

**А.Л. Церковский, В.С. Федосеенко, О.И. Гапова**

**Избранные лекции  
по медицинской психологии**

**Курс лекций**

**Учебное пособие**

Витебск, 2009

УДК 159.9:61(07)  
ББК 88.48я73  
Ц 44

*Серия программ и учебников «Психология в медицине»  
основана в 1999 году в Витебском государственном  
медицинском университете.*

Рецензенты:

Богомаз С.Л. – доцент, кандидат психологических наук, заведующий кафедрой психологии Витебского государственного университета им. П.М. Машерова

Ладик Б.Б. – доцент кафедры психиатрии и наркологии Витебского государственного медицинского университета, кандидат медицинских наук,

**Церковский А.Л.**

Ц 44 Избранные лекции по медицинской психологии. Курс лекций: учебное пособие / А.Л. Церковский, В.С. Федосеенко, О.И. Гапова. – Витебск, ВГМУ, 2009. – 109 с.

ISBN

Учебное пособие «Избранные лекции по медицинской психологии» написаны в соответствии с типовой программой «Учебная программа по медицинской психологии для студентов лечебно-профилактического факультета».

Тематика лекций охватывает основные вопросы дисциплины «Медицинская психология». Пособие адресовано студентам и преподавателям медицинских вузов.

УДК 159.9:61(07)  
ББК88.48я73

© Церковский А.Л., Федосеенко В.С., Гапова О.И., 2009  
© УО «Витебский государственный медицинский университет», 2009

ISBN

# ГЛАВА I. ОБЩАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

## ЛЕКЦИЯ 1. ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

1. История развития медицинской психологии
2. Роль и задачи медицинской психологии в профессиональной подготовке врача
3. Общая и частная медицинская психология
4. Основные методы медико-психологических исследований

### 1. История развития медицинской психологии

История развития медицинской психологии представляет собой извилистый путь. Располагаясь на границе между медициной и психологией, новая наука то и дело прибывалась то к одному, то к другому берегу реки под названием «человекознание».

История психологической науки с особой рельефностью отражает эволюцию взглядов на природу сознания и всей духовной жизни человека. На заре науки (VI-IV в.в. до н.э.) в философии уже отчетливо звучало натуралистическое направление мысли. Об этом можно судить по трудам *Демокрита, Эмпедокла, Лукреция, Эпикура* и др.

Уже тогда многие считали, что мозг является «седалищем души» (*Алкмеон из Кротона*), «средоточием психической деятельности» (Пифагор), а психические болезни - результатом нарушения работы мозга (Гиппократ, Гален).

Но уже в то время натуралистической точке зрения противопоставил свои взгляды *Платон* (427-347 гг. до н.э.), выступивший с метафизическим учением о душе как идеальной сущности. Его ученику, *Аристотелю* (384-322 гг. до н.э.), критиковавшему своего учителя, хотя и не ставшему последовательным материалистом, принадлежит первый известный истории труд по вопросам психологии - трактат «О душе».

Аристотель полагал, что у всего, что растет и развивается, есть душа (от греч. *psyche* - психе). Она включает три части: душу растительную (ведает функциями питания, размножения), душу чувствующую, животную (чувство осязания, боли, удовольствия) и душу разумную. Следовательно, у растений имеется только растительная душа, у животных - растительная и чувствующая, а у человека - все три ее разновидности. Аристотель не отрицал, что разнообразные изменения разумной души всегда влекут за собой соответствующие сдвиги в душе животной. Разумная душа, по мнению Аристотеля, - это регулирующий принцип речи, поведения человека, вообще всех жизненных процессов. Платон и Аристотель считали, что душа может существовать вне всякой связи с телом, ибо имеет божественное

происхождение, следовательно, познать ее нельзя, это лежит за пределами человеческих возможностей.

Несколько иную трактовку «высшему движущему началу» давала древняя индийская философия, предполагая существование «самосветящегося света сознания».

Взгляды Платона длительное время господствовали в науке вообще и в вопросах изучения душевной деятельности человека в частности. Объясняется это тем, что воззрения философов-идеалистов древности были приняты официальной христианской религией, пользовавшейся неограниченным господством вплоть до XVII-XVIII века. Но ученые и мыслители, в частности врачи, неоднократно делали попытки установить связи между душой и телом и даже говорили об особой науке «пнеуматологии», хотя уже с X века иногда употребляли термин «психология».

В дальнейшем все более пристальное внимание стали уделять изучению отдельных свойств и качеств психической деятельности. Исследования человеческого рассудка, памяти, ощущений, ассоциаций и т.д. опирались в основном на метод самонаблюдения. Тем не менее некоторые ученые высказывали довольно верные предположения и мысли.

Так, *Абу Али Хуссейн Ибн Сина* из Бухары, более известный под именем Авиценны (980-1037), писал: *«Воспринятые памятью явления принимаются воображением, докладываются мышлению, а мышление по обязанности устанавливает правильность или неправильность запечатленного явления и оставляет его в памяти для того, чтобы в нужный момент обращаться к нему».*

Развитие науки, техники и искусств в эпоху Возрождения, естественно, привело к появлению новых веяний и в учении о душе и теле. Все чаще и чаще высказывались мысли о том, что «мышление есть свойство материи» (*Дж. Локк, П.Ж.Ж. Кабанис*).

Эволюционное учение, развитое *Чарлзом Дарвином* (1809-1882), оказало положительное влияние в отношении становления и развития науки о психике - психологии (этот термин стал общеупотребительным со второй половины XVIII века после работ *Христиана Вольфа*). Подробно изучались психика животных, «примитивных народов», детская психика, психика при умственном недоразвитии. Самое большое достижение этого периода заключалось в том, что перестали, наконец, игнорировать среду, окружающую человека.

На первых порах к этому подходили довольно механистически. Например, в большом ходу было сравнение человеческой психики и окружающего мира с двумя вплотную вставленными одна в другую чашками. Ни о каком взаимодействии речи не было.

Возражая исследователям, которые не в состоянии были окончательно порвать с дуализмом, *Герберт Спенсер* (1820-1903) утверждал, что *«психическая деятельность соотносительная и заключается в непрерывном*

*приспособлении организмом внутренних его отношений к внешним»* и что психические явления нельзя изучать в отрыве от окружающего мира.

**Томас Гексли** (1825-1895), другой последователь Дарвина, подводя итог уровню науки, говорил: *«В наши дни никто из стоящих на высоте современной науки не усомнится в том, что основы психологии надо искать в физиологии нервной системы»*.

Но, тем не менее, взгляды философов-идеалистов продолжали замедлять темпы развития психологии. Например, такой крупнейший философ-идеалист, как **Иммануил Кант** (1724-1804), писал, что к изучению психических процессов *«естественнонаучные методы применены быть не могут»*.

И все же поиски той причины, которая лежит в основе психической деятельности, продолжались. Появились тенденции точно локализовать некоторые психические процессы в определенных местах головного мозга (психоморфологизм). В других исследованиях отстаивалось положение о ведущей роли и всеподчиняющем значении воли и т.д.

Было начато подробное изучение функций эндокринных желез, вегетативной нервной системы, электрофизиологии. Австрийским врачом **Францем Галлем** (1738-1828) проводилась параллель между строением черепа и особенностями психики человека, его способностями и личностными свойствами.

Внимание психологов, как и психиатров, привлекли в дальнейшем работы венского психиатра **Зигмунда Фрейда** (1856-1939), создателя одного из основных современных направлений психологии - психоанализа, который всю психическую деятельность человека объясняет направляющим влиянием бессознательного, в особенности полового влечения.

После пандемии энцефалита (1915-1920), который, поражая субкортикальные узлы, значительно изменял личность, в частности темперамент, стали более пристально и детально исследовать функции подкорковых образований головного мозга.

В результате работ в некоторых областях перечисленных направлений были получены чрезвычайно ценные данные. Наука обогатилась новыми открытиями по физиологии и морфологии органов чувств, нервной системы. Но стремления выяснить истинную причину психической деятельности пока оставались бесплодными.

Много дал психологии экспериментальный метод, начало внедрения которого в психологию было положено **Вильгельмом Вундтом** (1832-1920). В 1874 году он выпустил книгу «Основы физиологической психологии», а в 1879 году основал в Лейпциге первую лабораторию экспериментальной психологии. Ратуя за перестройку психологической науки на основе эксперимента, Вундт прямо говорил, что подобная перестройка окажется плодотворной лишь при условии исключения понятия о душе, так как душу он понимал с позиций психофизического параллелизма, ярким защитником которого являлся.

Экспериментальные исследования позволили достаточно подробно изучить память, внимание, восприятие, эмоционально-волевую сферу.

В России длительное время в психологии господствовали идеалистические учения, и психология в основном развивалась в русле богословия. **М.В. Ломоносов, А.Н. Радищев, А.И. Герцен, В.Г. Белинский, Н.А. Добролюбов, Н.Г. Чернышевский** внесли большой вклад в разработку философских основ материалистического понимания психического.

**И.М. Сеченов**, воспитанный на трудах мыслителей-гуманистов, создал свою теорию рефлекторной деятельности мозга и опубликовал в 1863 году труд «Рефлексы головного мозга». Так пришла та необходимая помощь, в которой настоятельно нуждалась психология. И.М. Сеченов особое значение придавал медицинской психологии и собирался посвятить ей свой особый труд, о котором писал как о своей «лебединой песне».

**И.П. Павлов**, развивая положения И.М. Сеченова, разработал оригинальную методику, пользуясь которой стало возможно проникать в сущность рефлекторной функции мозга и подвергать *«тщательному анализу основные законы, управляющие всей громадно сложной работой высшего отдела центральной нервной системы»*.

Было доказано, что психические явления - результат условно-рефлекторной деятельности мозга и что условный рефлекс одновременно является и материальным (физиологическим) и идеальным (психическим). Трудami обоих корифеев русской физиологической науки был заложен естественнонаучный фундамент психологии, который ей был необходим и без которого она долгие годы не могла перейти от изучения внешнего проявления психики к познанию ее сущности.

Первая экспериментально-психологическая лаборатория в России была открыта **В.М. Бехтеревым** в 1885 году при медицинском факультете Казанского университета. Там, а в дальнейшем в подобной лаборатории, созданной им в Военно-медицинской академии в Санкт-Петербурге, под его руководством было выполнено более 20 клинико-психологических докторских диссертаций.

В 1896 году такая же лаборатория была организована в Москве в психиатрической клинике **С.С. Корсаковым**. Специальный курс психологии для студентов-медиков С.С. Корсаков еще за год до открытия лаборатории поручил читать своему ассистенту **А.А. Токарскому**, в дальнейшем заведующему лабораторией. Почти одновременно подобные же лаборатории открылись в Одессе, Киеве и Дерпте, где экспериментальные работы по исследованию психически больных проводил **В.Ф. Чиж**. Во всех случаях психологические кабинеты организовывались на частные пожертвования, так как администрация относилась к этому нововведению более чем холодно.

В 1904 году на заседании Российского общества невропатологов и психиатров была избрана специальная комиссия для рассмотрения и систематизации новейших клинико-психологических методов. В 1908 году **А.Н. Бернштейн** опубликовал первое в России руководство «Клинические приемы психологического исследования душевнобольных», а в 1911 году

вышел в свет «Атлас психологического исследования личности» **Ф.Г. Рыбакова**.

Большое влияние на русскую врачебную общественность того времени оказали работы основоположников отечественной клинической медицины. **И.Е. Дядьковского, М.Я. Муарова, Г.А. Захарьина, Н.И. Пирогова, В.П. Образцова, В.М. Бехтерева, С.С. Корсакова** и других выдающихся ученых и врачей-гуманистов.

До Великой Октябрьской социалистической революции на медицинских факультетах университетов медицинской психологии уделялось чрезвычайно мало внимания, хотя в ряде психиатрических клиник эта дисциплина преподавалась. Вспоминая годы учения, **В.В. Вересаев** писал: «Жизнь больного человека, его душа были мне совершенно неизвестны; мы баричами посещали клиники, проводя у постели больного по 10-15 минут; мы с грехом пополам изучали болезни, но о больном человеке не имели даже самого отдаленного представления».

В первые годы после Великой Октябрьской социалистической революции ситуация значительно изменилась. Уже в 1918 году был организован специальный институт по исследованию детей с недоразвитием психической сферы, названный впоследствии Медико-педологическим институтом. Появилась новая профессия - *клинический психолог*.

Советская медицинская психология развивалась главным образом в плане клиничко-описательных и экспериментально-психологических исследований. Заметно развернулась борьба с идеалистическими направлениями в психологии, субъективистскими методами самонаблюдения. Наряду со значительными положительными достижениями в виде большей объективизации изучаемых явлений, это имело и отрицательные последствия, приведшие в 30-е годы к официальному государственному запрещению отдельных направлений медицинской психологии, что в дальнейшем существенно затормозило становление данной науки.

Развитию медицинской психологии в значительной мере способствовали успехи общей психологии, в частности работы **Б.Г. Ананьева, А.Н. Леонтьева, С.Л. Рубинштейна, В.Н. Мясищева** и др.

В конце 20 - начале 30-х годов дальнейшие исследования отечественных психологов показали, что отражение окружающего мира - не пассивный процесс, что воздействие объектов реальности связано с активной деятельностью человека. Характер деятельности, ее направленность, содержание в значительной степени определяют процесс отражения. Вместе с тем это воздействие, результатом которого является психика, всегда опосредуется организмом, его нервной системой. В основе взаимодействия среды и организма лежат механизмы безусловных и условных рефлексов. Воспринятое преломляется в соответствии с особенностями личности человека. Происходит субъективная переработка отраженного объективного мира.

Таким образом, теперь уже речь шла не о том, чтобы устанавливать свойства либо самого организма, либо окружающей его физической и социальной среды, но о том, чтобы изучать процесс, составными частями которого они являются. Взаимодействие организма и среды подразумевает ответные реакции, и они не могут быть предугаданными, если исследователь станет исходить из изучения одного из этих компонентов. Связь между материей и сознанием, что отрицалось спиритуалистами, была экспериментально подтверждена.

Диалектический подход дал возможность психологам «понять в одном и том же единстве живое существо и его среду, их постоянное взаимодействие» (*А. Валлон*, 1956).

Особенно наглядно это проявилось при изучении общей психопатологии (*В.А. Гиляровский, Р.Л. Голант, Е.А. Попов, А.А. Меграбян* и др.), психогенеза заболеваний, изменений личности при неврозах, вопросов психотерапии и психопрофилактики (*Е.К. Краснушкин, М.С. Лебединский, В.Н. Мясищев, К.К. Платонов* и др.).

Широкий размах получило развитие экспериментально-психологических исследований; большинство работ выполнялось с учетом взаимосвязи и взаимообусловленности психических процессов в деятельности человека. Много практически ценных данных получено советскими учеными при исследовании психофизиологии, психологии и психогигиены труда, изучении особенностей снижения трудоспособности при соматических и нервно-психических заболеваниях, в вопросах трудоустройства и реадaptации.

В 30-х и 40-х годах вышел в свет ряд ценных работ по экспериментально-психологическому исследованию речи, мышления (*Л.С. Выготский, А.Г. Иванов-Смоленский, М.С. Лебединский* и др.), эмоционально-волевой сферы (*А.Р. Лурия*), по влиянию на работоспособность отношения нервно-психически больных к труду (*В.Н. Мясищев* и др.) и некоторым иным разделам медицинской психологии.

В период Великой Отечественной войны 1941-1945 гг. и в последующие годы экспериментально-психологические (патопсихологические и нейропсихологические) исследования помогали более рационально решать вопросы трудоспособности и трудоустройства лиц, перенесших травму головного мозга, и восстанавливать пораженные функции.

Серьезным событием в истории отечественной медицинской психологии была Объединенная сессия Академии наук СССР и Академии медицинских наук СССР (1950), посвященная учению И.П. Павлова, умершего еще в 1936 году. Выполняя в большей мере государственно-идеологический заказ, нежели рассматривая действительно научные вопросы, эта сессия во многом затормозила развитие медицинской психологии в Советском Союзе, подменив психологию физиологией.

Возрождение научной психологии в нашей стране началось с середины 50-х годов. На I съезде Общества психологов в 1959 году, на II съезде этого общества в 1963 году и на IV съезде невропатологов и психиатров в 1963



году был представлен ряд докладов, свидетельствовавших о том, насколько важна медицинская психология для клиники (**Б.В. Зейгарник, М.С. Лебединский, А.Р. Лурия, В.Н. Мясищев, К.К. Платонов** и др.).

В частности, были представлены и обсуждены новые данные по локализации психических функций и о структурном понимании личности.

Совместная работа определенных корковых зон (речи, слуха, зрения и пр.), начинаясь с раннего детства, в дальнейшем усложняется, динамические структуры формируются в процессе общения и предметной деятельности. Значительный вклад в изучение функционально-динамических структур мозга внес отечественный нейрофизиолог **П.К. Анохин**.

При рассмотрении вопроса о локализации высших психических функций, таких как память, мышление, сознание и др., следует иметь в виду, что человеческая психика социальна по своему происхождению. Поэтому нет никаких оснований говорить о той или иной жесткой локализации высших психических функций в специальных корковых центрах, ибо социальное не может быть помещено в ту или иную группу клеток и приурочено к их деятельности.

В настоящее время предполагается широкое размещение высших психических функций по всей коре больших полушарий. При этом деятельность «*созвучно работающих ганглиозных клеток взаимно возбуждающих друг друга*» (**А.А. Ухтомский, 1953**), разделенных в коре анатомически, является физиологической основой высших психических функций.

Окончательно физиологический редукционизм в медицинской психологии был преодолен только в начале 60-х годов. В 1962 году Академией наук СССР, Академией медицинских наук СССР, Академией педагогических наук РСФСР и Министерствами высшего и среднего специального образования СССР и РСФСР было созвано Всесоюзное совещание по философским вопросам физиологии высшей нервной деятельности и психологии. На этом совещании был подведен итог достижениям советской науки в этих направлениях и намечены пути дальнейшего развития психологии, в частности медицинской психологии. Особенно жестко в постановлении этого совещания ставились задачи борьбы с биологизацией человека.

Единое понимание и творческое развитие взглядов философов, психологов, физиологов и психиатров на сущность сознания были достигнуты на Всесоюзном симпозиуме 1966 года.

В 70-80-е годы в ряде городов Советского Союза прочно сформировались крупные научные центры и школы по медицинской психологии, плодотворно разрабатывающие различные направления медико-психологических исследований.

Московские ученые (**Б.В. Зейгарник, К.К. Платонов, К.М. Гуревич, С.Я. Рубинштейн, Ю.Ф. Поляков, Е.Д. Хомская, Ф.Б. Березин, В.В. Николаева** и др.) сосредоточили основные усилия на проведении фундаментальных исследований в области психодиагностики.

Ими созданы отечественные варианты зарубежных психодиагностических методик (ММП1, методика диагностики межличностных отношений Т. Лири и др.), выполнен целый ряд работ по изучению пато-невропсихологических аспектов различных психических и неврологических заболеваний, изменений психической деятельности при хронических соматических заболеваниях, проведены значительные исследования в области психо(нейро)физиологии и т.д.

Ведущим направлением деятельности ленинградской школы медицинской психологии (*М.М. Кабанов, А.Е. Личко, Л.И. Вассерман, Б.Д. Карвасарский, В.К. Мязер, Р.О. Серебрякова* и др.) является разработка теоретических основ и практических моделей осуществления реабилитационного процесса в различных областях медицины.

Спектр конкретных научных исследований ленинградских ученых чрезвычайно велик и включает как проблемы психодиагностики (создание отечественных адаптаций методик диагностики интеллекта у взрослых Д. Векслера, диагностики межличностных отношений у детей Р. Жилия и др.; создание целого ряда оригинальных отечественных психодиагностических методик - патохарактерологического диагностического опросника для подростков (ПДО), методики для диагностики типов отношения к болезни при соматических и пограничных нервно-психических заболеваниях - ТОБОЛ и др.), так и проблемы организации медико-психологической службы и психосоциального обеспечения лечебно-реабилитационного процесса.

Представители киевской научной школы (*В.М. Блейхер, Л.Ф. Бурлачук* и др.) занимаются вопросами теории и практики патопсихологической диагностики, рассматриваемой с общепатологических динамических позиций.

Ученые тбилисской школы (*И.Т. Бжалава, С.В. Цуладзе* и др.) проводили медико-психологические исследования в свете созданной *Д.Н. Узнадзе* теории установки. Ими изучены характерные особенности и динамика установки при неврозах, психических заболеваниях, локальных органических поражениях головного мозга, что внесло весомый вклад в изучение бессознательного отечественными исследователями. По инициативе тбилисских ученых был проведен первый в нашей стране международный симпозиум по проблемам бессознательного.

Из приведенного краткого исторического обзора видно, какой большой и сложный путь прошла в своем развитии медицинская психология.

Можно считать точкой отсчета зарождения медицинской психологии призыв медиков «лечить не болезнь, но больного». Именно с того времени начало происходит взаимопроникновение психологии и медицины. Вначале медицинская психология, которую активно разрабатывали психиатры, была нацелена на изучение отклонений интеллектуального и личностного развития, коррекцию дезадаптивных и делинквентных форм поведения. Однако впоследствии сфера интересов медицинской психологии была расширена за счет изучения психического состояния лиц с соматическими заболеваниями.

Следует отметить, что до настоящего времени месторасположение медицинской психологии не вполне определено, что можно объяснить междисциплинарным характером этой науки.

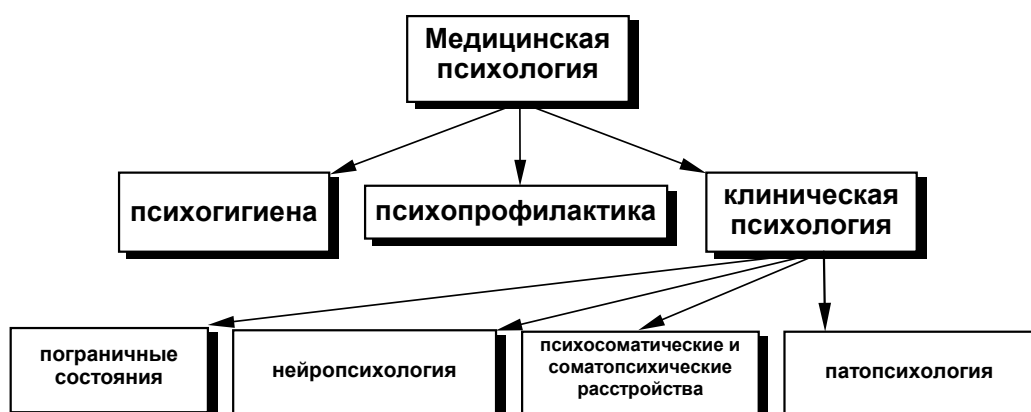
## 2. Роль и задачи медицинской психологии в профессиональной подготовке врача

При изучении медицинской психологии возникают определенные трудности, которые вызваны отсутствием общих представлений о клинике заболеваний, целостности образа психики больного.

Содержание медицинской психологии, ее место, объем до сих пор по-разному понимаются специалистами. Общим является то, что медицинская психология рассматривает область, пограничную между медициной и психологией. При этом она изучает проблемы медицины в психологическом аспекте и методами психологии.

В большинстве стран распространено понятие клинической психологии, а не медицинской. В клиническую психологию в США включаются психотерапия, психодиагностика, консультативная психология, психогигиена и реабилитация, некоторые разделы дефектологии, психосоматика. В Польше медицинская психология также понимается достаточно широко, в число ее задач включаются диагностика, клинково-восстановительная деятельность, реабилитация инвалидов, психотерапия, психокоррекция, контроль эффективности психокоррекции и психотерапии.

В нашей стране К. К. Платонов рассматривал клиническую психологию как часть медицинской психологии. Клиническая психология, по его мнению, имеет прикладное значение, отвечая потребностям клиники: психиатрической, неврологической, соматической. В медицинскую психологию Платонов включил помимо клинической психологии психогигиену.



По мнению Н.Д. Лакосина Г.К. Ушаков (1984) *предметом медицинской психологии* являются многообразные особенности психики больного и их влияние на здоровье и болезнь, а также обеспечение оптимальной системы психологических целебных влияний, в том числе всех

обстоятельств, сопутствующих обслуживанию больного, которое правомерно объединить в систему врач-пациент.

**Особенностями современной медицины являются:** продолжающееся дробление и дифференциация ее разделов, рост числа узких специальностей, все более широкое использование технических устройств (аппараты и приборы) в обследовании и лечении больных; растущее применение электронных приборов и вычислительных машин, привлекаемых, в частности, для распознавания болезней; использование в параклинических (лабораторных) исследованиях современных данных биологии, химии, физики, биофизики, кибернетики приводит порой к недооценке клинического мышления, к искусственному расчленению единства больного человека на частности, к утрированной технизации, чреватой дегуманизацией клинической медицины.

Сами по себе процессы эти естественны и закономерны, однако они нуждаются в постоянной диалектической коррекции. Такой **процесс в развитии современной науки**, в том числе медицинской, поставил общую задачу: создать специальный раздел — **науковедение**, науку о науке, которая объединяет общие принципы организации науки, способствующие ее интеграции и более успешному развитию. Поэтому естественно, что сложные процессы, происходящие в современной медицине, должны также найти свои объединяющие критерии.

В отличие от большинства иных форм производственной деятельности медицина имеет дело с самым тонким и потенциально ранимым объектом деятельности — человеком, что тем более типично для больного человека.

У всех больных, независимо от особенностей болезни, специфические реакции психики и особенности личности обнаруживают общие тенденции.

В связи с этим **самостоятельным разделом медицинских знаний**, который объединяет психологические проблемы больных людей на разных этапах их жизни и болезни, становится медицинская психология.

**Медицинская психология**, следовательно, также относится к медицинской практике (в широком ее понимании), как науковедение к науке во всем многообразии проблем последней. В связи с этим правомерно говорить, что медицинская психология является **пропедевтикой ко всем клиническим дисциплинам**.

**Медицинская психология способствует**, таким образом, не только улучшению необходимых контактов с больными, быстрейшему и наиболее полному выздоровлению, но и предупреждению болезней, охране здоровья, воспитанию гармонической личности, с которой имеют дело в первую очередь педагогические и медицинские работники.

**Более широко медицинская психология изучает** весь диапазон благотворных или пагубных влияний многообразно меняющейся личности человека и межличностных отношений на его здоровье и болезнь.

**Основная цель преподавания медицинской психологии** сводится к воспитанию у студентов гуманизма, высокой производственной медицинской

культуры, этики врача и широкого психогигиенического (психопрофилактического) подхода в лечении больного человека.

**Важнейшей задачей** медицинской психологии является изучение психики больного в различных условиях. Это должно находить отражение в деятельности различных звеньев системы здравоохранения - внебольничной службы и стационаров, санаторно-курортном деле, фармации, при подготовке медицинских кадров всех уровней, в исследовательской работе ученых, связанной с медицинскими проблемами, в организации здравоохранения, гигиене и санитарии, медицине катастроф и пр.

Медицинская психология должна разрабатываться в связи с задачами, которые ставятся различными медицинскими дисциплинами.

### **3. Общая и частная медицинская психология**

По направленности психологических исследований (на выявление общих закономерностей либо на особенности конкретного больного) можно выделить **общую** и **частную** медицинскую психологию.

**Общая медицинская психология** изучает общие вопросы и включает в себя следующие разделы:

1. Основные закономерности психологии больного человека (критерии нормальной, временно измененной и болезненной психики), психологии врача (медицинского работника), психологии повседневного общения больного и врача, психологической атмосферы лечебно-профилактических учреждений.

2. Психосоматические и соматопсихические взаимовлияния.

3. Индивидуальность (темперамент, характер, личность), эволюцию и этапы ее постнатального онтогенеза (включая детство, отрочество, юность, зрелость и поздний возраст), аффективно-волевые процессы.

4. Медицинскую деонтологию, включающую вопросы врачебного долга, этики, врачебной тайны.

5. Психогигиену (психологию медицинских советов и консультаций, психологию семьи, психогигиену лиц в кризисные периоды их жизни (пубертатный, климактерический). Психологию брака и половой жизни. Психогигиеническое обучение, психотренинг взаимоотношений врача и больного.

6. Общую психотерапию.

**Частная медицинская психология** изучает конкретного больного, а именно:

1) особенности психических процессов у психических больных;

2) психику больных на этапах подготовки, выполнения хирургических вмешательств и в послеоперационный период;

3) особенности психики больных, страдающих различными заболеваниями (сердечно-сосудистыми, инфекционными, онкологическими, гинекологическими, кожными и т.д.);

- 4) психику больных с дефектами органов и систем (слепота, глухота и т.п.);
- 5) особенности психики больных при проведении трудовой, военной и судебной экспертизы;
- 6) психику больных алкоголизмом и наркоманией;
- 7) частную психотерапию.

Можно выделить конкретные клиники, где находят практическое применение знания соответствующих разделов медицинской психологии: в психиатрической клинике – **патопсихология**; в неврологической – **нейропсихология**; в соматической – **психосоматика**.

**Патопсихология** изучает, по определению Б. В. Зейгарник, структуру нарушений психической деятельности, закономерности распада психики в их сопоставлении с нормой. При этом патопсихология использует психологические методы, оперирует понятиями современной психологии. Патопсихология может рассматривать задачи как общей медицинской психологии (когда изучаются закономерности распада психики, изменения личности психических больных), так и частной (когда исследуются нарушения психики конкретного больного для уточнения диагноза, проведения трудовой, судебной или военной экспертизы).

Близка к патопсихологии **нейропсихология**, объектом изучения которой служат заболевания ЦНС (центральной нервной системы), преимущественно локально-очаговые поражения головного мозга.

**Психосоматика** изучает влияние психики на возникновение соматических проявлений.

**Патопсихологию** следует отличать от психопатологии. Последняя является частью психиатрии и изучает симптомы психического заболевания клиническими методами, используя медицинские понятия: диагноз, этиология, патогенез, симптом, синдром и др. Основным методом психопатологии – клинико-описательный.

На развитие медицинской психологии оказывают существенное влияние следующие медицинские дисциплины: **психиатрия, неврология, нейрохирургия, психотерапия, терапия**.

Это влияние взаимнообразно. Близка медицинская психология и к ряду других психологических и педагогических наук – **экспериментальной психологии, трудотерапии, олигофренопедагогике, тифлопсихологии, сурдопсихологии и др.**

Медицинская психология оказывает значительное влияние на развитие общетеоретических вопросов психологии:

- ◆ соотношение социального и биологического в развитии психики,
- ◆ анализ компонентов, входящих в состав психических процессов,
- ◆ развитие и распад психики,
- ◆ роль личностного компонента в структуре различных форм психической деятельности.

Медицинская психология использует знания **педагогике, социологии, философии** и т.д.

## 4. Основные методы медико-психологических исследований

Основными методами медико-психологического исследования являются: 1) наблюдение, 2) беседа, включающая сбор психологического анамнеза (катамнеза), 3) экспериментально-психологический метод исследования.

### 4.1. Наблюдение

Одним из наиболее типичных способов работы медицинского психолога – слежение за объектом (человеком, группой) в ожидании, когда интересующие исследователя явления проявятся таким образом, что их можно будет зафиксировать и описать.

*Наблюдение* - способ работы, при котором медицинский психолог, не вмешиваясь в события, лишь отслеживает их изменение у пациента.

Наблюдение является одним из основных методов психологического исследования на этапе получения эмпирических данных.

Невмешательство исследователя является наиболее важной характеристикой метода. Однако этот принцип определяет как достоинства, так и недостатки метода наблюдения.

*Достоинством* метода является то, что пациент-объект наблюдения, в основном, не ощущает себя таковым (т.е. не знает, что за ним наблюдают) и ведет себя естественно.

*Недостатками* метода являются следующие:

Во-первых, исследователь в какой-то мере может предвидеть, что в ситуации, которую он наблюдает, могут происходить некоторые изменения, но он не в состоянии их контролировать. Влияние неконтролируемых факторов существенно может менять общую картину, в которой зачастую теряется та гипотетическая связь между явлениями, обнаружение которой составляет цель исследования.

Во-вторых, исследователь по различным причинам не может зафиксировать все изменения ситуации и выделяет те, которые считает для себя наиболее важными. Что именно выделяется и как оценивается зависит от субъективных факторов исследователя.

В-третьих, исследователь стремясь найти подтверждение своей гипотезы, может бессознательно игнорировать противоречащие ей факты.

Чтобы избежать подобной субъективности наблюдение проводится не одним, а несколькими специалистами, ведущими независимые протоколы, применяются технические средства (аудио- и видеотехники), составляют специальные шкалы оценки поведения объекта (с обоснованием критериев оценки) и др.

## 4.2. Беседа

Беседа предусматривает выявление интересующих медицинского психолога связей на основе эмпирических данных, полученных в реальном двухстороннем общении с пациентом.

Однако при проведении беседы перед медицинским психологом встает ряд трудно разрешимых проблем, касающихся откровенности пациента, его отношения к исследователю.

При недостаточном психологическом контакте с исследователем у пациента может возникнуть боязнь «потерять лицо», подозрительность, недоверие и стремление уйти из ситуации с помощью стандартных, стереотипных ответов, которые, по мнению испытуемого, соответствуют принятым нормам.

Наоборот, при хорошем отношении к психологу у пациента может появиться бессознательное стремление угодить ему, «порадовать» ожидаемым ответом. Сам же психолог, как и в ситуации наблюдения, не свободен от субъективности: в ходе живого общения с пациентом бывает трудно абстрагироваться от личностного отношения к нему, что может привести к соответствующим последствиям.

Успех беседы зависит от квалификации медицинского психолога, предполагающей умение установить контакт с пациентом, дать ему возможность максимально свободно выражать свои мысли и «отделять» личные отношения от содержания беседы.

## 4.3. Экспериментально-психологический метод

*Экспериментально-психологический метод* исследования в медицинской психологии позволяет исследовать различные звенья психических процессов и состояний.

Многочисленные психодиагностические методики в большинстве случаев являются многофункциональными, что позволяет изучать с помощью одной методики сразу несколько функций.

Единого подхода к созданию классификации отдельных методик, входящих в экспериментально-психологический метод, не существует. Различные авторы в настоящее время выделяют:

1) *методики качественные* (направленные на выявление качественных закономерностей психической деятельности пациентов) и

2) *психометрические* (используемые для измерения тех или иных функций),

3) *вербальные* (использующие преимущественно словесный стимульный материал) и

4) *невербальные* (стимульный материал которых представлен в виде рисунков, схем, различно раскрашенных кубиков и т.п.), направленные на исследование той или иной психической функции (внимания, памяти и т.п.).

К числу методик экспериментально-психологической направленности относятся и методики изучения психофизиологических особенностей пациента.



Для нашей страны было характерно создание широкого спектра психодиагностических методик типа *функциональных проб*, т.е. таких, которые позволяют исследовать психическую деятельность человека в специально созданных ситуацией проведения самого исследования нагрузочных условиях, причем степень выраженности данной нагрузки можно изменять в зависимости от поставленных перед исследованием конкретных задач.

Наиболее известными из *методик типа функциональных проб* являются методики

- классификации предметов/понятий,
- исключения предметов/понятий,
- образования простых/сложных аналогий, выделения существенных признаков и т.д.

Позволяя успешно решать круг прикладных психодиагностических задач, методики типа функциональных проб находят широкое применение как в нашей стране, так и за рубежом.

Другим общепризнанным направлением в практической психодиагностике является *тестовая диагностика*, основателем которой считается американский психолог Дж.М. Кэттелл (1890).

По определению Л.Ф. Бурлачука (1989), под тестом в психологической диагностике понимается стандартизированное, часто ограниченное во времени испытание, предназначенное для установления количественных (и качественных) индивидуально-психологических различий.

Таким образом, тест - это одна из разновидностей (стандартизированная) психодиагностических методик, поэтому любой тест является, по сути, методикой, но не всякая методика - тестом.

В процессе исследования испытуемого в большинстве случаев целесообразно использовать методики по возрастающей сложности - от более простых к более сложным. Необходимо использовать только известные и проверенные психодиагностические методики, применение всякого рода новых, оригинальных и модифицированных методик возможно лишь в случае полной уверенности в их валидности и надежности. Использованию любой психодиагностической методики должно предшествовать ее тщательное изучение самим исследующим.

## ГЛАВА II. ОБЩАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

### ЛЕКЦИЯ 2. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

1. Нервно-психические факторы и систематика болезней
2. Психосоматические и соматопсихические взаимовлияния и болезнь
3. Стресс и его последствия для здоровья человека
4. Внутренняя картина здоровья и внутренняя картина болезни

#### 1. Нервно-психические факторы и систематика болезней

Любая болезнь, какую бы часть тела, систему или орган она ни захватывала, всегда является болезнью не отдельного органа, не отдельной системы, а всего организма. Не случайно в медицине исторически закрепилось правило: *лечить следует не болезнь, а больного*.

Вместе с тем и до настоящего времени медицина строится преимущественно на принципах органной или системной патологии (болезни сердца, легких, желудка, почек и др.; болезни сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, нервной системы и др.).

***Такому делению способствует ряд обстоятельств:***

- 1) сила традиций в делении болезней;
- 2) сложившаяся система специализации врачей в связи с различием используемых приемов и методов исследования и лечения болезней;
- 3) относительная методическая простота укоренившегося деления;
- 4) специализированный набор технических устройств, требуемых при определенных болезнях (например, в хирургических, травматологических отделениях);
- 5) различие эпидемиологических форм защиты (например, для больных с острозаразными болезнями) и др.

Несмотря на сохраняющийся *органо-системный принцип деления внутренних болезней*, современные клиницисты изучают и лечат не болезни систем и органов, а больного.

В связи с продолжающимся дроблением болезней и специальностей общее правило лечить больного, а не болезнь становится особенно важным медико-психологическим принципом деятельности любого врача независимо от его узкой специальности (например, кардиолог, уролог, дерматолог, офтальмолог и др.).

При всем том в практической медицине сложилось и иное деление болезней, рассмотрение которого представляется существенным для понимания некоторых сторон медицинской психологии.

***Весьма условно все болезни делят на три группы.***

1. «Соматические», «внутренние» болезни, при которых патологические изменения происходят в органах и системах человеческого тела. При этом не рассматривают причины болезненных изменений, хотя существует тенденция выделять болезни собственно соматические и болезни инфекционные или болезни собственно соматические и болезни эндокринные и др.

Это деление весьма условно, поскольку основанием для него становятся самые различные критерии (например, цирроз печени может быть соматической болезнью, следствием вирусного гепатита — проявлением инфекционной болезни, результатом экзогенной, в частности алкогольной, интоксикации и др.);

2. «Нервные» болезни в XIX веке были выделены из «внутренних болезней» в самостоятельную группу. Главным обоснованием этого послужили особенности патологии.

В отличие от соматических, преимущественно «органных» форм патологии, нервные болезни в основном имеют характер системных. При этом имеется в виду повреждение (нарушение) тех или иных морфофункциональных систем, составляющих единую нервную систему.

Особенность нервных болезней состоит, в частности, в том, что в основе их лежат нарушения афферентной (приводящей, чувствительной) или эфферентной (отводящей, двигательной) проводимости в нервных путях, вызванные повреждениями самих проводников на разном их уровне или повреждением центральных (церебральных — мозговых) центров их проекции.

Нервные болезни, следовательно, представляют собой болезни центральной и периферической нервной системы. Нервные болезни также объединяют формы патологии с различной этиологией (сосудистой, дегенеративной, инфекционной и др.);

3. «Психические» болезни в истории врачевания вначале отделились от «соматических» вместе с «нервными», а позднее были выделены в самостоятельную группу. В странах немецкого языка и по настоящее время полного разделения нервных и психических болезней не произошло.

Как любой другой орган организма, головной мозг имеет биологические (физиологические) функции. Изучение их у подростков, с раннего возраста вскормленных в логове животных (вне общества людей), обнаружило все типичные биологические качества, определяемые современными методами. В то же время признаков человеческой психики у таких детей и подростков не было выявлено.

Отличие психических болезней и состоит в преимущественном расстройстве специфически-человеческих, идеальных, субъективных, рассудочных форм деятельности человека, которые находят выражение в изменениях продуктивности целенаправленной деятельности его, изменениях полноты, последовательности и адекватности психомоторики, содержания мимики, пантомимической выразительности, в неадекватных

оценках окружающего и изменений, происходящих в самом себе, и, наконец, в субъективном переживании утраты былого самочувствия и смены его новыми состояниями. Все эти расстройства, естественно, имеют в своей основе сложные биологические (физиологические) изменения, которые в деталях изучены еще недостаточно.

В целом психические болезни представлены:

- а) формами «большой психиатрии» — психозами и
- б) формами «малой психиатрии», или «пограничными нервно-психическими расстройствами» — аномальными реакциями, невротами, аномальными развитиями и психопатиями.

С позиций целостного понимания организма человека вместе с ближайшим его окружением (И. М. Сеченов) следует считать, что каждая рассмотренная группа болезней отражает реальность лишь в том случае, если речь идет преимущественно о «соматических», преимущественно о «нервных» и преимущественно о «психических» болезнях. В противном случае эти термины приобретают метафизический характер.

Вместе с тем эта модель позволяет глубже понять соматопсихические и психосоматические влияния, которые при некоторых болезнях могут выступать особенно отчетливо.

## **2. Психосоматические и соматопсихические взаимовлияния и болезнь**

Возможность соматопсихических и психосоматических взаимовлияний установлена давно. Однако в последнее время эта проблема приобрела такое значение, что ее следует рассмотреть специально. Основанием для этого служат в первую очередь *поиски путей научной оценки механизма и роли таких влияний.*

Известно, что жизнерадостные люди, оптимисты, брызжущие весельем, юмористически оценивающие жизненные ситуации, меньше болеют и дольше живут.

Известно также, что раны у воинов заживают несомненно быстрее, если их воодушевляют благородные величественные идеи, сопровождаемые подъемом настроения.

*Психосоматические взаимовлияния, так же как психосоматические болезни, представляют собой объективную реальность.* Поэтому особенно необходимо правильно понять их механизмы, хотя многие из них наукой еще не раскрыты. Эксперименты на животных позволяют приблизиться к пониманию сущности расстройств, возникающих в результате таких влияний.

*Портер* с сотрудниками проследил роль «психического напряжения» в опыте на обезьянах. Их попарно закрепляли в креслах с таким расчетом, чтобы «активная» обезьяна из каждой пары нажимала на специальный рычаг, что позволяло ей устранять повторяющийся электрический разряд, который одновременно раздражал как ее собственную ступню, так и ступню

напарницы. Опыт продолжался круглосуточно по 6 часов с паузой такой же продолжительности.

«Активная» обезьяна быстро адаптировалась к условиям опыта и в результате умело избегала действия электрического разряда, своевременно нажимая на рычаг. В связи с этим, однако, в ее нервной деятельности нарастало и удерживалось сильное напряжение.

В то же время у «пассивного» *напарника* признаков такого напряжения установить не удалось. Непрерывный трехнедельный эксперимент привел к тому, что у двух «активных» обезьян возникла язва двенадцатиперстной кишки, которая в одном случае подверглась прободению, что привело к смерти. У их партнеров по парам никакой патологии не было выявлено.

Широкую известность приобрели аналогичные наблюдения, выполненные в опытных условиях для уточнения значения «*психического перенапряжения*» в происхождении артериальной гипертензии.

Для этого в Сухумском обезьяньем питомнике самку, до того длительно проживавшую в одной клетке с самцом, пересадили в соседнюю клетку. Затем посадили другого самца, который начал активно ухаживать за ней на глазах у ее бывшего «супруга». Длительное яростное «возмущение» последнего привело к резкому стойкому нервному перенапряжению, а вскоре и к значительному повышению артериального давления.

Клинические наблюдения, которые послужили крупнейшему советскому терапевту *Г.Ф. Лангу* (1875—1948) основанием для утверждения значения психического перенапряжения, угнетения психики в патогенезе грудной жабы и гипертонической болезни («кардиалгический невроз», по Г. Ф. Лангу), нашли экспериментальное подтверждение на разных опытных моделях.

Другой крупнейший советский клиницист — *А.Л. Мясников* (1899—1965) намеренно называл гипертоническую болезнь «неврозом мозговых сосудистых центров», желая тем самым подчеркнуть ее центральное, кортикальное, психогенное происхождение.

Современные физиологические исследования и наблюдения на людях позволяют детально проследить некоторые *формы психосоматических влияний*, которые, в частности, были широко обсуждены на симпозиуме по проблеме «Общество, стресс и болезнь», проведенном ВОЗ в 1970 г. в Стокгольме.

Сложные жизненные ситуации и соответствующие им переживания человека могут существенно изменять *функцию желудка*.

*Страх, массивные психические потрясения, депрессивные переживания приводят к его гипофункции; наоборот, возмущение, гнев чрезмерно усиливают деятельность желудка.*

На больных, которым была наложена фистула желудка, изучали изменения, происходящие в слизистой оболочке его при нарушениях психики испытуемых. Оказалось, что в состоянии массивного разочарования и подавления душевных конфликтов повышение активности деятельности желудка сопровождается гиперемией и отеком слизистой оболочки. Если

такие состояния задерживаются на длительный срок, то ломкость тканевых мембран возрастает, а повторные, даже незначительные, психические травмы приводят к появлению эрозий слизистой оболочки и точечных кровоизлияний.

Особенно быстро и тонко реагирует на конфликтные ситуации **толстый кишечник**. Давно известная в простонародье «медвежья болезнь» — понос в острых, жизненно опасных обстоятельствах — получает в настоящее время научное объяснение.

*Различают три типа деятельности толстого кишечника:*

1) двигательную активность, в частности перистальтику правого при одновременном длительном укорочении и сужении левого его участка;

2) усиление всасывания воды в результате тонических сегментарных сокращений кишечника;

3) понижение двигательной активности толстой кишки, которое сопровождается расслаблением мускулатуры и расширением просвета ее на всем протяжении.

Изучение влияния психических конфликтов и психического перенапряжения на деятельность толстого кишечника показало, что в состояниях острого страха и при конфликтах происходит чрезмерное усиление двигательной активности кишки, нижний участок ее приобретает форму короткой, узкой плотной трубки. В связи с этим ограничивается всасывание воды из кишечника, а переполнение его жидким содержимым вызывает позывы на опорожнение. В итоге — *понос*.

При депрессиях и длительном стойком снижении настроения чрезмерное всасывание воды приводит к снижению двигательной активности кишки, обезвоживанию ее содержимого и как следствие к запорам.

Советский психиатр **В.П. Протопопов** еще в начале 20-х годов показал на основании клинических наблюдений *наклонность депрессивных больных к запорам*.

Третий вид нарушений — *гипотония кишечника* — падение его двигательной активности, также типичен для лиц в состоянии депрессии с выраженной психомоторной заторможенностью.

В опытах на собаках была установлена зависимость изменений функции **почек**, в частности мочеотделения, от состояния «психического напряжения» животных.

Из клинической практики известны изменения при душевных волнениях частоты пульса, артериального давления, частоты и объема дыхания, скорости кровотока, интенсивности потоотделения и многих других **вегетативных реакций**.

Не менее убедительны значительные нарушения **обмена веществ**, особенно секреции адреналина, и связанные с этим изменения обмена тирозина и его производных, имеющие то преходящий, то резко выраженный стойкий характер.

В результате новых исследований удалось установить **связь между особенностями характера, типами личностного реагирования и**

**метаболизм биологически активных веществ** — иными словами, между явлениями психическими и соматическими, идеальными и обеспечивающими их материальными, социальными и биологическими, как у практически здоровых лиц, так и при нервно-психических расстройствах.

Вариантом таких связей является *диссоциация потребностей, мотивов и целей деятельности*, что приводит к изменениям уровня тревожности. **Ситуация психического напряжения вызывает нарушение метаболизма нейромедиаторов.**

Психосоматические и соматопсихические влияния иногда властно преобразуют привычную деятельность человека, вступая в противоборство даже с *инстинктом самосохранения*.

Французский врач **Лобри** описал крупного военачальника, который повел в атаку часть и в это время у него неожиданно наступил приступ сердечной боли. Несмотря на прямую опасность погибнуть от пули и снарядов противника под шквальным обстрелом, он остановился и застыл, пока не прошел приступ и боль не отступила.

**Кеннон** наблюдал в Центральной Африке племя, которое на протяжении многих поколений существовало изолированно. В связи с этим между членами его традиционно сложилась такая сила привязанности, что самым страшным наказанием оказывалось отлучение от племени. Оно становилось такой катастрофой для психики отреченных, что все они через несколько дней погибали без каких бы то ни было признаков насилия со стороны. Кеннон назвал эту смерть по имени племени «*смертью вуду*» и считал, что в основе ее лежит катастрофическая перестройка жизнедеятельности, губельная для организма, причиной которой служит страх последствий отлучения — изоляции, губельного одиночества.

*Сила творческого воображения* настолько велика, что может приводить к сложнейшим телесным изменениям, отчетливо фиксируемым и точно идентифицируемым воображением человека. Известно, как французский писатель **Флобер** в пылу творческого вдохновения, охваченный описанием отравления героини своего романа мышьяком, так ярко вообразил появление признаков отравления, что многие из них возникли у него самого.

Таким образом, факты не только убедительно подтверждают существование психосоматических и соматопсихических влияний, но и приближают нас к познанию сложных закономерностей, лежащих в их основе.

Не случайно в новых определениях болезни все более настоятельно подчеркивается роль психического фактора.

*Болезнь*, по **В.Х. Василенко**, всегда и повреждение систем организма, влекущее нарушение целостности, жизнедеятельности организма, и психическое страдание (переживание).

Выделение из многочисленных болезней внутренних органов так называемых *психосоматических болезней* весьма условно. Однако следует полагать, что при некоторых соматических болезнях значение психического фактора, психического перенапряжения, психологических конфликтов

настолько велико для их возникновения и развития, что они могут и должны быть отнесены к группе психосоматических болезней.

Специальный генез этих болезней определяет как своеобразие их клиники и механизма развития, так и особенности профилактики и лечения. *А профилактика была и всегда будет альфой и омегой медицины.*

К так называемым *психосоматическим болезням* правомерно относить спастический колит, пептическую язву, бронхиальную астму, эссенциальную гипертонию, ревматоидный артрит, гипертиреозидизм, экзему и др.

Психосоматический генез этих болезней наиболее демонстративен в первый функциональный период развития. Чем длительнее протекает болезнь, тем при прочих равных условиях больше малообратимых расстройств обнаруживается в ее клинике. Такая тенденция, однако, специфична не только для так называемых психосоматических, но практически для всех внутренних болезней с затяжным течением.

### 3. Стресс и его последствия для здоровья человека

Стресс занимает особое место среди состояний человека, так как отличается длительностью, устойчивостью и разнообразием источников происхождения.

Согласно Г. Селье, который открыл явление стресса и ввел это слово-понятие в научный обиход (потом оно стало бытовым), *стресс* — это неспецифический ответ организма на любое предъявляемое ему требование.

*Неспецифический* — это значит, что каждое предъявленное организму требование своеобразно или специфично.

Так, например, от холода мы дрожим, чтобы выделить больше тепла и согреться — кровеносные сосуды кожи сужаются и потеря тепла с поверхности кожи уменьшается. На солнцепеке мы потеем, это охлаждает нас. Если съели слишком много сахара и содержание его в крови поднялось выше нормы, организм выделяет его с мочой и сжигает остальное. Бег вверх по лестнице как мышечное усилие предъявляет повышенное требование к мускулатуре сердечно-сосудистой системы. Мышцы при этом нуждаются в источнике дополнительной энергии для такой работы, сердцебиение учащается, давление крови повышается, расширяются сосуды, улучшается кровоснабжение мышц.

Эти специфические эффекты, которые возникают под влиянием воздействующих на нас агентов, в то же время вызывают и неспецифическую потребность, которую Г. Селье называет *адаптационным синдромом* или необходимостью осуществить приспособительную функцию своего организма и тем самым восстановить нормальное состояние. Эти функции независимы от специфического воздействия.

*Неспецифические требования, предъявляемые воздействием как таковым, — это и есть сущность стресса.*

Так, каждое лекарство и гормон обладает специфическим действием: мочегонное усиливает выделение мочи, гормоны гранулина учащают пульс и



повышают кровяное давление, однако, независимо от того, какое изменение в организме вызывают, все эти агенты имеют и нечто общее — они предъявляют требования к перестройке организма. Это требование и есть неспецифическое требование.

С точки зрения стрессовой ситуации не имеет значения, приятна или неприятна ситуация, с которой мы столкнулись, суть состоит в том, что существует интенсивная потребность в перестройке или адаптации. Требуется адаптация женщине, которой сообщили неприятное известие об ее муже, студенту, сдающему экзамен. Специфические особенности ситуации могут вызывать горе или радость, то есть могут быть противоположными, но неспецифическое требование их как стрессоров состоит в необходимости приспособления к новой ситуации. В этом смысле они одинаковы.

*Неспецифичность реагирования* проявляется в том, что там, где действует стрессор (фактор, его вызывающий), начинает наблюдаться общий адаптационный синдром (ОАС), который включает в себя **фазы**:

- 1) тревоги;
- 2) сопротивления;
- 3) истощения.

Каждая болезнь сопровождается этими фазами, болезни отличает только степень выраженности фаз.

Стресс, являясь адаптационной реакцией, имеет свои плюсы и минусы. Он дает возможность сопротивляться и мозгу и телу человека в виде такой реакции, которая открывает новые возможности адаптации к условиям жизни.

Исследования Г. Селье показывают, что если человек или животное переживают стресс, то появляются возможности для построения новых вариантов поведения. При этом физиологические механизмы стресса основаны на том, что при реакции **тревоги** возбуждается симпатическая нервная система.

Гипоталамус посылает химический сигнал — кортиколиберин — в гипофиз, заставляя его усиливать секрецию адренкортикотропного гормона (АКТГ), который попадает с кровью в надпочечники и вызывает секрецию ими кортикостероидов — гормонов, которые подготавливают весь организм к действию и к возможной борьбе с повреждающими факторами. Можно измерить стрессовую реакцию по увеличению содержания норадреналина (АКТГ) или по уровню кортикостероидов в крови.

На стадии **сопротивления** организм мобилизует свои ресурсы, чтобы преодолеть стрессовую ситуацию. При большинстве болезней или травм к пораженному участку направляются антитела. При психологических стрессах симпатическая система готовит организм человека к борьбе или бегству и каждый человек проходит через эти стадии множество раз. Если сопротивление оказывается успешным, то организм возвращается к нормальному состоянию. Если стрессор продолжает действовать, то ресурсы организма могут истощаться.

При психологическом стрессе *истощение* принимает форму нервного срыва, иногда это приводит к психическому заболеванию или психосоматическому расстройству, о чем уже говорилось в предыдущих главах.

Сегодня достаточно подробно исследованы и описаны причины стрессового напряжения и его признаки, известны перемены в жизни, которые являются сильнейшими стрессорами для человека.

***Признаки стрессового напряжения (в свободной интерпретации по Шефферу):***

1. Невозможность сосредоточиться на чем-либо.
2. Слишком частые ошибки в работе.
3. Ухудшение памяти.
4. Слишком частое возникновение чувства усталости.
5. Очень быстрая речь.
6. Довольно частые боли (голова, спина, область желудка).
7. Повышенная возбудимость.
8. Работа не доставляет прежней радости.
9. Потеря чувства юмора.
10. Резко выросшее количество выкуриваемых сигарет.
11. Пристрастие к алкогольным напиткам.
12. Постоянное ощущение недоедания.
13. Пропадает аппетит — вообще потерял вкус к еде.
14. Невозможность вовремя закончить работу.

***Причины стрессового напряжения (в свободной интерпретации по Буту):***

1. Гораздо чаще вам приходится делать не то, что хотелось бы, а то, что входит в ваши обязанности.
2. Вам постоянно не хватает времени — не успеваете ничего сделать.
3. Вас постоянно что-то или кто-то подгоняет, вы постоянно куда-то спешите.
4. Вам начинает казаться, что все окружающие зажаты в тисках какого-то внутреннего напряжения.
5. Вам постоянно хочется спать — никак не можете выспаться.
6. Вы видите чересчур много снов, особенно когда устали за день.
7. Вы очень много курите.
8. Потребляете алкоголя больше, чем обычно.
9. Вам почти ничего не нравится.
10. Дома, в семье у вас постоянные конфликты.
11. Постоянно ощущаете неудовлетворенность жизнью.
12. Влезаете в долги, даже не зная, как с ними расплатиться.
13. У вас появляется комплекс неполноценности.
14. Вам не с кем поговорить о своих проблемах, да и нет особого желания.
15. Вы не чувствуете уважения к себе — ни дома, ни на работе.

Сегодня слово стресс является бытовым, как бы строго не определяемым, хотя исследования показывают, что, употребляя его, каждый человек говорит конкретно о своем состоянии напряжения.

Как отмечает Г. Селье, сам термин стресс стал модным, и его употребление влияет на ход мыслей людей в решении коренных жизненных вопросов. Понятие «стресс» люди воспринимают как напряжение, от которого надо избавиться. Врачи, учителя, инженеры, студенты разных специальностей — все воспринимают его примерно одинаково.

Г. Селье же говорит о том, что слово «стресс» так же, как слова «успех», «неудача», имеет различные значения для разных людей, поэтому дать его определение очень трудно, хотя это слово давно стало бытовым и влияет на структуру индивидуального сознания человека.

Очень трудно предугадать, какой фактор вызовет стресс, поэтому этот термин в равной мере относится ко многим условиям жизни. Такие, казалось бы, несовместимые агенты, как *лекарства, гормоны, печаль, радость, вызывают в организме одинаковые биохимические сдвиги* (это было показано в ходе исследований стресса в институте Г. Селье).

Сегодня можно говорить о точных количественных биохимических измерениях неспецифических реакций, они оказываются одинаковыми для всех видов воздействий. Предъявляемые стрессором требования не зависят от типа специфических приспособительных ответов на эти требования.

По мнению Г. Селье, стресс — это не просто нервное напряжение. Многие склонны отождествлять стресс с нервной перегрузкой или сильным эмоциональным возбуждением, но это не так. Стрессовые реакции, по мнению Г. Селье, присущи *низшим животным*, которые не имеют нервной системы. Переживают стресс и *растения*. Более того, в хирургии хорошо известен *стресс наркоза*, который приводит к нежелательным отключениям сознания больного.

Стресс не всегда результат повреждения, это надо обязательно иметь в виду. Г. Селье говорит о том, что часто стрессор приятен, и совершенно неважно для возникновения стресса, каков будет результат его воздействия на организм — приятный или неприятный. *Эффект воздействия стрессора зависит от интенсивности требований к приспособительной способности организма. Только дистресс всегда неприятен.*

Г. Селье говорит о том, что *стресса избежать просто невозможно*, так как на его основе происходит неспецифическая адаптационная реакция человека. *Обычно люди говорят о стрессе, когда имеется в виду чрезмерный стресс — дистресс, когда человек переживает горе, недомогание.*

Уровень физиологического стресса наиболее низок в минуты равнодушия, но все равно никогда не равен нулю. *Даже в состоянии полного расслабления во сне, по мнению Г. Селье, человек испытывает стресс*: его сердце перекачивает кровь, кишечник переваривает ужин, а дыхательные мышцы обеспечивают движение грудной клетки, даже мозг не отдыхает полностью — каждый из нас видит сны.

Независимо от того, чем мы заняты, всегда есть потребность в энергии для поддержания жизни, для отпора нападению и приспособление к постоянно меняющимся временным воздействиям. Мир, в котором мы сегодня живем, чрезмерно изменчив. Изменяется он по всем параметрам — физическим, социальным, психологическим; загрязняется вода, воздух, земля; войны, революции, перевороты меняют структуру общества; человек теряет кров, Родину, профессию, силы, оптимизм и т.п.

Нет смысла избегать стресса, есть смысл относиться к нему с должным уважением и пониманием как к необходимому условию осуществления нашей индивидуальной жизни. Г. Селье считает, что *полная свобода от стресса означает смерть — смерть физическую и психологическую.*

#### **4. Внутренняя картина здоровья и внутренняя картина болезни**

##### **4.1 Внутренняя картина здоровья**

Современная психология имеет дело не только со стрессами человека, но и с другими состояниями, которые описываются понятиями внутренней картины болезни (ВКБ), внутренней картины здоровья (ВКЗ).

Изменение глобальной медицинской парадигмы (греч. *paradeigma* – пример, образец) с патоцентрической на саноцентрическую, переход от медицины-патологии к медицине-санологии требует новых методологических обоснований. Это касается, прежде всего, таких понятий медицины как болезнь и здоровье. В рамках медицины-санологии болезнь перестает быть антонимом здоровью. Здоровье как индивидуальная норма есть мера отклонения от физиологической, статистической и индивидуальной норм.

Согласно определению ВОЗ *здоровье* представляет собой состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов (1968 г.).

Такая точка зрения на здоровье является вполне оправданной. Здоровый человек не жалуется на функции своих внутренних органов, и здоровое тело задает ему переживание собственного присутствия в жизни. Он чувствует, что может устроить свою жизнь по собственному замыслу. Именно это, по мнению *Г.С. Абрамовой и Ю.А. Юдчиц*, и является одним из важнейших показателей психического и социального благополучия человека, когда человек удовлетворен своей жизнью и отношениями с другими людьми.

С точки зрения профессора *В.Е. Кагана* человек, как субъект индивидуальной нормы, так или иначе, знает (представляет себе или думает, что знает), что такое здоровье и соотносит с этим свое актуальное состояние. Целостное представление о своем здоровье человек обозначает в своей *внутренней картине болезни* (ВКЗ). В связи с этим выделяют 3 вида здоровья: физическое, психическое и социальное.

*Физическое здоровье* часто связывается с биологическим возрастом человека. Биологический возраст отражает функциональную зрелость организма, как его отдельных тканей, органов, систем, так и всего организма в целом. Различают следующие критерии биологического возраста:

1) *морфологические*: скелетная зрелость (сроки оссификации скелета), зубная зрелость (прорезывание и смена зубов), зрелость форм тела (пропорции, телосложение); развитие первичных и вторичных половых признаков;

2) *функциональные*: показатели, отражающие зрелость центральной и вегетативной нервных систем, зрелость опорно-двигательного аппарата;

3) *биохимические*: ферментные, гормональные, цитохимические.

**Психическое здоровье** основывается на понятиях «адаптация» и «социализация» как основных закономерностях развития человека и на понятии «индивидуализация» как проявление закономерностей индивидуальной жизни человека.

1. *Адаптация* – а) способность человека осознано относится к функциям своего организма (пищеварения, выделения и т.д.); б) способность человека регулировать свои психические процессы (управлять своими мыслями, чувствами, желаниями).

Пределы содержания индивидуальной адаптации существуют. Но есть и общие для всех людей закономерности. Так адаптированный человек может жить в современных гео-социальных условиях.

2. *Социализация* связана со следующими 3 критериями, определяющими здоровье человека:

– человек реагирует на другого человека, как на равного себе («другой такой же как я»);

– реакция человека на факт существования норм в отношениях между людьми, т.е. выделение этих норм и стремление следовать им;

– как человек переживает свою относительную зависимость от других людей.

3. *Индивидуализация (индивидуация по К.Г. Юнгу)* позволяет описывать отношение человека к самому себе. Человек сам создает в психической жизни свои качества, осознает собственную неповторимость как ценность и не позволяет разрушать ее другим людям. Способность признавать и сохранять индивидуальность в себе и в других – это один из важнейших параметров здоровья.

Психически здоровый человек характеризуется его возможностями адаптации, социализации и индивидуализации. Эти возможности есть у каждого человека. Степень их реализации определяется социальной ситуацией развития человека – теми ежедневными условиями жизни, в которых находится место для конкретного человека, где он смог бы проявить возможности психической жизни, т.е. доступные ему чувства, мысли, желания, возможности, качества Я.

**Социальное (духовное) здоровье** включает в себя следующие критерии:

1) возможность выделения для себя идей о происхождении человека и отношении к этим идеям («Я дано мне богом», «Я – это природное качество», «Я – это то, что есть у всех», «Мое Я определено моими родителями», «Мое Я создал я сам»). Отсюда и возможные усилия по преобразованию;

2) показатель целостности внутреннего мира, которая задается системой правил и суждений, принятых для себя человеком осознанно. Когда есть правила осознания, то внутренний мир доступен для воздействия. Наиболее типичным примером таких правил являются библейские заповеди: не убий; не укради; не лжесвидетельствуй; чти отца и мать; не прелюбодействуй; возлюби ближнего своего и другие, которые изложены в Нагорной проповеди Христа.

Критерии социального здоровья проявляются в общении с другими людьми особым образом – в готовности отдавать, а не только брать. Отдавать другим людям свои силы в целях устройства общей жизни – это проявление *эгоистического альтруизма*, как считал *Г. Селье*.

Переживания, в которых осуществляется связь с другими людьми, переживания, в которых раскрывается соответствие конкретному идеалу человека, и составляют содержание внутренней картины здоровья (ВКЗ) как трансцендентального целостного представления о жизни.

**Здоровый человек** обладает следующими характеристиками, которые отличают его от других людей (*А. Маслоу*):

– он удовлетворяет свои потребности в безопасности, сопричастности, любви, уважении и самоуважении;

– он может стремиться к самоактуализации, т.е. к свершению своей миссии, признания, судьбы, стремления к единству своей личности.

Во ВКЗ особое место занимают когнитивные (разумные) психотехнические знания о том, как может и должна осуществляться индивидуальная жизнь. Эти когнитивные знания дают возможность мотивацию собственной жизни, основанную на переживании ее осуществимости как возможности реализовать свое здоровье.

Именно отсутствие мотивации – это величайшая трагедия, которая разрушает все жизненные устои человека, в том числе и отсутствие мотивации к здоровому образу жизни, которая буквально преследует современного человека как отсутствие стремления к реализации своей ВКЗ.

Основу **обучения здоровому образу жизни** лежит идея о том, что *человек должен работать*. Надо осознавать, что труд есть биологическая необходимость. Не только мышцы становятся дряблыми – интеллект, мозг приходят в хаос, если они не используются постоянно для достойных занятий.

*Г. Селье* отмечает, что лучший способ избежать дистресса состоит в том, чтобы избрать себе такое окружение, друзей, руководителя, которые соответствуют вашим предпочтениям, найти работу, которую вы можете любить и уважать. И тогда лозунг «*Работать, чтобы жить*» не будет для вас откровением. Стресс, который возникает в результате такого выбора, приносит человеку вкус и аромат жизни.

*Отличительная черта человека, реализующего свою ВКЗ, состоит в том, что он стремится улучшить свое окружение и себя.*

В настоящее время существует **4 модели обучения здоровому образу жизни**.

**Медицинская модель** построена на информировании людей. Она предполагает, что информация о качествах поведения, отрицательно влияющих на здоровье, помогает человеку воздерживаться от такого поведения. Если же он знает о чем-то полезном для здоровья, то знание об этом автоматически приведет к соответственному поведению. На практике такой взгляд не работает, так как он слишком упрощен.

**Образовательная модель** включает в себя представления о своем здоровье как ценность. Эта модель не затрагивает глубинных представлений о здоровье в юношеском возрасте, так как для молодых людей здоровье выглядит как нечто само собой разумеющееся и не связанное с собственными усилиями, как данность, которая есть у человека. Отсюда понятно, почему для человека подростка курение выступает символом самостоятельности.

**Радикально политическая модель** основана на том, что часто нужно изменить внешние обстоятельства, чтобы содействовать правильному принятию решения о здоровье. К таким обстоятельствам могут относиться законодательные акты, субсидии, которые могут создать среду обитания, способствующую здоровому образу жизни. Применение методов воздействия при этой модели связано с механизмом идентификации молодых людей с носителями тех или иных идеалов социального поведения, которые для них являются доступными.

**Модель самоусиления** объединяет в себе достоверную медицинскую информацию (1-я модель), требуемые для принятия решения навыки (2-я модель) и дающее психологическую поддержку окружение, поддерживающее здоровый образ жизни (3-я модель).

Анализ современных моделей обучения здоровому образу жизни показывает, что, представление о здоровье как непреходящей ценности для каждого человека не является таковым.

Представление о здоровом образе жизни является культурно-историческим феноменом, которое требует изучения и понимания как в работе с конкретным человеком, так и в работе с определенными возрастными и социальными группами людей.

## **4.2 Внутренняя картина болезни**

Наличие ВКБ как *отношения человека к собственному заболеванию* связано с реальными или мнимыми поражениями органов человека.

ВКБ обязательно характеризуется присутствием наблюдателя и сочувствующего человека, то есть ВКБ обязательно связана с внешним или внутренним диалогом человека. Это переживание, которое ориентировано на другого: на себя как на другого, обладающего ВКЗ, или на другого человека как присутствующего, как лечащего.

ВКБ не зависит от течения самой болезни, то есть она может воспроизводиться в виде фантомных болей или создаваться при объективном отсутствии медицинских симптомов. Она предполагает восприятие человеком самого себя как страдающего, как требующего участия другого человека

— лечащего. Она обладает высокой степенью устойчивости, так как является естественным продолжением одного из устойчивых образований сознания человека — ВКЗ.

**ВКБ — это отражение ВКЗ.** Люди, которые чувствуют источник силы внутри себя, болеют реже, чем те, кто видит источник силы в других людях. Когда было зафиксировано существование ВКБ и ее характеристики, в современной медицине стало развиваться представление о влиянии мыслей о смерти на здоровье человека, которое стало определять многие действия врачей (например, решение вопроса о том, надо ли сообщать человеку информацию о степени тяжести его болезни, о прогнозе заболевания и т.д.).

Изучение понятия ВКБ представлено в работах как отечественных, так и зарубежных авторов<sup>1</sup>. Это одна из основополагающих идей, связанных с необходимостью изучения ответственности человека за собственное заболевание — *аутопатологии*.

Болезнь понимается как реализация в определенных жизненных условиях специфического личностного профиля человека, который является индивидуальным для каждого человека, определяется его конституцией, наследственностью. В этом смысле можно говорить об аутопатологии.

Сегодня понятие ВКБ в отечественной психологии и медицине становится одним из способов мышления о психосоматической проблеме. Оно охватывает разнообразные стороны субъективной стороны заболевания и, по мнению В.В. Николаевой, включает несколько **уровней отражения болезни в психике заболевшего человека:**

- 1) *чувственный* уровень ощущений;
- 2) *эмоциональный*, связан с различными видами реагирования на отдельные симптомы, заболевание в целом и его последствия;
- 3) *интеллектуальный или когнитивный*, который связан с представлением, знанием больного о своем заболевании, размышлениями о его причинах и возможных последствиях, то есть собственная концепция болезни, которую человек начинает развивать по отношению к заболеванию;
- 4) *мотивационный*, связанный с отношением больного к своему заболеванию, с изменением поведения и образа жизни в условиях болезни и актуализацией деятельности по возвращению и сохранению ВКЗ.

Между этими компонентами возможны различные соотношения.

**При выявлении ВКБ нужно изучать уровни осознания ее элементов и источники их формирования:**

- личный опыт переживания;
- суждения других больных с аналогичным заболеванием;
- использование научной и научно-популярной литературы;
- впечатления и мнения окружающих людей немедицинских специальностей и т.п.

Для более глубокого изучения ВКБ желательно изучить ее динамику в онтогенетическом аспекте — с детства до момента заболевания.



### ЛЕКЦИЯ 3. МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ ПАЦИЕНТА

1. Особенности современного пациента
2. Этапы личностного реагирования пациента на болезнь
3. Патологические типы реакции пациента на болезнь

#### 1. Особенности современного пациента

На современном этапе развития медицины все чаще слово «больной» заменяется словом «пациент», означаящим в переводе с латинского «страдающий».

Применительно к белорусской реальности больше подходит перевод с французского («терпеливый», «пассивный», «безучастный»), так как «нашему» пациенту, чтобы получить медицинскую помощь без излишних материальных и нервных затрат, требуется большое терпение.

Современный пациент имеет ряд особенностей. По мнению профессора **Н.В.Эльштейна** медицинский портрет сегодняшнего «среднего» пациента включает в себя шесть отличительных черт.

- 1). *Множественность болезней.*
- 2). *Наличие расстройств центральной нервной системы.*
- 3). *Наклонность к полноте и ожирению.*
- 4). *Проявления аллергизации.*
- 5). *Наличие хронических очагов инфекции.*
- 6). *Утрата болезнями своего классического лица*

Как считает профессор **М.Я. Яровинский**, к числу психологических особенностей современного пациента можно отнести «...неизмеримо возросшую медицинскую образованность...». Мотивацией к получению медицинских знаний для пациента может служить возможное недоверие к врачам. Этому способствует широкий доступ к медицинской литературе. В конечном итоге сочетание знания с полужнанием формируют у пациента переоценку своего собственного понимания проблем медицины.

Признание важности профилактики на словах у пациентов сочетается с почти полным игнорированием ее на деле. Современный пациент склонен к самолечению и проявляет обостренный интерес к парамедицине.

Некоторые врачи условно делят своих пациентов на «приятных» и «неприятных». К первой категории относят тех, кто причиняет мало хлопот и при этом не стесняется в изъявлении благодарности в самых разных видах.

Среди «неприятных» врач **Н. Ермолаева** («Аргументы и факты», 1998, 26 апреля, стр. 8), выделяет следующие десять «самых нелюбимых» типов пациентов, с которыми ежедневно встречается врач:

- 1) «**всезнайка**», который идет в кабинет врача с непоколебимым «самодиагнозом»;
- 2) «**потребитель**», рассуждающий так: «Плачу деньги – значит должен получить здоровье! А сам при этом палец о палец не ударю!»;

3) *«пуп земли»*, утверждающий: «Был у всех, но никто-никто не может мне помочь!». По этому убийственному вступлению врачи распознают *ипохондрика*, и начинается многолетняя мучительная связь двоих врача и пациента.

4) *«невнимательный пациент»* не соблюдает указанного ему времени приема, не принимает предписанных лекарств или принимает их редко, не ходит на физиотерапию, не соблюдает диету. К сожалению, такие пациенты не являются исключением. Установлено, что в Германии, например, каждый год пациентами выбрасывают предписанные, но неиспользованные медикаменты на сумму 4 миллиарда марок.

5) *«глотатель таблеток»* не любит долго ждать, потому ждет только одного: быстрого и легкого избавления от болезни. Для этой цели «поглощает» буквально все: каждую новую диету, каждое новое чудотворное средство, все, что ему скажут. Он и слышать не хочет о продолжительном лечении, диете и гимнастике. Глотать, пить и глотать! А если эффекта нет, уйдет молча, не попрощавшись, в поисках следующего врача.

6) *«невежа»* не знает ни того, какие лекарства он принимает, ни для чего они и для кого. «Это была какая-то синяя склянка с зеленой ленточкой...» – «А кто вам ее прописал?» – «Не знаю!».

7) *«неподготовленный»* принципиально не носит с собой необходимых документов – снимков, медицинских карт и прочее. Обычно и одежда его неподходящая: чересчур много всего и все какое-то странное. Пока такой освободится от всех своих несчастных одежек, врач сойдет с ума.

8) *«простофиля»* вопросы врача понимает буквально. И вместо истории болезни подробно расскажет историю своей жизни (любовь, развод, похороны). Иногда прибавит сочный анекдот и не стесняется спросить у врача подробности его личной жизни.

9) *«семейные»* приходят на прием со всей семьей, мешая врачу.

10) *«нечистоплотный пациент»*, забывший о личной гигиене и приходящий на прием в грязном белье.

Особую категорию пациентов составляют *врачи, оказавшиеся в положении больных*. Можно выделить *две особенности «врачей-пациентов»*

1. *Недооценка начальных признаков заболевания*. Так, по данным американских авторов, врачи, заболевшие раком, делают первое обследование намного позднее, чем другие больные.

В качестве примера можно привести следующие воспоминания *О.Л. Книппер-Чеховой*, жены великого врача-писателя: «Чехов не любил лечиться. Необходимо было прибегать к разным уловкам, чтобы он дал себя обследовать». Чехов страдал упорным кашлем, на который обратил внимание лишь тогда, когда выкашлял с мокротой небольшое количество крови (увидел в этом «нечто зловещее»). Он убедил себя в том, что это не туберкулез («если бы выделение крови с мокротой при кашле было бы туберкулезной этиологии, то меня уже давно не было бы в живых»). Вместо

обследования и лечения Чехов предпринял утомительную и долгую поездку на Сахалин, и... в возрасте 44 лет он умер.

2. *Переоценка серьезности признаков заболевания на более поздних его этапах, а также пессимистический взгляд на прогноз.*

Сложность позиции врача обусловлена пониманием возможностей медицины при тяжелых заболеваниях.

Он не питает необоснованных надежд на благополучный исход. При этом часто прибегает к аутодиагностике и аутотерапии.

В этой связи профессор **Н.А. Белоногов** говорил: *«Так же, как никто не может быть судьей при собственном судебном процессе, так же никто не может быть и своим собственным врачом».*

В случаях болезни врачей-коллег могут помочь следующие **правила**, предложенные чешскими психотерапевтами **Р. Конечным и М. Боухалом**:

1) с больным коллегой следует поступать, исходя из тех же критериев, что и к другим больным. Обследование и лечение имеют определенный порядок. Нарушение этого «стереотипа», например пренебрежение исследованием мочи и другими «банальными» методами, может привести к упущению серьезных данных;

2) замечания и предложения больного врача следует расценивать как его субъективные высказывания, а не как настоящее врачебное сотрудничество и помощь. Поэтому нельзя разрешать больному врачу изменять план лечения, если вы считаете его обоснованным и оправданным.

**Важными условиями обследования и лечения врача-пациента является:**

- полное доверие больного врача к своему коллеге;
- лечащий врач должен быть более опытным и не моложе врача-пациента;
- врач, производящий обследование, должен быть того же пола, что и больной, особенно если дело касается какого-нибудь особенного метода исследования (гинекологическое, урологическое, некоторые виды хирургического исследования, например, ректоскопия).

## **2. Этапы личностного реагирования пациента на болезнь**

Если рассматривать болезнь как кризис, то он возникает чаще всего вследствие **социальной дезадаптации**. Нарушение приспособления пациента к новым условиям жизни, вызванным заболеванием, происходит, например, при нарушении жизненного стереотипа и попадании пациента в новые для себя (больничные) условия. В связи с этим у него *возникают опасения, тревога, страхи*. На этом психоэмоциональном фоне нарушается не только деятельность систем и органов человеческого организма, но и меняется **самосознание человека**.

Самосознание, находясь в неразрывной связи с интенсивностью раздражений как интеро-, так и экстерорецепторов, формирует представление о физическом состоянии, которое сопровождается своеобразным эмоциональным фоном (А.В. Квасенко, Ю. Зубарев, 1980).

Процесс формирования личностных реакций на болезнь включает в себя **три этапа**:

- 1) сенсологический;
- 2) оценочный;
- 3) отношения к болезни

**1. На сенсологическом этапе** возникают неясные неприятные ощущения различной степени выраженности с неопределенной локализацией. Являясь ранними симптомами угрозы заболевания, они вызывают состояние, обозначаемое как *дискомфорт*.

Кроме неопределенных *диффузных* субъективных ощущений дискомфорта, возможен *локальный дискомфорт*, например, в области сердца, желудке, печени и т.д. Дискомфорт – ранний психологический признак морфофункциональных изменений. Он может перерасти в болевые ощущения.

*Боль* может иметь положительное и отрицательное значение. В положительном смысле боль рассматривается как важный и действенный сигнал опасности для организма (хирурги при «остром животе» не снимают боль до окончания обследования).

Негативный аспект боли заключается в следующем:

- 1) отсутствие сигнальной функции в ряде случаев затрудняет диагностику (прогрессирующий туберкулез легких);
- 2) несоответствие силы боли характеру заболевания (зубная боль);
- 3) возможно условнорефлекторное снижение болевой чувствительности:

– *солдаты США менее болезненно переносили тяжелые ранения во время второй мировой войны, так как знали, что их эвакуируют с фронта;*

– *из 2-х участников драки лучше переносит боль победитель;*

– *положительно воспринимает боль мазохист, так как она является формой сексуального наслаждения;*

– *благодаря тренировке боксер легче воспринимает боль.*

Таким образом, боль, являясь информацией о нарушении деятельности органов и систем, подвергаясь переработке в сознании, может лечь в основу оценки больным своего психосоматического страдания.

Боль может оцениваться не только как симптом заболевания, но и как угроза для жизнедеятельности (изменения положения в семье, в профессиональной деятельности и т.д.).

Можно выделить 3 уровня проявления боли:

1) *уровень физиологических чувств* (расширение зрачков, побледнение лица, холодный пот, тахикардия, повышение артериального давления).

2) *эмоционально-мотивационный уровень* (страх, желания, стремления).

3) *когнитивный уровень* (рациональное, рассудочное отношение к боли и оценка ее роли в своей жизни).

Кроме дискомфорта, болевых ощущений на первом этапе возможно также возникновение нарушений в биосоциальной адаптации (снижение

творческой активности, ослабление побудительных мотивов к деятельности и т.д.). Возникает ощущение стесненной свободы, ограничения своих прежних возможностей, *чувство собственной неполноценности*.

Таким образом, *сенсологический этап* включает в себя следующие компоненты:

- 1) *дискомфортный компонент* (ощущение дискомфорта).
- 2) *алгический компонент* (переживание боли).
- 3) *дефицитарный компонент* (переживания чувств собственной неполноценности, ограничение своих возможностей).

2. Вторым этапом личностного реагирования пациента на свое болезненное состояние является ***оценочный этап***

Этот этап является результатом интрапсихологической переработки сенсологических данных.

Именно на этом этапе складывается «*внутренняя картина болезни*» (ВКБ). Страх и беспокойство по поводу болезни, которая не представляет опасности с одной стороны и оптимизм и уверенность больного на наиболее опасной стадии инфаркта миокарда или эйфория, предшествующая смерти, говорят об этом. Поэтому врачу нужно уметь соразмерять и согласовывать внутреннюю картину болезни с объективным состоянием пациента.

Расширяя наше представление о ВКБ необходимо указать на следующие ее *элементы*:

- ощущения больного, восприятие и переживание симптомов, то есть защитных действий собственного организма;
- эмоции, связанные с болезнью: страх, боль, тревога, депрессия, эйфория, органические ощущения;
- понимание происхождения и причин болезни, то есть концепция болезни;
- прогноз ее дальнейшего развития и надежды на выздоровление;
- схема тела и ее нарушение.

ВКБ, преломляясь в каждом случае по-своему и приобретая индивидуальную окраску, зависит от следующих *факторов*:

1) *преморбидных особенностей личности* (какой она была до заболевания):

- возраст;
- степень общей чувствительности к боли, факторам внешней среды (шуму, запахам);
- характер эмоциональной реактивности (эмоциональные больные более подвержены страху, жалости и в большей степени колеблются между безнадежностью и оптимизмом);
- характер и шкала ценностей (отношение к здоровью, комфорту, успеху, а также уровень ответственности перед собой, семьей, коллективом, обществом);
- медицинская сознательность (реальная оценка болезни и собственной ситуации)

2) *характера болезни* (острая, хроническая, опасная или неопасная для жизни, требующая амбулаторного или стационарного лечения и т. д.);

3) *обстоятельства, в которых протекает болезнь:*

– проблемы и неуверенность, которые приносит болезнь (стоимость ЛС, степень утраты трудоспособности, возможные изменения в семейных отношениях и на работе и т. д.)

– среда, в которой развивается болезнь (дома, за рубежом, в гостях, у друзей и родственников);

– причины болезни (считает ли больной себя виновником заболевания или других: если сам виноват, то выздоравливает быстрее).

3. Этап *отношения к болезни* проявляются у больного в виде переживаний, высказываний, действий, а также общего рисунка поведения, связанного с заболеванием.

Основным критерием этапа является признание или отрицание болезни.

*Соматозогнозия* – отношение к болезни, формирующееся на этапах личностного реагирования человека на свое болезненное состояние.

1. *Нормосоматозогнозия* – адекватная оценка больным своего состояния и перспектив выздоровления.

Оценка больным своего заболевания совпадает с оценкой врача. Отношение к лечению и лечебным процедурам – позитивное.

*Варианты активности борьбы с болезнью:*

– адекватная оценка болезни и высокая активность в борьбе с заболеванием;

– адекватная оценка в сочетании с пассивностью и неспособностью к преодолению отрицательных переживаний.

2. *Гиперсоматозогнозия* – переоценка значимости, как отдельных симптомов, так и болезни в целом.

*Варианты:*

– тревога, паника, тревожность, повышенное внимание к болезни.

Большая активность в плане обследования и лечения. Перебор врачей и медикаментов. Гипертрофированный интерес к медицинской литературе;

– сниженность настроения: апатичность, монотонность. Пессимистический прогноз на будущее, скрупулезное выполнение всех требований врача.

3. *Гипосоматозогнозия* – недооценка больным тяжести и серьезности болезни в целом и ее отдельных признаков.

*Варианты:*

- снижение активности, внешнее отсутствие интереса к обследованию и лечению. Необоснованно благоприятный прогноз на будущее, преуменьшение опасности. Более глубокий анализ обнаруживает правильную оценку своего здоровья. Соблюдение режима, выполнение рекомендаций врача. При хроническом течении заболевания привыкают к болезни, лечатся нерегулярно;

- нежелание обращаться к врачу. Негативное отношение к лечебному процессу. Тип психологической защиты – отрицание болезни.

4. *Диссоматонозогнозия* – отрицание наличия болезни и симптомов. Полное непризнание болезни.

*Варианты:*

- непризнание болезни при слабой выраженности симптомов (онкологические заболевания, туберкулез и т.д.). Умышленное сокрытие заболевания (например, сифилиса);
- вытеснение из сознания мыслей о болезни, особенно при прогнозируемом неблагоприятном исходе.

Существуют и другие классификации отношения к болезни.

*Аггравация* – преувеличение признаков заболевания и субъективных жалоб. Иногда (наряду с сознательной) она может быть обусловлена страхом, недоверием, чувством одиночества и безнадежности.

*Симуляция* – притворство, при помощи которого пациент стремится создать впечатление о наличии болезни и ее признаков. К ней прибегают либо люди с определенными психическими ограничениями и отклонениями от психической нормы (умственно отсталые, истерические личности), либо очень опытные и безответственные люди (преступники, юноши-призывники).

*Диссимуляция* – скрывание болезни и ее признаков. Она может быть:

- при психотических расстройствах (как результат отсутствия критического отношения к себе психически больного);
- при заболевании туберкулезом (выгодно дольше находится в санатории);
- при заболевании сифилисом (не выгодно для пациента в связи с извещением о заболевании, выявлении очага инфекции);
- при хирургических заболеваниях (боязнь операции).

***К факторам, влияющие на формирование типов отношения к болезни относятся:***

1. *Индивидуально-психологические особенности личности* (преморбидности).

*Нормосоматонозогнозия* формируется у сильных, уравновешенных людей.

Для людей с *гиперсоматонозогнозией* характерны такие преморбидные особенности личности, как ригидность, застревание на переживаниях, тревожность, мнительность.

Люди с *первым вариантом гипосоматонозогнозии* отличаются поверхностностью суждений, легкомыслием. При *втором варианте* – среди преморбидных особенностей выделяется целенаправленность, «гиперсоциальность».

2. *Возрастной фактор.*

В *молодом возрасте* отмечается недооценка тяжести заболевания, а в случаях, затрагивающих эстетические и интимные аспекты личностных реакций – переоценка тяжести.

В *зрелом возрасте* характерна чаще всего диссоматонозогнозия.

В *пожилom* возрасте, в связи с недооценкой сил и возможностей организма отмечается склонность к гиперсоматонозогнозии.

Гипосоматонозогнозия в этом возрасте связана со снижением общей реактивности.

### **3. Патологические типы реакции пациента на болезнь**

У *невротических* и *психопатических личностей* реакция на болезнь может носить патологический характер.

В основе патологической реакции на болезнь лежат следующие *причины*:

– реакция не соответствует силе, продолжительности и значимости раздражителя;

– невозможность коррекции представлений, суждений, а также поведения больного.

Продолжительность патологических реакций: от нескольких часов до нескольких недель. При хроническом течении болезни возможно перерастание патологической реакции в патохарактерологическое развитие личности.

Выделяют следующие патологические реакции:

#### **1. Депрессивная реакция.**

Она включает в себя:

1) *тревожно-депрессивный синдром*, который возникает, как правило, на начальной стадии заболевания. Для него характерно: концентрация внимания на переживаниях, связанных с недугами, суицидные тенденции.

2) *Астено-депрессивный синдром*, который возникает на стадии разгара или исхода заболевания. Для этого синдрома характерна: сниженность фона настроения, угнетенность, растерянность, замедленная моторика.

#### **2. Фобическая реакция.**

Фобическая реакция характеризуется наличием навязчивых страхов. В течение приступа страха переживаемая опасность воспринимается как вполне реальная. Вне острых приступов фобий критичность восстанавливается.

Фобическая реакция имеет определенную динамику:

– *появление навязчивых страхов под воздействием реального травмирующего раздражителя (гипсофобия – боязнь высоты, возникающая на балконе);*

– *возникает не только в травмирующей ситуации, но и при ожидании воздействия травмирующего раздражителя (боязнь высоты, возникающая в комнате, ведущей на балкон);*

– *появление фобий в объективно безопасной ситуации (на улице, в подъезде).*



### ***3. Истерическая реакция.***

Истерическая реакция характеризуется:

- резкой сменой настроения,
- демонстративностью,
- театральностью,
- склонностью к актам самоповреждения в состоянии аффекта,
- утрированность жалоб.

К истерическим реакциям можно отнести такие псевдосоматические расстройства, как психогенные боли (псевдоревматические, фантомные, абдоминальные), психогенное удушье

### ***4. Ипохондрическая реакция.***

При этой реакции у больного упорно держатся мысли, что он болен другим, более серьезным заболеванием даже вопреки объективной ситуации выздоровления.

При малейшем недомогании больные начинают думать об опасности для здоровья и жизни. К ипохондрической реакции можно отнести психогенное удушье, психогенную тошноту и рвоту.

### ***5. Анозогнозия.***

Анозогнозия – отрицание болезни, связанное не с личностными особенностями больного, а с характером заболевания. Она возникает в случае опасных для жизни заболеваний (рот, туберкулез и т.д.). Больной не осознает факт болезни и потому ее отрицает. Иногда придается значение малейшим соматическим нарушениям и не замечаются симптомы другого очень опасного заболевания.

## ЛЕКЦИЯ 4. ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАБОТЫ ВРАЧА

1. Методологические основы профессиональной этики врача
2. Принципы врачебной этики
3. Нормы этического поведения врача
4. Стандарты профессиональной этики врача

### 1. Методологические основы профессиональной этики врача

Современные тенденции гуманизации и гуманитаризации медицины предъявляют высокие требования к профессиональной деятельности медицинского работника. В настоящее время наличие глубоких специальных знаний еще не является гарантом успешной деятельности. От медиков требуется глубокое освоение и осмысление этических аспектов своей работы, так как ни декларативные заявления, ни правовые формулы, ни инструктивные указания не являются адекватными природе этики. Только глубокое ее понимание может способствовать превращению формальной обязанности профессионала в модус его морального поведения.

Социальный характер медицины, ее адресованность к личности пациента, социальные последствия медицинского диагноза, степень влияния любых действий медика на судьбу пациента являются доказательствами того, что медицина должна находиться в зоне этического контроля.

Систему этических воззрений или суждений по степени их обобщенности можно представить в виде четырех уровней: верхний уровень — этические *теории*, далее — этические *принципы*, под ними — этические *нормы* и, наконец — уровень конкретных этических решений или *стандартов* поведения.

В теоретическом отношении медицинская этика представляет собой один из разделов прикладной (нормативной) этики, задача которой заключается не в объяснении происхождения моральных норм, а в выявлении того, какие из них этически оправданы.

*Этическая теория* – это теория этических обязательств, призванная снабдить специалиста системой отсчета, обратившись к которой он сможет достаточно легко и однозначно определить, какие поступки ему следует или не следует совершать, особенно в тех ситуациях, когда принятие этически правильного решения представляется затруднительным.

В области медицинской этики доминируют *две теории морали*: деонтологическая и утилитаристская. Они являются методологической основой профессиональной этики врача.

#### 1.1. Деонтологическая теория морали

*Деонтологическая* теория морали считает основой нравственной жизни долг, выполнение которого связывается с внутренним повелением.

Так, *христианская этика* видит идеальную жизнь человека в повиновении Божественной воле или некоторым позитивным законам,

выражающим эту волю. Запрет на аморальное действие содержится в знаменитых Десяти заповедях. Нормы этики, представленные в заповедях,— обязательный и подлежащий преодолению минимум — закон, выше которого благодать. Недостаточен, например, отказ от убийства — нужно «сердце», не принимающее в себя гнева, наполненное любовью.

В *деонтологической школе И. Канта* долг определяет понятие добра (добро есть то, что соответствует должному). Нравственность, по Канту, находится вне всякой целесообразности, не служит удовлетворению потребностей человека. Всеобъемлющим законом нравственности является категорический императив: «Поступай так, чтобы ты всегда относился к человечеству и в своем лице, и в лице всякого другого так же, как к цели, и никогда не относишься к нему только как к средству». По Канту, всякая личность есть самоцель и не должна рассматриваться как средство осуществления каких-либо задач, хотя бы это были задачи всеобщего блага. Следуя долгу, человек отказывается от своекорыстного интереса и остается верен самому себе.

В школе *деонтологического интуитивизма (Г. Причард, Д. Росс и др.)* акцент ставится на интуитивно постигаемых человеком «самоочевидных» нравственных обязанностях (не совершать зла, делать добро, распределять добро и зло соответственно достоинству людей, говорить правду, выполнять обещания, благодарить за услуги, возмещать причиненный тобой ущерб, самосовершенствоваться и т. п.).

В концепции *общественного договора (Дж. Ролс)* основным критерием нравственности выступает честность, понимаемая как моральное обязательство индивида действовать, исходя из общественно принятых норм поведения.

С позиций деонтологической этики, т. е. этики правил, которые ценны сами по себе, независимо от последствий, **принятие специалистом решения в проблемной ситуации** выглядит примерно следующим образом:

1) восприятие проблемы → 2) составление перечня альтернативных действий → 3) сравнение перечня альтернатив с перечнем этических, правил → 4) выбор той альтернативы, которая соответствует правилу.

### **1.2. Утилитаристская теория морали**

Согласно *утилитаристской* этике критерием оценки поступков человека является *полезность*. Утилитаристы полагают, что мораль служит удовлетворению интересов людей и выполняет определенные полезные функции в обществе. Нравственные требования имеют целесообразный характер (*телеологическая этика*). В рамках утилитаризма моральное значение поступков устанавливается в зависимости от последствий, к которым они приводят (*консеквенциальная этика*). Источник нравственности — в естественном стремлении человека испытывать наслаждения и избегать страданий.

**И. Бентам**, основоположник утилитаризма, считал единственной целью моральной деятельности достижение наибольшего количества счастья для наибольшего числа людей. К этому можно прийти путем правильного расчета, посредством «моральной арифметики», с учетом «шкалы удовольствий и страданий».

**Дж. Ст. Милль**, систематизатор утилитаризма (первый ввел в философию понятие «утилитарный» в качестве обозначения соответствующего вида этики), связывал счастье не с количеством, а с качеством удовольствий. Только «высшие» (интеллектуальные) удовольствия соответствуют нравственной природе человека, чувству собственного достоинства. Весьма интересны попытки согласовать принцип пользы с традиционными европейскими ценностями: совестью, долгом, уважением юридических законов и общественного мнения, практикой благотворительности. Истинно человеческая сущность, по мнению Милля, проявляется в заботе о других людях. Более того, именно поступки, направленные на благо других, приносят высшее удовольствие. Человек способен проявлять как эгоистические, так и альтруистические качества, однако последние не возникают сами по себе, а формируются практикой взаимодействия и сотрудничества с другими людьми.

Если одному правилу соответствует несколько альтернатив (и следовательно, несколько правильных действий), то выбирать из них можно, исходя из предпочтений, договоренностей и т. д. Если же вариант действия (альтернатива) соответствует одному правилу, но противоречит другому, то приходится обращаться к правилам более высокого уровня (принципам).

Схема **принятие специалистом решения в проблемной ситуации** в утилитаристской этике, т. е. этике целесообразности, пользы, последствий, вглядит следующим образом:

1) *восприятие проблемы* → 2) *составление перечня альтернатив* → 3) *составление перечня возможных (положительных и отрицательных) последствий для каждой альтернативы* → 4) *выбор альтернативы с наибольшим количеством блага*.

## **2. Принципы врачебной этики**

К числу базисных принципов медицинской этики относятся следующие принципы: **автономии, непричинения вреда, благодеяния и справедливости**.

### **2.1. Принцип автономии**

**Автономия** (самоопределение) понимается как *форма личной свободы, при которой индивид совершает поступки в соответствии со свободно выбранным им решением*. Принцип автономии подразумевает также осознание и уважение достоинства и автономии других людей.

В рамках этого принципа выделяются следующие понятия:

- автономная личность;
- автономный выбор;
- автономное действие.

**Автономная личность** действует перманентно на основании свободно и самостоятельно выбранного плана, опирающегося на необходимую информацию. В отличие от этого, лицо с ограниченной автономией либо находится под жестким контролем других, либо не способно обдумывать свои планы или действовать в соответствии с ними, как, например, заключенные или тяжело психически больные.

**Автономный выбор** личность делает самостоятельно, независимо от других (людей, обстоятельств) и без принуждения. Автономные личности нередко совершают неавтономный выбор в силу временных ограничений, накладываемых болезнью, или в результате принуждения. С другой стороны, лица, не являющиеся по сути автономными, могут иногда совершать автономный выбор. Так, госпитализированные психически больные, не способные в целом заботиться о себе и юридически признанные недееспособными, могут делать автономные выборы в предпочтении пищи или в поддержании отношений с окружающими.

**Автономное действие** характеризуется намеренностью, пониманием индивидом характера действия и отсутствием определяющего его внешнего принудительного влияния. Очевидно, что каждое из перечисленных условий может иметь свои градации по степени выраженности, поэтому действие считается автономным, если оно удовлетворяет этим условиям хотя бы в достаточной мере, исходя из общего контекста ситуации.

Принцип автономии (уважения автономии личности) предполагает:

- анализ личности, ее выборов и действий,
- провозглашает право автономного индивида не подпадать под контрольные ограничения со стороны других лиц,
- содержит обязанность не ограничивать автономных действий.

Из данного принципа также следует такое отношение к индивиду, которое способствует проявлению и развитию его автономии. Кстати, этической сущностью реабилитационных мероприятий в медицинской практике является поиск и поощрение, развитие сохранившихся «островков» автономии пациента, расширение сферы его автономных выборов и действий, восстановление автономии личности в целом.

Выделяются **семь основных аспектов автономии**:

- 1) уважение личности пациента;
- 2) оказание пациенту психологической поддержки в затруднительных ситуациях;
- 3) предоставление ему необходимой информации (о состоянии здоровья и предлагаемых медицинских мерах);
- 4) возможность выбора из альтернативных вариантов;
- 5) самостоятельность пациента в принятии решений;
- 6) возможность осуществления контроля за ходом исследования или лечения (со стороны пациента);

7) *вовлеченность пациента в процесс оказания ему медицинской помощи («терапевтическое сотрудничество»).*

На практике принцип автономии предстает как ряд конкретных требований или **профессионально-этических стандартов**:

- информированного согласия,
- права пациента на отказ от лечения, на полную информацию о заболевании и лечении, на содействие в осуществлении автономного решения и т. п.

Автономия не должна пониматься как беспредельное своеволие. Свобода действий индивида допустима в той мере, в какой эти действия не нарушают автономии других, не наносят ущерба окружающим, не создают угрозы их правам и свободам. В противном случае вполне оправданы ограничительные санкции и установление контроля за поведением индивида.

Принцип уважения автономии имеет статус обязывающего при отсутствии доказательств в пользу противоположного. И хотя он обладает значительным весом по сравнению с другими принципами, все же решающее слово остается не за ним, а за конкретной ситуацией, где приоритет может быть отдан одному из «конкурирующих» принципов, в частности принципу «не навреди!».

## **2.2. Принцип непричинения вреда**

Принцип **непричинения вреда** относится к числу традиционных в медицинской этике и зачастую совмещается с принципом благодеяния, как это видно из текста «Клятвы Гиппократата». Однако запрет творить зло и побуждение к созиданию добра несут разную смысловую нагрузку и нуждаются в отдельном рассмотрении.

Принцип непричинения вреда предписывает обязанность не наносить ущерба пациенту не только прямо, намеренно, но и косвенно. Для реализации этого принципа и уменьшения риска вреда или побочных эффектов предлагаются **четыре требования**:

1) *то, что мы намереваемся делать, не должно быть безнравственным и не должно быть злом;*

2) *предполагаемый риск не должен быть средством для достижения благой цели; планируемое действие может иметь побочные эффекты, но это не значит, что благой целью оправдываются любые средства; нельзя совершать что-либо безнравственное только потому, что за этим может последовать нечто положительное;*

3) *побочный эффект не может быть специальной целью, а только тем, с чем приходится мириться;*

4) *для совершения действия, за которым могут наступить негативные последствия, нужны веские основания; это означает необходимость взвешивания возможного блага и риска, причем благо должно перевешивать риск или потерю (правило «пропорциональности» или «двойного эффекта»).*

Лечение является моральным, если благо для пациента перевешивает негативный эффект, не являющийся средством для доброй цели. Вместе с тем на практике вопрос взаимоотношения цели и средств не так прозрачно ясен, как это декларируется правилом «двойного эффекта», а игра целей и средств, превращающая добро в зло, нередко ставит врача перед неразрешимыми проблемами.

### **2.3. Принцип благодеяния**

Мораль требует, чтобы врач не только относился к пациенту как к автономному лицу, избегал причинять ему вред, но и оказывал ему помощь, способствовал благополучию пациента. Такие действия, направленные на благо пациента, подпадают под принцип благодеяния.

*Принцип благодеяния провозглашает обязанность помогать пациентам в осуществлении их важнейших и законных интересов.* Благодеяние – это профессиональная обязанность врачей, закрепленная во всех кодексах медицинской этики.

Особый интерес вызывает вопрос о соотношении принципа благодеяния с принципами автономии и непричинения вреда. По сути это одна проблема: где проходит граница, за которой принцип благодеяния утрачивает свою силу? Биомедицинская этика настаивает на необходимости взвешивания нравственных ценностей индивида. Что в конкретной ситуации для него более значимо – жизнь, здоровье или самоопределение?

Считается, что долг благодеяния необходимо осуществлять при наличии следующих **4 условий**:

- 1) *лицо, которому мы должны помочь, находится в опасности или под угрозой серьезного ущерба;*
- 2) *врач располагает реальными средствами для предотвращения этой опасности или ущерба;*
- 3) *действия врача, вероятнее всего, предотвратят опасность или ущерб;*
- 4) *благо, которое лицо получит в результате действий врача, перевешивает ущерб, а сами действия представляют минимальный риск.*

Принцип благодеяния как бы состоит из двух более конкретных: **принципа позитивного благодеяния** т. е. обеспечения блага (включая и устранение вреда), и **принципа полезности** (или пропорциональности), который требует взвешивания преимуществ и ущерба. При этом принцип полезности может быть легко сориентирован на то, чтобы отдать приоритет интересам общества в ущерб интересам индивида. Так, этим принципом можно оправдать проведение опасных экспериментов, если предполагается их выдающееся значение для общества. Однако завышенная оценка интересов общества, как правило, квалифицируется современным моральным сознанием как несправедливость.

### **2.4. Принцип справедливости**

*Принцип справедливости призывает прежде всего к распределению ресурсов здравоохранения (и следовательно, доступа к ним членов*

общества) в соответствии со справедливым стандартом. Этот стандарт может иметь сравнительный характер, и тогда блага, приобретаемые пациентом, определяются путем сравнения его потребностей с потребностями других членов общества.

К примеру, одному больному дорогостоящая помощь или процедура требуется в большей степени, чем другому, так как первый находится в состоянии более тяжелом, чем второй. Но ресурсы помощи могут распределяться и по стандарту безусловной справедливости, независимо от потребностей «конкурирующих» лиц. Примером может служить распределение больничных коек соответственно численности населения. Дальнейшая проработка принципа справедливости идет по пути поиска соответствия социальной ценности индивида, его реального или потенциального вклада в благополучие общества и выделяемых ресурсов здравоохранения.

Вопрос о справедливости распределения ресурсов особенно актуален в условиях их нарастающего дефицита. Это имеет прямое отношение к ресурсам медицинской помощи в наших условиях. Отсюда возникающие дилеммы – чему отдавать предпочтение: профилактике или лечению, экстренной помощи или программам долговременной поддержки больных, лечению молодых или стариков, затратам на восстановление трудоспособности или на обеспечение малоперспективных инвалидов?

В любом случае государство должно обеспечить каждого гражданина, независимо от его положения и возможностей, гарантированными видами и качеством медицинской помощи на том уровне, который является необходимым и достаточным для восстановления здоровья и соответствует современной медицинской практике.

### **3. Нормы этического поведения врача**

Этические принципы, применяемые в медицине, являются основой для более конкретных этических норм: **правдивости, приватности, конфиденциальности, лояльности, компетентности.**

#### **3. 1. Норма правдивости**

Норма **правдивости** предполагает обязанности и медика, и пациента говорить правду. Эта норма в медицинской этике является относительно новым требованием, появившимся как конкретизация принципа автономии пациента. В защиту этой нормы можно привести несколько аргументов.

1. Обязанность говорить правду есть проявление нашего уважения к другим. В медицине оно находит выражение в уважении к автономии, являющемся основанием стандарта информированного согласия. Согласие не может быть автономным, если оно не опирается на правдивую информацию.

2. Будучи вовлечен в терапевтические и исследовательские отношения, пациент становится участником своего рода социального договора, дающего особое право на правдивые сведения о диагнозе, прогнозе, процедурах и т. п.



Точно так же и врач имеет право на получение правдивой информации от пациента.

3. Правдивые отношения необходимы для успешного терапевтического взаимодействия и сотрудничества.

Абсолютность этой обязанности оспаривается ссылками на практикуемый в медицине «*обман во благо*», когда врач, не раскрывая истинного положения больного, оказывает ему большее благодеяние. Нарушение нормы правдивости может быть оправдано, когда она вступает в противоречие с другими обязанностями, имеющими приоритет в конкретной ситуации. Кроме того, сам пациент может наложить ограничения на сообщение ему медицинской информации по мотивам абсолютного доверия врачу или нежелания узнать плохие вести. В таких случаях «право больного знать» сочетается с его «правом не знать».

### **3.2. Норма приватности**

Норма *приватности* подразумевает обязанность не вторгаться в сферу личной (частной) жизни пациента. Речь идет:

– во-первых, о недопустимости бесцеремонного вторжения в эту сферу без согласия пациента, что не исключает возможности (а для некоторых врачей, например психиатра, и необходимости) деликатного проникновения в мир сугубо интимных отношений;

– во-вторых, о сохранении за пациентом права на личную жизнь даже в условиях, стесняющих его свободу. Нарушение приватности, не продиктованное строгой медицинской необходимостью, квалифицируется как *неоправданный патернализм*.

### **3.3. Норма конфиденциальности**

*Конфиденциальность* — это доверительность отношений, основанная на неразглашении информации. Это означает, что информация, предоставляемая пациентом медицинскому работнику или полученная медицинским работником в результате обследования, не может быть передана другим лицам без разрешения пациента.

Норма конфиденциальности:

– оправдана как с точки зрения принципа автономии, который она выражает, так и с точки зрения производимых ею последствий;

– она дает возможность удовлетворить потребность пациента в защите информации от третьих лиц;

– повышает уровень доверия врачу;

– способствует более полному предоставлению необходимых сведений, реализации требования взаимной честности и достижения целей диагностики и лечения.

Хотя конфиденциальность зафиксирована во всех кодексах медицинской этики, она, к сожалению, нарушается практически повсеместно. К тому же некоторые законы устанавливают пределы конфиденциальности и

требуют от врачей сообщения информации о пациентах, независимо от согласия последних (например, органам следствия, суду и т. п.).

### **3.4. Норма лояльности**

*Лояльность – верность долгу, добросовестность в исполнении явных или подразумеваемых обещаний способствовать благополучию пациента/*

Основой для нормы **лояльности** являются принципы уважения автономии и позитивного благодеяния. Лояльность врача проистекает из ролевых отношений, которые устанавливаются между врачом и пациентом. Конфликтные ситуации возникают тогда, когда в этих отношениях появляются интересы третьих лиц: родителей (при лечении детей и подростков), социальных институтов (например, правоохранительных органов), студентов (в процессе обучения в клинике). В этих случаях этическое решение зависит от значимости тех или иных отношений.

### **3.5. Норма компетентности**

Норма **компетентности** включает в себе адресованное врачу требование овладеть специальными знаниями и искусством врачевания. Без этого условия медицинская деятельность недопустима и вредна, какими бы благими намерениями она ни оправдывалась. Кроме того, эта норма призывает врача не выходить за границы своей специальности, оставаясь на твердой почве научных знаний и опыта, которыми располагает соответствующая медицинская дисциплина.

Анализ **этических принципов** и **норм** показывает, что они составляют определенную систему, элементы которой иерархически организованы, сбалансированы и логически не противоречивы. Поэтому и использоваться они должны именно как система с учетом их взаимодействия, а не в качестве изолированных фрагментов, выбираемых специалистом в зависимости от его вкуса. Охватывая максимально широкое поле медицинской практики, они, вместе с тем, носят достаточно общий характер и задают лишь направления моральной ориентировки врача.

Этические принципы и нормы не являются ни абсолютными, ни тем, чем можно пренебречь; их регулирующее значение находится в промежуточной зоне. Они могут обязывать при отсутствии доказательств в пользу противного; предписывать хотя и не силой абсолюта, но вместе с тем гораздо действеннее, чем просто благие пожелания. Вот почему традиционно этические принципы и нормы составляют основу кодексов медицинской этики.

## **4. Стандарты профессиональной этики врача**

Этому уровню соответствует огромное индивидуальное разнообразие. Однако и оно поддается структурированию с выделением типовых вариантов ситуаций и оптимальных алгоритмов действий врача.

На этом уровне формируются **профессионально–этические стандарты** оказания медицинской помощи.

Профессионально-этические стандарты призваны служить проводниками этических принципов и норм и помогать в решении практически важных проблем:

- *необходимо ли в данный момент медицинское вмешательство;*
- *в каких условиях (амбулаторно или стационарно) должна оказываться помощь;*
- *имеются ли основания для применения недобровольных мер;*
- *в какой форме и в каком объеме сообщать пациенту информацию о его здоровье и лечении;*
- *как оценить способность пациента к принятию самостоятельных решений о лечении;*
- *как получить добровольное согласие на медицинскую помощь;*
- *какова врачебная тактика в случаях отказа больного от лечения.*

По мере движения этических рассуждений от уровня этических теорий через принципы и нормы к конкретным этическим решениям возрастает их *специфичность*, т. е. доля участия понятийного аппарата соответствующей медицинской дисциплины.

Так, медицинские знания и опыт максимально задействованы в профессионально-этических стандартах непосредственного профессионального поведения врача.

## ЛЕКЦИЯ 5. ОСНОВЫ ПСИХОГИГИЕНЫ И ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ

1. Основы психогигиены
2. Основы психопрофилактики
3. Психосоматические болезни
4. Реабилитация и ресоциализация

### 1. Основы психогигиены

Термином «*гигиена*» обозначают обычно учение о здоровье, науку о сохранении и поддержании здоровья, тот раздел профилактической медицины, который занимается изучением влияния физических факторов внешней среды на здоровье человека и разрабатывает мероприятия, корригирующие среду, предупреждающие возникновение болезней и обеспечивающие здоровье человеку.

*Средой человека*, однако, служит не только природа, не только среда физических явлений, но и в первую очередь человеческий коллектив, человеческое общество, т. е. *среда общественных социальных влияний*.

Человеческая психика, формы человеческих взаимоотношений, тем более в современном обществе, настолько многообразны, что для их изучения сформирован специальный раздел гигиены, который получил название психогигиены.

*Психогигиеной* называют науку об обеспечении, сохранении и поддержании психического здоровья, иными словами, *систему мероприятий, направленных на сохранение и укрепление психического здоровья человека*.

Психогигиена со времени ее зарождения была постоянно и непосредственно связана с *психопрофилактикой*, предупреждением возникновения, формирования и развития психических болезней.

Но если психопрофилактика больше нацелена на предупреждение возникновения конкретных психических расстройств, то *основной задачей психогигиены* является формирование и поддержание психического здоровья.

Психогигиена связана также с *психотерапией*, поскольку последняя содержит многие приемы и методы, способствующие лечению возникших заболеваний и коррекции нормальных качеств индивидуальности, нормальных качеств личности, которые, однако, в той или иной степени выходят за пределы гармонии и могут привести к ее нарушению.

Таким образом, тесно сосуществуя с психопрофилактикой и психотерапией, непосредственно вытекая из гигиены, психогигиена представляет собой *самостоятельный раздел медицинской науки со своими целями, задачами и приемами исследования*.

*Систематика вариантов (разделов) психогигиены может быть представлена двояко.*

1. Во-первых, можно говорить о возрастной психогигиене, психогигиене физического или умственного труда, психогигиене обучения, психогигиене быта, психогигиене семьи и половой жизни, психогигиене больного человека, специальных разделах психогигиены типа космической, инженерной и др.

2. Следует, однако, помнить, что психика, субъективный мир человека не только чрезвычайно изменчивы, но, что еще более важно, непрерывно обновляются, совершенствуются, восполняются элементами нового.

Поэтому ставить знак равенства между психикой ребенка, подростка, юноши, человека зрелого возраста и пожилого вряд ли допустимо.

Наиболее полной систематикой разделов психогигиены может быть лишь такая, которая *строго учитывает сравнительно-возрастные особенности формирования психики на разных этапах жизни человека.*

Таким образом, вторым подходом систематики психогигиены является ее *сравнительно-возрастной аспект.*

Можно следующим образом классифицировать аспекты психогигиены.

### ***1.1. Психогигиена детства***

В детстве возрастает значение впечатлений, роль которых, естественно, сохраняется и позже — всю жизнь, особенно наглядно прослеживается до 12-14-летнего возраста.

В этот период ребенок живет главным образом впечатлениями, а психическая деятельность его формируется в первую очередь на основе впечатлений объектов и явлений непосредственной деятельности.

В отличие от этого подросток, начиная с 12-14-летнего возраста, строит свои суждения и умозаключения уже не только на основе непосредственных впечатлений действительности, но и на пересочетании образов непосредственных впечатлений с образами памятных представлений.

В связи с этим субъективное оперирование такими образами, рефлексия становятся более типичными для подростка и юноши, чем, в частности, и отличается их психика от психики ребенка. *Психогигиена детства строится на особенных качествах психики ребенка и обеспечивает гармонию формирования его психики.*

*Главная особенность деятельности ребенка сводится к тому, что она проявляется всегда в играх.*

Ни в каком возрасте игра не имеет такого значения для формирования психики, как в детском. Именно поэтому правильная последовательно усложняемая организация игровой деятельности ребенка — залог более последовательного и строгого формирования психики.

*Формирование психики ребенка направляется не стихийно, не просто пересочетанием переживаемых им непосредственных жизненных ситуаций. Такое формирование обеспечивается исторически сложившимися системами воспитания, которые в большей или меньшей степени используются в воспитательном потенциале семьи.*

Повседневная практическая жизнь, обилие человеческих индивидуальностей, возможности возникновения аномалий в формировании психики — все это свидетельствует о том, что воспитание ребенка не может быть неорганизованным, оно направляется семьей и воспитателями дошкольных учреждений и основывается на принципе последовательности, этапности.

**Воспитание** становится действенным орудием в формировании гармонической личности и психического здоровья при строгом учете всех достижений психогигиены.

Воспитание представляет собой непрерывный процесс, который уже на ранних этапах жизни ребенка включает элементы **обучения**. Однако с началом посещения школы главным воспитателем ребенка становится уже вся система обучения. Последняя не только обогащает его знания и навыки, но, что более важно, при правильной организации оздоравливает психику, обеспечивает ее гармонию.

Наоборот, **дефекты обучения** могут легко сказаться на надломе отдельных еще не развитых элементов психики ребенка, могут облегчить *ретардацию* (отставание, задержка развития одной или нескольких функциональных систем) или *акселерацию* (те случаи развития, в которых одна или несколько функциональных систем развиваются, значительно обгоняя типичную для них хронологию) развития отдельных элементов и, следовательно, привести к формированию аномальных черт личности.

Иными словами, **психогигиена обучения** — один из ведущих и чрезвычайно существенных разделов психогигиены, обеспечивающий в особенно раннем и подверженном разнообразным влияниям подростковом возрасте сохранность формирования психики.

Сравнительно-возрастное рассмотрение психогигиены позволяет разграничить **психогигиену полового чувства** и **собственно психогигиену половой жизни**.

Известно, что именно в подростковом возрасте, в пубертатном периоде развития появляются первые, нередко «темные чувства» происходящих в организме изменений в связи с половым созреванием и началом половой зрелости.

У девочек, кроме того, этот период сопровождается иногда неожиданным для них появлением менструаций со всеми вытекающими из этого психологическими последствиями.

Начинающиеся у подростка сложные биологические изменения всегда сказываются на оценке им действительности, семьи, коллектива, общества. Однако жизненная практика свидетельствует о том, что *все эти изменения протекают значительно менее болезненно и не нарушают гармонии формирующейся психики подростка,*

- если последний разумно подготовлен к их началу,
- если ему оказана помощь со стороны взрослых,
- если мироощущение его корригируется по мере возникновения неосознанных и непонятных в самом начале чувств.

Этим Я оправдывается выделение *психогигиены полового чувства*, которая, с одной стороны, исследует, а с другой — разрабатывает мероприятия, направленные на поддержание формирующейся гармонии психики в пубертатном периоде развития ребенка.

### **1.2. Психогигиена юношества**

Юношеский возраст по систематике возрастов разными исследователями далеко не всегда четко отграничивается от подросткового, однако его отличают столь существенные особенности по сравнению с подростковым (отрочеством), что он нуждается в самостоятельном выделении.

*Юношество в отличие от отрочества* — это, прежде всего, переход

- к формированию общественного сознания, общественного самосознания,
- к пониманию того, что любой элемент деятельности индивидуума, любое качество, свойственное ему, не является уделом жизни и деятельности самого индивидуума, а порождается коллективной, общественной деятельностью, общественной принадлежностью.

*Юношеский возраст (17—21 год)*, в отличие от отрочества, это период, когда человек выходит на арену самостоятельной жизни и самостоятельной деятельности.

Это период, когда человек впервые приобретает права гражданства, качества полноценного члена общества, впервые начинает отрываться от семьи, сложившихся традиций в ней и формировать новое мировоззрение, представление о семье, а позднее и новую семью.

Все эти особенности *нуждаются в специфической коррекции, специфическом управлении* ими для сохранения и поддержания наиболее передовых, совершенных, гармоничных качеств психики будущего.

Именно поэтому правомерно выделение психогигиены юношества как самостоятельного раздела.

Психогигиена юношества в дальнейшем будет, видимо, подразделена на *психогигиену студенчества и психогигиену работающего юношества, производственной молодежи*.

Если общие качества юношества, показанные выше, типичны для тех и других, то образ жизни студенчества и производственной молодежи далеко не одинаков, а это накладывает отпечаток на формирующуюся психику как тех, так и других.

### **1.3. Психогигиена зрелого возраста**

Различный возраст, в котором начинается систематический труд, разные, особенно современные формы труда, связанные с необходимостью общения с автоматическими устройствами, автоматическими и полуавтоматическими линиями и заводами, порождают многие сложности в психической деятельности.

Эти сложности, как и любые другие влияния жизни, могут оказывать благотворное или разрушительное воздействие на человека. Последнее зависит от того, будет ли такая сложность новых видов труда психогигиенически осмыслена и будут ли разработаны мероприятия, направленные как на облегчение условий новых видов труда, так и на использование особенностей такого труда для совершенствования, обогащения психики, а не повреждения ее.

В результате чрезвычайной специализации форм трудовой деятельности и сложнейшей механизации, автоматизации и специализации внутри психогигиены труда, естественно, формируются специфические разделы (*психогигиена инженерная, военная, авиационная, космическая*).

Не менее существенно разделение психогигиены труда на *психогигиену умственного, физического труда и психогигиену творческого процесса*.

Творчество типично как для физического, так и для умственного труда. Однако в настоящее время все еще сохраняются различия между некоторыми видами творческого труда, умственным и физическим трудом.

Жизнь намечает такие передовые социальные мероприятия формирования гармонического человека будущего, в результате которых грань между физическим и умственным трудом будет постепенно ликвидирована. В связи с этим, естественно, оба эти варианта труда одновременно сольются и с творческим.

В настоящее время *психогигиена труда* должна сохранять дифференцированный подход к разработке мероприятий, направленных на сохранение психического здоровья при разных формах физического, умственного и творческого труда.

Между *семьей* и другими видами коллектива много общего, но вместе с тем семья представляет собой такую специфическую ячейку коллектива, которая отличается многими, свойственными только ей особенностями.

Это обусловлено историей взаимоотношений в семье мужа и жены, кровной близостью родственных связей внутри семьи, особенностями традиционно сложившихся отношений между родителями и детьми, матерями и дочерьми, отцами и сыновьями и др.

Особенности семьи как коллектива определяются также единством жилья, быта, своеобразием индивидуальной собственности на предметы домашнего обихода и др.

Существенную роль играют особенности взаимоотношений близких семей (семья родственников) и семей территориально близких (далеких по крови). Вопрос психологии семьи чрезвычайно сложный и до настоящего времени мало разработан.

*Психогигиена семьи* представляет собой один из важнейших разделов психогигиены, который направлен на разработку и регламентацию мероприятий, упорядочивающих жизнь семьи и создающих благоприятные условия для формирования психической индивидуальности каждого ее члена.



В последние десятилетия, особенно в ряде европейских стран, значительно увеличилось число *разводов*, что неудачно сложившийся брак играет большую роль в возникновении алкоголизма, преступности и др.

Вместе с тем известно, что *дети, воспитываемые в неполных семьях* (в распавшихся семьях) — одним родителем, находятся в сложных обстоятельствах, которые часто отрицательно сказываются на их формирующейся психике.

Факты убедительно показывают, что многие пограничные формы патологии в неполных семьях возникают значительно чаще, чем в гармоничных семьях. Появилась настоятельная необходимость правильной подготовки к браку, созданию условий гармоничных браков, разработки системы мероприятий, направленных на упрочение гармонии сохраняющейся семьи.

#### ***1.4. Психогигиена пожилых людей***

Интерес к проблеме пожилых связан с прогрессивным постарением населения, особенно выраженным в промышленно развитых странах. За последние 30 лет (с 1950 по 1980 г.) численность населения от 60 лет и старше в Европейском регионе возросла с 11,6 до 15%.

Наряду с увеличением средней продолжительности жизни населения отмечается значительное улучшение состояния здоровья старших возрастных групп. В настоящее время ставится вопрос о праве пожилых людей продолжать трудовую, по возможности профессиональную деятельность, играть активную роль в обществе, вносить существенный вклад в развитие многих сфер жизни.

В 1982 г. выдвинут девиз ВОЗ: *«Полноценная жизнь в старости»*. Сущность его заключается в необходимости удовлетворять специфические потребности пожилых и старых людей и коренным образом изменить к ним отношение.

Привлечение пожилых людей к активной деятельности требует соблюдения психогигиенических мероприятий. Это объясняется тем, что у людей в этом периоде ухудшаются процессы приспособления психики к новым требованиям и обстоятельствам, труднее изменяются привычки и стереотипы, снижается память и внимание.

Переход с привычной работы, изменение условий труда следует делать только при оценке возможностей пожилого человека с учетом производственной целесообразности такого перевода.

Не рекомендуется продолжать работу при наличии сильных раздражителей. Учитывая изменившуюся подвижность психики в пожилом возрасте, нецелесообразна работа в разных сменах, особенно по ночам, так как это обычно приводит к нарушениям сна.

Желательно привлекать пожилых к работе с *неполным рабочим днем*, использовать их знания в подготовке кадров, стараться развивать увлечения рыбной ловлей, физическими упражнениями, художественными поделками.

Необходимо уделять внимание выполнению *режима труда и отдыха, рациональному питанию*.

Детальные меры психогигиены практически совпадают с конкретными формами психопрофилактики применительно к тем или иным жизненным обстоятельствам и возрастным периодам.

## 2. Основы психопрофилактики

**Психопрофилактика** представляет собой раздел общей профилактики, который включает мероприятия, направленные на предупреждение психических заболеваний.

Между психикой человека и соматическим состоянием имеется тесная связь. Устойчивость психического состояния может оказывать влияние на соматическое состояние. Известно, что при большом эмоциональном подъеме редко возникают соматические заболевания (примером могут служить годы Великой Отечественной войны).

Состояние соматического здоровья также может оказывать влияние на психику человека, вести к возникновению тех или иных расстройств или препятствовать им.

В.А. Гиляровский писал, что роль нервного подъема в преодолении трудностей для организма и, в частности, вредностей для нервной системы должна быть использована в планировании работ психопрофилактического характера.

**Задачами профилактики являются:**

- 1) предотвращение действия на организм болезнетворной причины,
- 2) предупреждение развития заболевания путем ранней диагностики и лечения,
- 3) предупредительное лечение и мероприятия, предотвращающие рецидивы болезни и переход их в хронические формы.

В профилактике психических заболеваний большую роль играют *общепрофилактические мероприятия*, такие, как устранение инфекционных заболеваний, интоксикаций и других вредных воздействий внешней среды.

Под **психической профилактикой (первичной)** принято понимать систему мероприятий, направленных на изучение психических воздействий на человека, свойств его психики и возможностей предупреждения психогенных и психосоматических болезней (гипертоническая, язвенная, ишемическая и др.).

Все психопрофилактические мероприятия должны способствовать *повышению выносливости психики к вредным воздействиям*. К ним относятся

- правильное воспитание ребенка,
- борьба с детскими инфекционными заболеваниями и психогенными воздействиями, которые могут вызвать задержку психического развития, асинхрония развития, психический

инфантилизм, сделать психику человека неустойчивой к внешним воздействиям.

**Первичная профилактика** включает

- охрану здоровья будущих поколений,
- изучение и прогнозирование возможных наследственных заболеваний,
- гигиену брака и зачатия,
- охрану матери от возможных вредных влияний на плод и организацию родовспоможения,
- раннее выявление пороков развития у новорожденных,
- своевременное применение методов лечебно-педагогической коррекции на всех этапах развития.

Под **вторичной профилактикой** принято понимать систему мероприятий, направленных на предупреждение опасного для жизни или неблагоприятного течения уже начавшегося психического или другого заболевания.

**Вторичная профилактика** включает

- раннюю диагностику, прогноз и предупреждение опасных для жизни состояний,
- раннее начало лечения и применения адекватных методов коррекции с достижением наиболее полной ремиссии, длительной поддерживающей терапии, исключающей возможности рецидива болезни.

**Третичная профилактика** — система мероприятий, направленных на предупреждение возникновения инвалидности при хронических заболеваниях. В этом большую роль играет

- правильное использование лекарственных и других средств,
- применение лечебной и педагогической коррекции и
- систематическое использование мер реадaptации.

## **2.1. Психогенные заболевания**

**Психогениями** принято называть заболевания, вызванные психическими травмами.

Термин «*психогенные заболевания*» принадлежит Зоммеру и вначале применялся только для истерических расстройств.

В.А. Гиляровский для обозначения этих состояний использовал термин «**пограничные состояния**», подчеркивая этим, что указанные расстройства как бы занимают пограничное место между психическим заболеванием и психическим здоровьем или соматическими и психическими заболеваниями.

В развитии учения о психогенных расстройствах А.Н. Молохов выделял *три периода*:

- 1) психологический,
- 2) клинико-описательный и
- 3) патофизиологический.

На *первом этапе* большое значение придавалось различным психическим травмам без учета особенностей структуры личности и соматических осложнений («почвы»); на *втором* — описанию клинических симптомов без достаточного учета личностных особенностей и психологических реакций и на *третьем* делались попытки подменить клинические проявления патофизиологическими механизмами.

В учении о психогенных расстройствах в настоящее время использованы достижения всех этапов его развития.

Исследования показывают, что ***в возникновении психогенных расстройств играют роль***

- преморбидные (доболезненные) особенности личности,
- степень зрелости основных структур ее,
- соматическая отягощенность,
- особенности высшей нервной деятельности, тип ее и темперамент,
- характер, длительность и значимость психической травмы для больного.

В последние годы имеются наблюдения, указывающие на определенную корреляционную зависимость между этими показателями. Так, для некоторых личностей патогенными могут оказаться только ситуации «эмоционального лишения» и никакие конфликтные ситуации не приводят к болезненному состоянию.

***Все психические травмы, вызывающие психогенное заболевание, можно разделить на три группы:***

1) психические травмы, называемые условно «эмоциональное лишение». При этом человек лишается объекта привязанности или оказывается вне ситуации, вызывающей положительную эмоциональную реакцию (например, вдали от Родины),

2) всевозможные конфликты и

3) психические травмы, представляющие угрозу для жизни (землетрясение, наводнения, крушения и др.).

В результате «эмоционального лишения», как правило, возникают болезненные симптомы, укладывающиеся в картину реактивной депрессии.

*Конфликты* различной выраженности и глубины могут вызывать болезненные состояния широкого диапазона и картина проявлений болезни при этом более разнообразная — от реактивных депрессий с истерическими расстройствами, реактивных параноидов и истерических психозов до невротических симптомов.

*Тяжелые внезапные психические травмы*, связанные с угрозой для жизни больного, обычно ведут к возникновению аффективно-шоковых расстройств, которые могут выражаться психогенным ступором, аналогичным мнимой смерти, наблюдающейся у некоторых животных, или двигательным возбуждением, «двигательной бурей», также отмечающейся у животных при угрозе жизни.

**Психическая травма** может

- не только служить причиной психогенного заболевания,
- но и спровоцировать приступ шизофрении, маниакально-депрессивного психоза, развитие сосудистого процесса (гипертоническая болезнь, атеросклероз),
- сделать более выраженными особенности личности (декомпенсация психопатической личности).

Картина психических нарушений во всех указанных случаях будет разной и различно поведение врача в отношении этих больных.

Так, **при эндогенной депрессии, спровоцированной психической травмой**, наряду с высказываниями больного о психотравмирующей ситуации и реакции на нее будут иметь место симптомы, характерные для эндогенной депрессии: витальная тоска, «безысходность состояния», суицидальные мысли и тенденции, суточные колебания настроения (ухудшение по утрам), отсутствие слез. *Такой больной нуждается в немедленной госпитализации, так как в связи с суицидальными тенденциями может быть опасен для себя.*

**При усилении патологических особенностей личности** наряду с невротическими симптомами, такими, как нарушение сна, аппетита, слезливость, понижение работоспособности, могут наблюдаться выраженные психопатические формы поведения, взрывчатость, демонстративность, тревожность, затрудняющие контакт с окружающими. Необходимо помнить, что у таких личностей легко возникают вегетативные и соматические расстройства, которые рассматриваются как психогенные невротические реакции. Эти реакции у истерических личностей могут носить характер подражания и проявляться теми симптомами болезни, какие существуют в представлении больного о том или ином заболевании. Поэтому *врач должен очень внимательно изучать историю развития заболевания.*

Для отграничения психогенных расстройств от психических нарушений другой природы К. Ясперс сформулировал **следующие критерии:**

- 1) психогенные заболевания развиваются непосредственно вслед за психической травмой;
- 2) в содержании переживаний при них находит отражение психическая травма, вызвавшая болезнь;
- 3) с исчезновением психической травмы или с ее дезактуализацией для больного психические нарушения исчезают.

Указанные критерии, несмотря на некоторую формальность, имеют значение до настоящего времени, но решающая роль в оценке состояния принадлежит клиническим проявлениям.

Исследования показывают, что *структура психогенных заболеваний всегда характеризуется единством клинической картины.* Ее обычно объединяют аффективные расстройства. Все продуктивные (бред, галлюцинации и др.) и невротические симптомы по содержанию прямо или косвенно связаны с аффективным (эмоциональным) состоянием больного.

Психогенные заболевания могут проявляться в виде **реактивных психозов, невротозов и психосоматических болезней**.

Некоторые психиатры в группу психогенных расстройств включают и **психопатию**, исходя из того, что психопатия формируется в условиях психогенной ситуации или, правильнее, в условиях отрицательного воздействия социальной среды.

При «ядерных» (*конституционных*) психопатиях решающая роль принадлежит предрасположению, а внешние факторы, часто в виде житейских неудач, только способствуют выявлению особенностей психопатической психики.

При «краевых» психопатиях (О. В. Кербиков) предрасположение не играет такой решающей роли, внешние факторы, длительные и тяжелые психотравмирующие ситуации могут привести к изменениям характера и личности, достигающих выраженности психопатии.

### **2.1.1. Реактивные психозы**

Психогенные заболевания часто сопровождаются выраженными *вегетативно-соматическими нарушениями*. В связи с этим больные обращаются к врачам общего профиля.

Психические нарушения (особенно депрессия) могут быть *замаскированы вегетативно-соматической симптоматикой*.

**Аффективно-шоковые реакции**, возникающие во время катастроф, пожаров, землетрясений и других подобных ситуациях, как правило, непродолжительны, они могут быть в виде *ступора (гипокинетический вариант)*.

В угрожающей жизни ситуации человек «остолбенел», он не может шевелиться, на лице выражение ужаса.

В это время характерны вегетативные расстройства, обильная потливость, бледность, произвольное мочеиспускание, дефекация. Сознание нарушено, на вопросы больной не отвечает, обстановку не оценивает.

В таком состоянии *рекомендуется* назначать успокаивающие средства и покой. После пробуждения воспоминаний о пережитом состоянии у больного, как правило, нет, в последующем могут наблюдаться лишь отдельные астенические симптомы.

При *гиперкинетическом варианте* аффективно-шоковой реакции при угрозе жизни возбуждение возникает хаотично, нецеленаправленно. Это состояние также сопровождается выраженными вегетативными симптомами и состоянием измененного сознания. *Поведение врача такое же, как при ступорозном варианте*.

Врачу общего профиля наиболее часто приходится встречаться с больными, у которых в результате психической травмы возникла **реактивная депрессия**.

У большинства из них наблюдаются *вегетативные и соматические расстройства* и только при расспросе удается выявить, что человек пережил тяжелое потрясение: потерял близкого человека, испытал разочарование.

Исследования показывают, что реактивная депрессия приобретает *наклонность к затяжному течению* при отсутствии соответствующего систематического лечения.

У таких больных на многие месяцы после пережитой психической травмы сохраняются *астенические симптомы, хронические расстройства настроения*, возникает наклонность к *ипохондрической фиксации вегетативно-соматических нарушений и невротических симптомов*.

Важную роль в облегчении самочувствия у больных с реактивной депрессией играет *психотерапевтический подход в беседе и оценке состояния*.

Именно поэтому врач должен всегда обдумывать, какими словами и в каких выражениях сообщить родственникам печальное известие о смерти близкого, дать соответствующие рекомендации о приеме успокаивающих средств, чтобы смягчить боль утраты.

У некоторых лиц при печальном известии может наблюдаться *аффективно-шоковый компонент психогенной реакции (эмоциональный шок)*, выражающийся в оцепенении, обморочном состоянии, двигательном беспокойстве, человек может беспорядочно метаться, делать много нецеленаправленных движений, говорить невпопад.

Это состояние бывает непродолжительным, но имеет диагностическое и прогностическое значение. Ступор и двигательное возбуждение указывают на то, что в последующем в клинических проявлениях реактивной депрессии могут иметь место истерические расстройства и вмешательство психиатра в данном случае обязательно для профилактики длительных психогенных расстройств.

*Больная С, 34 лет, узнав о смерти матери, впала в состояние двигательного возбуждения, металась по квартире, выбежала на лестницу, бегала по этажам, громко кричала, звала мать. С трудом была приведена домой, уложена в постель и через некоторое время уснула. В дальнейшем не помнила о периоде возбуждения. Возникшая затем депрессия содержала истерические компоненты, проявляющиеся в демонстративности и театральности поведения, стремлении обвинять других в своих несчастьях, требовании к себе особого внимания. Она обижалась и плакала, если врач, входя в палату, не подходил к ней первой, капризничала, «дулась», говорила детским голосом. Такое состояние продолжалось около 6 мес.*

Наличие аффективно-шоковой реакции, предшествующей депрессии, указывает на то, что реактивная депрессия будет именно с истерическими компонентами, которые способствуют фиксации вегетативных и соматических проявлений и ведут к длительной нетрудоспособности. Поэтому в таких случаях особенно необходимы *консультация и лечение у психиатра*.

При сообщении тяжелого известия может наблюдаться картина так называемого *эмоционального паралича*. Человек в таком состоянии может холодно, без слез встретить известие, правильно выполнять все действия, как бы не давая на происходящее эмоциональной реакции, которая обычно развивается позднее.

*Больная Т., 29 лет, инженер, услышала сообщение врача о смерти ее трехлетней дочери, которая накануне была госпитализирована с подозрением на пневмонию. После сообщения «как бы окаменела», стала бледной, затем холодно, без эмоциональной реакции, стала расспрашивать о подробностях гибели дочери, «задавала вопросы как посторонний человек». Позднее больная рассказывала, что в тот момент все понимала и правильно оценивала, но эмоционально не реагировала, была «как автомат». Видела удивленные лица врача и мужа, но не могла объяснить, что с ней происходит. Реактивная депрессия начала возрастать после похорон ребенка.*

В этом случае у матери при сообщении о внезапной смерти ребенка возник «эмоциональный паралич», предвестник реактивной депрессии.

Реактивная депрессия обычно развивается через 5-7 дней, картина болезни нарастает. Возможны *суицидальные мысли и тенденции*, особенно при наличии идей самообвинения. У больных в таком состоянии нарушен сон, нарастает тоскливое настроение, все мысли и переживания сосредоточены на несчастье, снижается работоспособность. Большое место в картине болезни занимают *соматические расстройства*: боли в области сердца, колебания артериального давления, сердцебиение, потливость, отсутствие аппетита, похудание и др. В связи с указанными расстройствами больных реактивной депрессией *часто госпитализируют в терапевтическое отделение стационара*, где при правильном психотерапевтическом подходе и приеме успокаивающих облегчается состояние.

Надо помнить, что у больных после прекращения реактивной депрессии *всегда отмечают астенические расстройства*, иногда на выходе из нее могут появиться *истерические реакции*.

Врач должен предупредить больного, что у него возможно ухудшение состояния при обстоятельствах, напоминающих трагическое событие (при посещении кладбища, при встрече с людьми, близко знавшими погибшего, и др.), а также возможны обострения в «годовщину».

Так называемые *железнодорожные параноиды* были описаны Е.А. Поповым, И.В. Лысаковским и С.Г. Жислиным (1931) у лиц, совершающих длительные переезды в необычных условиях. Генез этих психозов сложен.

Е.А. Попов придавал решающее значение в их возникновении вынужденной *бессоннице*, И. В. Лысаковский рассматривал как *реактивные параноиды*, С.Г. Жислин считал «психозами *внешней обстановки*» и в возникновении их большое значение придавал особенностям «почвы», т. е. осложняющим *соматическим вредностям*.



Принято считать, что *в возникновении этих психозов участвуют многие факторы:*

- недостаточное питание,
- соматические заболевания,
- алкогольная интоксикация,
- обезвоживание,
- вынужденная бессонница,
- необычность самой обстановки в связи с переездом и пребыванием на вокзале, особенно у лиц, оказавшихся в такой ситуации впервые.

Заболевание, как правило, начиналось *на 3-4-й день пути*. Все предшествующие дни у больных отмечались недомогание, бессонница, страхи, окружающее начинало казаться подозрительным, появлялись слуховые галлюцинации, вспоминались различные страшные истории, слышанные ранее.

В таком состоянии больные могли выскакивать из поезда, пересаживаться в другие вагоны, убегать, прятаться, звать на помощь, совершать опасные действия для себя и окружающих. Обычно такие больные оказывались в медпункте при вокзале, где психотическая симптоматика продолжала нарастать.

В возникновении железнодорожных параноидов *решающая роль принадлежит соматическому заболеванию*. Поэтому врачи, участвующие в формировании больших групп людей, отправляющихся на дальние расстояния, должны внимательно следить за их самочувствием и отстранять от поездки лиц с лихорадочным состоянием. Не разрешать длительные переезды с пересадками и длительным ожиданием на вокзалах лицам после перенесенных тяжелых соматических заболеваний.

### **2.1.2. Неврозы**

Под *неврозами* принято понимать психогенные заболевания, при которых в отличие от реактивных психозов сохраняется способность критически оценивать свое состояние, происходящие события, руководить своими поступками и действиями.

Болезнь проявляется главным образом в виде *вегетативных, сенсомоторных и эмоциональных нарушений*. Эти нарушения частичны и воспринимаются больным как чуждые, вызванные болезнью.

При всех неврозах наблюдаются *астенические симптомы*: снижение работоспособности, повышенная утомляемость, вегетососудистая и эмоциональная лабильность.

К возникновению неврозов обычно приводят *длительные психотравмирующие ситуации*. Если невроз развивается после острой психической травмы, то имеет значение ее *сила и внезапность*.

Иногда острой психической травме предшествует *длительная психотравмирующая ситуация*, ведущая к ослаблению организма больного,

которая может спровоцировать, облегчить возникновение невроза. В этих случаях формированию невроза *предшествуют невротические реакции, представленные вегетативной и соматической симптоматикой.*

С *вегетативными и соматическими* расстройствами, которые наблюдаются на начальных этапах развития невроза, больные, как правило, обращаются к *терапевтам и невропатологам.* При осмотре следует обращать внимание на начальный этап развития невроза.

При **неврастении** в начале болезни наблюдаются симптомы *раздражительной слабости* (сердцебиение, повышенная потливость, нарушение аппетита и сна, неприятные ощущения в области желудка или сердца, шум в ушах и др.), которые легко возникают и быстро исчезают.

Затем появляются *раздражительность и слезливость, непереносимость ярких звуков и света, затруднения при выполнении работы, требующей точных мелких движений.*

По поводу указанных соматических жалоб больных госпитализируют в *терапевтическое отделение стационара.* Отдых, успокаивающая терапия и правильный психотерапевтический подход к больным в таком состоянии, как правило, приводят к смягчению, а в ряде случаев и исчезновению симптомов.

При *повышенной раздражительности, слезливости, обидчивости не рекомендуется* давать советы «взять себя в руки», «держаться свои эмоции» и др. Эти советы могут ухудшить контакт с больным и затруднить дальнейшее лечение. Надо помнить, что выполнить такие рекомендации больной не может вследствие болезненного состояния. Если больной неврастением не получает отдыха и соответствующей терапии, то могут возникнуть симптомы, указывающие на большую глубину астенических расстройств.

Ведущими в картине болезни становятся затруднения в умственной работе. Такие больные жалуются на то, что не могут усваивать и запоминать нужный материал. Они способны быстро сосредоточиться, но также быстро отвлекаются. Попытки, несмотря на это, продолжать занятия приводят к головной боли, понижению настроения, раздражительности, потливости, сердцебиению и слабости.

Указанные состояния наблюдаются часто у *студентов,* если они пытаются совмещать учебу на дневном факультете с дополнительной работой на полную ставку или если вынуждены, кроме обычной нагрузки, выполнять еще дополнительную на протяжении длительного времени (систематически в течение нескольких месяцев), например при переходе с одного факультета на другой или из одного института в другой с большим объемом дополнительной учебной программы.

Целесообразно при первых симптомах неврастения рекомендовать *отдых и лечение,* так как попытка «через силу» продолжать занятия или перенос экзаменов на следующий семестр без полноценного отдыха приводит к более глубоким астеническим расстройствам, обратная динамика которых не всегда происходит полностью и имеется опасность

возникновения хронических астенических расстройств (невротического астенического развития).

*В состоянии больного неврастенией имеются определенные особенности:* наблюдается легко возникающая гиперемия лица и шеи, транзиторная тахикардия, потливость, эмоциональная лабильность и истощаемость.

Для больных неврастенией *ожидание затруднено*, поэтому условия режима должны быть такими, чтобы свести его к минимуму (процедуры, беседы, обход врача). При осмотре надо учитывать быструю истощаемость больных и не делать беседы продолжительными. У больных неврастенией легко фиксируются вегетативно-соматические нарушения и появляются ипохондрические жалобы.

Большие сложности в дифференциальной диагностике и поведении врача возникают при наличии у больного **истерического невроза**, проявляющегося истерическими соматическими расстройствами.

Хорошо известно, что *картина истерии претерпела значительные изменения в связи с ростом культурного уровня населения*. В настоящее время редко встречаются истерические припадки, которые были описаны старыми психиатрами. Почти не наблюдается характерной «истерической дуги», «страстных поз» и других состояний. Картина истерического припадка в настоящее время, как и в прежние времена, зависит от того, как больной представляет себе болезнь.

По своим проявлениям сейчас *истерический припадок чаще напоминает собой соматическое заболевание*: приступ стенокардии, бронхиальной астмы, диэнцефальные приступы с ознобом и общим тремором и др. В связи с этим большое значение в распознавании характера заболевания имеют *анамнез и оценка указанных расстройств*.

Всегда надо помнить, что в каждом истерическом симптоме существует элемент *«условной приятности и желательности»*, т.е. истерическая реакция всегда носит характер защитной болезненной реакции организма, которая включается, защищая больного от психологически непереносимой ситуации.

Поэтому такому больному никогда *не следует говорить*, что он не болен, что он «должен взять себя в руки и все пройдет», при этом, как правило, симптоматика нарастает.

Врач должен объяснить больному, что его расстройство — результат перенапряжения нервной системы, проявление «срыва нервной системы», что сердце или другие органы являются только выразителями той нервной болезни, которая имеется и которую необходимо лечить.

У лиц *с особыми чертами характера* (склонных к фиксации на отрицательных эмоциях) в длительной, субъективно не разрешимой психотравмирующей ситуации может возникнуть подавленное настроение, которое постепенно становится постоянным и принимает болезненный характер. Такие расстройства настроения в настоящее время называют **невротической депрессией** (депрессивный невроз).

Так же как при других невротозах, при невротической депрессии вначале наблюдаются *вегетосоматические нарушения* («этап соматических жалоб») и *вегетососудистая дисфункция*.

С этими расстройствами больные обращаются к *терапевтам*. Для этого периода характерны неприятные ощущения в желудке, кишечнике, боли, «спазмы», «сжатие», тянущие, сжимающие боли в области сердца. При обследовании впоследствии обнаруживают стойкую гипотонию и спастический колит. Если при других невротозах (неврастении, истерии) отмечаются вегетососудистая и эмоциональная лабильность и изменчивость симптоматики, то при невротической депрессии *вегетососудистые и эмоциональные нарушения стойки и однообразны*.

*Пониженное настроение* должным образом вначале никем не оценивается, а относится за счет плохого физического самочувствия, обусловленного стойкой гипотонией. Это обычно происходит и потому, что при невротической депрессии, несмотря на длительную, хроническую психотравмирующую ситуацию, *не наблюдается в сознании больного связи между ситуацией и состоянием*.

Знание особенностей соматических нарушений при невротической депрессии может помочь в правильной оценке психического состояния этих больных и проведении соответствующего психотерапевтического и медикаментозного лечения.

Поведение больных невротической депрессией отличается от поведения больных неврастением, у них *отсутствует эмоциональная лабильность*. Больные несколько подавлены, медлительны, характерны суточные колебания состояния. Так, в утренние часы больные испытывают слабость, разбитость, как при невротозах, или тревогу и сердцебиение. В благоприятной обстановке (чаще на работе) чувствуют себя бодрее, подавленность усиливается в травмирующей ситуации. Как правило, не наблюдается ипохондрической фиксации на соматических расстройствах.

Правильно оценить психогенные расстройства можно лишь на основании изучения личностных особенностей.

## ***2.2. Профилактика психогенных заболеваний***

Профилактика психогенных расстройств в первую очередь связана с мероприятиями, направленными на *гармоничное формирование личности*.

Изучению последовательного формирования психической деятельности в норме и асинхрониям развития человеческой психики уделяется много внимания.

Наиболее значительно ***асинхронии психического развития*** выступают в пубертатном возрасте. Пубертатные явления представляют собой единый биологический процесс, физические и психические компоненты которого неразрывно связаны, и у здорового человека синхронизированы по определенным закономерностям.

Нарушения синхронности созревания отдельных структур личности приводят к различным вариантам болезненных состояний, входящих в группу психогенных расстройств (от реактивных состояний до психопатий).

Между реактивными состояниями в широком смысле слова и психопатиями имеется большое количество переходных или промежуточных форм, в формировании которых роль внутренних и внешних факторов различна.

Внешние травмирующие обстоятельства могут в этих случаях задерживать развитие и тем самым создавать биологическую основу асинхронии созревания. Последние в дальнейшем при взаимодействии с окружающей средой приведут к различным вариантам психогенных заболеваний.

Валон, Пиаже и Г.К. Ушаков считают, что в ходе психического развития можно выделить этап *от 7 до 11 лет*.

Г.К. Ушаков называет его *аффективным этапом развития психики ребенка* и считает, что этот период характеризуется неопределенным эклектическим характером мысли, обобщенностью, эффективностью как оценки окружающего, так и себя, значительной эмоциональной живостью.

Преобладающий характер слагающихся у ребенка представлений о действительности определяет и направленность возникающих в этот период *аффективных реакций протеста, негативизма, демонстративного поведения, излишней аффектации или молчаливости*.

Для этого возраста не характерны депрессивные состояния, чаще могут наблюдаться *аффективная лабильность, элементы демонстративности*, т.е. такие особенности поведения, которые участвуют в формировании *истерических расстройств*.

Различные вредные факторы, воздействующие на ребенка в период аффективного этапа развития психики, нарушают дальнейшее гармоничное развитие личности, создавая определенную недостаточность аффективных структур. От того, насколько глубоки нарушения в формировании личности, будут зависеть и особенности, и ее устойчивость к воздействиям внешней среды.

Как показывают исследования, задержка развития аффективных структур личности создает ту специфику личности, при которой облегчается возникновение истерических расстройств (*от истерических психозов до отдельных истерических реакций*).

Задержке психического развития у детей в возрасте до 10—12 лет могут способствовать *тяжелые соматические заболевания с длительным пребыванием в больничных условиях*.

Имеют значение и *психотравмирующие ситуации*, которые ребенок переживает в указанном возрасте, причем задержке развития и асинхронии способствуют и те психические травмы, которые у ребенка не вызвали болезненного состояния, но, как оказывается в последующем, нарушили синхронное формирование структур личности.

Часто задержке психического развития на аффективном этапе способствуют *неправильные, уродливые формы воспитания по типу «кумира семьи»* (когда у ребенка не вырабатываются положительные установки на преодоление трудностей и культивируется сознание собственной исключительности).

Задержка психического развития может возникнуть *при воспитании в условиях неполной семьи, при постоянных конфликтах между родителями.*

В связи с этим профилактика психогенных расстройств предусматривает целенаправленную борьбу за правильное воспитание ребенка.

В возрасте *от 12 до 16 лет* у ребенка появляются ложные суждения не только на основании конкретных фактов действительности, но и широкого оперирования абстрактными категориями, возникает способность построения абстрактных концепций и гипотезы на будущее.

Психические травмы, пережитые ребенком в этом возрасте, могут вызывать *нарушение в синхронном развитии эмоциональных и интеллектуальных структур личности.* В этих случаях нарушается гармоничное развитие идеаторных функций, которые утрачивают связь с реальными эмоционально заряженными событиями настоящего. Интеллектуальная деятельность может приобрести некоторую отрешенность от реальности, склонность к отвлеченности и абстрактности.

Асинхронному формированию личности могут способствовать *неправильные формы воспитания и прежде всего «гиперопека»*, которая приводит к появлению у ребенка тормозимых черт характера, неуверенности и нерешительности в дальнейшем, отсутствию инициативы и затруднению контактов с окружающими.

Психические травмы, перенесенные в этом возрасте, могут не вызвать каких-либо болезненных симптомов, но нарушить дальнейшее синхронное развитие личности, которая в будущем окажется очень ранимой и подверженной возникновению психогенных заболеваний, чаще типа *навязчивых страхов, депрессий и астенических нарушений.*

Различные внешние вредные факторы могут привести к задержке психического развития и на более поздних стадиях его формирования. В этих случаях у *взрослых* наблюдаются некоторые качества личности, свойственные определенным возрастным группам, такие, как *бескомпромиссность, категоричность суждений, прямолинейность, аффективная насыщенность переживаний, свойственная подросткам и юношам.*

Сохранение этих качеств в зрелом возрасте создает трудности в общении с окружающими, конфликты и психотравмирующие ситуации. Наряду с перечисленными особенностями эти лица часто аффективную насыщенность переживаний стремятся скрывать от окружающих, *«подавлять эмоциональные реакции», «задерживают эмоции».* Эти качества личности также представляют собой результат *задержки психического развития.*

### 3. Психосоматические болезни

При длительных отрицательных эмоциях происходит потенцирование, усиление какого-то вегетативного пути. Этот путь перевозбуждается и появляется *гипертензивное состояние сосудов, или спастическое состояние кишечника, или дерматозы.*

*Характер вегетативных расстройств зависит от истории развития данного индивидуума. П.К. Анохин считает это ключом*

- к пониманию соматических нарушений, возникающих в длительной психотравмирующей обстановке,
- пониманию так называемых **психосоматических болезней**: гипертонической болезни, язвенной болезни, спастического и язвенного колита, некоторых кожных заболеваний (нейродерматиты и др.).

Как показали исследования, *соматические проявления психогенных расстройств* наиболее часто возникают у *определенных личностей*:

- прямолинейных и ригидных, бескомпромиссных,
- следующих формально «долгу и правилам»,
- не умеющих проявить гибкость и более дифференцированную оценку ситуации, особенно в будущем.

Наряду с указанными качествами им свойственна *чрезмерно аффективная заряженность переживаний.*

*Конфликты и психотравмирующие (стрессовые) ситуации*, в создании которых определенную роль играют и качества личности больных, приводят к возникновению у них *соматических нарушений в виде гипертонической болезни, язвенной болезни и др.*, которые в свою очередь способствуют нарастанию *изменений личности и появлению неврозоподобных расстройств и затруднению контактов с окружающими.*

**Психосоматическое направление в медицине** появилось как реакция на локалистическое метафизическое представление о болезни, возникающей как результат поражения отдельного органа, без учета изменений деятельности всего организма в целом.

*Психосоматическая концепция* явилась попыткой изучить во взаимосвязи течение психических и соматических процессов и тем самым объединить медикаментозную терапию и психотерапию.

Известно, что для любого заболевания характерны психические нарушения, но при одних соматических заболеваниях они играют этиопатогенетическую роль, а при других, не являясь этиологическим фактором, как бы готовят почву для возникновения соматического заболевания.

Часто создается *порочный круг*, когда нервно-психические нарушения приводят к усложнению и утяжелению течения соматических заболеваний, а последние способствуют нарастанию первых.

Еще И.М. Сеченов писал, что *больной, страдающий язвой желудка, должен иметь свою собственную психологию.*

Клиническое представление о *роли отрицательных эмоциональных переживаний в возникновении некоторых соматических заболеваний* получило в настоящее время экспериментальное объяснение.

Установлено, что стимуляция «системой наказания» гипоталамуса сопровождается активизацией структур раздражения, гиперфункция которых вызывает у животных язвы желудка, артериальную гипертензию, инфаркты миокарда, трофические расстройства. К аналогичным результатам приводила и *экспериментальная невротизация животных.*

Экспериментальными исследованиями показано, что *важнейшим патогенетическим звеном висцеральных расстройств является изменение функционального состояния промежуточного мозга,*

- регулирующего нейрогуморальные процессы в организме,
- контролирующего вегетативные, гормональные и висцеральные функции и
- тесно связанного с железами внутренней секреции.

Особую роль в этой регуляции играет *гипоталамус*, который является своеобразным «переключателем» эмоциогенных и соматогенных влияний.

*Гипофиз* должен рассматриваться как один из важнейших элементов системы, обеспечивающей психосоматическое единство.

Часто наблюдаемое сходство между психогенными и соматогенными расстройствами объясняется тем обстоятельством, что *ретикулогипоталамические образования* участвуют в интегративных ответных реакциях организма на различные стрессовые ситуации как эмоциональные, так и соматические.

Одним из трудных и нерешенных вопросов психосоматического направления является *избирательность психического воздействия на тот или иной орган.*

А. Л. Мясников подчеркивал, что *одно из основных профилактических мероприятий гипертонической болезни* заключается в воспитании определенных качеств личности, умении понимать и более широко оценивать ситуацию, видеть в ней такие моменты, которые способствуют положительным эмоциям.

В *профилактике психических заболеваний*, кроме мероприятий, направленных на правильное гармоничное воспитание подрастающего поколения, большое значение имеет *профилактическая работа по борьбе с привычным пьянством и алкоголизмом*, раннее выявление и лечение болезни в тот период, когда изменения личности не столь значительны и терапия оказывается наиболее эффективной.

Особое значение имеет *профилактика рецидивов и обострений психической болезни (третичная профилактика)*, а также борьба с затяжными вариантами, особенно психогенных расстройств.



#### 4. Реабилитация и ресоциализация

Большую роль играют мероприятия, направленные на восстановление здоровья и трудоспособности больного, которые принято называть *реабилитацией*.

Это обозначает и возвращение к жизни, возвращение в общество, т.е. *ресоциализацию*.

*Реабилитация* имеет не только конечную цель — восстановление личного и социального статуса больного (полное или частичное). Это — процесс, ускоряющий саногенез, имеющий свои нейрофизиологические и психологические параметры, и метод подхода к больному человеку, характеризующийся принципами апелляции к личности больного, партнерство его с врачом в реализации целей реабилитации, разносторонности усилий, направленных на разные сферы жизнедеятельности больного и на изменение его отношения к себе и к своей болезни (Кабанов М.М., 1979).

*Задача реабилитации* заключается в том, чтобы с помощью сохранившихся способностей и функций поврежденного болезнью органа путем использования и тренировки этих функций приспособить больного к прежним или изменившимся условиям труда и быта.

*Успех реабилитации* зависит от того, насколько адекватно будут учтены функции и способности, которые сохранились у данного человека, и именно на них необходимо опираться в процессе реабилитации.

О *медицинской реабилитации* говорят в тех случаях, когда при помощи лекарственных средств, психотерапии, физиотерапевтических процедур, физкультуры, массажа и др. стремятся восстановить трудоспособность больного.

Под *профессиональной реабилитацией* понимают стремление использовать сохранившуюся трудоспособность, приспособить больного к прежнему или иному (менее сложному) виду трудовой деятельности.

*Социальная реадaptация* — создание соответствующих условий в семье (улучшение жилищных условий, материальное обеспечение), восстановление утраченных контактов с окружающими, которые дают возможность больному вернуться в общество, т.е. приводят к восстановлению его общественного положения.

В результате болезни может остаться более или менее выраженный дефект. Принято выделять *две формы его компенсации*:

- высокий уровень компенсации (активное преодоление дефекта),
- низкий уровень (приспособление к дефекту).

*Уровень компенсации зависит от*

- самого дефекта,
- особенностей личности больного,
- психотерапевтической работы с ним,
- умения врача найти контакты с больным и создать новую жизненную доминанту.

М.М. Кабанов, учитывая, что в литературе существует большое количество терминов, используемых для обозначения задач по социальному и трудовому восстановлению больных, для унификации и предупреждения смешения понятия предложил пользоваться термином **«ресоциализация»** (предложение касается душевнобольных, но с успехом может применяться и в общей медицине).

*Этапами ресоциализации являются:*

- восстановительная терапия,
- реадаптация и
- собственно ресоциализация.

Восстановительная терапия направлена на предупреждение дефекта.

Рееадаптация имеет своей **целью** приспособление больного к условиям среды.

**Рееабилитация** заключается в комплексе усилий, направленных на восстановление социальных связей больного и его индивидуальной и общественной ценности.

*Рееабилитация* требует большого напряжения воли и врача, и больного.

Наиболее *сложной психологической проблемой* для больного является состояние, которое возникает в связи с болезнью или травмой.

Нередко именно *психогенная реакция* больного на дефект вызывает большую потерю трудоспособности, чем сам дефект. Не каждый больной может легко смириться с дефектом, привыкнуть к нему, найти для себя пути компенсации.

Для *успешной работы с такими больными* необходимо использовать все виды психического воздействия: книги, журналы, кино, психотерапевтические беседы.

При этом *крайне необходимо учитывать* возможности больного, его интересы, интеллектуальный уровень и жизненную установку.

## ЛЕКЦИЯ 6. ОСНОВЫ ПСИХОТЕРАПИИ

1. Понятие психотерапии
2. Общая и частная психотерапия
3. Варианты психотерапевтического воздействия на больного

### 1. Понятие психотерапии

**Психотерапия** (от греческого слова *psyche* — душа, дух, сознание и *therapeia* — лечение) — целенаправленное использование психических воздействий для лечения болезней.

Психотерапию принято рассматривать как привлечение врачом всех возможностей лечебного влияния на больного, воздействуя через его эмоциональные реакции, используя интеллектуальные возможности и условнорефлекторные связи. Иными словами, *в каждое лечебное воздействие необходимо включать и психотерапевтический компонент.*

Наряду с этим существует *психотерапия как самостоятельный метод лечения*, и роль ее в общей системе терапевтических мероприятий бывает различна.

- При некоторых заболеваниях ей принадлежит решающая, ведущая роль (так, например, при истерическом неврозе),
- при других заболеваниях психотерапевтическим методом пользуются для того, чтобы облегчить состояние больного, для устранения невротических наслоений, отягощающих картину болезни.

Некоторые авторы рассматривают *психотерапию как «обучение» больного*, выражающееся в обучении больного вести себя соответствующим образом в определенной ситуации и уметь управлять своими вегетативными и эмоциональными реакциями, но не этому процессу обучения принадлежит решающая роль в психотерапии.

*Психотерапевтическое воздействие* оказывают на больного поведение врача, беседа о характере заболевания, особенностях и течении, рекомендации режима и лекарств, труда и отдыха.

Все это будет обладать психотерапевтическим свойством только в том случае, если поведение врача подчинено *единой цели психотерапевтического воздействия, стремлению внушить всеми средствами больному надежду на полное выздоровление.*

С глубокой древности известны случаи влияния некоторых лиц на психическое состояние других людей. Лечение ряда болезней *жрецами храмов*, «лечебный эффект» от заговоров, от «священных танцев» *шаманов основаны на воздействии на психику по механизмам внушения.*

### ***При проведении психотерапии врач***

- оказывает влияние на личность больного,
- стремится изменить в ней те реакции, которые способствовали возникновению болезни или закреплению болезненных проявлений.

*Характерологические особенности больного и клинические проявления болезни* определяют те задачи, которые стоят перед психотерапевтом и поэтому требуют индивидуального подхода в каждом отдельном случае.

***Психотерапевтическая работа определяется и этапом развития болезни.***

- Так, в начале невроза и, в частности, при неврастении целесообразна успокаивающая, щадящая терапия, а
- в более поздние сроки — активизирующая.

С древности сохранилось выражение, что ***медицина держится на трех китах: ноже, траве и слове***, т.е. за словом с древних времен признавалась такая же сила, как и за ножом хирурга.

В медицинском папирусе Эберс (XVI век до н.э.) вместе с 900 прописями целебных снадобий и зелий приводятся слова заклинаний, которые необходимо произносить прикладывая лекарства к больным членам. Представляет интерес содержание заклинаний: *«Помоги! Иди и изгони то, что находится в моем сердце и моих членах! Заклинания благотворны в сопровождении лекарств и лекарства благотворны в сопровождении заклинаний»* (цит. по В.Е. Рожнову).

Научно объяснить психические методы лечения попытался венский врач А. Месмер в конце XVII века. Психическое воздействие он объяснил действием *«магнетического флюида»* — особой жидкости, как бы разлитой во вселенной и обладающей способностью передаваться от одного лица к другому.

Развитие *психотерапии как научно обоснованного метода* начинается с XIX века и связано с именами В. А. Манассеина, С.П. Боткина, Г.А. Захарьина, С.С. Корсакова, Левенфельда, Мебиуса, которые высказывали мнение о возможности психических воздействий при лечении различных заболеваний.

В дальнейшем психотерапия развивалась в тесной зависимости от изучения гипноза.

***Гипноз*** — греческое слово, означающее сон. Название это предложено английским хирургом Джеймсом Бредом в 1843 году. и прочно вошло в медицинскую практику.

Огромный вклад в развитие отечественной и мировой психотерапии внесли труды И.П. Павлова, его учеников и последователей. Раскрыв физиологические механизмы сна, переходных состояний и гипноза, И.П. Павлов дал научное объяснение всем явлениям, которые веками считались таинственными и загадочными. Учение И. П. Павлова о сигнальных системах, физиологической силе слова и внушения стало *основой для научной психотерапии.*

## 2. Общая и частная психотерапия

**Принято разделять психотерапию на**

- 1) общую и
- 2) частную, или специальную.

Под **психотерапией в широком смысле слова**, или под **общей психотерапией**, понимают весь комплекс психических факторов воздействия на больного любого профиля с целью повышения его сил в борьбе с болезнью, создания вокруг него охранительно-восстановительного режима, исключающего психическую травматизацию.

В этих случаях психотерапия служит вспомогательным средством и необходима в любом лечебном учреждении.

**Специальную, или частную, психотерапию** применяют в клинике таких заболеваний, при которых психические методы составляют основное лечение, которое использует врач.

*Психотерапия, воздействуя на психику больного, способствует*

- урегулированию нарушенной динамики и
- более благоприятному протеканию всех нервных и психических процессов.

В.Н. Мясищев считает, что **для успеха психотерапии требуется перестройка отношения больного**

- к сложившимся обстоятельствам,
- к окружающим,
- к своей болезни и болезненным проявлениям.

При этом *должна учитываться возможность перестройки побуждений больного, направленности его интересов и форм поведения*. Так, например проводя *психотерапию с больной реактивной депрессией* после смерти мужа, необходимо, создавая новую жизненную доминанту, учитывать реальные возможности и привязанности больной. Рекомендации должны быть адекватны и учитывать все стороны ее жизни.

**Психотерапия** — лечебное мероприятие, воздействующее на вторую сигнальную систему, а через нее и на весь организм больного. Но психотерапия — это не только *воздействие словом*, хотя слово — самый важный компонент этого воздействия. Имеет значение *мимика врача, его поведение, интонация голоса, а также обстановка, в которой больной слышит слова врача*.

- Установлено, что слово подкрепляет влияние несловесных факторов, и оно может терять силу, если не находит подкрепления в предыдущем опыте человека.
- Убедительные слова врача не будут достигать желаемого эффекта, если они противоречат основным убеждениям и позициям личности.
- Большое значение для успеха психотерапии имеет правильный выбор наиболее нужных и действенных слов.

- Слово обозначает не только предмет, действие, качество, но выражает отношение говорящего и вызывает те или иные эмоции, может побуждать к деятельности или предотвращать ее.

Е.А. Гиляровский, крупнейший советский психиатр, писал, что *тот, кто хочет реально помочь в каких бы то ни было душевных состояниях,*

- должен исчерпывающе изучить их тяжелые формы в ежедневном наблюдении и ежедневной клинической работе;
- должен сжиться с основными положениями психиатрии, т.е. приобрести тот опыт, который никогда нельзя достичь теоретической подготовкой.

### **3. Варианты психотерапевтического воздействия на больного**

Принято выделять следующие *варианты психотерапевтического воздействия на больного:*

- 1) психотерапевтическое убеждение,
- 2) внушение в бодрствующем состоянии,
- 3) гипнотерапия,
- 4) аутогенная тренировка.

#### ***3.1. Психотерапевтическое убеждение***

Этот метод *наиболее способствует* установлению контакта врача с больным, *создает* систему их взаимоотношений, оказывающую воздействие на эмоциональную сторону деятельности, на интеллект и личность больного в целом.

Такое воздействие *может подготовить* больного к разумной переработке всего сказанного врачом, способствовать усвоению его слов.

Пользуясь методом психотерапевтического убеждения, *врач может воздействовать*

- не только на представления и взгляды больного на болезнь,
- но и оказать влияние на качества личности.

В этом влиянии *врач может использовать критику поведения больного*, его неадекватную оценку ситуации и окружающих, но критика не должна оскорблять и унижать больного. *Он всегда должен чувствовать, что врач*

- понимает его затруднения,
- сочувствует и испытывает к нему уважение, стремление помочь.

Неправильное представление о болезни, взаимоотношениях с окружающими, нормах поведения формируется у человека годами и для его изменения требуется *многократное разубеждение*.

- Аргументы, приводимые врачом, должны быть понятны больному.

- Убеждая больного изменить сложившуюся ситуацию, необходимо учитывать его реальные возможности, жизненные установки, представление о морали и др.
- Беседа, проводимая с больным, должна вызывать у него эмоциональную реакцию, содержать элемент внушения, должна быть направлена на активное стимулирование и перестройку поведения.

Пользуясь этим методом, врач в доступной для больного форме может сообщить о причинах болезни, механизмах возникновения болезненных симптомов. Для наглядности рекомендуется использовать рисунки, таблицы, графики, приводить примеры из жизни и литературы, но всегда необходимо учитывать *принцип посильности и доступности для больного тех фактов, которые сообщаются.*

Если врач использует неизвестный термин или говорит о непонятных закономерностях, то больной может не спросить, что это значит, боясь показать свою неграмотность или некультурность.

*Разговоры, недостаточно понятные больному, вместо пользы обычно причиняют вред, так как больной, аффективно настроенный к болезни, склонен оценивать непонятные слова врача не в свою пользу.*

Так, например, у одного больного появились неприятные ощущения в языке, кончик его был «как перцем обсыпан» и край языка терся о зубы. Больной обратился к стоматологу с указанными жалобами и с подозрением, не рак ли у него. Врач внимательно осмотрел больного, а затем долго и непонятно говорил о механизмах возникновения глоссалгии (так называется эта болезнь языка), употребляя непонятные термины, а затем записал у себя в тетради «санус». Больной поспешил уйти, подавленный этой непонятной ему беседой, он постеснялся, а возможно, и побоялся (узнать страшный диагноз) спросить, что же значит это слово. Вначале заподозрил, а затем пришел к выводу, что врач говорил неопределенно и загадочно, так как хотел скрыть от него истинное положение дел и грозный диагноз рака языка. Депрессия нарастала, целые дни лежал в постели, перестал ходить на работу, отказывался от еды, ждал смерти. В таком состоянии был проконсультирован психиатром, которому удалось выявить причину его депрессивного состояния.

Вариантом психотерапии в бодрствующем состоянии является так называемая **функциональная тренировка**.

При лечении больных, которые, например, боятся выходить на улицу из-за страха, что что-то случится с сердцем или они могут внезапно умереть, применяют сложную систему тренировок.

Постепенно расширяя участок, на котором больной решается совершать прогулки, врач убеждает больного, совершая с ним вместе или давая ему задание пройти или проехать определенный отрезок пути. При дальнейшей работе используются достигнутые успехи и на них строится усложнение заданий. Эти тренировки следует рассматривать как *активирующую и стимулирующую психотерапию*, основной задачей которой

является восстановление потерянной больным активности, способности к полноценной активной жизни, что всегда связано с правильной оценкой человеком своих возможностей.

*Психотерапевтическая тренировка* оказывает непосредственное воздействие на нервную динамику, перестройку отношения больного к тренируемым функциям, к себе в целом.

### **3.2. Внушение в бодрствующем состоянии**

При этом методе психотерапевтического воздействия всегда имеется элемент убеждения, но *решающая роль принадлежит именно внушению*.

При некоторых истерических расстройствах (мутизме, блефароспазме, параличах, припадках) можно получить терапевтический эффект (однократный), осуществляя внушение в виде приказа «*Откройте глаза! Вы можете все хорошо видеть!*» (при истерическом блефароспазме).

*Успех лечения зависит от*

- особенностей личности больного (имеет значение повышения внушаемость),
- подготовленности его к такой беседе,
- авторитета врача,
- веры в него больного.

### **3.3. Гипнотерапия**

В настоящее время для вызывания гипнотического сна используют

- метод словесного внушения и иногда
- фиксации взора на блестящем предмете, в последующем для большего эффекта стали применять
- монотонные однообразные раздражители, воздействующие на зрительный, слуховой и тактильный анализаторы.

**Гипноз** — переходное состояние между сном и бодрствованием, частичный сон, при котором между врачом и больным сохраняется речевая связь — раппорт (от французского слова rapport — связь).

*Лечебное воздействие гипнотического состояния,*

- с одной стороны, может проявляться в виде частичного сна, который оказывает успокаивающее и охранительное действие,
- с другой — у больного повышается внушаемость и тогда слово врача приобретает неодолимое значение.

**Внушение** (suggestio) — целенаправленное словесное воздействие на психику больного с терапевтической целью.

*Выделяют внушение*

- прямое и
- косвенное.

**Прямое словесное** внушение содержит непосредственное указание, что болезненные симптомы исчезнут после внушения.



**Косвенное внушение** заключается в том, что больному внушается особое значение какого-то фактора, после воздействия которого наступит улучшение состояния.

Так, например, больному внушается, что после определенной процедуры у него появятся движения в руке (при *истерическом параличе*).

*Перед проведением гипнотического внушения* необходимо провести с больным беседу и в доступных выражениях объяснить сущность гипноза, что это искусственно вызванный, внушенный своеобразный сон, во время которого резко усиливается восприимчивость больного к словам врача.

- Необходимо объяснить больному, что это полезный лечебный прием, во время которого врач все время поддерживает с больным связь через раппорт.
- Врач должен предупредить больного, что у всех людей наблюдается внушаемость, которая в зависимости от особенностей нервной системы может быть различной.
- Необходимо подчеркнуть, что в состоянии гипноза внушаемость значительно повышается, поэтому слова врача, услышанные в гипнозе, оказывают на больного более сильное и длительное действие.
- Больной должен понять, что глубина гипнотического сна не имеет значения и не определяет эффективности лечения, и он должен слушать слова врача, проводящего сеанс гипнотерапии, а не думать о глубине сна.
- Следует убедить больного в том, что гипноз — разновидность естественного сна и не только безвреден, но, как и естественный сон, способствует восстановлению сил и тонуса нервной системы, укрепляет волю и веру в выздоровление и поэтому только полезен.

*Внушенный сон* отличается от естественного не только способом вызывания, но и тем, что сохраняется речевая связь с врачом.

Эта речевая связь — раппорт, обеспечивает не только речевой контакт больного с врачом, но и реализацию словесных внушений.

*При утрате раппорта*, когда торможение распространяется по всей коре, гипнотический сон переходит в естественный.

Не у всех больных в первых сеансах гипнотерапии врач достигает более или менее глубокого гипнотического сна. *Учитывая это врач должен придерживаться определенной тактики.*

- На первом сеансе врач старается погрузить больного в состояние покоя, дремоты, вызвать у него успокоение. Внушение в это время проводится в плане ободряющих и успокаивающих бесед, внушается надежда на выздоровление и только в последующих беседах врач касается непосредственно причин болезни.
- Иногда при наличии у больного истерического моносимптома, такого, как блефароспазм, астетизия-абазия, мутизм и др., врач

может при первом сеансе попытаться снять это расстройство; если ему это удастся, то последующий терапевтический эффект, как правило, бывает обеспечен.

- Содержание внушения в состоянии гипноза врачу предварительно следует продумать, формула внушения должна содержать понятные, доступные для больного слова и выражения, а также соответствовать форме болезни и конкретной ситуации.
- При внушении улучшения состояния, исчезновения болезненных симптомов врач не имеет права использовать расплывчатые неконкретные выражения наподобие таких, как: «после выздоровления Вы не будете испытывать страха», «у Вас не будет бессонницы» и др. Формула внушения всегда должна содержать утверждение, а не отрицание.

Каждый сеанс гипнотического воздействия должен состоять из трех частей, или, точнее, из *трех этапов*: усыпление, внушение и дегипнотизация.

Длительность каждого сеанса составляет 30-40 минут.

В.Е. Рожнов предлагает проводить так называемый *удлиненный метод гипнотерапии* до 1,5-2 часов, считая, что продолжительное пребывание в состоянии гипнотического сна повышает его эффективность.

*Коллективная гипнотерапия* была предложена В.М. Бехтеревым. При коллективной гипнотерапии *усиливается внушаемость за счет взаимного внушения и раздражения*.

Это необходимо учитывать при подборе группы для проведения коллективной гипнотерапии.

Желательно, чтобы среди больных были *высокогипнабельные и выздоравливающие*, которые бы оказывали на остальных положительное влияние.

Применение коллективной гипнотерапии дает возможность реализовать *лечебные внушения многим больным во время одного сеанса*. Этот вид психотерапии широко используется и в амбулаторной практике.

### **3.4. Аутогенная тренировка**

*Аутогенная тренировка* (аутогенный — самородный, самостоятельно происходящий) — метод, предложенный немецким психотерапевтом Иоганном Шульцем, имеет некоторые общие предпосылки с методами, которыми пользовались еще в древности йоги.

Принцип метода заключается в том, что *специальными упражнениями больной обучается вызывать у себя ощущение тяжести, тепла в руке, сердцебиение или изменение частоты дыхания*.

Эти упражнения направлены на то, чтобы *переключить болезненные симптомы на регулируемые вегетативные функции*.

Занятия проводятся коллективно, по 4-10 человек в группе.

*До начала тренировок врач*

- проводит разъяснительную беседу,
- рассказывает об особенностях вегетативной нервной системы, ее роли в жизни человека,
- в популярной, доступной форме дается объяснение особенностям двигательных реакций и состояния мышечного тонуса в зависимости от настроения,
- приводит примеры мышечного напряжения при различных эмоциональных состояниях.

Управлять некоторыми вегетативными функциями больной должен научиться в процессе аутогенной тренировки.

Аутогенная тренировка требует длительной работы с больными, так как на овладение одним упражнением необходимо 2 недели.

Врач встречается с больными 2 раза в неделю, чтобы проверить, как идет отработка упражнений, разъясняет новые упражнения.

Больной должен самостоятельно проводить по три занятия в день.

Только после того, как больной овладеет указанными шестью упражнениями, можно переходить к направленному самовнушению против болезненных расстройств. *Эффект обычно достигается после многомесячных домашних тренировок.*

**Высшая ступень** тренировки помогает больному управлять своими душевными переживаниями. Эти упражнения направлены на вызывание состояния со способностью к произвольной яркой визуализации представлений, эмоционально значимых, прямо или символически отражающих драму больного, позволяющих ему найти или уловить «не понятное ранее прозрение». Эти упражнения, близкие к психоанализу, не нашли широкого терапевтического применения.

*Аутогенная тренировка показана в тех случаях,*

- когда необходимо научить быстро истощающегося больного восстанавливать работоспособность, уменьшать или снимать душевное напряжение, функциональные расстройства внутренних органов,
- когда надо научить больного владеть собой.

Этот вид психотерапии применяется *при заикании, нейродермитах, сексуальных расстройствах, для обезболивания родов, устранения или смягчения пред- и послеоперационных эмоциональных наслоений.*

С большой осторожностью указанный метод лечения должен применяться *при истерических невротических состояниях у истерических психопатических личностей.*

*Аутогенная тренировка относится к активизирующей психотерапии, так как*

- позволяет больному проявлять активность в борьбе с заболеванием,
- дает возможность убедиться в своих возможностях.

## ГЛАВА III. ЧАСТНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

### ЛЕКЦИЯ 7. ПСИХИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ И МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

1. Проблема психопатологии в обществе и медицине
2. Врач общего профиля и психически больной
3. Психологические проблемы при острых психотических состояниях
4. Особенности работы врача с больными алкоголизмом
5. Психология больного шизофренией
6. Психология больного эпилепсией
7. Психология пожилых людей

#### 1. Проблема психопатологии в обществе и медицине

Несмотря на значительные достижения медицины и психиатрии, в населении, и не только в населении, но и среди студентов-медиков, сохраняются предрассудки о психиатрических больницах, психических болезнях и о позоре, который сопровождает обращение к психиатру.

Проблема психического здоровья волнует психиатров всех стран мира и большая роль в развитии психиатрии и правильном отношении к ней принадлежит борьбе с еще существующими предрассудками, преубеждениями и устаревшими взглядами.

В 1963 году крупнейший советский психиатр О.В. Кербиков (1907 — 1965) писал: *«Еще недавно на психические болезни смотрели как на что-то таинственное и вместе с тем безнадежное. Да сами психиатры в глазах широкой публики люди со «странностями», готовыми у всех окружающих находить признаки психической ненормальности».*

Перед психиатром жизнь часто ставит много вопросов, которые тесно переплетаются с социально-политическими проблемами и судебно-правовыми сторонами деятельности того или иного человека.

При изучении психических заболеваний перед врачом неизбежно возникает вопрос о состоянии сознания больного в период нарушения психической деятельности.

С.С. Корсаков отмечал, что далеко не у всех душевнобольных сознание помрачено. Есть значительная часть больных, у которых сознание вполне ясно; они могут отдавать себе отчет в окружающем, как и обыкновенный бодрствующий человек. *«Правда, в очень многих случаях такого ясного сознания все-таки наблюдаются некоторые недостатки его, но эти недостатки не носят характера общей недостаточности сознательности, а недостаточности частичной. Одно из частых проявлений такого рода есть „неосознавание больными своей болезни“».*

В связи с этим оценка состояния сознания при психических заболеваниях будет неполной без учета «сознания болезни».

Е.К. Краснушкин писал, что *«коренным отличием психики соматически больного от психически больного является наличие сознания болезни у первого и отсутствие у второго. При истинных психозах сознание болезни может сохраняться обычно при легких проявлениях их или только в самом начале заболевания».*

Е.К. Краснушкин подчеркивал, что *при психических заболеваниях отсутствие сознания болезни обусловлено разными причинами. Так,*

- при прогрессивном параличе — это следствие нарастающей слабости интеллекта, поражающей в первую очередь критическую самооценку больного,
- при маниакальном состоянии маниакально-депрессивного психоза — повышенный тонус всей психической и физической сферы личности,
- в далеко зашедших стадиях шизофрении — так называемая эмоциональная тупость.

Если перед врачом-терапевтом или другим специалистом только при *проведении экспертизы (трудовой и военной) ставится вопрос о том, болен человек или здоров,* то перед психиатром этот вопрос возникает значительно чаще. От ответа на него зависит

- поведение окружающих больного людей, врача,
- решение о насильственной госпитализации, об ответственности за совершенное правонарушение, о принудительном лечении.

В связи с особенностями проявления ряда психических расстройств, например, *паранойяльного бреда ревности, изобретательства, любовного бреда* и др., могут возникнуть большие трудности в оценке состояния, которые и влекут за собой *решение не менее сложных вопросов:*

- болен или не болен,
- если болен, то нуждается ли в насильственном стационарном лечении,
- возможно ли лекарственными средствами вмешиваться во взгляды больного на происходящие события, особенно в тех случаях, когда не удается сразу с определенностью доказать, что высказывания больного носят бредовый характер.

*Указанные вопросы приобретают еще большую значимость в тех случаях, когда*

- человек не считает себя больным, а
- его близкие не замечают неадекватных поступков и высказываний.

*Родственники больного могут недооценивать должным образом психическое заболевание по ряду причин.*

- Иногда это происходит вследствие недостаточного образования и низкого культурного уровня.
- У этих лиц отсутствуют представления о психических заболеваниях, и поэтому они не дают правильной оценки высказываниям и поведению больного.

*Разъяснительная работа* на доступном для них уровне может привести к желаемым результатам, родственники научатся правильно оценивать состояние и помогать лечению больного.

*Более сложная ситуация возникает, если родственники не понимают психического состояния своих близких.*

- В этих случаях вся лечебная помощь больному наряду с выдачей лекарств, контролем за их приемом и др. осуществляется работниками диспансера.
- Успех лечения в большей мере зависит от того, насколько хороший контакт устанавливается у больного с врачом и медицинской сестрой.

*У родственников при сообщении им о болезни близких людей иногда отмечается реакция протеста или «отрицания болезни». Они*

- игнорируют сам факт болезни,
- возмущаются, жалуются на врачей, если больной помещен в больницу,
- настаивают на выписке домой,
- протестуют против лечения,
- обращаются в различные инстанции и т. д.

*Нередко врачебные разъяснения о тяжелых последствиях или опасности заболевания приводят только к обратным результатам,*

- требованиям немедленной выписки из стационара, или, наоборот,
- беседы успокаивающие, смягчающие последствия и опасность заболевания изменяют отношение и поведение родственников.

Врачу приходится говорить родственникам: *«Хорошо, мы не настаиваем, что у больного опасное психическое заболевание, но вы видите, что у него расстроены нервы, он не спит, не может работать, тревожен, плаксив. Эти расстройства необходимо лечить, восстанавливать истощенную нервную систему, а когда наступит некоторое улучшение, мы будем решать вопрос о диагнозе и дальнейшем лечении».*

При такой постановке вопроса

- удается достичь желаемых результатов и
- получить согласие родственников на продолжение лечения.

Порой больные скрывают болезненные проявления (*диссимуляция*), родственники не видят депрессии и опасности суицидальных тенденций и, не оценивая состояния больных, начинают убеждать врача: *«Она это никогда не сделает, она такая хорошая мать».*

В этих случаях вопрос о выписке решается исходя из социальной опасности больного.

*Депрессивный больной представляет опасность*

- не только для себя, так как способен совершить самоубийство,
- но и для своих близких (детей, престарелых родителей) — может совершить расширенное самоубийство.

Поучителен в этом отношении следующий случай.

*Муж, вернувшись из командировки узнал, что его жена госпитализирована в психиатрическую больницу. В течение 2 недель он добивался ее выписки. Взял отпуск, чтобы дома ухаживать за ней. За это время состояние жены несколько улучшилось и, уступив настойчивым требованиям мужа, врач выписал больную на его попечение.*

*На следующий день жена попросила мужа сходить на рынок за свежими фруктами. За время отсутствия мужа она зарезала 7-летнюю дочь и себя.*

Это типичное расширенное самоубийство. У больной была депрессия с идеями греховности, самообвинения, чтобы избавиться от «мучений», которые «ждали ее и дочь», она совершила это общественно опасное действие

**Реакции отрицания болезни, протеста и оппозиции** могут наблюдаться у подростков и юношей при внезапном заболевании одного из родителей, особенно если госпитализация была насильственной в их присутствии.

В этих случаях в работе с подростками большое значение имеют *длительные психотерапевтические беседы.*

Помощь врачам диспансера могут оказать *учителя, товарищи, родственники.* Через них иногда удается воздействовать на состояние подростка, разъяснить причины болезни их близкого, добиться желаемых результатов.

*Среди родственников больных встречаются и такие, которые сами обнаруживают расстройства мышления и паранойяльную настроенность.*

При сообщении о болезни близких они не только доказывают обратное, но и собирают факты, находят свидетелей, которые, по их мнению, могут подтверждать психическое здоровье родственника, они обращаются в административные органы с жалобами на врачей, подчеркивая при этом, что родственника умышленно «делают сумасшедшим», хотят «упрятать» в психиатрическую больницу.

Это неправильное поведение и толкование состояния здоровья может быть обусловлено *острой психогенной реакцией* (чаще истерической) или *обострением психического заболевания* (шизофренией), которое протекало без грубых признаков болезни.

В связи с этим иногда приходится прибегать к госпитализации и родственников больных в психиатрические больницы.

Приведем пример.

*Больная А., 53 лет, машинистка. В 19 лет пережила психическую травму — гибель жениха. Вскоре сошлась с начальником по работе, чтобы иметь ребенка.*

*Однако после рождения ребенка никогда с ним не встречалась, поменяла работу, квартиру, одна воспитывала сына. С работой справлялась, была исполнительницей, требовательной, но формальной и малообщительной, не понимала шуток. Не ходила в гости к родным и*

сослуживцам, никого к себе не приглашала. В квартире конфликтовала с соседкой, считала, что она за ней следит и доносит ее руководству.

Получила новую квартиру, расположенную далеко от работы, долго сомневалась в том, стоит ли переезжать. Сын больной начал оборудовать квартиру, покупать вещи.

Постепенно А. стала тревожной, подавленной, еще более подозрительной, ничем не могла заниматься, испытывала неприятные ощущения в области сердца (сердцебиение, «замирание»), лечилась у терапевтов с диагнозом вегетососудистой дистонии.

Целые дни лежала в постели, не ела, так как не могла выйти на кухню из-за соседки. Особенно тягостное состояние было утром. В поликлинике казалось, что все на нее смотрят. Направление к психиатру восприняла как «козни соседки».

Сын, узнав, что А. направляют в психиатрическую больницу, стал уговаривать мать не ложиться туда, доказывая, что она здоровая. В приемном отделении сын больной А. внезапно проявил возбуждение, бросился бежать по территории, кричал матери, что им угрожает опасность, что это специально подстроено, что началась «проверка». Был госпитализирован. В последующем выяснилось, что у него уже около года нарастала психопатологическая симптоматика с идеями преследования, воздействия, синдромом Кандинского-Клерамбо.

По-видимому, изменения стереотипа (переезд на новую квартиру, переживания болезни матери с необходимостью ее госпитализации) способствовали обострению процессуального заболевания с расстройствами поведения.

## **2. Врач общего профиля и психически больной**

Перед врачом общего профиля во время контакта с психически больным возникает ряд задач, прежде всего связанных с выявлением симптомов заболевания, умение их правильно оценить и убедить пациента обратиться за помощью к психиатру.

В поликлинике или соматическом стационаре могут оказаться больные с проявлениями различных фобий, сверхценных идей, жалоб ипохондрического характера.

***Поведение и тактика врача при этом должны быть различны.***

*Ипохондрические жалобы* бывают ведущими у больных при циркулярной и невротической депрессии.

Эти больные часто свое подавленное настроение склонны объяснить плохим физическим состоянием. Целенаправленная беседа со стремлением выявить суточные колебания настроения, сезонность расстройств, связь их с ситуацией, особенности вегетативных нарушений помогают правильной квалификации этих симптомов.

Так, ранние утренние пробуждения с «невыносимой тоской» характерны для циркулярной депрессии, а пробуждение с большим трудом,



сопровождающимся слабостью и разбитостью,— для невротической депрессии.

При циркулярной депрессии, как правило, наблюдается повышение артериального давления, при невротической — гипотония.

У больного с циркулярной депрессией глаза «сухие», при невротической — выраженная слезливость.

Правильная оценка депрессивного состояния способствует **профилактике суицидов.**

Если при *невротической депрессии* угроза самоубийства невелика, то при *циркулярной депрессии* суицидальные мысли и тенденции возникают довольно часто, в связи с чем необходимо госпитализировать больного, так как в домашних условиях «самоубийство непредотвратимо».

Резкое похудание больных *циркулярной депрессией* и тревога в связи с этим могут направить исследование по ложному пути, создать условия для возникновения канцерофобии. Этому часто способствуют сложные, болезненные, неприятные процедуры обследования, проводимые без учета психического состояния больного.

Так, резкое похудание может навести врача на мысль о новообразовании, отсутствие менструации — о беременности или гинекологических заболеваниях, «предсердечная тоска» и неприятные ощущения в области сердца — об инфаркте миокарда.

*Больной В., 53 лет, хирург, был госпитализирован в терапевтическое отделение с подозрением на инфаркт миокарда. Диагноз не подтвердился, был выписан на работу. На следующий день рано утром пришел в операционную и нанес себе скальпелем тяжелое ранение в область сердца. Был вскоре обнаружен операционной медицинской сестрой, срочно оперирован и спасен.*

*В последующем он сообщил, что всю жизнь ему были свойственны колебания настроения. В 50 лет около месяца было состояние слабости, вялости, подавленности, но это совпало с отпуском и сослуживцы об этом не знали.*

*Незадолго до госпитализации в терапевтический стационар начали нарастать подавленность, неприятные ощущения в области сердца, боли за грудиной, сердцебиение. Наблюдались повышения артериального давления. Нарушился сон. В таком состоянии был госпитализирован. В отделении его окружали сослуживцы, проводили обследования, успокаивали, что он здоров. Жалобам не придавали значения, не обращали внимания на то, что похудел он на 10 кг. Никто с ним серьезно не разговаривал, не расспрашивал о состоянии, о настроении. Между тем он просыпался рано, «пересматривал» свою жизнь. Вспоминает, что «все хлопали по плечу, советовали не хандрить, шутили и уходили». Затем почувствовал, что окружающие относятся к нему недоброжелательно, считают симулянтом. Настоял на выписке, но чувствовал, что работать не может. Не видел выхода и совершил суицидальную попытку.*

В этом наблюдении вегетативно-сосудистые нарушения, характерные для *циркулярной депрессии*, были приняты врачами за *соматические расстройства*.

Никто не собрал у больного подробный анамнез, не расспросил о состоянии. На *циркулярную депрессию* указывали подавленность, ранние пробуждения, похудание, такие вегетативные симптомы, как сердцебиение, повышение артериального давления, «предсердечная тоска». Если бы эти характерные особенности были вовремя выявлены и правильно оценены, то можно бы предотвратить суицидальную попытку.

***Неправильная, ошибочная трактовка состояния больного*** ведет к неправильным дальнейшим действиям. Больных направляют на обследование в непрофильные стационары. Часто при детальном обследовании и соматическом лечении не наступает улучшения самочувствия. Наоборот, больной только убеждается в своей неизлечимости, при этом депрессия может углубляться и привести к отчаянию и *суицидальным действиям, которые в условиях соматической больницы непредотвратимы*.

В некоторых районах нашей страны иногда еще встречаются такие ***истерические расстройства***, как одержимость «икоткой».

«*Икотка*» — это имя живого существа, которое якобы по злой воле может вселяться в человека в виде мухи, комара, ящерицы, женщины, жить в нем и разговаривать его языком (И.И. Лукомский, М.Д. Урюпиин, В.В. Медведев).

Обычно это заболевание возникает у лиц с *недостаточным культурным уровнем, в местах, где господствуют суеверия*. Здесь большое значение имеет характер внушения, самовнушения и подражания. Возникновению заболевания способствуют *астенизирующие факторы* (психогении, алкоголизм, соматические страдания).

Врач должен отказаться от неправильного отношения к истерии, не смотреть на истерическое расстройство как на притворство, не требовать, чтобы больной перестал вести себя подобным образом.

***Истерическая реакция*** — это одна из форм (часто наименее приятная для окружающих) болезненного реагирования на внешние вредности, требующая соответствующего подхода, оценки и лечения.

- Помещение больного с истерическими расстройствами в общесоматический стационар в ряде случаев может способствовать фиксации отдельных симптомов (а при правильном подходе врача оказать и терапевтический эффект).
- При ипохондрических (канцерофобических и др.) состояниях госпитализация, как правило, приводит к ухудшению самочувствия и нарастанию страхов.

Вид тяжелых, умирающих больных, разговоры о болезни, обследования и лечебные мероприятия усиливают *беспокойство и озабоченность за свое здоровье*: больной не может спать, мечется в тревоге и страхе, требует дежурного врача, не отходит от медицинской сестры, так как

каждую минуту боится умереть. В этих случаях больной нуждается в незамедлительной консультации психиатра, и чем быстрее это будет сделано, тем быстрее он получит облегчение.

При разговоре с таким больным необходимо помнить, что *он должен слышать от врача убедительный ответ, что болезнь его не является опасной, что его жизни ничто не угрожает.*

В подтверждение этих слов врачу необходимо привести понятные больному аргументы своих доказательств. Никаких расплывчатых и неопределенных формулировок больной слышать не должен.

Даже *если болен врач-коллега*, то разговор с ним должен вестись как с больным, а все профессиональные разговоры и обсуждения диагностических сомнений откладываются до выздоровления.

Во время болезни меняется психология человека, в его сознании доминируют мысли о болезни, всегда аффективно насыщенные. В связи с этим большинство людей в той или иной степени утрачивают способность правильно оценивать сложившуюся ситуацию.

Если больной с *ипохондрической фобией* надеется услышать от врача, что болезнь его не смертельна, не опасна, то больной с *истерическими расстройствами* «желает» слышать, что он болен. Утверждение врача, что он здоров и должен «взять себя в руки», вызывает у него реакцию протеста, выражающуюся обычно в утяжелении вегетативных, соматических симптомов.

Перед врачом общего профиля (терапевт, хирург) стоит серьезная задача обоснования больному необходимости *консультации с психиатром*. При этом целесообразно сделать акцент на том, что соматическая болезнь ослабила нервную систему, в связи с чем появились нервные расстройства, такие, как нарушение сна, исчезновение аппетита, слезливость, раздражительность, тревоги и страхи и др., которые в свою очередь оказывают отрицательное влияние на течение соматической болезни и для успеха лечения необходимы совместные усилия и помощь специалиста другого профиля.

Больной должен понять, что иногда житейские неурядицы, нервное перенапряжение, переутомление могут вызвать болезнь, которая обусловлена психогенными факторами, а проявляется соматическими расстройствами, и для правильной оценки этих расстройств и лечения необходима консультация психиатра.

У больного с *психопатоподобным поведением*, которое нередко наблюдается при таких хронических соматических заболеваниях, как туберкулез, язвенная болезнь и др., имеется склонность к эксплозивным реакциям и грубым конфликтам.

Он *не должен воспринимать консультацию психиатра как наказание*, что, к сожалению, еще имеет место в стационарах. Врачи и медицинский персонал, утомленные необоснованными жалобами, раздражительностью и угрозами больного в их адрес, нередко принимают решение показать его психиатру, «пусть разберется». Эта консультация, как правило, не дает

желаемого результата и вместо пользы для больного приносит ему вред, так как в дальнейшем на длительное время формируется протест против любой психиатрической помощи, часто необходимой для реабилитации больного. Наблюдаются случаи, когда по соматическому состоянию больной мог бы продолжать свою трудовую деятельность, но фиксированные невротические симптомы и изменения характера, возникшие на почве длительной соматической болезни, делают его нетрудоспособным еще на многие месяцы.

### 3. Психологические проблемы при острых психотических состояниях

*Остро возникшее психотическое состояние*, обусловленное соматическим или иным заболеванием, как правило, сопровождается изменением сознания и такими продуктивными симптомами, как галлюцинации, бред, изменение поведения, нарушение ориентировки в окружающем.

*Под влиянием этих расстройств больной может*

- испытывать страхи,
- совершать неправильные поступки,
- стремиться куда-то бежать, от кого-то защищаться.

*В этом состоянии больной становится опасным для себя и окружающих, поэтому*

- необходима срочная консультация психиатра, а до его прихода
- требуется индивидуальный уход с постоянным неослабным вниманием за поведением больного.

Острые психозы, особенно интоксикационной природы, как правило, имеют свои предвестники, знание которых дает возможность своевременно распознавать болезнь и начать лечение.

В терапевтическом, инфекционном и хирургическом отделениях можно наблюдать острое *психотическое состояние с делириозным помрачением сознания*, которое нередко возникает у лиц, злоупотребляющих алкоголем.

- Предвестниками делириозного помрачения сознания могут быть расстройства сна, тревожное настроение, понижение порога ко всем раздражителям.
- Больные предъявляют жалобы на то, что им неудобно лежать, раздражает прикосновение белья, мешает свет.
- У некоторых перед засыпанием появляются наплывы необычных картин. Они говорят, что стоит только закрыть глаза, как появляются какие-то «рожи», страшные фигуры и др., вследствие чего больной боится закрыть глаза и уснуть, а если и засыпает, то сон у него поверхностный, с обилием неприятных сновидений.
- Часто больной утрачивает четкую границу сновидений и событий, происходящих наяву.

- Если врачу удастся выявить эти симптомы, то он может путем назначения соответствующей терапии смягчить или даже предупредить развитие продуктивных расстройств, предотвратить опасные последствия заболевания.
- Надо помнить, что не каждый больной склонен рассказать о своем состоянии, поэтому врач должен активно об этом расспрашивать, интересоваться характером сна, переживаний, содержанием сновидений.

**Первая встреча больного с психиатром** происходит в психиатрическом диспансере, в который больной обращается по направлению терапевта или невропатолога, а также после пребывания в психиатрической больнице.

От первого посещения диспансера зависит многое в дальнейшем отношении больного к врачам-специалистам. *Надо всегда учитывать, что больной*

- находится в состоянии тревожного ожидания и страха перед «сумасшествием»,
- испытывает стыд, что его направили в больницу для «умалишенных», что он «ненормальный».

Необходимо, чтобы больной с первого посещения понял, что лечение в диспансере или больнице не влечет само по себе лишение каких-либо прав и трудоспособности, не ставит больного вне общества и вне коллектива.

Больной может принимать лекарства и оставаться дома, получать лечение, приходя в дневной стационар, и возвращаться вечером домой в семью. *Только больные, опасные для себя и окружающих, нуждаются в немедленной и обязательной госпитализации в психиатрическую больницу.*

**При госпитализации следует придерживаться принципа «не обманывать больного»**, а приложить все усилия к тому, чтобы уговорить его.

*Только в исключительных случаях*, когда врачу становится ясно, что у больного имеется состояние измененного сознания (сумеречное, делириозное), агрессивное поведение и др., можно пойти на *госпитализацию с принуждением*.

#### **4. Особенности работы врача с больными алкоголизмом**

Работа с больными, страдающими алкоголизмом, вызывает большие затруднения. Это происходит, прежде всего, потому, что в населении еще живучи *предрассудки о безвредном действии спиртных напитков на человека*, что лечение от этого порока не приносит желаемых результатов, а в ряде случаев даже будто бы «разрушает организм».

Часто приходится сталкиваться с тем, что даже образованные люди не представляют, какие опасности таят в себе систематические приемы спиртного, не знают о существовании так называемого абстинентного

синдрома, который возникает не по «доброй воле» пьющего, а как результат психической и физической зависимости человека от алкоголя.

Границы между бытовым пьянством и хроническим алкоголизмом крайне расплывчаты, и поэтому *трудно уловить тот момент, когда приемы алкоголя из вредной привычки переходят в болезнь.*

Как показывают современные исследования, на ранних этапах развития алкогольной болезни не отмечаются психические расстройства, нет и синдрома похмелья, который считается формальным признаком хронического алкоголизма.

Однако при тщательном обследовании у многих больных уже в этом периоде обнаруживаются *сердечно-сосудистые нарушения* и, в особенности, изменения в органах пищеварения (*гепатиты, панкреатиты, язвенная болезнь, колиты* и др.).

К сожалению, эти изменения врачи не всегда связывают с регулярным употреблением алкоголя. При внимательном расспросе у таких больных удастся отметить и некоторые *астенические симптомы*, которые могут удерживаться в течение ряда дней после приема алкоголя.

Если алкоголь употребляется не систематически и не длительное время, то психические нарушения еще не приобретают выраженный характер, они возникают лишь на более поздних стадиях заболевания, когда формируется похмельный синдром.

Несмотря на массивную соматическую патологию, больные почти не предъявляют жалоб. Они *отрицают объективные признаки болезни*, ссылаются на авторитеты врачей, у которых они в прошлом наблюдались, на свое хорошее и превосходное самочувствие (явления *соматической анозогнозии*).

Довольно отчетливые астенические симптомы они объясняют второстепенными причинами: неурядицами на службе, в семье, перегрузками в работе и т. д.

Кроме астенических проявлений, наблюдаются еще и *заострения характерологических черт*. В семье и на работе часто возникают конфликты; больные становятся капризными, вздорными, несговорчивыми. У них снижается работоспособность, в чем они часто обвиняют своих близких, заявляя, что им не создают необходимых условий.

Отмеченные изменения в этом периоде сопровождаются явными *признаками хронической алкогольной интоксикации с обильными вегетативными расстройствами.*

Сформировавшийся **синдром похмелья** больные обычно отрицают, так как не считают себя «алкоголиками». В запущенных стадиях болезни возникают значительные трудности в госпитализации и лечении этих лиц в связи с тем, что они отрицают или игнорируют не только соматические, но и психические нарушения.

Отказ от воздержания потребления спиртных напитков или от проведения лечебно-реабилитационных мероприятий ведет к дальнейшему

*углублению аффективных и личностных расстройств.* Больные постоянно мрачны, подавлены, всем недовольны или беспечны, эйфоричны.

Появляются легкость в оценке своего состояния и ситуации, случаи асоциального поведения, частые запои с частичной или полной утратой трудоспособности, острые или затяжные алкогольные психозы, особенно после хирургических вмешательств или во время различных инфекционных и соматических заболеваний. Вот почему перед каждым врачом возникает *безотлагательная необходимость в раннем выявлении, профилактике и лечении лиц, злоупотребляющих алкоголем.*

## **5. Психология больного шизофренией**

Шизофрения — одно из наиболее распространенных психических заболеваний. Картина шизофрении крайне полиморфна, поэтому поведение врача зависит от того, какие клинические симптомы преобладают.

*Поведение больного, его реакция на происходящие события, на свое состояние зависят от особенностей психической деятельности на различных этапах развития болезни.*

- С одной стороны, изменение психической деятельности характеризуется такими продуктивными психотическими симптомами, как бред, галлюцинации, кататонические и аффективные нарушения,
- с другой — негативными, указывающими на более или менее выраженный дефект, недостаточность психических функций.

У больных шизофренией может наблюдаться такое расстройство ассоциативной деятельности, когда они не могут (независимо от их старания) собрать свои мысли для последовательного изложения жалоб. Больные при этом производят впечатление рассеянных, бестолковых, отвлеченных своими переживаниями. У них может наблюдаться ощущение измененности (неприятной или страшной) собственного «я» или окружающего мира, или взаимоотношений между «я» и миром (*деперсонализация, дереализация*).

Часто явления деперсонализации лежат в основе *кардиофобии*. Ощущение измененности, возникшее внезапно, нередко сопровождается сердцебиением, дурнотой, потливостью, жалобами на страх «за сердце». Эту конкретную жалобу больному легче высказать, чем сообщить врачу об ощущении измененности и отчуждения.

*Ощущение измененности* обычно характерно для начальных этапов развития болезни.

В дальнейшем чаще всего развивается *аутизм*: больной отгораживается от окружающего мира, психическая деятельность обедняется, суживается круг интересов, вырабатывается свое мировоззрение, на которое трудно влиять окружающим. Речь таких больных часто становится не вполне понятной. Это происходит из-за нарушения процесса мышления, утрачивается единство мысли и опыта. Иногда проявляется своеобразная формальность мышления.

Так, больная при повторном поступлении в больницу утверждала, что она никогда в этой больнице не лечилась. Никакие доводы не действовали. Затем она объяснила врачу: *«Вы сами говорили мне, что я так хорошо поправилась, что могу забыть о своей болезни, вот я и забыла»*.

При **непрерывно протекающей шизофрении** вначале может наблюдаться аффективная неадекватность, недоброжелательность, сменяющиеся восторженностью, обожанием, иногда глухой тревогой, недовольством окружающими. Эти расстройства часто проходят незамеченными. Под наблюдение врача-психиатра больные попадают лишь тогда, когда наступают эмоциональное обеднение, эмоциональное снижение, холодность и безразличие к близким.

Указанные особенности психической деятельности часто сопровождаются продуктивными симптомами, на которые в первую очередь обращают внимание врачи общего профиля.

Из терапевтического отделения (стационара) в психиатрический диспансер (больницу) могут быть направлены больные с **неврозоподобными, ипохондрическими или депрессивными состояниями**. Картина болезни у таких больных довольно часто вызывает диагностические затруднения. Для уточнения диагноза и последующего лечения необходима госпитализация. Это положение и должно развиваться, и аргументироваться при направлении больных в психиатрическую больницу.

У больных шизофренией уже в самом начале болезни может выявиться *пассивная подчиняемость*. Больной, сопротивляющийся на словах во время госпитализации, затем по указанию врача идет в отделение, пассивно подчиняется и выполняет все назначения.

При выраженных изменениях мышления и патологической оценке происходящих событий госпитализированный *больной иногда отказывается беседовать с врачом*, мотивируя тем, что «он не болен и во враче не нуждается», или не принимает больничную пищу и лекарства.

Такие больные обычно обращаются к студентам с просьбами позвонить родственникам и сообщить им, что случайно оказались в психиатрической больнице. Они обращаются в административные органы, прокуратуру с просьбой разобрать и решить вопрос о выписке. Часто у этих больных наблюдается нарушение так называемой единой линии поведения. Они возмущаются тем, что их госпитализировали, но, считая себя здоровыми, без сопротивления принимают лекарства; отказываясь разговаривать с одним врачом, вступают в контакт с другим; отказываясь от больничной пищи, мотивируя тем, что она им как здоровым не положена, употребляют принесенные из дома продукты, или наоборот.

Большие сложности, особенно у студентов, возникают во время бесед с больными, имеющими **бредовые состояния**. Прежде всего, необходимо помнить древнюю поговорку о том, что *«сто мудрецов не переубедят безумного»*, поэтому не следует говорить с больным о правомерности и достоверности его утверждений. Правда, в настоящее время в связи с широким применением психотропных средств иногда удается врачу



обсуждать с больным его бредовые высказывания. Это может сделать не каждый врач, а тот, у которого с больными налажен давний хороший контакт.

Приведем пример.

*Больная К. с параноидной шизофренией жалуется на то, «что милиция ее преследует и мешает выйти замуж». Подробно рассказывает врачу и всем окружающим на работе о «кознях ее врагов». Постепенно в процессе лечения она все меньше и меньше говорит об этом окружающим, но врачу высказывает бредовые идеи преследования. Сама говорит врачу: «Я теперь никому, кроме вас, об этом не рассказываю, а то будут считать меня сумасшедшей». «Вы считаете, что это бред, а это все происходит на самом деле, но я стараюсь никому не говорить и вида не показывать».*

**Паранойяльный бред**, как известно, может формироваться на основе реальных событий, и поэтому в беседе больные могут сообщать правдоподобные факты. Бред в этих случаях не носит нелепого характера, и иногда при первой беседе возникают затруднения в отграничении реальных событий и бредовой их трактовки. Для уточнения диагноза большое значение имеет подход больного к решению этого вопроса, каким образом он пришел к такому выводу

Приведем примеры.

1. *Больная Т. присутствовала на концерте известного певца и ушла домой убежденная, что он объяснился ей в любви, так как пел песню о девушке, имя которой такое же, как у нее. Стала добиваться с ним встречи, ходила на его концерты и каждый раз убеждалась, что он действительно ее любит.*

2. *В другом случае больной «по глазам», «по знакам и намекам» догадался, что ему симпатизирует сотрудница. Общался с ней только мысленно, никогда не разговаривал, но чувствовал, что она понимает его на расстоянии и согласна быть его женой. Был крайне удивлен и огорчен, когда узнал, что она вышла замуж. Появились подавленность, нарушился сон, пропал аппетит, не мог сосредоточиться на работе, постоянно думал о любимой, испытывал навязчивое желание вспоминать все с ней связанное. Ни ей и никому из сотрудников не говорил о своих переживаниях. Из-за снижения работоспособности и подавленного настроения вынужден был обратиться в диспансер, где произвел впечатление больного с реактивной депрессией, и только при подробном изучении состояния больного можно было сделать вывод, что он страдает шизофренией с наличием любовного бреда.*

Такие особенности формирования психопатологических симптомов могут наблюдаться и при других вариантах паранойяльного бреда. Прежде всего это относится к **ипохондрическому бреду**. Больные обращаются к врачам и утверждают, что они страдают каким-то определенным заболеванием, сообщают соответствующие симптомы, тревожатся, добиваются лечения.

Приведем пример.

*Больной настойчиво обращался в кожно-венерологический диспансер, уверяя врача в том, что он заразился сифилисом. При неоднократном обследовании диагноз не подтверждался, но он так убеждал врачей и так добивался лечения, что ему провели несколько курсов специфической терапии. В последующем, при ухудшении состояния, его снова лечили бийохинолом и другими противосифилитическими препаратами. Несмотря на это его состояние не улучшалось, через некоторое время стали выступать характерные для шизофрении расстройства мышления с синдромом Кандинского-Клерамбо и неправильное поведение. В психиатрическом стационаре выяснилось, что «заражение сифилисом ему подстроил один его знакомый», который «мстил за выступление против него на собрании» «С целью мести» он «заразил сифилисом лошадь», чтобы «особой формой» сифилиса заболел больной. По его мнению, это было сделано для того, чтобы врачи не распознали болезнь.*

Наибольшую социальную опасность представляют больные с **бредом ревности**. Так же как и любой паранойяльный бред, вначале бред ревности как бы основывается на реальных фактах. Опасность этих больных в том, что они могут покушаться не только на жизнь своей супруги (супруга), мнимого соперника, любовницы, но и на свою собственную.

Учитывая опасность больных для окружающих, иногда приходится прибегать к *насильственной госпитализации*. Врач поликлиники, к которому в первую очередь могут обращаться супруги, должен уметь объяснить жене и родственникам больного, насколько опасно заболевание и почему необходимо направить его в психиатрическую больницу.

В начале формирования болезни у больного может сохраняться внешне упорядоченное поведение. При развитии же бреда, галлюцинаций и психических автоматизмов болезнь становится явной для окружающих. Иногда больные включают в свои бредовые переживания врачей, обслуживающий персонал, студентов. Они оскорбляют и обвиняют их в неблагоприятных поступках, требуют изменить отношение к нему, «перестать на них воздействовать», «не играть на их нервах». В таких случаях необходимо не только разбираться в особенностях болезни, но и сохранять спокойствие, профессиональный такт, не давать реакций обиды и раздражения.

При **острых психотических состояниях** явления могут носить несколько иной характер. Нередко больные малоподвижны, заторможены, несколько растеряны, с трудом осмысливают происходящие события. Они не умеют сформулировать свои жалобы, говорят о непонятности внешней обстановки, о подстроенности ее, не могут разобраться, где они находятся, часто заявляют, что это и больница и тюрьма, врача принимают в двух лицах — «он и врач, и одновременно следователь».

В окружающих больные узнают своих родных, причем они не различают их пол и возраст: пожилую женщину больная может назвать сыном и т. д. Эти состояния иногда сопровождаются **фантастическим**

*бредом*, который причудливо переплетается с реальными событиями. Сам больной, как правило, не высказывает активно этот бред, поэтому надо умело расспросить его. Во время беседы от врача требуется значительное терпение, так как больной говорит медленно, с длительными паузами вследствие заторможенности и растерянности.

Для некоторых вариантов параноидной шизофрении характерны *галлюцинаторные проявления*. Наибольшую опасность представляют *вербальные галлюцинации* в форме приказаний (*императивные галлюцинации*).

Под влиянием «голосов» больной может совершать немотивированные, нелепые поступки, часто опасные для него и окружающих. Так, *один больной «под влиянием голоса» пришел в чужую квартиру, чтобы найти там фею или колдунью. Во время таких поисков он внезапно набросился на хозяйку, так как «голос» ему сказал, что «она и есть колдунья, только приняла иной облик». Другой больной под влиянием «голоса» прошел по перилам моста через Москву-реку.*

«Голоса» могут приказывать больному совершить самоубийство, отказываться от еды, не спать, не разговаривать с врачом и т. д. Не всегда больные сообщают об имеющихся у них «голосах», поэтому большое значение имеют так называемые *объективные признаки галлюцинаций*.

*Больной к чему-то прислушивается, внимательно смотрит в каком-то направлении, что-то шепчет, затыкает уши ватой, принюхивается, обнюхивает пищу, затыкает нос. Одна больная, которую преследовали запахи «покойников», долго ездила по разным районам города, чтобы убедиться, что запахи не настоящие.*

*Обонятельные галлюцинации* наблюдаются при своеобразной разновидности *синдрома дисморфофобии (дисморфомании)*, когда больные утверждают, то они «из-за неправильного строения анального сфинктера» «не удерживают кишечные газы», а все окружающие «замечают это» и так или иначе «проявляют свое неудовольствие». Эти больные настойчиво обращаются к хирургам с просьбой произвести пластическую операцию, «укрепить сфинктер».

Необходимо помнить, что и *родственники настолько бывают индуцированы*, что подтверждают жалобы и отношение «окружающих» к их «недостаткам».

*Характерно, что больные обычно применяют и собственные меры «борьбы с запахом»: носят специальное белье, пользуются крепкими духами, чтобы «отбить запах».*

Эта разновидность синдрома дисморфофобии (дисморфомания) представляет собой *ипохондрический бред*, который наиболее часто встречается при шизофрении (М. В. Коркина).

Хирург при осмотре такого больного должен проявить максимальную осторожность, так как иногда больной может индуцировать не только родственников, но и врачей. В дальнейшем, ссылаясь на врача, больной в разных инстанциях будет добиваться проведения операции, которая обычно

не улучшает состояние. *Хирург, оперировавший больного и не принеший облегчения, может быть включен в его бредовую систему.*

Больные с другими вариантами синдрома дисморфофобии (дисморфомании) обращаются к *врачам-косметологам, специалистам по кожным заболеваниям*, добиваются проведения пластических операций, которые не приносят им облегчения.

При развитии болезни *врачи оказываются среди их «врагов»*, которые «умышленно во время операции нарушили жизненно важные функции, отняли половую силу» и др. Такие больные могут жаловаться на врачей, требовать привлечения их к ответственности, проявлять в отношении их агрессивные действия.

**Депрессивные состояния при шизофрении** требуют особого внимания врача. Шизофренические депрессии обычно отличаются *отсутствием единства в симптоматике*.

- Так, при отсутствии выраженной тоскливости и заторможенности могут наблюдаться упорные суицидальные переживания.
- Характерны и значительные колебания эмоциональных расстройств — от близкого к норме фона настроения (иногда с оттенком эйфории) до отчаяния с суицидальными тенденциями и попытками.

Надо помнить, что *суицидальные попытки у этих больных часто совершаются импульсивно*. Быстрая смена настроения, контрастность эмоциональных реакций, мало связанные с внешними событиями, приводят к суициду. Обычно такие больные не выполняют обещаний, которые дают врачу и близким не покушаться на свою жизнь: *пообещав ничего не предпринимать и успокоив родных, тут же могут совершить самоубийство*.

Среди депрессивных больных шизофренией имеются лица, у которых *депрессия стерта и рудиментарна*, но сохраняется отчетливая реакция на свою неполноценность, на болезнь и связанные с ней изменения личности. Здесь большое значение имеют психотерапевтические беседы с больными, выбор для них посильной работы, назначение щадящего режима.

Успешное проведение этих мероприятий создает условия, необходимые для дальнейшей психотерапевтической работы.

Большие диагностические затруднения вызывают **психопатоподобные состояния при шизофрении**, особенно в подростковом и юношеском возрасте. Асоциальное поведение с расторможенностью влечений долгое время не расценивается как проявление болезни. В оценке состояния этих лиц уделяют незаслуженно много внимания внешним факторам, возрастным кризам, неправильному воспитанию и др.

Такие проявления, как беспорядочное пьянство, сексуальные эксцессы, воровство, бродяжничество, отсутствие эмоциональных привязанностей, расстройства мышления, неадекватность поступков, помогают в установлении диагноза.

## 6. Психология больного эпилепсией

Взаимоотношения врача с больными эпилепсией обычно затруднены вследствие имеющихся у них *изменений личности*.

Эти изменения известны с глубокой древности. Имеется большое количество различных описаний *характера эпилептика*: льстивость, угодливость, с одной стороны, злобность и злопамятность — с другой.

Контакт врача с больными, как правило, бывает затруднен из-за *расстройства мышления*, которое проявляется в форме вязкости, обстоятельности, невозможности отделить главное от второстепенного, эмоциональной насыщенности переживаний, эксплозивных реакций.

*Реакции больного эпилепсией* характеризуются именно взрывчатостью, а не просто раздражительностью, с одной стороны, и склонностью к длительному застреванию на мелких обидах — с другой. Эти особенности психики способствуют возникновению *сутяжных тенденций*.

Надо учитывать, что больные эпилепсией страдают *расстройствами памяти*. Поэтому назначение лекарств необходимо им записывать и максимально упростить сроки приема. Лучше назначать лекарства в два приема — утром и вечером.

С самого начала больной должен быть предупрежден, что он нуждается в *постоянном приеме лекарств*, и только врач может менять дозы и состав назначенных препаратов. Больному объясняют, что отмена препарата без разрешения врача может привести к ухудшению состояния, учащению припадков и даже к эпилептическому статусу.

При проведении *психотерапевтических бесед* следует помнить, что формулировки должны быть четки и конкретны, понятны больному. Больной эпилепсией, способный часами говорить о своем состоянии, застревать на деталях, сам слушать длительное время не может, так как у него нарушена способность к концентрации внимания.

Много такта надо проявить в отношении больного при необходимости перейти на *инвалидность* с последующим овладением иной профессией.

В этих рекомендациях необходимо исходить из особенностей его психики, которая с годами становится все более и более торпидной. Больные медленно схватывают и запоминают новое, поэтому освоение новой профессии затруднено.

*Торпидность психики* проявляется и в том, что они плохо переключаются с одного вида деятельности на другой. Им можно рекомендовать работу, которая не требует быстрого переключения внимания, но нуждается в тщательности и точности отделки.

Надо помнить, что больным эпилепсией свойственна *обидчивость* и *злопамятность*, причем в силу особенностей мышления они не могут дифференцировать серьезную обиду от мелочи и могут давать на них однозначные реакции. О таких больных говорят, что они *могут унижаться из-за пустяка и из-за пустяка убить человека*.

Больные эпилепсией *аккуратны*, часто *до педантизма*. В беседе с ними надо учитывать эту особенность не только врачу, но всему медицинскому персоналу, особенно при выполнении назначений, процедур, обещаний.

Иногда *после судорожного припадка или серии припадков* наблюдаются состояния неясного сознания различной выраженности и продолжительности, что является поводом для немедленной госпитализации.

Если в *состоянии оглушенности* больные обычно не представляют опасности для окружающих, то при *сумеречном состоянии сознания* они могут неправильно себя вести, совершать агрессивные действия, уезжать или убегать, совершать поджоги и убийства. В сумеречном состоянии они, как правило, не ориентируются в окружающем, отвечают не в плане вопроса, но действия их могут носить как бы целенаправленный характер.

В состоянии оглушенности после припадка больной эпилепсией может сделаться жертвой несчастного случая, так как порог восприимчивости к внешним раздражителям повышен, он может не услышать сигнала транспорта, не оценить должным образом происходящие события на улице.

*Родственники* больного должны знать, что больной после припадка может выходить из дома только с сопровождающими или должен оставаться дома.

## 7. Психология пожилых людей

Во всем мире наблюдается увеличение продолжительности жизни людей, и в связи с этим проблема старости приобретает большое значение во всех медицинских специальностях и особенно в психиатрии.

При нормальной, физиологической старости наблюдается *изменение деятельности органов чувств, меняется подвижность эмоциональных реакций и моторики*. Такие люди становятся *менее активными, суживается круг их интересов*, появляются *односторонние привязанности* или *эмоциональная холодность к окружающим*.

У некоторых при старении *обостряются характерологические черты*. Так, экономные люди могут сделаться скрягами, тревожные и неуверенные в себе — подозрительными и ипохондричными.

### *В старости*

- изменено самочувствие и самоощущение,
- появляется недовольство собой, неуверенность в себе, ощущение своей неполноценности,
- настроение часто пониженное, иногда возникают тревоги по различным малозначащим поводам,
- некоторые становятся угрюмыми, раздражительными, пессимистически настроенными,
- часто появляются брюзжание, ворчливость.
- старики могут быть эгоистичными и эгоцентричными,
- круг интересов у них суживается,

- появляется повышенный интерес к прошлому и переоценка его.
- неуверенность в себе и своих возможностях, тревога за будущее делает стариков скупыми, сверхосторожными, консервативными.

Указанные изменения личности могут наблюдаться у различных лиц в разной степени, но возможны случаи, когда изменений, связанных с возрастом, выявить не удастся.

*Изменения психической деятельности в возрасте обратного развития могут быть объединены в несколько **наиболее типичных синдромов**:*

- аффективные синдромы (депрессивные, маниакальные, синдромы страхов),
- бредовые,
- состояния слабоумия,
- невротоподобные и
- состояния измененного сознания.

У многих больных позднего возраста развитию психических нарушений предшествуют такие расстройства, как

- бессонница,
- повышенная утомляемость,
- тревожность,
- раздражительность,
- нерешительность,
- мнительность и
- подозрительность,
- временами возникают угрюмость, слабодушие, эмоциональная лабильность.

Эти особенности психики четко *выступают* при посещении пожилыми людьми поликлиник, во время пребывания в стационарах, *затрудняют* контакты их с окружающими и медицинским персоналом.

В некоторых случаях могут появиться *выраженные аффективные расстройства*, которые чаще всего исчерпываются ***тревожной депрессией***, но не исключена при этом *двигательная заторможенность*, которая может чередоваться с состоянием *ажитации*.

Отсутствие двигательной заторможенности у многих больных пожилого возраста и аффективная насыщенность переживаний, особенности собственной неполноценности, беспомощности создают ***большую опасность суицидов в этом возрасте***.

Аффективные расстройства в пожилом возрасте подвержены большим колебаниям, наблюдается так называемое «*мерцание симптомов*», поэтому врач психоневрологического диспансера не должен в оценке состояния больного исходить из одного амбулаторного осмотра, а пользоваться всеми сведениями из поликлиники, от родственников, знакомых, соседей по квартире и т. д.

## ЛИТЕРАТУРА

### *Основная литература:*

1. Абрамова Г.С., Юдчиц Ю.А. Психология в медицине: Учеб. пособие. – М.: ЛПА «Кафедра-М», 1998. – 272 с.
2. Банщиков В.М., Гуськов В.С., Мягков И.Ф. Медицинская психология. – М., 1967. – 239 с.
3. Зюбан А.Л. Основы медицинской психологии. – Л., 1972. – 71 с.
4. Исаев Д.Н. Детская медицинская психология: Психологическая педиатрия. - СПб.: Речь, 2004. - 381 с.
5. Квасенко А.В., Зубарев Ю.Г. Психология больного. - Л.: Медицина, 1980.
6. Клиническая психология / Под ред. Б.Д. Карвасарского. - СПб.: Питер, 2006. - 959 с.
7. Клиническая психология / Под ред. М. Перре, У. Бауманна. - СПб.: Питер, 2002.
8. Клиническая психология в социальной работе: Учеб. пособие / Под ред. Б.А. Маршнина. - М.: Академия, 2002. - 219 с.
9. Коммер Р. Клиническая психология. - СПб., 2002.
10. Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине. – Прага: Авиценум, Медицинское изд-во, 1983. – 405 с.
11. Королева Е.Г. Медицинская психология: Учебн. пособие / Е.Г. Королева – Гродно: ГрГМУ, 2004. – 243 с.
12. Лакосина Н.Д. Клиническая психология: учебник для студентов медицинских вузов / Н.Д. Лакосина, И.И. Сергеев, О.Ф. Панкова. - М.: МЕДпресс-информ, 2003. - 416 с.
13. Лакосина Н.Д., Ушаков Г.К. Медицинская психология. - М., 1994.
14. Медицинская психология для медсестер и фельдшеров / Косенко В.Г., Смоленко Л.Ф., Чебуракова Т.А. - Р н/Д.: Феникс, 2002. - 416 с.
15. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. - М.: Медпресс, 1999. - 592 с.
16. Мягков И.Ф. и др. Медицинская психология: пропедевтический курс. - М.: Логос, 2003. - 320 с.
17. Платонов К.К. Методологические проблемы медицинской психологии. – М., 1977. – 95 с.
18. Сидоров П.И. Парняков А.В. Введение в клиническую психологию. В 2-х т. - М., 2000.
19. Сидоров П.И., Парняков А.В. Клиническая психология: Учебник. - 2-е изд., дополн. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. - 864 с.
20. Ташлыков В.А. Психология лечебного процесса. – М., 1984.
21. Тодд Дж., Богарт А.К. Основы клинической и консультативной психологии. - СПб, 2001.
22. Яньшин П.В. Практикум по клинической психологии: Методы исследования личности. - СПб.: Питер, 2004. - 331 с.



### *Дополнительная литература:*

23. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. - М.: Медицина, 1993. - 400 с.
24. Березин Ф.Б. Методика многостороннего исследования личности в клинической медицине и психогигиене. - М., 1976. - 186 с.
25. Бехтерева Н.П. Здоровый и больной мозг человека. - Л., 1980.
26. Буль П.К. Основы психотерапии. - Л. «Медицина», 1985. - 235 с.
27. Васильченко Г.С. О некоторых системных неврозах и их патогенетическом течении. - М.: Медицина, 1969. - 184 с.
28. Вегетативные расстройства. Руководство для врачей / Под ред. проф. А.М. Вейна. - М., 1998.
29. Волков В.Т. и др. Личность пациента и болезнь. - Томск, 1995. - 328 с.
30. Гайдук Ф.М. Практическое пособие по основам психосоматической медицины и психотерапии. - Минск: МГИ, 1996. - 127 с.
31. Герасименко В.Н., Тхостов А.Ш. Реабилитация онкологических больных. - М.: Медицина, 1988.
32. Гиндикин В.Я. Соматогенные и соматоформные психические расстройства: клиника, лечение, диагностика. - М.: Триада-Х, 2000. - 256 с.
33. Грачев Ю.М. с соав. Эмоциональный стресс в условиях нормы и патологии человека. - Л., 1976.
34. Дроздова М.С. Психосоматические взаимоотношения в гастроэнтерологии. - Витебск, ВГМУ, 2003. - 194 с.
35. Исаев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста. - СПб., 1996. - 454 с.
36. Истаманова Т.С. Функциональные расстройства внутренних органов при неврастении. - М.: Медгиз, 1958. - 262 с.
37. Карвасарский Б.Д. Неврозы. - М.: Медицина, 1980. - 448 с.
38. Ковалев В.В. Психические нарушения при пороках сердца. - М.: Медицина, 1974. - 190 с.
39. Кондрашенко В.Т., Донской Д.И., Игумнов С.А. Общая психотерапия: Учебное пособие. - Мн.: Выш. шк., 1993. - 464 с.
40. Королева Е.Г., Карпюк В.А. Психотерапия: Учебн. пособие, Гродно: ГрГМУ, 2004. - 94 с.
41. Крейндлер А. Астенический невроз. - Бухарест, 1963. - 410 с.
42. Лежепекова Л.А., Якубов Б.А. Вопросы психогигиены и психопрофилактики в работе практического врача. - Л.: Медицина, 1977. - 160 с.
43. Личко А.Е. Психопатии и акцентуация характера у подростков. - Л., 1983. - 254 с.
44. Лурия А.Р. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. - М.: Медицина. 1977. - 112 с.
45. Магазаник Н.А. Искусство общения с больными. - М.: Медицина, 1991. - 87 с.
46. Михайлов Б. В., Сердюк А. И., Федосеев В. А. Психотерапия в общесоматической медицине. - Харьков, 1999.

47. Мясищев В.Н. Личность и неврозы. - Л.: Изд-во Ленингр. ун-та, 1960. - 426 с.
48. Наталевич Э.С., Королев В.Д. Депрессии в начальных стадиях гипертонической болезни: клиника, диагностика, лечение. - Минск: Наука и техника, 1988. - 135 с.
49. Нервно-психические расстройства экзогенно-органической природы / Под ред. Р.Г. Голодец. - М., 1975. - 595 с.
50. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. - М.: Медицина, 1987. - 168 с.
51. Петрова Н.Н. Психология для медицинских специальностей. - М.: Академия, 2006. - 319 с.
52. Рудестам К. Групповая психотерапия. - М.: Прогресс, 1990. - 367с.
53. Семке В.Я. Ипохондрические состояния в общесоматической практике. - Томск: Изд-во Томского ун-та, 1991. - 168 с.
54. Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. - М.: Аргус, 1995. - 359 с.
55. Судаков К. Эмоциональный стресс и артериальная гипертензия. - М., 1976.
56. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. - М. «Медицина», 1986. - 374 с.
57. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства. - М.: Медицина, 1978. - 400 с.
57. Харди И. Врач, сестра, больной. - Будапешт, 1973. - 280 с.
59. Целибеев Б.А. Психические нарушения при соматогенных заболеваниях. - М.: Медицина, 1972. - 280 с.

*Учебное издание*

**Церковский** Александр Леонидович, **Федосеенко** Виталий Сергеевич,  
**Гапова** Оксана Игоревна

**ИЗБРАННЫЕ ЛЕКЦИИ  
ПО МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ**

**Курс лекций**

Редактор  
Технических редактор И.А. Борисов  
Художник  
Компьютерная верстка  
Корректор

Подписано в печать . Формат бумаги 64x84 1/16.  
Бумага типографская №2. Гарнитура . Усл. печ. листов .  
Уч.-изд. л. . Тираж экз. Заказ № .  
Налоговая льгота – Общегосударственный классификатор  
Республики Беларусь ОКРБ 007-98, ч.1.; 22.11.20.600  
Витебский государственный медицинский университет.  
Лицензия ЛВ № 91 от 22.12.97.  
210602, Витебск, Фрунзе, 27

Отпечатано на ризографе в Витебском государственном  
медицинском университете.  
Лицензия ЛП № 326 от 05.01.99.  
210602, Витебск, Фрунзе, 27  
Тел. (8-0212) 246256  
Переплет изготовлен в РИПЦ ВГМУ