологическая боль представляет опасность для организма, вызывая такие дезадаптивные нарушения, как нарушение микроциркуляции, функции висцеральных систем и иммунитета, так и психоэмоциональные расстройства.

Группа экспертов международной ассоциации по изучению боли (IASP) определяют ее так:

«Боль — это неприятное ощущение или эмоциональное переживание, связанное с реальными или потенциальными повреждениями тканей или описываемое в терминах такого повреждения». То есть ощущение боли может возникать не только при повреждении ткани или в условиях риска повреждения, но и при отсутствии какого-либо повреждения.

Реакция человека на болевой стимул определяется несколькими факторами, среди которых индивидуальные и культурологические особенности личности, пережитый в прошлом опыт, эмоциональное состояние в момент болевого воздействия, а также обстоятельства, при которых оно происходит. Поэтому одни и те же болевые стимулы порождают у разных людей неодинаковые по характеру и выраженности ощущения. При воздействии болевого стимула включаются механизмы трех уровней и боль имеет три основных радикала: физиологический (стимуляция ноцицептивных рецепторов, активация болевых нейропептидов), поведенческий (болевая поза и мимика, особая речевая и двигательная активность) и личностный (мысли, чувства, эмоции).

Психологические факторы играют одну из основных ролей, причем вклад этих факторов в болевую перцепцию существенно различается при переживании человеком острой, кратковременной боли и при наличии хронического болевого состояния. Особое значение психологические факторы приобретают при хронических болевых синдромах (ХБС). На сегодняшний день наиболее распространенной является точка зрения, согласно которой психологические нарушения являются первичными, т. е. присутствуют исходно еще до появления алгических жалоб и, возможно, predisposing к их возникновению. В то же время длительно существующая боль может усугублять эмоциональные расстройства. Наиболее частыми спутниками хронической боли признаны депрессия, тревога, ипохондрические и демонстративные проявления. Доказано, что присутствие этих нарушений повышает вероятность появления болевых жалоб и перехода эпизодических болей в хроническую форму.

Согласно когнитивно-поведенческой модели, боль представляет собой не просто ощущение, а комплекс мультимодальных переживаний. При исследовании боли необходимо не только изучать ее сенсорные механизмы, но и принимать во внимание когнитивные, аффективные и поведенческие характеристики, которые определяют переносимость боли, болевое поведение и способность справляться с болевой проблемой. Предполагают, что у пациентов с ХБС когнитивные оценки в значительной степени влияют на аффективные реакции и поведение, определяя физическую активность и адаптацию. Основное внимание при этом уделяется различным вариантам поведения (например, пассивность или избегание) и когнитивным процессам (отношение к происходящему, надежды, ожидания и др.), которые могут не только поддерживать, но и усугублять болевую проблему. Например, пациенты с хронической болью, имеющие негативные пессимистические ожидания в отношении своей болезни, часто убеждены в собственной беспомощности, не способны справиться с болью и контролировать себя. Такой тип когнитивной оценки может не только надолго «зафиксировать» болевую проблему, но и привести к пассивному образу жизни и серьезной

психосоциальной дезадаптации. Кроме того, доказано, что когнитивные процессы могут оказывать непосредственное влияние на физиологию боли, вызывая активацию вегетативных механизмов.

Психические нарушения могут способствовать развитию болевых синдромов в нескольких вариантах: в рамках истерического или ипохондрического расстройства, в сочетании с депрессией, тревогой и при психотических состояниях. Боль нередко обнаруживается у больных с демонстративно-ипохондрическими расстройствами и во многих случаях служит единственным проявлением психологического дистресса. Как правило, больные, не способные распознать наличие психологического конфликта, выражают свои эмоциональные переживания в виде боли или других соматических симптомов.

Структура личности, которая формируется с детства и, как правило, обусловлена генетически и культурологически, является в основном стабильной характеристикой, присущей каждому индивидууму, и в целом сохраняет свое ядро после достижения зрелого возраста. Именно особенности личности определяют реакцию человека на боль и его болевое поведение, способность переносить болевые стимулы, спектр эмоциональных ощущений в ответ на боль и способы ее преодоления. Например, обнаружена достоверная корреляция между переносимостью боли (болевым порогом) и такими чертами личности, как интра- и экстравертирование и невротизация (нейротизм). Экстраверты во время болевых ощущений более ярко выражают свои эмоции и способны игнорировать болевые сенсорные воздействия. В то же время невротичные и интравертированные (замкнутые) индивидуумы «страдают в тишине» и оказываются более чувствительными к любым болевым раздражителям. Кроме того, люди, обладающие оптимистическим взглядом на жизнь, отличаются большей толерантностью к боли, чем пессимисты.

В общей структуре боли выделяют пять компонентов:

1. Перцептивный — уровень ощущений, позволяющий определить место повреждения.
2. Аффективный — отражает эмоциональную реакцию на повреждение.
3. Вегетативный — связан с рефлекторным изменением тонуса симпатoadреналовой системы.
4. Моторный — направлен на устранение повреждающих факторов
5. Когнитивный — отвечает за формирование субъективного отношения к испытываемой в данный момент боли на основе накопленного опыта.

Четыре основных типа отношения к боли на основании изучения болевого порога (А. К. Сангайло):

1. Порог боли низкий — общая чувствительность к боли высокая. Порог предела выносливости наступает очень быстро после появления чувства боли — низкая ее переносимость.

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

3. Порог боли высокий — чувствительность к боли невысокая. Интервал выносливости маленький — поздно наступающее чувство боли переносится плохо, разрыв между порогом боли и выносливостью маленький.

4. Порог боли высокий — общая чувствительность к ней невысокая. Интервал выносливости достаточный — выносливость к болевому чувству высокая.

В зависимости от механизма возникновения, болевые синдромы подразделяются на соматогенные, нейрогенные и психогенные (психические травмы, скрытые конфликты, аффективные, бредовые расстройства).

Боль — одна из главных причин обращения за медицинской помощью. Боль весьма переменчива по характеру, интенсивности и продолжительности. Она влияет на психофизическое состояние человека, вызывая истощение ресурсов, невротизацию и депривацию личности больного.

Существенное значение в характеристике личностных особенностей психосоматических больных придается **алекситимии**.

Алекситимия — это психологическое расстройство, характеризующееся ограниченной способностью пациента адекватно воспринимать и проговаривать свои ощущения и эмоциональное состояние.

Источники алекситимии усматриваются в дисфункциональных, строго регламентированных отношениях в семьях, в которых свободное выражение чувств не поощряется.

Предполагается, что алекситимия в большей степени характерна пациентам с психосоматическими заболеваниями, чем с неврозами.

Феномены диссоциации и конверсии в клинической психологии

Диссоциативные и конверсионные (истерические) расстройства часто встречаются в практике каждого врача. Они проявляются психогенными расстройствами с необычными, драматично и артистично предъявляемыми жалобами пациентов. Локализация болезненной симптоматики у таких пациентов может быть причудливой, соответствующей обывательским представлениям об анатомии, функциях внутренних органов и клинике болезней.

Признаки диссоциативных и конверсионных расстройств:

- неорганическая, психогенная причина и связь с психическими травмами и психологическими конфликтами;
- проявления в виде упорных телесных жалоб и симптомов, напоминающих серьезное соматическое заболевание, но в ходе самых подробных

обследований не обнаруживается никакого патологического процесса в организме, которым можно было бы объяснить предъявляемые пациентом жалобы;

- психогенный характер расстройства обычно не осознается больным — он отрицает связь симптомов с неразрешенными жизненными трудностями и требует все новых обследований, ситуация мучительна для пациента и для врача, испытывающего чувство вины за свою неспособность помочь больному;

- эти заболевания, несмотря на функциональный характер, нередко принимают хроническое, затяжное течение, грубо нарушая жизнь пациента и его близких.

Механизм возникновения диссоциативных и конверсионных нарушений более понятен при рассмотрении содержания термина *«психологическая защита»*.

Основой душевного и телесного благополучия любого человека является сохранение и поддержание достаточного уровня самоуважения, осознание своей личной ценности, важности и уникальности. В ходе жизни человек постоянно сталкивается со всевозможными конфликтами, трудностями, обидами и т. д. Для сохранения своего психологического «Я», поддержания необходимого уровня самоуважения и ослабления фрустрации, люди используют, обычно не отдавая себе в этом отчета, бессознательно, так называемые **механизмы психологической защиты**.

Значительный вклад в их изучение внесли З. Фрейд и его последователи.

К основным механизмам психологической защиты относятся:

1. Вытеснение (репрессия) — неприятные для человека переживания, конфликты, воспоминания изгоняются из сознания на бессознательный уровень и там удерживаются. Если вытеснение происходит осознанно, такой механизм называется подавлением.

2. Конверсия — неприятный аффект, порожденный проблемами и конфликтами, вытесняется в сферу бессознательного и трансформируется в соматические симптомы.

3. Проекция — приписывание другим неприемлемых для человека мыслей, ощущений и побуждений.

4. Отрицание — человек не признает само существование травмирующих фактов.

5. Рационализация — неприемлемое поведение, мотивы, чувства, обстоятельства оправдываются благовидными причинами.

6. Сублимация — психическая энергия, связанная с «запретными» побуждениями, трансформируется в социально приемлемые виды деятельности.

7. Компенсация и гиперкомпенсация — действия, имеющие целью маскировку или восполнения имеющихся у человека недостатков.

8. Символизация — какая-то идея или предмет проецируются на что-то другое, имеющее с ними сходство, что позволяет человеку перенести

вызывающую у него тревогу в связи с первоначальным предметом на его символ, или в символической форме, выразить какое-то запретное желание или побуждение.

9. Изоляция — отделение идеи от эмоций, которыми она сопровождается. Тем самым неприемлемая мысль освобождается от неприятных чувств, которые она несет с собой.

10. Диссоциация: под влиянием психической травмы (неразрешимые конфликты, непереносимые личные трудности, нарушенные социальные взаимоотношения, неспособность изменить ситуацию к лучшему и т. д.), происходят нарушения (дезинтеграция) между такими составляющими психической жизни, как осознание своих чувств и переживаний в связи с травмирующим событием, памятью на прошлые события, осознанием своего «Я» и ориентировкой в окружающем, а также способностью произвольно контролировать движения своего тела и т. д. В результате такой дезинтеграции некоторые из этих функций на какое-то время утрачиваются.

Диссоциативные и конверсионные расстройства — группа расстройств, проявляющихся в стремлении человека получать постоянное внимание, признание и одобрение от окружающих, эгоистичном и эгоцентричном поведении и стремлении манипулировать поведением окружающих. Чаще встречаются у людей неискушенных, наивных, непосредственных, с низким уровнем образования и невысоким социально-экономическим положением, в определенных культурах. В связи с необычностью и драматичностью эти расстройства часто привлекают к себе общественное внимание и находят отражение в религиозных культурах, художественной литературе, изобразительном искусстве, кинематографе и т. д.

Соотношения женщин и мужчин среди больных 3:1, типичный возраст начала заболевания — 15–25 лет.

Дополнительным (но не обязательным) критерием диссоциативных и конверсионных расстройств может быть получение пациентом каких-либо вторичных выгод от появившихся нарушений.

Подобные нарушения могут быть и у здоровых лиц (человек настолько погрузился в чтение или свои мысли, что перестал контролировать обстановку вокруг себя, не отвечал на вопросы, проехал нужную остановку и т. д.).

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)

ПТСР (синонимы — «вьетнамский» синдром, «афганский» синдром и др.) — это самостоятельная форма психической патологии, которая развивается у человека, который перенес крайне тяжелый психосоциальный стресс, который по своей интенсивности выходит за пределы обычного человеческого опыта. Речь при этом идет о психической, эмоциональной травме, а не о черепно-мозговой или иной физической травме.

Воздействие такой сверхсильной эмоциональной травмы возникают чаще всего в ходе военных действий, природных катастроф (землетрясения, цунами, наводнения, оползни и т. д.), пожаров, при транспортных и техногенных катастрофах, изнасилованиях, пытках, других формах крайне жестокого обращения с людьми, при массовых беспорядках и т. д. При этом пациент либо сам подвергся тяжелой опасности, либо это произошло с кем-то другим у него на глазах.

В свете современных представлений стресс представляет собой совокупность стереотипных, филогенетически запрограммированных реакций организма при воздействии на него экстремальных факторов. Возникающие реакции по своей начальной сути адаптационны. Адаптационные реакции при воздействии экстремальных факторов всегда избыточны, поэтому стресс-реакция сопровождается не только приспособительными, но и патологическими изменениями.

ПТСР выделены в МКБ–10 в отдельную группу. Его изучают во многих странах мира для создания специальных форм помощи таким пациентам.

Проявления ПТСР возникают через несколько недель или месяцев (но не позднее 6 месяцев) после травматического события.

Симптоматика ПТСР разнообразна и включает следующие группы расстройств:

1. Повторное, помимо воли пациента, переживание травмирующего события в виде навязчивых воспоминаний, повторяющихся сновидений или ночных кошмаров, стереотипных игр у детей, которые чем-то похожи на травму или каким-то образом символизируют ее.

2. Постоянное избегание стимулов, напоминающих о травме: человек все время заставляет себя не думать о перенесенной трагедии, избегает действий или ситуаций, которые могут о ней напомнить, в части случаев возникает психогенная амнезия травматических событий.

3. Снижение активности и ответственности в повседневной жизни, безразличие к делам, чувство оцепенелости, эмоциональной притупленности (неспособность любить, получать удовольствие от жизни, надеяться на лучшее в будущем), чувство обособленности от других; у детей — регресс в поведении с утратой приобретенных ранее навыков.

4. Усиление вегетативных проявлений тревоги и уровня бодрствования в такой мере, как это бывает при других тревожных расстройствах, — чрезмерная настороженность, вздрагивания, раздражительность, трудности засыпания, потливость и т. д.

Помимо указанных основных симптомов у пациентов часто встречаются острые вспышки страха, паники или ярости с агрессией, чувство вины перед погибшими в травматическом событии и самобичевание за то, что выжил, пьянство и антисоциальное поведение со склонностью к физическому насилию, демонстративное отрицание принятых в обществе норм и правил.

Характерны деформации внутрисемейных и социальных отношений, недоверие к лицам, представляющим власть, тяга к азартным играм и рискованным развлечениям (например, езда на автомобиле с большой скоростью, затажные прыжки с парашютом и т. д.). Так же характерны сомато-вегетативные жалобы.

ПТСР называют **острым**, если симптомы появляются до 3 мес. после травмы, **хроническим** — 3 мес. и более, **отсроченное**, если симптомы возникают, по меньшей мере, через 6 мес. после окончания воздействия стрессора.

ПТСР, обнаруживая хроническое течение на протяжении многих лет, может переходить в хроническое изменение личности.

Этиологическим фактором психосоматической патологии у участников войны является **боевой стресс**. Участие в боевых действиях — стрессор, травматичный для любого человека. В отличие от других стрессоров, участие в войне ведет к пролонгированной психотравматизации.

Пребывание на войне сопровождается комплексным влиянием ряда факторов:

1. Ясно осознаваемое чувство угрозы для жизни (биологический страх смерти, ранения, инвалидизации).

2. Ни с чем не сравнимый стресс, возникающий у человека, непосредственно участвующего в боевом действии. Наряду с этим появляется психоэмоциональный стресс, связанный с гибелью товарищей по оружию или с необходимостью убивать человека, пусть и противника.

3. Воздействие специфических факторов боевой обстановки (дефицит времени, ускорение темпов действий, внезапность, неопределенность, новизна).

4. Невзгоды и лишения (отсутствие полноценного сна, особенности водного режима и питания).

5. Характерный для участников войны в Афганистане жаркий климат в горно-пустынной местности (гипоксия, жара, повышенная инсоляция).

Важные факторы риска развития ПТСР — характерологические особенности личности, включая черты социопатического поведения, развитие алкогольной и/или наркотической зависимости. Это снижает способность личности к преодолению травматических стрессовых переживаний. Наличие в анамнезе психологических травм, таких как несчастное детство и/или психическая патология у членов семьи, увеличивает риск развития ПТСР.

Преодоление экстремальных ситуаций тяжелее дается очень молодым и очень старым людям.

Устойчивость к ПТСР повышает: способность к эмоциональному самоконтролю, хорошую самооценку, способность к своевременной интеграции травматического опыта других в свою жизнь, наличие хорошей социальной поддержки.

Травмы, нанесенные людьми, сопровождаются чувствами недоверия и горечи, мстительностью и сутяжничеством. Риск ПТСР возрастает при изоляции человека во время травмы. На жертв травмы разрушительное действие оказывает утрата семьи и близкого окружения. Важно, насколько рано была оказана помощь, реакция семьи (процессу выздоровления могут помешать родственники, поощряющие некоторые проявления болезненного поведения пациента).

Для ПТСР у ветеранов войны характерны пять фаз:

1. Начальное воздействие.
2. Сопротивление / отрицание.
3. Допущение / подавление.
4. Декомпенсация.
5. Совладание с травмой и выздоровление.

Пути развития заболевания: адаптивное разрешение или дезадаптивное разрешение в виде одной из следующих форм:

- дезадаптивное разрешение, основанное на генерализованной реакции страха;
- дезадаптивное разрешение, основанное на генерализованной реакции гнева;
- дезадаптивное разрешение, базирующееся на диссоциации;
- дезадаптивное разрешение, основанное на реакции ухода в себя;
- дезадаптивное разрешение, базирующееся на использовании травмы.

Принципы терапии ПТСР состоят в нормализации нарушенных функций, партнерстве врача и пациента при проведении терапии и повышении самооценки личности.

В лечении ПТСР очень важен междисциплинарный подход.

ТЕМА № 4

РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ И ПОВЕДЕНИЯ. СТРАТЕГИИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА С РАЗЛИЧНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ЗРЕЛОЙ ЛИЧНОСТИ И ПОВЕДЕНИЯ

Личностная гармония и дисгармония. Акцентуации характера. Девиантное поведение

Под термином «личность» (*personality, identity*) понимается совокупность постоянных, устойчивых качеств индивидуума, проявляющихся стойкими особенностями его поведения, свойственным ему жизненным стилем, а также формами отношения к себе и окружающим.

Особенности личности каждого человека определяются как конституционально-генетическим субстратом, так и множеством внешних влияний — взаимоотношениями с другими людьми, воспитанием в семье, социальным опытом, случайными жизненными событиями и т. д. Врач любой специальности ежедневно встречается и взаимодействует с пациентами, относящимся к разным человеческим типам, среди которых встречаются и патологические.

Основными составляющими личности являются:

темперамент, **характер**, **способности**, а также **направленность** личности, определяющая ее потребности, интересы, установки, идеалы, убеждения, мотивы и мировоззрение.

Темперамент — это тип высшей нервной деятельности, присущий человеку на протяжении практически всей жизни. Темперамент определяет индивидуальный тип биологических реакций. Он является биологической составляющей индивидуальности. Свойства темперамента относятся к конституциональным и определяются типом психического реагирования на внешние и внутренние воздействия в соответствии с особенностями основных нейрофизиологических процессов. Темперамент является базой для формирования более сложных и дифференцированных качеств личности.

Виды темперамента:

• **холерик** — (сильный, подвижный, неуравновешенный). Очень активный, решительный, инициативный, энергичный. Неуравновешенность часто проявляется нетерпеливостью, резкостью движений, быстрой сменой настроения, вспыльчивостью, иногда агрессивностью. Часто это максималист, ни в чем не знающий меры, плохо владеющий собой. Склонен начи-

нать много дел, но быстро теряет к ним интерес, особенно если для их завершения необходимо проявить терпение и настойчивость.

- **сангвиник** (*сильный, подвижный, уравновешенный*). Общителен, активен, энергичен, эмоции живые. В работе продуктивен, быстро переключается с одного занятия на другое. Легко обучается, быстро адаптируется в новой обстановке. В сложной ситуации реагирует адекватно и конструктивно.

- **флегматик** (*сильный, малоподвижный, уравновешенный*). Спокойный, уравновешенный, сильный, невозмутимый, рассудительный, медлительный. Чувства глубокие, но отличается инертностью. Последователен и терпелив в достижении целей, но не всегда решительный. При переменах — переключается с трудом.

- **меланхолик** (*слабый, малоподвижный, неуравновешенный*). Эмоциональный, сенситивный, очень ранимый, неуверенный в себе, быстро истощается. Склонен к пессимистическим переживаниям. Часто робкий, нерешительный, безынициативный.

Характер — совокупность наиболее существенных и устойчивых психологических качеств личности (эмоциональных, волевых, стиля мышления), сложившихся в процессе индивидуального развития и определяющих паттерн (модель, образец) поведения данной личности.

Черты характера частично наследуются, а частично — приобретаются в процессе индивидуального развития, являясь результатом биологических и социальных влияний. Характер позволяет человеку адаптироваться к действительности. Черты характера начинают формироваться в детстве и изменяются на протяжении всей жизни человека под влиянием меняющейся социальной среды.

Направленность личности может быть более биологизированной, отражая в большей степени витальные потребности (физиологические, сексуальные, а также повышенное внимание к безопасности, жилищу, одежде и т. д.), либо более социализированные с приоритетом духовных потребностей (интеллектуальных, моральных, эстетических и др.). В структуре нормальной личности разные потребности находятся во взаимосвязи и гармонии.

Уровень развития личности (зрелость) определяется характерными для нее отношениями. У личностей с низким уровнем развития доминирующими являются меркантильные, утилитарные отношения. Высокий уровень личности предполагает преобладание общественно значимых отношений и наличие духовности, составляющей ее ядро.

Духовность включает приверженность нравственным категориям, таким как совесть, порядочность, чувство стыда, сострадание и многим другим, позволяющим человеку самому оценивать свои поступки.

Черты зрелой личности (Г. Олпорт):

- широкие границы «Я»;

- способность к теплым социальным отношениям;
- способность к самовосприятию и эмоциональной стабильности;
- реалистическое восприятие мира на основе собственного опыта и притязаний;
- способность к самопознанию и чувство юмора;
- обладание цельной жизненной философией.

В зависимости от отношений личности и общества, успешности адаптации, различают: *личности социализированные* — адаптированные к условиям социальной жизни, и *десоциализированные (асоциальные)*, которым свойственны отклонения (*девиации*) от основных социальных форм поведения.

Десоциализированные (асоциальные) личности еще определяют как *девиантные, акцентуированные личности* (крайние варианты нормы), и *патологические личности*, к которым относятся лица с психопатиями и задержкой психического развития.

Гармоничная личность и личность акцентуированная

Гармоничной (нормальной, зрелой) личности свойственно единство содержания и формы выражения (поведения), а также оптимальное соотношение личностных качеств. Психологическая гармония связана с психическими, личностными и духовными аспектами жизни человека и проявляется как в его переживаниях, так и во внешнем поведении в различных жизненных ситуациях. В понятие «гармоничность личности (характера)» включается такое качество, как **синтонность**. **Синтонной** называется *личность, находящаяся в гармонии с окружающей реальностью, способна адаптироваться к многообразным условиям социальной действительности и адекватному поведению в них.*

Аномальные личности, напротив, обычно в такой степени отклоняются от условной средней нормы, что даже при благоприятных внешних общественных обстоятельствах испытывают субъективные трудности или отличаются дисгармоничным поведением в ходе приспособления к жизни.

Акцентуации личност» (характера) — это понятие, определяющее *людей с чрезмерно усиленными (акцентуированными) свойствами характера и темперамента, не выходящими, однако, за рамки нормы.*

Понятие «акцентуированная личность» было предложено профессором Берлинского университета К. Леонгардом в 1964 г.

Этим термином обозначаются крайние варианты психологической нормы. Акцентуации личности — пограничное состояние между нормальной (гармонической) личностью и личностью патологической (психопатологической).

Особенности характера при акцентуациях *не приводят к явному нарушению социальной адаптации*, или, если нарушение адаптации все-же наблюдаются, она бывает временной и непродолжительной. Особенности характера при акцентуациях могут проявляться не постоянно, а лишь в некоторых ситуациях, в определенной обстановке и почти не обнаруживаются в обычных условиях.

Нарушения адаптации при акцентуации личности возникают только при определенного рода психических травмах. Характер и содержание психических травм или трудных для личности ситуаций является патогенным только в том случае, если они задевают «места наименьшего сопротивления» данного типа характера. Другие трудности и потрясения, не задевающие наиболее уязвимые стороны конкретной личности, не приводят к каким-либо заметным нарушениям.

У пациентов с **расстройствами личности (при психопатиях)** дезадаптация и декомпенсация состояния может возникать при любых психических травмах в самых разных сложных для личности ситуациях, а иногда и без видимой причины. При этом декомпенсация может проявляться в виде острых аффективных и психопатологических реакций.

Профессор А. Е. Личко разработал систематику акцентуаций характера у подростков. Он считал, что понятие акцентуации более применимо к подростковому и юношескому возрасту, когда личность еще не вполне сформировалась. В клинической практике понятие «акцентуация характера» используется и применительно к более старшим возрастным группам, наряду с понятием «акцентуация личности».

Акцентуации характера подросткового возраста по А. Е. Личко (1985):

- **Гипертимный тип акцентуации** — характеризуется подвижностью, неутомимостью, общительностью, склонностью к озорству, неусидчивостью, приподнятым настроением. Стремление к активной деятельности сочетается с легкомыслием и недисциплинированностью. Подросткам такого типа свойственна переоценка своих способностей. У них рано пробуждается сексуальное влечение, интерес к наркотикам и алкоголю. Такие подростки стремятся к компаниям, часто асоциальным. Для них характерна конформность в поведении.

- **Циклоидный тип** — характеризуется склонностью к колебаниям настроения: периоды подъема проявляются активностью, шутливостью, часто сопровождаются алкоголизацией (до 1–2 нед.), чередуются с субдепрессиями. В этот период плохо переносятся даже мелкие неприятности, появляются вялость, скука, разбитость, стремление к одиночеству, могут возникать суицидальные мысли.

- **Лабильный тип** характеризуется крайней неустойчивостью настроения, которое меняется по ничтожным поводам. Это — люди настроения,

минутного каприза. Они очень чутко реагируют на знаки внимания, чрезмерно зависимы от значимых людей.

- **Шизоидный тип** характеризуется внешней замкнутостью, отгороженностью. Им свойственна «раздвоенность» в чувствах и поступках. Внешняя замкнутость часто сочетается со склонностью к вычурным фантазиям, символике, непродуктивному увлечению глобальными проблемами бытия. В межличностных отношениях проявляется эмоциональная холодность, отсутствуют способность к сопереживанию, что приводит к трудностям в личных отношениях. В качестве коммуникативного допинга шизоиды иногда используют алкоголь. У них часто обнаруживается неуклюжесть и вычурность в психомоторной сфере.

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

- **Сенситивный тип** отличается робостью, застенчивостью, впечатлительностью, иногда чувством собственной неполноценности. Они склонны к интеллектуально-эстетическим увлечениям. Стараются избегать больших шумных компаний, малознакомых людей. В качестве компенсации своей неуверенности могут «надевать на себя маску развязности». Возможны аффективные вспышки в ответ на грубость окружающих.

- **Психастенический тип** характеризуется повышенной склонностью к самоанализу и самобичеванию, робостью, тревожной мнительностью, «умственной жвачкой», нерешительностью, моторной неловкостью. В поведении подчеркнуто вежливы и педантичны, стремятся к соблюдению дисциплины.

- **Эпилептоидный тип** отличается злобностью, гневливостью, которые уживаются с бережливостью, аккуратностью и педантизмом. В личных взаимоотношениях очень ревнивы, стремятся к властвованию, могут иметь садомазохистические наклонности. Алкогольное опьянение усиливает склонность к агрессии.

- **Истероидный тип** — отличается эгоцентризмом, стремлением во что бы то ни стало обратить на себя внимание. Такие люди любят слушать похвалу в свой адрес и не терпят претензий. Они часто претендуют на роль лидера. Истероидные личности ярко проявляют свои эмоции, однако чувства их неглубоки, воля ослаблена, авторитет невысок. К тому же они склонны к неумеренному фантазированию и лжи. Во всех поступках личностей такого типа наблюдается явная наигранность, неестественность и позерство. Даже в интимных отношениях у них много игры и театральности.

- **Неустойчивый тип** отличается безволием, безынициативностью, легко подчиняется другим. Они стремятся к получению удовольствий, к развлечениям и к праздности. Часто попадают в сомнительные и асоциальные компании, склонны к мелким правонарушениям, азартным играм.

• **Конформный тип** характеризуется склонностью к «растворению» личности в окружающих и «мимикрируют» под любое окружение. Для них очень важен коллектив, в который они попадают. Так, попав в благополучное микросоциальное окружение, личности конформного типа могут стать хорошими исполнительными работниками. При попадании в асоциальную или криминальную среду, они нарушают нормы поведения, начинают употреблять алкоголь (и наркотики) «за компанию», легко вступают на криминальный путь.

• **Паранойяльная акцентуация** — характеризуется чрезмерной подозрительностью, напряженностью, недоверчивостью, патологической стойкостью аффекта (аналог застревающего типа акцентуации личности, по К. Леонгарду). По мнению А. Е. Личко, этот тип акцентуации в подростковом возрасте почти не встречается. Однако взрослые личности, имеющие данные черты характера, могут создавать большие трудности для окружающих, в том числе для врача и среднего медицинского персонала (таблица 1).

Таблица 1 — Сопоставление акцентуации личности (по К. Леонгарду) и акцентуаций характера (по А. Е. Личко)

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

Расстройства поведения

Расстройство поведения — *девиантное* (от лат. deviatio — отклонение, расстройство) **поведение личности**, отклоняющееся от наиболее важных социальных норм, причиняющее реальный ущерб обществу или самой личности, а также сопровождающееся ее социальной дезадаптацией.

Дезадаптация — это состояние сниженной способности (нежелания, неумения) принимать и выполнять требования среды как личностно значимые, а также реализовывать свою индивидуальность в конкретных социальных условиях.

Расстройства поведения обычно берут свое начало в детском, а чаще — в подростковом возрасте.

Основными критериями, свидетельствующими о наличии расстройств поведения, являются следующие:

- поведение подростка отклоняется от наиболее важных, принятых в данном обществе в данное время социальных норм, то есть, его действия не соответствуют существующим законам, правилам, традициям и социальным установкам;

- поведение и личность, которая его проявляет, вызывает неодобрение (негативную оценку и осуждение) со стороны других людей. Это неодобрение выполняет функцию социальной санкции — наказания нежелательного поведения. В то же время оно может приводить к *стигматизации личности* — навешивание ярлыков (наркоман, алкоголик, преступник, самоубийца и т. д.), предвзятое мнение и отвержение со стороны общества, которые препятствуют позитивным переменам усиливают социальную изоляцию;

- поведение наносит реальный ущерб самой личности или окружающим людям. Это может быть нарушение порядка, причинение морального и материального ущерба другим людям, физическое насилие и причинение боли, ухудшение здоровья. В крайних проявлениях — суицидальное поведение, насильственные преступления, употребление наркотиков и т. д.;

- это поведение многократно или длительно повторяется. Исключение: даже одна суицидальная попытка представляет серьезную опасность и может расцениваться как девиантное поведение;

- расстройство поведения как бы согласуется с общей направленностью личности;

- расстройство поведения не может целиком отождествляться с психическими заболеваниями или патологическими состояниями, хотя иногда сочетается с ними. В то же время при определенных условиях девиантное поведение может переходить в патологическое. Например, зависимое поведение может перерасти в системное заболевание — алкоголизм или в наркоманию;

- расстройство поведения сопровождается различными проявлениями социальной дезадаптации. При этом состояние социально-психологической дезадаптации может стать причиной девиантного поведения;

- расстройство поведения индивидуально для каждой личности и может иметь диапазон от вполне безобидных проявлений до тотального нарушения жизнедеятельности личности.

Детерминанты поведения человека: *биологические, психологические, социальные.*

Биологические компоненты расстройств личности — генетически наследуемые паттерны (т. е., устойчивые формы поведения) деструктивного поведения, родовые травмы, заболевания и физические травмы младен-

ческого и раннего детского возраста, соматические болезни и увечья, задержанное развитие, психические заболевания и т. п.).

Психологические компоненты расстройств личности (нарушения созревания высших психических функций, дефекты самоосознания, абнормальное развитие эмоционально-волевых процессов, и свойств личности, неполноценные механизмы психологической защиты, дефицитарные и малопродуктивные копинг-стратегии и т. п.).

Социальные компоненты расстройств личности (последствия девиантного материнства, социальная депривация, микросредовая и педагогическая запущенность, неправильное семейное воспитание, неблагоприятные условия жизни, агрессивная среда, нарушения детско-родительских отношений и т. п.).

Типы девиантного поведения:

1. Делинквентное: асоциальное (уклоняющееся от выполнения морально- нравственных норм, например, агрессивное поведение, проституция, бродяжничество и т. п.) и антисоциальное (поведение, противоречащее правовым нормам).

2. Аддиктивное (злоупотребление различными веществами, изменяющими психическое состояние, включая алкоголь и курение табака, до того, как от них сформировалась зависимость).

3. Патохарактерологическое (отклоняющееся): в основе отклоняющегося поведения лежат патологические изменения характера — психопатии.

4. Психопатологическое поведение: на первое место выступают психопатологические симптомы и синдромы — например, саморазрушающее (аутодеструктивное) поведение.

5. Девиации, обусловленные гиперспособностями человека (например, гениальность в различных направлениях).

Виды девиантного поведения:

Аддиктивное поведение — предполагает использование каких-то веществ (например, алкоголь, токсические или наркотические вещества и др.) или специфической активности (к примеру, компьютерные игры или «запойное» чтение, просмотр сериалов и т. д.) с целью ухода от реальности и получения желаемых эмоций.

Антисоциальное поведение — заключается в действиях, нарушающих существующие законы и права других людей в форме противоправного, асоциального, аморально-безнравственного поведения.

Суицидальное поведение — характеризуется повышенным риском самоубийства — осознанного лишения себя жизни.

Конформистское поведение — ориентировано исключительно на внешние авторитеты, лишено индивидуальности,

Нарциссическое поведение — обусловлено чувством собственной грандиозности.

Фанатическое поведение отличается слепой приверженностью к какой-либо идее, взглядам.

Аутистическое поведение проявляется в виде непосредственной отгороженности от людей и окружающей действительности, погруженностью в мир собственных фантазий.

Гемблинг — патологическая склонность к азартным играм (F63.0 по МКБ-10) заключается в частых повторных эпизодах участия в азартных играх, что доминирует в жизни субъекта и ведет к снижению социальных, профессиональных, материальных и семейных ценностей, не уделяется должного внимания обязанностям в этих сферах.

Работоголизм — это бегство от реальности посредством изменения своего психического состояния, которое достигается фиксацией на работе. При этом она заменяет собой привязанность, любовь, развлечения, другие виды активности. Работоголизм сопровождается компульсивным стремлением к постоянному успеху и одобрению со стороны окружающих. Трудоголик боится неудачи, «потерять лицо», быть обвиненным в некомпетентности.

Клинические аспекты девиантного поведения

Агрессивное и делинквентное поведение отвечает представленным в МКБ-10 диагностическим критериям для определения нарушений поведения: *повторяющиеся устойчивые действия или поступки, включающие агрессивность деструктивной и асоциальной направленности с картиной глубоко распространившейся дезадаптации поведения. Они проявляются либо в попрании прав других людей, либо в нарушении характерных для данного возраста социальных норм или правил.*

Это может быть: воровство, побеги из дома, намеренная лживость, прогулы школьных занятий, участие в поджогах, вандализм, нападение на людей, разрушение чужой собственности, физическое или сексуальное насилие, жестокость по отношению к людям или животным.

Различают *девиации непатологические и патологические.*

Непатологические девиации — это нарушения поведения у психически здорового человека.

Патологические формы девиантного поведения — понятие, сближающее психологические девиации с патологией личности. Они проявляются у детей и подростков при таких пограничных нервно-психических нарушениях, как патологические ситуационно-личностные реакции, психогенные патологические формирования личности, пограничные формы интеллектуальной недостаточности, в том числе при задержке темпа психического развития.

Для характеристики этой группы нарушений поведения нужны медицинские критерии, так как в этом случае речь идет о клиническом проявлении заболевания в его непсихотических и психотических формах поведения.

В медицинской и психологической литературе существуют и другие классификации девиаций.

А. А. Александров делит нарушения поведения на три группы:

1. Реактивно обусловленные, вызванные психотравмирующей ситуацией (побеги из дома, суициды).
2. Обусловленные патологией влечений (садизм, дромомания).
3. Обусловленные низким морально-этическим уровнем личности вследствие неправильного воспитания.

Классификация основных типов нарушения поведения у подростков по А. Г. Амбрумовой и Л. Я. Жезлову (1973):

1. Антисоциальные (антиобщественные).
2. Делинквентные (противоправные).
3. Антидисциплинарные.
4. Аутоагрессивные.

Агрессия

Вне зависимости от направленности и особенностей поведения агрессивность и агрессивное поведение являются основными качественными характеристиками нарушений поведения. Агрессия как базовая характеристика лежит в основе всех проявлений деструктивности.

Агрессия (по С. Н. Ениколопову, 2002) — *целенаправленное деструктивное поведение, противоречащее нормам и правилам существования людей в обществе, наносящее вред объектам нападения (одушевленным и неодушевленным), причиняющие физический ущерб людям и вызывающие у них психологический дискомфорт (отрицательные переживания, состояние психической напряженности, страха, подавленности и т. д.)*

Р. Бэрн и Д. Ричардсон (2000) дают еще более простое определение **агрессии** как «любой формы поведения, нацеленной на оскорбление или причинение вреда другому живому существу, не желающему подобного обращения». Таким образом, в этом определении агрессия рассматривается и как модель поведения (а не как эмоция, установка), и как намеренное действие.

Виды агрессивного поведения

По деструктивной направленности:

1. *Одиночный агрессивный тип нарушения поведения*, преимущественно направленное против взрослых и родственников.
2. *Групповой тип нарушений поведения*, обычно в компании сверстников, вне дома. Это могут быть серьезная физическая агрессия или выпады

против других, воровство, прогулы, деструктивные акты вандализма, а также довольно незначительные правонарушения и антисоциальные поступки.

3. *Нарушение поведения в виде непокорности и непослушания*, которые часто сопровождаются негативизмом, враждебностью, направленной против родителей или учителей.

По социальной направленности:

1. *Социализированное агрессивное поведение* — у подростков, не имеющих психических расстройств и легко адаптирующихся к различным социальным условиям из-за низкого морально-волевого уровня регуляции поведения.

2. *Несоциализированное агрессивное поведение* — у подростков с негативным эмоциональным состоянием, которое является реакцией подростка на напряженную стрессовую ситуацию или психическую травму, либо в результате неудачного разрешения каких-то личных проблем или трудностей.

По направленности на объект:

- *агрессия внешняя* (гетероагрессия) — характеризуется открытым проявлением агрессии в адрес конкретных лиц (прямая агрессия) либо ее «смещение» на безличные предметы, обстоятельства или социальное окружение (смещенная агрессия);

- *внутренняя* (аутоагрессия) — характеризуется обвинениями или требованиями в свой адрес.

В соответствии со способом выражения:

1. *Произвольная агрессия* — возникает из желания, намерения навредить кому-либо, оскорбить кого-либо, обойтись с кем-либо несправедливо, а также отомстить.

2. *Непроизвольная агрессия* — нецеленаправленный и быстро прекращающийся взрыв гнева и ярости, во время которого действия неподконтрольны объекту и протекают по типу аффекта.

По конечной цели:

- *конструктивная агрессия* (инструментальная) — действия имеют позитивную ориентацию и направлены на достижение цели нейтрального характера, а агрессия используется лишь в качестве средства;

- *деструктивная агрессия* (враждебная) — все действия направляются к насилию, их целью является нанесение вреда другому человеку;

- *экспрессивная агрессия* — является формой самовыражения и самоутверждения с помощью применения насилия.

По форме выражения:

1. *Физическая агрессия* — использование физической силы против другого лица (драка, толчки, подножка, удары и т. д.).

2. *Вербальная* — выражение негативных чувств как через форму (крик, визг), так и через содержание (оскорбления, ругань, сплетни, распускание слухов).

3. *Косвенная* — действия, направленные окольным путем на другое лицо, хоть как-то связанное с обидчиком (например, несправедливо наказанный учителем школьник бьет учительского любимчика), или ни на кого не направленные (бросание предметов на пол, топанье ногами, удары кулаком в стену).

Агрессия в структуре психопатологических синдромов

Агрессия является частым проявлением психопатологических расстройств и входит в структуру разнообразных психопатологических синдромов.

При эксплозивном и психоорганическом синдроме (при некоторых расстройствах личности, эпилепсии, органических поражениях головного мозга) — агрессия носит нередко brutальный характер с физическим насилием. Вспышка агрессии происходит мгновенно, по типу «короткого замыкания», нередко на ничтожный раздражитель. Контроль за поведением утрачивается вслед за появлением отрицательных эмоций.

При психоорганическом синдроме — агрессия может принимать затяжной характер в силу ригидности аффекта и мышления: больной буквально «застревает» на своих негативных эмоциях и переживаниях.

При синдроме сумеречного помрачения сознания агрессия может принять особенно жестокий характер. В этом состоянии она направлена против мнимых преследователей. Больной пытается защищаться, нападая, чтобы «предупредить» для себя тяжкие последствия. При выходе из сумеречного состояния сознания отмечается полная амнезия, в том числе и агрессивных действий.

При делириозном синдроме агрессивные проявления возникают под влиянием галлюцинаторных образов (главным образом зрительных), которые угрожают больному. Агрессия носит ответный и защитный характер.

При деменциях различного генеза (сосудистой, травматической, инфекционной, интоксикационной и др.) больной может совершить агрессивные действия из-за непонимания действий и слов окружающих, видя в них неуважение, ущемление прав или угрозу.

При умственной отсталости, как и при деменции, больные не могут правильно оценивать действия окружающих и собственные реакции, не могут просчитать последствия собственных действий, что может спровоцировать агрессию, часто непреднамеренную.

При астеническом и истерическом синдроме агрессия проявляется раздражительностью, обидчивостью, вспышками гнева, а также вербальной агрессией. Агрессия *при истерии* часто носит демонстративный характер и редко выходит за рамки вербальной.

При кататоническом и гебефреническом синдромах при шизофрении агрессия носит выраженный неконструктивный характер, так как является

немотивированной, непрогнозируемой, нецеленаправленной и разрушительной.

При различных бредовых синдромах агрессия является следствием ложной интерпретации реально происходящих событий, когда больной убеждается, что его преследуют, травят, обворовывают, хотят убить и т. д. Наличие *галлюцинаций* также может подтолкнуть пациента к совершению агрессивных поступков. *При психических автоматизмах* больной убежден, что всеми его мыслями и действиями управляют со стороны, и агрессию при этом следует рассматривать как непреднамеренную, вынужденную.

При *обсессивно-компульсивном* синдроме агрессия может возникнуть как неодолимое влечение совершить какой-либо нелепый, в том числе агрессивный поступок.

При маниакальном синдроме агрессия проявляется в виде так называемой «гневливой мании». Вспышки гнева и агрессии возникают в ответ на стремление окружающих как-то упорядочить поведение маниакального больного.

Агрессия у такого больного не имеет brutального характера и непродолжительна в силу повышенной отвлекаемости пациента и его способности переключаться с одного вида деятельности на другой.

Клиническая феноменология расстройств личности и поведения. Стратегии взаимодействия врача с пациентами с различными расстройствами личности и поведения

Расстройствами личности называются выраженные и стойкие, сохраняющиеся на протяжении почти всей жизни, отклонения от условной нормы, личностная дисгармония с вовлечением различных сфер психической деятельности, что сопровождается социальной дезадаптацией, т. е. либо сам человек, либо окружающие страдают от таких отклонений. При этом имеющиеся у человека особенности не могут быть объяснены какими-либо повреждениями мозга или иным психическим расстройством. Личностные отклонения от условной нормы, несмотря на дезадаптивность, могут быть не только отрицательными, но и положительными для индивида и общества и иметь как негативные, так и позитивные социальные последствия — все зависит от конкретных обстоятельств. Такие люди, не страдая какими-то психическими заболеваниями, думают, чувствуют и ведут себя не так, как другие. Задача врача состоит не в попытке сделать их «такими, как все» (это в принципе невозможно), а в том, чтобы распознать их особенности и действовать в соответствии с этим.

Распространенность расстройств личности составляет 6–7 % населения, у мужчин они встречаются несколько чаще, чем у женщин. Среди пациентов врача общей практики такие пациенты составляют 13 %. Это

«трудные» пациенты, которые отличаются поведенческими и коммуникативными особенностями и создают дополнительные сложности для врача, так как думают, чувствуют и ведут себя не так, как другие.

Расстройства личности характеризуются:

- тотальностью патологических черт характера;
- стабильностью;
- выраженностью проявлений, которые нарушают социальную адаптацию пациентов.

Диагностические критерии расстройств личности по МКБ–10:

1. Заметная дисгармония в складе личности и поведении, включающая несколько сфер, например, сферу эмоций, восприятия и мышления, контроль побуждений, а также стиль отношений с другими людьми.

2. Аномальный стиль поведения носит стойкий, хронический характер.

3. Аномальный стиль поведения является всеобъемлющим и отчетливо нарушает адаптацию человека к широкому диапазону личностных и социальных ситуаций.

4. Проявления личностных расстройств возникают в детском или подростковом возрасте и сохраняются в период зрелости.

5. Расстройство приводит к значительному личностному дистрессу, мучительно для пациента, но это может стать очевидным только на более поздних этапах.

6. Обычно (но не всегда) расстройство сопровождается существенным ухудшением профессиональной и социальной продуктивности.

Параноидное расстройство личности (*F 60.0 МКБ–10*)

Чаще встречается у мужчин, наиболее ярко проявляется в среднем возрасте. Характерны: повышенная подозрительность, недоверчивость к окружающим, включая близких, стремление постоянно видеть в действиях других людей угрозу своему благополучию, искать скрытый смысл в обычных повседневных событиях и высказываниях окружающих, упорство в отстаивании своих целей, бескомпромиссность, неспособность прощать обиды и унижения, обостренная чувствительность к ущемлению своих прав. Таковы — патологические ревнивцы, жалобщики — кверулянты, непреклонные критики, недоверчивые скептики, фанатичные борцы за осуществление своих идей.

Социальную адаптацию личностей этого типа затрудняют: отсутствие гибкости, завышенная самооценка, обидчивость, плохие коммуникативные способности, постоянная уверенность в своей правоте, неспособность видеть свои недостатки и прощать другим обычные человеческие слабости, учитывать многообразие взглядов окружающих и чувствовать оттенки человеческих взаимоотношений, стремление подмечать недостатки окружающих и др. У таких лиц повышен риск возникновения шизофрении и бредовых расстройств, депрессий и патологической тревоги.

При общении и взаимодействии с такими пациентами от врача требуется соблюдение следующих правил:

- устанавливать отношения постепенно, пошагово, завоевывая доверие, не пытаться в короткое время «сократить дистанцию»;
- избегать критики пациента, конкуренции и демонстрации своего превосходства, что вызовет неизбежную ответную агрессию;
- не пытаться защищаться, если пациент ее проявит, нужно спокойно выслушать его, частично с ним согласиться и привести свои аргументы (но не оправдания!);
- постоянно демонстрировать серьезность, уважение к пациенту, внимательно выслушивать, избегая шуток, иронии, сарказма;
- избегать приказного, директивного тона, предоставлять пациенту известную степень независимости, постоянно показывать, что он — равноправный партнер и активно участвует в принятии решений, а значит, и разделяет ответственность за них;
- при проведении интервью очень важна способность к активному слушанию, прояснение ожиданий пациента, умение руководить ходом беседы.

Шизоидное расстройство личности (F 60.1 МКБ-10)

У мужчин и женщин встречается в соотношении 2:1, отчетливо проявляется уже в детстве и сохраняется всю жизнь. Характерны черты: замкнутость, молчаливость, отгороженность от внешнего мира, стремление к уединенности, эмоциональная холодность, неспособность проявлять свои чувства и сопереживать другим, пренебрежение социальными нормами и устоями. Такие люди живут в собственном мире, закрытом для других, и производят впечатление странных, чудаковатых, эксцентричных, «не от мира сего». Мышление их необычно, нестандартно, интересы лежат в сферах, нехарактерных для большинства (мистика, экзотические религии, целительство, астрология, собирание редкостей). Повышен риск заболевания шизофренией.

Социальную адаптацию затрудняют: неспособность устанавливать контакты с окружающими, непрактичность, непонимание социальных условностей, нечувствительность к социальной похвале и осуждению.

«Сильные» стороны — независимость в суждениях, нонконформизм, оригинальность мышления, богатая фантазия, способность генерировать необычные творческие идеи (И. Ньютон, А. Эйнштейн, Л. Кэрролл, В. Набоков, И. Бродский, Г. Перельман и др.)

Общение и взаимодействие врача с такими пациентами требует соблюдения следующих правил:

- не пытаться их переделать, принимать такими, какие есть, со всеми странностями и чудачествами;

- пытаться находить точки соприкосновения и общие интересы и их использовать;
- наладить отношения с членами семьи и поручить им контроль за выполнением назначений;
- при проведении врачебного интервью важны открытые вопросы, постоянное прояснение ожиданий пациента, передача информации в максимально конкретной форме и постоянная проверка степени ее понимания; в сфере невербального поведения учитывать, что такие пациенты избегают смотреть в глаза собеседнику, поэтому попытки усилить зрительный контакт могут быть для них неприятны.

Диссоциальное расстройство личности (F 60.2 МКБ–10)

Чаще встречается у мужчин, чем у женщин (3:1), обычно в более низких социально-экономических слоях общества. Появляется в пубертатном возрасте и сохраняется всю жизнь. Основные черты таких людей: стойкое нежелание следовать нормам и правилам, принятым в обществе, склонность к авантюрам, рискованным приключениям, отсутствие сочувствия и сострадания к окружающим, недостаток ответственности и самоконтроля, неспособность испытывать чувство вины и раскаяния за свое поведение, склонность обвинять окружающих и обстоятельства в своих многочисленных трудностях и конфликтах. Характерны постоянные поиски риска, острых ощущений, влекут путешествия, опасности, финансовые авантюры, азартные игры, постоянная смена впечатлений. Они склонны к агрессии и насилию, нередко вступают в конфликт с законом и моралью без тревоги и сожаления. Низок самоконтроль и самоограничение.

«Сильные» стороны: смелость, непоколебимая уверенность в себе, жажда нового, талант первооткрывателей, умение жить полной жизнью, действовать «здесь и сейчас». Неблагоприятные в социальном плане особенности преобладают, поэтому жизнь таких людей сопряжена с конфликтами с законом, физическими и психическими травмами, финансовыми трудностями, разводами и распадом семей, высоким риском заболеть венерическими заболеваниями, употреблением психоактивных веществ и т. д.

Основные правила взаимоотношения врача с представителями данного типа людей следующие:

- четко понимая, что перечисленные особенности личности устойчивы, нельзя ему «читать мораль», как и доверять обещаниям изменить поведение;
- оно может измениться лишь при условии серьезной непосредственной опасности жизни и благополучию, поэтому лучше спокойно объяснить вероятные последствия его рисков и возложить ответственность за выбор форм поведения на самого пациента;

- не выступать в роли помощника и «социального буфера» и не позволять манипулировать собой;
- постоянно подчеркивать, что забота о собственном здоровье и ответственность за выполнение назначений лежит на самом пациенте.

Эмоционально неустойчивое расстройство личности (F 60.3 МКБ–10)

Соотношение распространенности у женщин и мужчин — 3:1.

Характерны черты: эмоциональная лабильность, взрывчатость, несдержанность, склонность к тяжелым аффективным вспышкам (при этом они склонны к агрессии и аутоагрессии — бросаются предметами, режут запястья и т. д.). Колебания настроения возникают как по внешним поводам, так и спонтанно. Мир для них поляризован, схематичен: «черное — белое; все или ничего». Межличностные отношения деформированы, окружающие «очень хорошие» или «очень плохие», перевод из категории в категорию происходит немедленно. Часто испытывают ощущение пустоты и бесцельности жизни, повышена частота депрессии, пьянства, употребления наркотиков, парасуицидов и других форм саморазрушительного поведения. Они непоследовательны, не используют прежний эмоциональный опыт, снова и снова повторяют прежние ошибки, что еще более усиливает чувство пустоты и отчаяния. Все это затрудняет их адаптацию в обществе.

Потенциально полезны для терапии: эмоциональность, способность увлекаться новыми людьми или идеями, неудовлетворенность собой, стремление искать у окружающих помощь и поддержку.

Правила для врача во взаимоотношениях с пациентами этого типа:

- принимать пациента таким, какой он есть, проявлять терпение и последовательность, твердость, не позволять пациенту провоцировать себя на конфликты и последующие примирения;
- заключить с пациентом своего рода контракт, в котором установить допустимые пределы поведения и требовать их выполнения;
- распределять ответственность за результат лечения с пациентом и настаивать на том, чтобы он выполнял свою часть работы;
- постоянно подчеркивать высокую ценность человеческой жизни и необходимость считаться с интересами других людей.

Истерическое (гистрионное) расстройство личности (F 60.4 МКБ–10)

Одна из наиболее широко распространенных форм расстройств личности, значительно чаще встречается у женщин. Характерные черты: театральность, демонстративность, повышенная эмоциональность и перемен-

чивость настроений, стремление привлечь к себе внимание, выделиться из толпы, повышенная внушаемость и самовнушаемость. Такие люди интересны в общении, особенно на первых порах, умеют произвести впечатление, очаровать, показать себя значительнее, чем в действительности. Речь богата, эмоциональна, хотя не всегда точна, полна преувеличений, жесты и мимика выразительны и театральны, живут они преимущественно чувствами, а не разумом, эмоции проявляются ярко, бурно, хотя поверхностны и переменчивы. Основная жизненная цель — найти признание, быть в центре внимания, методы достижения — различны, включая и симуляцию соматических расстройств. У таких людей повышенная склонность к возникновению диссоциативных, конверсионных и соматоформных расстройств, синдрома Мюнхгаузена.

Социально полезные качества: обаяние, умение привлечь окружающих и произвести впечатление, развитые коммуникативные навыки (чутко улавливают невербальные сигналы собеседника), эмоциональная открытость, тонкое чутье, социальная и профессиональная активность и т. д.

«Слабые» черты: неискренность, лживость, преувеличение, эмоциональная незрелость, непоследовательность в поступках и неорганизованность в поведении, эгоистичность и эгоцентричность, стремление манипулировать окружающими в своих интересах, раздутое самолюбие и др.

Правила поведения врача при общении и взаимодействии с пациентами данного типа:

- соблюдать эмоциональную и поведенческую дистанцию, не давать увлечь себя, не становиться на его сторону в его жизненных конфликтах, избегать обсуждения вопросов, прямо не относящихся к профессиональной компетенции врача;

- демонстрировать пациенту доброжелательность, но в то же время твердость, последовательность и уверенность в себе;

- помнить, что такие пациенты часто описывают симптомы ярко и преувеличенно;

- на ранних этапах договариваться о разделении ответственности, постоянно и в разных формах контролировать выполнение пациентом намеченного;

- не позволять пациенту опаздывать, самовольно менять назначения, обращаться к другим врачам без согласования;

- не позволять манипулировать собой, спокойно и равнодушно относиться как к похвале, так и к осуждению со стороны пациента;

- при проведении интервью максимально контролировать свое невербальное поведение, поскольку такие пациенты чутко его улавливают и используют.

Ананкастное (обсессивно-компульсивное) расстройство личности (F 60.5 МКБ–10)

Значительно чаще встречается у мужчин. Характерны черты: чрезмерная добросовестность, педантичность, скрупулезность, утрированное стремление к совершенству в деятельности, которой он занят (перфекционизм), излишнее внимание к несущественным деталям в ущерб главному, упрямство, ригидность, излишняя требовательность в вопросах морали и нравственности, приверженность социальным условностям. Такие люди стремятся всю работу делать сами, не доверяя другим, излишне поглощены ею (трудоголики), отказывают себе в отдыхе, удовольствиях, межличностных отношениях. Им трудно принять ясное решение, тратить деньги, избавляться от старых ненужных вещей. Моральные требования нереалистично завышены. Постоянные сомнения, колебания, возвращение к сделанному, находя в нем все новые недостатки. Легко возникают навязчивые мысли, опасения и действия (обсессии и компульсии). Не склонны к компромиссам и упорно стоят на своем. Повышенная предрасположенность к депрессивным состояниям, обсессивно-компульсивным и ипохондрическим расстройствам.

Социально полезные качества: обязательность, добросовестность, трудолюбие, упорство в достижении цели, высокие требования к себе, строгая мораль, преданность работе, семье, руководителю, партнеру, поэтому часто достигают профессионального и социального успеха.

«Слабые» стороны: нерешительность, неуверенность в себе, недостаток асертивности, поглощенность несущественными деталями, неумение переключаться, отдыхать, наслаждаться жизнью, застреваемость, плохая переносимость стрессовых ситуаций, завышенные требования к себе и окружающим.

Общение и взаимодействие врача с такими пациентами менее затруднены, чем с представителями других типов, однако рекомендуются следующие правила:

- убедить пациента в компетентности врача с первой встречи — если это удастся, то он будет скрупулезно выполнять назначения и охотно примет свою часть ответственности за результат терапии;
- убеждая пациента, следует подробно объяснить ход его мыслей и собранные факты, используя логические, рациональные аргументы, но не эмоции;
- в ходе интервью очень внимательно выслушать, подробно рассмотреть опасения пациента, не иронизировать, не шутить и не заявлять, что опасения пациента беспочвенны;
- чаще использовать открытые вопросы и подробно суммировать результаты.

Тревожное (уклоняющееся) расстройство личности (F 60.6 МКБ–10)

У мужчин и женщин встречается одинаково часто. Наиболее характерны: неуверенность в себе, постоянная тревога и напряжение, избегание контактов с другими людьми и различных социальных ситуаций из опасения подвергнуться критике, осуждению или отвержению, болезненно обостренная чувствительность к критике со стороны окружающих. Предпочтение жить в своем ограниченном мире (семья, несколько ближайших родственников, друзей), где чувствуют себя спокойно и комфортно. В профессиональной деятельности они чувствуют себя хорошо, когда число сотрудников и взаимосвязей строго ограничено. Вне этого круга они испытывают тревогу, неуверенность, преувеличенно осторожны, скованны, напуганы, не могут проявить себя, завязать новые знакомства, нуждаются в постоянной защите и одобрении. Обычно носят с собой большое число разнообразных предметов «на всякий случай». Самооценка занижена — за пределами привычного мира они ощущают себя непривлекательными, неспособными, неинтересными. Повышена склонность к развитию социальных фобий.

Социально полезные качества: эмоциональная теплота, чуткость, преданность семье, профессии (если выбрана правильно), способность создать уют и комфорт для себя и ближайшего окружения, предусмотрительность, требовательность к себе.

«Слабые» стороны: неуверенность в себе, повышенная тревожность, значительные затруднения при установлении социальных контактов.

Общение и взаимодействие врача с такими пациентами могут облегчить следующие правила:

- встречаться с ними следует без посторонних, в обстановке, обеспечивающей безопасность и уединение, стараясь не менять от встречи к встрече;
- нельзя усаживать такого пациента спиной к двери, нужно предоставить мягкое кресло, свет не должен падать в лицо;
- убрать физические барьеры, постоянно находиться в открытой позе и демонстрировать активное слушание;
- взять в инициативу в общении и взаимоотношениях в свои руки, нельзя ставить пациента в необходимость быстрого принятия решения, но следует подробно рассказывать, почему принимается решение;
- избегать иронии, критики, но быть советчиком, опекуном, постоянно демонстрируя эмпатию, внимание и сочувствие;
- не скупиться на похвалу, постоянно подчеркивать позитивные качества и достижения пациента.

Зависимое расстройство личности (F 60.7 МКБ–10)

Заметно чаще встречается у женщин. Характеризуется постоянным стремлением подчинить свои собственные потребности и интересы интересам других, быть ведомым, но не ведущим, затруднением в принятии самостоятельных решений и отстаивании своих интересов, страхом потерять человека, с которым возникла тесная связь и остаться в одиночестве. Такие люди подчиняемы, скромны, безропотны, стараются во всем следовать мнениям других, самооценка занижена, свое счастье и жизненный успех они видят в успехе людей, к которым патологически привязаны (муж, начальник). Повышен риск развития депрессий, социальных фобий.

Социально полезные качества: эмоциональная теплота и чуткость к потребностям окружающих, лояльность, гиперсоциальность, альтруизм, преданность семье, коллективу и социальным правилам, исполнительность, высокая требовательность к себе и др. Эти качества приобретают ценность, если объект привязанности — достойный в социальном отношении человек или группа людей.

«Слабые» качества: отсутствие самостоятельности, инициативы и предприимчивости, низкая асертивность, неспособность отстаивать собственные интересы, внушаемость, идеализация объекта привязанности.

Правила взаимодействия и общения с такими пациентами подобны относящимся к лицам с тревожными (уклоняющимися) расстройствами личности. Нужно помнить, что пациенты разбираемой группы могут становиться сверхзависимыми от врача, что усложняет работу с ними.

Смешанное расстройство личности (F 61.0 МКБ–10)

У пациента обнаруживаются признаки двух или нескольких типов расстройств, но ни один из них значительно не преобладает.

ТЕМА № 5

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ. СУИЦИДАЛЬНЫЙ РИСК И ЕГО МАРКЁРЫ. СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ

Согласно данным ВОЗ, ежегодно около 800 тыс. человек лишают себя жизни, а значительно большее число людей совершают попытки самоубийства. Каждое самоубийство — это трагедия, которая воздействует на семьи, общины и целые страны, оказывая долгосрочное влияние на живущих. Самоубийства происходят на протяжении всего жизненного цикла, и в 2015 г. они стали второй ведущей причиной смерти среди молодых людей 15–29 лет в глобальных масштабах. Самоубийства происходят не только в странах с высоким уровнем дохода, этот глобальный феномен характерен для всех регионов мира.

Начиная с античности самоубийство изучалось философами задолго до возникновения суицидологии как отрасли медицинской науки. Философская разработка проблемы самоубийства неразрывно связана с понятиями смерти, свободы выбора и воли, а также смысла жизни человека.

Первым исследователем, заложившим краеугольный камень в здание современной суицидологии, был французский социолог Э. Дюркгейм (1858–1917) в своём фундаментальном исследовании «Самоубийство» («Le Suicide», 1897). В научном контексте термин «суицидология» впервые был использован в отечественной литературе в конце XIX в. П. Г. Розановым в книге «О самоубийстве» (1891), а на Западе — только в 1929 г.

Клиническая суицидология — раздел клинической медицины, изучающий распространенность, медико-социальные, медико-биологические, медико-психологические и клинические детерминанты аутоагрессивного поведения в форме суицида и покушения на самоубийство и разрабатывающий на этой основе методы профилактики, интервенции и поственции суицидального поведения, а также принципы организации специализированной суицидологической помощи.

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ — любые внешние и внутренние формы психических актов, направляемые представлениями о лишении себя жизни. Впервые этот термин был предложен G. Deshais в 1947 г. В оте-

чественной психиатрии определение суицидального поведения впервые было дано А. Г. Амбрумовой (1978), в котором наиболее полно отражен весь спектр его проявлений: «*Суицидальное поведение является следствием социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого микросоциального конфликта и подразделяется на внутренние — антивитаальные переживания, пассивные суицидальные мысли, суицидальные замыслы, суицидальные намерения и внешние — суицидальная попытка и завершённый суицид*».

ВНУТРЕННИЕ формы суицидального поведения включают в себя *суицидальные мысли, представления, переживания*, а также *суицидальные тенденции*, которые подразделяются на *замыслы и намерения*.

Суицидальному поведению предшествуют антивитаальные переживания, при которых еще нет четких представлений о собственной смерти, а имеется отрицание жизни. Размышления об отсутствии ценности жизни выражаются в формулировках: «жить не стоит», «не живешь, а существуешь» и т. п.

Пассивные суицидальные мысли характеризуются представлениями, фантазиями на тему своей смерти, но не на тему лишения себя жизни как самопроизвольной активности. Примером этому являются высказывания: «хорошо бы умереть», «заснуть и не проснуться», «если бы со мной что-нибудь произошло и я бы умер...» и т. д.

Суицидальные замыслы — это активная форма проявления суицидальности, то есть тенденция к самоубийству, глубина которой нарастает параллельно степени разработки плана ее реализации. Продумываются способы суицида, время и место действия.

Суицидальные намерения предполагают присоединение к замыслу решения и волевого компонента, побуждающего к непосредственному переходу во внешнее поведение.

Период от возникновения суицидальных мыслей до попыток их реализации называется пресуицидом. Его длительность может исчисляться минутами при остром пресуициде и месяцами при хроническом пресуициде.

ВНЕШНИЕ формы суицидального поведения включают в себя *суицидальные попытки и завершённые суициды*.

Суицидальная попытка — это целенаправленное оперирование средствами лишения себя жизни, не закончившееся смертью. Парасуицид — синоним суицидальной попытки (*по определению ВОЗ, 1982*).

Парасуицид — не заканчивающееся фатально действие, при котором индивидуум намеренно пытается нанести или наносит самоповреждения либо принимает потенциально токсическое вещество в дозе, значительно превышающую предписанную или обычную терапевтическую (*ВОЗ, 2001*).

N. Kreitman определял парасуицид как призыв о помощи, способ воздействия на окружающих с целью изменения сложившейся ситуации, и

относил к ним суицидальные акты с истинным намерением умереть, но не закончившиеся смертью.

Суицид (лат., *sui* — себя, *caedo* — убивать) — акт самоубийства с фатальным исходом (ВОЗ, 1982).

Самоубийство — есть результат сознательных действий со стороны определённого человека, полностью осознающего или ожидающего летального исхода (ВОЗ, 2001).

По характеру осуществления выделяют:

1. Истинный (реальный, рациональный, холодный) суицид. Его целью является лишение себя жизни вследствие потери перспектив, человек действительно не хочет жить и стремится к смерти. Истинный суицид не бывает спонтанным (хотя иногда и выглядит довольно неожиданным), ему всегда предшествуют сниженное настроение, депрессивное состояние или просто мысли об уходе из жизни. Окружающие, даже самые близкие люди, нередко такого состояния человека не замечают (особенно если откровенно не хотят этого). Для детей это достаточно редкий суицид, и чаще он встречается у взрослых.

2. Демонстративный (демонстративно-шантажный, шантажный, диалогический). Суицид как определенная игра, когда человек до конца уверен в том, что его спасут. Его мотив — не лишение себя жизни, а демонстрация этого намерения. Цель демонстрации может быть различной: привлечение к себе внимания, получение какой-то выгоды при разрешении конфликта, получение некоего аргумента в споре с окружающими, психологическое давление на родственников. В данном случае человек подсознательно надеется на то, что он выживет, и его поймут. Для осуществления демонстративно-шантажной суицидальной попытки выбираются время, когда кто-то может прийти, и надёжный способ. По данным различных авторов, демонстративные самоубийства составляют около 50 % от общего числа суицидов. Смертельные исходы в данном случае являются следствием роковых случайностей.

3. Скрытый суицид (косвенное самоубийство). Вид суицидального поведения, не отвечающий его признакам в строгом смысле, но имеющий ту же направленность и результат. Это действия, сопровождающиеся высокой вероятностью летального исхода. В большей степени это поведение нацелено на риск, на игру со смертью, чем на уход из жизни. Такие люди выбирают не открытый уход из жизни «по собственному желанию», а так называемое суицидально обусловленное поведение. Это и рискованная езда на автомобиле, и занятия экстремальными видами спорта или профессия, связанная с риском, добровольные поездки в горячие точки.

Известный специалист по суицидальному поведению **Эмиль Дюркгейм** (1878) выделил четыре различных типа самоубийств в зависимости от особенностей контактов индивидуума с его социальной средой обитания:

1. **«Анемическое»** самоубийство, связанное с кризисными ситуациями в жизни, личными трагедиями: смерть близкого человека, потеря работоспособности, утрата имущества, несчастная любовь.

2. **«Альтруистическое»** самоубийство, совершаемое ради блага других людей, общества (чтобы не обременять собой близких, не позорить их в связи с каким-то преступлением или нарушением морали). К этому же типу суицида относятся акты самопожертвования, совершаемые ради каких-либо религиозных или политических идей, а также некоторые примеры суицида в условиях военных действий.

3. **«Эгоистическое»** самоубийство, связанное с каким-либо конфликтом, неприемлемостью социальных требований, определенных норм поведения, не соответствующих интересам. Самоубийство здесь является формой «ухода» от неблагоприятной социальной ситуации.

4. **«Фатальное»** самоубийство совершается людьми, которые в силу своих личностных особенностей, на определённом этапе жизни не видят дальнейших путей своего развития и воспринимают суицид как естественное завершение своей жизни.

Несколько позже к классификации были добавлены **еще три типа самоубийств**:

1. **«Аффективное»** самоубийство. Сопровождается дезорганизацией и сужением сознания. Ему подвержены импульсивные люди, с недостатком самоконтроля, оставшиеся в кризисный момент в одиночестве.

2. **«Иммунологическое»** самоубийство. Свойственно детям, которые переживают проблемы родителей: развод, болезни, потеря работы. Ребёнок понимает, что может быть лишним, что может помешать счастью матери, и, считая, что его уход может помочь ситуации, совершает попытку самоубийства.

3. **«Аномическое»** самоубийство. Аномия (от франц. *anomie* — отсутствие закона, организации) — нравственно-психологическое состояние индивидуального и общественного сознания, характеризующееся разложением системы ценностей, обусловленным кризисом общества, противоречием между провозглашенными целями и невозможностью их реализации для большинства. Выражается в отчужденности человека от общества, апатии, разочарованности в жизни, преступности.

Классификация по цели суицида и мотиву деятельности (В. А. Тихоненко, 1978):

1. **Протест, месть** — данные формы поведения предполагают наличие высокой самооценки и самоценности, активную или агрессивную позицию личности с функционированием механизма трансформации гетероагрессии в аутоагрессию.

2. **Призыв** — смысл суицидального поведения типа «призыва» состоит в активации помощи извне с целью изменения ситуации.

3. **Избежание** (наказания, страдания) — смысл суицида заключается в избежании непереносимой личной угрозы путем самоустранения.

4. **Самонаказание** — смысл суицидов самонаказания имеет несколько разные оттенки в случаях «уничтожения в себе врага» («суицид по решению судьбы», «решение сверху») и «искупления вины» («суицид подсудимого», «инициатива снизу»).

5. **Отказ** — мотивом является отказ от существования, а целью — лишение себя жизни.

Вместе с этим следует отметить, что мотивы могут полностью не осознаваться либо осознаваться неверно. Часто имеется не один, а несколько суицидальных мотивов (А. Г. Амбрумова, 1978).

Эдвин Шнейдман, первый в мире профессор Калифорнийского университета в Лос-Анджелесе по специальности «танатология», впервые описал признаки, которые свидетельствуют о приближении возможного самоубийства, назвав их «ключами к суициду». Им тщательно исследованы существующие в обществе мифы относительно суицидального поведения, а также некоторые особенности личности, обуславливающие суицидальное поведение. Последнее отражено в созданной им оригинальной типологии индивидов, играющих непосредственную, часто сознательную роль в приближении собственной смерти:

1. **«Искатели смерти»** — намеренно расстающиеся с жизнью, сводя возможность спасения к минимуму.

2. **«Инициаторы смерти»** — намеренно приближающие ее (например, тяжелобольные, сознательно лишаящие себя систем жизнеобеспечения).

3. **«Игроки со смертью»** — склонные испытывать ситуации, в которых жизнь является ставкой, а возможность выживания отличается очень низкой вероятностью.

4. **«Одобряющие смерть»** — те, кто, не стремясь активно к своему концу, вместе с тем не скрывают своих суицидальных намерений: это характерно, например, для одиноких стариков или эмоционально неустойчивых подростков и юношей в пору кризиса эго-идентичности.

Шнейдманом описаны и выделены общие черты, характерные для всех суицидов, несмотря на разнообразие обстоятельств и методов их совершения. Вместе с **Норманом Фарбероу** он ввел в практику метод психологической аутопсии (включающий анализ посмертных записок суицидентов), значительно развивший понимание психодинамики самоубийства.

На основе этого метода им были выделены **три типа суицидов**:

1. **Эготические самоубийства** — причиной их является интрапсихический диалог, конфликт между частями Я, а внешние обстоятельства играют дополнительную роль;

2. **Диадические самоубийства**, основа которых лежит в нереализованности потребностей и желаний, относящихся к значимому близкому

человеку; таким образом, внешние факторы доминируют, делая этот поступок актом отношения к другому;

3. **Агенеративные самоубийства**, при которых причиной является желание исчезнуть из-за утраты чувства принадлежности к поколению или человечеству в целом, например, суициды в пожилом возрасте.

В последних работах Э. Шнейдман подчеркивает важность одного психологического механизма, лежащего в основе суицидального поведения — **душевной боли (psychache)**, возникающей из-за фрустрации таких потребностей человека, как потребность в принадлежности, достижении, автономии, воспитании и понимании.

Г. Сейер (1983), анализируя чувства, стоящие за суицидальными действиями, выделил **четыре основные причины самоубийства**:

1. **Изоляция** — чувство, что тебя никто не понимает, тобой никто не интересуется.

2. **Беспомощность** — ощущение, что ты не можешь контролировать жизнь, все зависит не от тебя.

3. **Безнадежность** — когда будущее не предвещает ничего хорошего.

4. **Чувство собственной «незначимости»** — уязвленное чувство собственного достоинства, низкая самооценка, переживание некомпетентности, стыд за себя.

Возрастные особенности суицидального поведения

Возраст существенно влияет на особенности суицидального поведения (суицидальной мотивации, форм суицидогенеза, суицидальных проявлений), характерные для определенных возрастных групп (детский: до 12 лет; подростковый: 12–17 лет; молодежный: 17–29 лет; зрелый: 30–55 лет; пожилой: 55–70; преклонный: старше 70 лет):

— для **детей** характерны импульсивные суицидальные действия, их наиболее частой причиной являются ссоры в семье, агрессивное, негативное отношение родителей к ребенку;

— в **подростковом возрасте** причиной импульсивных суицидальных действий обычно являются конфликтные отношения с родителями, реже с учителями.

Психологический смысл подросткового суицида (точнее говоря, суицидального поведения, так как попытки гораздо чаще оказываются неудачными) — это крик о помощи, стремление привлечь внимание к своему страданию. Настоящего желания умереть, как правило, в этом возрасте нет; представление о смерти крайне неотчетливо, инфантильно. *«Желание устранить лишь на время, «умереть не до конца» — типичное подростковое решение трудной ситуации»* (Е. М. Вроно, 1994).

Характерные черты детского и подросткового суицидов (А. Н. Волкова, 1998):

1. Суициду предшествуют кратковременные, объективно нетяжелые конфликты в сферах близких отношений (в семье, школе, учебной группе).

2. Конфликт воспринимается как крайне значимый и травматичный, вызывая внутренний кризис и драматизацию событий.

3. Суицидальный поступок воспринимается в романтически-героическом ореоле: как смелый вызов, как решительное действие, как мужественное решение.

4. Суицидальное поведение демонстративно, в нем есть признаки «игры на публику».

5. Суицидальное поведение регулируется скорее порывом, аффектом, в нем нет продуманного плана совершения суицида, взвешенного выбора места и времени совершения суицида.

6. Средства самоубийства выбраны неумело (прыжок с балкона 2–3 этажа, малотоксические вещества, тонкая веревка и т. п.).

Семья — один из факторов, влияющих на формирование суицидальной склонности у подростков. ***Следующие особенности суицидогенных семей были выделены Л. Я. Жезловой (1981):***

1. Хорошие материальные условия и достаточно высокий образовательный уровень родителей (однако, это положение верно не для всех групп подростков-суицидентов, что нашло подтверждение исследованиях *Е. М. Вроно (1994)*).

2. Характерологические особенности родителей: лишь 18 % родителей подростков-суицидентов не имеет ярко выраженных акцентуаций характера или психической патологии.

3. Морально унижающие наказания в сочетании с материальной формой поощрения.

4. Отсутствие эмоциональной близости.

При исследовании семей подростков-суицидентов была отмечено частое нарушение родительской ролевой структуры: мать — глава семьи, а отец — более мягкий, уступчивый (*Е. А. Гребенкина, Л. П. Урванцев, 1996*).

Признаки, повышающие вероятность суицидальной попытки у подростка:

1. Нарушения сна, потеря аппетита, апатия.

2. Склонность к уединению и отчуждению.

3. Тяжёлые утраты, потери, близких, друзей, несчастная любовь.

4. Серьёзные конфликты в учебном заведении или семье.

5. Побег из дома.

6. Резкие изменения во внешности и поведении.

7. Злоупотребление алкоголем или наркотиками.

8. Разговоры о смерти, записки о самоубийстве, рисунки в черном цвете, отображающие жестокость, особенно направленную на себя.

9. Интерес к литературе религиозно-мистического или философского характера, рассуждения о смысле жизни и её ценности.

10. Чувство безнадежности, тревоги, снижение настроения, плач без причины.

11. Утрата интереса к любимым занятиям.
12. Членство в какой-либо группировке или религиозной секте.
13. Наличие свободного доступа к огнестрельному оружию, ядовитым веществам, сильнодействующим лекарственным средствам.
14. Увлечение азартными играми.

- В **молодом возрасте** наиболее часто встречаются суицидальные попытки (100:1 по отношению к самоубийствам), значительно чаще их совершают девушки (10:1 по отношению к юношам). Однако в различных исследованиях вариабельность таких статистических данных существенно колеблется. В подавляющем большинстве случаев суицидальные действия носят импульсивный характер и обусловлены разрывом отношений или ссорой с партнером.

- В **зрелом возрасте** самоубийства значительно чаще встречаются у мужчин (4:1 по отношению к женщинам), причиной которых является финансовый крах, безработица, алкоголизм. Женщины чаще совершают суицидальные попытки, обусловленные изменой, уходом мужа или разводом. Характер суицидального поведения зависит от длительности и субъективной значимости психотравмирующей ситуации.

- В **пожилом возрасте** суицидальное поведение в большинстве случаев обусловлено резким изменением образа жизни вследствие потери прежнего ролевого значения (окончание трудовой деятельности, конфликты с детьми и т. д.).

- В **преклонном возрасте** суицидальная активность вызвана одиночеством, тяжелыми соматическими заболеваниями. В пожилом и преклонном возрасте значительно чаще встречаются самоубийства (1:1 по отношению к суицидальным попыткам) с использованием заведомо летальных способов их осуществления.

Индикаторы суицидального риска

Это особенности сложившихся ситуаций, настроения, когнитивной деятельности и высказываний, увеличивающие вероятность суицидального поведения.

Ситуационные индикаторы:

Любая ситуация, воспринимаемая человеком как кризис, может считаться ситуационным индикатором суицидального риска: смерть любимого человека, особенно супруги или супруга; развод; потеря работы; уход на пенсию; сексуальное насилие; денежные долги; потеря высокого поста; профессиональная несостоятельность; раскаяние за совершенное убийство или предательство; угроза тюремного заключения или смертной казни; угроза физической расправы; получение тяжелой инвалидности; неизлечимая болезнь и связанное с ней ожидание смерти; нервное расстройство; шантаж; сексуальная неудача; измена или уход (мужа, жены; жениха, не-

весты); ревность; систематические избиения; публичное унижение; коллективная травля; политическая смерть; одиночество, тоска, усталость; религиозные мотивы; подражание кумиру и т. д.

Поведенческие индикаторы:

- 1) злоупотребление психоактивными веществами, алкоголем;
- 2) эскейп-реакции (уход из дома и т. п.);
- 3) самоизоляция от других людей и жизни;
- 4) резкое снижение повседневной активности;
- 5) изменение привычек, например, несоблюдение правил личной гигиены, ухода за внешностью;
- 6) выбор тем разговора и чтения, связанных со смертью и самоубийствами;
- 7) частое прослушивание траурной или печальной музыки;
- 8) «приведение дел в порядок» (оформление завещания, урегулирование конфликтов, письма к родственникам и друзьям, раздаривание личных вещей);
- 9) любые внезапные изменения в поведении и настроении, особенно — отдаляющие от близких;
- 10) склонность к неоправданно рискованным поступкам;
- 11) посещение врача без очевидной необходимости;
- 12) нарушения дисциплины или снижение качества работы и связанные с этим неприятности в учебе, на работе или службе;
- 13) расставание с дорогими вещами или деньгами;
- 14) приобретение средств для совершения суицида.

Коммуникативные индикаторы:

- 1) прямые или косвенные сообщения о суицидальных намерениях («Хочу умереть» — прямое сообщение, «Скоро все это закончится» — косвенное);
- 2) шутки, иронические высказывания о желании умереть, о бессмысленности жизни также относятся к косвенным сообщениям;
- 3) уверения в беспомощности и зависимости от других;
- 4) прощание;
- 5) сообщение о конкретном плане суицида;
- 6) самообвинения;
- 7) двойственная оценка значимых событий;
- 8) медленная, маловыразительная речь.

Когнитивные индикаторы:

- 1) разрешающие установки относительно суицидального поведения;
- 2) негативные оценки своей личности, окружающего мира и будущего;
- 3) представление о собственной личности как о ничтожной, не имеющей права жить;
- 4) представление о мире как месте потерь и разочарований;

5) представление о будущем как бесперспективном, безнадежном;
6) «туннельное видение» — неспособность увидеть иные приемлемые пути решения проблемы, кроме суицида;

7) наличие суицидальных мыслей, намерений, планов. Степень суицидального риска прямо связана с тем, имеются ли у человека только неопределенные редкие мысли о самоубийстве («хорошо бы заснуть и не проснуться») или они постоянны, и уже оформилось намерение совершить самоубийство («я сделаю это, другого выхода нет») и появился конкретный план, который включает в себя решение о методе самоубийства, средствах, времени и месте. Чем обстоятельнее разработан суицидальный план, тем выше вероятность его реализации.

Эмоциональные индикаторы:

- 1) амбивалентность по отношению к жизни;
- 2) безразличие к своей судьбе, подавленность, безнадежность, беспомощность, отчаяние;
- 3) переживание горя;
- 4) признаки депрессии: (а) приступы паники; (б) выраженная тревога; (в) сниженная способность к концентрации внимания и воли; (г) бессонница; (д) умеренное употребление алкоголя и (е) утрата способности испытывать удовольствие;
- 5) несвойственная агрессия или ненависть к себе: гнев, враждебность;
- 6) вина или ощущение неудачи, поражения;
- 7) чрезмерные опасения или страхи;
- 8) чувство своей малозначимости, никчемности, ненужности;
- 9) рассеянность или растерянность.

**Относительные факторы риска суицидального поведения
(Е. В. Ласый, 2009)**

Социально-демографические факторы суицидального риска:

Пол. Уровень суицидов у мужчин в 3–6 раз выше, чем у женщин. Уровень суицидальных попыток несколько выше среди женщин.

Возраст. Уровень суицидов в популяции увеличивается с возрастом и достигает максимума после 45 лет. Максимум суицидальных попыток приходится на молодой возраст — 20–29 лет.

Семейное положение. Уровень суицидов выше среди лиц, не состоящих в браке, разведенных, вдовых, бездетных и проживающих в одиночестве.

Профессиональный статус. Нарушение профессионального стереотипа (потеря работы, выход на пенсию, статус безработного) ассоциируются с увеличением риска суицида.

Религия. Уровни суицидов выше среди атеистов по сравнению с верующими. Среди основных конфессий максимальные уровни суицидов ре-

гистрируются у буддистов, минимальные — у мусульман; христиане и индуисты занимают промежуточное положение.

Медицинские факторы суицидального риска:

Психическая патология. Психические расстройства являются серьезнейшим фактором риска суицида. Самые частые среди них — расстройства настроения, расстройства личности и зависимость от психоактивных веществ (ПАВ), шизофрения. Риск суицида значительно усиливается при сочетании ряда психопатологических синдромов (например, депрессии и зависимости от ПАВ и др.) или психического расстройства и соматического заболевания.

• **Депрессия.** По мнению ряда исследователей, умеренный или тяжелый депрессивный эпизод предшествует 45–70 % суицидов. Риск суицида у пациентов, страдающих депрессией, является очень высоким (8–30 %) независимо от характера и течения расстройства. Однако ряд клинических особенностей депрессии может ассоциироваться с исключительно высоким риском самоубийства: депрессивный или смешанный эпизод в клинике БАР, особенно II типа; частые смены фаз (4 и более фаз/год); переход от мании к депрессии; коморбидность депрессии с зависимостью от ПАВ; сочетание депрессии с тревогой; восстановление физической активности до улучшения настроения в процессе лечения антидепрессантами.

• **Синдром зависимости от алкоголя.** От 10 до 22 % умирающих в результате суицида страдают алкогольной зависимостью. Уровни суицидов в выборках пациентов, зависимых от алкоголя, достигают 270/100000, что почти в 20 раз превышает показатели в общей популяции (14–17/100000). Увеличение риска связано с принадлежностью к мужскому полу, возрастом после 40 лет, агрессивным и импульсивным поведением, коморбидностью с другими психическими расстройствами, особенно с депрессией.

• **Синдром зависимости от опиатов.** Уровень суицидов в выборках героиновых наркоманов колеблется в диапазоне 82–350/100000. Увеличение риска в отличие от алкоголизма не зависит от пола и ассоциировано с молодым возрастом до 40 лет, коморбидностью с расстройством личности и депрессией, состоянием синдрома отмены.

• **Шизофрения.** Риск суицида в этой группе пациентов составляет 10–12 %, а уровень суицидов колеблется от 147 до 752 на 100 тыс. пациентов в год. Увеличение риска коррелирует со следующими клиническими особенностями: возраст до 40 лет; высокая критичность по отношению к болезни; низкий уровень негативной симптоматики; депрессивная симптоматика; вербальные императивы; интенсивная тревога и страх; бредовые идеи виновности; коморбидность (зависимость и др.); первая декада болезни; паркинсонизм и акатизия; частые короткие госпитализации в течение года; первые 7–10 дней после выписки из стационара.

• **Расстройства личности.** Максимальный риск суицидальной попытки (3–9 %) связан с эмоционально-неустойчивым расстройством личности, для которого характерна эмоциональная лабильность, напряженные межличностные отношения, смены идеализации и обесценивания объекта привязанности, импульсивность, чувство «опустошенности» и «бессмысленности», дихотомическое мышление и пр. Характерно то, что эмоционально-неустойчивое расстройство личности часто сочетается с расстройством настроения и зависимостью от ПАВ. Сочетание этих трех клинических состояний является сильнейшим предиктором суицидальной попытки.

• **Другие психические расстройства.** Высокий суицидальный риск может быть ассоциирован с такими расстройствами, как нервная анорексия, паническое расстройство, расстройства, связанные со стрессом и др.

Соматическая патология. Связь между соматической патологией и суицидальными попытками очень велика. По данным исследований, примерно 70 % людей, совершающих самоубийство, страдают острым или хроническим заболеванием на момент смерти. Группу повышенного суицидального риска составляют лица с тяжелыми хроническими заболеваниями. Кроме физических страданий или хронического болевого синдрома данные заболевания приносят массу негативных социально-психологических последствий для пациента. В связи с этим соматические заболевания часто сочетаются с депрессией.

Наибольший риск суицида связан со следующими состояниями: эпилепсия; онкологическая патология и заболевания органов кроветворения; сердечно-сосудистые заболевания (ИБС); заболевания органов дыхания астма, туберкулез; врожденные и приобретенные уродства; потеря физиологических функций; ВИЧ-инфекция; состояния после тяжелых операций и трансплантации донорских органов и тканей; искусственная почка.

Постоянный прием определенных лекарственных препаратов может усугублять состояние депрессии у больных хроническими заболеваниями. К таким медикаментам относятся: препараты раувольфии и другие гипотензивные средства, блокаторы адренергических рецепторов, кортикостероиды, противоопухолевые и антигистаминные средства.

Биографические факторы суицидального риска:

Суицидальные попытки в анамнезе. Наличие суицидальной попытки в анамнезе является одним из наиболее значимых факторов риска суицида и повторного парасуицида. Около 30–40 % лиц, совершивших суицидальные попытки, предпринимают повторные суицидальные действия. Риск повтора суицидальной попытки наиболее высок в течение 3 мес. после первой.

Суицидальное поведение биологических родственников. Среди биологических родственников людей, совершающих суицидальные действия, уровень суицидов выше, чем в общей популяции. Это связано с законо-

мерностями наследования психических расстройств, а также определенных поведенческих особенностей личности (импульсивность).

Суицидальное поведение «значимых других». В некоторых случаях большое значение имеет копирование поведения эмоционально значимых лиц (родных, партнеров, кумиров массовой культуры и др.). Поведение посредством моделей характерно для детей, подростков, членов религиозных сект.

Другие анамнестические факторы риска. Среди других биографических факторов риска часто выделяют наличие психической патологии у близких родственников, смерть близких родственников в возрасте пациента до 13 лет, систематическое насилие со стороны родных и близких в возрасте до 13 лет и др.

Индивидуально-психологические факторы риска:

Данные факторы отражают не столько риск суицидальной попытки, сколько вероятность сниженной толерантности личности к эмоциональным нагрузкам. К ним относят следующие личностные особенности: эмоциональная неустойчивость, в т. ч. в период возрастных кризов (пубертатный, инволюционный); импульсивность; эмоциональная зависимость; заниженная или завышенная самооценка; максимализм и категоричность; сильно выраженное желание достижения целей; низкая способность к вытеснению травмирующего фактора; тревожность и гипертрофированное чувство вины.

Этапы суицидогенеза

В результате исследований установлено, что суицидальное поведение, как бы быстро оно не разворачивалось, всегда имеет постоянные компоненты своей динамики.

Формированию собственно суицидального поведения предшествует **ДОСУИЦИДАЛЬНЫЙ ПЕРИОД**, во время которого изменяется содержание психической жизни человека: появляется чувство одиночества, тоски по несбывшемуся, утрачивается способность переживать радость, счастье, пропадает интерес к жизни, появляется тема смерти в бытовых разговорах или творчестве. Это состояние наиболее близко к **неспецифическому дефицитарному синдрому** — своеобразному транснозологическому понятию, которое описал и ввел в психиатрию Е. Воег (1988, 1999). Психопатологически оно выражается недепрессивным аффективным расстройством, важнейшим проявлением которого является *ангедония*.

Самоубийству предшествует **ПРЕСУИЦИД** — состояние личности, обуславливающее повышенную в отношении к условной «норме» вероятность совершения суицидального акта (А. Г. Амбрумова, В. Л. Леви, 1974). Он включает в себя две фазы: *преддиспозиционную* и *собственно суицидальную*.

Преддиспозиционная фаза характеризуется исключительно высокой активностью человека по выходу из кризисной ситуации (период поиска «точки опоры»). Но эта активность не сопровождается суицидальными исполнительными действиями. По мере того, как исчерпываются варианты разрешения ситуации, порождается мысль о ее неразрешимости. На этом этапе суицидент остро ощущает невыносимость существования в сложившихся условиях и предположительно констатирует отсутствие желания жить, *но мысли о самоубийстве блокируются механизмами защиты.*

Антисуицидальные факторы — факторы, препятствующие формированию намерения и непосредственной реализации суицидального замысла или обесценивающие целесообразность суицидального акта, как способа разрешения психотравмирующей ситуации. В роли антисуицидального барьера могут выступать самые разнообразные этнокультуральные, религиозные, социально-психологические и личностные факторы.

Суицидальная фаза пресуицида начинается после дальнейшего углубления дезадаптации суицидента, если до этого он не нашел варианта выхода из кризиса и не получил надлежащей помощи и поддержки. Данная фаза характеризуется тем, что у человека *возникают суицидальные мысли*, а позднее — и обдумывание способа суицида. На этом этапе, как правило, необходимо вмешательство специалистов. Следует отметить, что суицидальная фаза пресуицида, начало которой связано с появлением суицидальных замыслов, длится вплоть до покушения на свою жизнь.

СУИЦИД — динамический процесс, состоящий из трех этапов:

1. **Этап суицидальных тенденций.** Он проявляется прямыми или косвенными признаками, свидетельствующими о снижении ценности собственной жизни, утрате ее смысла или нежелании жить. Суицидальные тенденции проявляются в мыслях, намерениях, чувствах или угрозах.

2. **Этап суицидальных действий.** Он начинается, когда тенденции переходят в конкретные поступки. Под суицидальной попыткой понимается сознательное стремление лишиться себя жизни, которое по не зависящим от человека обстоятельствам (своевременное оказание медицинской помощи) не было доведено до конца.

На этом этапе осуществляется процедура психологической интервенции — это процесс вмешательства в суицидальные действия для предотвращения суицида и заключается в контакте с отчаявшимся человеком и оказании ему психологической помощи по выходу из пресуицидального кризиса. Главная задача интервенции — помешать человеку совершить акт суицида, а не в том, чтобы изменять структуру личности или излечить нервно-психическое расстройство. Это самое важное условие, без которого остальные усилия психотерапии и методы оказания помощи оказываются недейственными.

Форма поведения человека в это время отражает индивидуальный подход к самоубийству, что позволяет выделить ряд *личностных стилей суицидентов*:

— *импульсивный*: внезапное принятие драматических решений при возникновении проблем и стрессовых ситуаций, трудности в словесном выражении эмоциональных переживаний;

— *компульсивный*: установка во всем достигать совершенства и успеха часто бывает излишне ригидна, и при соотнесении целей и желаний с реальной жизненной ситуацией может привести к суициду;

— *рискующий*: балансирование на грани опасности («игра со смертью») является привлекательным и вызывает приятное возбуждение;

— *регрессивный*: снижение (по разным причинам) эффективности механизмов психологической адаптации, эмоциональная сфера характеризуется недостаточной зрелостью, инфантильностью или примитивностью;

— *зависимый*: беспомощность, безнадежность, пассивность, необходимость и постоянный поиск посторонней поддержки;

— *амбивалентный*: наличие одновременного влияния двух побуждений — к жизни и смерти;

— *отрицающий*: преобладание магического мышления, в силу чего отрицаются конечность самоубийства и его необратимые последствия. Отрицание снижает контроль над волевыми побуждениями, что усугубляет риск;

— *гневный*: затрудняются выразить гнев в отношении значимых лиц, что заставляет испытывать неудовлетворенность собой;

— *обвиняющий*: убежденность в том, что в возникающих проблемах непременно есть чья-то или собственная вина;

— *убегающий*: бегство от кризисной ситуации путем самоубийства, стремление избежать или уйти от психотравмирующей ситуации;

— *бесчувственный*: притупление эмоциональных переживаний.

— *заброшенный*: переживание пустоты вокруг, грусти или глубокой скорби;

— *творческий*: восприятие самоубийства как нового и привлекательного способа выхода из неразрешимой ситуации.

Подготовка к суициду. При истинном суициде намерение покончить с собой развивается в течение длительного времени — подготовка к акту суицида может занимать от нескольких дней до нескольких лет. Суицидент долго анализирует причины и возможные последствия самоубийства, рассматривает различные способы и оценивает их эффективность и надёжность, планирует наиболее надёжный сценарий суицидального действия. Суицидент учитывает анатомию и физиологию организма человека, физиологию процесса умирания (агония, клиническая и биологическая смерть).

Непосредственно перед актом самоубийства у суицидента может проявиться так называемое *терминальное поведение* — человек «приводит дела в порядок»: составляет завещание, просит прощения у старых врагов, делает прощальные подарки друзьям, закрывает счёт в банке, отдаёт долги, проводит в квартире генеральную уборку. Иногда суицидент совершает ряд действий, направленных на уменьшение негативных последствий его суицида для окружающих (например, бреется, моется, переодевается в чистое белье, совершает предварительную дефекацию и мочеиспускание). Психологически это может означать извинение за причинённые неудобства.

Если самоубийство незавершенное, то к общей схеме развития суицидального поведения добавляется еще одна фаза — **ПОСТСУИЦИД**.

3. *Этап постсуицидального кризиса*. Он продолжается от момента совершения суицидальной попытки до полного исчезновения суицидальных тенденций, иногда характеризующихся цикличностью проявления. Этот этап охватывает состояние психического кризиса суицидента, признаки которого (соматические, психические или психопатологические) и их выраженность могут быть различными. На этом этапе осуществляются поственция и вторичная превенция суицидального поведения. Поственция является системой мер, направленных на преодоление психического кризиса и адресованных не только выжившему суициденту, но и его окружению.

А. Г. Амбрумова и В. А. Тихоненко (1980) выделяют следующие *варианты постсуицидального периода*:

- *Суицидально-фиксированный*. Суицидоденный конфликт актуален или диссимилируется. Сохраняются суицидальные проявления с положительной оценкой суицидальной попытки. Вероятность совершения повторной суицидальной попытки очень высока. Как правило, такой суицидент нуждается в лечении в психиатрическом стационаре и динамическом наблюдении психиатра.

- *Аналитический*. Суицидоденный конфликт актуален, но суицидальные проявления не выражены. Отношение к суицидальной попытке критическое, человек раскаивается в ее совершении. Возможна повторная суицидальная попытка.

- *Манипулятивный*. Если после суицидальной попытки ситуация изменилась в нужном для суицидента направлении, то выраженность суицидальных проявлений снижается. Если ситуация не разрешилась и цель не была достигнута, то суицидальная активность сохраняется.

- *Критический*. Суицидоденный конфликт утратил актуальность (суицидальная попытка произвела «обрывающий» эффект). Суицидальные проявления отсутствуют. Вероятность повторной суицидальной попытки минимальна.

СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ

Термин «эмоциональное выгорание» впервые предложен американским психиатром Г. 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 эмоциональное 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. 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.

3. Организационные факторы

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 слаженной работы многочисленных звеньев.

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 колле-

ге при больном, подрывает не только его авторитет, но и собственный, а также медицины в целом.

Обязательным условием следует упомянуть ненормированный рабочий день, продолжительность которого часто превышает 24 ч. 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.

Развитию 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;
- напряженная психоэмоциональная деятельность: интенсивное общение, подкрепление его эмоциями, интенсивное восприятие, переработка и интерпретация получаемой информации и принятие решений.
- работа с психологически трудным контингентом (работа с психически, онкологическими больными, в сфере оказания неотложной помощи при необходимости постоянного общения не только с больным, но и с родственниками).

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 исчерпания эмоциональных и физических ресурсов, усталости, не проходящее после ночного сна. По-

сле 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, пациент воспринимается как неодушевленный предмет, само присутствие которого неприятно.

Третьим признаком 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 гипотензии, так и к гипертензии, язвы, фурункулез, сердечно-сосудистые заболевания.

2. *Эмоциональные симптомы:* недостаточная эмоциональность (увеличение деперсонализации — своей или других), пессимизм, цинизм и черствость 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, увлечения: (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, желательно сочетающая силовые, агрессивные, и релаксационные упражнения 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 № 6

ОСНОВЫ ДЕОНТОЛОГИИ И ПСИХОТЕРАПИИ

ОСНОВЫ ДЕОНТОЛОГИИ

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

Этика — наука о морали.

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

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

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

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

История формирования этики и медицинской этики

История возникновения и формирования **этики, медицинской этики и деонтологии** тесно связана с историей развития человечества, и, как любая **форма общественного сознания**, всегда была производной (вторичной) от **бытия** людей.

На заре человечества возникла практическая необходимость регулировать отношения людей между собой и природой. Уже в то далекое время впервые вырабатывались «неписанные правила», регламентирующие поведение людей в конкретном обществе (**мораль**). Они включали два важнейших понятия — «**тотем**» и «**табу**».

Тотем — форма осознания связи человека со своим племенем, кланом, миром, в котором он живет. Это осознание подкреплялось системой архаичных форм религиозных верований и обрядов, возникающих в **общественном сознании**.

Табу — запрет проявления инстинктов (пищевого, полового) и других эгоистических человеческих потребностей, если они противоречили интересам, выраженных в форме табу, своего племени, клана, группы. Осквернение табу было тягчайшим преступлением и наказывалось. *Мораль* была: разрешено все, что не запрещено. В это время сформировались понятия о *добре* и *зле*. Очевидно, что в это время и появились правила **о регулировании поведения медика (знахаря)**. Первый закон для медика (знахаря): **оказание помощи — добро, неоказание — зло**.

История древних культур вносила свой вклад в развитие этого принципа и накапливала множество примеров его развития и конкретного воплощения.

Так, врачи *Древнего Египта* большое значение придавали сбору анамнеза и душевному состоянию пациента, в лечении широко использовали магическое воздействие на пациента словом, мимикой с целью внушения. В реликтовых египетских папирусах обнаружены тексты целебных заклинаний от ста различных заболеваний.

В *Древней Месопотамии* (около 2000 лет до н. э.) свод законов включал в себя положения о медицинской этике, предусматривающие как награды врачам за труд, так и наказания за проступки или невежество.

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

Традиционная медицина Востока особое внимание уделяла взаимоотношению души и тела. Ею были разработаны оригинальные методики оздоровления, среди которых прославились на весь мир практическая **система самовоспитания йогов** и **китайская дыхательная гимнастика**, пронизанные идеями самопознания, самовоспитания, достижения внутренней гармонии.

В эпоху *Древней Греческой цивилизации* сложилась наука о морали — **этика**. Ее отцом считают *Сократа* (469–399 гг. до н. э.). Он предлагал осмысление правил морали, считая безнравственное поведение людей следствием недостатка «разумения», незнанием, тем самым отождествляя добродетель со знанием. Для Сократа разумное поведение есть синоним действительно человеческого поведения.

Платон (427–347 гг. до н. э.) считал, что нравственность (или добродетель) — это порядок и гармония души. Выделял 4 добродетели: **мудрость**, **мужество** (смелость), **благоразумие** (самообладание) и **справедливость**, которую считал главной добродетелью. И *Гиппократ* (родился в 460 г. до н. э., прожил, по разным данным, 83 или 104 года) в труде «О враче» утверждал, что тот «должен быть справедливым во всех обстоятельствах, ибо во многих делах нужна бывает справедливость, а у врача с больными — немало отношений».

Ученик Платона *Аристотель* (384–322 гг. до н.э.) критиковал Сократа за недоучет страсти, а Платона за идеализацию. Каким образом, уразумев благо, врач станет лучшим врачом? Реальное благо — в действиях и поступках конкретного врача и больного, которого он лечит. Хотя нравственность и зависит от знаний, тем не менее она коренится в *доброй воле*. Одно дело *знать*, «что такое хорошо и что такое плохо», другое — *желать* поступать хорошо. *«Природа — учил Аристотель, — дала человеку в руки оружие — интеллектуальную и моральную силу, но он может пользоваться этим оружием и в обратную сторону, поэтому человек без нравственных устоев оказывается существом самым нечестивым и диким, низменным в своих половых и вкусовых инстинктах».*

Аристотелю принадлежит знаменитая фраза: «Ведь кто живет по страсти, пожалуй, и слушать не станет рассуждения, которые отвергают [его от страсти], а если и станет, то не сообразит [что к чему]».

В это время правила поведения врача были регламентированы *медицинской этикой* или *деонтологией*, названными мудростью врачевания, и до настоящего времени известны как *«Клятва Гипократа»*, включающая широко известный первый закон медицины *«Не навреди»*; а также такие принципы, как «Не убий» (нет эвтаназии, аборт); «Нравственная чистота врача»; «Признание специализации»; «Не переходить грань духовной близости»; «Профессиональная тайна». В ней говорилось и о том, что «Выполняющему Клятву — да будет счастье и слава, преступающему — наоборот».

В это время рассматривались проблемы, которые и до сих пор являются предметом изучения медицинской этики: *взаимоотношения врача и больного, врача и родственников больного, врачебная тайна, отношение к ошибке, эвтаназия, коллегиальные взаимоотношения.*

Значительным вкладом в формирование морали было появление монотеистических религий. Общеизвестны «10 заповедей» Моисея, содержащие такие *нравственные нормы*, как почитание родителей, запреты убийства, кражи, прелюбодеяния, зависти, лжесвидетельства. И медицинская этика того времени была тесно связана с этими заповедями. Не случайно в канонических Евангелиях (описаниях жизни Иисуса Христа) изложено такое обилие подвигов милосердия на врачебном поприще.

Основоположник *буддизма* Сиддхартхи Гаутама, прозванный после «просветления» Буддой Шакья — Муни (622–543 гг. до н. э.), проповедовал учение, основанное на *четырёх высших добродетелях: любви* («Как мать всю свою жизнь пестует свое единственное дитя, так пусть человек возлюбит всеобъемлющей любовью все живые существа...») — самая главная добродетель); *добром отношении* («Да не обманет один другого, да не помыслит дурно о другом хоть сколько-нибудь, да не пожелает в гневе или ненависти зла другому...»); *стремлении делать добро* («Мудрый да творит

добро — вот сокровище, которое у него никто не похитит») и самой важной добродетели для врача и медицинской сестры — *почитанию больного*, который он сформулировал так: «Братья, у вас нет ни отца ни матери и заботиться о вас некому. Если вы сами не позаботитесь друг о друге, то кто другой это сделает? Братья, *кто почитает меня, да почитит больного!*».

По мере утверждения **христианства** в Европе христианская церковь взяла на себя заботу о немощных и больных. Эта обязанность лежала на дьяконах (от греч. *diakonos* — служитель). Им помогали женщины, называвшиеся дьякониссами, в число которых нередко вступали лица знатных фамилий и даже особы царского рода. С учреждением рыцарских орденов некоторые из них целиком посвящали себя уходу за больными. Так, например, члены ордена св. Лазаря в Иерусалиме ухаживали за прокаженными. От названия ордена св. Лазаря произошло слово «лазарет». В Древнерусском государстве после принятия христианства стали создаваться больничные палаты. То место, где боль кладет человека «нищ», стали называться больницами. Первые из них были созданы при монастырях. Духовной основой всех, кто служил на благородном поприще милосердия являлась *вера* (М. Я. Яровинский, 2001).

В это время развитие медицинской этики проходило в рамках формирования монотеистических религий иудаизма, буддизма, христианства, ислама. Носители медицинских знаний — священники и их помощники, оказывая помощь человеку, действовали в соответствии с религиозными установлениями (заповедями).

Так продолжалось до того времени, пока профессия врача не стала самостоятельной и более распространенной благодаря созданию *медицинских факультетов университетов*. Их появление в X–XII вв. *и последующее создание корпораций можно считать* следующим этапом развития медицинской этики. В X в. начала формироваться медицинская школа в Салерно, достигая расцвета в XII в., занимавшаяся переводами медицинских книг с арабского на латынь. Их программа обучения включала изучение в течение 3 лет философии, 5 лет — медицины и 1 год — практики. После этого проводился экзамен на получение лицензии. Вслед за ним стали открываться и другие университеты в Европе.

Первый в России Московский университет был открыт в 1755 г., а медицинский факультет при нем — в 1758 г.

Выпускники медицинских факультетов давали так называемое «Факультетское обещание», текст которого обычно являлся вариантом «Клятвы Гиппократата». Только на первом месте в Факультетском обещании стояли не интересы пациента, а «честь сословия», подчеркивалась роль науки в медицине. Со времени основания университетов врач стал ученым, доктором.

В начале IX в. английский врач Т. Персиваль (1803) в книге «Медицинская этика» изложил «свод установленных правил и наставлений при-

менительно к поведению врачей и хирургов в госпитальной и частной практике, в отношении к аптекарям, в случаях, которые требуют знания законов». В предисловии Т. Персиваль указывал, что хотел вначале назвать работу «медицинская юриспруденция». Но как написать законы для тех случаев, когда *главным судьей служит совесть или мнение коллег?*

Большую роль в развитии медицинской этики в это время сыграли труды декана Московского университета М. Я. Мудрова «Слово о благочестии и нравственных качествах гиппократова врача» (1814) и «Слово о том, как учить и учиться Медицине Практической, или деятельному Врачебному Искусству при постелях больных» (1820). Уделяя особое внимание влиянию на больного слов врача, напоминая о существовании «душевных лекарств», которые должен пользоваться каждый врач, М. Я. Мудров неизменно подчеркивал связь медицинской этики с психологией и психотерапией (М. Я. Мудров, 1949).

В это же время главный врач Мариинской больницы для бедных в Москве Х. Ф. Оппель выпустил «Руководства и правила, как ходить за больными, в пользу каждого, сим делом занимающегося, а наипаче для сердобольных вдов, знанию сему особенно себя посвятивших» (1822), в котором утверждал, что *«Без надлежащего хождения и смотрения за больными самый искусный врач мало, или никакого даже, в восстановлении здоровья или отвращения от смерти успеха сделать не может»*. Таким образом Х. Ф. Оппель невольно указал на необходимость *партнерских отношений между врачами и медицинскими сестрами*.

В начале IX в. в трудах Т. Персиваль (1803), М. Я. Мудрова и других ученых был подведен итог этого этапа развития медицинской этики. Они призывали в первую очередь помогать бедным, тем, кому не повезло в жизни. Отсюда получила широкое распространение благотворительность, в том числе строительство больниц, название которых уже подчеркивало, для кого они предназначены (Божий дом, Мариинская больница для бедных и др.).

Следующий этап истории медицинской этики начался в начале XIX в., в период больших экономических и политических изменений в Европе. В это время слово «деонтология», благодаря английскому философу и юристу И. Бентаму, вошло в широкий обиход. В своей книге «Деонтология, или наука о морали» (1834) он утверждал: «Основание деонтологии — принцип пользы, иначе говоря, это значит, что определенный поступок является хорошим или плохим, достойным или недостойным, заслуживающим или незаслуживающим одобрения в зависимости от его тенденции увеличивать или уменьшать сумму общественной пользы». Такое философское направление, которое исповедовал И. Бентам, называли *утилитаризмом*. Его появление и обоснование было тесно связано с бурно развивающимся в это время капитализмом, в основе которого лежали товарно-денежные отно-

шения. Но попытки свести нравственные отношения к их «полезности» даже в это время не встретили поддержки в умах других философов того времени (разве что за исключением Ницше (1844–1900). И. Кант (1724–1804), стремясь сохранить достоинства этики, утверждал, что *только наша совесть извещает нас о том, что хорошо и что дурно и мы должны слушаться одну ее*. Д. Юм (1711–1776), анализируя движущие силы этики пришел к выводу, что она является делом симпатии и сочувствия. Он образно уподоблял людей струнам, которые звучат в унисон с другими. Природа обязала нас переживать радость и страдание других, как наши собственные, природной доброжелательностью мы predeterminedены сопереживать другому и желать блага как ему, так и обществу.

И все же, несмотря на сохранившиеся принципы медицинской этики, развивающийся капитализм коренным образом изменил характер взаимоотношений медицины и общества. Обнаружилось, что традиционные моральные ценности все менее эффективно стали действовать на профессиональное поведение медицинских работников. Все больше на первый план стали выходить экономические аспекты. Чем эффективнее становилась медицина, тем сложнее и дороже она становилась, а врачу стало все труднее обеспечивать себя и оказывать бесплатную медицинскую помощь. Профессия все больше становилась средством заработка на жизнь (M. Z. Roemer, 1980). Появились и научные труды, обосновывающие необходимость для врачей во главу угла ставить вопрос о гонораре за оказанную помощь, а своих пациентов отныне именовать *клиентами* (А. Молль, 1897). В этот новый этап развития медицинской этики (деонтологический) на первый план выступили экономические интересы медицинских работников, к сожалению, никак не совпадающие с интересами их пациентов. Поэтому врачам понадобилось напоминать об их долге гуманистов. Волна дискуссий поднялась и в России в начале XX в., после выхода в свет книги А. Молля «Врачебная этика. Обязанности врача во всех отраслях его деятельности» (переведена на русский язык В. В. Вересаевым в 1904 г.), а также известных «Записок врача» В. В. Вересаева (1928).

После революционных событий 1917 г. медицинская этика в мире и в СССР стала развиваться различными путями. Вначале, в первое 10-летие СССР, как и ко многим формам общественного сознания прошлого относились к ней «буржуазному пережитку», увязывая этику советского врача с этикой строителя коммунистического общества, с коммунистической моралью. Но уже с 1929 г., понимая, что медицина без этики существовать не должна, ведущие советские ученые-медики вновь вспомнили о существовании медицинской деонтологии. Вновь возродился интерес к проблемам профессионального поведения медицинских работников, стали проводиться на эту тему медицинские конференции, издаваться сборники трудов. Самым активным стимулом послужило появление в 1944 г. работы известно-

го хирурга-онколога Н. Н. Петрова «Вопросы хирургической деонтологии», в которой автор писал: «Под медицинской, в том числе и хирургической, деонтологией мы, в наших условиях советской медицины, должны разуметь учение о принципах поведения медицинского персонала не для достижения индивидуального благополучия или общепризнаваемой почтенности отдельных врачей и их сотрудников, но для максимального повышения суммы полезности и максимального устранения вредных последствий неполноценной медицинской работы». Как отмечал профессор М. Я. Яровинский (2001): «Если сравнивать все, что сказал в своей книге глубоководно уважаемый ученый XX в. о поведении медицинского персонала с этическими нормами хирургов Древней Индии, то можно прийти к выводу: *хирургия за 2 тысячелетия сделала огромные шаги в развитии, а проблемы медицинской, в том числе и хирургической, этики (деонтологии) остались неизменными* (правильные взаимоотношения хирурга и пациента до операции, во время ее и в послеоперационном периоде)». Мы считаем, что это еще раз подчеркивает необходимость внимательного изучения истории науки о морали, в том числе и медицинской деонтологии, чтобы не поддаваться на вызовы времени в самых различных бездуховных проявлениях и не потерять испытанные тысячелетиями принципы отношений между людьми. Вершиной деонтологического этапа отечественной медицинской этики стало появление двухтомного руководства «Деонтология в медицине» под редакцией академика Б. В. Петровского (1988). А практика советской медицины во все ее времена и на всем пространстве страны показала огромное количество примеров бескорыстного служения и подвига врачей.

Развал СССР, последующие события, реформа здравоохранения, вторжение в медицину рыночных отношений, ее частичная коммерциализация, изменяющиеся взгляды людей заставляют вспомнить соображения представителей старых капиталистических государств. Трудно говорить о настоящей медицинской деонтологии там, где врач по определению американского социолога Ф. Диклисона, «...является, в основном, мелким бизнесменом, он продает свои услуги также, как и другой бизнесмен, торгующий предметами потребления». Подобное высказывание имеется и у известного немецкого анатома Тендлера: «В буржуазном обществе врач — мелкий лавочник, мелкий предприниматель, который торгует здоровьем доверяющихся ему людей».

Здоровье не является предметом рынка и на него не могут распространяться рыночные отношения. К сожалению, в современном обществе сильно преувеличена роль денег. Медицинские работники не свободны от происходящих социальных процессов. Они испытываются вызовом времени на верность высоким деонтологическим, этическим принципам в период обновления товарно-денежных отношений.

В 1948 г. на 2-й сессии Всемирной медицинской ассоциации в Женеве была принята декларация, названная «Клятвой Гиппократова врача XX века» (Женевская декларация) и Международный кодекс медицинской этики (1949). *«С этого времени наступил новый этап в развитии медицинской этики — этап, на котором общественная роль врача неизмеримо возросла, а этическое поведение медицинских работников поднялось на новую, более высокую ступень, обретя статус международных соглашений»* (М. Я. Яровинский, 2001).

Начавшаяся с 60-е гг. научно-техническая революция позволила медицине сделать стремительный рывок в своем развитии (техническое оснащение в диагностике и лечении; пересадка органов; искусственное оплодотворение и многое другое). Стало все яснее понимание того, что человек — часть природы и все происходящее в ней сказывается на его здоровье, что требовало включения моральных принципов во взаимоотношения не только между людьми, но и во взаимоотношения Человека и Природы во имя выживания. Первым высказал эту идею американский онколог-исследователь В. Поттер, назвав свою статью «Биоэтика, наука выживания» (Bioethics, the science of survival) (1970) и опубликовавший в 1971 г. книгу под названием «Биоэтика, мост в будущее». Как указывает М. Я. Яровинский (2001), биоэтика рассматривалась В. Поттером как «новая дисциплина», перекидывающая мост между точными и гуманитарными науками, если конкретнее — между биологией и этикой, отсюда и название «биоэтика».

Согласно общей биоэтике (или глобальной биоэтике, по определению М. Я. Яровинского (2001), в настоящее время долгосрочное выживание человечества требует развития и поддержки системы этических норм, основанных на выработанных моральных принципах, способствующих выживанию человечества в прошлые исторические периоды и эмпирическими данными наук, особенно биологии, по выработке норм и правил поведения, необходимых во всемирном масштабе для выживания человечества. Безусловно, здесь важнейшим является отношение к окружающей среде. Формирующаяся из общей биоэтики медицинская биоэтика ставит перед медициной ранее не возникающие вопросы и требует, чтобы специалисты, работающие в области медицинской этики, рассматривали не только традиционные деонтологические проблемы, но и отдаленные последствия рекомендованных ими действий или бездействий. Выделенный в 1975 г. В. Поттером базовый постулат биоэтики *«смирение и ответственность»* основан на логическом допущении, что в настоящее время любые случайные события оказывают все большее влияние на экологическую систему нашей планеты, в том числе ноосферу, флору и фауну. Как говорил В. Поттер (1975): «При вступлении в эру третьего тысячелетия мы все яснее осознаем дилемму, поставленную перед нами экспоненциальным *ростом знания*, которое *не сопровождается ростом мудрости, необходи-*

мой для управления этим знанием». Он предлагал *понимать биоэтику как* этическое учение, объединяющее *смирение, ответственность и компетентность*, как науку, которая по своей сути является междисциплинарной, объединяющей все культуры и расширяющей значение слова «гуманность» (В. Поттер, 1975).

«Биоэтика, как и медицинская этика, осталась наукой о законах, принципах и правилах регулирования профессионального поведения медицинского работника, которая в условиях новых медицинских технологий позволяет не только использовать достижения научно-технического прогресса на благо человека, но и предупреждать практического врача, ученого-медика о недопустимости нанесения вреда человеку, его потомству, окружающему нас миру, заставляя испытывать невольное *«благоговение перед Жизнью»* (М. Я. Яровинский, 2001).

Профессиональная этика (ПЭ)

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

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

Профессиональная этика изучает:

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

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

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

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

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

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

Общеморальные нормы должны быть конкретизированы в трудовой деятельности человека с учетом специфики его профессии. Таким образом, профессиональная мораль должна рассматриваться в единстве с общепринятой системой морали. Нарушение трудовой этики сопровождается разрушением общих моральных установок и наоборот. Безответственное отношение работника к профессиональным обязанностям представляет опасность для окружающих, наносит вред обществу, может привести в конечном счете и к деградации самой личности.

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

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

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

Основными видами ПЭ являются:

- врачебная этика;
- педагогическая этика;
- юридическая этика;

- этика ученого;
- этика актера;
- этика предпринимателя и т. д.

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

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

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

Значение принципов медицинской этики и деонтологии для эффективной профессиональной деятельности врача

Передовые врачи и мыслители всех времен и народов всегда подчеркивали необходимость для врачей соблюдать этико-моральные нормы профессионального поведения. Вот что писал по этому поводу Гиппократ: «Ведь врач-философ равен Богу. Да и немного в самом деле различий между мудростью и медициной, и все, что изучается, все это есть и в медицине, а именно: презрение к деньгам, совесть, скромность, опрятность, изобилие мыслей, знание всего того, что необходимо для жизни. Итак, когда все это имеется, врачу следует иметь своим спутником некоторую вежливость».

При всем уважении к техническому прогрессу, что закономерно и достойно одобрения, нужно понимать, что он таит в себе опасность известной вульгаризации и техницизма в подходе к больному. Нельзя забывать о личности больного, что перед врачом находится не объект для исследований, анализов, процедур, а страдающий, волнующийся, переживающий человек. Плохо, когда за цифрами, количественными и качественными показателями анализов, формулами, специфическими терминами, динамикой диаграмм и кривых электрокардиограмм, электроэнцефалограмм, данных фиброгастроудено- и колоноскопии, компьютерно-томографических и все более продвинутых исследований не замечают больного. Такое отношение обижает, пугает любого, тем более больного человека, он теряет надежду, веру в возможность излечения или улучшения своего состояния.

Французский летчик и писатель Антуан де Сент-Экзюпери сказал: «Я верю, настанет день, когда больной неизвестно чем человек отдастся в руки физиков. Не спрашивая у него ни о чем, эти физики возьмут у него кровь, выведут какие-то постоянные, перемножат их одна на другую. Затем, сверившись с таблицей логарифмов, они вылечат его одной единственной пилюлей. И все же, если я заболею, то обращусь к какому-нибудь

старому земскому врачу. Он взглянет на меня уголком глаза, пощупает пульс и живот, послушает. Затем кашляет, раскурит трубку, потрет подбородок и улыбнется мне, чтобы лучше утолить боль. Разумеется, я восхищусь наукой, но я восхищаюсь и мудростью».

Понимая, что не все наши современники разделяют высказывание из прошлого века, подчеркнем — в бездушном техницизме при подходе к больному таится и опасность нанесения ему психической травмы. Именно при таком отношении может иметь место прямая ятрогенизация, т. е. такое нервно-психическое расстройство, когда неосторожно сказанное, непонятное для больного или неправильно понятое им слово врача превращается в источник страха, фобии перед каким-то заболеванием, заражением с самыми тяжелыми, как представляется больному, последствиями.

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

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

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

Известно, что одни и те же лекарства лучше действуют у известных, авторитетных врачей, чем у молодых и малоизвестных. Но даже при отсутствии такого таланта улучшение состояния от введения физиологического раствора наблюдается у больных с артериальной гипертензией в 17 % случаев, при головной боли — в 61,9 % случаев, при рассеянном склерозе — у 24 % пациентов. *По данным Б. Е. Вотчала (1963) эффективность индифферентных средств составляет 35,2 %* (Б. Е. Вотчал, 1963). Эти же цифры подтверждают многочисленные научные исследования других авторов (Б. Долинская, 2015).

Этот эффект традиционно называли эффектом **ПЛАЦЕБО** — улучшение состояния от введения индифферентного вещества, например физиологического раствора, при убежденности больного в его лечебном эффекте. По нашим данным, при адекватном терапевтическом поведении врача, его эффект действительно находится около 35 % и объясняется *механизмом неспецифической адаптационной реакции организма* (НАРО) (И. М. Сквиря, 2018).

Мудров М. Я., основоположник русской классической медицины, упоминал чудодейственный эффект от лечения «лекарством в пакетике из фольги» (в который чаще всего помещали глюконат кальция). При этом важно то, как эти лекарства назначались и как описывалось их лечебное действие. В своих «Наставлениях молодым врачам» он писал: «Главнейшее же наставление состоит в удалении больного от забот домашних и печалей житейских, кои сами по себе суть болезни. Зная взаимные друг друга действия души и тела, долгом почитаю заметить, что есть и душевные лекарства, которые врачуют тело. Они почерпываются из науки мудрости, чаще из психологии. Сим искусством печального утетишь, сердитого умягчишь, нетерпеливого успокоишь, бешеного остановишь, резкого испугаешь, робкого сделаешь смелым, скрытого откровенным, отчаянного благонадежным. Сим искусством сообщается та твердость духа, которая побеждает телесные болезни, тоску и метания, и которая самые болезни, например, нервные, покоряет воле больного».

По мнению замечательного писателя М. М. Пришвина, «...все чудеса врачей сводятся к их силе внимания к больному. Этой силой поэты одухотворяют природу, а врачи больных поднимают с постели».

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

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

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

Плохое впечатление на больного производит *растерянность* врача. Уверенность же в действиях, назначениях, рекомендациях повышают авторитет врача. Однако эта уверенность не должна переходить в самоуверенность. Врач должен быть готов признать свои ошибки и изменить свое поведение по отношению к больному. Хороший врач, чаще чем плохой сомневается в принятом решении и прибегает к помощи коллег.

Приоритетным считается правила исходного *доверия к больному*. Необходимо внимательно выслушать жалобы пациента, доверять его зна-

нию собственного организма, непереносимости лекарств и процедур. Однако при этом не следует идти на *поводу* у больного. Есть врачи, которые легко соглашаются с больным в его просьбе назначить то или иное лекарство, чтобы избавить себя от длительных объяснений. При этом доверие к таким врачам оказывается, как правило, подорванным, поскольку больной считает себя в такой ситуации более грамотным и не прислушивается к назначениям.

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

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

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

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

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

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

Врач должен, с одной стороны, уметь отстаивать свои взгляды, не взирая на служебное положение оппонента, а с другой стороны — прини-

мать без раздражения критику коллег и делать соответствующие обстоятельствам выводы.

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

ОСНОВЫ ПСИХОТЕРАПИИ

Знание психотерапии необходимо сейчас не только врачам, традиционно занимающимся психотерапией (психотерапевты, психиатры, неврологи), но и врачам-интернистам, особенно врачам общей практики, а также организаторам здравоохранения, психологам, в первую очередь медицинским и социальным, студентам медицинских и других вузов.

Психотерапия становится всевозрастающей потребностью. Способствуют этому дальнейшее изучение сложных взаимодействий психического и соматического, новые достижения в области психосоматической медицины и тот факт, что большинство современных заболеваний человека имеют мультифакториальную этиологию и сложный патогенез. Обязательными, а часто и ведущими факторами в их возникновении и развитии являются психотравмы и личностные особенности. Эффективное лечение таких заболеваний невозможно без психотерапии (Б. Э. Абрамов, И. М. Сквиря, 2018).

Очевидны патоморфоз соматических и психических заболеваний, увеличение невротической симптоматики при соматических болезнях, и соматизация психической патологии. Врачи-интернисты испытывают всевозрастающую потребность в знании психотерапии и умении пользоваться отдельными ее приемами и методиками.

XXI в. уже называют веком неврозов. В наше бурное время нервно-психическая, психоэмоциональная сферы человека подвергаются колоссальным перегрузкам. Не все могут с ними адекватно справиться, преодолеть. Мы вступили в эпоху, когда психология и психотерапия становятся осознаваемой и необходимой частью жизни. Психотерапевты располагают профессиональной способностью адаптироваться в изменяющемся, кризисном и даже патологическом мире. И их важнейшая задача и искреннее стремление — помочь адаптироваться многим другим людям.

Значение психотерапии возрастает и как важной составной части медицинской реабилитации, которая, благодаря своей исключительной социально-экономической значимости, является одной из актуальных проблем нашего здравоохранения (И. М. Сквиря, Б. Э. Абрамов, 2016–2019).

Вместе с тем, среди врачей, студентов-медиков, не говоря о пациентах, есть недопонимание, незнание и часто искаженные представления о сущности психотерапии, ее подходах, методах, взглядах на личность, болезнь, общество и т. п.

Существует около 500 определений понятия «психотерапия». Наиболее принятое гласит: **психотерапия — система лечебных воздействий на психику и через психику на организм человека** (В. Т. Кондрашенко с соавт., 2012).

При этом определения медицинские, как выше отмеченное, более четко привязывают психотерапию к медицине, используя медицинские понятия (лечение, здоровье), а определения психологические — к психологии, используя психологические понятия (межличностное взаимодействие, неадекватные эмоции, конфликты и т. д.).

Примеры психологических определений: **психотерапия — целенаправленное упорядочивание нарушенной деятельности организма психологическими средствами**; **психотерапия** — это процесс психологического упорядочения прошлого, настоящего и будущего, достижения поставленной цели — гармонии с собой и миром в настоящем.

Согласно **Декларации по психотерапии**, принятой Европейской ассоциацией психотерапии в Страсбурге 21 октября 1990 г.:

1) психотерапия является особой дисциплиной из области гуманитарных наук, занятие которой представляет собой свободную и независимую профессию;

2) психотерапевтическое образование требует высокого уровня теоретической и клинической подготовки;

3) гарантированным является многообразие психотерапевтических методов;

4) образование в области одного из психотерапевтических методов должно осуществляться интегрально: оно включает теорию, личный терапевтический опыт и практику под руководством супервизора, одновременно приобретаются широкие представления о других методах;

5) доступ к такому образованию возможен при условии широкой предварительной подготовки, в частности в области гуманитарных и общественных наук.

В настоящее время процесс оказания психотерапевтической помощи принято называть **психотерапевтическое вмешательство (интервенция)**, под которым понимают психотерапевтическое воздействие, характеризующееся определенными *средствами и целями* вмешательства. Оно может обозначать как общую стратегию поведения (психологическая интервенция), так и отдельные приемы (разъяснения).

В медицине можно выделить следующие **виды вмешательств**:

1. **Веществом** (лекарственные средства, фитотерапия, лечебное питание, др.).

2. **Энергией** (всех форм движения материи).

3. **Информацией**.

Психотерапевтическое вмешательство — это есть «лечение информацией» (А. М. Свядоц, 1982) — самое краткое и четкое определение термина «психотерапия».

Психотерапевтическое вмешательство (психотерапия) — это воздействие на психику человека, которое бывает в трех формах:

- 1) педагого-психологическое;
- 2) организационно-психологическое;
- 3) клинико-психологическое.

Психотерапевтическое вмешательство — это фактически **клинико-психологическое вмешательство**. По обобщенным научным исследованиям клинико-психологическое вмешательство (психотерапия) независимо от ее направлений и видов имеет общие важные характеристики.

Общие характеристики психотерапии:

1. Форма, в которой происходит вмешательство:

- А) беседа (врачебное интервью, психологическое консультирование);
- Б) тренинг (индивидуальный, групповой);
- В) межличностное взаимодействие.

2. Сущность вмешательства (функции, которое оно выполняет):

- А) профилактика;
- Б) лечение;
- В) реабилитация;
- Г) развитие.

При этом **профилактика** (в первую очередь, первичная) и **развитие** направлено больше на здорового человека, поэтому условно их можно отнести к работе психолога и осуществляется в форме **психологического консультирования и/или психологической коррекции**.

Психологическое консультирование

В общем виде — профилактическая помощь человеку/группе людей в поиске путей решения трудной ситуации.

Выделяют 3 подхода:

1. Проблемно-ориентированное консультирование — анализ сущности и внешних причин проблемы и поиски путей разрешения ситуации.
2. Личностно-ориентированное консультирование — анализ внутренних причин проблемы и поиски путей предотвращения ситуаций в будущем.
3. Ресурсно-ориентированное консультирование — выявление ресурсов решения проблемы.

Психологическая коррекция

Возникла в связи с необходимостью узаконить занятия психотерапией не медиками, но, по сути, это одно и то же. К примеру, психологическая коррекция осознания болезни, психологическая коррекция гиперболизированных ожиданий пациента при лечении ряда заболеваний (И. М. Сквиря, 2005) или клиента (здорового человека) в семейных, трудовых отношениях.

Лечение и реабилитация, очевидно, относятся к медицине, т. е. к компетенции прежде всего врача-психотерапевта, осуществляются в форме различных психотерапевтических интервенций.

3. Цели и задачи психотерапии. Безусловно, целевая ориентация психотерапевтического вмешательства направлена на расширение позитивных изменений. При этом, цели психотерапии могут быть близкие и отдаленные, *тактические* и *стратегические*. Например, при лечении хронических психических заболеваний, при которых излечение в принципе невозможно, важнейшей тактической целью будет достижение *ремиссии* (ослабление признаков болезни), а стратегической целью — возвращение пациентов в социум (то есть, максимальное восстановление психического здоровья, интегральным показателем которого является динамическая адаптация человека в обществе). А на пути к достижению поставленных целей терапии всегда приходится решать многочисленные конкретные задачи в процессе движения от болезни к здоровью. Осуществлять достижение целей и решать задачи терапии помогают *теоретические основы психотерапии*.

4. Теоретическая основы психотерапии — это концептуальные схемы, которые объясняют причины возникновения симптомов пациента и предписывают техники и процедуры для их устранения. При этом в рамках различных психотерапевтических школ понятия о норме и патологии, механизмах развития болезни, теоретических основах лечения могут быть различны. Но для достижения успеха важно, чтобы *теоретические основы психотерапевтического метода были убедительны как для пациента, так и для самого врача* (Д. Франк, 1999). Следовательно, эти теоретические основы должны быть связаны с доминирующими представлениями культуры, к которой принадлежат участники психотерапевтического процесса, и не могут быть поставлены под сомнение из-за неудачного исхода лечения. В средние века в основе того, что мы сегодня называем психотерапией, лежала *демонология*, в примитивных обществах и сегодня — это *колдовство*, в современном цивилизованном мире — это *наука*. Причем, в настоящее время, да и в будущем, в различных культурах и научные представления об основах психотерапии могут отличаться. Это связано с естественным диалектическим процессом развития науки, при котором накапливающиеся новые данные приводят к переменам, при котором новое отрицает старое, но не отвергая его, а интегрируя, как, к примеру, в геометрии — современные представления об искривленности пространства включают в себя, как частный случай классическую геометрию Эвклида. К этому необходимо относиться с пониманием, как неизбежному явлению, как видению одного и того же явления (предмета) с разных ракурсов и не быть категоричным, односторонне трактуя, где методы психотерапии научны, а где нет, а это нередко происходит в последние десятилетия. И необходимо помнить, что главным критерием истины являются не схола-

стические споры, какой подход правильный, а какой нет, а практика. Поэтому еще одной общей характеристикой психотерапевтических вмешательств является *эмпирическая проверка*.

5. Эмпирическая проверка

Она, безусловно, предполагает научные исследования эффективности психотерапевтического вмешательства, для чего важно учитывать современные достижения и требования в области научных исследований (репрезентативность выборки, правильный подбор групп сравнения, проводить катамнестические исследования и др.). Но еще очень важно помнить, что психотерапевтическое вмешательство — это процесс взаимодействия как минимум двух личностей, (пациента и психотерапевта), обладающих уникальными свойствами, и направленный на достижение целей, порой затрагивающих направленность личности пациента, мир его смыслов, идеалов, стереотип образа и уклада жизни. Такие радикальные перемены не могут проводиться без одобрения перемен пациентом, по крайней мере на уровне его ядра личности. Для этого во многих техниках психотерапии предусматривается так называемая экологическая проверка, суть которой заключается в создании «образа достижения» и его эмоциональной оценки пациентом (получении «первичной эмоциональной реакции» по П. К. Анохину). Таким образом, психотерапия, особенно психотерапевтическое лечение и реабилитация, — творческий процесс, требующий от врача высокого *профессионализма*, что является еще одной общей характеристикой психотерапии.

6. Профессиональные действия

Психотерапевтические интервенции, чтобы быть эффективными и соответствовать важнейшему принципу медицинской этики «не навреди», должны осуществляться в профессиональных рамках и профессионалами. Вот для этого и необходимо, основываясь на понимании общих закономерностей психотерапии, досконально изучать ее конкретные методы, начиная с самых простых и понятных.

Пациент, психотерапевт и процесс их взаимодействия

Психотерапевтическое вмешательство, независимо от шести вышеотмеченных общих характеристик, отдельных направлений и методов, требует особого рассмотрения ключевых понятий процесса взаимодействия психотерапевта и пациента, чтобы ответить на важнейшие вопросы:

1. Что общего происходит с пациентом при применении разных техник?
2. Что общего в поведении психотерапевта независимо от его теоретических представлений?
3. Общие этапы процесса взаимодействия, вне зависимости от парадигмы.

Обобщая, ответы на данные вопросы можно выразить так.

При применении психотерапии с *пациентом происходят следующие основные общие изменения:*

- обращение к сфере эмоциональных отношений (работа с эмоциями пациента в любой психотерапии);
- формирование самопонимания, принимаемого и пациентом, и психотерапевтом (пациент понимает себя, терапевт корректирует понимание);
- предоставление и получение информации (от клиента, от терапевта);
- укрепление веры больного в выздоровление;
- накопление положительного опыта;
- облегчение выхода эмоций.

Независимо от теоретических подходов и школ, психотерапия направлена на изменения в мышлении и отношениях, в эмоциональных состояниях и поведении (А. А. Александров, 1997; R. J. Ursano, 1991).

Общее в поведении психотерапевта:

- целевая ориентация терапевта на достижение позитивных изменений;
- внимание к взаимоотношениям пациент/терапевт;
- сочетание принципов: «там и тогда» и «здесь и теперь».

В психотерапии от личности врача успех зависит в большей степени, чем в других областях медицины, фактически, личность врача играет решающую роль (Д. Франк, 2001; R.J. Ursano, 1991).

Общее в процессе взаимодействия пациента и терапевта:

- установление оптимального контакта, вовлечение пациента в сотрудничество, создание мотивации в психотерапии;
- прояснение причин и механизмов в формировании симптомов и развития эмоциональных и поведенческих нарушений — понимания пациента и терапевта должны быть одинаковы;
- определение психотерапевтических мишеней;
- применение определенных методов и техник, направленных на изменения;
- закрепление достигнутых результатов;
- окончание курса психотерапии (необходимо предупредить формирование у пациента зависимости от психотерапевта).

Личностный подход — важнейший принцип психотерапии

Как ни в какой области медицины, личностный подход важен в психотерапии. Реализуется в трех составляющих, наполняющих динамику взаимодействия терапевта и пациента:

- 1) изучение личности пациента, закономерностей развития, специфики нарушений для использования в психотерапии;
- 2) учет личностных особенностей пациента и терапевта при использовании любых психотерапевтических техник;
- 3) ориентация психотерапевтического процесса на личностные изменения.

Общие факторы действия психотерапии

Как бы ни были хороши теоретические основы различных направлений психотерапии, тщательное сравнительное изучение не выявило существенного различия в их эффективности (А. А. Александров, 1997; Д. Франк, 2001; R. L. George, 1990).

Действенным фактором в психотерапии являются интенсивные, эмоционально насыщенные, эмпатические, доверительные отношения с пациентом, который позволяет стать зависимым от врача, так как верит в его компетентность. Это помогает врачу в начале контакта. А дальше все зависит от личности психотерапевта, его способности убедить больного, что помощь возможна (Д. Франк, 1999).

В развитии успеха психотерапии врачу может помочь «терапевтическое окружение», это все то, что способствует повышению веры во врача, развеивает сомнения больного, подталкивает его к выполнению лечебных рекомендаций и побуждает к изменениям.

Одни виды терапии рассчитаны на работу в индивидуальном режиме, к примеру инсайт-терапия, которая ориентирована на достижение внутреннего понимания проблем, осознание болезни и путей выхода из нее. Другие методы используют влияние группы для достижения изменений в отношениях и поведении. Психоаналитики применяют свой метод с целью усиления интеграции больного, личностного роста. При этом конкретные симптомы исчезают, как бы сами по себе и такая тактика при неопределенной симптоматике бывает оправдана, отмечает Д. Франк (1997).

Когнитивные и бихевиоральные терапевты не разделяют этой точки зрения. Они уверены, что лечение сводится к исправлению ошибочных представлений и устранению конкретных симптомов, и добиваются успеха в случае четких, ситуационно обусловленных жалоб (А. П. Федоров, 2002).

Экзистенциально ориентированные терапевты считают, что помощь заключается в открытии перед пациентом будущего, возможности найти смысл своей жизни и осуществить его (В. Франкл, 1990).

Теоретические основы и лечебные процедуры, независимо от различия в их содержании, по мнению некоторых авторов, выполняют общие функции. Они усиливают терапевтические взаимоотношения. Врач является представителем общества, значит пациент не изолирован, а опыт врача показывает, что еще и не уникален. У врача и пациента возникают общие взгляды на проводимые процедуры. Все это объединяет (Д. Франк, 1999).

Теоретические основы и процедуры вдохновляют пациента и поддерживают надежду на получение помощи. Этот терапевтический фактор трансформируется в ожидание конкретных перемен, направляемых врачом. Теоретические основы и процедуры дают возможность когнитивного и чувственного обучения. Все школы психотерапии согласны с тем, что

одного интеллектуального инсайта недостаточно. Нужен чувственный опыт. Пациент должен по-новому прочувствовать симптомы, осознав их связь с причинами (Б. Д. Карвасарский, 1997).

Чувственное обучение предполагает наличие эмоционального подъема, который и создает энергетическое подкрепление для изменений (механизм НАРО). Открытия во время лечения бывают приятными сюрпризами, но чаще это неожиданные удары, стрессы.

В результате вышеописанных изменений повышается чувство контроля, самоконтроля, компетенции, улучшается адаптация. Это уменьшает тревогу. Ведь, как отмечал Д. Франк (1999), *«нет ничего более пугающего, чем ощущать себя во власти примитивных и необъяснимых сил»*. Происходит осознание явлений, что дает надежду и уменьшает страх перед неудачами. Пациент прорабатывает новые знания, формируя навыки поведения и вне терапевтического окружения, к чему и стремится врач.

По имеющимся на сегодня данным, основная интенсивность техник и процедур, используемых в различных терапевтических подходах, заключается в их общих функциях, а не в разнящемся содержании. Функции восстанавливают моральное состояние пациента, разрушая его изолированность, оживляя его надежды, формируя основу для когнитивного и чувственного обучения, возбуждая эмоции, предоставляя возможность овладеть контролем и ощутить успех, поощряя применять вновь познанное в повседневной жизни (Д. Франк, 1999).

Что касается времени проведения психотерапии, то большинство терапевтических школ придерживаются принципа длительности лечения.

Но уже Ференци и Панк (Ferenci, Pank) в 1925 г. описали техники психоанализа и принцип «здесь-и-теперь» лечения, когда и время его завершения планировалось уже в начале. Ряд врачей еще в пору расцвета долгосрочной психотерапии призывали фиксировать внимание на текущих проблемах, а не на инфантильных воспоминаниях, уводящих от действительно патогенетического механизма болезни.

Продолжительность терапии, в какой-то мере зависит от ожиданий, связанных с теоретическими основами терапии, и зависит от времени, необходимого для создания терапевтического союза и для усвоения новых способов поведения.

В результате требований практики и достижений теории краткосрочная психотерапия обрела свое место. Она базируется на общих принципах психотерапии, но имеет и отличия: во-первых, ограничение во времени, когда окончание лечения планируется в его начале и, во-вторых, четкое определение проблемы, находящейся в фокусе терапии. Остальные симптомы или игнорируются, или увязываются с основной проблемой (Б. Розен, 1997; В. А. Доморацкий, 2008).

Отсутствие явных преимуществ долгосрочной психотерапии по сравнению с краткосрочной психотерапией, послужило основанием к заявле-

нию некоторых авторов, что краткосрочная психотерапия может быть избрана для лечения практически всех пациентов. Относительная структурированность терапевтического подхода, определение ясной цели и ожидание конкретных изменений могут быть весьма полезными для пациента, находящегося в состоянии растерянности и безнадежности (Б. Розен, 1997; В. А. Доморацкий, 2008).

По мнению ряда авторов, при проведении краткосрочной психотерапии терапевт более активен. Энтузиазм врача может вызвать большее воодушевление у пациента и вернуть ему надежду на выздоровление. При этом действует и образ конечного результата, к которому пациент энергично продвигается под мощным прессом интенсивной психотерапии. Интенсивная, тщательно подготовленная с разъяснением сути лечения и ожидаемых чувств, прицельная психотерапия, намеренно оставляющая вне внимания второстепенные симптомы, по катамнестическим исследованиям многих авторов, обнаруживает продолжение улучшения и после окончания лечения (эффект «лавины») (Б. Розен, 1997; И. М. Сквиря, 2005; В. А. Доморацкий, 2008).

К основным из общих факторов психотерапии Мармор (J. Marmor, 1978) относит:

- 1) хорошее отношение и сотрудничество между психотерапевтом и пациентом — исходная предпосылка, на которой строится психотерапия;
- 2) ослабление напряжения на начальной стадии, основанное на способности пациента обсуждать свою проблему с лицом, от которого он надеется получить помощь;
- 3) познавательное обучение за счет информации, получаемой от психотерапевта;
- 4) оперативная модификация поведения больного за счет одобрения или неодобрения со стороны психотерапевта и повторяющегося коррективного эмоционального опыта в отношениях с врачом;
- 5) приобретение социальных навыков на модели психотерапевта;
- 6) убеждение и внушение, явное или скрытое;
- 7) усвоение или тренировка более адаптивных способов поведения при условии эмоциональной поддержки со стороны психотерапевта.

В. В. Макаров (2001) указывает факторы, определяющие эффективность психотерапии:

- 1) ожидание пациента;
- 2) значение для пациента лечения и излечения;
- 3) характер проблем или заболевания пациента;
- 4) готовность пациента к сотрудничеству;
- 5) ожидания терапевта;
- 6) опыт терапевта;
- 7) специфическое воздействие конкретных методов психотерапии.

Показания к психотерапии

Общепризнанным является применение психотерапии при широком круге расстройств. В первую очередь это касается невротических состояний и других невротических расстройств психогенной этиологии, некоторых форм психосоматических нарушений, реакций дезадаптации, кризисных состояний. Психотерапия применяется у пациентов с личностными нарушениями, психическими расстройствами на этапах формирования медикаментозной ремиссии, с алкогольной и другими формами зависимости.

Показания для психотерапии очень широки. Она показана во всех тех случаях, когда для нее отсутствуют противопоказания. Проводиться же может только в тех случаях, когда пациент мотивирован и от него получено информационное согласие на участие в психотерапии.

Главные противопоказания для проведения психотерапии:

- по жизненным показаниям необходимо иное, не психотерапевтическое воздействие;
- психотерапия неэффективна;
- психотерапия противопоказана в связи с морально-этическими ограничениями.

В русскоязычной литературе преимущественно указывается на три уровня ее проведения:

- 1) профессиональная психотерапия осуществляется врачом-психотерапевтом, который является лечащим врачом и самостоятельно ведет пациента;
- 2) психотерапия как вспомогательный метод может проводиться как психотерапевтом-профессионалом, так и узким специалистом;
- 3) психотерапия в общемедицинской практике проводится всеми врачами, что позволяет реализовать биопсихосоциальный подход в медицине.

Классификация методов психотерапии

Единой общепринятой классификации методов психотерапии нет. Александрович (J. W. Aleksandrowicz, 1979) проанализировал значения, в которых используется понятие метода в психотерапии: 1) методы психотерапии как конкретные методические приемы и техники (гипноз, релаксация, беседа, дискуссия, психогимнастика и др.); 2) методы психотерапии, определяющие условия, которые способствуют оптимизации достижения психотерапевтических целей (семейная психотерапия и др.); 3) методы психотерапии в значении инструмента психотерапевтического воздействия (психотерапевт в случае индивидуальной психотерапии, группа при групповой психотерапии); 4) метода психотерапии в значении терапевтических интервенций (вмешательств), рассматриваемых либо в параметрах стиля (директивный, недирективный), либо в параметрах теоретического подхода (интерпретация, научение, межличностное взаимодействие).

Ни один из существующих методов не является самым лучшим, разные методы преследуют разные цели и применимы к определенным группам пациентов. Их выбор зависит от психотерапевта — от его личности, уровня подготовки и теоретической ориентации. Широко распространено разграничение «большой» и «малой» психотерапии. К первой относят методы психоанализа и близких к нему школ, ко второй — рациональную психотерапию (беседы с больным) и способы, основанные на внушении и релаксации. В. Е. Рожнов (1983) разделял психотерапию на общую и частную, или специальную. Общая включает комплекс психических воздействий на больного, направленный на повышение его сил в борьбе с болезнью, на создание охранительно-восстановительного режима, исключающего психическую травматизацию и ятрогению. При этом психотерапия является вспомогательным средством, создающим общий фон, на котором применяются другие виды лечения (медикаментозное, физиотерапевтическое и пр.).

В 1985 г. Б. Д. Карвасарский подразделял психотерапию на:

- 1) методы личностно-ориентированной психотерапии;
- 2) методы суггестивной психотерапии;
- 3) методы поведенческой (условно-рефлекторной) психотерапии.

Принято рассматривать психотерапию как симптомо- и личностно-ориентированную. К первой традиционно относят гипнотерапию, аутогенную тренировку, различные виды внушения и самовнушения и др. Психотерапия, ориентированная на значительные личностные изменения, базируется на основных течениях современной психологии, и соответственно этому выделяются динамическое, поведенческое и гуманистическое направления.

Примеры основных классических методов психотерапии

Суггестивная психотерапия. (от лат. suggestio — внушение). Термин объединяет группу методов, в основе которых внушение выступает в качестве ведущего лечебного фактора. Внушение реализуется в состоянии бодрствования, гипнотического сна (*гипнотерапия*), наркотического сна (*наркопсихотерапия*). Из методов *самовнушения* наиболее известны *самовнушение по Куэ*, *аутогенная тренировка*, *биологическая обратная связь*.

Гипнотерапия. Метод психотерапии, использующий гипнотическое состояние в лечебных целях. Ввиду того, что явления внушения в гипнозе тесно переплетаются, П. И. Буль (вслед за Платоновым) считает целесообразным пользоваться термином «*гипносуггестивная психотерапия*».

Абсолютным противопоказанием к гипнотерапии являются бредовые формы психозов и гипноманические установки истерических личностей.

Продолжительность одного сеанса 15–20 мин. Количество сеансов колеблется от 1 до 15. Частота — от ежедневных до проводимых 1 раз в неделю. Может проводиться индивидуально или с группой пациентов.

Основные осложнения — потеря раппорта, истерические припадки, спонтанный сомнамбулизм, гипнотическая летаргия. Эти осложнения при спокойном поведении врача, понимании характера заболевания и знании техник гипноза не приводят к серьезным последствиям. Причины неудач гипнотерапии могут быть связаны с упорным применением врачом одного лишь гипносуггестивного метода при игнорировании им общих психотерапевтических подходов, рациональной психотерапии, тренировочных приемов и других показанных в данном конкретном случае методов психотерапии.

Гипноз — это «особое состояние сознания, предполагающее определенное изменение психофизиологической реактивности организма» (L. Chertok, 1982).

Гипносуггестивная психотерапия — это лечебный метод, с помощью которого ставятся определенные лечебные цели и используются определенные технические приемы во время пребывания пациента в состоянии гипноза.

Эриксоновский гипноз — новый подход к гипнотерапии, получивший в 80-е гг. XX в. в мировой психотерапевтической практике широкое признание. Создатель метода — американский психотерапевт Милтон Эриксон (M. H. Ericson, 1901–1980). Его принципы и технические приемы, дополняя традиционный гипноз, расширили возможность лечебной тактики психотерапевта, особенно с трудными пациентами, неподатливыми к когнитивным и традиционным суггестивным методам.

Аутогенная тренировка (АТ) (греч. autos — сам, genos — происхождение). Активный метод психотерапии, психопрофилактики и психогигиены, направленный на восстановление динамического равновесия системы гомеостатических саморегулирующих механизмов организма человека, нарушенного в результате стрессового воздействия. Основными элементами методики являются тренировка мышечной релаксации, самовнушение и самовоспитание (аутодидактика).

Как лечебный метод была предложена для лечения неврозов Шульцем (J. H. Schultz) в 1932 г. Лечебное действие АТ, наряду с развитием в результате релаксации трофической реакции, характеризующейся усилением парасимпатического отдела вегетативной нервной системы и способствующей нейтрализации стрессового состояния, основано также на ослаблении лимбической и гипоталамической областей, что сопровождается снижением общей тревожности и развитием антистрессовых тенденций у тренирующихся (В. С. Лобзин, 1974).

Выделяют две степени АТ (по Шульцу): 1) низшая степень — обучение релаксации с помощью упражнений, направленных на вызывание ощущения тяжести, тепла, на овладение ритмом сердечной деятельности и дыхания; 2) высшая степень — аутогенная медитация — создание трансовых состояний различного уровня. В конце своей долгой жизни в 60-е гг.

XX в. на одном из международных конгрессов на вопрос о сути «высшей ступени» Шульц ответил: «Это полет к Богу» (М. Е. Бурно, 2000).

По общему мнению, АТ наиболее эффективна при лечении неврозов, функциональных расстройств и психосоматических заболеваний. Наилучшие результаты применения АТ наблюдаются при лечении тех заболеваний, проявления которых связаны с эмоциональным напряжением и со спазмом гладкой мускулатуры, причем парасимпатический эффект достигается легче, чем симпатический.

Широкое применение АТ получила в качестве психогигиенического и психопрофилактического средства при подготовке спортсменов, людей, работающих в условиях эмоциональной напряженности и в экстремальных условиях. Накоплен положительный опыт применения специальных вариантов АТ как метода производственной гигиены.

Директивная психотерапия. Включает все формы психотерапии, для которых характерны принятие психотерапевтом роли организатора и руководителя психотерапевтического процесса, возложение им на себя ответственности за достижение психотерапевтических целей. К ним относятся методики поведенческой психотерапии, большинство приемов гипноза и позитивной психотерапии.

Рациональная психотерапия. Основоположником считается швейцарский невропатолог Дюбуа (P. Dubois). Возникнув как альтернатива терапии внушением, рациональная психотерапия опиралась прежде всего на разум, мышление пациента (лат. ratio — разум, рассудок). Представляет собой интегративный метод психотерапии, в первую очередь ориентированный на нозологический подход к заболеванию и имеющий достаточно широкий круг показаний к своему применению. Рационально-эмоциональная и когнитивная — когнитивно-поведенческая психотерапия — по своей сути является вариантами метода рациональной психотерапии. Отдельные ее положения и приемы согласуются с методом нейролингвистического программирования (мета-модель, изменение суждений с помощью техники субмодальностей, использование аналогий — метафор и т. д.). Возможности рациональной психотерапии далеко не исчерпаны, ее приемы и техники совершенствуются.

Групповая психотерапия — метод, специфика которого заключается в целенаправленном использовании групповой динамики, т. е. всей совокупности взаимоотношений и взаимодействий, возникших между участниками группы, включая и группового психотерапевта в лечебных целях. Групповая психотерапия отличается от групповой терапии, психотерапии в группе, коллективной психотерапии. Последние предлагают использование любого психотерапевтического метода в группе пациентов.

Коллективная психотерапия. В широком плане включает как систематические беседы с группами больных, так и соответствующую организацию режима в клинике, трудотерапию, культтерапию, занятия физкуль-

турой, самодеятельность больных и т. д. Метод лечебного перевоспитания, целью которого является активирование, ободрение, отвлечение внимания больных от переживаний, связанных с болезнью, и переключение их на новые жизненные цели. Нашла применение не только в лечении зависимостей, неврозов, но и заболеваний внутренних органов.

Игровая психотерапия — психотерапевтический метод, основанный на принципах динамики психотерапевтического развития и направленный на облегчение эмоционального стресса у маленьких детей с помощью разнообразных выразительных и дающих пищу воображению игровых материалов (N. V. Webb, 1991).

Курс игровой психотерапии, по Леви (D. Levi, 1939), включает три этапа:

1-й этап — установление контакта — свободная игра ребенка, его знакомство с игровой комнатой и психотерапевтом;

2-й этап — введение в игру ребенка какой-либо ситуации, напоминающей психотерапевтическое событие (с помощью специально подобранных игрушек). В процессе разыгрывания психотравмирующей ситуации ребенок управляет игрой и тем самым сменяет пассивную роль пострадавшего на активную, деятельную роль;

3-й этап — продолжение свободной игры ребенка.

Необходимо относиться к ребенку как к личности.

Семейная психотерапия — комплекс психотерапевтических приемов и методов, направленных на лечение пациента в семье и при помощи семьи, а также на оптимизацию семейных взаимоотношений (Э. Г. Эйдемиллер, В. В. Юстицкий, 1990).

Социотерапия. Основой всех ее концепций является представление о том, что социальное окружение и в больнице, и дома имеет важнейшее значение для течения психических заболеваний и что социальные мероприятия могут влиять позитивно и негативно на симптоматику болезни (М. М. Кабанов, 1985).

Проведение социотерапии включает в себя реализацию следующих условий: образование по возможности «нормальной» дружеской и открытой больничной среды; структурирование и организацию дня; предоставление возможности встреч в неформальных и терапевтических группах; ориентацию пациентов на внешний мир; обеспечение контактов с родственниками. Пациент должен быть мотивирован на самообслуживание, при этом приходится считаться с тем, что его помощь в ряде случаев требует больше времени и не так эффективна, как он того желает. На концепции социотерапии основаны: трудотерапия, терапия занятостью, реабилитация, домашние тренировки и др.

Социальная психотерапия. Ее задача с помощью психотерапевтических воздействий не только лечить болезни, осуществлять психогигиенические и психопрофилактические мероприятия, но и улучшить социальное поведение индивида. При этом не делаются различия между психическими

больными, преступниками, лицами с отклонениями в поведении и т. д. Методы психотерапии рассматриваются как адекватные способы коррекции всех форм отклонений и делинквентного поведения. Можно говорить об интеграции психотерапии в общество, в медицину, в лечение болезни с учетом ее биопсихологической сущности.

Психотерапевтическое опосредование и потенцирование биологической терапии. В широком понимании — усиление эффективности биологической терапии, к которой в первую очередь относятся лекарственные средства, физиотерапия, другие физико-химические факторы, имеющие целью непосредственное воздействие на мозговую ткань (электросудорожная терапия и др.).

Индивидуально-психологические эффекты психотерапевтического опосредования и потенцирования биологической терапии в современной психотерапии изучены в большей степени и описываются в первую очередь через процессы косвенного (опосредованного, вооруженного) внушения и плацебо эффектны. Однако они могут рассматриваться и как самостоятельный психотерапевтический подход, когда лечение пациентов проводится системно с интеграцией различных методов, взаимно потенцирующих друг друга, качественно повышая эффективность лечения (И. М. Сквиря, 2005).

Эклектическая психотерапия. Наличие к настоящему времени многочисленных (более 500) форм и методов психотерапии ставит в затруднительное положение практика-психотерапевта, поэтому большинство из них используют разнородные психотерапевтические методы, не обращая внимания на их теоретическое обоснование. В лечебной практике теоретические вопросы психотерапии уступают место необходимости решить конкретные проблемы клинической реальности.

Получившие распространение методы поведенческой психотерапии на практике все чаще сочетаются с психодинамическими, когнитивными и другими приемами.

Важнейшим условием достижения эффективности при использовании любых методов психотерапии является развитие оптимального взаимоотношения «психотерапевт–пациент» в рамках общих факторов применения психотерапевтического вмешательства и соблюдения принципов деонтологии.

Психогигиена — область гигиены, разрабатывающая и осуществляющая мероприятия, направленные на сохранение и укрепление психического здоровья. Это комплексная дисциплина, тесно связанная не только с психиатрией, но и с медицинской психологией, медицинской социологией, валеологией (В. П. Петленко, 1997) и др. Основная цель психогигиены — сохранение психического здоровья, душевного равновесия. Психогигиена призвана помогать человеку избегать неблагоприятных воздействий, опасных для его психического здоровья, обучать его справляться с теми трудностями, которые не удалось избежать, используя для этого естественные, природные ресурсы или изменяя свое отношение к ним.

В психогигиене выделяют разделы и подразделы: возрастная психогигиена, труда и обучения, быта, семьи и половой жизни, больного человека.

Для решения психогигиенических задач все чаще привлекают методы психотерапии: аутогенную тренировку, биологическую обратную связь, позитивную, поведенческую, групповую психотерапии и социально-психологический тренинг.

Психогигиена — раздел медицины, изучающий влияние внешней среды на психику человека, разрабатывающий меры по сохранению и укреплению психического здоровья, предупреждению психических заболеваний.

Психопрофилактика разрабатывает и внедряет в практику меры по предупреждению заболеваний, их хронизации, способствует реабилитации психических больных. Понятие психопрофилактики тесно связано с понятием психогигиены. Согласно классификации ВОЗ, выделяют первичную, вторичную и третичную психопрофилактику. Первичная включает мероприятия, предупреждающие возникновение нервно-психических расстройств, вторичная объединяет мероприятия, направленные на профилактику неблагоприятной динамики уже возникших заболеваний, их хронизации, на уменьшение патологических проявлений, облегчение течения болезни и улучшение исхода, а также раннюю диагностику. Третичная психопрофилактика способствует предупреждению неблагоприятных социальных последствий заболевания, рецидивов и дефектов, препятствующих трудовой деятельности больного.

Психопрофилактика — раздел общей профилактики, включающий комплекс мероприятий, обеспечивающих психическое здоровье, предупреждение возникновения и распространения психических заболеваний.

Значительная общественно-политическая трансформация общества у многих людей вызывает чувство неуверенности, неопределенности, незащищенности, растерянности, ощущение потери опоры, что выражается в напряжении, а часто и агрессивности. На этом фоне возрастает значение психотерапии, что вызвано ростом нервно-психической напряженности здорового населения, увеличением частоты пограничных нервно-психических расстройств. Одновременно наблюдается усиление «магического настроения», всплеск интереса к мистике, оккультизму в невиданных ранее масштабах.

Сохранения нервно-психического здоровья не удастся достичь только путем все большего охвата населения теми или иными формами психотерапии. Решение проблем по линии «человек — общество» состоит, возможно, в реализации морально-этических ценностей общества, воспитательно-педагогических систем, социальных мер государства, направленных на улучшение жизненных условий и т. д.

Психотерапия может играть важную положительную роль, так как с ее помощью можно не только уменьшить страдания, но и способствовать совершенствованию социального окружения человека, разрешению им проблемы смысла жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Консультант врача. Электронная медицинская библиотека = Consultant of the doctor. Electronic medical library [Электронный ресурс]. — М.: ГЭОТАР-Медиа, ИПУЗ. — Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/>. — Дата доступа 24.04.2019.

2. Консультант студента. Электронная библиотека медицинского вуза = Student consultant. Electronic library of medical high school [Электронный ресурс]. — ГЭОТАР-Медиа, ИПУЗ. — Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>. — Дата доступа: 24.04.2019.

3. Научная электронная библиотека eLIBRARY.RU = Scientific electronic library eLIBRARY.RU [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://elibrary.ru/>. — Дата доступа: 24.04.2019.

4. *Абрамов, Б. Э.* Интеграция психотерапии в общесоматические лечебно-профилактические структуры — веление времени / Б. Э. Абрамов, И. М. Сквиря // Современные подходы к продвижению здоровья: сб. матер. VII Межд. науч.-практ. конф., 25–26 окт. 2018 г., Гомель; ред. колл. А. Н. Лызиков [и др.]. — Элект. текст. данные (объем 1,2 Mb). — Гомель: ГомГМУ, 2018. — 1 электрон. опт. диск (CD-ROM). — С. 3–5.

5. *Абрамов, Б. Э.* Несколько биоэтических штрихов к психиатрическим аспектам современной повседневной жизни / Б. Э. Абрамов, И. М. Сквиря // Христианство и современная медицина: сб. матер. науч.-образ. чтений 7 декабря 2017 года. — Элект. текст. данные (1,3 Mb). — Гомель: ГомГМУ, 2017. — 1 электрон. опт. диск (CD-ROM). — С. 8–11.

6. *Абрамов, Б. Э.* Психологические знания — необходимый компонент успешной деятельности врача общей практики / Б. Э. Абрамов, И. М. Сквиря // Актуальные проблемы медицины: сб. науч. стат. Респ. науч.-практ. конф. с межд. участ., Гомель 21–22 ноября 2019 года; ред. колл. А.Н. Лызиков [и др.]. — Элект. текст. данные (объем 3,4 Mb). — Гомель: УО «ГомГМУ», 2017. — 1 электронный опт. диск (CD-ROM). — С. 36–38.

7. *Александров, А. А.* Современная психотерапия / А. А. Александров. — СПб.: Академический проект, 1997. — 385 с.

8. *Ассанович, М. А.* Пограничные психические расстройства: учеб. пособие / М. А. Ассанович. — Минск, 2015. — 364 с.

9. *Вотчал, Б. Е.* Очерки клинической фармакологии / Б. Е. Вотчал. — М.: Медицина, 1965. — 450 с.

10. *Долинская, Б.* Плацебо. Почему действует то, что не действует? / Б. Долинская; пер. с польск. — Харьков: Из-во Гуманитарный центр / К. А. Бонк, 2015. — 148 с.

11. *Доморацкий, В. А.* Краткосрочные методы психотерапии / В. А. Доморацкий. — М.: Психотерапия, 2008. — 304 с.

12. О здравоохранении: Закон Респ. Беларусь, 18 июня 1993 г., № 2435-12: в ред. Закона Респ. Беларусь от 20.06.2008 г., № 363-3.

13. О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании: Закон Респ. Беларусь, 7 января 2012 г., № 349.

14. Об оказании психологической помощи: Закон Респ. Беларусь, 1 июля 2010 г., № 153-3.

15. Классификация психических и поведенческих расстройств Международная классификация болезней; 10-й пересмотр / Всемирная организация здравоохранения, 1992 г. Перевод — 1999 г.

16. *Королева, Е. Г.* Расстройства личности: пособие / Е. Г. Королева, Гродно: ГрГМУ, 2016. — 324 с.

17. *Макарова, И. В.* Общая психология: учеб. пособие / И. В. Макарова. — Люберцы: Юрайт, 2016. — 182 с.

18. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б. Д. Карвасарского. — СПб.: Питер Ком, 1998. — 752 с.

19. *Розен, Б.* Краткосрочная прицельная психотерапия / Б. Розен // Введение в психотерапию: сб. ст. / под ред. С. Блоха. — Киев, 1997. — С. 61–83.

20. *Сквира, И. М.* Как врачу полюбить своего пациента / И. М. Сквира, Б. Э. Абрамов // Актуальные проблемы медицины: сб. науч. стат. Респ. науч.-практ. конф. с межд. участ., посвященной 27-летию УО «Гомельский ГМУ» 2–3 ноября 2017 года; ред. колл. А.Н. Лызилов [и др.]. — Электронные данные (объем 10,0 Мб). — Гомель: УО «ГомГМУ», 2018. — 1 электронный опт. диск (CD-ROM). — С. 708–710.

21. *Сквира, И. М.* Комбинированное использование психотерапии и рефлексотерапии в комплексном лечении алкогольной зависимости / И. М. Сквира // Здравоохранение. — 2001. — № 6. — С. 48–50.

22. *Сквира, И. М.* Обоснование применения психотерапии, психологической коррекции при лечении пациентов с алкогольной зависимостью в состоянии отмены алкоголя / И. М. Сквира // Белорусский медицинский журнал. — 2004. — № 3 (9). — С. 85–87.

23. *Франк, Д.* Что такое психотерапия / Д. Франк // Введение в психотерапию: сб. ст. / под ред. С. Блоха. — Киев, 1997. — С. 9–31.

24. *Франкл, В.* Человек в поисках смысла / В. Франкл. — М.: Прогресс, 1990. — 368 с.

25. *Фролова, Ю. Г.* Медицинская психология: учебник / Ю. Г. Фролова. — Минск: Выш. шк., 2016. — 411 с.

26. *Яровинский, М. Я.* Лекции по курсу «Медицинская этика» (биоэтика): учеб. пособие / М. Я. Яровинский. — М.: Медицина, 2001. — 208 с.

27. Oxford Medicine Online [Electronic resource] / Oxford University Press. — Access mode: www.oxfordmedicine.com. — Date of access: 24.04.2019.

28. Springer Link [Electronic resource] / Springer International Publishing AG. — Access mode: <https://link.springer.com>. — Date of access: 24.04.2019.

Учебное издание

Сквира Иван Михайлович
Хмара Наталья Викторовна
Рузанова Лариса Владимировна и др.

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Учебно-методическое пособие

Редактор **Т. М. Кожмякина**
Компьютерная верстка **Ж. И. Цырыкова**

Подписано в печать 16.10.2020.

Формат 60×84^{1/16}. Бумага офсетная 80 г/м². Гарнитура «Таймс».
Усл. печ. л. 6,05. Уч.-изд. л. 6,61. Тираж 150 экз. Заказ № 333.

Издатель и полиграфическое исполнение:
учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет».
Свидетельство о государственной регистрации издателя,
изготовителя, распространителя печатных изданий № 1/46 от 03.10.2013.
Ул. Ланге, 5, 246000, Гомель.