

СЕРИЯ «ЗОЛОТОЙ ФОНД ПСИХОТЕРАПИИ»

**Г.В. СТАРШЕНБАУМ**

**ПСИХОСОМАТИКА И ПСИХОТЕРАПИЯ**

*Исцеление души и тела*

Издательство Института психотерапии

Москва

2005

**ББК88**

**УДК 159.9.072**

**С 77**

**Старшенбаум Г. В. С 77 ПСИХОСОМАТИКА И ПСИХОТЕРАПИЯ: *Исцеление души и тела.* -**

**М.: Изд-во Института психотерапии, 2005. — 496 с.**

Душа и тело человека составляют неразрывное единство. И потому психологическое неблагополучие нередко становится причиной телесных недугов, а телесные нарушения оказывают влияние на психику. В современной чрезвычайно интенсивной жизни у человека появилось множество психосоматических расстройств, которые можно устранить, лишь понимая телесный «язык» его психики.

В данном руководстве, кроме традиционных психосоматических болезней — гипертонической, ишемической, язвенной и других, описаны нарушения питания, сна и половой жизни, психогенные нарушения функций внутренних органов, а также истерические, ипохондрические и депрессивные соматические синдромы.

Рассматриваются психологические и физиологические механизмы расстройств, приводятся диагностические критерии, показания к проведению адекватной психосоматической терапии,

излагаются соответствующие терапевтические приемы. Большинство расстройств проиллюстрировано описанием клинических случаев.

Наряду с анализом общих психосоматических закономерностей показано значение семьи и личностных особенностей в происхождении, клинической картине и динамике описанных расстройств, что помогает дифференцированно применять современные терапевтические подходы. Книга может быть полезна обучающимся и уже практикующим клиническим психологам, психотерапевтам и врачам, а также социальным работникам и педагогам.

ISBN 5-89939-125-1

© Г.В.Старшенбаум, 2005

© Издательство Института психотерапии, 2005

## **ОГЛАВЛЕНИЕ**

<b>ВВЕДЕНИЕ</b> .....	6
От заговаривания зубов к современной психотерапии.....	7
Что растет у людей на «нервной почве».....	15
Как организовать эффективную помощь.....	19
Литература.....	23
<b>НЕМНОГО ТЕОРИИ</b> .....	25
В здоровом теле — здоровый дух.....	25
«Все болезни от нервов».....	30
И стрессы, и семья, и многое другое.....	45
Литература.....	50
<b>ЧЕМ ЛЕЧИТЬ БУДЕМ?</b> .....	54
Сначала диагноз, потом лечение.....	54
Лечить не болезнь, а больного.....	73
Даю установку! .....	76
А своя голова на что?.....	90
Корни уходят в подсознание.....	98
Двигайся и осознавай!.....	115
Телесное и духовное.....	122
Литература.....	126
<b>КУДА КАПАЮТ НЕВИДИМЫЕ МИРУ СЛЕЗЫ</b> .....	131
Депрессия в маске.....	131
Черная желчь меланхолика.....	141
Пути выхода из депрессии.....	148
Литература.....	155
<b>НЕВРОЗ И СТРЕСС</b> .....	159
Навязчивые страхи.....	159
Панические атаки и хроническая тревога.....	165
Реакции на тяжелый стресс и расстройства адаптации.....	171
Не горюй! .....	178
Истерия — великая симулянтка?.....	183
Мужская истерия, или Фрейд в обмороке.....	184
Когда мышцы сходят с ума.....	186

Ничего не вижу, ничего не слышу.....	193
Неврастения — директорский невроз.....	195
Литература.....	196
<b>НЕПРАВИЛЬНЫЕ БОЛЬНЫЕ.....</b>	<b>198</b>

### 3

Вся не могу!..... .....	198
Ипохондрик несчастный.....	200
<b>ОРГАНЫ НЕРВНИЧАЮТ.....</b>	<b>205</b>
Сердце останавливается, голова кружится.....	205
В горле ком, в желудке тяжесть.....	218
То запор, то понос.....	226
Что-то воздуху мне мало.....	235
Проблемы с мочеиспусканием.....	243
Вечно потный и чешется.....	252
Больной — от слова боль.....	253
Литература.....	265
<b>НИ СНА, НИ АППЕТИТА.....</b>	<b>268</b>
Ходячий скелет.....	268
Приятного аппетита!.....	273
Жор напал.....	285
Не хлебом единым.....	291
Вечный недосып.....	300
Покойной ночи! .....	302
Литература.....	309
<b>НЕ СЕКСА СПЛОШНАЯ НЕРВОТРЕПКА.....</b>	<b>311</b>
Растопить лед.....	311
Уйди, противный!.....	313
Встать, суд идет!.....	314
До оргазма дойти нелегко.....	315
Умеючи — долго.....	319
Сим-сим, откройся! .....	321
И хочется, и колется.....	321
Донжуаны и нимфоманки.....	325
Сексуальные расстройства глазами психолога.....	326
Рассказывайте, не стесняйтесь! .....	334
Любить — так любить!.....	338
Литература.....	353
<b>БОЛЕЗНИ И РЕАКЦИИ НА НИХ.....</b>	<b>355</b>
Реакция на болезнь.....	355
Гипертония и мигрень.....	361
Ишемическая болезнь сердца.....	368
Бронхиальная астма и туберкулез.....	374
Язвенная болезнь желудка и кишечника.....	383

Тиреотоксикоз и сахарный диабет.....	391
Эндокринные половые расстройства.....	398
Болезни суставов и кожи.....	409
Тяжело больные пациенты.....	419
Литература.....	431

4

## **РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ У СОМАТИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ.....437**

Странные и эксцентричные.....	437
Возбудимые.....	438
Тормозимые.....	442
Другие расстройства личности и влечений.....	446
Особенности психотерапии.....	455
Литература.....	457

## **ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ.....459**

Страх разлуки.....	460
Младенец не может без мамы.....	462
Детские тики.....	463
Другие поведенческие и эмоциональные расстройства.....	465
Семейная терапия.....	474
Литература.....	482

## **СЛОВАРЬ ТЕРМИНОВ.....483**

## **ВВЕДЕНИЕ**

Одно из моих самых ранних воспоминаний: мы живем после эвакуации в Махачкале. Мама взяла меня с собой на базар. Теснота, жара, продавцы нараспев перекрикивают друг друга: «Воды, воды, кому холодной воды!», « Эскимо на палочке для красивой дамочки!» А вот лоток с разными пузырьками, трубочками, коробочками. За ним стоит человек в белом халате и белой шапочке и выкрикивает: « От желудка! От головы!» Почему это произвело на меня такое впечатление?

Видимо, включилось призвание, которое, как я думаю, от нас не зависит.

После окончания мединститута положенные три года я по распределению проработал психоневрологом в Алапаевске — небольшом уральском городе, печально известном тем, что большевики там расстреляли царскую семью. До меня больных с различными «нервными» расстройствами принимал старенький невропатолог. Он часто болел, и мне приходилось заменять его и в поликлинике, и в неврологическом отделении городской больницы. А самое трудное было дежурить по ночам и выходным в этой многопрофильной больнице.

Сразу после приезда на Урал я прошел специализацию по психотерапии в Свердловске и начал принимать детей и подростков с энурезом и заиканием, больных с диагнозом ФРНС (функциональные расстройства нервной системы) — так здесь обозначали психосоматику с подачи моего коллеги. У него было три диагноза: радикулиты, орг. пор. ЦНС (органическое поражение центральной нервной системы) и ФРНС.

У других врачей тоже было просто: болезнь и «нервы». При первых обращениях психосоматическое расстройство не выделяли. Чтобы ослабить соматические симптомы, проводили симптоматическое лечение. При обострении его повторяли, повышая дозы и назначая

более сильные лекарства. При резком обострении больного направляли в больницу, там эти же препараты вводили в инъекциях, и то ли после «уколов», то ли после «отдыха» от нездорового образа жизни на какое-то время наступало улучшение. До следующего цикла...

Уральский опыт пригодился мне в Москве, когда я работал невропатологом в районной поликлинике, психотерапевтом в многопрофильных клинических больницах и в хозрасчетной поликлинике. Московские врачи были образованнее, вместо диагноза

**6**

ФРНС писали: ВСД (вегетососудистая дистония) или НЦД (нейро-циркуляторная дистония). Они были внимательнее: если больной предъявлял соответствующие жалобы, ему дополнительно назначали успокаивающие, обезболивающие, снотворные. Но если больной хотел поговорить «за жизнь», врач удивлялся: «Какое отношение это имеет к медицине?» — и отправлял его ко мне по тому же принципу: от желудка — от головы.

## **ОТ ЗАГОВАРИВАНИЯ ЗУБОВ К СОВРЕМЕННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ**

*Люди вымаливают свое здоровье у богов.*

*Им неизвестно, что они сами*

*могут влиять на свое здоровье.*

*Демокрит*

В примитивных обществах существует так называемая смерть *вуду*, когда человека за нарушение табу «вычеркивают из жизни». Провинившийся падает на землю, его пульс замедляется, он задыхается и через несколько часов умирает. Яркие примеры смерти, обусловленной магическим воздействием шамана или влиянием «табу» племени, приводят Р. Конечный и М. Боухал (1983).

Человек, на которого шаман нацелился костью, замороженно фиксирует ее, протягивает к ней руки, как бы принимая умерщвляющую силу, вливающуюся в него. Он бледнеет, глаза его стекленеют, лицо искажается. Человек пытается кричать, но крик застревает у него в груди; он дрожит, падает, какое-то время лежит в обмороке, затем поднимается, медленно идет к своей хижине и там через некоторое время умирает.

Экспедицию группы ученых на Новую Гвинею сопровождал прусский военный врач могучего телосложения. Грузы экспедиции несли молодые туземцы, которых угнетало тяжелое предчувствие из-за того, что своим уходом из деревни они нарушили табу, а потому после возвращения их ожидает смерть. Вскоре двое из них умерли уже в лагере — причем без признаков органического заболевания. Когда от страха слег и третий туземец, прусский врач громовым голосом произнес заклинание, которым якобы прусские демоны изгнали местных. Молодой туземец после этого шока остался жив.

**7**

В нашей стране вера в колдовство, сглаз, порчу и прочие первобытные способы, использующие внушение, широко распространена до сих пор. Народная медицина в этих случаях успешно использует метод контр внушения, который применил прусский врач, спасший дикаря.

Экстрасенсы, заменяющую «плохую энергетику» больного своей «хорошей», по сути, делают то же самое.

Древние врачи воспринимали человека целостно, не отрывая друг от друга психические и соматические расстройства, а лишь учитывая, какие из них у больного выражены больше. В египетском «Папирусе Эверса», датированном 1550 г. до н. э., дана характеристика эмоционального

расстройства женщин, которое объясняется неправильным положением матки.

В Древней Греции во времена Сократа и Платона (V — IV вв. до н. э.) психогенные нарушения телесных функций объединяли термином *истерия* (греч. *hystera* — матка), связывая их с «бешенством матки», поскольку они наблюдались в основном у незамужних женщин; им рекомендовалось вступление в брак. В «Диалогах» Платона его учитель Сократ говорит юноше, жалующемуся на головную боль, что для исцеления тела должно лечить и душу, ибо любое зло и любое благо для тела исходит из души, а врачевать душу следует «добрыми речами». В «Хармидах» Платон выступает против того, что есть врачи для тела и врачи для души, поскольку одно неотделимо от другого. Там, где целое чувствует себя плохо, часть его не может быть здоровой.

В Индии с незапамятных времен существует практика *йоги*, открывающая фантастические возможности саморегуляции человека. Чтобы стать учеником йога, мальчик должен сдать вступительный экзамен. В холодную зимнюю ночь его сажают на берегу реки, раздевают, мочат в студеной воде простыню и окутывают голого. Он должен внушать себе, что ему жарко, пока простыня на нем не высохнет. И так три раза. Справился до утра — готов к настоящему обучению. Через несколько лет учебы йог уже умеет уменьшать частоту сердцебиения почти до полного исчезновения пульса, а также снижать температуру тела. Дыхание при этом становится практически неопределимым, все функции организма понижаются до уровня, свойственного животному в состоянии зимней спячки. Таким он может быть зарыт в землю заживо на несколько недель.

Чемпион мира по йоге француз Куду — «гуттаперчевый человек» — демонстрировал такой фокус. Он складывался в три погребели и втискивался в прозрачный кубик со сторонами 50 см. А это

8

длина самой большой — бедренной кости, ее даже йоги складывать не могут. Затем кубик герметизируют и погружают на дно бассейна с водой. Там йог проводит несколько часов практически без воздуха, за счет особого йоговского дыхания — попросту говоря, почти не дыша. Другой йог, по фамилии Шварц, в присутствии группы исследователей ввел в левую руку иглу, проткнув кожу, бицепс и вену, а затем по команде остановил в течение трех секунд вызванное проколом кровотечение. В ходе другого опыта он сунул руку в горящий камин и перемешивал ею раскаленные угли, после чего у него не было обнаружено никаких повреждений кожи. Кожа в самогипнозе как бы не замечает огня, ожоговая реакция не запускается. Не зря патофизиологи говорят, что все болезни «организуют» нервы.

Наша эра начинается с Рождества Христова. Иисус неохотно творил чудеса, но иначе народ не верил, что он сын Божий. Чудеса же сводились в основном к мгновенному исцелению психосоматических больных с помощью внушения. Вот «клинические случаи» из Библии. Когда Христос спустился с горы, огромные толпы народа следовали за ним. Один прокаженный пришел, склонился перед ним и сказал: «Господи, если Ты захочешь, то сможешь очистить меня».

Протянул Иисус руку, коснулся прокаженного и сказал: «Хочу. Очистись!» И тот очистился от проказы тотчас же.

Принесли к нему паралитика, лежащего в постели. И сказал тогда Иисус паралитику: «Вставай, возьми постель свою и иди домой». И встал паралитик, и пошел домой. Когда Иисус уходил, за ним последовали два слепца. Они беспрестанно восклицали: «Смилуйся над нами!» Когда Иисус вошел в дом, слепцы приблизились к нему, и сказал им Иисус: «Верите в то, что могу сделать вас

снова зрячими ? » Они ответили: «Да, Господи!» И тогда коснулся он глаз их и сказал: «Пусть же случится с вами то, во что верите». И зрение вернулось к ним. Когда они уходили, к Иисусу привели человека, лишенного дара речи, ибо он был одержим бесами. Иисус изгнал бесов, и к одержимому вернулся дар речи. Народ был поражен.

В средние века в Европе «эстафету» приняли короли: в королевские обязанности входило исцелять больных наложением рук. Например, английский король Карл II (1630— 1685) за время своего правления коснулся рукой около ста тысяч своих подданных, страдавших золотухой (кожной болезнью, которую по методу лечения называли «королевской»). Давка во время лечения возникала такая, что многих затапывали насмерть. Вильгельм III Оранский в начале XVIII в. первым отказался участвовать в этом обряде, и ког-

9

да в положенные дни дурно пахнущая толпа осаждала его дворец, откупался милостыней. Однажды все же удалось уговорить его возложить руку на больного, и он кротко пожелал ему: «Дай тебе Бог лучшего здоровья и побольше ума».

В 1778 г. в Париж по приглашению короля Людовика XVI приехал венский врач Франц Антон Месмер для проведения опытов по *животному магнетизму*. Месмер первым объяснил чудесные исцеления не вмешательством божественных сил, а воздействием одного человека на другого, как он считал, посредством особой энергии, похожей на энергию магнита. Первый экстрасенс, как и его современные последователи, перераспределял «флюиды» или, по-нынешнему, биотоки — нервную энергию в организме больного с помощью магнитной палочки. А потом и вовсе руками, благо эффект достигался и так. Даже на расстоянии «пассы» Месмера действовали безотказно, вот он и объявил себя источником «животного магнетизма».

Во время массовых сеансов Месмер доводил больных до кризиса — истерического припадка с судорогами, криками, хохотом или рыданиями (похоже на изгнание беса, не правда ли?).

Охваченных кризисом, буйствующих больных помощники Месмера переносили в «зал кризисов» — устланную коврами и перинами большую комнату, где больные нередко приходили в себя уже здоровыми. Клиенты не давали магнетизеру прохода, пришлось «намагнитить» дерево во дворе, где он жил. Но этого оказалось мало, и тогда он поставил там громадный бак с железными опилками.

Кончил Месмер плохо. В 1784 г. возмущенная медицинская общественность вынудила Людовика назначить комиссию по изучению животного магнетизма. Собрались авторитетные мужи (классики из наших школьных учебников физики и химии), поэкспериментировали с больными и объявили на всю Европу, что лечебный эффект достигается безо всякого магнетизма, достаточно внушения врача и воображения больного. Месмера же объявили шарлатаном и с позором изгнали из Парижа.

В 1813 г. португальский аббат Фариа вывез из Индии способ, который применяли там факиры: он неожиданно оглушал человека ударом гонга у самого уха. А для усиления эффекта издавал вопль: «Спать!». Английский хирург Брэд воспользовался индийским методом для обезболивания при операциях (эфир и хлороформ тогда еще не изобрели). Только вместо воздействия на слух он утомлял зрение больного блестящим предметом. Как и Фариа, Брэд добавлял словесное внушение сна. Причем роль сна он считал столь важ-

10

ной, что назвал такое состояние *гипнозом*, что по-гречески означает сон. К концу XIX в.

гипнотерапия благодаря работам французских врачей и ученых Льебо, Бернгейма, Жане, Шарко и др. стала распространенным и эффективным методом лечения многих болезней. А в 1932 г. немецкий психоневролог Иоганн Шульц, занимавшийся гипнозом, создал свою систему самовнушения — *аутогенную тренировку*, основанную на индийской йоге.

Слово «*психосоматический*» впервые употребил английский поэт и литературный критик Сэмюэл Кольридж в своем эссе об эмоциях. В 1811 г. он уточнил это понятие: «То, что я выражаю в своем настроении или, скорее, вытесняю в бессознательное, это определенно действие, вся сила которого направлена на мое тело». Идею психосоматики Кольридж привез из путешествия по Германии, где он посещал научные семинары.

В 1818 г. немецкий психиатр Иоганн Хайнрот ввел термин «психосоматика» в научный оборот, имея в виду психическое происхождение телесных болезней, делая при этом акцент на этическом аспекте. Так, причины туберкулеза, рака и эпилепсии он рассматривал как результат переживания чувства злобы и стыда, особенно при наличии сексуальных страданий. В своем двухтомном «Руководстве по психическим расстройствам» он писал: «Если бы органы брюшной полости могли рассказать историю своих страданий, то мы с удивлением узнали бы, с какой силой душа может разрушать принадлежащее ей тело. В истории окончательного расшатанного пищеварения, пораженной в своих тканях печени или селезенки, в истории заболевания воротной вены или больной матки с ее яичниками мы могли бы найти свидетельства долгой порочной жизни, врезавшей все свои преступления как бы неизгладимыми буквами в строение важнейших органов, необходимых для человека» (цит. по: Каннабих, 1994, с. 236). Между прочим, в этом руководстве Хайнрот задолго до З.Фрейда выделил три уровня психических процессов: 1) инстинкты, 2) Эго как самосознание и интеллектуальное обеспечение радости жизни; 3) Сверх-Мы как совесть и альтруизм.

Немецкий психиатр Вильгельм Гризингер в своем учебнике 1845 года писал: «Психическая жизнь человека, так же как и животных, начинается в органах чувств и находит свое окончательное проявление в движениях. Переход чувственного возбуждения в двигательный акт совершается по плану рефлекторного действия, сопровождаемого сознанием или без этого последнего» (цит. по: Каннабих, 1994, с. 279).

11

Эту идею в 1863 г. развил русский физиолог И. М. Сеченов в своем классическом труде «Рефлексы головного мозга»: «Смеется ли ребенок при виде игрушки, улыбается ли Гарибальди, когда его гонят за излишнюю любовь к родине, дрожит ли девушка при мысли о любви, открывает ли Ньютон мировые законы и пишет их на бумаге — везде и всегда окончательным будет мышечное движение» (Сеченов, 2001, с. 5). А в 1904 г. И. П. Павлов получил Нобелевскую премию за экспериментальное изучение нервной регуляции кровообращения и пищеварения.

В 1914 г. Карл Ясперс в своем классическом труде «Общая психопатология» провел разделение психосоматических синдромов, которое послужило основой для большинства последующих классификаций. К первой группе синдромов он отнес *соматические ощущения, которые существуют или могут быть вызваны у любого человека*. Для них характерны недифференцированность, слабая осознаваемость, они не имеют никакой телесной основы или отражают соматические процессы с грубым искажением, либо являются не столько ощущениями, сколько продуктом воображения. Ясперс включил в эту группу синдромов боли без органической основы, психогенную анестезию, телесные галлюцинации и псевдогаллюцинации.



Вторая группа охватывает *перманентные соматические явления, сопровождающие любую психическую активность*, например, физиологические проявления эмоций. Третья группа — *соматические болезни, зависящие от психической сферы*. К этой группе относятся:

- Обмороки и психогенные припадки, возникающие при сильном волнении.
- Функциональные расстройства различных органов, психогенные нарушения менструального цикла, зрения, голоса, слуха, а также «псевдоневрологические» проявления (тремор, тики, заикание). «Невроз поражает душу, которая... избирает тот или иной орган специально для того, чтобы проявить это свое поражение вовне». Функции этого органа легко можно понять символически.
- Соматические заболевания, зависящие от состояния души. Для осуществления своего воздействия душа использует уже ослабленные органы. Примером таких расстройств служат язва желудка или бронхиальная астма.
- Расстройства «комплексного инстинктивного поведения». К ним относятся писчий спазм, сексуальные дисфункции, на-

12

рушение потоотделения, эндокринные нарушения и колебания веса у психически больных. Психоаналитическая психосоматика возникла в 1913 г., когда Поль Федерн представил в Венском психоаналитическом обществе отчет об успешном лечении больного бронхиальной астмой по методу З. Фрейда. Во врачебный лексикон термин «психосоматика» включил в 1922 г. венский психоаналитик Ф. Дойч. В 1921 г. Вильгельм Штекель ввел в клинический оборот термин «*соматизация*» для обозначения соматовегетативных расстройств, обнаруживавшихся при неврозах. Со времен Фрейда превращение психологических симптомов в двигательные и чувствительные нарушения, не соответствующие ожидаемой локализации и имеющие символическое значение, называется *конверсией* (лат. *превращение*). Защитное удаление из сознания нежелательных переживаний составляет «первичную выгоду» симптома. Имеется также «вторичная выгода» от нарушенных функций, позволяющая избегать неприятных обязанностей и получать внимание. Для больных конверсионными (псевдоневрологическими, истерическими) расстройствами характерны эгоцентризм, самовнушаемость и внушаемость, аффективно-непоследовательное мышление, патологическая лживость, демонстративно-шантажное поведение, склонность к беспорядочным полупроизвольным ситуационным реакциям. Им свойственна аггравация (лат. *усиление тяжести*) — произвольные попытки усилить симптоматику, и симуляция (лат. *притворство*) — намеренное изображение определенной болезни. •

Сексуальная революция уменьшила число грубых конверсионных расстройств. Настоящим бичом индустриального общества с его ускоренным темпом и ломкой традиционного уклада жизни становятся социальные стрессы и на их фоне — *соматоформные* расстройства. Главной характеристикой этих расстройств являются постоянные жалобы пациента на соматические расстройства, продолжающиеся, несмотря на отрицательные результаты медицинских обследований и отсутствие какого-либо патологического процесса, объясняющего их возникновение. Больные часто испытывают неопределенные и буквально неопишуемые страдания, при этом обычно противятся попыткам обсуждать возможность психологической обусловленности расстройства. Отличительной особенностью психосоматических симптомов является то, что они появляются или усиливается при волнении и исчезают во сне, имеют особую устойчивость перед медикаментозным лечением и выраженную тенденцию к хронизации.

Если раньше больные с конверсионными расстройствами попадали, как правило, в поле зрения невропатологов, то теперь больные с соматоформными расстройствами обращаются к врачам любого профиля. Пациенты с различными болезнями «на нервной почве» составляют сегодня треть всего контингента больных, и каждый из них обходится здравоохранению в среднем в десять раз дороже обычного. В США на них тратится 20 миллиардов долларов в год. Американские семейные врачи сообщают о том, что функциональные симптомы предъявляют от 20 до 50% их пациентов. В. Я. Семке (1988) отмечает, что в последнее время судорожные припадки стали редкостью. На смену им пришли легкие обмороки, спазмы в горле, пищеводе, приступы удушья, плач, блефароспазм (спазм круговой мускулатуры глаза). Среди расстройств чувствительности более распространенными симптомами стали глоссалгия (боли в языке) и масталгия (боли в грудных железах).

В. Я. Гиндикин (2000) обнаружил соматоформные симптомы у 28% сотрудников крупного промышленного предприятия. Из-за недостаточного развития психосоматической медицины больные с подобными расстройствами часто не могут получить адекватную помощь. Со временем функциональные нарушения у них перерастают в реальные органические изменения в виде *психосоматических болезней*: бронхиальной астмы, гипертонической и коронарной болезни, гипертиреоза, пептической язвы и язвенного колита, нейродермита и ревматоидного артрита. Группа риска все больше пополняется людьми, чья работа связана с повышенной ответственностью. Более чем у трети авиадиспетчеров обнаруживается язва желудка. Каждый второй хирург в США умирает от инфаркта миокарда, не дожив до 50 лет. Гипертония широко распространена среди учителей, банковских служащих, машинистов локомотивов, летчиков и телефонисток крупных коммутаторов. Примерно треть больных сердечно-сосудистыми заболеваниями на самом деле страдают маскированной депрессией и нуждаются в лечении антидепрессантами в сочетании с психотерапией.

По данным различных авторов, в психотерапевтической помощи нуждается до 90% соматических больных. Эксперты Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в 1999 году выявили, что от 30 до 40% пациентов, обращающихся к врачам-интернистам, нуждаются не в терапевтической помощи, а в психотерапевтической, и по их прогнозам, количество таких пациентов к 2020 г. возрастет вдвое. Причем если в европейских странах в амбулаторной

14

практике в настоящее время выявляется 35 — 40% детей с нервно-психическими и психосоматическими расстройствами, то в России - 68%.

К сожалению, общество и медики оценивают соматические заболевания как более важные. Человек с детства приучается игнорировать свои душевные переживания и ожидать внимания и льгот при наличии соматических расстройств. В России, несмотря на существование соответствующей законодательной базы, совершенно недостаточно специалистов и учреждений психосоматического профиля, практически не ведется профилактическая работа с населением. Подготовка профессионалов и организация медицинской помощи продолжает игнорировать специфику психосоматических больных.

### **ЧТО РАСТЕТ У ЛЮДЕЙ НА «НЕРВНОЙ ПОЧВЕ»**

*Психическим расстройством* называют клинически определенную группу симптомов или

поведенческих признаков, которые в большинстве случаев причиняют страдание и препятствуют личностному функционированию. Выраженность психического расстройства определяется степенью отклонения от взятого за основу понятия *психического здоровья*, критериями которого являются:

1. Осознание и чувство непрерывности, постоянства и идентичности своего физического и психического «Я».
2. Чувство постоянства и идентичности переживаний в однотипных ситуациях.
3. Критичность к себе и своей собственной психической продукции (деятельности) и ее результатам.
4. Соответствие (адекватность) психических реакций силе и частоте средовых воздействий, социальным обстоятельствам и ситуациям.
5. Способность самоуправления поведением в соответствии с социальными нормами, правилами и законами.
6. Способность планировать собственную жизнедеятельность и реализовывать планы.
7. Способность изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций и обстоятельств.

Конечно, разделить в человеке тело и душу можно лишь условно. Соответственно и болезни делят на телесные и душевные искусственно. В то же время у соматически больных могут быть не-

15

врозоподобные нарушения и психозы, и такие люди часто нуждаются в психотерапевтической, а то и в психиатрической помощи. С другой стороны, психические расстройства, особенно депрессии и неврозы, обычно сопровождаются нарушениями соматических функций, прежде всего вегетативных.

Между телесными и душевными болезнями расположена переходная область психосоматических нарушений, которые являются функциональными и протекают без органических изменений органов и тканей. Подобные нарушения возникают под явным или скрытым влиянием психического фактора, от степени воздействия которого зависит выраженность симптоматики. Эта симптоматика хорошо реагирует на психотерапию и плохо — на лекарства.

Психосоматические нарушения в широком смысле слова включают конверсионные и соматоформные расстройства, расстройства приема пищи и выделения, сна и половой функции. К *конверсионным* расстройствам относятся псевдоневрологические нарушения функций органов чувств и движений, к *соматоформным* — соматизированное и ипохондрическое расстройство, соматоформная вегетативная дисфункция и хроническое соматоформное болевое расстройство. Выделяют *психосоматические болезни* в узком смысле слова (*органические психосоматозы*), они составляют «святую семерку»: эссенциальная гипертензия, тиреотоксикоз, нейродермит, ревматоидный артрит, бронхиальная астма, неспецифический язвенный колит и язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. На ранней стадии развития этих болезней и при их ситуационном обострении главную роль играет психический фактор, поэтому в лечении на первое место выступает психотерапия.

Хафен и соавторы (цит по: Р. Карсон и др., 2004, с. 497), обобщив имеющиеся в литературе клинические и научные данные, перечисляют соматические заболевания, на происхождение, обострение и течение которых влияют психологические факторы. Это аллергия, артриты, астма, бессонница, боли в спине, гипертензия, головные боли, диабет, алкоголизм и наркомания,

нарушения менструального цикла, осложненная беременность, кариес и воспаление десен, простуда и другие инфекционные заболевания, рак, расстройства питания, сексуальные дисфункции, синдром раздраженного кишечника, случайные травмы, медленное заживление хирургических швов, язва желудка.

*Соматогенные психические расстройства* могут развиваться при любом соматическом заболевании, которое накладывает опреде-

16

ленный отпечаток на клиническую картину. В зависимости от тяжести болезни психическое расстройство может сопровождаться неврозоподобной, психопатоподобной или аффективной симптоматикой, нарушениями сознания и психоорганическим синдромом. В свою очередь, указанные психические расстройства усугубляют течение основного заболевания.

О большей выраженности психического фактора по Е.А. Некрасовой (2003) говорит совокупность следующих признаков.

1. Заболевание начинается после психической травмы.
2. Симптомы реагируют на жизненную ситуацию: усиливаются в трудных обстоятельствах и ослабевают в благополучных, внезапно появляются и внезапно исчезают.
3. Симптомы быстро сменяют друг друга, меняется место проявления страдания (например, блуждающие по телу боли, то колющие, то ноющие, то сильные, то слабые, сменяются тяжестью за грудиной).
4. При телесно-ориентированном обследовании (анализы, ЭКГ, ЭЭГ, компьютерная томография и прочее) не выявляется достоверных отклонений от нормы.
5. Телесно-ориентированное лечение (в том числе у разных специалистов) не дает эффекта.

Сформулировать психосоматический диагноз — непростая задача. Интересующие нас нарушения, которые реагируют на психотерапию и в происхождении которых важную роль играет психический фактор, разбросаны по следующим рубрикам МКБ-10 — ныне действующей Международной классификации болезней 10-го пересмотра:

F3 Аффективные расстройства F32 Депрессивный эпизод F34 Хронические аффективные расстройства

F34.0 Циклотимия

F34.1 Дистимия

F4 Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства F40 Тревожно-фобические расстройства

F40.0 Агорафобия

F40.1 Социальные фобии

F40.2 Специфические фобии F41 Другие тревожные расстройства

F41.0 Паническое расстройство

**2 — 5184**

17

F41.1 Генерализованное тревожное расстройство F43 Реакции на тяжелый стресс и расстройства адаптации

F43.0 Острая реакция на стресс

F43.1 Посттравматическое стрессовое расстройство

F43.2 Расстройства адаптации F44 Диссоциативные (конверсионные) расстройства  
F44.4 Диссоциативные расстройства моторики  
F44.5 Диссоциативные судороги  
F44.6 Диссоциативная анестезия и утрата чувственного восприятия F45 Соматоформные расстройства  
F45.0 Соматизированное расстройство  
F45.2 Ипохондрическое расстройство  
F45.3 Соматоформная вегетативная дисфункция  
F45.4 Хроническое соматоформное болевое расстройство F48 Другие невротические расстройства  
F48.0 Неврастения  
F5 Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами F50 Расстройство приема пищи  
F50.0 Нервная анорексия  
F50.2 Нервная булимия F51 Расстройство сна неорганической природы F52 Половая дисфункция, не обусловленная органическим расстройством или заболеванием  
F52.0 Отсутствие или потеря полового влечения  
F52.1 Сексуальное отвращение и отсутствие сексуального удовлетворения  
F52.2 Отсутствие генитальной реакции  
F52.3 Оргазмическая дисфункция  
F52.4 Преждевременная эякуляция  
F52.5 Вагинизм неорганической природы  
F52.6 Диспарейния неорганической природы  
F52.7 Повышенное половое влечение F54 Психологические и поведенческие факторы, связанные с болезнями или расстройствами, кодированными где-либо еще  
F6 Расстройства личности и поведения у взрослых F60 Специфические расстройства личности F68 Другие расстройства зрелой личности и поведения у взрослых  
18

F68.0 Преувеличение физических симптомов по психологическим причинам  
F68.1 Преднамеренное вызывание или симуляция соматических или психических симптомов или инвалидизация (симулятивное расстройство)  
F9 Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся в детском и подростковом возрасте  
F93 Эмоциональные расстройства детского возраста F93.0 Тревожное расстройство в связи со страхом разлуки в детском возрасте F94 Расстройства социального функционирования с началом в детском и подростковом возрасте  
F94.1 Реактивное расстройство привязанности детского возраста F95 Тикозные расстройства  
F95.0 Транзиторное тикозное расстройство F95.1 Хроническое двигательное или голосовое тикозное расстройство F95.2 Комбинированные голосовые и множественные двигательные тики  
F98 Другие поведенческие и эмоциональные расстройства с началом в детском и подростковом возрасте F98.0 Неорганический энурез F98.1 Неорганический энкопрез  
F98.2 Расстройство питания в раннем детском возрасте F98.5 Заикание

## КАК ОРГАНИЗОВАТЬ ЭФФЕКТИВНУЮ ПОМОЩЬ

*Призвание врача — обеспечить здоровье людей, ведущих нездоровый образ жизни.*

В статье А. Холмогоровой и соавт. (2001) описывается организация работы в отделениях психосоматической медицины и психотерапии университетских клиник Германии. Часть больных проходит амбулаторное лечение, остальные пациенты, в зависимости от диагноза, лечатся в различных специализированных подразделениях. В каждом из них работает своя команда специалис-

19

тов. В качестве психотерапевтов выступают психологи и врачи, прошедшие специальную подготовку. Каждый пациент получает в совокупности не менее 18 часов психотерапии в неделю: два индивидуальных психодинамических сеанса, два групповых занятия, 1—2 сеанса телесно-ориентированной и арттерапии, от 1 до 10 сеансов системной семейной терапии. Медикаментозное лечение назначает врач-психиатр, необходимую помощь в решении социальных вопросов оказывает социальный работник. Специально подготовленные медсестры создают терапевтическую среду в отделениях, ведут поддерживающие беседы с больными, участвуют в семейной и групповой работе в качестве котерапевтов. Пациенты помогают медсестрам, составляют меню, закупают продукты и т. д. Команда подразделения собирается два раза в неделю, чтобы обсудить ход работы с каждым больным и выработать совместный план дальнейших действий. Кроме того, ведущие специалисты-психотерапевты (как правило, руководители подразделений) два раза в неделю проводят супервизию наиболее сложных случаев. Наконец, раз в неделю команды всех подразделений собираются вместе для краткого отчета о ходе работы. К сожалению, в нашей стране психосоматическая помощь организована гораздо хуже. В больнице психиатра вызывают на консультацию, если в отделение попадает больной, состоящий на психиатрическом учёте, или если больной начинает неадекватно себя вести. В первом случае консультант выясняет, какие психотропные препараты больной принимал перед поступлением, и при наличии показаний назначает их. Во втором случае могут быть два варианта. Больных с острым психозом переводят в психиатрический стационар, остальные продолжают лечение в отделении под наблюдением психиатра; нередко от консультанта требуется решить вопрос об отсутствии противопоказаний к плановой операции.

В структуре крупных многопрофильных больниц имеются психосоматические отделения (ПСО), в которых лечатся психически больные с сопутствующими тяжелыми соматическими болезнями. В таких отделениях есть свой терапевт, при необходимости он вызывает консультантов из других отделений. В свою очередь, психиатры ПСО консультируют соматически больных из других отделений при развитии у них психической патологии. Если состояние больного требует специального наблюдения и кратковременного психиатрического лечения, его переводят в ПСО, при необходимости длительного лечения больного переводят в психиатрическую больницу по месту жительства.

20

В. А. Руженков (1994) рекомендует психиатру или психотерапевту, приступающему к работе в общесоматическом учреждении, начать с проведения следующих мероприятий. На врачебной конференции ознакомить всех врачей с Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав гражданам при ее оказании» от 02.07.1992. Это поможет врачам разъяснять пациентам причину,

вызавшую необходимость консультации, и получать их согласие. Следует рассказать врачам о применяемых методах диагностики и лечения, эффекте различных методов психотерапии при определенных психосоматических расстройствах, перечислить показания для направления на консультацию. Необходимо провести цикл лекций по клинике, диагностике и лечению психических расстройств, наиболее часто встречающихся в общесоматической практике: скрытые депрессии, пограничные нервно-психические расстройства, органическое поражение ЦНС. Приказ Минздрава РФ № 294 от 30.10.1995 «О психиатрической и психотерапевтической помощи» содержит положения о враче-психотерапевте, специалисте по социальной работе и социальном работнике, о психотерапевтическом кабинете и психотерапевтическом отделении, нормативы их оснащения и штаты. В частности, в психиатрических стационарах предусмотрена одна ставка каждого из упомянутых специалистов на 50 коек, в многопрофильных и специализированных больницах — один психотерапевтический кабинет на 200 коек. Психотерапевтический кабинет должен включать помещения для проведения индивидуальной и групповой психотерапии, кабинеты медицинского психолога и социального работника; в техническое оснащение кабинета входят персональный компьютер и аудиосистема. Психотерапевтическое отделение на 25 — 30 коек разворачивается на базе многопрофильной или специализированной больницы и предназначено для проведения интенсивной личностно-ориентированной психотерапии. При этом используются методы терапевтической среды: межличностное взаимодействие персонала отделения с пациентами, самоуправление больных, дифференцированный режим. В Приказе МЗ РФ № 391 от 26.11.1996 приводятся требования к непрерывной профессиональной подготовке медицинских психологов, а также методические рекомендации по взаимодействию медицинского психолога и врача-психотерапевта.

В настоящее время в учреждениях, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь в стране, работает около 2000 врачей-психотерапевтов, 1400 психологов и 350 специали-

21

тов по социальной работе. Для полной реализации требований Приказа МЗ РФ «О психиатрической и психотерапевтической помощи» количество психотерапевтов должно быть не менее 8000, медицинских психологов — 4000, специалистов по социальной работе — не менее 2500, социальных работников со средним образованием — не менее 9000. В европейских странах и США достигнуты показатели в 10 — 25 раз выше. В России этот вакуум заполняют 300 тысяч разного рода «целителей». В результате 49 — 57% больных, нуждающихся в квалифицированной психотерапевтической помощи, лечится у невропатологов поликлиник, 34 — 47% — у терапевтов (Карвасарский, 2002).

Почти некому готовить специалистов и проводить просветительную работу среди врачей и больных. Врачи направляют больных на консультацию к психотерапевту, не знакомя их со спецификой этой специальности, в результате многие больные отказываются от консультации или ограничиваются получением рекомендаций при однократной беседе. Пока можно только мечтать о принятом на западе бригадном стиле работы, когда с больным работает врач узкого профиля, психотерапевт, психолог и социальный работник, регулярно встречаясь для согласования своей тактики.

И дело не только в том, что расходы на медицину в России составляют лишь 2,9% от ВВП (в США — 13%). Дело еще и в нашем менталитете. В поликлиниках ставки психотерапевта редко заняты. Амбулаторные врачи перегружены, мало знают о психосоматических заболеваниях и редко

интересуются внутренней картиной болезни. Лишь в солидных клиниках можно встретить психолога, который робко пожалуется на пренебрежительное отношение врачей. Но самое главное — большинство больных тоже не понимают, какое отношение вопросы этих специалистов имеют к его болезни. Психотерапевта они воспринимают как дополнительную живую таблетку от своих симптомов: от нервного напряжения, плохого настроения, бессонницы. Они охотно расслабляются под убаюкивающий голос психолога во время аутогенной тренировки и не занимаются потом самостоятельно. Те, кто боится «химии» и верит в магию внушений, ждут чуда от гипноза. Психосоматические заболевания потому и относятся к психическим расстройствам, что у многих больных, даже если они жалуются на какие-то симптомы, нарушено осознание болезни.

© *Врачи в лучшем случае знают кое-что о болезнях, но в здоровье они совершенно не разбираются (Прентис Малфорд).*

**22**

### *Литература*

*Александр Ф., Селесник Ш.* Человек и его душа: Познание и врачевание от древности и до наших дней. — М., 1995.

*Атватер И., Даффи К. Г.* Психология для жизни. Упорядочение образа мыслей, развитие и поведение человека наших дней. — М., 2003.

*Байкова И. А.* Психосоматические расстройства: Классификация, клиника, диагностика, лечение: Методические рекомендации. — Минск, 1999.

*Гиндикин В. Я.* Соматогенные и соматоформные психические расстройства: Клиника, дифференциальная диагностика, лечение: Справочник. — М., 2000.

*Гуггенбюль-Крейг А.* Власть архетипа в психотерапии и медицине. — СПб., 1997.

*Гуревич П. С.* Клиническая психология. — М., 2001.

*Каннабих Ю.* История психиатрии. — М., 1994.

*Карвасарский Б. Д. (ред.)* Психотерапия. — СПб., 2002.

*Карсон Р., Батчер Дж., Минет С.* Аномальная психология. — СПб., 2004.

*Конечный Р., Боухал М.* Психология в медицине. Прага, 1983.

*Кулаков С. А.* Основы психосоматики. — СПб., 2003.

*Минченков А. В., Елпидифоров Н. Б.* Методы структурной психосоматики. - СПб., 2001.

*Палеев Н. Р. и др.* Проблемы психосоматики и соматопсихиатрии в клинике внутренних болезней // Вестник Рос. Акад. мед. наук. — 1998. - №4.

*Психолог в соматической клинике: Интервью с О. А. Максаковой* // Моск. психотер. журнал. — 1997. — № 1.

*Психосоматика.* Хрестоматия. Минск, 1999.

*Пуэнеску-Подяну А.* Трудные больные: Неопределенно выраженные, трудно объяснимые страдания. — Бухарест, 1976.

*Рад М., фон.* Психоаналитическая психосоматика // Ключевые понятия психоанализа. - СПб., 2001. - С. 188-194.

*Руженков В. А.* Организация и принципы работы психиатра в соматическом стационаре: Метод, рекомендации. — М., 1994.

*Сарториус Н.* Понимание МКБ-10: Классификация психических расстройств: Карманный справочник. — К., 1997.

*Семичев С. Б.* Предболезненные психические расстройства. — Л., 1987.



Семке В. Я. Истерические состояния. — М., 1988.

Семке В. Я., Пологий Б. С. Пограничные состояния и психическое здоровье. Томск, 1990.

23

Сидоров П. И., Парняков А. В. Введение в клиническую психологию: Учебник для студ. мед. вузов: В 2 т. — М. — Екатеринбург, 2000.

Смулевич А. Б. (ред.) Ипохондрические и соматоформные расстройства. - М., 1992.

Теппервайн К. От тебя заболеешь!: Как научиться понимать язык симптомов: Почему многие отношения так вредны для здоровья. - М., 1999.

Тополянский В. Д., Струковская М. В. Психосоматические расстройства. - М., 1986.

Урванцев Л. П. Психология в соматической клинике: Учеб. пособие. — Ярославль, 1998.

Фролова Ю. Г. Психосоматика и психология здоровья: Учеб. пособие. - Минск, 2003.

Харди И. Врач, сестра, больной: Психология работы с больными. — Будапешт, 1981.

Холмогорова А. и др. Взаимодействие специалистов в комплексном лечении психических расстройств // Моск. психотер. журнал. — 2001. — №4.

Холмогорова А., Гаранян Н. Эмоциональные расстройства и современная культура: На примере соматоформных, депрессивных и тревожных расстройств // Моск. психотер. журнал. — 1999. - №2.

Шувалов А. В. Справочник практического врача по психиатрии, наркологии и сексопатологии. — М., 2001.

Ясперс К. Общая психопатология. — М., 1997.

## НЕМНОГО ТЕОРИИ

Чтобы понять механизмы развития психосоматического расстройства у данного человека, необходимо ответить по крайней мере на два вопроса: почему подобная жизненная ситуация вызвала у него такую реакцию и почему она затронула именно эти органы и системы? Ответы на указанные вопросы ищут в физиологии, эмоциональной сфере, особенностях личности, глубинных психологических (психодинамических) механизмах, объектных отношениях, в семье и социальных взаимодействиях.

## В ЗДОРОВОМ ТЕЛЕ - ЗДОРОВЫЙ ДУХ

Еще Гиппократ (IV — V вв. до н. э.) и Гален (II в.) связывали предрасположенность к определенным болезням с различным *темпераментом* — соматопсихической конституцией. Например, сангвиники склонны к болезням кровообращения, а холерики и флегматики — к болезням желчных путей. Современный немецкий психиатр Эрнст Кречмер описал три типа строения человеческого тела. Пикник имеет сутуловатую бочкообразную фигуру с короткими конечностями и циклотимический темперамент, он предрасположен к ревматизму, атеросклерозу и болезням печени. Атлетик имеет широкие плечи и узкий таз, длинные конечности, крупные кости и развитую мускулатуру; он склонен к эпилепсии, мигрени и инфаркту миокарда. Лептозом (крайний вариант — астеник) отличается узкими плечами, цилиндрическим туловищем, тонкими костями и нежной мускулатурой, по характеру он является шизотимиком, ему грозит туберкулез легких и язва желудка.

В 1909 г. Х. Эппингер и Л. Хесс ввели термин «*вегетативная дистония*», означающий несогласованность симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы. К этому времени уже было известно, что преобладание тонуса симпатического отдела соответствует холерическому темпераменту, а парасимпатического — флегматическому.

Вегетативная дистония возникает у агрессивного холерика в результате пассивно-оборонительной реакции. Под влиянием парасимпатической стимуляции у него может развиваться стенокардия, бронхиальная астма, язвенная болезнь, тиреотоксикоз. У осторожного флегматика, переживающего побуждение к нападению, симпатическая стимуляция

25

может вызвать гипертоническую болезнь, инсульт, инфаркт миокарда, сахарный диабет.

В 1926 г. американский физиолог Уолтер Кэннон ввел понятие *гомеостаза* — способности организма сохранять постоянство своих функций при воздействии факторов внешней и внутренней среды. В 1934 году он исследовал *нейрогуморальную регуляцию* поведения человека и нашел, что экстремальная ситуация вызывает у человека реакции борьбы или бегства с определенными эмоциональными и телесными составляющими.

Кэннон обнаружил сахар в моче у сдающих экзамен, запасных игроков и азартных болельщиков во время футбольного матча и т. п. Он выяснил, что гнев и страх возбуждают нейрогуморальный центр вегетативной нервной системы — гипоталамус, который стимулирует надпочечники. В состоянии гнева надпочечники вырабатывают адреналин, который образно называют «гормономльва», а при переживании страха — норадреналин, «гормон кролика». Чтобы обеспечить организм энергией для нападения или бегства, в кровь усиленно выделяется сахар. (После того, как У. Кэннон доложил о своем открытии, американские газеты вышли с такими заголовками: «Разгневанные мужчины становятся слаще».)

Чтобы кровь обильнее поступала к мышцам, повышается давление крови и учащается сердцебиение. Если необходимость в мобилизации сохраняется, защитные механизмы (нейрогуморальные, висцеральные, двигательные) должны более длительное время оставаться активными. Тем самым могут вызываться функциональные, а затем и органические нарушения затронутых систем.

Канадский физиолог Ганс Селье в 1946 г. описал патогенез *стресса*, расширив данные Кэннона понятием *адаптационного синдрома* — неспецифической реакции, в которой можно различить три фазы: тревоги, сопротивления и истощения. В фазе сопротивления организм готовится к отражению угрозы или бегству, симпатическая нервная система организует процесс мобилизации, происходит реакция со стороны гипоталамуса, гипофиза, щитовидной железы и надпочечников. В результате начинает сильнее и чаще сокращаться сердце, сужаются брюшные артерии, повышается давление крови, расширяются артерии, питающие миокард и скелетные мышцы, возрастает сила этих мышц. В печени вырабатывается глюкоза и поступает в кровь, активизируется обмен веществ, углубляется дыхание, расширяются бронхи, снижается тонус мышц желудочно-кишечного тракта, тормозится процесс пищеварения и выделения, прекращается секреция, расширяются зрачки, уси-

26

ливается потоотделение, увеличивается секреторная функция коры надпочечников, что увеличивает содержание адреналина в крови. На этой стадии, которую У. Кэннон назвал эустрессом (греч. *ей* — хорошо), у человека краснеет кожа, появляется ощущение жара, повышается способность к концентрации, переключению и распределению внимания, улучшается память.

Если действия в фазе сопротивления не приводят к успеху, наступает фаза истощения, в которой происходит слом регулирующих нейрогуморальных механизмов с необратимыми органическими

последствиями — *дистресс* (греч. *dys* — отрицание). На переходе к дистрессу напряжение становится чрезмерным, пульс превышает 100 ударов в минуту, учащается дыхание. Кожа бледнеет или покрывается белыми и красными пятнами, появляется озноб, суетливость, трудно управлять вниманием, ухудшается память. Хронический дистресс может повлечь за собой полный упадок сил организма, вызвать зависимость от психоактивных веществ, психосоматические расстройства, снижение иммунитета и даже смерть.

Позднейшие исследования позволили уточнить роль парасимпатической нервной системы в развитии психосоматических расстройств. В обычных условиях она обеспечивает накопление и сохранение ресурсов, в результате ее активности в кровь поступает кортизол и другие кортикостероиды. Они уравнивают процессы возбуждения, например, смягчают воспалительные явления за счет снижения активности киллерных клеток иммунной системы. Парасимпатические реакции связывают с возникновением рака, рассеянного склероза, депрессии (так называемых «болезней невовлеченности»). Больше всего активизируется парасимпатическая нервная система в ситуациях хронического стресса, когда человек оценивает угрозу как неконтролируемую.

Клиническим подтверждением учения Г. Селье может служить известное исследование И. А. Мирского. У людей, имеющих склонность к язве желудка, в крови был обнаружен чрезвычайно высокий уровень содержания пепсиногена (пепсин — пищеварительный фермент, при язвенной болезни он начинает разрушать слизистую желудка). Были отобраны молодые люди с повышенным содержанием пепсиногена, которых призывали в армию. Там они все без исключения заболели спрогнозированной язвой желудка.

В современном цивилизованном обществе нормы социального общежития защищают человека от острых стрессов, однако за это

27

ему приходится платить хроническим стрессом — то есть постоянным внутренним напряжением при попытках сдержать свои желания и чувства. Развитию психосоматических расстройств способствуют и неотреагированные эмоции. Печаль, не выплаканная слезами, заставляет «плакать» другие органы. По мнению Ю. М. Губачева (2001), наибольшее патогенное значение для развития психосоматических расстройств имеет накопление переживания неуспеха, неудачи, чувство собственной несостоятельности, потери, ожидание неизбежного возмездия или неприятного последствия какого-либо поступка.

В настоящее время роль определенных неотреагированных эмоций в развитии психосоматических расстройств общепризнана. Подсчитано, что эмоции сопровождаются вздутием живота в 99%, комом в горле и усталостью — в 90%, головной болью и головокружением — в 80%, болью в шее и затылке — в 75% случаев. При эссенциальной гипертонии повышенное кровяное давление сохраняется под влиянием сдерживаемых эмоций, никогда не высвобождаемых полностью. Эмоции оказывают заметное влияние на регуляторные механизмы углеводного метаболизма при диабете. Хронически повышенное мышечное напряжение, вызванное длительными агрессивными импульсами, оказывается патогенным фактором при ревматоидном артрите. Воздействие этого типа эмоций на эндокринные функции можно наблюдать при тиреотоксикозе. Реакции сосудов на эмоциональные напряжения играют важную роль в некоторых формах головных болей. Во всех этих примерах определенные фазы вегетативной подготовки к сосредоточенному действию хронически задерживаются из-за того, что лежащие в их основе мотивационные силы

невротически подавляются и не высвобождаются в соответствующем действии.

Исследования показывают, что враждебность, подозрительность и злоба столь же опасны для здоровья, как и любые другие известные нам факторы. Люди, склонные к проявлению злости, имеют чересчур сильную реакцию типа «драться или убежать», в результате у них в любой ситуации вырабатывается чрезмерное количество стрессовых гормонов. Те, кто в юном возрасте проявлял сильную враждебность, во взрослом возрасте гораздо чаще своих более доброжелательных сверстников приобретали повышенный уровень холестерина, тем самым подтверждая взаимосвязь между постоянным гневом и болезнью сердца. Множество фактов доказывают, что хроническая злоба причиняет организму куда больший вред, чем курение, ожирение, потребление жирной пищи, и

28

представляет собой сильнейший фактор риска ранней смерти. Примером может служить исследование, в котором участвовали женщины. Те, кто при первом тестировании проявили очевидные признаки гнева, подавляемого в течение длительного времени, ко времени, когда проводилось второе тестирование, умирали в три раза чаще, чем те, кто не испытывал враждебных чувств.

И. П. Павлов и его сотрудники описали влияние условных рефлексов на сердечную деятельность, сосудистые реакции, деятельность желудочно-кишечного тракта, функции почек, обмен веществ, терморегуляцию и другие телесные функции. На животных изучались экспериментальные неврозы: если вырабатывались два условных рефлекса на противоречащие друг другу раздражители, а затем оба этих раздражителя применяли одновременно с действием безусловного раздражителя, у животных возникали вегетативные нарушения (выпадала шерсть, появлялась лабильность сосудов), а в ряде случаев и соматические повреждения (необратимая артериальная гипертензия, коронарные нарушения, инфаркт миокарда) .

При лаборатории Павлова действовала нервная и психиатрическая клиника, где изучалась патология высшей нервной деятельности и разрабатывалась патофизиологическая концепция неврозов. Великий русский физиолог писал: «Надлежит отыскать вместе с больным или помимо его или даже при его сопротивлении среди хаоса жизненных отношений те разом или медленно действовавшие условия и обстоятельства, с которыми может быть связано происхождение болезненного отклонения, происхождение невроза. Дальше нужно понять, почему эти обстоятельства обусловили такой результат у нашего больного, когда у другого человека они же остались без малейшего внимания».

В школе Павлова родилась и получила широкое распространение в нашей медицине кортиковисцеральная теория Быкова — Кур-цына, которая рассматривает патологию внутренних органов как результат нарушения функций коры головного мозга, где имеют свое представительство все внутренние органы и замыкаются условные рефлексы. Кора и внутренние органы взаимно влияют друг на друга через подкорку, вегетативную и эндокринную систему. • Нарушение соматических функций происходит под воздействием условных рефлексов, формирующихся как на внешние стимулы, так и на сигналы внутренних органов. При этом возникает сшибка между возбуждением и торможением в коре и подкорке. Психосоматические расстройства чаще возникают у лиц со слабым и не-

29

уравновешенным сильным типом нервной системы. Локализация поражения связана с функциональным состоянием органа, его повышенной реактивностью и пониженной сопротивляемостью. Кортиковисцеральная теория явилась основой для разработки в 1950-е годы особых методов терапии — лечения сном, лечебно-охранительного режима и т. п. Современные исследователи В. Д. Тополянский и М. В. Струко-ва (1986) в соответствии с данной теорией утверждают, что функциональные соматические нарушения — «это все те же эмоциональные состояния, реализуемые корой головного мозга при содействии подкорковых образований; неизменным опосредующим звеном между сложнейшими функциями коры головного мозга и многообразными процессами, протекающими во внутренних органах человека, оказывается гипоталамический аппарат».

### **«ВСЕ БОЛЕЗНИ ОТ НЕРВОВ»**

Французский врач XIX в. Арман Труссо, страдавший астмой, вспоминает: «Самый ужасный приступ, который я пережил, развился при следующих обстоятельствах. Я подозревал своего кучера в обмане. Чтобы самому убедиться в этом, я пошел в амбар, чтобы приказать в моем присутствии взвесить овес. В то время, когда это происходило, меня внезапно охватило чувство ужасной скованности, так что я едва был в состоянии вернуться в комнату. Мои глаза вылезали из орбит, на моем бледном и опухшем лице застыло выражение невыразимого страха. У меня едва хватило времени развязать свой шейный платок, добежать до окна и распахнуть его, чтобы вдохнуть хоть немного свежего воздуха. У меня нет привычки курить. Но в этих обстоятельствах я взял сигару и сделал несколько затяжек. Через восемь или десять минут приступ прекратился. Что же было причиной этого? Очевидно, пыль от разворошенного овса, которая попала в мои бронхи. Однако одной пыли было недостаточно, чтобы вызвать такой выраженный приступ, или, скорее, было явное несоответствие между причиной и вызванным ею результатом. Сотни раз на улицах Парижа или на бульварах и даже на деревенских улицах находился я в более пыльной атмосфере, чем в той, в которой был совсем недолго и всего несколько раз вдохнул эту пыль, и все же ничего подобного не случалось. Так что причиной должно быть нечто очень своеобразное, что застало меня врасплох в совершенно особых условиях. Под влиянием психичес-

**30**

кого возбуждения, которое вызвала у меня мысль о домашнем воровстве, хотя размеры его могли быть совершенно незначительны, моя нервная система была потрясена, и из-за столь ничтожной причины должны были возникнуть такие тяжелые последствия» (цит. по: Бройтигамидр., 1999, с. 171 — 172).

В 1895 году З. Фрейд в совместной работе с И. Брейером «Исследование истерии» выдвинул идею *конверсии*, под которой понимал перемещение психической энергии в телесную организацию человека, в результате чего патогенный конфликт вытесняется из сознания. Конфликт, по Фрейду, как правило, носит сексуальный характер, и телесные симптомы символически показывают это. Так, истерическая рвота и чувство отвращения может защищать от запретного сексуального влечения, головная боль может означать нежелание, чтобы в голову «лезли» сексуальные фантазии, слепота и глухота помогают не воспринимать то, чего боится сознание. От конверсионной истерии Фрейд отличал истерию страха или невроз страха, в современной терминологии — паническое расстройство. Вегетативный приступ, сопровождающий, например, невроз сердца, Фрейд рассматривал как психосоматический *эквивалент страха*, не имеющего вытесненного сексуального значения, а лишь сопровождающий приступ тревоги или заменяющий

его. Использование соматического эквивалента тревоги является более примитивной защитой, чем вытеснение при конверсии, и сводится к механизму проекции как следствию несостоявшегося психического конфликта. В обоих случаях соматизация служит предохранительным клапаном, защищающим человека от невроза как личностного страдания.

3. Фрейд, создав типологию личности, охарактеризовал сексуальные особенности каждого типа и свойственные ему психосоматические заболевания.

*Оральный тип.* Такие люди стремятся к постоянному получению оральных удовольствий. Они любят говорить, петь, декламировать, покусывают, жуют губы, много курят. Для них значим вкус пищи, они любят острые блюда, раздражающий полость рта эффект алкоголя. По профессии это лекторы, преподаватели, дегустаторы, кулинары. Им свойственен высокий сексуальный потенциал. Особую значимость имеют поцелуи, орально-генитальные контакты. Из заболеваний для них характерны ларингит, стоматит, заикание.

*Анальный тип.* Представители этого типа аккуратны, бережливы, упрямы, педантичны, трудолюбивы, обстоятельны. Замкнуты, способны к монотонному труду, любят порядок и чистоту. Склонны

31

к подчинению, в то же время плохо переносят вмешательство в свои дела, самостоятельны. Это коллекционеры, графоманы, бухгалтеры, аналитики. Сексуальный потенциал средний.

Предпочитают анальные формы сексуального контакта. Отмечаются частые запоры, геморрой, трещины и новообразования прямой кишки.

*Уретральный тип.* Такие люди любят плавать, купаться, обожают воду в любом виде: море, озера, реки, фонтаны. Они неаккуратны, неряшливы, но доводят дело до конца. По профессии — моряки, рыбаки. Они грубы, неделикатны, несдержанны, авантюرنы, сорят деньгами. У них неустойчивый характер, плохой, небрежный почерк. Эрогенные зоны — уретра и расположенные рядом участки. Любят коитус в воде и ночные купания обнаженными в реке, в море. У женщин наблюдается повышенное выделение влагалищной смазки. Люди этого типа часто страдают почечно-каменной и мочекаменной болезнью, уретритом, циститом.

*Кожно-мышечный тип.* Представители этого типа очень подвижны (любят делать зарядку, гимнастику), отличаются математическим складом ума, высокой работоспособностью, выносливостью. Они консервативны, точны, скрытны. Им нравится терпеть боль при выкручивании рук. Такие люди любят душ, массаж, баню с вениками, танцы. Предпочитают очень открытую одежду, часто поправляют ее, собирают крошки со стола. У них мелкий убористый почерк, высокая переносимость алкоголя. Сексуальный потенциал средний. Им необходима длительная прелюдия к половому акту. Эрогенные зоны у женщин — кошачья ямка, грудь, шея, ступни ног. Для людей такого типа характерны кожные болезни, артриты, миозит, частая травматизация.

*Звуко-зрительный тип.* Такие люди демонстративны, утонченны, чувствительны, интуитивны, музыкальны. Слезливы, обидчивы, ранимы, суеверны, склонны к употреблению наркотиков. Много внимания уделяют своей внешности. Сексуальный потенциал их невысок. Обстановка, в которой совершается половой акт (музыка, цвета интерьера) для них важнее коитуса. Для сексуального возбуждения им важны зрительные и слуховые раздражители. Они любят поцелуи в глаза, склонны к порнографии и стриптизу. Из болезней у них наблюдаются все виды расстройств зрения.

*Обонятельный тип.* Нос для таких людей является эрогенной зоной. Они нюхают табак, часто чихают сериями, шмыгают носом. Отмечается особое отношение к запахам, встречается патологическое влечение к зловонию. Их сексуальный потенциал средний или низкий. Чаще всего такие люди болеют ринитом.

32

*Физически-генитальный тип.* Для представителей этого типа характерна фетишизация гениталий, дети часто мастурбируют. Эрогенные зоны — гениталии. Сексуальный потенциал у них средний или низкий. Соматическая патология — воспалительные заболевания гениталий.

Личный врач Фрейда Макс Шур в конце 20-х годов XX века сформулировал концепцию *десоматизации-ресоматизации*. Он рассматривал развитие как возрастающую способность Эго реагировать на психическом уровне (десоматизация). Если у ребенка страх проявляется в виде дрожи, потливости, учащенного дыхания, то у взрослого соматические реакции заменяются речью и внутренними переживаниями. Возврат на соматический уровень реагирования (ресоматизация) трактуется как регресс, обусловленный стрессовыми ситуациями, которые не удается адекватно переработать на психическом уровне.

Тщательный анализ может показать, что в таких ситуациях регресс достигает превербальной стадии развития, предшествующей формированию «Я», когда реакция на стимул является психосоматической в самом прямом смысле слова и когда сознательный опыт ограничен восприятием феноменов сброса напряжения, генетически переформированных до возникновения аффекта тревоги. Ресоматизация чаще происходит у людей, переживших в раннем детстве много травм и обнаруживающих ограничение функции «Я». При этом выбор органа определяется как детскими травмами, так и наследственной предрасположенностью.

Карл Меннингер (2000) ввел понятие «частичное самоубийство» для некоторых форм невротического членовредительства. Он включил сюда трихотилломанию (вырывание и поедание собственных волос), онихофагию (обгрызание ногтей), удаление зубов, ампутацию (пальцев, конечностей, полового члена). Во всех этих случаях, по словам автора, «суицидальный импульс сосредоточивается на отдельном участке тела, являющемся для пациента своего рода заменой целого, подлежащего уничтожению». Саморазрушительные импульсы наблюдаются также у лиц, склонных к травматизму от несчастных случаев, жертвам нападений и сексуального насилия. Импотенция и фригидность, при которых происходит отказ от нормального генитального удовольствия, также могут быть формой саморазрушения. При этом естественная биологическая роль приносится в жертву извращенным эротическим наклонностям, подсознательным страхам и ненависти, стремлению к самонаказанию и лишению себя и партнера совместного удовольствия.

3 — 5184

33

Александр Мичерлих (Mitscherlich, 1971) предложил *модель двухфазной защиты* (двухэшелонной линии обороны). В первой фазе конфликта невротик использует свои обычные невротические защиты. Если они не справляются с тревогой, в действие вступает такая примитивная защита, как соматизация. «Не отраженный кризис хронифицируется в первой фазе вытеснения или иной защиты с невротическим формированием симптомов. Если эти психические средства оказываются недостаточными, во второй фазе происходит сдвиг в динамике телесных защитных процессов». Психосоматическое заболевание вызывает реальная или воображаемая утрата объекта, что приводит к обеднению «Я». Эта модель объясняет, почему невротические симптомы отчетливо

отступают при формировании психосоматической болезни и возвращаются при выздоровлении. Понятно становится также, почему анализ внут-риличностного конфликта часто приводит к обострению психосоматической симптоматики.

Франц Александер (2000) описал *вегетоневроз*, симптомы которого являются физиологическим сопровождением определенных эмоциональных состояний. При отсутствии направленного внешне действия, сбрасывающего напряжение, функциональные расстройства переходят в необратимые изменения органов. Причиной блокады действий являются ситуации, в которых актуализируются специфические конфликты раннего детства. Каждой эмоциональной ситуации соответствует определенный соматический синдром. Неотреагированная агрессия приводит к длительному возбуждению симпатoadреналовой системы с последующим развитием гипертонии, мигрени, артритов, гипертиреоза, диабета. Неудовлетворенное пассивное ожидание помощи, признания, сексуального удовлетворения перенапрягает парасимпатическую систему, в результате формируется пептическая язва, язвенный колит, бронхиальная астма.

Ф. Александер выделил семь классических психосоматических болезней: эссенциальная (первичная) гипертония, язвенная болезнь желудка, ревматоидный артрит, гипертиреоз, бронхиальная астма, колит и нейродермит. Для каждой болезни он описал соответствующий *внутрипсихический конфликт*. Так, больные пептической язвой переживают конфликт между потребностью быть любимым и стремлением к независимости. Под влиянием механизма оральной зависимости в желудке происходит выделение соков и моторная активность, как перед приемом пищи. Функции желудочно-кишечного тракта нарушаются с помощью симпатической иннервации из-

34

за неудовлетворенной потребности быть зависимым или получать помощь (в последнем случае активизируется парасимпатическая система). При этом больной с желудочно-кишечной симптоматикой готовит себя «к питанию вместо борьбы». Бронхиальная астма выражает страстный, но безответный порыв ребенка докричаться до матери. Гипертонией болеют люди с высоким уровнем агрессии в сочетании с чрезмерным самоконтролем, подавленный гнев приводит к изменениям в сердечно-сосудистой системе. Больные нейродермитом сдерживают желание физической близости.

Александер представлял развитие психосоматических расстройств следующим образом:

1. Специфический конфликт предрасполагает человека к определенному заболеванию только тогда, когда к этому имеются генетическая, биохимическая или физиологическая предрасположенность.
2. Определенные жизненные ситуации, в отношении которых человек сенсibilизирован в силу своих ключевых конфликтов, оживляют и усиливают эти конфликты.
3. Сильные эмоции сопровождают этот активированный конфликт и на основе гормональных и нервно-мышечных механизмов действуют таким образом, что возникают изменения в телесных функциях и структурах организма.

Александер выдвинул *векторную* теорию, основанную на общих направлениях конфликтных импульсов, заложенных в самом заболевании. Он описал три вектора:

- 1) желание объединить, получить, принять (соответствует орально-сосущей стадии, удовлетворяющей либидинозную потребность);
- 2) желание исключить, удалить, напасть, причинить вред, разрядиться (соответствует орально-



садистической стадии);

3) желание сохранить, накопить (соответствует анальной стадии).

Соматические функции нарушаются в результате конфликта между указанными векторами. Так, при спастическом колите у ребенка могут бороться любовь и агрессия к младшему брату или сестре и одновременно желание сохранить безраздельную любовь родителей.

Фландерс Данбар (Dunbar, 1944) описала личностные профили больных с язвой желудка, сердечной патологией, гипертонией, ал-

35

лергией, артритом, склонностью к повреждениям и др. Для больных желудочно-кишечными расстройствами характерна тревожность, неуверенность в себе, нерешительность, зависимость, пассивность. У них часто наблюдаются компульсивные черты: педантизм, мелочность, стремление к порядку, скрытая амбициозность в сочетании с застенчивостью. Отмечаются также паранойяльные проявления: подозрительность, недоверчивость, обидчивость, ранимость. Больным бронхиальной астмой свойственен эгоцентризм и манипулятивный стиль взаимоотношений. Больные нейродермитом отличаются эмоциональным мышлением и сексуальной незрелостью. Лица, склонные к повреждениям, импульсивны, ведут неупорядоченный образ жизни, любят риск и приключения, враждебны к авторитетам. Они проявляют тенденцию к самонаказанию, исходящую из неосознанного чувства вины.

Ф. Данбар выделила два типа личностного преморбиды у сердечных больных. Кардиофобия (невроз сердца) наблюдается у зависимых личностей. Спазмы коронарных сосудов, вплоть до инфаркта на высоте приступа, типичны для личностей *коронарного типа* — трудоголиков, избегающих зависимых интимных отношений, стремящихся контролировать и доминировать, агрессивных и нетерпеливых.

Подобное поведение М. Фридман и Р. Розенман (Friedman, Rosenman, 1974) обозначают как тип А (в отличие от поведения типа В, которое присуще людям более спокойным, менее агрессивным и менее озабоченным вопросом времени). Авторы приводят следующие критерии для определения типа личности.

Гил А: соревновательный, всегда спешит, отличается сильными влечениями, требует совершенства от себя и от других, амбициозен, хочет быстрого продвижения, трудоголик даже в игре, враждебен по отношению к другим.

Гил В: не соревновательный, расслаблен, контролирует себя, беззаботный, понимающий, прощающий, доверчив и счастлив на работе, любит досуг и выходные.

Еще древнеримский врач Клавдий Гален отмечал, что женщины меланхолического темперамента чаще болеют раком молочной железы, чем женщины-сангвиники. Т. Моррис и С. Грир (Morris, Greer, 1980) описали *поведение типа* Су онкологических больных, которое характеризуют депрессия, выученная беспомощность, недостаточная эмоциональная экспрессивность, подавление негативных эмоций и отсутствие социальной поддержки.

36

Согласно теории «приобретенной беспомощности» Мартина Селигмана (Seligman, 1975), формированию депрессии содействует неспособность контролировать жизненные события. Автор предположил, что встреча с неконтролируемыми событиями приводит к когнитивной и эмоциональной недостаточности, которая в результате вызывает «приобретенную

беспомощность». События развиваются следующим образом. При неудачной попытке достичь желанной цели человек переживает фрустрацию; ему кажется, что дальнейшие усилия бессмысленны; у него появляется чувство беспомощности. Подтверждается ранее существовавшая у него убежденность, что его поступки не получают положительного подкрепления, и человек уменьшает количество попыток, направленных на улучшение своего положения. В конечном счете у него возникает чувство общего бессилия и депрессия.

Ю. Г. Фролова (2003) выделяет стремление человека к контролю над собственной жизнью в качестве одного из основных, в то же время она признает, что в области здоровья непрофессионалу из-за ограниченности знаний и особенностей медицинской системы реализовать данный мотив очень сложно. При наличии неизлечимого хронического заболевания потребность в собственном контроле и эффективности способствует появлению тревоги, ухудшению состояния и разочарованию в себе.

Негативное влияние воспринимаемого контроля на здоровье может быть обусловлено:

- а) неверной оценкой собственных способностей и характеристик ситуации;
- б) неадекватностью механизмов установления контроля (подменной регуляции подавлением, ответственности — чувством вины, самостоятельности — нонконформизмом);
- в) тревогой, связанной с грузом ответственности;
- г) недостаточным количеством информации, необходимой для осуществления контроля.

У одних формируются завышенные ожидания относительно эффективности профилактических мер, другие пренебрегают подобными мерами и отказываются от традиционной медицины в пользу альтернативных методов лечения, которые предоставляют пациентам большую свободу действий. В результате человек оказывается либо не готов к воздействию стрессовой ситуации, либо испытывает глубокое разочарование в собственных способностях.

37

Пауль Федерн (Federn, 1952) связывал развитие психосоматических расстройств со *слабостью Эго*. Он понимал страдание от боли, вызванной фрустрацией потребности или утратой объекта, как выражение активной деятельности «Я», которое «поглощает и переваривает» эту боль, поскольку воспринимает полную интенсивность происходящего на своих границах. Если эти границы недостаточно загружены нарциссическим либидо, «Я» не может перенести страдание от боли без тревоги и чувства вины и соответственно не в состоянии адекватно переработать боль. Каждая фрустрация или потеря объекта воспринимается как непосредственная угроза единству «Я» и должна немедленно отражаться. Непереработанные переживания остаются за пределами границы «Я» в виде простого ощущения боли и постепенно накапливаются, приводя к психосоматическим и аффективным расстройствам, а также химической зависимости.

Микаэль Балинт (2002) показал различие между невротами, возникающими в рамках эдипова конфликта, и психосоматозами, обусловленными недостатком эмпатической связи в ранних отношениях с материнской фигурой. Во втором случае формируется *базовый дефект*, заключающийся в недостаточно устойчивом восприятии своей личности и диффузных границах «Я». Из-за этого пациент не может установить комфортную дистанцию в межличностных отношениях. Он испытывает постоянную потребность в эмоциональной поддержке и опасается

выразить свои чувства человеку, который ее обеспечивает. Негативные чувства пациента обращаются против него самого, вызывая психосоматические расстройства. В работе с психосоматическими больными Балинт предлагал прорабатывать излишнюю зависимость от значимых объектов и прежде всего от матери.

Джойс МакДугалл (2002) выдвинула положение о *дефиците эго-идентичности* как основной причине психосоматических расстройств. Нечеткие границы Эго вызывают спутанность и неопределенность в различении физической и психической сфер жизнедеятельности, поэтому психологическая угроза одновременно воспринимается психосоматиком и как физическая. Определенные реакции организма могут быть соматическим выражением попытки защитить себя от архаических желаний, которые переживаются как угрожающие жизни, подобно тому, как маленький ребенок мог переживать угрозу смерти. Чтобы достичь этой цели, психика в момент опасности посылает телу, как в младенчестве, примитивные сигналы тревоги, не использующие язык и не воспринимае-

38

мые человеком как эмоции. Подобные сигналы выглядят как психосоматические симптомы, они имеют тенденцию к повторению, навязчивости. Защитная функция болезни состоит в фиксации внимания на ощущениях, определяющих границы тела, что уменьшает архаический страх быть поглощенным симбиотической или быть брошенным неэмпатичной матерью. Кроме того, наличие физического заболевания защищает от экзистенциального страха смерти: «болею — значит существую».

В. Д. Тополянский и М. В. Струковская (1986) подчеркивают эмоциональный инфантилизм психосоматических больных, для которых характерны бурные аффективные реакции, отвечающие лишь одной, непропорционально выраженной потребности данного момента. Это создает острое противоречие с основными интересами личности. И если ни одна из ряда негативных эмоций не получает доминирующего значения, возникают амбивалентные чувства, и эмоциональный конфликт нарастает.

Личностные расстройства выявлены у 61% психосоматических больных (значительно чаще, чем у соматически больных). По частоте расстройства личности распределяются следующим образом: 27% — избегающие личности, 21% — параноидные, 17% — обсессивно-компульсивные, 15% — шизоидные, 13% — гистрионные, 11% — пограничные, 3% \*■ нарциссические.

Большинство авторов отмечают, что психосоматические больные стыдятся проявлять свои эмоции, особенно агрессивные. Им свойственен чрезмерный эмоциональный контроль, помогающий скрывать собственные потребности, зависимость, разочарование, гнев, а также сознание своей беспомощности и переживание враждебных чувств к себе. Они отличаются обязательностью, ответственностью, развитым чувством долга, гипертрофированной приверженностью морально-этическим нормам. Для них характерно выраженное честолюбие, прямолинейность, бескомпромиссность, педантизм. Эти люди с трудом приспосабливаются к новым жизненным ситуациям, крайне ранимы и обидчивы, проявляют тревожную мнительность в ситуациях реальной или воображаемой угрозы или неудачи, а в ситуациях вызова и угрозы демонстрируют пассивно-оборонительное поведение. Из-за постоянного контроля их движения приобретают оттенок скованности, «деревяннo-сти», речь становится монотонной и однообразной.

Ян Бастиаанс (2001) на материале психосоматических больных выделил точки фиксации в развитии агрессии, на которых может останавливаться или к которым может регрессировать

Бегство от собственных побуждений и агрессивности наблюдается у маленьких детей, еще не имеющих адекватных способов разрешения первых проявлений агрессивности (см. выше тип «чрезмерно контролирующего себя агрессора»). Чисто деструктивное поведение ребенок проявляет, когда еще не может регулировать или сублимировать свои агрессивные импульсы. Протестующее поведение может быть позитивным, когда оно сливается с либиди-нозными побуждениями, и негативным. Садомазохистское поведение отмечается, когда конкурируют две тенденции — к борьбе и к бегству. Предпочтение количественной продукции проявляется в сублимации агрессии, когда ребенок стремится превзойти соперников в результатах продуктивной деятельности. Деструктивно-соперничающее поведение ведет к уничтожению соперников в борьбе за лидерство. Позитивно-соперничающее поведение состоит в том, что человек признает право соперника на жизнь, только если чувствует свое превосходство в какой-либо сфере. Креативное и конструктивное поведение возможно, когда творческая личность способна следовать своим потребностям, в том числе потребности отдавать себя людям, которых она перестает воспринимать как средства для усиления своей власти.

© *Если сердиться — сосчитай до четырех; если очень сердиться — выругайся. (Марк Твен)*

ПольСифнеос (Sifneos, 1973) ввел в широкую психотерапевтическую практику понятие *алекситимия* (греч. «нет слов для чувств»). Этим термином обозначают неспособность осознавать и описывать свои эмоции, различать чувства и ощущения. Характерные нарушения вербальной и символической экспрессии у психосоматиков описали Пьер Марти и Мишель де М'Юзан (Marty, M'Usande, 1963).

Алекситимикам свойственно общее ограничение аффективной жизни и фантазии. Им тяжело подобрать слова для описания чувств, проявлять эмпатию, они редко плачут и почти не видят снов, не могут понять переносный смысл высказываний. Их мышление в высшей степени конкретно, прагматически-технично и направлено на механическую, функциональную сторону описываемого. Они монотонно и подробно излагают тривиальные, хронологически упорядоченные поступки, реакции, события обыденной жизни, ориентируются прежде всего на вещественный мир, а к себе относятся как к роботам.

## 40

Внутренние диалоги алекситимической личности смазаны, слит-ны, в них трудно различить два внутренних голоса. Их речь не затрагивает внутренний мир, лишена колоритности, часто производит впечатление эмоциональной тупости и утомляет собеседника. Основным способом самовыражения являются жесты и действия, нередко импульсивные, при этом их моторика отличается ригидностью. Характерны личностные расстройства, чаще нарциссическое, зависимое, избегающее, пассивно-агрессивное.

Во взаимоотношениях эти люди склонны к выраженной зависимости или избеганию и одиночеству. Их личные отношения остаются деловыми, на уровне оказания взаимных услуг. Они могут быть хорошими товарищами и совсем не быть друзьями. Их связи с социальным и культурным окружением также достаточно формальны. В сложных ситуациях алекситимики испытывают неопределенные и буквально неопишуемые страдания, проявляют склонность к злоупотреблениям — пищевым, алкогольным, лекарственным. Они игнорируют сигналы о

соматическом неблагополучии, что внешне проявляется в стоицизме, иногда сопровождается застывшими позами и маскообразностью лица.

Алекситимия зарождается в семейной среде, в которой нет места словесному выражению чувств, переживаемых в данный момент. Мать чрезмерно опекает ребенка, постоянно успокаивает его, в связи с чем он может засыпать только на ее укачивающих руках. В результате сохраняется симбиотическая связь с матерью на языке тела и не развивается способность к выражению своего состояния с помощью знаков и символов. Эта позиция может затем подкрепиться многолетним наблюдением у врачей-интернистов, также нередко обнаруживающих проявления алекситимии. Психодинамику алекситимии Марти и де М'Юзан связывают с задержкой на симбиотическом уровне и связанной с этим недостатком дифференциации субъект — объект, результатом чего является неспособность к процессу переноса и к эмпатическим отношениям с объектом. У грудных детей с психосоматическими расстройствами выявляется недостаточная аутоэротическая активность, поскольку место фантазма — интроецированного хорошего объекта занимает симбиотическая мать.

Авторы описывают специфическое «операторное мышление» у психосоматических больных. Бедное и монотонное, оно приклеено к материальности событий, оторвано от бессознательного, лишено импульсов воображаемого. Бессознательные течения, кажется, не беспокоят гладкую поверхность внешне спокойного сознания.

41

ния. Наблюдающуюся у больных бедность сновидений, грезиобеднение межличностных взаимодействий автор связывает с бедностью вербального выражения. Запертый в панцире материального, не способный к проекции, психосоматик воспринимает другого только как некую редупликацию себя самого.

Алекситимики используют незрелые механизмы психологической защиты, такие как отреагирование действием, отрицание, проективная идентификация. Происходит тотальная идентификация с ключевым объектом, играющим для них родительскую роль. Потеря этого объекта (реальная или предполагаемая) провоцирует психосоматическую болезнь или приводит к ее обострению.

Генри Кристал (2000) подчеркивает, что психосоматические пациенты переживают физическую боль вместе с эмоциями или вместо них. Не получив доступа к эмпатичной матери, младенец формирует идолопоклоннический перенос, при котором все доброе приписывается только идеализированной матери, поэтому ее любовь необходимо получить любой ценой. Однако пользоваться любовью — значит нарушить материнские границы, а это переживается как преступление Прометея, заслуживающее вечного мучительного наказания, которое хуже смерти. Выходом становится поворот от матери к миру вещей и дел, так как они заслуживают большего доверия и их позволено контролировать.

Своей тревожной заботой мать лишает младенца права на самоконтроль и саморегуляцию, в результате его эмоциональная сфера отчуждается от когнитивной. Впоследствии столкновение с чувствами вызывает у психосоматика соматизированный страх смерти. Понятно, почему у психосоматических больных нередко ухудшается состояние во время психоанализа или тренировок саморегуляции при помощи биологической обратной связи.

© *Новый русский возвращается из Парижа. Жена его спрашивает:*

— *Ну, как там, в Париже?*

— Блин, классно, в натуре... твою мать! Эта, Фефелева башня... твою мать, ну такой ништяк!  
Ваще, блин, клево, в натуре твою мать!.. Мань, а ты чего плачешь?

— Красотища-то какая!

Гельмут Фрайбергер (1999) описал ведущие психодинамические факторы психосоматических больных: депрессивность после потери объекта и нарциссической обиды, орально-агрессивные

42

черты, агрессивная защита, ограничение способности к самонаблюдению. Он проанализировал «психосоматическую линию развития», которая под рубриками «симптом», «конфликт» и «личностные особенности» включает следующие психосоматические характеристики.

*Симптом:* эмоциональный обморок, депрессия истощения.

*Конфликт:* потеря объекта, нарциссическая травма, агрессивная защита.

*Личностные особенности:*

- 1) слабость «Я» с недостаточным самонаблюдением, нарушенным базисным доверием, плохой переносимостью фрустрации, повышенной потребностью в зависимости и минимальной способностью к научению новым эмоциональным установкам;
- 2) душевная пустота вследствие снижения чувственного переживания и автоматически-механических мыслительных процессов, наряду с плохой психической переработкой из-за недостаточного внутреннего соотнесения с неосознаваемыми фантазиями, что компенсируется описанием телесных ощущений и ипохондрических деталей;
- 3) орально-нарциссическое нарушение с подчеркнутой склонностью к непереработанным переживаниям потери объекта;
- 4) защитное поведение с «жалобно-обвиняющими» действиями, включающими интенсивные желания зависимости от «ключевых фигур» с целью вновь завладеть разочаровавшими объектами и компенсировать обиду.

Фиксация на оральных потребностях приводит к негибким способам их удовлетворения — псевдонезависимости и манифестирующей зависимости. При *псевдонезависимости* трудно осознать «позорное» желание заботы и зависимости, а также успеха. Такие люди, с одной стороны, берут на себя преувеличенную, хотя и обезличенную «профессиональную ответственность» за других, а с другой стороны, в своих межличностных связях проявляют инти-мофобию с раздражительностью и скрытой враждебностью. Необходимость лечиться они признают лишь при официальном назначении им постельного режима или госпитализации. Профессиональные успехи, как и женитьбу, рождение ребенка они воспринимают как угрозу, поскольку радоваться для них означает зависеть от запретных когда-то и поэтому опасных желаний.

*Манифестирующее зависимое поведение*, напротив, обусловлено желанием быть окруженным заботой. При осуществлении этого

43

желания пациенты могут быть как раболепны, так и требовательны. Сознательно они могут стараться заслужить заботу подчеркнутым вниманием к партнеру, а на самом деле неосознанно обнаруживают рентные установки и тенденцию к манипулированию.

Фрайбергер ввел понятие «*прегенитальное нарушение созревания*», которое выражается в двух базисных конфликтах. Конфликт *зависимости — независимости* проявляется в сильном развитии инфантильного желания зависимости, которое интерферирует с интенсивным желанием

независимости и тем самым вызывает у пациента трудности в общении. Конфликт *близости* — *дистанцирования* отражается в сочетании инфантильной зависимости с противоположным желанием межличностного дистанцирования, в результате значимый другой одновременно сильно притягивает и отталкивает. Вокруг упомянутых базисных конфликтов развиваются следующие психодинамические факторы:

1. *Эмоциональная сдержанность*, скрывающая недостаточное принятие и самопринятие, а также неосознанный страх высвобождения ранее вытесненных психотравм. Типичны следующие психологические защиты: инфантильная регрессия орально-нарциссических желаний, отвращение, подавление агрессии, перенесение реакций на другой объект, проекция, формирование реакций, медицински ориентированное самообеспечение.
2. *Нарциссические обиды*, кроме эмоциональной сдержанности/недостаточности, включают переживание утраты и фрустрации со снижением самооценки. Объектами утраты могут быть как значимые другие, так и здоровье, оперативно удаленные органы, материальные возможности, престиж и т. п. Утраты могут быть реальными, угрожающими, воображаемыми.
3. *Фрустрационная агрессия* возможна в результате переживания нарциссической обиды по поводу утраты. Агрессия направлена на значимый объект, но вследствие страха окончательно его лишиться в результате уничтожения переносится на другие объекты, в том числе на собственное тело и медицинских работников. На эрзац-объекты переносятся и другие переживания фрустрации — страх и печаль. Хрупкая личность пациента с ее сложными эмоциональными связями и проблемами таким образом выводится из конфликта.
4. *Депрессия*. Результатом описанной динамики является: а) депрессивный страх отторжения, проявляющийся в чувстве

44

одиночества, непонятости, ненужности; б) депрессивное чувство беспомощности, сопровождающееся переживанием собственной неполноценности, упадком духа; в) депрессивное чувство безнадежности — от апатически-угрюмой покорности до взрывов отчаяния с суицидальными попытками.

В справочнике по психосоматическим заболеваниям под редакцией Ю. Ю. Елисеева (2003) приводится 8 основных психологических источников психосоматических заболеваний:

I. Внутренний конфликт сознательной и бессознательной части личности, единоборство между которыми приводит к разрушительной «победе» одной из них. II. Мотивация по типу условной выгоды симптома для пациента. Например, избавление от мигрени может «открыть глаза» на многие проблемы, которые «мешает видеть» головная боль, и тогда пациент оказывается перед необходимостью их решать.

III. Эффект внушения (другимлицом). Известно, что если ребенку в детстве часто повторять «остолоп, слабак, эгоист» ит. п., то очень часто он начинает демонстрировать поведение, соответствующее внушенному, которое автоматически переходит во взрослую жизнь.

IV. Элементы «органической речи», которая физически воплощается буквально. Например, слова «у меня сердце за него болит», «я задыхаюсь в этой атмосфере», «это невозможно переварить» могут превратиться в реальные симптомы.

V. Идентификация, стремление быть похожим на кого-то. Постоянно имитируя другого человека, личность как бы отстраняется от своего собственного организма.

VI. Самонаказание, когда человек, совершивший какой-нибудь неблагоприятный, на его взгляд,

поступок, бессознательно наказывает себя. Результатом этого могут быть травмы и соматические нарушения.

VII. Травматический опыт прошлого — как правило, раннего периода детства.

VIII. Алекситимия.

## **И ОРЕССЫ, И СЕМЬЯ, И МНОГОЕ ДРУГОЕ**

Современный подход к патогенезу психосоматических расстройств является интегративным и учитывает:

**45**

- 1) неспецифическую наследственную и врожденную отягощенность соматическими нарушениями и дефектами;
- 2) наследственное предрасположение к психосоматическим расстройствам;
- 3) нарушения деятельности ЦНС;
- 4) личностные особенности;
- 5) психическое и физическое состояние во время действия психотравмирующих событий;
- 6) фон неблагоприятных семейных и других социальных факторов;
- 7) особенности психотравмирующих событий и их значение для личности.

Ю. Ф. Антропов и Ю. С. Шевченко (2002) определяют психосоматические расстройства как дисфункции органов и систем, обусловленные психическими, в частности, аффективными нарушениями, которые возникают в функционально перегруженных, конституционально-неполноценных или поврежденных висцеральных системах.

Некоторые аналитики рассматривают *потерю объекта* как важнейший фактор в происхождении психосоматических заболеваний. Большое значение семейной и личной истории больных (потеря родителей, болезни и несчастные случаи, разводы) придавала Ф. Данбар (Dunbar, 1944). Ф.

Александр (2002) подчеркивал роль в происхождении и развитии психосоматических заболеваний различных факторов: родовых травм, болезней в младенческом возрасте, физических травм, эмоционального климата в семье, личностных особенностей родителей, индивидуальной реакции на стресс и т. д. По мнению Ф. Александра, при психосоматических болезнях конфликт вытесняется настолько глубоко, что не осознается, тогда как при неврозе он вытесняется не полностью, а при вегетативных расстройствах — минимально.

Соматическая предрасположенность обнаруживается у 23 — 62% больных эссенциальной гипертонией, у 65 — 85% детей с бронхиальной астмой, в 66% случаев при нейродермите и 61% случаев при экземе. Выявлено, что поражение правого полушария мозга часто приводит к эмоциональным и висцеро-вегетативным нарушениям. Высокий риск психосоматического расстройства связывают с низким порогом чувствительности к раздражителям, высокой интенсивностью реакций на внешние раздражители, трудностью адаптации к новым впечатлениям с преобладанием отрицательных эмоций. Для всех психосоматических больных характер-

**46**

ны замкнутость, сдержанность, недоверчивость, тревожность, ранимость, склонность к легкому возникновению разочарований, преобладание отрицательных эмоций над положительными, невысокий уровень интеллектуального функционирования в сочетании с выраженной нормативностью и установкой на достижение высоких результатов.

Джордж Энгель и Артур Шмале (Engel, Schmale, 1967) выделили «*соматопсихически-*



*психосоматические*» заболевания, «при которых предрасполагающие биологические факторы не только имеют место с момента рождения или с грудного возраста, но прямо или косвенно участвуют в развитии психического аппарата. Это не означает непереносимого преобладания биологических факторов; для них может существовать общая недифференцированная матрица. Но на каком-то этапе "спорная" соматическая система начинает специфическим образом воздействовать на психическое развитие» (цит. по: Бройтигам и др., 1999, с. 55). Улиц со скрытой соматической неполноценностью под влиянием стресса может наступить скоропостижная смерть — авторы описывают 170 случаев внезапной смерти на высоте «острой печали» в связи со смертью или годовщиной смерти родных и близких, угрозой потери любимого человека или утратой престижа.

Авторы связали включение механизмов соматизации с ослаблением иммунной защиты в результате психологического *отказа от будущего* и переживания безнадежности, беспомощности. Этому отказу предшествует потеря значимого объекта, которая становится для потенциальных психосоматических больных незаживающей нарциссической раной. Возникновение болей объясняется как самонаказание в связи с потерей объекта.

В последние десятилетия бурно развивается психонейроэндок-риноиммунология, которая выявила следующие психофизиологические механизмы. Иммунная система предупреждает развитие инфекций и опухолей, обнаруживая и уничтожая антигены — чужеродные субстанции и собственные клетки-мутанты. Ниже щитовидной железы, за верхней третью грудины расположена ви-лочковая железа — тимус, состоящая из двух долек. Она вырабатывает Т-клетки — лимфоциты, циркулирующие в лимфе и крови. Т-клетки помощники (хелперы) выявляют антигены, а затем размножаются и запускают иммунную реакцию. Т-клетки убийцы (киллеры) находят и разрушают пораженные клетки организма. Костный мозг (bone brain, англ.) продуцирует В-клетки, которые распознают антигены и прикрепляются к ним, помечая их для уничтоже-

47

ния. Во время стресса надпочечники выделяют норадреналин; на ранней стадии стресса он стимулирует активность лимфоцитов, однако затем начинает подавлять ее. В результате иммунитет ослабляется, легко развиваются инфекционные, аллергические и онкологические заболевания.

Гюнтер Аммон (2000) проанализировал отношения будущего психосоматика с симбиотической матерью, которая воспринимает ребенка сквозь призму постоянной опасности его заболевания, как хрупкую вещь, которая может легко сломаться. Только боля, ребенок получает эмоциональный доступ к матери и строит свою Эго-идентичность как больной человек, жертвуя «здоровыми» эмоциональными функциями на границе своего Эго. Так образуются «дыры» в Эго, которые компенсируются развитием инструментальных функций (интеллект, память, деловые навыки), культивируемых психосоматической семьей и школой. «Психосоматический симптом восстанавливает интеграцию личности и конституирует идентичность психосоматического пациента». Автор указывает на защитный характер психосоматического процесса, который помогает пациентам либо избежать сознания тяжелейших жизненных проблем, либо отгородиться от разрушительного поведения объектных фигур при помощи болезни.

Сальвадор Минухин (1998) описал типичные паттерны *психосоматической семьи*:

- Симбиотическая связь с культивированием зависимости ребенка.
- Гиперпротекция со сверхчувствительностью к дистрессу членов семьи.

- Ригидность правил и норм с нарушением адаптации к новым ситуациям.
- Конфликтофобия с накоплением скрытых семейных конфликтов.
- «Триангуляционная» (лат. *triangulum* — треугольник) роль ребенка, при которой его болезнь становится буфером в супружеском или семейном конфликте.
- Соматическая болезнь подкрепляет описанные паттерны, становясь привычным способом «решения» скрытых семейных конфликтов.

Р. П. Либерман (1976) отметил, что психосоматические семьи отличаются слабыми границами между поколениями, недостаточной автономностью отдельных членов семьи и вместе с тем родимостью

тельской разобщенностью. Подобная семья функционирует как ригидная система, не способная к эффективному разрешению конфликтов, совместному поиску выхода из проблем и совладению с фрустрирующими ситуациями. Болезненные симптомы становятся условно выгодны как больному, так и семье в целом, позволяя сфокусироваться на недомоганиях идентифицированного пациента и тем самым избежать конфронтации с внутрисемейными межличностными конфликтами.

Э. Г. Эйдемиллер и В. В. Юстицкий (1999) перечисляют следующие семейные «вредности»:

- длительное эмоциональное напряжение вследствие психо-травматизации и нарушения жизнедеятельности семьи;
- нарушение семейных представлений о целях семьи и потребностях ее членов;
- нарушение семейного общения, обычно связанное с неудовлетворенностью одного из членов семьи и невозможностью назвать ее причину;
- нарушение семейных механизмов взаимодействия с возникновением взаимного побуждения, принуждения и отчуждения;
- структурно-ролевые нарушения в семье, приводящие к возникновению ролей «козла отпущения», «неисправимого», «спасителя гибнущего» и т. д.

Г. Стайерлин (1978) выделяет три типа отношений родительских семей у психосоматических больных:

- 1) «связывание» — характеризуется жесткими стереотипами коммуникаций; дети инфантилизируются, отстают в эмоциональном развитии;
- 2) «отвержение» — ребенок вынужден отказываться от своей личности, развиваются аутистические тенденции;
- 3) «делегирование» — родители ожидают от детей реализации собственных несбывшихся надежд, манипулируют ими как проектами своего «Я».

Г. Шефер (1978), осуществляя системный подход к пониманию соматоформных расстройств, ввел понятие «*социопсихосоматика*». На первый план при этом выступает рассмотрение социальных и межличностных конфликтов, которые заявляют о себе на языке тела, когда тот, кто озабочен состоянием здоровья, во взаимодействии с медицинским работником осознает свою уязвимость относительно

« — 5184

49

своих человеческих и социальных проблем. Социальный (микросоциальный) аспект учитывает влияние окружающей среды, роль межличностных конфликтов и фрустраций на пути самореализации личности. Он помогает ответить на вопрос: «Почему здесь и сейчас?»

Образец интегративного подхода демонстрирует Д. Н. Оудсхо-орн (1993), который рассматривает психосоматические расстройства у детей и подростков на шести уровнях.

1. *Среда*. Социальный стресс: напряженные отношения с соседями, безработица, ощущение опасности, трудности в школе.

2. *Семья*. Семейный стресс: недостаточная устойчивость к социальному стрессу, больной ребенок, семейная патология. Закрепление.

3. *«Я»*. Недостаточная устойчивость к социальному стрессу, к семейному стрессу, к собственному заболеванию, недостаточное чувство уверенности в себе, негативный образ самого себя, низкая самооценка, телесный язык (симптоматическая коммуникация) при неудачной реализации вербальных, когнитивных и эмоциональных возможностей выражения.

4. *Психодинамика*. Внутрипсихический конфликт: защита нежелательных мыслей, чувств и порывов; выход из агрессии, подавленности, тревоги; наказание за агрессивные чувства по отношению к родителям.

5. *Личность*. Дефекты: неадекватная невыразительность эмоций, связь соматических ощущений и психических переживаний, наследственные и конституциональные факторы, нарушения темперамента и личностные расстройства.

6. *Тело*. Чрезмерное возбуждение ведет к расстройствам, заболеванию: через подкорку, гипоталамус, вегетативную систему, органы; через кору и скелетные мышцы; через гипоталамус, гипофиз, гормоны и органы. Аномальный отбор поступающей информации. Экзогенные вредные воздействия.

#### *Литература*

Александр Ф. Психосоматическая медицина: Принципы и практическое применение. — М., 2002.

Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах: Метод, пособие. — СПб., 1994.

Аммон Г. Динамическая психиатрия. — СПб., 1995.

Балинт М. Базисный дефект: Терапевтические аспекты регрессии. - М., 2002.

**50**

Бастиаанс Я. Вклад психоанализа в психосоматическую медицину // Энциклопедия глубинной психологии. Т. II. — М., 2001. — С. 225-260.

Бержере Ж. Психоаналитическая патопсихология: Теория и клиника. - М., 2001.

Берн Э. Введение в психиатрию и психоанализ для непосвященных. - М., 2001.

Браун Дж. Психосоматический подход. — М., 2001.

Бройтигам В. и др. Психосоматическая медицина: Краткий учебник. - М, 1999.

Былкина Н. Д. Развитие зарубежных психосоматических теорий // Психол. журнал. — 1997. — №2.

Ващенко Ю. Эго-идентичность как этиологический фактор психосоматических расстройств // Журнал практического психолога. - 1999. - №5-6.

Волкова С. В., Холмогорова А. Б. Семейные источники негативной когнитивной схемы при эмоциональных расстройствах (на примере тревожных, депрессивных и соматоформных расстройств) // Моск. психотер. журнал. — 2001. — №4.

Гарбузов В. И. Концепция инстинктов и психосоматическая патология: Наднозологическая диагностика и терапия психосоматических заболеваний и неврозов. — СПб., 1999.

Губачев Ю. М., Стабровский Е. М. Клинико-физиологические основы психосоматических состояний. — Л., 1981.

- Гуревич П. С. Клиническая психология. — М., 2001.
- Елисеев Ю. Ю. (ред.) Психосоматические заболевания: Полный справочник. — М., 2003.
- Жариков Н. М., Ильин В. И. (ред.) Психосоматические соотношения. - М, 1990.
- Исаев Д. Н. Психосоматические расстройства у детей: Руководство для врачей. - СПб., 2000.
- Кляйн М. и др. Развитие в психоанализе. — М., 2001.
- Косенков Н. И. Физиологические механизмы психологической адаптации при психосоматической патологии: Автореф. дис... докт. мед. наук. — СПб., 1997.
- Кречмер Э. Медицинская психология. — СПб., 1998.
- Кристал Г. Нарушение эмоционального развития при аддиктив-ном поведении // Даулинг С. (ред.) Психология и лечение зависимого поведения. — М., 2000. - С. 80 - 118.
- Кришталь В. В., Григорян С. Р. Сексология. - М., 2002.
- Кулаков С. А. Основы психосоматики. — СПб., 2003.

51

- Курицин И. Т. Теоретические основы психосоматической медицины. - Л., 1973.
- Лоуэн А. Физическая динамика структуры характера. — М., 1996.
- Лурия Р. А. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. - М., 1977.
- Любан-Плоцца Б. и др. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике. — СПб., 2000.
- МакДугалл Дж. Театр души: Иллюзия и правда на психоаналитической сцене. — СПб., 2002.
- Менделевич В. Д., Соловьева С. А. Неврология и психосоматическая медицина. — М., 2002.
- Менеgetti А. Психосоматика. — М., 2002.
- Меннингер К. Война с самим собой. — М., 2000.
- Минухин С, Фишман Ч. Техники семейной терапии. — М., 1998.
- Никитин В. Н. Психология телесного сознания. — М., 1999.
- Николаева В. В. О психологической природе алекситимии. — М., 1991.
- Парцерняк С. А. Стресс. Вегетозы. Психосоматика. СПб, 2002.
- Психосоматика: Взаимосвязь психики и здоровья: Хрестоматия. — Минск, 1999.
- Рад М., фон. Психоаналитическая психосоматика // Ключевые понятия психоанализа. — СПб., 2001. — С. 188— 194.
- Резникова Т. Н. Внутренняя картина болезни: Структурно-функциональный анализ: Автореф. докт. дис. — СПб., 1998.
- Рупчев Г. Е. Телесные фантазии в структуре ипохондрических расстройств // Моск. психотер. журнал. — 1997. — №3.
- Селье Г. Стресс без дистресса. — М., 1979.
- Семке В. Я. Истерические состояния. — М., 1988.
- Сеченов И. М. Элементы мысли. — СПб., 2001.
- Смулевич А. Б. (ред.) Ипохондрические и соматоформные расстройства. - М., 1992.
- Ташлыков В. А. Психологическая защита у больных неврозами и психосоматическими расстройствами: Пособие для врачей. — СПб., 1992.
- Тополянский В. Д., Струковская М. В. Психосоматические расстройства. - М., 1986.
- Тхостова А. Ш. Психология телесности. — М., 2002.
- Ференци Ш. Тело и подсознание: Снятие запретов с сексуальности. - М., 2003.
- Фрайбергер Г. Психосоматика: психосоматические корреляции // Кискер К. П., Фрайбергер Г. и др.

Фрейд З. О психотерапии истерии // Фрейд З. О клиническом психоанализе: Избр. соч. — М., 1991. - С. 41-90.

Фрейд З. Фрагмент анализа истерии : История болезни Доры // Фрейд З. Избранное. - Ростов, 1998. - С. 177-336.

Холмогорова А., Гаранян Н. Соматизация: История понятия, культуральные и семейные аспекты, объяснительные и психотерапевтические модели // Моск. психотер. журнал. — 2000. — № 2.

Хржановски Г. Ипохондрия // Энциклопедия глубинной психологии. Т. 1. - М., 1998. - С. 719-728.

Шутценбергер А. А. Синдром предков: Трансгенерационные связи, семейные тайны, синдром годовщины, передача травм и практическое использование геносоциограммы. — М., 2001.

Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В. Психология и психотерапия семьи. - СПб., 1999.

Якубик А. Истерия: Методология. Теория. Психопатология. — М., 1982.

Dunbar F. Psychosomatic diagnosis. — N.Y., 1944.

Engel G.L., Schmale A. J. Psychoanalytic theory of somatic disorder: Conversion, specificity and the disease onset situation // J. Am. Psychoanal. Assoc. - 1967. - Vol. 15. - P. 344-365.

Federn P. Ego psychology and the psychoses. — N.Y., 1952.

Friedman H., Rosenman R. Type A behavior and your heart. — N.Y., 1974.

Lieberman R.P. Behavioral approaches to family and couple therapy // Am. J. Orthopsychiat. - 1970. - Vol. 40. - P. 106-118.

Marty P., M'Usan M. de. La "pensee operateire" // Rev. Fr. Psychoanal. — 1963. - Vol. 27. Suppl. - P. 345-356.

Mitscherlich A. Krankheitskonflikt. — Frankfurt, 1971.

Morris T., Greer S.A. "Type C" for cancer? // Cancer Detection and Prevention. - 1980. - Vol. 3. - P. 102.

Schaefer H., Blohmke M. Sozialmedizin. - Stuttgart, 1978.

Seligman M. E. P. Helplessness. — San Francisco, 1975.

Sifneos P.E. The prevalence of "alexithimic" characteristics in psychosomatic patients // J. Psychother. Psychosom. — 1973. — Vol. 22. - P. 255-262.

Stierlin H. Delegation und Famine. — Frankfurt, 1978.

## ЧЕМ ЛЕЧИТЬ БУДЕМ?

### СНАЧАЛА ДИАГНОЗ, ПОТОМ ЛЕЧЕНИЕ

*Bene diagnosticur — bene curator. (Хорошо распознается — хорошо и лечится)*

Театр начинается с вешалки, а работа с больным — с обследования. Много может подсказать уже первое впечатление. Гипомимичное лицо с застывшим выражением скорби, опущенные углы рта, на лбу морщины, напоминающие букву W, брови подняты «домиком», внутренние трети век подняты под углом — портрет человека в депрессии. При тиреотоксикозе глаза нависают, так что между зрачком и верхним или нижним веком белеет полоска роговицы. Наблюдается также тремор рук, но он может быть и при истерии, алкоголизме, атеросклерозе. Выпуклые ногти на руках, напоминающие часовые стекла, бывают у больных с легочной и печеночной недостаточностью, хроническим алкоголизмом, а также у людей тяжелого физического труда. У туберкулезного ребенка бывают красивые грустные глаза, опущенные густыми длинными ресницами.

В отличие от психолога, врач должен произвести соматоневро-логический осмотр больного. При

этом можно обнаружить то, о чем больной во время терапевтических бесед мог бы долгое время умалчивать. Например, у женщины можно выявить повышенное оволосение или пятна на коже, которых она стесняется, у мужчины — маленький размер полового члена или избыточное отложение жировой ткани на груди, из-за чего у него возникает чувство сексуальной неполноценности и т. д. Неврологическое обследование может обнаружить ранние признаки органического процесса, скрывающиеся за истерическим фасадом. Соматический осмотр помогает избежать односторонней игры в психологию или психиатрию с больным человеком, выявляет и учитывает органические нарушения, облегчает преодоление барьера интимности и расширяет спектр воздействия на механизмы болезни.

**54**

Важно понять язык тела больного. На каком этапе жизни появился симптом? Каков был его психологический смысл тогда и каков сейчас? Какова история органа, который «говорит»? В каких выражениях пациент описывает свои жалобы и жизненную ситуацию?

Можно выделить следующие цели психосоматического медицинского обслуживания:

- Дифференциально-диагностическое прояснение картины болезни на ранней стадии с учетом соматических и психосоциальных аспектов.
- Диагноз включает:
  - физический и функциональный аспекты патологии;
  - поведение по отношению к инстинктивным желаниям, ситуациям искушения и фрустрации;
  - аспект отношений (социальных, профессиональных, семейных, терапевтических).
- Цели лечения:
  - устранение симптомов;
  - содействие пониманию патогенных связей (внутренние противоречия, конфликты, дефициты);
  - понимание ситуации, вызвавшей актуальное состояние пациента;
  - профилактическая переориентация пациента и значимых других лиц из его ближайшего окружения (изменение образа жизни, преодоление комплексов, избегание конфликтных ситуаций);
  - обязательной основой является активное, непрерывное формирование отношений врача и пациента, способствующее развитию доверия.

При сборе анамнеза у психосоматического больного врачу рекомендуется последовательное выполнить следующие девять действий.

1. Поздороваться с пациентом, представиться и разъяснить свою роль как врача.
2. Спросить о самочувствии пациента в данный момент.
3. Предложить пациенту рассказать о своих жалобах.
4. Вместе с пациентом проанализировать симптомы в соответствии с очередностью их появления, обратить внимание на их признаки и взаимосвязи (локализация, характер и интенсивность жалоб, временные взаимосвязи, возможные со-

**55**

путствующие факторы и симптомы, а также воздействия, которые усиливают или смягчают жалобы). Необходимо уделять особое внимание спонтанным высказываниям пациента по поводу сопутствующих жизненных обстоятельств, ранее перенесенных заболеваний, состояния здоровья членов семьи и межличностных отношений.

5. Попытаться понять предыдущие проблемы пациента, задавая уточняющие вопросы и исходя из

фактов, упомянутых пациентом.

6. Расспросить о состоянии здоровья членов семьи и об их отношениях.

7. Поинтересоваться актуальной жизненной ситуацией пациента, ее развитием, опираясь на то, что уже сказал пациент.

8. Последовательно поинтересоваться жалобами в каждой области тела (системное обследование).

9. Выяснить у пациента, не хочет ли он добавить что-то еще или спросить о чем-то, и удостовериться в том, что пациент его понял. Затем объяснить пациенту смысл последующих обследований.

Разностороннее представление о больном позволяет получить опросник, составленный известным американским клиническим психологом Арнольдом Лазарусом (2000, с. 206 — 219).

### **МУЛЬТИМОДАЛЬНЫЙ ОПРОСНИК ЖИЗНЕННОЙ ИСТОРИИ**

Цель данного исследования — получить комплексное представление о вашей жизни. В психотерапии записи необходимы, потому что они позволяют более глубоко работать с проблемами. Отвечая на эти вопросы как можно полнее и точнее, вы будете содействовать своей терапевтической программе.

Пожалуйста, ответьте на эти вопросы в свободное время, а не во время консультации. Если необходимо, используйте дополнительные листы для записи ваших ответов. Вас может беспокоить тот факт, что многие из задаваемых вопросов носят личный характер.

Пожалуйста, имейте в виду, что записи строго конфиденциальны и никто кроме работающего с вами терапевта не имеет к ним доступа.

**56**

#### **ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ:**

Дата-----

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

Телефон раб. \_\_\_\_\_ Дом. \_\_\_\_\_ Сот. \_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_\_\_ Пол \_\_\_\_\_ Профессия \_\_\_\_\_

Религия \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Место рождения \_\_\_\_\_

Рост \_\_\_\_\_ Вес \_\_\_\_\_

Колебания веса:

Нет \_\_\_\_\_ Есть \_\_\_\_\_ Какие \_\_\_\_\_

Ф.И.О. и тел. семейного врача \_\_\_\_\_

Кто направил на консультацию \_\_\_\_\_

*Семейное положение (выберите одну позицию):*

Холост (а) \_\_\_\_\_ Обручен (а) \_\_\_\_\_

Женат (замужем) \_\_\_\_\_ Разведен (а) \_\_\_\_\_

Вдовец (Вдова) \_\_\_\_\_

Живу с гражданским супругом \_\_\_\_\_

Вступил (а) в новый брак \_\_\_\_\_

Сколько раз вы вступали в брак \_\_\_\_\_

*Вы живете в:*

доме \_\_\_\_\_ квартире \_\_\_\_\_ комнате \_\_\_\_\_ другое \_\_\_\_\_

С кем вы живете:

один \_\_\_\_\_ с родителями \_\_\_\_\_ с супругом \_\_\_\_\_ с любовником \_\_\_\_\_  
с детьми \_\_\_\_\_ с друзьями \_\_\_\_\_ другое \_\_\_\_\_

Какую работу вы выполняете в настоящее время \_\_\_\_\_

Удовлетворены ли вы вашей работой: Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

И почему \_\_\_\_\_

Кем вы работали в прошлом \_\_\_\_\_

Вы получали раньше терапию или профессиональную помощь  
в решении ваших проблем: Нет \_\_\_\_\_ Да \_\_\_\_\_ ■

Какую, когда и где \_\_\_\_\_

У вас были попытки самоубийства: Нет \_\_\_\_\_ Да \_\_\_\_\_

Какие и когда \_\_\_\_\_

**57**

**СЕМЕЙНОЕ И СОЦИАЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ** Отец:

Ф.И.О. \_\_\_\_\_ Возраст \_\_\_\_\_

Профессия \_\_\_\_\_ Здоровье \_\_\_\_\_

Если умер, укажите его возраст в момент смерти \_\_\_\_\_

Сколько вам было лет \_\_\_\_\_

Причина смерти \_\_\_\_\_

Возраст брата (братьев) \_\_\_\_\_ Возраст сестры (сестер) \_\_\_\_\_

Существенные детали о братьях и сестрах \_\_\_\_\_

Если вас воспитывали не родители, то кто заботился о вас и в какой  
период \_\_\_\_\_

Опишите особенности характера своего отца (или лица, заменяющего вам отца) и его отношение к  
вам в прошлом и сейчас

Опишите особенности характера матери (или лица, заменяющего вам мать) и ее отношение к вам в  
прошлом и сейчас \_\_\_\_\_

Какими способами ваши родители наказывали вас

Опишите атмосферу в семье, в которой вы выросли; каковы были отношения между родителями и  
детьми \_\_\_\_\_

Доверяете ли вы своим родителям: Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

Как правило, вы чувствуете любовь и уважение со стороны своих родителей: Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

Если у вас есть мачеха или отчим, укажите ваш возраст, когда ваши родители вновь вступили в  
брак \_\_\_\_\_

Повлияли ли родители, родственники, друзья и др. на ваш выбор супруга, профессии и т. д.:  
Нет \_\_\_\_\_ Да \_\_\_\_\_

Каким образом \_\_\_\_\_

Школьные предметы, по которым вы успевали:

Школьные предметы, по которым вы не успевали:

Ваше образование \_\_\_\_\_

Отметьте те моменты, которые имели место в вашем детстве и отрочестве:

**58**



Счастлиное детство \_\_\_\_\_  
Несчастлиное детство \_\_\_\_\_  
Смерть близких \_\_\_\_\_  
Отвержение \_\_\_\_\_  
Серьезные запугивания и насмешки \_\_\_\_\_  
Суровые наказания \_\_\_\_\_  
Сексуальное насилие \_\_\_\_\_  
Нарушения питания \_\_\_\_\_  
финансовые проблемы \_\_\_\_\_ эмоциональные \_\_\_\_\_  
поведенческие \_\_\_\_\_ школьные \_\_\_\_\_ со здоровьем \_\_\_\_\_  
Недостаток друзей \_\_\_\_\_  
Сильные религиозные убеждения \_\_\_\_\_  
Употребление алкоголя \_\_\_\_\_  
Наркотиков \_\_\_\_\_ Правонарушения \_\_\_\_\_  
Другие \_\_\_\_\_

#### ОПИСАНИЕ СУЩЕСТВУЮЩИХ ПРОБЛЕМ

*Опишите своими словами суть ваших основных проблем*

*Опишите серьезность ваших проблем по следующей шкале:*

Немного расстраивают \_\_\_\_\_ Умеренно расстраивают \_\_\_\_\_

Очень серьезные \_\_\_\_\_ Крайне серьезные \_\_\_\_\_

Полностью выводят из строя \_\_\_\_\_

Когда начались ваши проблемы? \_\_\_\_\_

Что, по-вашему, усиливает ваши проблемы? \_\_\_\_\_

Что вы пытались сделать для улучшения ситуации? \_\_\_\_\_

*Насколько вы удовлетворены вашей жизнью в целом:*

Совсем не удовлетворен 1 2 3 4 5 6 7 Полностью удовлетворен

*Оцените общий уровень напряжения в течение прошлого месяца:* Расслаблен 1 2 3 4  
5 6 7 Напряжен

Ожидания относительно терапии \_\_\_\_\_

В нескольких словах, что вы думаете о терапии в целом?

Как долго, по вашему мнению, должно длиться ваше лечение?

Какими качествами, по-вашему, должен обладать идеальный терапевт?

59

#### модальный анализ существующих проблем

Цель следующего раздела — помочь вам подробно описать существующие у вас проблемы и определить те проблемы, которые могут в противном случае остаться незамеченными. Это позволит нам составить комплексную программу лечения и приспособить ее к вашим специфическим потребностям.

Следующий раздел организован в соответствии с семью модальностями: поведением, чувствами, физическими ощущениями, представлениями, мыслями, межличностными отношениями и биологическими факторами.

**ПОВЕДЕНИЕ** *Отметьте те виды поведения, которые часто свойственны вам:*

Проблемы с питанием\_\_\_\_\_Переедание\_\_\_\_\_Курение\_\_\_\_\_  
Злоупотребление алкоголем\_\_\_\_\_Прием наркотиков\_\_\_\_\_  
Бессмысленный риск\_\_\_\_\_Чрезмерная трата денег\_\_\_\_\_  
Слишком тяжелая работа\_\_\_\_\_Частая смена работы\_\_\_\_\_  
Откладывание дел « на потом»\_\_\_\_\_Лень\_\_\_\_\_Уход\_\_\_\_\_  
Принуждение\_\_\_\_\_Импульсивность\_\_\_\_\_  
Агрессивное поведение\_\_\_\_\_Вспышки ярости\_\_\_\_\_  
Попытки суицида\_\_\_\_\_Неуверенность\_\_\_\_\_  
Эксцентричное поведение\_\_\_\_\_Нарушения сна\_\_\_\_\_  
Бессонница\_\_\_\_\_Трудности с концентрацией\_\_\_\_\_  
Потеря контроля\_\_\_\_\_Фобии\_\_\_\_\_Нервный тик\_\_\_\_\_  
Плач\_\_\_\_\_Другое\_\_\_\_\_

*Какими особенными талантами или навыками вы гордитесь?*

Что вам нравится делать ? \_\_\_\_\_

Что вам не нравится делать? \_\_\_\_\_

Как вы проводите свободное время? \_\_\_\_\_

Какие хобби и виды проведения досуга нравятся вам или позволяют расслабиться? \_\_\_\_\_

Сложно ли вам получать удовольствие от отдыха, выходных и отпусков ? Да \_ \_ Нет \_

Если да, пожалуйста, объясните \_\_\_\_\_

Если бы можно было исполнить два любых желания, что бы вы загадали?

---

**60**

## ЧУВСТВА

*Отметьте те чувства, которые вы часто испытываете:*

Злость\_\_\_\_\_Раздражение\_\_\_\_\_Грусть\_\_\_\_\_

Депрессия\_\_\_\_\_Надежда\_\_\_\_\_Беспомощность\_\_\_\_\_

Спокойствие\_\_\_\_\_Ревность\_\_\_\_\_Беспокойство \_

Страх\_\_\_\_\_Паника\_\_\_\_\_Активность\_\_\_\_\_

Зависть\_\_\_\_\_Чувство вины\_\_\_\_\_Ощущение счастья\_\_\_\_\_

Стыдливость\_\_\_\_\_Раскаяние\_\_\_\_\_Конфликтность\_\_\_\_\_

Скука\_\_\_\_\_Ощущение себя несчастливым\_\_\_\_\_

Тревога\_\_\_\_\_Одиночество\_\_\_\_\_Удовлетворение\_\_\_\_\_

Возбуждение\_\_\_\_\_Оптимизм\_\_\_\_\_Напряженность \_

Отчаяние\_\_\_\_\_Другое\_\_\_\_\_

*Перечислите 5 своих основных страхов:*

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

Какие положительные ощущения вы недавно испытывали?

Что вероятнее всего может вас заставить потерять контроль над

своими чувствами? \_\_\_\_\_

Опишите ситуации, когда вы чувствовали себя спокойно и расслабленно:

## ФИЗИЧЕСКИЕ ОЩУЩЕНИЯ

*Отметьте физические ощущения, которые характерны для вас:*

Боли в животе \_\_\_\_\_ Боль или жжение при мочеиспускании \_\_\_\_\_

Менструальные проблемы \_\_\_\_\_ Головные боли \_\_\_\_\_

Головокружение \_\_\_\_\_ Сильное сердцебиение \_\_\_\_\_

Спазмы в мускулах \_\_\_\_\_ Напряжение \_\_\_\_\_ Серные пробки \_\_\_\_\_

Слезящиеся глаза \_\_\_\_\_ Приливы крови \_ \_ Тошнота \_\_\_\_\_

Проблемы с кожей \_ \_ Сухость во рту \_\_\_\_\_

Горящая или зудящая кожа \_\_\_\_\_ Боль в грудной клетке \_\_\_\_\_

Половые нарушения \_\_\_\_\_ Неспособность расслабиться \_\_\_\_\_

Желудочные расстройства \_\_\_\_\_ Звон в ушах \_

Оцепенение \_\_\_\_\_ Желудочные боли \_\_\_\_\_ Утомление \_

Боли в спине \_\_\_\_\_ Обмороки \_\_\_\_\_ Частое сердцебиение \_

Не нравятся прикосновения \_ \_ Полное отключение \_\_\_\_\_

61

Чрезмерное потоотделение \_\_\_\_\_ Проблемы со зрением \_\_\_\_\_

Проблемы со слухом \_\_\_\_\_ Судороги \_\_\_\_\_ Тремор \_\_\_\_\_

Тики \_\_\_\_\_ Другое \_\_\_\_\_

Какие ощущения приятны вам? \_\_\_\_\_

Какие ощущения неприятны вам? \_\_\_\_\_

## ПРЕДСТАВЛЕНИЯ

*Отметьте, что характерно для вас. Я считаю себя:*

Счастливым \_\_\_\_\_

Страдающим \_\_\_\_\_

Не справляющимся \_\_\_\_\_

Успешным \_\_\_\_\_

Подвергающимся преследованию \_\_\_\_\_

Агрессивным \_

Обижающим других \_\_\_\_\_

Потерявшим контроль \_

Слабым \_\_\_\_\_

Попавшим в ловушку \_\_\_\_\_

Подвергающимся насмешкам \_\_\_\_\_

Неразборчивым \_\_\_\_\_

Обсуждаемым \_\_\_\_\_

Беспомощным \_\_\_\_\_

Управляющим \_\_\_\_\_

Другое \_\_\_\_\_

У меня бывают:

Приятные сексуальные образы \_\_\_\_\_

Неприятные детские образы \_\_\_\_\_

Негативные телесные представления \_\_\_\_\_  
Неприятные сексуальные образы \_\_\_\_\_  
Соблазнительные образы \_\_\_\_\_  
Образы любви \_\_\_\_\_  
Образы одиночества \_\_\_\_\_  
Другое \_\_\_\_\_

Опишите очень приятные образы, представления, фантазии:  
Опишите самые неприятные образы, представления, фантазии:  
Опишите ваше представление совершенно «безопасного места»:  
Как часто у вас бывают ночные кошмары ?

62

мысли

*Отметьте то, что характерно для вас:*

Сообразительный _____	Уверенный в себе _____
Стоящий специалист _____	Честнолюбивый _____
Впечатлительный _____	Верный _____ Надежный _____
Сожалеющий _____	Никуда не годный _____
Никчемный человек _____	Бесполезный _____ Злой _____
Помешанный на чем-нибудь _____	
Морально деградирующий _____	Тактичный _____
Отклоняющийся от нормы _____	Непривлекательный _____
Неприятный _____	Ленивый _____ Нечестный _____
Неадекватный _____	Смущенный _____ Раздражительный _____
Бестолковый _____	Наивный _____ Честный _____
Некомпетентный _____	Тревожный _____ Конфликтный _____
Рассеянный _____	Имеющий проблемы с памятью _____
Привлекательный _____	Неспособный принять решение _____
Подумывающий о суициде _____	Упорный _____
С хорошим чувством юмора _____	Трудолюбивый _____
Нежелательный _____	Ненадежный _____ Другое _____

Как вы считаете, какие ваши мысли или идеи были наиболее сумасшедшими?

Преследуют ли вас какие-нибудь мысли?

Нет \_\_\_\_\_ Да \_\_\_\_\_ Какие \_\_\_\_\_

Что беспокоит вас и портит ваше настроение или негативно отражается на поведении?

Оцените, насколько *точно отражает* ваше мнение *каждое* высказывание по пятибалльной шкале:  
1 — абсолютно не согласен, 2 — несогласен, 3 — неуверен, 4 — согласен, 5 — полностью согласен.

Я не должен ошибаться \_\_\_\_\_

Я должен все делать хорошо \_\_\_\_\_

Когда я не знаю что-нибудь, я должен притворяться, что знаю \_\_\_\_\_

Я не должен раскрывать личную информацию \_\_\_\_\_

Я — жертва обстоятельств \_\_\_\_\_

Моей жизнью управляют внешние силы \_\_\_\_\_  
Другие люди более счастливы, чем я \_\_\_\_\_  
Очень важно нравиться людям \_\_\_\_\_  
Будь осторожен, не рискуй \_\_\_\_\_  
Я не заслуживаю счастья \_\_\_\_\_  
Если не замечать свои проблемы, то они исчезнут \_\_\_\_\_

**63**

Я должен сделать других людей счастливыми \_\_\_\_\_  
Я должен стремиться быть совершенным \_\_\_\_\_  
Существует два способа действия: правильный и неправильный \_\_\_\_\_

Я никогда не должен расстраиваться \_\_\_\_\_

### МЕЖЛИЧНОСТНЫЕ ОТНОШЕНИЯ

*Отношения с друзьями*

Вы легко заводите друзей? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

Сохраняете ли вы отношения? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

У вас было много свиданий во время учебы в институте ?

Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

Вас когда-нибудь серьезно задирали или дразнили? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

Опишите любые отношения, которые дарят вам:

Радость \_\_\_\_\_

Огорчение \_\_\_\_\_

Оцените, насколько расслабленно и удобно вы обычно чувствуете себя в большом обществе:

Очень расслабленно 12 3 4 5 6 7 Очень беспокойно

Есть ли у вас один или несколько друзей, с которыми вы можете поделиться самыми сокровенными мыслями? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

*Брак (или близкие отношения)* Как долго вы знали своего супруга/супругу до обручения?

Как долго вы были обручены, прежде чем женились/вышли замуж? \_\_\_\_\_

Как долго вы состоите в брачных отношениях?

Сколько лет вашему супругу? \_\_\_\_\_

Его/ее профессия \_\_\_\_\_

Опишите вашего супруга/супругу:

Что вам меньше всего нравится в вашем партнере?

Какие факторы снижают ваше удовлетворение браком?

Отметьте, пожалуйста, на шкале, насколько вы удовлетворены вашим браком:

**64**

Очень недоволен(а) 12 3 4 5 6 7 Очень доволен(а)

Как вы ладите с друзьями и семьей вашего партнера?

Очень плохо 12 3 4 5 6 7 Очень хорошо

Сколько у вас детей ? \_\_\_\_\_

Укажите, пожалуйста, их имена и возраст:

Кто-нибудь из ваших детей доставляет особые проблемы?

Нет\_\_\_\_Да\_\_\_\_Какие\_\_\_\_\_

Что вы можете сказать о своем предыдущем браке?

*Сексуальные отношения*

Опишите отношение вашего партнера к сексу. Обсуждаете ли вы в доме вопросы о сексе?

Когда и как вы получили свои первые сведения о сексе?

Когда вы впервые осознали свои собственные сексуальные импульсы?

Вы когда-нибудь испытывали тревогу или чувство вины за сексуальные отношения или мастурбацию ? Нет\_\_\_\_Да\_\_\_\_

Если да, пожалуйста, объясните\_\_\_\_\_

Можете ли описать детали вашего первого и последующего сексуального опыта?

Вы довольны вашей нынешней сексуальной жизнью? Да\_\_\_\_Нет\_\_\_\_Если нет, объясните, пожалуйста, почему:

Были ли у вас когда-либо гомосексуальные отношения или реакции ? Если да, опишите их\_\_\_\_\_

*Другие отношения*

Есть ли какие-нибудь проблемы в ваших отношениях с людьми на работе? Нет\_\_\_\_Да\_\_\_\_

Если да, пожалуйста, опишите:\_\_\_\_\_

Пожалуйста, закончите следующие фразы:

<sup>s</sup> — 5184

65

Меня обижают, когда люди\_\_\_\_\_

Я могу шокировать вас, но признаюсь:\_\_\_\_\_

Мой супруг (друг/подруга) описали бы меня как\_\_\_\_\_

Мой лучший друг думает, что я\_\_\_\_\_

Люди, которые не любят меня,\_\_\_\_\_

Сейчас вы переживаете из-за каких-либо прошлых случаев отвержения или любовных неудач ? Нет\_\_\_\_Да\_\_\_\_

Если да, пожалуйста, объясните\_\_\_\_\_

**БИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ**

Что-нибудь беспокоит вас сейчас в вашем физическом состоянии? Нет\_\_\_\_Да\_\_\_\_Если да, пожалуйста, опишите:

Пожалуйста, укажите лекарства, которые вы сейчас принимаете:

Вы питаетесь три раза в день, сбалансированно? Да\_\_\_\_Нет\_\_\_\_

Вы регулярно занимаетесь физическими упражнениями? Нет\_\_\_\_Да\_\_\_\_Если да, то каким видом спорта и как часто?

Пожалуйста, перечислите ваши медицинские проблемы и проблемы со здоровьем у членов вашей семьи:\_\_\_\_\_

Пожалуйста, укажите, подвергались ли вы операциям и когда

Пожалуйста, перечислите физические недостатки, которые есть у вас:

**СВЕДЕНИЯ О МЕНСТРУАЦИИ**

Возраст начала менструации:\_\_\_\_\_

Знали ли вы об этом? Да\_\_\_\_ Нет\_\_\_\_

Это шокировало вас? Да\_\_\_\_ Нет\_\_\_\_

Регулярны ли они ? Да\_\_\_\_ Нет\_\_\_\_

Продолжительность\_\_\_\_

Болезненны ли они? Да\_\_\_\_ Нет\_\_\_\_

Влияют ли они на ваше настроение ? Да\_\_\_\_ Нет\_\_

Дата последней менструации:\_\_\_\_\_

Оцените, насколько подходят вам следующие признаки, по пятибалльной шкале:

**66**

1 — никогда, 2 — редко, 3 — иногда, 4 — часто, 5 — ежедневно.

Мышечная слабость\_\_\_\_Транквилизаторы\_\_\_\_

Мочегонные средства\_\_\_\_Диетические средства\_\_\_\_

Марихуана\_\_\_\_Гормональные препараты\_\_\_\_

Снотворные\_\_\_\_Аспирин\_\_\_\_Кокаин\_\_\_\_

Болеутоляющие\_\_\_\_ Наркотики\_\_\_\_

Стимуляторы\_\_\_\_ Галлюциногены (например, ЛСД)\_\_\_\_

Слабительные\_\_\_\_ Сигареты\_\_\_\_Табак\_\_\_\_Кофе\_\_\_\_

Алкоголь\_\_\_\_ Противозачаточные средства\_\_\_\_

Витамины\_\_\_\_ Недоедание\_\_\_\_ Переедание\_\_\_\_

Употребление несвежей пищи\_\_\_\_ Понос\_\_\_\_Запор\_\_\_\_

Метеоризм\_\_\_\_ Тошнота\_\_\_\_ Рвота\_\_\_\_Изжога\_\_\_\_

Головокружение\_\_\_\_Сильное сердцебиение\_\_\_\_

Усталость\_\_\_\_ Аллергия\_\_\_\_ Высокое давление\_\_\_\_

Боли в грудной клетке\_\_\_\_ Сдавленное дыхание\_\_\_\_

Бессонница\_\_\_\_Повышенная сонливость\_\_\_\_

Прерывистый сон\_\_\_\_ Раннее пробуждение утром\_\_\_\_

Боли в ушах\_\_\_\_Головные боли\_\_\_\_Боли в спине\_\_\_\_

Легко образуются синяки или кровоподтеки,\_\_\_\_

Другие:\_\_\_\_\_

И. Г. Малкина-Пых (2003, с. 49 — 51) приводит **Торонтскую шкалу для определения уровня алекситимии**.

*Инструкция.* Вам будет предложено некоторое количество вопросов; отвечать на них следует поочередно, не возвращаясь к предыдущим ответам. Не нужно тратить время на обдумывание. Пропускать вопросы нельзя. Давайте только один ответ на каждое утверждение. Колонка 1 — «совершенно не согласен», 2 — «скорее не согласен», 3 — «ни то, ни другое», 4 — «скорее согласен», 5 — «совершенно согласен».

1. Когда плачу, я всегда знаю, почему.
2. Мечты — это потеря времени.
3. Я хотел бы быть не таким застенчивым.
4. Я часто затрудняюсь определить, какие чувства испытываю.
5. Я часто мечтаю о будущем.
6. Мне кажется, я способен заводить друзей так же легко, как и другие.
7. Знать, как решать проблемы, более важно, чем понимать причины этих решений.

8. Мне трудно находить правильные слова для выражения своих чувств.

5\*

67

9. Мне нравится ставить людей в известность о своей позиции по тем или иным вопросам.

10. У меня бывают физические ощущения, которые непонятны даже докторам.

11. Мне недостаточно знать, что что-то привело к такому результату, мне необходимо знать, почему и как это происходит.

12. Я способен с легкостью описать свои чувства.

13. Я предпочитаю анализировать проблемы, а не просто их описывать.

14. Когда расстроен, я не знаю, печален ли я, испуган или зол.

15. Я часто даю волю воображению.

16. Я провожу много времени в мечтах, когда не занят ничем другим.

17. Меня часто озадачивают ощущения, появляющиеся в моем теле.

18. Я редко мечтаю.

19. Я предпочитаю, чтобы все шло само собой, чем понимать, почему произошло именно так.

20. У меня бывают чувства, которым я не могу дать вполне точное определение.

21. Очень важно уметь разбираться в эмоциях.

22. Мне трудно описывать свои чувства по отношению к людям.

23. Люди мне говорят, чтобы я больше выражал свои чувства.

24. Следует искать более глубокие объяснения происходящему.

25. Я не знаю, что происходит у меня внутри.

26. Я часто не знаю, почему я сержусь.

*Оценка результатов.* Ответ «совершенно согласен» оценивается в 1 балл, «совершенно не согласен» — в 5 баллов. Оценка уровня алекситимии производится путем суммирования баллов, при этом вычитаются баллы за ответы на следующие вопросы: 1, 5, 6, 9, 11, 12, 13, 15, 16, 21, 24. Уровень алекситимии у здоровых людей — до 62 баллов, 63 — 73 балла — зона риска, свыше 74 баллов — наличие алекситимии.

И. Г. Малкина-Пых (там же, с. 61 — 63) приводит также **Опросник Сердюка для изучения самооценки социальной значимости болезни.**

*Инструкция.* Вам предлагается 10 утверждений и 5 вариантов ответов. После каждого ответа поставьте крестик в одной колонке, соответствующей вашему согласию или несогласию с этим утвер-

68

ведением. Колонка 1 — «наверняка нет», 2 — «скорее нет», 3 — «затрудняюсь ответить», 4 — «пожалуй, да», 5 — «безусловно да».

1. Из-за болезни у меня снизился прежний уровень работоспособности, я стал (а) слабым (ой), немощным (ой), сам (а) себе неприятен (а).

2. Болезнь осложняет взаимоотношения в моей семье, чувствую, что надоел (а) родным со своей болезнью.

3. Из-за болезни приходится себя во многом ограничивать, боюсь употреблять спиртное, ограничиваю себя в еде, избегаю ходить в гости, отказываю себе в развлечениях.

4. Из-за болезни ухудшились отношения на работе, чувствую, что сотрудники стали хуже относиться ко мне, не сочувствуют и даже придираются.



5. Считаю, что у меня меньше свободного времени, чем у здоровых людей, из-за болезни много времени уходит на лечение, больницы.
6. Из-за болезни не могу работать там, где хочу. Моя болезнь мешает мне занять лучшее положение в обществе, сделать карьеру.
7. После того, как заболел (а), замечаю изменения в своей внешности, стал (а) некрасивым (ой), неприятным (ой) для окружающих.
8. Моя болезнь сделала меня несчастным (ой), заставляет чувствовать себя не таким (ой), как все.
9. Моя болезнь мешает мне общаться с окружающими, чувствую, что отдаляюсь от людей.
10. Болезнь наносит мне значительный материальный ущерб, вынуждает тратить средства на лечение, не дает возможности больше зарабатывать.

*Обработка результатов.* Один из двух последних вариантов ответов свидетельствует о том, что для данного больного высока либо очень высока значимость влияния болезни на ту или иную условно выделенную сферу его социального статуса (соответствующую номеру вопроса).

1. Ограничение ощущения силы и энергии.
2. Ухудшение отношения к больному в семье.
3. Ограничение удовольствий.
4. Ухудшение отношения к больному на работе.

69

5. Ограничение свободного времени.
6. Ограничение карьеры.
7. Снижение физической привлекательности.
8. Формирование чувства ущербности.
9. Ограничение общения.
10. Материальный ущерб.

Расположение результатов в виде векторов на диаграмме позволяет более наглядно судить о степени социальной значимости заболевания для данного больного в целом, а также о тех направлениях, которые следует рассматривать как терапевтические мишени.

Учесть психическую конституцию пациента помогает **Опросник Гарбузова для выявления доминирующего инстинкта (1999)**.

*Инструкция.* Отметьте знаком «+» в таблице номера наиболее близких вам и волнующих вас проблем и утверждений.

*Номера вопросов:*

1	6	11	16	21	26	31
2	7	12	17	22	27	32
3	8	13	18	23	28	33
4	9	14	19	24	29	34
5	10	15	20	25	30	35

1. Вы уделяете достаточно времени и усилий проблеме сохранения своего здоровья, полагая, что здоровье превыше всего.
2. Вас более всего волнует здоровье ваших детей.
3. Вас более всего волнуют и огорчают проявления недоброжелательности людей по отношению друг к другу, отсутствие у многих истинной доброты.
4. Вы однозначно отдаете предпочтение исследовательской, экспериментальной, поисковой

работе.

5. Вы всегда стремитесь к лидерству, и для вас карьера — естественное самоутверждение человека.

6. Вас возмущают все формы подавления человека человеком, человека — государством.

7. Вы ни при каких обстоятельствах не потерпите высокомерия по отношению к вам.

8. Вы полагаете, что человек не должен упускать ни мига радости и удовольствия, поскольку жизнь одна и другой не будет.

9. Вас более всего волнуют проблемы, связанные с благополучием вашей семьи.

70

10. Более всего вы цените способность ощущать состояние другого человека, понимать его переживания.

11. Более всего вы мечтаете о работе в коллективе увлеченных и талантливых людей.

12. Вы предпочитаете управленческую, организационную работу, и вам близко утверждение: «Не мешайте деловым людям, и тогда придет изобилие».

13. Если бы вам предложили на выбор карьеру, богатство, безопасность или свободу, вы бы без колебаний выбрали свободу.

14. Вы всегда на стороне тех, кто готов поступиться благополучием ради сохранения своей чести и родовой гордости.

15. Вы не приемлете риска здоровьем и благополучием даже ради самых заманчивых целей и предложений.

16. Более всего вас волнует безопасность ваших детей.

17. Больше всего вы цените бескорыстие в отношениях между людьми.

18. Вы отлично понимаете людей, готовых покинуть обжитое место и уехать на новые земли, если там начинается новое и интересное дело.

19. Для вас более приоритетна перспектива служебного роста, чем материальные стимулы.

20. Вы полагаете, что из всех прав человека важнейшее — свобода слова, передвижения, вероисповедания.

21. Вам нравятся люди, ведущую самоотверженную борьбу против всех форм унижения человека человеком, человека — государством и имеющие право сказать: «В нашем роду не было подлецов».

22. Вы полагаете, что самая большая глупость на свете — с запозданием обратиться к врачу и тем самым запустить болезнь.

23. Более всего вас волнует и тревожит будущее ваших детей.

24. Вы тяжелее переживаете беды и несчастья своего народа, чем свои собственные.

25. Вас раздражает инертность и противодействие бездарных, облеченных властью людей новому, прогрессивному, талантливым, творческим людям.

26. Вы готовы к жесткой борьбе с конкурентами в главном для вас деле.

27. Более всего вас интересует независимость от кого бы то ни было и от чего бы то ни было.

28. Вы более всего нетерпимы ко всем формам ущемления вашего «Я», и ваше кредо — «Честь превыше всего».

71

29. Вы абсолютно согласны с философом, утверждавшим, что «Все вокруг имеет смысл, пока есть Я».

30. Лучше всего вы ощущаете себя в кругу своей семьи. Она ваша отрада, и ваше кредо: «Мой дом — моя крепость».
31. Более всего вас заботит и огорчает отсутствие заботы о слабых, больных, инвалидах и о пожилых людях.
32. Вас восхищают люди, готовые поступиться благополучием, здоровьем ради реализации своих творческих устремлений.
33. Вы цените людей дела, результата, сильную руку в управлении.
34. Вы не терпите ограничений в своей деятельности, в своей жизни, в своей свободе.
35. При любых обстоятельствах и перед лицом любой угрозы следует действовать в согласии с кредо: «Лучше умереть стоя, чем жить на коленях».

### **Обработка результатов**

Типы инстинктов	I	II	III	IV	V	VI	VII
	1	2	3	4	5	6	7
Номера	8	9	10	11	12	13	14
вопросов	15	16	17	18	19	20	21
	22	23	24	25	26	27	28
	29	30	31	32	33	34	35

Наибольшая сумма баллов указывает на доминирующий инстинкт и на типовую принадлежность:

I — эгофильный тип (самосохранение: «Безопасность и здоровье — превыше всего»).

II — генофильный тип (продолжение рода: «Интересы семьи превыше всего»).

III — альтруистический тип (альтруизм: «Доброта превыше всего»).

IV — исследовательский тип (исследование: «Творчество и прогресс превыше всего»).

V — доминантный тип (доминирование: «Дело и порядок превыше всего, будет хорошо всем — будет хорошо каждому»).

VI — либертофильный тип (инстинкт свободы: «Свобода превыше всего»).

VII — дигнилофильный тип (сохранение достоинства: «В нашем роду не было трусов и подлецов; честь превыше всего»).

Если равное количество баллов окажется у двух инстинктов, то исследуемому свойственен смешанный тип. Срыв адаптации более вероятен у людей с выраженным доминировани-

**72**

ем одного инстинкта, ведущих образ жизни, более подходящий для человека с другим типом инстинкта.

Д. Бек (1969) перечисляет следующие показания для проведения психотерапии психосоматическому больному.

- Больной должен осознавать имеющийся конфликт. А также то, что психосоматические симптомы связаны с его жизнью и не являются процессами, полностью отчужденными от его «Я».
- Психосоматические симптомы, сопровождаемые страхом, более доступны для психотерапии, чем ипохондрически переработанные жалобы.
- Психосоматический симптом должен быть не старше одного года. С увеличением длительности симптома развиваются процессы, затрудняющие психотерапию, такие, как ятро-генные фиксации или привыкание к вторичной выгоде от болезни.

- Больной должен чувствовать в себе потребность выговориться перед врачом и быть в состоянии сделать выводы из беседы. Недостаточно, когда больной хочет, чтобы его расспрашивали и уговаривали, ожидая от врача чуда. Важной предпосылкой эффективности терапии является активное внутреннее сотрудничество больного.

© *Молодой человек пришел в лабораторию сдавать кровь из вены. Он очень понравился медсестре. Они поболтали, полюбезничали. А на прощание медсестра ему сказала:*

*—Я постараюсь сделать очень хороший анализ!*

## **ЛЕЧИТЬ НЕ БОЛЕЗНЬ, А БОЛЬНОГО**

Р. Клусман (2004) при проведении беседы с психосоматическим больным рекомендует:

- начинать беседу с вопроса общего содержания («Что привело Вас ко мне?»);
- отдавать предпочтение открытым вопросам перед закрытыми;
- избегать употребления терминов, популярных слов, оценочных суждений;
- стремиться заменять монологи диалогом;
- оставаться спокойным и не позволять мешать себе;

73

- контролировать собственные эмоциональные порывы в ходе беседы;
- осторожно подкреплять волю пациента к выздоровлению и его мотивацию, целенаправленно и экономно прибегать к успокоению;
- укреплять «рабочий альянс» и говорить о взаимной ответственности;
- переспрашивать, все ли понятно пациенту;
- резюмировать самые важные моменты разговора;
- не поддаваться искушению ориентироваться только на симптомы;
- структурировать беседу, но не сужать ее, и настраиваться на ситуацию.

В. Ф. Простомолотов (2002) описывает следующие приемы установления контакта с психосоматическим больным.

*Прием контрастных позиций* заключается в том, что врач, собрав медицинский анамнез, выходит из-за стола, представляется и, называя пациента по имени, тоном и жестом радушного хозяина приглашает его пересечь в удобное кресло у журнального столика. Дальнейшая беседа (по контрасту с изначальной официальной обстановкой) протекает в более теплой и открытой атмосфере.

*Прием на опережение:* врач показывает свою компетентность, задавая вопросы, демонстрирующие его осведомленность в области психосоматических расстройств, «угадывая» во время осмотра больного проблемы, о которых тот еще не говорил, используя название симптомов соответствующих расстройств, а также информацию, полученную от направившего врача. Таким образом психотерапевт обретает доверие пациента, берет инициативу в свои руки и переводит беседу из диагностического русла в психотерапевтическое.

*Прием подстройки* подразумевает подстройку психотерапевта во время беседы с пациентом под а) его интеллект, профессию и язык, б) его ожидания, в) художественный или мыслительный склад, г) тип характера, д) ведущую сенсорную систему, е) ритм дыхания.

*Правило психосоматической проводимости* учитывает внушаемость пациента, условно-рефлекторный характер соматических симптомов, их связь с индукцией, подражанием, идентификацией, символизацией. Соответствующие ассоциации вызывают патологические реакции у больного, что подтверждает функциональный характер жалоб и ложится в основу

*Правило интереса* требует поддержания у пациента на каждом этапе терапии высокой степени эмоционального напряжения и мотивации к выздоровлению. Для этого надо побудить пациента открывать в себе новые возможности, увлечь его занятиями саморегуляцией, творчеством и т. д.

*Прием связующего слова, жеста* используется в момент переживания инсайта, который необходимо связать с каким-нибудь емким словом, восклицанием или жестом. В нужные моменты терапевт повторяет эти слова и жесты.

*Прием индукции силы* проявляется в том, что врач, не скрывая предстоящих трудностей, заражает больного своей уверенностью в достижении поставленных целей. Эти цели определяют содержание терапевтического договора, которым заканчивается первая беседа.

*Прием пароля* применяется для повышения эффективности телефонного разговора. Он представляет собой связующее слово, зафиксированное на одной из первых бесед. Например, пациент начинает телефонный разговор со слов: «Говорит Виктор, который обязательно победит».

В ответ терапевт произносит: «Докладывайте о результатах», стимулируя конструктивный диалог.

*Психотерапия на контакте* включает два основных способа ведения больного — эмоциональный и интеллектуальный. Первый эффективен у ювенильных, аффективных, художественных личностей, второй — у психастеничных, ригидных личностей, готовых учиться. Эмоциональный способ предполагает внушение, терапию творчеством, интеллектуальный — майевтику (сократовский диалог).

Тресс перечисляет наиболее серьезные ошибки при ведении беседы с психосоматическим больным (цит. по: Клусман, 2004, с. 338-339):

- недостаточное структурирование;
- слишком длинные реплики;
- слишком продолжительные паузы;
- сложная манера выражаться (употребление профессиональных жаргонизмов, стремление показать свою образованность);
- наводящие и риторические вопросы;
- грубое прерывание пациента;
- игнорирование чувств пациента;
- игнорирование вопросов пациента;
- поучения, ирония, принижение значимости пациента или третьих лиц;

*f*

- слишком личные реакции, готовность во всем соглашаться с пациентом.

© *Врач имел привычку, принимая больного, все время говорить «мы».*

— *У нас болит живот, и нам очень плохо. Кроме того, мы чихаем. Что же мы должны будем сейчас сделать?*

— *Я думаю, — заметил больной, — что нам с вами вместе лучше всего пойти к другому врачу.*

## **ДАЮ УСТАНОВКУ!**

Внушение и самовнушение издавна используются при лечении психосоматических расстройств.

Широко применяется эффект плацебо — пустышки, когда лечебный эффект зависит не от действия препарата, а от ожидания определенного эффекта. При этом можно дать слабительное больному с

расстройством желудка, уверив его, что это закрепляющее средство, и понос прекратится. На этом эффекте, возможно, построена гомеопатия, где иногда в каждой второй дозе при указанном разведении не может быть ни молекулы активного вещества. В последнее время у нас в стране большое распространение получили методы парамедицины и парапсихологии, которые применялись еще до появления фармакологии, и эффект от них не меньше, чем от самых современных лекарств. Как говорил Христос: «Да будет тебе по вере твоей!»

Сообщение больному о том, что его расстройство является не объективным, как он считал, а функциональным, «воображаемым», обычно ухудшает состояние. Однако в ряде случаев действенным методом психологической «скорой помощи» остается гипносуггестивная терапия. Гипнотическое состояние за счет искусственно вызванной диссоциации позволяет пациенту оживить, проработать и интегрировать в сознание утраченное воспоминание. Учитель Фрейда Йозеф Брейер использовал метод гипнокатарсиса для внушенного восстановления в памяти и отреагирования аффективно окрашенных вытесненных из сознания впечатлений. При этом наблюдалась редукция или исчезновение конверсионной невротической симптоматики. Фрейд применял гипноанализ до перехода к методу «свободных ассоциаций». В отечественной практике гипнотерапия до недавнего времени являлась одним из основных видов психотерапии.

76

В обобщенном виде современные представления о природе гипносуггестии выглядят следующим образом. В гипнотическом сомнамбулизме наблюдается максимальный регресс психики с включением примитивной функции «следования за лидером», что обеспечивает повышенную внушаемость. При этом развивается состояние диссоциации, когда примитивная часть психики функционирует под влиянием внушений, низшая часть зрелой личности обеспечивает реализацию внушений как мотивированных собственным «Я», а высшая ее часть, которая отвечает за критику (тест реальности) и сознательное запоминание происходящего, блокируется специфическим поведением гипнотизера.

В клинической практике обычно ориентируются на предложенные Форелем (1928) три стадии гипноза: сонливость, гипотаксия (малоподвижность) и сомнамбулизм. Высокую гипнабельность демонстрируют склонные к вытеснению и диссоциации истероиды, особенно когда внушения совпадают с установками пациента. Малогипнабельными являются сомневающиеся и контролирующие психастеники. При высокой гипнабельности используется императивное прямое внушение в бодрствующем состоянии сознания, без предварительного внушения сна.

Некоторые авторы считают гипнотическое состояние патологическим, искусственно вызванным истерическим неврозом. Именно у истероидных личностей описаны такие осложнения при гипнотизации, как возбуждение или припадки (истерический гипноид по С. И. Консторуму, 1962), спонтанный сомнамбулизм, потеря раппорта (контакта, франц.), переход сомнамбулизма в гипнотическую летаргию (непробудный сон). Соматические больные нередко отказываются от необходимых лекарств и позволяют себе чрезмерные физические нагрузки, что приводит к усложнению основного заболевания. Прекращение гипнотерапии может сопровождаться синдромом абстиненции (отмены) с колебаниями настроения от тоски до агрессии, обострением первичной симптоматики, а в отдельных случаях — развитием острых психотических состояний. Большинство описанных отрицательных последствий гипнотерапии возникает вследствие недостаточной профессиональной компетентности гипнотерапевта. Поэтому не так давно гипнотерапией могли заниматься лишь прошедшие соответствующую специализацию врачи (как

правило, психиатры). Приведу самые необходимые рекомендации для начинающих психотерапевтов.

Прежде всего следует определить внушаемость пациента с помощью таких приемов, как внушенное падение назад или вперед,

77

внушение сцепленных пальцев рук, определение внушенных запахов и др. У пациентов с выраженной внушаемостью можно устранить ряд острых симптомов императивным прямым внушением в бодрствующем состоянии сознания, без предварительного внушения сна (протрептика Кречмера, 1998; методика И. С. Сумбаева, 1946). Наиболее эффективно выглядит этот метод при «одномоментном» снятии заикания (Шкловский, 1994). Терапевтические внушения, ориентированные на хронические проблемы, лучше реализуются в состоянии гипнотического сна. На первом сеансе не следует давать терапевтических внушений. Важнее выяснить, как пациент будет выходить из состояния гипнотического сна, насколько ему удастся реализовать постгипнотическим внушения, а также закрепить фиксатор в качестве «включателя» гипнотического сна и тем самым еще больше повысить внушаемость и гипнабельность пациента. В качестве постгипнотических внушений используется мигание при взгляде на фиксатор и постгипнотическая амнезия (диссоциированное состояние, необходимое для бессознательной реализации внушений). Если гипнабельность оказывается высокой, в дальнейшем можно применять быстрый способ гипнотизации. При достаточно продолжительном курсе гипнотерапии гипнабельность повышается, что позволяет перейти к быстрому способу усыпления. Милтон Эриксон (1999) разработал современную технику гип-носуггестивной терапии, которая позволяет подстраиваться к индивидуальным особенностям пациента и использовать его саногенные (лат. *sanus* — здоровый) ресурсы. Применяются следующие способы *наведения транса*.

- *Вербализация* — словесное обозначение наблюдаемых двигательных и вегетативных реакций пациента.
- *Невербальная подстройка* — синхронизация дыхания, ритма речи и раскачиваний терапевта с ритмом дыхания пациента.
- *Невербальное ведение* — замедляя свое дыхание и речь, терапевт замедляет ритм дыхания пациента. Последовательное наложение сенсорно-репрезентативных систем (осязательной, слуховой, зрительной): «Вычувствуете...», «Отчетливо слышите мой голос...», «Перед вашим мысленным взором...» и т. д.
- *Воспроизведение предшествующего транса* — воссоздание и закрепление воспоминаний о трансовых состояниях, возникавших при езде в транспорте и в других естественных условиях.

78

- *Метод «якоря»* — на первом сеансе формируется рефлекс: «якорь» (усаживание в кресло, прикосновение терапевта и т. п.) и наведение транса. *Описание* обычно наблюдающихся реакций при погружении в транс. *Рычажное поведение* — пациенту предлагают вытянуть руку перед собой и связывают постепенное опускание руки с погружением в транс.
- *Разрыв шаблона* — целенаправленно прерываемое автоматизированное действие ведет к мгновенному трансу (например, терапевт приветственным жестом протягивает к пациенту руку, но перед рукопожатием отводит ее).
- *Метод перегрузки* — в быстром темпе подаются противоречивые инструкции, приводящие

пациента в замешательство, после чего формулировки становятся более упорядоченными и способствуют установлению раппорта (гипнотической связи).

- *Двойное наведение* — по другую сторону от пациента находится котерапевт. Пациент слышит одновременно два текста внушения транса — то параллельных, то расходящихся по содержанию; транс наступает через 1 -2 минуты. Котерапевт также контролирует ситуацию при возникновении трансовых состояний у ведущего терапевта. Это позволяет использовать неизбежные трансовые состояния гипнотерапевта для раскрепощения его интуиции, повышения сенсорной восприимчивости и эмпатической подстройки к пациенту.

Вместо директивных симптомоцентрированных формул классической гипнотерапии в эриксоновской гипнотерапии используются расплывчатые формулировки, позволяющие пациенту интуитивно наполнять их наиболее полезным для себя содержанием. Доступ к саногенным ресурсам и генетическим инсайтам обеспечивают приемы идентификации — с «образом достижения», «путешествие во времени» («хрустальные шары»), «маятник», «наложение образов». Широко используется рассказывание пациенту, находящемуся в состоянии легкого транса, историй со «встроенными сообщениями и командами», которые выделяются голосом, жестом или прикосновением.

© *Женщина пишет Кашпировскому: «У меня за ушами были бородавки. Благодаря вашим сеансам уши отпали, а бородавки остались».*

79

**Нейролингвистическое программирование.** Современным направлением постэриксоновской психотерапии является нейролингвистическое программирование (НЛП), которое базируется на работах В. Сатир, Ф. Перлза, Г. Бейтсона и др. В основе НЛП лежат следующие постулаты:

1. Стереотипы поведения формируются под влиянием внушения значимых других Лиц и в трансовых состояниях во время переживаний стресса.
2. Основная часть программы кодируется в неосознанных языковых структурах и проявляется в формальной организации речи и невербальных реакциях человека.
3. Симптомы выполняют защитную функцию и в результате самопрограммирования в трансе могут смениться новыми, более адаптивными стереотипами.
4. Для позитивных изменений достаточно индивидуальной «подстройки» к пациенту и эффективной технологии взаимодействия с ним (работа с метамоделью).

В НЛП применяются специфические методы диагностики: БИАС-тест определения репрезентативных систем, калибровка глазодвигательных сигналов и невербальных ответов «да — нет». Коррекционные техники НЛП базируются в основном на трансовых состояниях пациента. Наиболее известная техника — *рефрей-минг* (англ. «переформулирование») включает восемь стадий:

1. Выработка невербальной сигнальной системы ответов «да — нет».
2. Идентификация стереотипа поведения, подлежащего изменению.
3. Подключение сигнальной системы «да — нет».
4. Выделение положительной функции поведенческого стереотипа.
5. Создание новых альтернатив.
6. Оценка новых альтернатив.
7. Выбор лучшей альтернативы.
8. Экологическая проверка, подстройка к будущему поведению.



Р. Бэндлер и Д. Гриндер (1995) выделяют следующие принципы эффективности НЛП. Каждый пациент обладает ресурсами, которые могут ему помочь; дело психотерапевта — способствовать их активизации. Индивидуально-субъективное восприятие пациентом реальности — это основа психотерапии. Терапевтическую ком-

80

муникацию можно рассматривать как эффективную манипуляцию, при которой выигрывают оба партнера взаимодействия. Темп терапевтического процесса задается пациентом. Сопротивление расценивается как признак неправильного использования энергии пациента.

Предлагаемые приемы должны соответствовать следующим требованиям: готовность пациента, конкретность и достижимость определенных целей в недалеком будущем, низкий уровень риска и ориентация на успех. Результаты терапии зависят не столько от используемых приемов, сколько от модели поведения психотерапевта, которая должна соответствовать его стилю жизни. Необходимо доверять своей интуиции, своему бессознательному, предоставлять себе право на эксперимент с новыми приемами и право на ошибку в работе с пациентом.

Прогрессивная мышечная релаксация по Э. Джейкобсону помогает больным овладеть простейшими навыками психофизической саморегуляции, что облегчает им аффективный и поведенческий самоконтроль. В состоянии релаксации (расслабления) используются формулы самовнушения для репетиции уверенного поведения в проблемных ситуациях. Можно предложить клиенту в промежутках между сеансами тренироваться самостоятельно под следующую аудиозапись (цит. по: Пезешкиан, 1996, с.449 —451):

«Пожалуйста, сядьте или улягтесь поудобнее. Если вы сидите, положите руки на колени или уложите их на животе. Если вы лежите, положите руки вдоль тела... Вы слышите мой голос. Посторонние звуки становятся все безразличнее... Вы дышите все спокойнее и равномернее... И в это время расслабляетесь, насколько можете...

Сейчас сосредоточьтесь на своих ступнях и ногах... Если вы сидите, поднимите обе ноги так, чтобы колени были полностью согнуты. Лежа согните ноги только в коленях. Теперь вытяните носки по направлению к лицу. Тяните их изо всех сил, осознавая напряжение... А теперь расслабьте стопы и ноги, как будто вы «бултыхнули мокрый мешок» и теперь испытываете совсем другое ощущение в ногах и стопах, это ощущение расслабления. (Пауза 30 сек.)

Пожалуйста, повторите упражнение: снова согните обе ноги и обе стопы... (и т. д.).

Вторая серия упражнений начинается так же, как и первая: снова поднимите обе ноги до тех пор, пока колени будут

'-5184

81

согнуты до предела. На этот раз носки оттяните в направлении к полу... Почувствуйте иное напряжение в мышцах ног и стопах... И расслабьтесь... Повторите это еще раз очень быстро и прочувствуйте удовольствие от расслабления...

Пожалуйста, повторите упражнение: снова поднимите обе ноги... (ит. д.).

Теперь сосредоточьтесь на мускулатуре таза. Напрягите ее и удерживайте это напряжение некоторое время... И расслабьте, отпустите мышцы очень быстро... (Пауза 30 сек.)

Пожалуйста, повторите упражнение... (в аудиозаписи каждое упражнение повторяется еще раз, но здесь это больше не упоминается).

Сейчас сосредоточьтесь на мышцах живота. Выпячивайте брюшную стенку так, чтобы она была

совсем твердой... Теперь втяните живот, напрягая его таким образом. Удерживайте напряжение... И еще раз выпятите живот... А теперь расслабьтесь, полностью расслабьтесь... Возможно, вы испытываете те же ощущения, что и после чудесного, приятного массажа...

Теперь сосредоточьтесь на мускулатуре спины... Медленно прогнитесь, ощутите напряжение во всей спине... Расслабьтесь... Если хотите, вы можете не только ощутить расслабление, но и получить от этого удовольствие...

Теперь напрягите мускулатуру грудной клетки. Вдохните воздух через нос только в грудную клетку... Задержите дыхание и почувствуйте напряжение... А теперь снова расслабьтесь, выпустите воздух... Ваше дыхание сейчас спокойное, ровное, незаметное для вас...

Сосредоточьтесь теперь на своих плечах. Напрягайте мышцы плеч, поднимая их как можно выше, пока голова совсем не окажется между плечами... Отведите плечи вперед... а теперь назад.

Почувствуйте это напряжение очень отчетливо... и расслабьтесь снова... Вы освободили все свои мышцы и можете снова наслаждаться приятным расслаблением...

Теперь очередь шейной и жевательной мускулатуры. Пожалуйста, медленно отклоните голову назад. Медленно поворачивайте ее круговым движением вправо так, чтобы правое ухо легло на правое плечо. Вращайте голову дальше вперед, пока подбородок не будет прижат к груди. Теперь так же медленно вращайте голову по кругу назад, через левое ухо,

**82**

возвращая ее в исходное положение...Продолжайте вращение через левое ухо, чтобы оно легло на левое плечо... через прижатый к груди подбородок... и назад через правое ухо в исходное положение... Сейчас вы можете расслабиться, расслабьтесь полностью. В положении сидя голова снова находится в удобном и расслабленном положении, в позе лежа она свободно покоится на подушке.

Теперь напрягите свою лицевую мускулатуру как можно сильнее: стисните зубы, зажмурьте глаза и наморщите лоб... И расслабьтесь, расправьте лоб, а также мышцы вокруг рта и глаз. Язык сейчас лежит во рту совершенно свободно, челюсть отвисает...

Сосредоточьтесь теперь на своих руках. Вытяните их вперед, как будто хотите достать что-то. Вы чувствуете напряжение в руках, плечах... Растопырьте пальцы и разведите кисти... вытяните, растопырьте, разведите... И расслабьте, уроните руки, бросьте их, почувствуйте расслабление...

Последняя серия упражнений также для рук. Сожмите пальцы в кулаки, медленно сгибайте руки в локтях, плотно прижмите кулаки к верхней части грудной клетки, почувствуйте напряжение в мышцах рук, включая плечи... И расслабьте, опустите руки...Руки снова лежат свободно, почувствуйте расслабление...

А теперь, после этого заключительного упражнения вы можете некоторое время оставаться в состоянии физического расслабления и наслаждаться им. Вы можете использовать сейчас формулы самовнушения, представляя себя спокойно и уверенно действующим в сложных ситуациях.

Мы подходим к окончанию тренинга. Оставьте глаза закрытыми, пока я буду считать от одного до пяти. На каждый счет делайте глубокий вдох и выдох, на счет «пять» откройте глаза, потянитесь — и вы почувствуете себя бодрым и свежим, в полном сознании возвращаясь в состояние бодрствования...

Теперь я начинаю считать: 1... 2...3... 4... 5... Откройте глаза! Вы свежи, бодры и активны.

Покрутите теперь пару раз руками (а если вы лежали, медленно поднимите верхнюю половину тела и спустите ноги на пол). Теперь еще раз сделайте вращение руками... Сейчас медленно

встаньте и пройдитесь по комнате. Двигайтесь энергичнее... Упражнение окончено».

6\*

83

**Аутогенная тренировка** (аутотренинг, АТ) по сравнению с гете-росуггестивной терапией требует более активной установки пациента, исключает его явную зависимость от терапевта. В гипнозе было так: «Ваши веки усталые, тяжелые, закрываются, слипаются... Мысли ленивые, безразличные, путаются, обрываются... Все исчезает, только мой голос остается». Происходит «лобовая» атака на бессознательное — оно совершенно «в открытую» подчиняется воле гипнотизера. Такое возможно, когда гипнотизируемый не верит в собственную силу и идеализирует гипнотизера. Последнему лишь остается поддерживать этот миф.

А в аутотренинге все иначе: «Я успокаиваюсь и сосредотачиваюсь на своей правой кисти. Она лежит свободно и расслабленно. Голова ясная, все внимание — на правой кисти. Она расслабляется полностью». Никаких прямых приказов. Подразумевается, что человек по собственному желанию может управлять своим бессознательным, достаточно лишь подсказывать ему нужные формулы самовнушения.

Начался, можно сказать, третий акт старой как мир игры: одержимый и шаман, истеричка и гипнотизер, невротик и психотерапевт, «обучающий» аутотренингу. От психотерапевта не требуется умение смотреть пронизывающим взглядом, изображая нечто демоническое. Наоборот, демонстрируется рациональность, эрудиция. В моде наука, приходится перестраиваться. Иоганн Шульц (Schultz, 1973), создатель аутогенной тренировки, выделил две ступени АТ: низшая (вегетативная саморегуляция) и высшая (аутогенная медитация, психическая саморегуляция в состоянии транса). Низшая ступень, АТ-1, состоит из шести стандартных упражнений, которые выполняются в позе кучера на облучке, полулежа или лежа:

- 1) тяжесть в конечностях,
- 2) тепло в конечностях,
- 3) регуляция сердечного ритма,
- 4) регуляция дыхательного ритма,
- 5) тепло в области живота,
- 6) прохлада в области лба.

Работа над каждым упражнением занимает примерно две недели, весь курс АТ-1 длится около трех месяцев. Упражнения выполняются путем мысленного повторения соответствующих формул самовнушения. Главное, конечно, не в том, чтобы насладиться мышечным покоем и приятным чувством тепла в теле. Для этого

84

достаточно принять горячую ванну. Эффект аутотренинга больше зависит от другого: пациент перестает тревожиться по поводу своего самочувствия, так как теперь сам может контролировать его.

Х. Клейнзорге и Г. Клюмбиес (1965) внедрили в терапевтическую практику *направленную органотренировку* — модификацию АТ-1, при которой больные, разделенные на группы по синдромам, проходят курс расширенных упражнений, соответствующих их расстройствам. Комплектуются такие группы, как «Покой», «Сосуды», «Сердце», «Легкие», «Живот», «Голова». АТ-1 наиболее эффективна при психосоматических заболеваниях со спазмами гладкой

мускулатуры. В группу «Сосуды» включаются больные с начальной стадией гипертонии, в группу «Сердце» — с ишемической болезнью сердца и нарушением сердечного ритма, в группу «Легкие» — с невротическими нарушениями дыхания и бронхиальной астмой. Гастрит, язвенная болезнь желудка и кишечника, спастический колит и мочеполовые расстройства служат показанием для включения в группу «Живот». Показаниями для включения в группу «Голова» являются вазомоторная головная боль, мигрень, гипотония.

К. И. Мировский и А. Н. Шогам (1965) разработали методику *пси-хотонической тренировки* для больных «астено-гипотонической группы». В связи с наличием гипотонии исключается выраженная мышечная релаксация, вводятся формулы самовнушения, направленные на повышение тонуса симпатической нервной системы: холод, озноб, «гусиная кожа» и т. п.

Характерны развернутые, подробные формулы самовнушения, широкое применение образных представлений. Тренировка завершается энергичной мышечной мобилизацией.

В краткой форме текст упражнения выглядит следующим образом:

«Я совершенно спокоен. Все мое тело расслаблено и спокойно. Ничто не отвлекает. Все безразлично мне. Я чувствую внутреннее успокоение. Плечи и спину обдает легкий озноб. Будто приятный, освежающий душ. Все мышцы становятся упругими. По телу пробегают «мурашки». Я как сжатая пружина. Все готово к броску. Весь напряжен. Внимание! Встать! Толчок!»

В. Лутэ (1974) дополнил методику Шульца двумя элементами: *аутогенным отреагированием и аутогенной вербализацией*. Психотерапевт, как во время психоаналитической сессии, сохраняет

85

полную нейтральность, а пациент в состоянии релаксации с закрытыми глазами рассказывает обо всех появляющихся сенсорных образах (при аутогенном отреагировании — с визуализацией представлений). Суть метода близка к ассоциативному эксперименту К. Юнга для выявления вытесненных влечений.

Кей Кермани (2002) разработал упражнения для разрядки мышечного напряжения и фрустрации.

**Упражнение «Крик»:** набрать полную грудь воздуха, прикрыть лицо подушкой и закричать изо всех сил. Повторить крик несколько раз до ощущения опустошения.

**Упражнение «Высвобождение шума»:** издавать любые странные или детские звуки, которые просятся наружу, особенно те, которые запрещались в детстве.

**Упражнение «Мычание»:** расслабиться и мычать нравящуюся мелодию, любые естественные звуки, при этом прикладывать руки к разным частям тела, чтобы ощутить, как они вибрируют во время мычания.

Эти упражнения освобождают напряжение вокруг голосовых связок и горла, возникающее у тех, кому приходится много говорить, а также у тех, кто испытывает ощущение сдавленности в горле. Кроме того работа с вибрацией позволяет сбрасывать болезненные ощущения в разных частях тела.

**Упражнение «Высвобождение двигательной активности»:** встать и закрыть глаза, мысленно исследовать свое тело от подошв до головы, зафиксировав особенно напряженные участки.

Открыть глаза, осторожно подвигать и потрясти своим телом, особенно в местах наибольшего напряжения, пока оно не расслабит. Проверить тело еще раз и при необходимости повторить упражнение.

**Упражнение «Истерика»:** лечь на спину в постель, колотить руками и ногами по постели и издавать любые звуки, которые просятся наружу, пока не наступит желание спокойно полежать и отдохнуть.

**Упражнение «Разрядка гнева и агрессии»:** составить список людей (включая себя самого), мест и ситуаций, которые вызывали или вызывают гнев. Выбрать объект агрессии, сесть на стул с наклоном вперед, положить на колени подушку, а на нее — руки ладонями вверх, закрыть глаза. Похлопы-

86

вать себя по коленям руками, и когда это станет полуавтоматическим действием, начать издавать рычащий или утробный звук. Позволить звукам становиться все громче, а похлопыванию все тверже, пока не выплеснется вся накопившаяся ярость. Можно представлять подушку объектом гнева, притоптывать ногами, выкрикивать бранные слова и проклятья.

Эти упражнения полезны не только для сбрасывания избыточного мышечного напряжения, но и при спазмах мышц, тиках, подергиваниях конечностей во время сна, общего двигательного беспокойства, а также при отсутствии адекватной сексуальной разрядки.

**Упражнение «Стон»:** сесть на краешек стула, положив руки на колени и закрыв глаза. Слегка покачиваться вперед и назад, издавая звуки, выражающие печаль или отчаяние, пока не наступит облегчение. Если возникнет потребность плакать, — перейти к следующему упражнению.

**Упражнение «Плач»:** вообразить себя на сцене, как будто вы слышали скорбную весть, порыдать от всей души, стараясь включить все мышцы лица, шеи, плеч, предплечий и груди.

Эти упражнения эффективны при депрессии, нарушениях сна, головной боли, болях в мышцах и суставах, тиках, приступах кашля, частом и болезненном глотании, дисменорее.

© Две матери беседуют о своих взрослых сыновьях. Одна из них:

— Теперь мой сын занимается медитацией. Я, правда, не знаю, что это такое, но лучше уж медитировать, чем сидеть сложа руки.

**Аутотренинг «на бегу» и некоторые предостережения.** Однажды меня пригласили в группу оздоровительного закаливания и предложили разработать вариант аутотренинга «на бегу». Получилась программа из трех упражнений, которая всем очень понравилась, так что рекомендую.

**Первое упражнение - «Тепло»** — основано на физиологическом свойстве организма выделять тепло при мышечной работе. Благодаря этому через несколько минут легкого бега можно констатировать: «Мышцы прогреваются приятным глу-

87

боким теплом. Руки и ноги согреваются, становятся теплыми. Горячая кровь струится по всему телу. Тело пропитано густым глубоким теплом, как губка. Тело излучает тепло. Такие формулы самовнушения помогали прочувствовать ощущения внутреннего тепла и усилить их. Аусилить очень хотелось, поскольку закалка заключалась в том, что мы выпрыгивали из бассейна и целый час бегали по обжигающему снегу...

**Второе упражнение - «Бодрость»** — использует ощущение той легкости движений, когда мышцы рук и ног разогрелись, связки суставов обрели эластичность, установился автоматический ритм дыхания, сердцебиения и движений бега. Все эти ощущения сводятся в одно — ощущение свободного полета, парения. «Мне тепло и легко. Щеки овеивает приятный ветерок. Вдох успокаивает. Выдох спокойный. Сердце бьется ритмично, равномерно. На душе спокойно и легко. Мышцы наливаются спокойной силой. Излишнее напряжение уходит само собой. У меня много сил и энергии. Чувствую в себе силу, смелость и бодрость».

**Третье, заключительное упражнение - «Радость».** Его задача — не дать энергии уйти в «пар», в какое-нибудь озорство, на которое начинает тянуть в середине пробежки. Проблема в том, чтобы сберечь эту энергию, пропитать ею душу и тело, окрасить в радостные тона. Есть такое выражение — «мышечная радость», так что сам организм в движении создает основу для такого настроения, только пользуйся!

«Во мне пульсирует здоровая горячая кровь. Огромный заряд сил и энергии. Я как пульсирующее солнце. Лоб приятно-прохладный. Я легко владею собой, своей энергией. Реакция спокойная и деловая. Я верю в свои силы. Мне легко и приятно с людьми. И людям приятно со мной. На душе тепло и спокойно. Полный покой на душе. В моем сердце живет любовь к жизни, к любимым, к своему телу. Оно дарит мне столько часов счастья. Оно дарит его моим любимым. И получает столько же назад. Я чувствую себя в центре этого горячего, радостного круга любви. Он проходит через землю, через мое тело, уходит в небо и возвращается в землю. Этот круг радости и любви всегда со мной».

Рекомендации для тех, кто хочет самостоятельно научиться аутотренингу. Помните: научиться легко, а вот как использовать,

**88**

лучше посоветоваться со специалистом. Летчики знают: самолет нетрудно поднять в воздух, а вот посадить... Поделюсь собственным печальным опытом. На даче, во время летнего отпуска у меня разболелся зуб. Обычно я в таких случаях сразу иду к врачу. А тут решил отложить до окончания отпуска. Приложил к распухшей десне печеный лук, пожевал сосновой смолки, ночь прожил. Утром повторил, но уже без эффекта. Пришлось заговаривать себе зубы. Заговорил и забыл про болезнь. Через несколько дней над зубом вскрылся гнойничок. Хорошо, отпуск кончился. Выхожу на работу, сразу иду на рентген. Оказалось, в верхней челюсти гнойная полость над больным зубом и уже над двумя соседними. Остеомиелит. Доигрался...

Стоматолог долго мучилась со мной, вылечила остеомиелит и даже сохранила зуб, хотя и пришлось удалить разложившийся нерв. Между прочим, когда нервы мне удаляют, я даже не дергаюсь, хотя обхожусь без местной анестезии. Автоматически срабатывает настрой: нерв кажется ниткой, продетой в зуб-бусинку. Чувствую, как «нитку» пронзают, накручивают, тянут, но я-то тут при чем? Я не я, и нитка не моя. Так самогипноз обычно помогает мне. Но вот что произошло на этот раз.

Настала пора пломбировать зуб. Врач заталкивает в него приготовленную пасту и удивляется: «Вам не больно, Геннадий Владимирович ? » Я улыбаюсь блаженно, слушая щебет птичек за окном: « Не-а...» Вдруг моя Елена Николаевна всполошилась. Оказывается, пломбировочный материал уже из свища в десне полез — этого только не хватало, инородное *тело* в гнойной полости! «Это же дикая боль должна быть, зачем Вы терпели, я же Вас спрашивала!» — сокрушается Елена Николаевна. И тут ее осеняет: «Ой, Вы же психотерапевт, как я могла забыть об этом!» О последующем вспоминать не хочется, но вывод таков: если кто-то собирается овладеть навыками аутотренинга, для того чтобы заниматься самолечением, пусть моя история будет ему предостережением.

Метод **биологической обратной связи** (биоподкрепления) подразумевает использование специального оборудования, посылающего пациенту визуальные или звуковые сигналы о протекании физиологических процессов. Например, электроэнцефалограмма Может записываться таким образом, чтобы появлялся определенный звук, когда при релаксации достигается альфа-ритм

(покой). Электромиограф выводит на дисплей сведения об активности определенной группы мышц, сопровождающиеся визуальным или звуковым сигналом, пропорциональным степени достигнутой па-

89

циентом релаксации. Используется также температурная и электрокожная биообратная связь. Стабильные результаты получены при лечении заикания, писчего спазма и истерических параличей. Биообратная связь оказалась эффективной дополнительной терапией при таких состояниях, как мигрень, гипертония, нарушения сердечного ритма и хронические боли, вызванные мышечным напряжением. В случае головной боли, обусловленной спазмом мышц, или при недержании кала вследствие слабости сфинктера или нарушенного восприятия растяжения прямой кишки этот метод часто является терапией выбора.

### **А СВОЯ ГОЛОВА НА ЧТО?**

**В рациональной психотерапии** используется способность пациента проводить сопоставление, делать выводы, доказывать их обоснованность. Основная терапевтическая мишень рациональной психотерапии — искаженная «внутренняя картина болезни», основная терапевтическая задача — снятие неопределенности, коррекция противоречивости представлений пациента о его болезни. В своем классическом варианте рациональная психотерапия особенно эффективна для лечения психастеников с болезненными сомнениями и ипохондрическими расстройствами. Основными приемами рациональной психотерапии являются объяснение и разъяснение, включающее истолкование сущности заболевания, причин его возникновения с учетом его психосоматических механизмов, до этого игнорируемых больным и не включаемых во «внутреннюю картину болезни», а также логически аргументированная коррекция неверных умозаключений больного. При необходимости пациента обучают законам формальной логики. Терапевтическая беседа строится по методу сократовского диалога (майевтики), во время которого терапевт постепенно подводит больного к запланированному выводу с помощью таких вопросов, на которые возможен лишь положительный ответ.

Больным с ипохондрической фиксацией помогают мудрые слова Л. Толстого: «Когда больной перестает жить и всю жизнь сосредоточивает на лечении, ему гораздо выгоднее было бы, не обращая внимание на болезнь, жить обыкновенной жизнью, которая если и сократилась бы от этого (что всегда сомнительно), но была бы жизнью, а не постоянным страхом и заботой о своем теле».

90

В. Ф. Простомолотов (2002) описывает разработанную им методику **когнитивно-суггестивного резонанса**, направленную на осознание больными следующих моментов:

- 1) механизмов внушения и самовнушения, идеомоторных реакций, психосоматической проводимости, невротических и соматоформных расстройств;
- 2) определяющего значения особенностей личности для степени внушаемости, психосоматической проводимости и невротичности;
- 3) значения жизненного опыта для формирования дисфункционального способа мышления и возникновения на его основе невротических и соматоформных расстройств;
- 4) необходимости и возможности овладеть навыками саморегуляции, перестроить отношение к себе и окружающему.

Занятия проводятся в группе из 20 и более человек, с участием выздоровевших пациентов. Врач демонстрирует на пациентах различные идеомоторные акты, затем обучает приемам противодействия внушениям. Далее врач использует суггестию, для того чтобы вызвать у больных психосоматические реакции и после реализации внушений предлагает использовать навык противодействия возникшему расстройству. В результате формируется установка: «Нет внушения без самовнушения, а оно является результатом сосредоточенности на идее, и все зависит от меня». В. Д. Менделевич и С. Л. Соловьева (2002) приводят технику **ан-тиципационного тренинга**, направленного на развитие прогностической компетентности с помощью формирования следующих установок:

- 1) отказ от претензий (« Мне никто ничего не должен »),
- 2) отказ от однозначного истолкования происходящих событий и симптомов (« Это может означать все, что угодно »),
- 3) отказ от фатальности (« Все возможно »),
- 4) выработка стратегии «антиципирующего совладения» и «предвосхищающей печали» взамен «предвосхищающей радости».

В процессе тренинга используется сократовский диалог, транс-культуральные сравнения и групповой тренинг с проигрыванием и обсуждением актуальных ситуаций: измена, развод, увольнение, смерть близкого и т. п. Во время занятий вырабатывается стратегия «Надейся на лучшее, но готовься к худшему». Метод особенно

91

эффективен при терапии пациентов с невротическими расстройствами тревожно-фобического и обсессивно-компульсивного круга, а также соматоформной вегетативной дисфункцией.

Целью **когнитивной терапии** по А. Беку (2003) является коррекция неадекватных когниций. Главными задачами при этом становятся осознание правил неверной обработки информации и замена их на правильные. Терапия начинается с принятия пациентом безусловного положения: «Для того чтобы изменить чувства, надо изменить вызвавшие их идеи». Выделяют четыре этапа терапии:

- 1) идентификация неадаптивных мыслей методом сократовского диалога (майевтика — греч. повивальное искусство): вопросы ставятся таким образом, чтобы пациент давал лишь положительные ответы и сам пришел к принятию суждения, которое в начале беседы не принимал или не понимал;
- 2) отдаление: перевод эгосинтонных мыслей в эгодистонные;
- 3) проверка обоснованности неадаптивных мыслей с использованием поведенческих техник;
- 4) замена неадаптивных мыслей на адаптивные.

Используются специфические когнитивные методы:

- декатастрофикация (коррекция масштаба переживаний);
- сравнение с другими людьми;
- выявление логического несоответствия;
- поощрение заочной вербальной гетероагрессии (при ауто-агрессии);
- метод «трех колонок» А. Бека (в 1 -й указывается ситуация, во 2-й — возникшие в ней неадаптивные мысли, в 3-й — их сознательная коррекция);
- переопределение (с негативных формулировок проблемы на позитивные);
- децентрация (наблюдение за окружающими вместо тревожного ожидания неудачи).



Когнитивная терапия включают в себя следующие приемы.

1. Направляемое открытие, позволяющее пациенту признать стереотипные дисфункциональные паттерны интерпретации.
2. Исследование идиосинкразического значения, поскольку такие пациенты часто интерпретируют свои переживания как необычные или преувеличивают их.

92

3. Указание на неточные выводы или искажения, чтобы заставить пациента осознать свою необъективность или неразумность отдельных автоматических паттернов мышления.
4. Совместные эмпирические выводы — работа с пациентом по проверке обоснованности его убеждений, интерпретаций и ожиданий.
5. Исследование объяснений поведения других людей.
6. Перевод преувеличенных интерпретаций в измеряемые величины, чтобы противодействовать обычному дихотомическому мышлению.
7. Перераспределение ответственности за действия и результаты.
8. Преднамеренное преувеличение — сведение мысли к крайности, что упрощает ситуацию и облегчает переоценку дисфункционального умозаключения.
9. Исследование преимуществ и недостатков поддержания или изменения убеждений или форм поведения и выяснение первичной и вторичной выгоды.
10. Преодоление катастрофического характера мыслей пациента — предоставление пациенту возможности, во-первых, осознать свою склонность всегда ждать худшего исхода и, во-вторых, противостоять этой склонности.

Рационально-эмотивная терапия (РЭТ) А. Эллиса (2002). Терапия проводится как индивидуально, так и в РЭТ-группах, и фокусируется на опознании иррациональных установок, ведущих к патологическим эмоциональным и психосоматическим реакциям, конфронтации с данными установками, их пересмотре и закреплении рациональных установок. На первом этапе терапии достигается *кла-рификация* (англ. — прояснение) — выявление наиболее значимых параметров событий, вызывающих внутренний конфликт. Дифференцируются события, которые могут и которые не могут быть измерены. Достигается осознание системы оценочных когний, затрудняющих разрешение конфликта, происходит перестройка данной системы и принятие решения об изменении ситуации.

Следующий этап — *идентификация следствий* (прежде всего их аффективных аспектов). Цель этого этапа — выявление всего Диапазона эмоциональных реакций на событие. Терапевт наблюдает за экспрессивными реакциями пациента, когда тот рассказывает о событии, дает ему обратную связь, говоря о своем восприятии упомянутых реакций, высказывает предположение о чувствах и Мыслях у типичного индивида в подобной ситуации.

93

■  
Выявляются *иррациональные установки*: катастрофические, обязательного долженствования, обязательного удовлетворения своих потребностей, глобальные оценочные установки и т. д. Имеются в виду прежде всего убеждения в том, что человеку жизненно необходимы всеобщее одобрение и любовь, что он должен быть компетентным во всем и всегда добиваться любых целей. Заключительный этап — *реконструкция иррациональных установок*, которая проводится на трех

уровнях: когний, воображения и прямого действия. Большое значение имеют самостоятельные задания, способствующие закреплению адаптивного поведения. Участникам группы предлагают вести дневник, в котором они обсуждают проблемы, возникающие в процессе выполнения домашних заданий, а затем в группе вместе поработать над ними. Домашние задания необходимо тщательно индивидуализировать с учетом текущих возможностей индивида и особенностей его окружения. Независимо от целей тренинговой группы она включает такие компоненты, как учебная модель, постановка цели, измерение и оценка.

Учебная модель предусматривает отношение к участникам группы не как к пациентам, а как к учащимся. Вместо исследования проблемных форм поведения руководитель предлагает упражнения по тренировке недостающих навыков. Постановка цели происходит совместно с руководителем группы, который активно руководит ею, планируя каждое задание в связи с намеченной целью, и ориентирует участников на ее достижение. Измерение и оценка с помощью различных тестов и приборов производится на протяжении всей работы, что позволяет ставить адекватные задачи и объективировать достижения.

В тренинговой группе не прибегают к интерпретациям, игнорируют переносы, не анализируют сопротивление. При отказе участника делать упражнение или включиться в обсуждение руководитель предлагает ему побыть в роли наблюдателя и включиться, когда захочет. Попытки обсуждать полезность предлагаемого упражнения откладываются до его завершения. Если вся группа отказывается выполнять упражнение, необходимо предложить ей несколько других на выбор. Если участники группы на занятиях испытывают уныние, раздражение и другие негативные чувства, это может стать поводом для работы с такими чувствами.

© *Многие готовы скорее умереть, чем подумать. Часто, кстати, так и случается (Бертран Рассел).*

94

л

**Систематическая десенсилизация** (прогрессивная десенсибилизация) по Дж. Вольпе (Wolpe, 1973) построена на том, что для эмоциональной сферы действия, совершаемые в реальности и в воображении, примерно равны. В состоянии релаксации тревога подавляется, и рефлекс на прежний фобогенный стимул гасится. Методика состоит из трех этапов:

- 1) овладение приемами прогрессирующей мышечной релаксации Джейкобсона;
- 2) составление иерархии ситуаций, вызывающих страх;
- 3) десенсибилизация (сочетание представлений о фобогенных ситуациях с релаксацией).

Пациент, страдающий фобией, создает в своем воображении иерархию образов, вызывающих тревогу, — от наименее пугающих ситуаций до наиболее страшных. Он остается на каждом уровне иерархии до тех пор, пока тревога не исчезнет. Когда процедура используется в условиях реальной фобогенной ситуации, такой метод называется градуированной экспозицией.

При формировании нового стереотипа поведения применяются следующие специфические приемы.

**Шейпинг** — поэтапное моделирование, при котором четко дифференцируется каждый последующий шаг действий в избранном направлении и точно определяются критерии его эффективности.

Сцепление использует представление о поведенческом стереотипе как цепи отдельных актов, где последнее звено, ближайшее к цели, рассматривается прежде всего. Плохо сформированная часть цепи создается с помощью шейпинга.

*Фединг* — постепенное уменьшение подкрепляющих стимулов для перехода от тренировок с терапевтом к тренировкам с окружающими людьми.

*Побуждение* повышает уровень внимания и помогает сфокусироваться на желательном стереотипе поведения. Оно выражается в демонстрации этого поведения и прямых инструкциях, центрированных на значимых объектах или нужных действиях с ними.

*Нагнетание вызывающих тревогу факторов.* Метод основан на предпосылке, что избегание фобогенной ситуации подкрепляет тревогу путем обусловливания, и заключается в том, что пациент подвергается воздействию пугающей ситуации в ее максимально Интенсивной форме (наводнение, имплозия).

Широко используется «*жетонная психотерапия*», в основе которой лежит научение более адаптивным формам поведения пу-

95

тем применения положительных и отрицательных воздействий по Дж. Вольпе. Примером подобного подхода служит проведение тренинга с супружескими парами, при которых успешное взаимодействие подкрепляется комплиментами и подарками (цветы, коробка конфет, духи и т. п.). Используется также эффект *противообусловливания* (рецеп-рокное, взаимоисключающее торможение). Так, иерархическая конструкция часто используется в сочетании с методиками релаксации, поскольку установлено, что тревога и релаксация исключают друг друга; это приводит к отрыву представляемых образов от тревожных ощущений.

Применяется метод *парадоксальной интенции* В. Франкла (2001), который состоит в том, что больного учат контролировать свои проблемы. Так, при отсутствии эрекции терапевт предлагает пациенту стараться сознательно и с юмором максимально усилить это состояние, тем самым достигается обратный эффект.

Большое распространение получило обучение уверенности в себе — **ассертивный тренинг**, особенно полезный для пациентов, которые не могут свободно выразить или проконтролировать гнев, страдают из-за низкой самооценки и невозможности постоять за себя или учесть интересы других. Обучение начинается с оценки степени уверенности в себе. Применяется метод самоконтроля, когда ежедневно заполняется журнал домашней работы. Навыки уверенного общения вырабатываются по методу репетиции поведения, с помощью структурных ролевых игр (Лазарус, 2001).

А. Ланге и П. Якубовски (Lange, Jakubowski, 1976) выделяют четыре типа современных ассертивных групп: центрированные на ролевых играх, темоцентрические, комбинированные (с тренингом самосознания и коммуникативных навыков, с трансактным анализом), а также неструктурированные группы, ориентированные на текущие индивидуальные проблемы участников. Авторы выделяют пять способов выражения уверенности:

- 1) базовый — прямое сообщение;
- 2) эмпатический — говорится и о предполагаемых чувствах партнера;
- 3) выражение уверенности по нарастающей, если продемонстрированная уверенность не приносит результатов;
- 4) конфронтация — напоминание оппоненту о его невыполненных обещаниях и конкретные пожелания, требования;
- 5) монолог — описание неприемлемых действий партнера, собственных чувств и пожеланий в связи с этим.

Число участников группы может быть от 4 до 30, оптимальной считается группа, состоящая из 6—10 человек. Время групповой сессии — в среднем 90 минут. Группа может собраться всего один раз (тренинговая группа, марафон) или заниматься несколько месяцев, а то и лет (группа личностного роста). Она может быть однородной или разнородной по проблемам, диагнозам, возрасту, полу, уровню образования. Гомогенные группы предпочтительнее для краткосрочной терапии или тренинга, гетерогенные — для лично-стно- и межличностно-ориентированной терапии. Терапевтическая группа обладает мощным поддерживающим потенциалом, позволяющим в ряде случаев избежать госпитализации больного. Однако в травмирующей ситуации имеет смысл включить больного в состав стационарной терапевтической группы, являющейся, в свою очередь, структурной частью терапевтической среды (Кратохвил, 1978). После выписки из стационара некоторым больным полезно посещать клуб бывших пациентов для повышения уровня адаптации, организации социально-психологической поддержки, участия в различных формах терапии творчеством. Оперативная эмоциональная поддержка может быть оказана методом «захода в группу».

Одна из наиболее распространенных методик группового социально-психологического тренинга — репетиция поведения, которая представляет собой ролевое проигрывание жизненных ситуаций от легких для участников до все более трудных. Ключевые компоненты методики — моделирование, инструктаж, подкрепление. Этапы проведения:

- 1) определение поведенческой мишени (постановка задачи);
- 2) инструктаж (предложить упражнение, дать советы по его выполнению, оказать поддержку);
- 3) разыгрывание ситуации;
- 4) моделирование желательного поведения;
- 5) отработка оптимального поведения в течение всего занятия;
- 6) получение обратной связи (поведение активных участников в конце занятия обсуждается «аквариумом» — наблюдающей частью группы с максимальной поддержкой).

Н. Д. Семенова (1993) описывает основные принципы **групповой психологической коррекции алекситимии**. На первом этапе Работы используются приемы релаксации: аутогенная тренировка, музыкотерапия, психогимнастика. При этом развивается способность осознавать и проговаривать чувства по принципу «здесь

<sup>7</sup>-5184  
97

и сейчас». На втором этапе терапии разблокированию чувств способствует опора на невербальные способы общения. На третьем, заключительном этапе терапии с помощью специальных приемов актуализируются, развертываются и вербализуются скрытые внутренние диалоги.

О. Ф. Макарова (2001) разработала программу преодоления алекситимии у детей, включающую следующие приемы индивидуальной и групповой терапии:

- Знакомство с эмоциями, их грация.
- Проигрывание всем телом или его частями различных эмоций одним из участников и последующее их угадывание другими членами группы.
- Шкалирование телесных ощущений с помощью цвета и температуры.

- Ассоциирование отдельных эмоций с различными звуками, в том числе со звуками музыкальных инструментов.
- Невербальные диалоги различного содержания при помощи жестов, музыкальных инструментов, игрушек и других предметов.
- Передача различных предметов и «эмоций» по кругу с последующим проговариванием ощущений.
- Рисование актуальных телесных ощущений, настроения участников и последующее обсуждение возникающих ассоциаций, а также возможное дополнение рисунков другими участниками.
- Психоскульптурирование. Участник описывает неприятную ситуацию, фиксируя свои эмоции и ощущения. Выбирает исполнителей для роли каждого состояния, дает им инструкции и проигрывает с ними травмирующую ситуацию. Обсуждение направлено на обмен впечатлениями, мыслями, чувствами, переживаниями.

## **КОРНИ УХОДЯТ В ПОДСОЗНАНИЕ**

Наиболее эффективной со времен Фрейда считается психодинамическая терапия, учитывающая глубинные психические механизмы болезни. Показаниями для терапии являются расстройства невротического уровня, корни которых лежат в эдиповом конфликте: конверсионные расстройства, психосоматические заболевания, обсессивные расстройства, тревожные состояния, дисти-

98

Ж

миа, слабо и средне выраженные аффективные и личностные расстройства. Для лечения

отбираются пациенты, склонные мыслить в психологических терминах, способные наблюдать за чувствами, не отреагировав их в действиях, и использовать понимание для облегчения симптомов.

Кроме того, у них должно быть поддерживающее окружение и они должны хорошо взаимодействовать с психотерапевтом.

Как правило, на *первых этапах* психосоматической терапии устраняются нарушения, относящиеся к превербальной стадии развития. По мере формирования у пациента достаточно дифференцированной структуры «Я» появляются предпосылки к эффективному вербальному взаимодействию и психодинамической работе с сопротивлением. В начале лечения важной задачей является информирование: прошлое как образец настоящего, трансфер (перенос), защита, сопротивление, описание и объяснение «пассивной» манеры психотерапевта.

Перед пациентом ставятся следующие задачи:

- установить рабочий альянс с психотерапевтом,
- учиться свободно ассоциировать,
- оценить по достоинству атмосферу безопасности,
- признать разочарование начальной фазы,
- достичь понимания трансфера, защиты и сопротивления,
- научиться работать со сновидениями.

В *процессе* лечения психотерапевт стремится интерпретировать защитные механизмы, которые затемняют старые конфликты, так, чтобы пациент мог вновь, но уже сознательно пережить их вместе с болезненными аффектами, связанными с травмирующим опытом. Оживлению подобных переживаний мешает сопротивление, которое ослабляется с помощью интерпретаций в

соответствии со следующими принципами.

Необходимо признать вклад реальности в сопротивление, относиться к сопротивлению с уважением и понимать его как механизм защиты и проявления силы характера пациента; дать пациенту возможность испытать работу сопротивления, признать ее и лишь затем интерпретировать. Вначале интерпретируется сам факт сопротивления, а потом его содержание. Необходимо прояснить мотивы и форму сопротивления: какое Невротическое чувство заставляет пациента сопротивляться, какой специфический прием использует сопротивление. Выяснить, какие Воспоминания или фантазии включают эти чувства. Выявить исто-

7»

99

рию и бессознательные объекты данных аффектов и событий во время анализа, вне его и в прошлом. Проследить историю и бессознательные цели работы сопротивления в данной форме в настоящем и прошлом пациента. Последняя процедура — тщательная проработка выявленной формы сопротивления в реальной жизни.

Движущей силой терапевтического процесса является *трансфер*, или *перенос* (лат. *transfere* — переношу). Его развитию способствуют такие факторы, как потребность пациента вновь пережить опыт прошлого в настоящей жизни, перенося на психотерапевта чувства, испытанные к первичным объектам, пассивность аналитика, свободные ассоциации пациента, интерпретация защит и трансфера.

*Трансферный невроз* (невроз переноса) — старый невроз больного, но в новых, терапевтических условиях. В условия психотерапии он осознается и исчезает, в результате больной освобождается от него и в обычной жизни. Аналитик стимулирует развитие переноса, спрашивая пациента, что тот думает о нем, способствуя оживлению опыта прежних трансферных переживаний и помогая пациенту понять его личностные реакции и актуальные взаимоотношения.

Перенос может быть положительным и отрицательным, эротическим и агрессивным, эдиповым (отцовским или материнским), доэдиповым, объектным и нарциссическим. Пациенты могут использовать перенос в качестве защиты, чтобы избежать анализа конфликта, который привел их к лечению. В любом случае перенос нуждается в проработке: познании, понимании и обретении контроля над неосознаваемыми ранее импульсами.

Выделяют два основных вида *контрпереносных* реакций: согласующийся контрперенос (аналитик эмпатически переживает эмоциональное состояние пациента) и дополнительный контрперенос (аналитик эмпатически переживает эмоциональное состояние какой-то значимой личности в жизни пациента). Анализ контрпереноса требует от аналитика:

- принимать во внимание собственные прошлые и текущие эмоциональные проблемы, их возможное влияние на терапевтическую ситуацию;
- не принимать на свой счет чувства, выражаемые пациентом, не отреагировать контрперенос, использовать его для подготовки интерпретаций;
- использовать контрпереносный гнев для понимания враждебности пациента;

100

- вести поиск согласующегося контрпереноса при переживании дополнительного.

Весьма ценный материал для психодинамической терапии дают *сновидения* пациента, которые, по Фрейду, являются прямой дорогой к бессознательному. Первичной целью сновидений Фрейд

считал исполнение желаний. Современные аналитики на ранних этапах терапии основное внимание обращают на «дневной остаток» и манифестное содержание сновидения. Материал сновидения используют для идентификации и иллюстрации функционирования защитных механизмов и сопротивления; концентрируют внимание на проявлениях трансфера в сновидениях. На более поздних этапах терапии сновидения используются для указания на бессознательные желания, страхи и конфликты.

Большое значение придается анализу сновидений в психодинамической терапии психосоматических больных. А. Минделл (2001) приводит случай женщины, у которой в груди было много молока при отсутствии грудного ребенка. Она сильно сопротивлялась терапии, категорически отказывалась отвечать на вопросы о своей жизни, однако мимоходом пожаловалась на мужа, которого ненавидела за то, что он никогда не мог ее приласкать. В ответ на предположение терапевта о том, что у нее самой недостаточно нежности и чуткости, пациентка обвинила его в тупости. После этого она рассказала о сне, в котором она видела себя брошенным ребенком, и проинтерпретировала его так: «Теперь я знаю, почему у меня так много молока: потому, что я отказываюсь быть ребенком, мне следует больше нянчиться с собой».

Большое значение А. Минделл придает выявлению *символического значения* телесного симптома. Так, мужчина с огромным зобом, не поддающимся лечению, отказался отвечать на вопрос о своем отце, сильно разволновался и начал бить себя по колену. Терапевт предложил пациенту боксерскую грушу, которую тот бил до изнеможения, крича о своей ненависти к отцу. Наконец, выдохшись, он прошептал, что именно отец всегда запрещал ему драться и кричать — отец как бы зажал ему горло и теперь пытается контролировать его изнутри.

Критерии *завершения* терапии: пациент чувствует облегчение симптомов, они воспринимаются им как нечто чуждое. Он понимает свои характерные защитные механизмы, способен понять и признать свойственные ему реакции переноса, а также продолжает заниматься самоанализом для разрешения своих внутренних конфликтов. В завершающей стадии лечения пациент подводит итоги

101

терапии, переживает чувство разлуки и учится справляться с ним, вновь переживает перенос и прорабатывает его, начинает самоанализ. Вместе с терапевтом он определяет разочарования, границы и неудавшиеся стороны терапии, обсуждает возможность повторного лечения и планы на будущее. Для того чтобы облегчить прохождение психотерапевта через завершающую стадию, необходима дисциплинированная практика самоанализа, знакомство с границами возможностей психодинамической терапии, супервизия и личный анализ.

Следует отметить основные тенденции современной психодинамической терапии: ранняя интерпретация переноса, его анализ на протяжении всего процесса лечения, перевод бессознательных конфликтов в терминологию объектных отношений. Внимание больше фокусируется на эмоциональном опыте пациента, повышается значение анализа контрпереноса. Меньше внимания уделяется генетическому (историческому) материалу, особенно на ранних стадиях работы. Акцент смещается с формирования невроза переноса на его разрешение, в связи с чем возникает проблема транс-ферентных остатков и замещения аналитика. Анализируется экстраперенос, интерпретируется сопротивление разрешению переноса, в том числе смещение внимания вовне и в прошлое. С помощью супервизии анализируется контрсопротивление

терапевта.

В современной психодинамической терапии усиливается тенденция к *краткосрочной форме* работы. Важным аспектом кратковременной психотерапии является тщательный отбор пациентов с интеллектом выше среднего, с высоким уровнем мотивации и способных мыслить психологически. Важными также являются сосредоточенность на основной жалобе, по крайней мере один случай значимых отношений с кем-нибудь, хороший ответ при прямой интерпретации, способность устанавливать эмоциональные отношения с психотерапевтом. К противопоказаниям относятся: тенденция к отреагированию действием, пограничные, нарциссические и параноидные расстройства личности.

Кратковременная динамическая терапия представляет собой курс из 10 — 40 сессий на протяжении нескольких месяцев с частотой один раз в неделю. Дата окончания терапии и число сессий определяются в начале лечения. Для работы выбирается конфликт эдиповой природы (соперничество, выигрыш-проигрыш) в отношении какой-то одной трансферной фигуры. Основное внимание уделяется анализу защитных механизмов, интерпретации трансфера и воссозданию полной истории заболевания. Проблемы вне

102

фокуса мягко игнорируются, большое значение придается завершающей фазе.

От терапевта требуется установить эмоциональный контакт с пациентом, сочетающийся с «добросердечным отсутствием заботы», проявлять больше активности в контакте и интерпретациях по сравнению с классическим психоанализом. Необходимо разделить с пациентом печаль и тревогу расставания, рассмотреть предстоящую самостоятельную работу как движение к независимости и зрелости. Появление нового фокуса терапии расценивается как причина возобновления лечения в будущем.

**Групповая динамическая терапия.** Согласно С. Фулксу (Foulkes, 1965), невротическая личность приходит к конфликту из-за своей индивидуалистичности. Для освобождения от невротических симптомов надо научиться выражать их понятно для других. Изучить человека можно лишь внутри его естественной группы. В аналитической группе индивидуальные нарушения можно проследить в процессе межличностных взаимодействий. Группа под руководством терапевта вырабатывает более честные способы коммуникации. При этом пациент активно участвует в общегрупповом процессе, добиваясь того, чтобы окружающие его понимали, и одновременно пытаясь понять их. Основная цель терапии — приспособление, основное средство достижения этой цели — инсайт. Основным законом групповой динамики: группа лечит потому, что в целом она является эталоном нормы, от которого каждый член группы в отдельности отклоняется. Психотерапевт, по Фулксу, активизирует групповой процесс, вербализует в четкой словесной форме то, что группа может понять и разделить, интерпретирует бессознательные аспекты происходящего. Основная задача психотерапевта — обеспечить активное участие каждого пациента в групповом взаимодействии, освободить группу от зависимости от психотерапевта.

Для участия в психоаналитической группе необходимо достаточно сильное Эго, то есть аффективно-поведенческий контроль и определенный уровень оптимизма. Поэтому групп-анализ не показан лицам, не способным выносить стресс и фрустрацию, которые могут причинить вред группе или сами стать «козлами отпущения». Терапевтический контракт включает основополагающее правило: каждый имеет право говорить свободно и спонтанно (свободная дискуссия как групповая свободная ассоциация), пациент Должен взять на себя обязательство



посещать группу регулярно и без опозданий.

103

!

П. Куттер (1998) разработал *трехслойную модель группового процесса*, по которой в группе воспроизводятся основные проблемы социальной жизни: отношения «человек — человек», отношения «человек — группа» и отношения «группа — терапевт». Это отражает диадные (парные) отношения в семье, восприятие матери как удовлетворяющей индивидуальные потребности и отца как авторитетного представителя социальных требований.

Автор описывает работу с *переносом*, формирующимся в процессе групп-анализа. При этом выделяются такие его формы, как перенос между членами группы, групповой перенос, семейный и идеализированный. Индикаторами группового переноса могут быть одинаковое восприятие членами группы психотерапевта и других людей. При этом терапевт может воплощать какого-либо члена семьи (семейный перенос) или идеализироваться участниками группы с нарциссическими расстройствами.

Группа больных неврозами быстро разделяется по половому признаку на две враждующие подгруппы, и в фазе групповой агрессии женщины часто атакуют мужчину-терапевта, перенося на него и других мужчин бессознательную злость к мужу, отцу и т. п. Наряду с этим возникают и эротические чувства, вызывающие ревность и соперничество, оживляются эдиповы конфликты. Основные способы преодоления переносов: фокусирование внимания на переносе, преодоление связанных с ним нереалистических ожиданий, помощь в поиске первичного объекта переноса. Негативный перенос на терапевта обычно проявляется в форме группового *сопротивления*.

Основанием для сопротивления, как правило, являются чувства унижения, стыда, страха наказания. У больных классическими неврозами сопротивление может проявляться в форме защитной реакции вытеснения с соматизацией симптомов и ожидания от врача-психотерапевта медицинской помощи. У истероидных женщин могут развиваться такие защитные реакции, как сексуализация и отрицание травмирующих переживаний.

*Агрессивность* в группе может быть вторичным симптомом, возникающим как защита при конфронтации группы со своими тревожными или сексуальными импульсами, а также первичным феноменом. Агрессивность может проявляться на эдиповом уровне (в треугольных конфликтах) и доэдиповом (нарциссический гнев и деструктивность). Согласно М. Кляйн (2001), ребенок совершает воображаемое отцеубийство, испытывает чувство вины и воскрешает отца в акте реабилитации. Поскольку невроз связан с задер-

104

А

г

яской развития на одной из этих стадий, группа должна иметь возможность свободно выразить свою враждебность к психотерапевту, убедиться в отсутствии ужасных последствий этого, пережить чувство вины и потребность в репарации.

*Психоаналитику* в группе психосоматических пациентов следует активно обращаться к участникам, сочетать прямую конфронтацию и провокацию с активным проявлением эмпатии.

Такой подход позволяет пациентам с алекситимией выразить свои чувства и узнать о них. Развитие группового невротического переноса требует его последовательного анализа и проработки

совместно с группой по мере возникновения конфликтов между терапевтом и группой. Для понимания и объяснения групповых событий руководитель опирается на знание теории влечений, психологии Эго и психологии объектных отношений, трех стадий психосексуального развития по З. Фрейду и восьми личностных кризисов по Э. Эриксону.

Важнейшим инструментом исследования группового процесса и отношения группы к психотерапевту является *контрперенос* как реакция ведущего на группу в целом и ее участников по отдельности. Во время внутригруппового конфликта терапевт может испытывать противоречивые чувства и желание занять определенную сторону в конфликте. Под воздействием идеализированного переноса терапевт может испытать ранее вытесненное и неприятное ему чувство превосходства. Ведущий может использовать группу или подходящего участника с целью компенсации собственных травматических детских переживаний. Поэтому он должен сам пройти курс групп-анализа, а вначале профессиональной деятельности приглашать на групповые сессии супервизора или участвовать в балинтовской группе.

Закрытая группа, выполнив поставленные в начале работы задачи, вступает в завершающую фазу. В это время группа освобождается от переноса, а терапевт — от контрпереноса. Это требует проработки боли разлуки, страха расставания, который проявляется в виде разочарования в психотерапевте (реакция девальвации) и кратковременного преходящего обострения симптоматики. Некоторые пациенты ищут различные предлоги, чтобы покинуть «умирающую» группу. Если группа в состоянии самостоятельно анализировать сложившуюся ситуацию, то терапию пора прекращать.

Гюнтер Аммон (2000) разработал **психоаналитическую групповую терапию соматических больных**. Мишенями терапии являются:

105

- нарциссический дефицит как реакция на задержанное и искаленное в раннем детстве развитие «Я»;
- деформированная потребность в автономии и идентичности вследствие патогенной динамики симбиоза с матерью;
- недифференцированные и неограниченные психические структуры «Я», обуславливающие архаически незащищенный страх расставания и уничтожения;
- ранний дефицит опыта и несформировавшаяся способность к его приобретению и усвоению более успешных и гибких форм защиты от травмирующих переживаний;
- несформированность функционально эффективной границы «Я», обуславливающая отщепленное психосоматическое симптоматическое поведение, заменяющее или защищающее такую границу «Я»;
- конфликт идентичности, проявляющийся в деструктивной агрессивности.

Вначале терапевтическая группа символизирует для больных мир первобытной общины, позволяет участникам регрессировать до первых этапов развития «Я», предоставляет поле для экспериментирования с социальными ролями, развития конструктивной агрессии и креативности. Группа одновременно выступает как реальный и символический объект, на который проецируются осознаваемые и неосознаваемые, здоровые и больные аспекты личностей участников. Она выполняет для них функции хорошей и злой матери раннего детства, обнажая глубокую амбивалентность объектных отношений пациентов. В то же время каждый из них служит котерапевтом для другого, отражая его эмоциональные переживания и позволяя их корректировать

в обход психосоматических защит. У пациентов формируется также семейный перенос на группу, которая становится сценой бессознательных эдиповых конфликтов и их динамики.

Г. Аммон предупреждает об опасности психотической дезинтеграции после устранения соматического симптома из-за структурного дефицита в границе «Я» пациента («дыры в "Я"»). Поэтому соматический симптом, необходимый пациенту для поддержания архаической интеграции и функциональных способностей «Я», не должен становиться прямой терапевтической мишенью. Аналитика следует прямо говорить с пациентом о его страхах, деструктивной агрессии, потребностях и фрустрациях. Внимание необходимо сосредоточить на ранних психотравмах и связанной с ними деструктивно деформированной потребности в автономии и идентичности.

106

Психоаналитику в группе психосоматических пациентов следует активно обращаться к участникам, сочетать прямую конфронтацию и провокацию с активным проявлением эмпатии. Такой подход позволяет пациентам с алекситимией выразить свои чувства и узнать о них. Развитие группового невротического переноса требует его последовательного анализа и проработки совместно с группой по мере возникновения конфликтов между терапевтом и группой.

Гельмут Фрайбергер (1991) разработал **четырёхступенчатую психодинамически ориентированную терапию** психосоматических больных:

1. Восстановление орально-нарциссических связей со значимым другим и стабилизация лабильного самосознания. Гарантия помощи, поддержка и ободрение. Вербализация переживаний уменьшает их поверхностный, ипохондрический слой, снижает уровень тревоги, что приводит к улучшению самочувствия, повышает доверие к психотерапевту и способствует созданию мотивации ко второй стадии терапии.
2. Развитие способности больного к восприятию собственных чувств и переживаний, особенно фрустрационно-агрессивных. Ассоциативный анамнез проясняет связь соматических симптомов с биографией больного. Необходима эмпатическая поддержка, вдумчивое и прочувствованное присоединение к тому, что говорит больной — таким образом ему легче прочувствовать и осмыслить свою ситуацию.
3. Закрепление и улучшение саморефлексии, осознание конфликта, понимание связи между соматическими симптомами и конфликтной ситуацией. Выработка позитивной мотивации к конфликт-перерабатывающей терапии, которая ведется с учетом психологических возможностей пациента.
4. И если возможно — полная переработка конфликта в ходе длительной раскрывающей терапии.

**Когнитивно-динамическая терапия** больных с соматоформными расстройствами по А. Б.

Холмогоровой и Н. Г. Гаранян (1996) ставит следующие цели:

- 1) Тренировка способности распознавания, дифференциации и понимания эмоций и сопровождающих их когнитивных процессов.
- 2) Психодинамическая проработка жизненного и семейного контекста проблем.
- 3) Психодинамическая проработка межличностных затруднений.

107

*Работа с эмоциями* включает три этапа. На первом этапе больных информируют о связи между эмоциями и физиологическими состояниями; об общих закономерностях эмоциональной жизни; о последствиях нарушения эмоциональной психогигиены для психического и физического здоровья.

Представляют метод групповой психотерапии, создают атмосферу доверия и открытости, устанавливают рабочий альянс.

Второй этап посвящен тренингу осознания и выражения чувств. В это время решаются следующие задачи:

- Осознание трудностей понимания и выражения чувств как проблемы.
- Изменение негативной установки по отношению к эмоциям.
- Расширение эмоционального словаря.
- Развитие навыков маркировки эмоциональных состояний.
- Фокусировка внимания на модусе переживаний.
- Развитие навыков дифференциации отдельных эмоций в гамме чувств.
- Обучение обратной связи.
- Диагностика способов сопротивления, реакций переноса и групповых тем.

На третьем этапе проводится тренинг управления эмоциями. Больным представляют когнитивные модели соматизированных, депрессивных и тревожных реакций, когнитивную и психодинамическую модель совладания. Создают «копилки» проблемных ситуаций, отрабатывают навыки когнитивного совладания. Помогают сформулировать неадаптивные базисные убеждения. Осуществляется маркировка сопротивления, реакций переноса и групповых тем, поощряются выражение и отреагирование негативных эмоций.

*Проработка жизненного контекста и межличностных отношений* проводится в процессе трех следующих этапов. На четвертом этапе происходит дальнейшее исследование базисных убеждений. Продолжается работа с сопротивлением и групповыми темами, отношениями, выборами, реакциями переноса. Активно используется обратная связь, сравнение собственной позиции с позициями других членов группы.

Пятый этап посвящен анализу и проработке семейного конфликта. Исследуются источники базисных убеждений. Анализируется семейный контекст (роли, правила, стрессогенные события и т. д.) в трех поколениях. Выявляются родительское программиро-

**108**

вание, требования и ожидания, семейные мифы и ценности. Обнаруживаются реакции переноса, происходит отреагирование и проработка детского психотравмирующего опыта.

На шестом этапе проводится анализ последствий, вытекающих из базисных убеждений, для жизни и отношений с людьми. Совершается переформулирование базисных убеждений. Составляются индивидуальные «копилки» проблем, переформулированных в терминах внутренней жизни, и списки ресурсов. Актуальные проблемы увязываются с более широким жизненным контекстом и прорабатываются личные проблемы. На этом заключительном этапе соматические жалобы заменяются на психологические проблемы. Вместо «У меня дрожь и сердцебиение» — «Мне трудно дове-рятьлюдям», взамен «Ячувствую физическое истощение» — «Меня губят чрезмерно высокие требования к себе, парализующие мою активность» и т. п.

Терапевтический процесс движется в следующем направлении:

- 1) от смутных, неясных, диффузных чувствований к дифференцированным, осознанным эмоциям;
- 2) от жизни «вовне» к дифференцированному и автономному внутреннему миру;
- 3) от закрытой безэмоциональной коммуникации к открытому проявлению чувств и самораскрытию;
- 4) от когнитивной простоты в видении себя, людей и мира к когнитивной сложности;

- 5) от ориентировки на внешние социальные стандарты к внутренним ориентирам: собственным чувствам, потребностям и возможностям;
- 6) от иерархических представлений о мире и взаимоотношениях между людьми (по принципу «над» — «под») к ощущению ценности и уникальности другого, независимо от его места в социальной или любой другой иерархии.

И. Маурер (1986) применяет **сомато-ориентированную психотерапию**, теоретической предпосылкой которой служит сочетание аналитической и экзистенциальной психологии в рамках холистической (психофизиологической) модели. Этапы терапии:

1. Установление эмоционального контакта.
2. Интеграция в сознании терапевта разрозненных впечатлений.
3. Осознание того состояния больного, которое должно быть достигнуто в результате терапевтических воздействий.

109

I

4. Непосредственная переработка больным терапевтических вмешательств, интеграция переработанного материала в содержание психики больного.
5. Осуществление больным спонтанных действий, связанных с уже приобретенной в результате терапии новой ориентацией в собственной личности и своей жизни.

От терапевта требуется:

- 1) многомерность мышления, целостное восприятие поведения больного на его соматическом, психологическом, социальном, экологическом и трансцендентном уровне;
- 2) умение устанавливать эмпатическую коммуникацию;
- 3) умение находить общий язык в речевом взаимодействии с больным.

Н. Д. Линде (2002) разработал **метод эмоционально-образной терапии**, основанный на непосредственной работе с чувствами или эмоциональным состоянием, через нахождение его образного выражения и последующей его трансформации. Терапевтическая сессия проходит в 10 этапов.

1. Клиническая беседа: «здесь и теперь» выделяется и актуализируется негативное чувство или состояние, которое пациент хочет изменить.
2. Прояснение симптома: находятся психосоматические проявления данного чувства или состояния.
3. Создание образа, представляющего данное чувство или состояние в субъективном мире пациента.
4. Исследование образа: выявляются его качественные характеристики (размер, форма, цвет и др.) и функции (что он делает для пациента).
5. Проверка на фиксацию: исследуется наличие эмоционально-энергетической связи между созданным образом и психосоматическим состоянием пациента. Если такая связь существует, то любое изменение образа приводит к положительному или отрицательному изменению состояния пациента.
6. Трансформация образа: проводится одним из следующих способов:
  - созерцание негативного образа или его негативных частей;
  - мысленное действие с образом (при этом следует избегать действий, аналогичных психологическим защитам пациента: стремление выбросить, спрятать и т. п.);

- диалог между пациентом и образом, для того чтобы получить более полное представление о структуре психологической проблемы и найти эффективное решение;
- взаимодействие противоположностей — прием гештальт-терапии;
- замена образа, представляющего негативное чувство, на образ адекватно заменяющего его положительного чувства;
- передача чувства — эмоциональный рассказ образу о чувствах, которые он вызывает у пациента;
- прослеживание судьбы образа в прошлом и будущем, что дает возможность найти положительное состояние данного образа и зафиксировать его (прием НЛП);
- свободное фантазирование на заданную тему, определенную первично созданным образом (показано пациентам художественного типа);
- расширение осознания путем раскрытия смысла, содержащегося в образе (применяются вопросы: «Этот образ напоминает вам кого-нибудь из вашей жизни ? », « Как давно этот образ с вами?», «В каких жизненных ситуациях этот образ проявляется ? »);
- «волшебство» — изменение образа по желанию пациента;
- «возвращение подарка» — мысленное возвращение зла обидчику;
- «разоружение» — превращение разрушительной энергии в созидательную;
- «разжимание лапки» — отпускание негативного образа и связанных с ним чувств;
- парадоксальное разрешение — разрешение негативному образу делать то, что он запрещает пациенту;
- контрпредписание — разрушение образа, воплощающего родительские запреты;
- «выращивание» части личности (подавленной агрессивным образом);
- «перераспределение акций» — установление баланса между мужской и женской частями личности;
- установление новых отношений с частью личности — например, сочувствие к «внутреннему ребенку» и забота о нем.

7. Интегрирование образа с личностью (соматизация): если желаемое состояние пациента достигнуто, то необходимо, чтобы он принял полученный положительный образ в тело и

111

тем или иным способом установил с ним позитивные отношения.

8. Ситуационная проверка: необходимо представить ситуацию, которая обычно вызывала негативное чувство или состояние; трансформация является успешной, если в ходе такой проверки негативное чувство или состояние не возникает.

9. Экологическая проверка: следует проверить, не возникло ли у пациента побочных негативных симптомов. При их возникновении вернуться к 1-му этапу.

10. Закрепление — пациенту предлагают договориться (поставить внутренний якорь) с достигнутым состоянием, чтобы оно оставалось с пациентом.

**Символдрама**, или кататимно-имажинативная терапия (греч.: kata — сообразно, thymos — дух; лат. imago — образ) Х. Лейнера (1996) — краткосрочный метод, основанный на свободном фантазировании в форме образов на заданные темы — то есть направляемых сновидениях наяву, которые соотносятся с проблематикой личности, ее аффективными нарушениями, в том числе с периодом детского развития. Терапевт выполняет контролирующую, сопровождающую функцию.

Курс лечения занимает 20 — 30 сеансов. Продолжительность сессии — 50 минут, при этом первая ее половина посвящена собственно кататимной имажинации, а вторая — проработке вскрытого материала. Ниже приводится таблица стандартных мотивов и техник, расположенных в порядке их эмоциональной заряженности (Хайгл-Эверс с соавт., 2001, с. 521).

	Стандартные мотивы	Терапевтические техники	Операции с символами
Начальная ступень	1. Луг 2. Текущий ручей 3. Гора 4. Дом 5. Опушка леса	А. Тренировочные приемы Б. Развертывание творческих имажинации	Примирение Питание
Средняя ступень	6. Знакомые личности 7. Сексуальность (розовый куст)	В. Ассоциативные приемы Г. Обычное сновидение Д. Фокусирование острых конфликтов Е. Осмотр внутренних органов	Внутренний лидер Сопоставление символов

112

	Стандартные мотивы	Терапевтические техники	Операции с символами
Средняя ступень	8. Агрессивность (лев) 9. Я-идеал	Ж. Удовлетворение архаических потребностей З. Проработка И. Анализ переноса	Внутренний лидер Сопоставление символов
Высшая ступень	10а. Пещера 10б. Лужа 11. Вулкан 12. Фолианты	К. Комбинация с конвенциональным психоанализом Л. Рисование имажинативных содержаний	Истощение и ослабление Магические жидкости
Музыкальные образы	1-8	В. Ассоциативные приемы	
Работа в группах	1-8	Индивидуальные фантазии Групповые фантазии	Техники обратной связи

Методика эффективна для лечения соматоформных расстройств, психогенных нарушений сексуальных функций, неврозов, адаптационных реакций, психогенной депрессии, кризисных состояний. Применяется в форме индивидуальной, супружеской, семейной и групповой терапии. Противопоказанием является хрупкое «Я» у депрессивных, истероидных и пограничных личностей

из-за опасности внезапного затопления Эго избыточным количеством импульсов. Работа с высшими ступенями требует дополнительной тренированности психотерапевта.

**Холотропная терапия.** Автор метода С. Гроф (2001) называет ее терапией, направленной на восстановление целостности (от греч. *holos* — целое). Она опирается на концепцию Юнга о коллективном бессознательном, которое является источником самоизлечения. Метод сочетает психоанализ с эзотерикой (йога, буддизм).

С. Гроф выделяет перинатальную область психики, в которой сосредоточены переживания и образы смерти и рождения, и трансперсональную сферу, включающую духовные, религиозные и мистические переживания. В перинатальной области находятся «системы конденсированного опыта» — динамические констелляции эмоций, ощущений и восприятий, связанные не только с процессом рождения, но и с другими моментами биографии. Пережива-

' — 5184

113

ния смерти и возрождения проявляются в четырех типичных формах — базовых перинатальных матрицах (БПМ). Их специфические эффекты прослеживаются при оживлении пережитых ситуаций физического насилия, жестокого обращения, угроз, разлук, боли и удушья. БМП соотносятся с эрогенными зонами — оральной, анальной, уретральной и фаллической. БМП-1 в случаях нарушения беременности (будущим пациентом) проявляется в виде тревоги и страха, видения демонических сюжетов, состояний отравленности. В психопатологии ей соответствует парафрения. БМП-2 отражает начало родов с переживаниями безысходности, пойманности в ловушку, с видениями ада, апокалипсиса, мучительными чувствами вины и неполноценности, бессмысленности мира. Матрица соответствует эндогенной депрессии, нигилистическому бреду Котара, алкоголизму, наркоманиям, пептической язве. БМП-3 связана с продвижением плода по родовым путям. Пациенты переживают смесь невыносимых страданий и экстаза, участвуют в садомазохистских оргиях, испытывают муки Христа и т. п. Родственные психопатологические симптомы — тревожная депрессия, садомазохизм, мужской гомосексуализм, невроз навязчивых состояний, конверсионная и тревожная истерия, импотенция, фригидность. БМП-4 отражает момент рождения, сопровождается видениями огромных ярко освещенных помещений, чувством спасения, счастья. Соответствует мессианскому бреду, идентификации с Христом, маниакальной симптоматике, женскому гомосексуализму, эксгибиционизму. В терапии используется гипервентиляция (*пневмокатарсис*) под специальную музыку с ограниченным применением телесного вмешательства. Терапевт (фасилитатор, от англ. *facilitate* — облегчать, содействовать) обеспечивает вначале информирование, релаксацию и медитацию. Групповая сессия проводится в затемненном изолированном помещении, участники лежат на матах. Ситте-ры (ассистенты, обычно новые пациенты) сидят рядом со своим подопечным, сопереживают ему, стимулируют его дыхание с помощью прикосновений. При необходимости они подкладывают подушку, дают пакеты для рвоты, не допускают столкновений участников при перемещениях. Время сессии — 1,5 — 2 часа. В заключительной части сессии участники обмениваются опытом переживаний, рисуют мандалы (магические фигуры) и анализируют их с помощью фасилитатора. Участвовать в сессиях противопоказано сердечно-сосудистым больным, беременным и больным эпилепсией.

114



© Психоанализ — болезнь эмансипированных евреев; религиозные евреи довольствуются диабетом (Карл Краус).

## **ДВИГАЙСЯ И ОСОЗНАВАЙ!**

**Двигательная терапия.** Психологические защитные механизмы имеют также телесные проявления. *Двигательная гибкость* характеризует общее психофизическое состояние личности и очень зависит от настроения. Например, у депрессивных больных с подавленными инстинктивными потребностями можно наблюдать шаркающую походку и наклоненный вперед корпус; у пациентов с латентным напряжением, страхами и выраженными тиками твердая, неуверенная, семенящая походка; у эгоцентричных личностей с ярко выраженной переоценкой себя и демонстративным предъяснением собственной силы и энергии подчеркнуто гроыхающая, жесткая походка.

*Двигательный ритм* выражается в чередовании напряжения и расслабления. У большей части невротических пациентов имеются нарушения двигательного ритма в форме продолжительного мускульного напряжения, которое можно рассматривать как следствие конфликтных личностных отношений с окружающим миром. *Индивидуальное движение* в норме происходит плавно, без задержек, в скользящей манере. Нарушение двигательных процессов наблюдается у больных неврастениями с психической гиперактивностью — в виде стремительных, чрезмерных движений и у больных шизофренией — в форме угловатых, часто заторможенных движений.

*Двигательная уверенность и координация движений* определяются концентрацией на цели движения. Чрезмерное внутреннее возбуждение или психическая заторможенность снижают двигательную уверенность и координационную успешность у больных неврозами. Кроме того, надежное, уверенное протекание движения дезорганизует колебания при принятии решения. В двигательной терапии нарушения моторики, а также такие телесные расстройства, как осанка и дыхание, рассматриваются во взаимосвязи с психологическими нарушениями. Гармонизация моторных процессов благотворно воздействует на психическое состояние и поведение. Главными направлениями двигательной терапии являются:

- 1) развитие невербальной коммуникации,
- 2) нормализация ритмического протекания движений,
- 3) приобретение опыта в переживаниях пластичности, радости.

**115**

Как правило, двигательная терапия назначается пациентам, не уверенным в себе, длительное время избегающим физических нагрузок. Поэтому к занятиям они приступают с опасением, страшась перегрузок, болевых ощущений и собственных неудач. И программа терапии должна строиться с учетом состояния больного, субъективных и объективных данных, полученных при его обследовании. Акцент делается не на результатах упражнений, а на участии. Длительность занятий увеличивается постепенно. В стационаре занятия проводятся ежедневно по 30 минут, при амбулаторном лечении — 1 час в неделю. Упражнения могут проводиться в помещении и на улице, стоя и сидя, на полу, на табурете, на скамье, на мате, с небольшими снарядами. Желательно сопровождать их музыкой. Одной из важнейших задач терапевта является создание теплой, дружелюбной атмосферы. Он не должен находиться «над группой», команды следует произносить энергичным, но не начальственным тоном.

Наиболее простым методом является ритмическая двигательная терапия. Она способствует мускульному расслаблению пациентов, тем самым создавая предпосылки для дальнейшей

двигательной активности при выполнении других упражнений. Продолжительность этой части занятий не превышает 15 минут. Постоянный и определенный порядок упражнений позволяет выполнять их также индивидуально в домашних условиях. При этом используются двигательные элементы из классической гимнастики. Центральными вопросами при двигательной терапии являются «Что я чувствую теперь?» и «О чем говорит мое тело?». Очень важен процесс вербализации переживаемых ощущений и эмоций.

Ритмические упражнения сменяются свободной ходьбой в помещении — освоением окружающего пространства. Пациенты получают задание осмотреться, увидеть других, улыбнуться им. Далее происходит свободный выбор партнера для выполнения совместных упражнений. Это задание имеет и диагностическую функцию. Так, эгоцентричные, стеничные пациенты для «завоевания» желаемого партнера могут притянуть его и прижать к себе. Пациенты депрессивные, заторможенные, со сниженными потребностями ведут себя в этой ситуации выжидаяще, двигаются мелкими шажками, их тело напряжено, выражение лица робкое.

После выбора партнера выполняются совместные упражнения в группах по 2 — 4 человека. Содержание упражнений постепенно усложняется, каждый участник во время одного занятия должен побыть как в пассивной, так и в активной роли. Таким образом формируются и поддерживаются коммуникативные функции.

116

**Биоэнергетический анализ** Александра Лоуэна (1998) разработан на основе концепции характероанализа его учителя Вильгельма Райха (1999). Биоэнергетический анализ проводится на трех уровнях:

- 1) слой Эго — традиционная аналитическая работа;
- 2) слой мышечного напряжения — специфическая работа по снятию мышечных блоков;
- 3) слой отрицательных эмоций — катарсические техники.

Анализ телесной организации позволяет получить важную дополнительную информацию. Мышечные блоки являются эквивалентами эмоциональных фиксаций и проявляются по-разному: в напряжении мышц или их вялости, болезненности или ощущении щекотки при прощупывании. Блок круговой мускулатуры глаз с подключением мышц глазного яблока подавляет слезы («сухой плач»), но вызывает головную боль. Напряжение мышц плеч, задней части шеи и верхней части спины блокирует удары рукой, агрессию, но ограничивает движения и вызывает болевой синдром. Заблокированные мышцы груди и таза перекрывают любовь. Хронические функциональные заболевания кишечника Лоуэн рассматривает как «плач кишечника» при напряженном животе. Заблокированные колени, плохой контакт стоп с землей говорят о плохом заземлении, укоренении (нет почвы под ногами, чувства безопасности и уверенности).

Аналитическая и телесная работа занимают примерно одинаковое время. Феномены неосознанной экспрессии вытесненных чувств страха, гнева (плач, рвота) анализируются, упражнения наполняются осмысленным содержанием, после проработки которого переходят к следующему упражнению.

Для снятия мышечного и эмоционального напряжения применяются следующие специфические приемы: усиление укоренения, вибрация, выпускание живота, лук, глубокое дыхание с валиком под поясницей, выдох со стоном и рыданием, вращение бедрами, Движения тазом, лягание, удары по мату. Имеются также специальные упражнения для мышц лица. Метод применяется индивидуально и в группе.

Терапевтический эффект подхода А. Лоуэна обусловлен нормализацией биоэнергетических процессов. Так, при лечении конверсионных проявлений предлагаются приемы, направленные на освобождение энергетических каналов, при лечении соматизированной депрессии ставится задача повышения энергетического по-

117

тенциала. В нашей стране применение биоэнергетической терапии нередко основано на идее мистической природной биоэнергии (космической, экстрасенсорной, колдовской и т. п.). При этом используются эффекты самовнушения и веры в сверхъестественное, распространенные среди малообразованных людей и усилившиеся в связи с «магическим настроением» в период затяжного социально-экономического кризиса.

С работами В. Райха генетически связаны также методы телесно-ориентированной терапии Фредерика Александера (Alexander, 1965), Моше Фельденкрайза (2003), Иды Рольф (Rolf, 1976), Артура Янова (Janow, 1970) и др. Групповую форму применения перечисленных методов описывает Кьел Рудестам (1999).

Гештальттерапия. Фриц Перлз (2001), развивая учение своего аналитика В. Райха, выделяет три зоны осознания: внешний мир, внутренний мир тела, мир мыслей и фантазий. Последний должен быть посредником между внешним и телесным миром, однако при неврозе он искажен травматическим опытом и скорее мешает саморегуляции. Перлз различает пять механизмов нарушения процесса саморегуляции: интроекция (пассивное усвоение чужого), проекция (приписывание своего другому), ретрофлексия («поворот на себя»), дефлексия (хаотичные связи с окружающими), кон-флуенция (слияние).

Наиболее ранние *интроекты* — родительские поучения, некритически усвоенные и неотличимые от собственных убеждений. Интроекцию дополняет *проекция*, при которой человек отчуждает присущие ему качества, не соответствующие его «Я-концепции». Образующиеся в результате проекции «дыры» заполняются проектами. *Ретрофлексия* происходит при блокаде потребности и сопровождается превращением межличностного конфликта во внутриличностный, что вызывает мышечные зажимы. *Дефлексия* состоит в уклонении от реальных контактов, замене их ритуальными формами общения, болтливостью, сглаживанием конфликтов. *Конфлуенция* выражается в стирании границ между «Я» и окружением, конформности и симбиозе.

В результате действия описанных механизмов личность дробится на упрощенные дихотомии: мужское — женское, активное — пассивное, зависимость — отчужденность, эгоизм — альтруизм и т. п. Фрагментированная личность диагностируется по рассогласованию между вербальными и невербальными проявлениями. Задачи гештальт-группы состоят в ассимиляции интроектов, замене проекций прямым самовыражением, ослаблении ретрофлекс-

118

Второго напряжения, установления целенаправленных и равноправных связей с окружающими.

Терапевтический процесс движется от поверхности вглубь.

1-й уровень — клише, где действия заменены ритуалами.

2-й уровень — проигрывание роли с поиском подходящего по сценарию партнера.

3-й уровень — тупик, когда человек оказывается без роли и переживает чувство пустоты и страха смерти (уровень фобического избегания).

4-й уровень — внутреннего взрыва (подавленных чувств: горя, гнева, радости, оргазма). Технические процедуры терапии называются играми и представляют собой эксперименты с различными ролями, отождествления со значимыми чувствами, отчужденными субличностями и интроектами. Цель игр — закрытие гештальтов; критерием достижения цели является «ага»-переживание (ср. с инсайтом).

Важное значение придается осознанию позиций, проявляющихся в речевых конструкциях; их предлагается заменять на такие, которые свидетельствуют об усилении личной ответственности. Широко применяются метафоры. Большое внимание уделяется сновидениям и фантазиям, которые переносятся на реальную почву, в настоящее время, с возвращением личности тех ее фрагментов, которые были спроецированы на вымышленные образы. Сновидения рассматривают как проекцию, как возможность осознания актуальных взаимоотношений с другими и терапевтом для понимания экзистенциальной позиции индивида. Основные цели фантазирования — контакт с неприемлемыми событиями, чувствами или личными качествами, с отсутствующим человеком или незавершенной ситуацией, исследование новых или неизвестных аспектов личности.

Гештальт-терапевт обычно работает с одним (реже с двумя) из участников. Пациент усаживается на «горячий стул» рядом с терапевтом. Остальные члены группы могут идентифицироваться с работающим участником, оказывать ему эмоциональную поддержку и обеспечивать обратную связь. Добровольец, находящийся на «горячем стуле», должен соблюдать принцип «здесь и сейчас» и Рассказывать о содержании своего сознания. Терапевт, не прибегая к интерпретациям, следует за пациентом, всячески поддерживая его в попытках осознать, «что значит сейчас быть им». Если Пациент недостаточно осознает свои очевидные особенности, ему <sup>1</sup>Предлагают сыграть роль, где они выступают в утрированной форме- Если он хочет избавиться от определенного поведения, ему по-

119

ручают роль человека с нежелательными чертами характера, преувеличенно выраженными (техника «сделатьнаоборот»). Для игры отводится<sup>5</sup>— Юмин, затем участники делятся впечатлениями. Некоторые упражнения выполняются в парах или всей группой. Используется прием «блуждающего стула», когда на нем оказывается то один, то другой участник. Руководитель должен придерживаться принципа «здесь и сейчас», быть аутентичным (самим собой) при взаимодействии с членами группы. Он не должен нуждаться в поддержке и восхищении со стороны группы. Подбирать и применять гештальт-упражнения следует творчески, в соответствии с актуальными потребностями группы.

Руководитель группы определяет порядок и темп ее работы. Для начала он может предложить участникам серию упражнений, которые фокусируют внимание на осознании текущего момента и взаимодействии с окружением. Затем он предлагает добровольцу занять место на «горячем стуле» и подробно описывать, что ему удастся осознать. На текущем моменте сосредоточиваются и остальные члены группы.

Руководитель помогает участникам осознать их невербальное поведение (язык тела), задавая вопросы: «Вы осознаете свою улыбку?», «Как, по-вашему, звучит ваш голос?», «Что делает ваша нога?» и т. п. При этом может выявиться важная тема для групповой дискуссии. Если невербальное поведение одного участника является реакцией на другого члена группы, его просят обратиться ко второму прямо. Таким образом облегчается осознание скрытых чувств и эмоциональных блоков. Анализ переноса заменяется фокусированием на *контакте*: с собственными функциями, с

терапевтом, с членами группы. Для расширения границ контактов применяются специальные упражнения: длительное жевание, многократное открывание и закрывание глаз, фокусирование взгляда, оглядывание по сторонам, прислушивание к звучанию речи, повторение сказанного, прочувствование собственных движений (например, вращение глазами, головой, тазом). Одновременно повышается доверие к другому человеку в процессе выполнения совместных физических упражнений: прикосновений, взаимных толчков и т. п. Применяют также релаксацию, дыхательные упражнения, приемы телесной терапии, психогимнастики, танцевальной терапии. Одна из целей упражнений на *осознание* состоит в том, чтобы помочь члену группы проанализировать свои чувства. Разли-

120

чают четыре уровня выражения чувств: блокированный (человек не знает о чувстве), заторможенный (знает, но не проявляет), эксгибиционистский (проявляет неадекватно), спонтанный (нормальный). Задача терапевта — довести пациента до третьего уровня и помочь ему поупражняться на этом уровне, пока он не перейдет на четвертый. В это время происходит отыгрывание, которое проявляется в четырех основных вариантах: отыгрывание незаконченной ситуации из далекого прошлого, отыгрывание незаконченной актуальной ситуации, отыгрывание особенностей характера, отыгрывание полярности (противоположного чувства и поведения). О. В. Немировский (1997) рассматривает телесный симптом как превращенную форму контакта, который был ретрофлексирован и отчужден путем проекции потребности на определенный орган тела. На уровне телесных процессов обычно существует контрсимптом, позволяющий избегать манифестации симптома и удерживать его в более или менее застывшем виде. Диалог симптоматических и контрсимптоматических ощущений может быть прямо соотнесен с той психологической ситуацией, с тем типом взаимодействия с окружающим миром, который является пусковым для данного симптома.

Гештальттерапия протекает в четыре этапа. Первым шагом является превращение частичной проекции в тотальную путем идентификации с больным органом. При этом происходит переживание проецируемых качеств, желаний, чувств.

Второй этап — частичное обращение ретрофлексии — посвящен реконструкции личного контекста взаимоотношений. Дождавшись фразы «сценарного» характера или эмоционального всплеска, терапевт спрашивает: «Кому адресованы эти чувства?» С появившейся фигурой из личного опыта работают, используя технику двух стульев.

На третьем этапе — ассимиляции проекции — пациент принимает ответственность за переживание того или иного желания или чувства, которое приписывалось органу или другому лицу. На этой стадии восстанавливается исходное переживание, которое блокируется симптомом и в то же время искажено, трансформирование выражается с помощью этого симптома.

Четвертый этап — полного обращения ретрофлексии — связан с тестированием устойчивости обретенной ответственности (например, в реальных взаимодействиях с участниками гештальт-группы).

121

## ТЕЛЕСНОЕ И ДУХОВНОЕ

Логотерапия. Мир с точки зрения Виктора Франкла (2001) существует для человека в таком виде, в

каком человек определяет его смысл. Клиент может переформулировать смысл своего прошлого опыта. Основные конструкторы близки к экзистенциальным. Большое значение придается личной способности контролировать смысл и ход своей жизни. Смысл может прийти из действия или из размышлений. Большое внимание уделяется духовной жизни человека. Тело, ум и дух составляют единое целое. Жизнь сама по себе представляется неконгруэнтной: жить — значит встречать смерть лицом к лицу. Осознав этот парадокс, человек смело принимает жизнь и живет с наибольшим смыслом.

Цель терапии — облегчить процесс поиска смысла в жизни. Важно внимательно выслушивать клиента, чтобы понять уникальный смысл его существования, порожденный прошлым. В дополнение к переформулированию в терапевтической работе применяется смена отношений, переключение и парадоксальное намерение. Могут быть использованы методы убеждения, подобные тем, которые применяют при поиске высших целей в обществах анонимных алкоголиков. Могут составляться узко специализированные бихевиоральные планы действий. Парадоксальные техники обладают очень мощным воздействием, их нужно использовать с осторожностью.

В отличие от Фрейда с его приматом принципа удовольствия/ влечения к смерти, Франкл считает основной врожденной потребностью человека стремление к поиску и реализации смысла своей жизни: человеку требуется не гомеостаз, а борьба за достойную цель. Основные человеческие ценности по Франклу — творчество, переживания, отношения. Конфликты между этими ценностями являются нравственными, экзистенциальная фрустрация приводит к ноогенному неврозу, корнящемуся в духовной сфере существования человека (классические неврозы развиваются в психологической сфере в связи с конфликтом между влечением и сознанием). Фрустрированная потребность в смысле жизни может компенсироваться в виде стремления к власти или удовольствиям (сексуальным, пищевым и т. д.). Результатом может стать невроз характера по Фрейду (невротическое развитие личности), психосоматическое заболевание, алкоголизм и другие зависимости. Поэтому логотерапия показана для лечения широкого круга нервно-психических расстройств.

122

Специфическим методом логотерапии является *парадоксальная интенция*, основанная на двух фундаментальных онтологических характеристиках человека: самотрансценденции и способности к самоотстранению. Парадоксальная интенция построена на том, что пациент должен захотеть, чтобы то, чего он так опасается, осуществили (при фобии) или чтобы он сам осуществил это (при обсессии). Парадоксальное предложение должно быть сформулировано по возможности в юмористической форме, при этом сталкиваются и взаимно нейтрализуются страх перед гиперболизированной опасностью и ирония по поводу доведенной до гротеска тревожной реакции. Метод мобилизует возможности человека к самоотстранению и существенно помогает при лечении «навязчивой ипохондрии».

Франкл успешно применял такие техники, как изменение отношения пациента к себе и к жизни с негативного на позитивное, а также переключение внимания — дерефлексию. Например, тревожная фиксация на своих половых возможностях усиливает импотенцию, а переключение внимания на сексуальные стимулы, исходящие от жены, восстанавливает нормальную функцию. Процесс нахождения смысла собственной жизни сводится к общепсихологическим закономерностям человеческого познания (в частности, выделения фигуры из фона). Особую

практическую ценность представляет поиск смысла страдания в ситуации, которую невозможно изменить. Классическим стал следующий пример.

Пожилой врач два года переживал безутешное горе по поводу кончины супруги. Франкл задал ему вопрос:

— Что произошло бы, доктор, если бы вы умерли первым, а вашей жене пришлось бы пережить вас ?

— О, для нее это было бы ужасно, как бы она страдала!

— Видите, доктор, она избежала этих страданий, и именно вы избавили ее от них, но вы должны платить за это тем, что пережили и оплакиваете ее.

Пациент молча пожал Франклу руку и спокойно покинул кабинет.

В группе для выявления смысла жизни клиента применяется метод «логодрамы». Так, женщина совершила суицидальную попытку после смерти своего 11 -летнего сына, оставшись одна со старшим сыном, страдающим детским параличом. Франкл предложил другой женщине вообразить себя бездетной карьеристкой 80 лет, подводящей итог своей жизни. Эта женщина признала про-  
123

житую жизнь бесцельной. Затем Франкл попросил мать сына-инвалида оглянуться на свою жизнь, и женщина поняла, что сделала его жизнь более легкой и тем самым наполнила смыслом и свою жизнь.

Психотерапевт в логотерапии не навязывает свое мировоззрение. Чтобы подтолкнуть пациента к открытию собственного смысла жизни, используется сократовский диалог. В то же время личность самого психотерапевта играет важную роль. Образцом свободного, самодетерминирующегося человека может служить сам Виктор Франкл, организовавший кризисную поддержку для своих товарищей по нацистскому концлагерю и вынесший оттуда свое кредо: «Человечные люди являются меньшинством. Но именно поэтому каждый из нас чувствует вызов присоединиться к этому меньшинству».

**Позитивная терапия по Н. Пезешкиану (1996)** включает пять ступеней: наблюдение, инвентаризация, ситуативное ободрение, вербализация и расширение системы целей.

1. На первой ступени работы а) применяется Висбаденский опросник, выявляющий симптомы и симптомообразующие факторы, включая первичную травмирующую ситуацию; б) происходит выслушивание больного и членов его семьи, наблюдение за их взаимоотношениями, выяснение собственных эмоциональных реакций; в) проводится позитивное толкование — позитивная переинтерпретация психосоматического расстройства с учетом его значения для больного и его семьи; в результате терапевт дистанцируется от собственного восприятия и модели мышления.

2. На второй ступени рассматриваются: конфликты за последние пять лет, механизмы реакций на конфликты, в том числе механизмы телесных реакций и их значение для больного и его близких. Анализируются модели для подражания, нормы и обычаи, транскультуральные аспекты; актуальные способности и их развитие, отношение значимых других.

3. На третьей выясняется позитивное значение симптоматики, способов разрешения конфликтов для сплочения семьи.

4. На четвертой ступени достигается осознание и проговаривание скрытых конфликтов; анализируются отношения сдержанности/открытости в семье.

5. На заключительной ступени привлекается внимание к другим сферам жизни, потребностям и возможностям, происходит расширение круга общения, постановка новых целей.

Для коррекции отношения больного к психосоматическим симптомам Н. Пезешкиан использует их позитивное толкование и транскультуральные сравнения. Так, анорексия трактуется как способность обходиться минимумом пищи, больному с облысением сообщают, что в некоторых африканских племенах лысая голова считается эталоном красоты и т. д.

**Арттерапия.** Искусство и литература издавна применялись в психотерапии. Например, чтение Мопассана и Бунина, рассматривание картин Кустодиева и Ренуара могут оживить блеклую чувственность психастеника, больным ипохондрической депрессией помогает музыка Моцарта и Штрауса, на больных циклотимической депрессией хорошо действуют ноктюрны, колыбельные, а больные с глубокой депрессией испытывают облегчение от скорбной музыки. Кроме такого симптоматического использования арттерапия может применяться и патогенетически.

Так, в *терапии творческим самовыражением* М. Бурно (2000), предназначенной прежде всего для тревожных личностей, самопознание как изучение собственных болезненных расстройств, особенностей своей личности и других человеческих характеров происходит в процессе групповых занятий художественным творчеством параллельно с занятиями по типологии характеров.

Психотерапевт открывает пациентам свою личность, демонстрируя творческое самовыражение и сопереживание при восприятии произведений искусства.

*Танцевальная* терапия помогает психосоматическим больным, в частности, пережить и выразить свои агрессивные чувства, в том числе по отношению к психотерапевту. Например, исполняя древний танец святого Георгия участники хора символическим копьем «убивают» представляемого в центре круга дракона, воплощающего врага, объект страха или болезнь, а затем победно шествуют по кругу.

**Синтетическая терапия** Вольфганга Кречмера (Kretschmer, 1958, 1982) развивает концепцию его отца, Эрнста Кречмера (1998) о патогенной роли несоответствия уровней биологического и психологического созревания индивида. Например, причиной невроза может быть противоречие между биологически зрелыми инстинктами и задержавшейся на инфантильном уровне личностью (сексуально зрелый мужчина, играющий роль ребенка по отношению к жене и т. п.). Задача терапии — определить удельный вес таких биологических и социальных факторов в характере и психической

патологии данного пациента и выбрать соответствующий метод лечения с акцентом на биологические, социальные или психологические средства. Терапевтическое воздействие опирается не столько на простое применение каких-либо технических приемов, сколько на интуицию психотерапевта, творчески использующего богатый арсенал духовных, культурных и собственно психотерапевтических знаний.

Наряду с упражнениями (физическая и психологическая тренировка, духовная и социальная практика, гипноз и внушение) и самопознанием (анализ характерологических проявлений и особенностей) подробно разработаны следующие приемы: свободное фантазирование в бодрствующем состоянии, вспоминание радостных событий, изобразительное творчество, созерцание произведений искусства, музыка, пение, танцы, декламация стихов, разыгрывание драматических произведений (в том числе написанных пациентами).



© Одна из главных обязанностей врача — научить людей не принимать лекарства (Уильям Ослер).

## Литература

Абрахам К. Исследования о самой ранней прегенитальной стадии развития либидо // Классический психоанализ детского возраста. — Красноярск, 1994.

Абрахам К. Мужчина, который любил корсеты // Знаменитые случаи из практики психоанализа. — М., 1995.

Аммон Г. Психосоматическая терапия. — СПб., 2000.

Бек А. и др. Когнитивная психотерапия депрессий. — СПб., 2003

Берн Э. Игры, в которые играют люди. Психология человеческих взаимоотношений. Люди, которые играют в игры. Психология человеческой судьбы. — М., 1997.

Бройтигам В. и др. Психосоматическая медицина: Краткий учебник. - М., 1999.

Буль П. И. Основы психотерапии. — Л., 1974.

Бурно М. Е. Клиническая психотерапия. — М., 2000.

Бусыгина Н. Психологическая помощь онкологическим больным в свете холистической модели болезни // Моск. психотер. журнал. - 2000. - № 1.

Бэндлер Р., Гриндер Д. Рефрейминг: Ориентация личности с помощью речевых стратегий. — Воронеж, 1995.

126

Бэндлер Р., Гриндер Д. Трансформэйшн: Нейролингвистическое программирование и структура гипноза. — СПб., 1995.

Вельвовский И. З. и др. Психотерапия в клинической практике. — К., 1984.

Варьяна А. Б., Холмогорова А. Б. Групповая психотерапия неврозов с соматическими масками// Моск. психотер. журнал. — 1994. — №2.

Варьяна А. Б., Холмогорова А. Б. Групповая психотерапия неврозов с соматическими масками// Моск. психотер. журнал. — 1996. — №1.

Гарбузов В. И. Концепция инстинктов и психосоматическая патология: Наднозологическая диагностика и терапия психосоматических заболеваний и неврозов. — СПб., 1999.

Гингер С. Гештальт: Искусство контакта: Новый оптимистический подход к человеческим отношениям. — М., 2002.

Гринберг Дж. Управление стрессом. — СПб., 2002.

Гриндер Дж., Бэндлер Р. Из лягушек в принцы. — Воронеж, 1993.

Губачев Ю. М. Психосоматическая терапия // Альтернативная медицина. - СПб., 1994. - С. 25-89.

Гроф С. И др. Практика холотропного дыхания. — М., 2001.

Джендлин Ю. Фокусирование: Новый психотерапевтический метод работы с переживаниями. — М., 2000.

Ересько Д. Б. и др. Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах: Методическое пособие. - СПб., 1994.

Карвасарский Б. Д. (ред.) Психотерапия. — СПб., 2002.

Кениг К. Когда нужен психотерапевт... — М., 1998.

Кермани К. Аутогенная тренировка. — М., 2002.

Кискер К. П., Фрайбергер Г. и др. Психиатрия, психосоматика, психотерапия. — М., 1999.

Клейнзорге Х., Клюббиес Г. Техника релаксации. — М., 1965.

Клименко С. Ф., Карловская Н. Н. Роль воображения в психологической коррекции

психосоматозов//Психосфера. — 1999. — №3.

Клусман Р. Справочник по психотерапии. — СПб., 2004.

Кляйн М. и др. Развитие в психоанализе. — М., 2001.

Консторум С.И. Опыт практической психотерапии. — М., 1962.

Королева А. П. Эмоционально-образная терапия в психосоматической медицине // Журнал практического психолога. — 2000. — №3-4.

Кратохвил С. Групповая психотерапия неврозов. — Прага, 1978.

127

Кречмер Э. Медицинская психология. — СПб., 1998.

Лазарус А. Краткосрочная мультимодальная психотерапия. — СПб., 2001.

Лейнер Г. Кататимное переживание образов: Методика использования воображаемых ситуаций в коррекции самочувствия. — М., 1996.

Линде Н. Д. Эмоционально-образная терапия: Мастер-класс: Практическая психология. — М., 2002.

Линдеман Х., Селье Г. Система психофизического саморегулирования: Когда стресс не приносит горя. — М., 1992.

Лоуэн А. Биоэнергетика. — СПб., 1998.

Лутэ В. Аутогенная тренировка с применением обратной связи // Психическая саморегуляция. — Алма-Ата, 1974. — Вып. 2. — С. 61-67.

Любан-Плоцца Б. и др. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике. — СПб., 2000.

Мак-Дермотт Я., О'Коннор Дж. НЛП и здоровье: Использование НЛП для улучшения здоровья и благополучия. — Челябинск, 1998.

Мак-Нили Д. Прикосновение: Глубинный анализ и телесная терапия. - М., 1999.

Маленевская С. С. Психиатрия и консультирование-взаимодействие как одно из направлений психосоматической медицины // Обозр. психиатр. и мед. психол. им. Бехтерева. — 1994. — № 4.

Малкина-Пых И. Г. Психосоматика: Новейший справочник. — М. — СПб., 2003.

Менделевич В. Д., Соловьева С. Л. Неврология и психосоматическая медицина. — М., 2002.

Минделл А. Работа со сновидящим телом. — М. — Минск, 2001.

Мировский К. И., Шогам А. Н. О некоторых клиничко-физиологических показателях психотонической (аутогенной) тренировки при неврозах // Труды IV Всесоюз. съезда невропатологов и психиатров. - М., 1965. - Т. V. - С. 365-367.

Михайлов Б. В., Сердюк А. И., Федосеев В. А. Психотерапия в общесоматической медицине: Клиническое руководство. — Харьков, 2002.

Некрасова Е. А. Краткий справочник по психотерапии. — Ростов, 2003.

Немиринский О. В. Гештальттерапия психосоматических расстройств//Моск. психотер. журнал. — 1997. — № 1.

Обухов Я. Л. Глубинно-психологический подход в психотерапии психосоматических заболеваний. — М., 1997.

128

Обухов Я. Л. Символдрама: Кататимно-имагинативная психотерапия детей и подростков. — М., 1997.

Аезешикиан И. Психосоматика и позитивная психотерапия: Меж-культуральные и

- междисциплинарные аспекты на примере 40 историй болезни. — М., 1996.
- Перлз Ф. Практика гештальттерапии. — М., 2001.
- Простомолотов В. Ф. Комплексная психотерапия соматоформных расстройств. — М, 2002.
- Психотерапевтическая энциклопедия. — СПб., 1999.
- Райх В. Характероанализ: Техника и основные положения для обучающихся и практикующих аналитиков. — М, 1999.
- Ромек В. Г. Поведенческая психотерапия: Учебное пособие. — М.. 2002.
- Рудестам К. Групповая психотерапия. — СПб., 1999.
- Руководство по телесно-ориентированной терапии. — СПб., 2000.
- Святоц А. М. Психотерапия: Пособие для врачей. — СПб., 2000.
- Символдрама: Сборник научных трудов. — Минск, 2001.
- Старшенбаум Г. В. Гипноз и аутотренинг // Твое здоровье. — 1995. - №1.
- Старшенбаум Г. В. Динамическая психиатрия и клиническая психотерапия. — М., 2003.
- Старшенбаум Г. В. Тренинг и психотерапия в группе. — М., 2004.
- Сумбаев И. С. К теории и практике психотерапии. — Иркутск, 1946.
- Таишлыков В. А. Психология лечебного процесса. — Л., 1984.
- Телесно-ориентированная психотерапия: Классические и современные направления: Хрестоматия. — СПб., 2000.
- Фельденкрайз М. Искусство движения: Уроки мастера. — М., 2003.
- Форель А. Гипнотизм или внушение и психотерапия. — Л., 1928.
- Франкл В. Теория и терапия неврозов. — СПб., 2001.
- Хайгл-Эверс А. и др. Базисное руководство по психотерапии. — СПб., 2001.
- Холмогорова А. Б., Гараян Н. Г. Интеграция когнитивного и динамического подходов на примере психотерапии соматоформных расстройств//Моск. психотер. журнал. — 1996. — №3.
- Хрестоматия по телесно-ориентированной психотерапии и психотехнике. — М., 1997.
- Шкловский В. М. Заикание. — М., 1994.
- Эллис А. Гуманистическая психотерапия: Рационально-эмотивный подход. - СПб. - М., 2002.
- Эриксон М. Стратегия психотерапии. — СПб., 1999.

'~5<sub>184</sub>

129

- Beck D. Psychotherapie bei psychosomatischen Krankheiten. — Basel, 1969. Foulkes S. H. Therapeutic group analysis. — N.Y., 1965. Lange A., Jakubowski P. Responsible assertive behavior. — Champaign, 1976. Maue I. Kiirperzentrierte Psychotherapie. — Stuttgart, 1986. Schultz J. H. Das autogene Training. — Stuttgart, 1973.
- Wolpe J. The practice of behavior therapy. — N.Y., 1973.

## КУДА КАПАЮТ НЕВИДИМЫЕ МИРУ СЛЕЗЫ

Счастье — как здоровье. Когда его не замечаешь, значит, оно есть.

И. С. Тургенев

По данным Национального комитета по психическому здоровью США, к 2020 году депрессия как причина утраты трудоспособности выйдет на второе место в мире после сердечно-сосудистых заболеваний. Каждая пятая женщина хотя бы раз в жизни пережила депрессивное состояние. В психосоматическом и психотерапевтическом отношении представляют интерес легкие депрессии

(субдепрессии). Их основные проявления слабо выражены, в клинической картине может доминировать один симптом: утомляемость, нежелание что-либо делать, ангедония, нарушение сна, ухудшение аппетита. Депрессивные проявления могут быть замаскированы другими психопатологическими расстройствами: тревожно-фобическими, ипохондрическими, вегетативными, алгическими и др. Согласно современным взглядам, в основе депрессии лежит нехватка в головном мозге нейромедиатора серотонина, который участвует в передаче нервных импульсов и обеспечивает активную деятельность, хорошее настроение и работоспособность.

## **ДЕПРЕССИЯ В МАСКЕ**

**Маскированная депрессия (F32.8)** (соматизированная, алекситимическая, скрытая, ларвированная) скрывается за фасадом соматических расстройств. Она встречается чаще явной в 10 — 20 раз, ею страдает от 1/3 до 2/3 всех пациентов поликлиник. Больные могут годами наблюдаться у кардиолога с подозрением на ишемическую болезнь, у гастроэнтеролога — из-за предположений язвенной болезни, у ревматолога — из-за болей в суставах, у сексопатолога — в связи с периодической импотенцией, у гинеколога — с синдромом предменструального напряжения и дисменореей и т. д. Из-за диагностических трудностей больные попадают к психиатру с опозданием на 6 — 8 лет.

У больных отмечаются в основном соматические симптомы, Психологические могут вообще отсутствовать. Аффективные рас-

**131**

стройства обычно расценивают как реакцию на соматическое состояние. Обращают на себя внимание суточные колебания симптоматики с большей выраженностью утром, как и все остальные проявления эндогенной депрессии. Отмечается суицидальная готовность. Наблюдается общее плохое самочувствие, диффузные, иногда жгучие боли в различных местах (психалгия), особенно характерны фибромиалгии (мышечные боли). Больных беспокоят также ощущение давления и боли в голове, под ложечкой и за грудиной («загрудинная тоска»), затруднение при дыхании, повышенное АД, ощущение давления в горле при еде и готовность к рвоте, запоры, боль и напряжение в ногах, снижение либидо и потенции, нарушения менструального цикла, повышенная утомляемость и снижение трудоспособности, сопровождаемое самобичеванием.

В. Д. Тополянский и М. В. Струковская (1986) отмечают, что при депрессии в отличие от соматических заболеваний боли возникают и усиливаются вне связи с какой-либо телесной стимуляцией (едой, физической активностью и т. п.). Когда психогенная боль впервые возникает в возрасте 40 и более лет, это, скорее всего, проявление депрессии. Авторы выделяют следующие разновидности болевого синдрома при соматизированной депрессии.

*Головная боль* — тупая, ноющая, чаще всего имеет диффузный характер. Нередки жалобы на боль «в мозгу», а не в голове, на наплывы неуправляемых тягостных мыслей, на невозможность думать. Иногда встречается пульсирующая головная боль, обостряющаяся при каждом ударе сердца. Она усиливается во время умственной активности, эмоционального напряжения.

*Боль в области груди и сердца.* Типичны жалобы на «камень в груди», нехватку воздуха, тягостное ощущение границ сердца, которому «тесно в груди».

*Костно-мышечные боли.* Тупая, тянущая, дергающая и ломящая боль в суставах и мышцах конечностей, по ходу позвоночника, между лопатками. Возникает спонтанно, в состоянии покоя.

Часто описывается больными как свинцовая тяжесть и крайняя усталость в конечностях.

*Абдоминальные боли.* Жалобы на изжогу, тягостные ощущения, сопровождающие работу кишечника, вздутие живота, чувство тяжести в желудке.

*Боли в области мочевого пузыря.* Жалобы на повышенную чувствительность при пальпации, императивные позывы на мочеиспускание, тупую боль в пояснично-крестцовой области.

132

Для такой формы депрессии характерен прерывистый сон с неприятными сновидениями, ранние тревожные пробуждения по утрам, необычное уныние и затрудненный подъем, требующий мучительных волевых усилий. Больные жалуются, что не высыпаются, так как сон не приносит им ощущения отдыха, их одолевает сонливость, вялость в течение первой половины дня. При преобладании нарушений сна диагностируется *агриппнический* вариант маскированной депрессии. Развернутый соматический синдром диагностируется при наличии четырех и более следующих признаков:

1. Отчетливое снижение интересов или потеря удовлетворения от обычно приятной деятельности.
2. Снижение привычного эмоционального реагирования на события или деятельность.
3. Раннее пробуждение (более чем за два часа до привычного времени).
4. Суточные колебания аффекта.
5. Объективно наблюдаемые выраженные расстройства психомоторики (заторможенность или ажитация).
6. Отчетливое снижение аппетита.
7. Потеря веса (свыше 5% веса за истекший месяц).
8. Отчетливое снижение либидо.

Для диагностики большое значение имеет наличие в анамнезе депрессивной фазы, потребовавшей лечения антидепрессантами, попытки самоубийства, аналогичной соматизированной фазы.

Больной может не осознавать эмоциональных проявлений депрессии, однако у него наблюдается обедненная мимика, скорбное выражение лица, тихая монотонная речь. При целенаправленном расспросе выявляются переживания грусти, ущербности и безнадежности, иногда прорывающиеся слезами.

Отмечается сезонность обострений, безразличие, отгороженность от окружающих и чрезмерная фиксация на своих телесных ощущениях. Больные часто убеждены в том, что у них редкое и трудно диагностируемое заболевание, они настаивают на многочисленных обследованиях, обвиняют врачей в некомпетентности, обращаются к представителям парамедицины. Самолечение нередко оборачивается злоупотреблением спиртными напитками и развитием алкоголизма.

У старших подростков и взрослых больных часто наблюдаются «маски» в форме психопатологических расстройств — тревожно-

133

фобических, обсессивно-компульсивных, ипохондрических и неврастенических. «Маски» в виде патохарактерологических расстройств проявляются как расстройства влечений, антисоциальное поведение и истерические реакции.

При анализе преморбидных особенностей личности обнаружено, что больные маскированной депрессией до заболевания отличались меньшей тревожностью, возбудимостью и фиксацией на своем здоровье, чем больные с типичной депрессией. Личность больных с маскированной

депрессией характеризуется как гипер-тимная, стеничная, педантичная, непреклонная в своих взглядах, требовательная. В ряде случаев выявляется циклоидный истеро-идный склад характера. При *вегетативной депрессии*, описанной Р. Лемке, преобладают жалобы на нарушение функций различных органов и систем, признаки подавленного настроения отходят на второй план. Основную роль в клинической картине играют вегетативные функциональные нарушения, сопровождающиеся чувством давления в области груди и головы, удушьем, головной болью, расстройствами сна, потерей аппетита, уменьшением либидо, запорами, усиленным потоотделением, сухостью во рту, головокружением, тахикардией, колебаниями АД. Наблюдаются также функциональные нарушения внутренних органов, нейродермит, нарушения половой функции. Выражен болевой синдром: головные боли, невралгии и радикулиты различной локализации, боли в области сердца, живота, в мышцах и суставах. Больным обычно назначают болеутоляющие, в том числе наркотические препараты, что может приводить к формированию наркомании.

Заболевание часто протекает под маской *вегетососудистой (нейроциркуляторной) дистонии*, при этом вегето-висцеральные кризы являются эквивалентом депрессивно-ипохондрического раптуса (взрыва отчаяния). *Аноректическая депрессия* проявляется в виде утренней тошноты, отсутствия аппетита и отвращения к пище, сопряженного с похудением, запорами.

В происхождении соматизированной депрессии могут участвовать следующие механизмы:

- Скрытая депрессия выявляет, декомпенсирует субклиническую соматическую и неврологическую патологию.
- Она сочетается с психосоматическими болезнями, патогенетически связанными с депрессией (бронхиальная астма,

134

нейродермит, ревматоидный полиартрит и др.). Эффективное лечение депрессии может привести к полной ликвидации психосоматических симптомов и компенсации явной и субклинической патологии. • Скрытая депрессия имитирует соматические нарушения в рамках соматоформных расстройств.

## **ЦИКЛОТИМИЯ**

Циклотимия (F34.0) характеризуется хронической нестабильностью настроения в течение не менее двух лет. На протяжении этого времени отмечаются многочисленные периоды субдепрессии или гипомании. Длительность фаз — 2 — 6 дней, смена состояний внезапна и нерегулярна.

Заболевание развивается в возрасте 15 — 25 лет, у женщин в 1,5 раза чаще. Раздражительность при смешанных состояниях нарушает приспособляемость к повседневной жизни, всевозможные проблемы создает расторможенность влечений во время гипоманиакальных состояний. Больные часто меняют места работы, вовлекаются в оккультные субкультуры, у них развивается алкогольная или наркотическая зависимость.

Независимо от фазы расстройства (гипоманиакальной или субдепрессивной) у больных наблюдается симпатикотония. Она описывается *триадой Протопопова*: учащение пульса, расширение зрачков и склонность к запорам. На амбулаторном приеме и в отделении пограничных состояний чаще приходится сталкиваться с субдепрессивными состояниями. Психологические компоненты субдепрессии включают сниженное настроение, пессимизм, чувства малоценности и вины. Соматическое состояние характеризуется трудностью засыпания, прерывистым сном и

ранним пробуждением утром, анорексией или гиперфагией с утратой вкуса пищи, потерей массы тела, утомляемостью, двигательной заторможенностью или ажитацией, периодической импотенцией, аменореей и снижением либидо.

Для диагностики *субдепрессивного* эпизода необходимо наличие не менее трех из следующих признаков:

1. Снижение побуждений или активности.
2. Нарушение сна.
3. Снижение самооценки или чувство недостаточности.
4. Ухудшение способности сосредоточиваться.

135

5. Снижение социальной адаптации.
6. Потеря интереса или удовлетворения от ранее приятных видов деятельности.
7. Снижение речевой активности.
8. Пессимистическое видение будущего или мрачные раздумья о прошлом.

*Гипоманиакальный* синдром диагностируется при наличии не менее трех симптомов:

1. Повышение побуждений или активности.
2. Снижение потребности во сне.
3. Завышение самооценки.
4. Обостренное или необычное творческое мышление.
5. Повышение общительности сверх индивидуальной нормы.
6. Повышенная сверх индивидуальной нормы разговорчивость, шутливость.
7. Повышенный интерес и вовлеченность в различные приятные виды деятельности.
8. Чрезмерный оптимизм или преувеличение прежних успехов.

Гипомания может протекать в форме *эйфорической ипохондрии*, которая проявляется в повышенном однообразном аффекте с многоречивым напористым изложением соматических жалоб, оптимистическом настрое на «преодоление болезни». Одновременно больные пытаются дистанцироваться от нее с помощью шумной бравады, «черного» юмора, активной борьбы с врачами за постановку соматического диагноза. Они жалуются на различные боли, вегетативные дисфункции, конверсионные расстройства.

Их телесные ощущения характеризуются необычностью, чуже-родностью и неотступностью, лекарства не вызывают эффекта. Они становятся источником сверхценной одержимости, маскирующей первичную гипоманию.

Симптомы при гипомании не настолько тяжелые или длительные, чтобы соответствовать критериям большого маниакального эпизода. Промежутки между проявлениями этих симптомов обычно не превышают двух месяцев за двухгодичный период. Диагностику циклотимии может затруднять поведение, напоминающее истерическую или неустойчивую психопатию, наблюдающееся во время гипоманиакальных и смешанных состояний: алкоголизация, сексуальная распушенность, конфликтность, нарушения учебной или производственной дисциплины.

136

**Сезонные аффективные расстройства** наблюдаются преимущественно у женщин. В стертой и маловыраженной форме они присутствуют у 40% популяции. Обычно в октябре начинается депрессия, которая в марте сменяется выздоровлением, гипоманией или манией. Для депрессивной

фазы характерны подавленность, апатия, вялость, постоянное чувство усталости, снижение работоспособности, гиперсомния, тяга к углеводам, увеличение массы тела. Наблюдается выраженный предменструальный синдром, нарушения менструального цикла. Происхождение расстройства связано [с тем, что у больных в темное время года в эпифизе (шишковидной железе головного мозга) вырабатывается слишком много мелатонина, из-за чего снижается уровень гонадотропинов, серотонина и дофамина. Кроме того, весной и в меньшей мере осенью в крови уменьшается содержание лития и меди. Комбинация этих факторов приводит к аффективным колебаниям, гиперфагии, увеличению массы тела.

### **дистимия**

Уныние — *томительное ощущение духа,*  
*вызванное бессильным гневом на судьбу*  
*или на других людей.*

*Иммануил Кант*

В отечественной психиатрии **дистимию** (F34.1) называют также невротической депрессией. Расстройство характеризуется пониженным настроением, которое длится не менее 2 лет непрерывно или в виде кратковременных приступов. Основанием для постановки подобного диагноза является подавленное настроение, которое сохраняется большую часть дня на протяжении более половины времени за последние два года.

Помимо этого при дистимии подавленное настроение сопровождается не менее чем двумя следующими симптомами:

1. Снижение побуждений или активности, сниженный или повышенный аппетит.
2. Нарушение сна или повышенная сонливость.
3. Снижение самооценки или чувство недостаточности.
4. Нарушение сосредоточения.
5. Низкая работоспособность или повышенная утомляемость.
6. Потеря интереса или удовлетворения от ранее приятных видов деятельности.

**137**

7. Снижение речевой активности.
8. Пессимистическое видение будущего или мрачные раздумья о прошлом.

Дистимия обычно развивается на фоне длительной психотравмирующей ситуации, как правило, субъективно значимой, неразрешимой и в значительной мере обусловленной преморбидными особенностями личности больного. Заболевание начинается со снижения настроения, сопровождающегося слезливостью и мыслями о несправедливом отношении к себе. Больные могут быть саркастичными, требовательными, нигилистичными. Им сложно принимать решения, они испытывают чувство безнадежности, озабочены своими прошлыми ошибками и разочарованиями в межличностных отношениях.

Постепенно острота симптоматики снижается, влияние внешних событий уменьшается. Тревога и беспокойство замещаются снижением активности, напряженность — вялостью, избеганием нагрузок. Сексуальные дисфункции и эмоциональные нарушения усугубляют проблемы больных в семейно-личной сфере, а трудности в общении и неспособность сосредоточиваться снижают их трудовые возможности. Стойкие патологические ощущения приводят к ипохондрической фиксации, усиливаются нозофобии. Формируется астеноипохондрический синдром. При этом часто возникают осложнения — наркотизация и суициды.



В картине *соматизированной дистимии* доминируют вегетативные расстройства: тахикардия с «проколами» в груди, одышка и затрудненность вдоха, головокружения с «мельтешением» в голове, дискомфорт в животе, тремор, потливость. Отмечаются затрудненное засыпание, тревожное пробуждение, слабость, разбитость, головная боль по утрам, стойкая гипотония. Наблюдается также повышенный или пониженный аппетит, спастический колит. Подавленность и тоскливость проявляются в виде повышенной слезливости, жжения в области гортани или кишечника, «леденящем холоде» или мучительной тяжести под ложечкой. У таких больных отмечаются навязчивая фиксация на проблемах здоровья, сексуальные дисфункции. Пониженное настроение больные обычно связывают не с конфликтом, а с соматическим состоянием. У многих, особенно при семейно-сексуальном характере конфликта, отмечается «бегство в работу», при котором состояние нормализуется. Несмотря на то, что их высказывания отражают содержание психотравмирующей ситуации, они не замечают ее реальных трудностей и строят нео-

138

правданно оптимистичные планы на будущее. Ипохондричность и трудности в общении снижают профессиональные возможности таких больных, а пессимизм обуславливает низкую мотивацию к лечению.

Расстройство обычно развивается у старших подростков или молодых людей, в преморбидном состоянии которых отмечают прямолинейность, ригидность, гиперсоциальность, бескомпромиссность в сочетании с неуверенностью, нерешительностью в определенных ситуациях. Этим лицам свойственна аффективная насыщенность переживаний со стремлением тормозить внешние проявления эмоций. Поскольку развитие дистимии часто связано с психотравмирующей ситуацией, особую важность приобретает психотерапия (когнитивно-поведенческая, интерперсональная, семейная).

**Реактивная (психогенная) депрессия** развивается при утрате жизненно важной для данного человека ценности. Наблюдаются функциональные соматовегетативные и легкие конверсионные расстройства, ухудшаются сон, аппетит, работоспособность. П. Кильхольц (Kielholz 1973) описал *депрессию истощения*, которая наступает после длительного стресса и на первой стадии проявляется в виде раздражительности, повышенной чувствительности и сниженной продуктивности. Вторая стадия выглядит как неврастения. При ухудшении или, наоборот, разрешении травмирующей ситуации наступает третья стадия — развернутая клиническая картина депрессии с повышенным суицидальным риском.

Приведу пример из собственной практики.

Сорокалетний директор охранной фирмы обратился с жалобами на депрессию, которой он страдал в течение последних трех лет. После разрыва с возлюбленной и конфликта на работе снизилось настроение, появились сильные боли в области желудка, развилась импотенция, ухудшилась работоспособность. Упорное обследование и лечение у различных врачей (в том числе антидепрессантами) и народных целителей не дало эффекта. Он опасался рака, сумасшествия, не видел смысла в дальнейшей жизни, на пике переживаний пытался застрелиться (остановила мысль о том, что он нужен своей дочери).

Больной проживает с сожительницей, не имея с ней сексуальных отношений, и дочерью трех лет. Заболеванию предшествовало желание сожительницы после рождения ребенка оформить брак. До

лизации и быстро переходило в обесценивание из опасений, что им будут манипулировать. Испытывает нежные чувства к дочери, но занятиям с нею предпочитает чтение философской, психологической и классической литературы. Его родители живут в деревне. Отец — умелый, старательный хозяин: разводит пчел, занимается охотой. В молодости он сильно пил, избивал жену, выгонял ее с ребенком на мороз, не скрывал своих связей с любовницами; пациенту предпочитал и до сих пор предпочитает дочь. В 40 лет, добившись максимально возможного в деревне достатка, отец впал в депрессию, на этом фоне у него развилась язва желудка. В последние годы он не пьет, стал «скучным», слабодушным. Мать — религиозная фанатичка, терпела поведение мужа ради детей, окружающие считают ее «святой женщиной». В последние годы без оснований ревнует мужа, постоянно ругает его. В процессе индивидуальной и групповой динамической психотерапии пациент осознал связь своих психологических и психосоматических расстройств с внутренним конфликтом между потребностью в эмпатических отношениях и стремлением к независимости. Он понял, что вместо любви создавал себе иллюзию симбиоза, а независимость подменял попытками самоутвердиться за счет силы (пациент — мастер спорта по боксу, служил в силовых структурах), богатства, хитрости и начитанности. Он перестал «тусоваться» с власть имущими, стал спокойнее относиться к карьере, избавился от приятелей и приятельниц, которые пользовались его безотказностью. Сохранил увлечение охотой, однако не убивает больше самок и детенышей, пользуется снайперским оружием, чтобы не оставлять подранков. Он возобновил сексуальную жизнь с сожительницей, отношения с ней стали более открытыми и доверительными, допускает оформление брака. У него появился интерес к жизни, особенно к ее духовной стороне. Он доволен, что открыл в себе запасы человечности, которую ассоциирует с женским началом и которое раньше считал слабостью. Улучшились его отношения с родителями, он стал лучше понимать их, как, впрочем, и других людей. Психоаналитики выделяют такие характерные для депрессии личностные защиты, как вытеснение ненависти и ее проекция («меня не любят»), а также конверсия, которая особенно характерна для соматизированной депрессии. Вытесненная ненависть вы-  
140

зывает чувство вины и потребность в возмещении мнимого ущерба. Это может приводить к

формированию реакции в виде чрезмерного самопожертвования в отношениях с ненавистным объектом и культу материнства.

### **ЧЕРНАЯ ЖЕЛЧЬ МЕЛАНХОЛИКА**

Во времена Гиппократы депрессию называли меланхолией (греч. melanos hole — черная желчь), поскольку причиной болезни считали скопление черной желчи. З. Фрейд (2001) и К. Абрахам (1994) связали развитие депрессии с конфликтом между любовью и враждебностью к объекту утраты. Больной меланхолией не способен разрешить этот амбивалентный конфликт и впадает в депрессию. Карл Абрахам отмечает также связь депрессии с испытанными в детстве переживаниями по поводу появления в семье второго ребенка и ранними утратами. В последнем случае происходит интро-екция объекта любви, и затем человек постоянно может находиться в

противостоянии с интроецированным объектом и всеми объектами переноса.

У людей, которые испытывали в детстве недостаточную или чрезмерную родительскую любовь, выявляется особая предрасположенность к депрессии. Оба этих типа людей могут посвящать свою жизнь тому, чтобы заслужить любовь или одобрение окружающих. Многие депрессивные пациенты сообщают, что стиль их воспитания сочетал в себе поверхностную заботу и жесткую опеку; такой стиль получил название «неэмпатичный контроль». Отто Кернберг отмечает, что люди, родители которых способствовали тому, что они стали либо слишком зависимыми, либо самоуверенными, скорее впадают в депрессию, когда отношения с окружающими вызывают у них чувство незащищенности и неуверенности.

По мнению М. Кляйн (2001), депрессивное реагирование является инфантильным механизмом (регрессом к депрессивной фазе развития). У взрослого человека этот механизм включается при следующих условиях:

- 1) пережитое в детстве амбивалентное отношение к материнской груди и болезненная фиксация на ней, при этом она инт-роецируется;
- 2) в детстве была нарушена самооценка после отнятия от груди, в результате не сформировалось доверие к себе, произошло возвращение к амбивалентной зависимости от груди.

141

М. Кляйн разделяет депрессивную вину на страх за любимый объект (лежащий в основе выдвинутой З. Фрейдом и К. Абрахамом аутоагрессивной концепции депрессии) и персекуторную тревогу. Она указывает, что хороший объект вызывает чувство зависти, то есть оральную агрессию с желанием поглотить и уничтожить этот объект. Символически эта цель достигается с помощью ин-тернализации объекта. Агрессивное отношение к объекту вызывает страх лишиться его, который порождает потребность возместить нанесенный в воображении ущерб. При защите от страха наказания происходит отрицание причиненного ущерба, идеализация и контроль за внешними и внутренними объектами.

Г. Аммон (1995) описывает *нарциссическую депрессию*, когда больной пытается получить любовь, которую сам не может дать. В результате неудачи он прибегает к «деструктивному отмежеванию вовнутрь», которое проявляется в виде внутренней пустоты, отказа действовать, реагировать, испытывать потребности, желания и фантазии, вступать в контакт с людьми и собственным бессознательным. Это защищает его от дезинтеграции личности и суицида. Страх возникает при появлении «требования к отграничению собственной идентичности», которое воспринимается как невыносимая угроза. Конфликт идентичности является результатом нарушения раннего развития «Я», создающего нарциссический дефицит, «дыру в Я».

Ставрок Менцос (2001) описывает следующие реакции на фрустрацию при аффективных расстройствах:

- Угрожающее снижение чувства собственного достоинства, которое проявляется как упорное чувство собственной несостоятельности, а также бред греховности и обнищания.
- Обратная реакция — компенсаторное и/или маниакальное самовозвеличивание, проявляющееся как реактивация грандиозного Я или всемогущего Супер-Эго.
- Состояния агрессивности, ажитации, озлобления (ажитиро-ванная депрессия или гневная мания).
- Уклон в соматизацию, способствующий развитию психосоматических болезней.
- Суицидальные тенденции как спасение от угрозы полного отвержения собственного «Я».

Автор рассматривает депрессию как подавление фрустрационной агрессии и опережающее самообесценивание. Психомоторная заторможенность и стремление к уединению выполняют за-  
142

щитную функцию («обезболивание апатией»). Депрессивный бред усиливает влияние Супер-Эго, под его воздействием человек убеждает себя, что является скверным грешником. Путем чудовищного самоунижения и самонаказания он пытается примириться с Супер-Эго.

М. М. Решетников (2003) выделяет следующие психодинамические механизмы депрессии.

1. Бессознательные (формирующие механизмы депрессивного реагирования):

- а) утрата объекта любви;
- б) формирование реакции на утрату объекта любви;
- в) интроекция объекта любви и нарциссическая идентификация с ним;
- г) нарушение дифференцированной и адекватной оценки себя и объекта;
- д) генерация агрессии, направленной на объект, но переадресованной на себя;
- е) фрагментация и ослабление Эго, возможно, опустошение Эго;
- ж) утрата способности любить (других и себя) в сочетании с чувством вины;
- з) переход функций интроецированного объекта из Эго в Супер-Эго и трансформация последнего в карающую инстанцию.

2. Сознательные (запускаемые конкретной психотравмирующей ситуацией):

- а) появление ощущений, связанных с «беспричинной» душевной болью;
- б) обобщенное обращение всех враждебных чувств к объекту на себя;
- в) разрушение катексированного образа себя и своей идентичности;
- г) углубление конфликта с нереалистичным Эго-идеалом и ожиданиями;
- д) формирование садистически-мазохистической установки и позиции;
- е) развитие дефекта самооценки, не имеющей никаких внешних источников «подпитки»;
- ж) снижение общей энергетики личности;
- з) вынужденный частичный или полный отказ от активной деятельности.

143

Автор подчеркивает межличностный характер депрессии и указывает на возможность ее связи не только с орально-садистической фазой по представлениям К. Абрахама и М. Кляйн, но и с эдиповым конфликтом. Так, некоторые женщины не могут установить отношений с мужчинами из-за амбивалентных чувств к соперничающей материнской фигуре, которой они сочувствуют и которую боятся. Мужчина с эдиповой по природе депрессией также может переносить на соперника сильную привязанность к отцу в сочетании с разочарованием в нем.

Даниель Хелл (1999) отмечает, что партнеры депрессивных больных чаще других окружающих критикуют больного супруга, проявляя склонность самоутверждаться за его счет. Автор описывает порочный круг, развивающийся обычно между депрессивным больным и его партнером. Больной (Б.) угнетен, раздражен — партнер (П.) пытается противодействовать уговорами, призывами. Б. реагирует медленно, не может выполнить просьбу — П. впадает в уныние, становится несдержанным, требовательным, испытывает чувства враждебности и вины. Б. чувствует себя непонятым, уединяется — у П. постепенно нарастает напряженность, он проявляет противоречивые реакции сближения-отстранения. Б. становится все более беспомощным, труднодоступным для общения, обвиняет себя — П. реагирует исходя из повышенных требований

к себе в целях самозащиты, контролирует Б., который становится заторможенным, замкнутым и вследствие этого менее чувствительным.

Автор указывает, что при переживании утраты «депрессивная защита, словно панцирь, сковывает свободу двигательных актов». Оцепенение играет в таких случаях положительную роль, блокируя возможность суицидальных действий на период переработки утраты.

П. М. Левинсон (Lewinsohn, 1974) указывает на значение социальной дезадаптации в начале развития депрессии. Постепенное снижение положительной стимуляции (уменьшение приятных или увеличение неприятных событий) приводит к снижению настроения и самообвинению. Если начинается депрессия, то вторичная выгода (положительная стимуляция симпатией, вниманием и т. д.) усиливает состояние до уровня клинически выраженной депрессии.

К. Дернер и У. Плог (1997) перечисляют следующие отказы, характерные для развития депрессии:

- возникающие при выборе пути, профессиональной адаптации;
- возникающие при идентификации с идеализированным объектом любви и связанные с утратой самоидентификации;

144

- связанные с уходом из родительской семьи и добрачной компании при вступлении в брак;
- возникающие при невозможности достичь интимности в супружестве или победить брачного партнера, чтобы самоутвердиться.

Неотъемлемой составной частью депрессии является *печаль*, которая возникает в результате действительной или воображаемой утраты, угрожающей безопасности, благополучию и самоуважению человека. Предрасположенность к печали формируется на оральной стадии, в период максимальной беспомощности и зависимости младенца. Печаль является основным компонентом переживания траура. При переживании утраты происходит идентификация с утраченным объектом, человек регрессирует на орально-садистическую стадию с ее фрустрациями, когда ребенок испытывает к матери амбивалентные чувства любви и ненависти. В результате появляется чувство *гнева*. Однако суровое Супер-Эго наказывает человека при каждом появлении агрессивных побуждений чувством *вины* за повышенные претензии Я. Чувство вины трансформирует агрессию в аутоагрессию. При этом наблюдается, в частности, отказ от пищи, который рассматривается как выражение вытесненного орального либидо с его деструктивными тенденциями.

Дополнительной защитой от агрессивных импульсов служит *страх действия*, блокирующий мотивационно-волевую сферу. Переживание своей несостоятельности в ситуации утраты приводит к развитию *тревоги*, которая ведет свое происхождение из сепарационного синдрома маленького ребенка. Снижение самооценки сопровождается переживанием *стыда* как показателя чувства неполноценности. Кроме того, используются следующие Эго-защиты: формирование реакции, изоляция аффекта, уничтожение сделанного.

Некоторые депрессогенные установки основаны на «тирании долженствования» по Карен Хорни (1993). Наиболее распространенные долженствования таковы.

1. Я должен быть самым щедрым, тактичным, благородным, мужественным и самоотверженным.
2. Я должен быть идеальным другом, любовником, супругом, родителем, студентом, учителем.
3. Я должен справляться с любым затруднением, сохраняя полное самообладание.
4. Я должен быть способен быстро найти решение любой проблемы.

•0-5184

5. Я никогда не должен страдать; я всегда должен быть счастливым и безмятежным.
6. Я должен все знать, понимать и предвидеть.
7. Я должен всегда владеть собой, я должен всегда управлять своими чувствами.
8. Я должен считать виновным себя, я не должен никогда и никому причинять боль.
9. Я никогда не должен испытывать усталость или боль.
10. Я должен быть всегда на пике продуктивности.

Райнер Тёлле (1999) указывает, что больные дистимией часто воспитываются по типу тревожной гиперопеки, которая оберегает ребенка от опасностей окружающего мира, но делает его зависимым, ранимым и несамостоятельным. Обычно подобная гиперопека отражает вытесненные агрессивные тенденции матери по отношению к ребенку и свидетельствует о запрете на проявления враждебных чувств с обеих сторон. Ребенку разрешено испытывать лишь страх и чувство вины. Так агрессия трансформируется в гетероагрессию, а у ребенка формируется амбивалентный конфликт между потребностью в независимости и страхе разлуки. Впоследствии даже при угрозе отвержения возникает глубокая нарциссическая обида, появляются враждебные чувства к объекту зависимости, которые обращаются против пациента в форме самообвинений. Вальтер Бройтигам (1999) подчеркивает, что больные депрессией обнаруживают оральную зависимость от идеализируемого объекта, в том числе от врача. При этом больной колеблется между безотказным пассивным поведением, не откликающимся лишь на предложение принять помощь, и упорными активными тенденциями, отражающими поиск признания. Он предпочитает угождать другим и защищать их. Своим безупречным образом жизни больной старается отвергнуть таящиеся в нем агрессивные тенденции. Став ненужным, больной лишается своей обычной защиты, и агрессия обнаруживается в виде самоупреков. Внимание врача к страданиям больного в какой-то степени компенсирует ему утраченные отношения, подкрепляя тем самым механизм депрессии.

Аарон Бек (2003) предложил когнитивно-бихевиоральную модель депрессии, объясняющую ее логическим следствием негативных схем познания, при которых образ «Я», жизненный опыт и будущее рассматриваются «через черные очки». Эти схемы формируются на ранних этапах жизни и могут активизироваться жизненными ситуациями или стрессом. Автор описал когнитивную

депрессивную триаду: негативное отношение к самому себе с самообвинениями; негативная интерпретация жизненного опыта с переоценкой прошлого; пессимистический взгляд на будущее.

А- Бек обнаружил в происхождении депрессии патогенную роль следующих когнитивных нарушений:

- *функциональная фиксация* (снижение активности мышления, его стереотипность вследствие «связанности» мышления прошлым опытом);
- *избирательность памяти* с акцентом на негативные аспекты прошлого опыта;
- *произвольность выводов* — формирование их в отсутствие достаточных фактических данных;
- *избирательная абстракция*, когда целостное представление о ситуации формируется на основе одного элемента, вырванного из контекста, при игнорировании остальных;
- *сверхгенерализация* — формирование обобщающего вывода на основании единичного случая; «максимизация-минимизация» — приписывание ситуации или ее аспектам неадекватно

преувеличенного или преуменьшенного значения.

Автор выделяет установки, предрасполагающие к развитию депрессивных переживаний:

- Чтобы быть счастливым, я должен быть удачливым во всех начинаниях.
- Чтобы чувствовать себя счастливым, меня должны понимать (любить, восхищаться) все и всегда.
- Если я не достиг вершины, то потерпел провал.
- Как чудесно быть популярным, известным, богатым; ужасно быть неизвестным, посредственным.
- Если я допускаю ошибку, значит, я глуп.
- Моя ценность как личности зависит от того, что думают обо мне другие.
- Я не могу жить без любви.
- Если моя супруга (возлюбленная, родители, ребенок) не любит меня, значит, я ни к чему не годен.
- Если кто-то со мной не соглашается, значит, он не любит меня.
- Если я не использую каждый шанс для собственного продвижения, то позже я об этом пожалею.

В свою очередь, в формировании перечисленных когний выявлено участие следующих онтогенетических факторов:

**Ю»**

147

- утрата одного из родителей в детстве, после чего человек любые утраты интерпретирует как необратимые, вызывающие чувство потери контроля над событиями и небезопасности;
- опыт ранней сепарации и, соответственно, переживания в детстве сепарационной тревоги;
- опыт небезопасной привязанности в раннем детстве, чаще всего — к тревожной или отвергающей матери, не способной обеспечить чувство безопасности;
- наличие родителя, убежденного в своей неполноценности и/или имеющего жесткую, ригидную систему убеждений и правил; эти установки перенимаются ребенком на основе моделирования и социальной идентификации;
- негативный опыт общения со сверстниками, братьями и сестрами; дефицит социального опыта и социальных навыков; это препятствует эмпирической проверке и переоценке ранних детских убеждений;
- физический дефект (избыточный вес, ношение очков и т. п.) формирует низкую самооценку, а личностная защита в форме избегания контактов препятствует проверке и изменению детских коммуникативных схем.

А. Холмогорова и Н. Гаранян (1999) связывают депрессивные и тревожные расстройства с культом успеха и достижений, культом силы и конкурентности, культом рациональности и сдержанности, характерными для нашей современной культуры. Авторы отмечают эффект обратного действия сверхценной установки: культ успеха и достижения, при его завышенной значимости, ведет к депрессивной пассивности, культ силы — к тревожному избеганию и ощущению беспомощности, культ рассудка — к накоплению эмоций и разрастанию их физиологического компонента.

## **ПУТИ ВЫХОДА ИЗ ДЕПРЕССИИ**

**Биологическое лечение.** Для оценки депрессии используют психометрические шкалы Гамильтона, Бека, Монтгомери-Асберг и др. (Смулевич, 2001; Вейн и др., 2002). Для дифференциальной диагностики эндогенной и реактивной депрессии применяют дек-

саметазоновый тест. В норме и при реактивной депрессии прием дексаметазона через сутки вдвое снижает уровень кортизола в крови. При эндогенной депрессии под действием дексаметазона не происходит подавление экскреции кортизола. Циклотимия обыч-

148

но обнаруживает свою природу положительной реакцией на тера-пию литием.

Наиболее эффективную форму терапии при эндогенной депрессии помогает выбрать седуксеновый тест — внутривенное введение 20 — 40 мг 0,5 процентного раствора седуксена. Если после вливания депрессивные переживания на время исчезают, то показаны иротивотревожные средства (амитриптилин, триптизол), если же симптомы сохраняются, то более эффективен мелипрамин. В смешанных случаях применяют пиразидол и азафен, при наличии фобий и навязчивостей эффективен анафранил. Эти препараты могут вызвать нарушение четкости зрения, сухость во рту, головокружение, тахикардию и сильное сердцебиение. Они часто вызывают запоры, более тяжелыми побочными эффектами являются задержка мочеиспускания и паралич подвздошной кишки. Об этих побочных эффектах следует предупредить больного и использовать их как доказательство действия препарата. Более мягкими препаратами широкого спектра являются лудиомил, герфо-нал, паксил, феварин, коаксил, леривон, ремерон, ципраamil, про-зак (отечественный аналог — профлузак). При болях дополнительно назначают сонапакс, при желудочно-кишечных дисфункциях - хлорпротиксен, эглонил.

При выраженном астеническом синдроме показаны общеукрепляющие средства, ноотропные препараты и транквилизаторы бензодиазепинового ряда в сочетании с антидепрессантами с седативным действием (триптизол, герфонал) и малыми дозами «поведенческих» нейролептиков (сонапакс, хлорпротиксен, эглонил). Преобладание анергии является показанием для назначения малых доз нейролептиков, оказывающих энергизирующее действие (эглонил, френолон, стелазин, мажептил) в комбинации со стимуляторами типа цефедрина, сиднокарба, тирозола.

При терапии амбулаторных пациентов, которых отличают субклинические, недифференцированные формы депрессии, назначают антидепрессанты, сочетающие мягкий тимоаналептический эффект с хорошей переносимостью (коаксил, пиразидол, золофт, феварин, паксил, леривон).

Терапевтический эффект антидепрессантов начинает проявляться в течение 1 — 3 недель, при этом первыми устраняются нарушения сна и аппетита, затем уходит адинамия и лишь в последнюю очередь — психологический компонент депрессии. Поскольку возвращение прежнего уровня энергии обычно происходит на фоне сохраняющейся меланхолической безнадежности, это повы-

149

шает риск суицида. Распространенная врачебная ошибка — выдать в это время больному рецепт на большое количество лекарств, достаточное для совершения самоубийства.

Применяют также лекарственные растения с антидепрессивным действием: аралию, зверобой, астру ромашковую, вербену, выюнок полевой, герань розовую, донник, душицу, жасмин, женьшень, кориандр, лаванду, лимонник, мелиссу, розу, шафран, элеутерококк.

Кроме того, полезны валериана, мята, пустырник, фенхель, хмель, кинза, укроп, петрушка, базилик, сельдерей. Следует заменить сахар медом, есть больше рыбы, орехов, бобовых и цельных



зерен, сырых овощей и фруктов, принимать витамин С и натуральную пчелиную пыльцу (аптечный препарат). При ипохондрической депрессии особенно эффективен отвар из корней цикория.

Больному надо посоветовать больше двигаться, увеличить продолжительность сна, перед которым принимать теплый душ, но не вытирать кожу насухо. Временный терапевтический эффект при аффективном расстройстве имеет *депривация (лишение) сна*. Для лечения сезонной депрессии назначают курс прозака от двух до четырех месяцев. Эффективна *фототерапия* (пребывание в солярии, освещенном лампами от 2500 до 10000 люкс). Больным рекомендуют не пользоваться солнцезащитными очками, брать отпуск зимой, в выходные дни совершать длительные лыжные или пешие загородные прогулки.

*Судорожная терапия* применяется при депрессии вне зависимости от того, вызваны ли судороги электрическим током или коразолом. Субконвульсивные электрические стимулы могут привести к оглушению и амнезии и даже могут удовлетворить желание больного быть наказанным. Основным показанием является лечение тяжелой депрессии, особенно сопровождающейся бредом, и депрессии, резистентной к терапии антидепрессантами. Этот метод также используется при лечении пожилых людей, у которых выражены побочные эффекты антидепрессантов и нейрорептиков.

После купирования депрессивной симптоматики продолжают лечение эффективным антидепрессантом в течение времени, которое вдвое превышает продолжительность предыдущего приступа. Для предотвращения рецидива назначают поддерживающую терапию в течение 6—12 месяцев: при биполярном течении используют соли лития, для профилактики депрессивных приступов в период ремиссии используют финлепсин.

150

**Психодинамическая терапия** ориентирована на то, чтобы сформировать у больного чувство адекватной самооценки и понимание собственных подсознательных конфликтов и мотиваций, которые могут вызывать и поддерживать депрессию. Е. Якобсон (Jacobson j 971) следующим образом сформулировал терапевтическую позицию аналитика при лечении депрессивных больных. Нельзя допускать воцарения бессмысленной тишины или говорить слишком много, слишком быстро или проникновенно, то есть никогда не следует отдавать очень много или, наоборот, чересчур мало. Нужны относительно частые и продолжительные встречи в зависимости от настроения пациента, необходимо теплое отношение и уважение, но не успокоение и чрезмерное выражение доброты и симпатии.

Динамическая терапия депрессивного больного направлена в первую очередь на осознание и отреагирование враждебных чувств, которые позволены при взаимодействии с терапевтом (в отличие от того, как это было с родителями). Необходимо поддерживать у пациента проявления эгоизма, соперничества, а иногда и оппозиции, интерпретируя их как победу над страхом и угодничеством. Терапевту важно признавать свои ошибки, соглашаться с критикой пациента в свой адрес, чтобы помочь ему перейти из позиции «снизу» в положение «на равных». Готовность пациентов к самокритике следует использовать для атаки их сурового Супер-Эго. Завершающая фаза терапии требует бережной работы со страхом разлуки, который связан у этих больных с детским переживанием необратимой сепарации или утраты.

М. Кляйн (2001) указывает, что в терапевтическом плане важно различать, страдает ли пациент от депрессивной вины или от пер-секуторной тревоги. При этом следует учитывать, что персекутор-

ный аспект часто выходит на первый план как экран и защита от лежащих глубже депрессии и вины. Большое значение придается анализу негативного переноса. М. Кляйн пишет: «Если аналитик склонен подкреплять позитивный перенос, он избегает того, чтобы играть в психике пациента роль «плохой» фигуры, и интроецируется преимущественно как «хороший» объект. Кроме того, в некоторых случаях вера в хорошие объекты может быть укреплена в достаточной мере, но при этом очень далека от стабильности, так как пациент не был способен пережить ненависть, тревогу и подозрения, которые на ранних стадиях жизни были связаны и с опасными фигурами его родителей. И только в процессе анализа как Негативного, так и позитивного переноса, в результате которого Аналитик выступает попеременно то в роли хорошего, то в роли

**151**

плохого объекта, любимой или ненавидимой фигуры, то вызывая восторг пациента, то рождая в нем страх, пациенту удастся проработать, а следовательно, и модифицировать ранние стадии тревог; уменьшается расщепление между плохими и хорошими фигурами, они становятся более синтезированными, т.е. агрессия смягчается благодаря либидо. Иначе говоря, тревога преследования и депрессивная тревога, можно сказать, ослабляются в самом своем основании». Х. Страпп (Strupp, 1975) разработал *кратковременную психодинамическую терапию* с акцентом на отношениях в процессе лечения и парадигме переноса, для того чтобы вскрывать и корригировать ранние конфликты и депрессогенные стереотипы. Важными частями терапевтического процесса являются интерпретации, незаметный контроль над поведением пациента, не прямое предложение новых способов переживания и поведения.

*Межличностная терапия* (МЛТ) Дж. Клермана (Klerman, 1984) - кратковременный (12—16 недель) амбулаторный курс лечения субдепрессий (часто в комбинации с антидепрессантами). Эта методика была разработана для больных с непсихотическими депрессивными расстройствами. Она является индивидуальной психотерапией, направленной на улучшение общения и оценки окружающего, разъяснение особенностей эмоциональных состояний и облегчение межличностных контактов. Хотя терапия основывается на психодинамической теории, центр тяжести переносится с интрапсихических конфликтов на осознание конфликтов с ближайшим окружением и разрешение их. Терапевтические отношения строятся по принципу активного сотрудничества. Примером могут служить ролевые обсуждения (дискуссии) межличностных нарушений, таких как выраженная самозащита при общении. Межличностная терапия обычно применяется в комбинации с лечением антидепрессантами.

Психоаналитическая терапия может ускорить выздоровление и стабилизацию состояния пациентов, страдающих маниакальными расстройствами, в тех случаях, когда сам пациент способен и хочет осознать свои внутриличностные конфликты, которые могут вызывать маниакальные эпизоды и впоследствии их провоцировать. Психоанализ помогает также понять необходимость приема назначенных врачом лекарств и таким образом повысить степень согласия с лечебными мероприятиями.

**Когнитивная терапия** депрессий — краткосрочный курс, рассчитан обычно на 20 — 25 сессий в течение 12 недель. Когнитивная

**152**

терапия связывает развитие психических симптомов и синдромов с привычными ошибками

мышления (познания). Депрессивные лица рассматриваются как индивиды, у которых симптоматика и аффект являются логическим следствием негативных схем познания, когда образ «Я», жизненный опыт и будущее воспринимаются «через черные очки». Когнитивные схемы формируются на ран-них этапах жизни и могут активизироваться жизненными ситуациями или стрессом.

Терапия основана на выявлении и коррекции хронических искажений мышления и неадаптивных установок, входящих в когнитивную депрессивную триаду по А. Беку (негативный взгляд на мир, на будущее, на себя). Когнитивная психотерапия фокусируется в первую очередь на таких дезадаптивных убеждениях: «Чтобы быть счастливым, нужно всегда добиваться успеха», «Чтобы быть счастливым, нужно, чтобы все любили тебя», «Если сделаю ошибку, это будет означать, что я бестолковый», «Я не могу жить без тебя», «Если человек спорит со мной, значит, я ему не нравлюсь», «Мое человеческое достоинство зависит от того, что думают обо мне другие».

А. Бек и его соавторы (2003) выделяют четыре базовые терапевтические мишени при работе с депрессивной депрессией, требующие применения специфических когнитивных подходов:

- 1) астения (необходимо поощрение к действию);
- 2) самокритичность («Допустим, я совершу такие же ошибки, станете ли вы меня за это презирать? »);
- 3) отсутствие удовлетворенности и удовольствия (в дневнике события дня оцениваются знаками «+» и «—»);
- 4) отчаяние и суицид (пациенту показывают неубедительность его представления о ситуации как безвыходной).

А. Бек описывает две наиболее эффективные техники для повышения настроения депрессивных больных:

1. Техника учета проявлений активности. Пациент записывает все свои повседневные дела и в конце дня просматривает список.
2. Терапия мастерства и удовольствия. В конце дня пациент просматривает список совершенных дел и за каждое дело ставит балл от 0 до 10, соответствующий степени достижения и удовольствия. Применение указанных техник восстанавливает у больного пробелы в восприятии своего поведения, обнаруживает негативные иррациональные установки типа «у меня ничего не получится»,

153

«меня ничто не радует» и т. п. Используются также следующие методы:

- *Катарсис*. Пациента побуждают к аффективной вербализации своего состояния и плачу. При этом он начинает себя жалеть, отрицание себя заменяется симпатией к себе.
- *Идентификация*. Перевод аутоагрессии в гетероагрессию. Порицание других вместо самокритики позволяет «выпустить» гнев, что дает ощущение силы и власти.
- *Разыгрывание ролей*. Терапевт жестко критикует пациента, имитируя его манеру самокритики. Пациент осознает перегибы собственной критики.
- *Три колонки*. В 1-й пациент описывает ситуацию, во 2-й -неадаптивные мысли, в 3-й — скорректированные мысли. Таким образом он исследует свои неадаптивные мысли, которыми реагирует на ситуацию или провоцирует ее, а также лучше формулирует и систематизирует адаптивные мысли.

- *Реатрибуция* (атрибуция — объяснение причин поведения). Пациент, обвиняющий во всем себя, ищет другое объяснение события, перебирая все возможные причины. Благодаря этому восстанавливается адекватное тестирование реальности и самооценка.
- *Переопределение*. Например, «никто не уделяет мне внимания» переформулируется как «я нуждаюсь в чьей-то заботе». Пациент более точно и открыто определяет свою проблему.

**Поведенческая терапия** направлена на корректировку специфических нежелательных паттернов поведения. Используется техника положительного подкрепления, а при стационарном лечении маниакальных больных — отрицательного подкрепления и знаковая структура, что позволяет сдерживать импульсивность и неадекватность поведения. При неглубоко соматизированной (маскированной) депрессии используются также гипнотерапия и арттерапия. Полезным оказывается знакомство с библейскими заповедями: «Во дни благополучия пользуйся благом, а во дни несчастья размышляй»; «От скорби происходит терпение, от терпения опытность, от опытности надежда»; «Время плакать, и время смеяться; время сетовать, и время плясать». Наиболее широко применяются следующие методы поведенческой терапии депрессивных больных:

1) отвлечение (вовлечение в интересное общение, физическую активность, игры, социальные контакты);

**154**

2) воображение (Пациент: «Я не смогу». Терапевт: «Вообразите и попробуйте»).

\*

Высокоэффективной для лечения этих больных является разработанная нами методика кризисной терапии.

**Групповая терапия** для больных с выраженными суицидальными тенденциями рекомендуется в кризисных группах (Старшен-баум, 1987). Состояние других пациентов может улучшиться в атмосфере взаимной поддержки, группового обсуждения личных проблем и положительного подкрепления, а также благодаря межличностному взаимодействию и немедленной коррекции когнитивных дисфункций другими членами группы. Маниакальным больным группа помогает в нивелировке их грандиозных идей, более адекватном восприятии реальности, улучшает контроль, уменьшает страх психического заболевания и переживания одиночества.

**Семейная терапия** особенно показана в случаях, когда депрессия пациента представляет угрозу стабильности семьи и связана с событиями внутри нее. Учитывается также разрушительный характер маниакальных эпизодов для межличностных и профессиональных отношений. Нами разработана семейная кризисная терапия больных, переживающих конфликт зависимых отношений (Старшенбаум, 1994).

© — Доктор! У меня депрессия.

— Лучшее лекарство — с головой окунуться в работу.

— Но я замешиваю бетон!

### **Литература**

Ануфриев А.К. (ред.) Психосоматические расстройства при цикло-тимных и циклотимоподобных состояниях. — М., 1979.

Бек А. и др. Когнитивная психотерапия депрессий. — СПб., 2003.

Бинсвангер Л. Случай Эллен Вест: Антропологически-клиническое исследование //

Экзистенциальная психология. Экзистенция. - М., 2001. - С.361-511.

Бинсвангер Л., Мэй Р., Роджерс К. Три взгляда на случай Эллен Вест // Моск. психотер. журнал. — 1993. — №3.

Бройтигам В. и др. Психосоматическая медицина: Краткий учебник. - М., 1999.

Брюдалъ Л. Ф. Психические кризисы в новой перспективе. — СПб., 1998.

155

Вейн А.М. и др. Депрессия в неврологической практике: Клиник^ диагностика, лечение. — М., 2002.

Волкова С. В., Холмогорова А. Б. Семейные источники негативной когнитивной схемы при эмоциональных расстройствах: На при. мере тревожных, депрессивных и соматоформных расстройств // Моск. психотер. журнал. — 2001. — №4.

Гаранян Н. Г., Холмогорова А. Б. Интегративная психотерапия тревожных и депрессивных расстройств на основе когнитивной модели // Моск. психотер. журнал. — 1996. — №3.

Дернер К., Плог У. Заблуждаться свойственно человеку: Учебное пособие по психиатрии и психотерапии. — СПб., 1997.

Десятников В. Ф., Сорокина Т. Т. Скрытая депрессия в практике врачей. — Минск, 1981.

Дунаевский В. В. Психиатрия и психосоматическая медицина. -СПб., 1995.

Зиновьев С. В. Наследство Ниобы: Лики депрессии. — СПб., 2002.

Зиновьев С. В. Суицид: Попытка системного анализа. — СПб., 2002.

Изард К. Э. Психология эмоций. — СПб., 1999.

Иишутина Н. П., Раева Т. В. Депрессивные расстройства и их терапия в дерматологической практике. — Томск, 1999.

Кемпинский А. Меланхолия. — СПб., 2002.

Кляйн М. и др. Развитие в психоанализе. — М., 2001.

Козлов В. В. Работа с кризисной личностью: Методическое пособие. - М., 2003.

Кораблина Е. П. и др. Искусство исцеления души: Этюды о психологической помощи: Пособие для практических психологов. -СПб., 2001.

Корнетов Н. А. Психогенные депрессии: Клиника, патогенез. -Томск, 1993.

Краузе Р. И др. Исследование аффектов и психотерапевтическая практика//Моск. психотер. журнал. — 1977. — № 1.

Кристал Г. Нарушение эмоционального развития при аддиктив-ном поведении // Даулинг С. (ред.) Психология и лечение зависимого поведения. — М., 2000. — С. 80— 118.

Крукович Е. И., Ромек В. Г. Кризисное вмешательство: Учеб.-метод' пособие. — Минск, 2003.

Крыжановский А. В. Циклотимические депрессии: Клиника, лечение и предупреждение приступов. — К., 1995.

Мастерство психологического консультирования. — СПб., 2002.

Меновицков В. Ю. Психологическое консультирование: Работа<sup>0</sup> кризисными и проблемными ситуациями. — М., 2002.

156

Одсяянников С. А., Цыганков Б. Д. Пограничная психиатрия и соматическая патология: Клинико-практ. рук-во. — М., 2001.

Осколкова С. Н. Депрессивные состояния в общемедицинской практике. - М, 1996.

[джерри Г. Как справиться с кризисом. — М., 1995.

- ролмайер Г. Психоаналитическая теория депрессии // Энциклопедия глубинной психологии. Т. 1. — М., 1998. — С. 681—718.
- Роллинсон Б, Семена граната: Образы депрессии // Драматерапия. - М., 2002. - С. 190-221.
- Смулевич А. Б. Депрессии в общей медицине: Руководство для врачей. - М., 2001.
- Смулевич А. Б. и др. Депрессии у соматических больных. — М., 1997.
- Смулевич А. Б. (ред.) Пограничная психическая патология в общемедицинской практике. — М., 2000.
- Старшенбаум Г. В. Динамическая психиатрия и клиническая психотерапия. — М., 2003.
- Старшенбаум Г. В. Суицидология и кризисная психотерапия. — М., 2004.
- Старшенбаум Г. В. Формы и методы кризисной психотерапии: Метод, рек. — М., 1987.
- Старшенбаум Г. В. и др. Дифференциальная психокоррекционная и медикаментозная терапия суицидоопасных пограничных транзиторных состояний у лиц с конфликтом зависимых отношений: Метод, рек. — М., 1994.
- Степанов С. С. Как помочь себе и другу выйти из кризиса. — М., 2001.
- Тарасов Е. А. Как победить стресс. — М., 2002.
- Тёлле Р. Психиатрия с элементами психотерапии. — Минск, 1999.
- Фрейд З. Печаль и меланхолия // Суицидология: Прошлое и настоящее: Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах. — М., 2001. - С. 255-269.
- Фрейд З. По ту сторону принципа удовольствия // Фрейд З. Психология бессознательного. — М., 1990. — С. 382 —424.
- Уэлл Д. Ландшафт депрессии. — М., 1999.
- Колмогорова А., Гаранян Н. Эмоциональные расстройства и современная культура: На примере соматоформных, депрессивных и тревожных расстройств // Моск. психотер. журнал. — 1999. - №2.
- Чумаченко А. А. Лечение эндогенной депрессии методом символдрамы // Символдрама: Сб. научных трудов/ Под ред. Я. Обухова и В. Поликарпова. — Минск, 2001. — С. 346 —353.

157

- Шапиро Д. и др. Влияние продолжительности лечения и тяжести депрессии на эффективность когнитивно-поведенческой и психодинамически-межличностной психотерапии // Моск. психотер. журнал. — 1997. — №3.
- Шнайдер М. Аффект и его роль в психоаналитической практике: , О признании реальности событий // Психоанализ и наука о человеке. — М., 1995..
- Эллис А., Драйден У. Практика рационально-эмотивной поведенческой терапии. — СПб., 2002.
- Jacobson E. Depression. — N.Y., 1971.
- Kielholz P. (Hrsg.) Die larvierte Depression. — Bern, 1973.
- Klerman G. L., Weissman M. M., Rounsaville B. Y. Interpersonal psychotherapy of depression. — N.Y., 1984.
- Lewinsohn P. M. A behavioral approach to depression // Friedman R.M., Katz M.M. (Eds.). The psychology of depression: Contemporary theory and research. — Washington, 1974.
- Strupp H. H. Psychoanalysis, "Focal psychotherapy" and the nature of the therapeutic influence//Arch. Gen. Psychiatry. — 1975. — Vol.32. -№1. -P. 127-135.

**НЕВРОЗ И ОРСС**  
**НАВЯЗЧИВЫЕ СТРАХИ**

*Невроз — это способ избежать небытия,  
избегая бытие. Пауль Тиллих*

Прошлый век психологи называли веком тревоги — только за его вторую половину количество неврозов в мире выросло в 24 раза. У 12% пациентов общемедицинской сети наблюдаются фобические расстройства. К их числу относятся агорафобия, социальные и специфические фобии. Они характеризуются охватывающими, постоянными и бессмысленными страхами, приводящими к сильной потребности избегать объект или ситуацию, вызывающую страх. По мере прогрессирования фобии избегание стимула начинает определять образ жизни человека.

**Агорафобия** (F40.0) (греч. *agora* — площадь) имеет следующую симптоматику. Больные испытывают выраженный и стойкий страх перед большим скоплением людей, общественными местами (особенно в метро и самолете), избегают таких мест, неохотно удаляются от дома без сопровождающего. Заболеванию часто начинается с панической атаки в общественном месте. Появляются головокружение, тошнота, страх потери контроля над функцией мочевого пузыря или прямой кишки. Возникает страх повторения приступа, который затем реализуется в ситуациях, когда больной не может незамедлительно вернуться в безопасное место или получить немедленную помощь в случае развития приступа. Формируется фобическое поведение — пациент избегает ситуаций, провоцирующих приступ. Хронизация расстройства может привести к утрате трудоспособности. Нередко агорафобия сопровождается психосоматическими нарушениями, депрессивной симптоматикой с суицидальными тенденциями, а также злоупотреблением успокаивающими средствами и алкоголем.

Приведу пример из собственной практики.

Женщина 32 лет боялась одна далеко отходить от дома, испытывала страх замкнутого пространства, не могла пользоваться общественным транспортом, особенно метро, где

**159**

возникали панические атаки. Из-за страха темноты спала со светом. Ее мать после рождения дочери развелась с мужем-грузином, переехала в Москву, работала в КГБ. Пациентка осталась у отца, который не отдавал ее матери. В шесть лет, когда девочка играла во дворе, туда на большой скорости въехала черная «Волга», из нее выскочили несколько мужчин, втащили ее в машину и увезли. Она звала на помощь, отбивалась от женщины, которая зажимала ей рот так, что она задыхалась (это оказалась ее мать). С тех пор пациентка часто видела описанную сцену в пугающих сновидениях.

К. окончила институт культуры, вышла замуж за военного переводчика, родила дочь. Узнав об измене мужа, настаивала на разводе. Муж отказывался разводиться, угрожал лишить ее материнских прав и жилплощади, убеждал жену, что она больна шизофренией. К. и сама сомневалась в своем психическом здоровье, так как стала несобранной, запустила домашнее хозяйство, быстро уставала. Из-за периодически возникающего страха движущегося транспорта и толпы ходила на работу и с работы в сопровождении соседки. Нарастала тревога, не могла спать из-за кошмарных сновидений, появились ощущения онемения кожи на правой половине головы, лица, правой руке. Пациентка опасалась инсульта. Возникло навязчивое желание самоубийства как избавления от душевных страданий. Она опасалась, что потеряет контроль над собой и реализует это желание. Прячала от себя острые предметы, не выходила на балкон. После очередной ссоры с мужем приняла 20 таблеток седуксена.

При поступлении в клинику К. жаловалась на внутреннее напряжение, тревогу, подавленность,

раздражительность. Часто плакала, опасалась инсульта, сумасшествия, утраты контроля над своим поведением, импульсивной попытки самоубийства. После лечения она переехала к матери; у нее практически исчезли фобические расстройства, самостоятельно ездила на работу в автобусе. Однако перед оформлением развода у К. вновь усилился страх езды на транспорте, из-за чего она не могла ездить на работу.

После повторного курса лечения она добилась развода, вступила в новый брак. Однако она тяжело переживала отдаленность от друзей, временное отсутствие телефонной связи. Тревожилась за дочь-подростка, требовала, чтобы та рано возвращалась домой, рассказывала о своих отношениях с

160

мальчиками. На улицу К. выходила только в сопровождении, брала с Собой набор лекарств. В течение двух лет она проходила амбулаторную психотерапию. Стала свободно ездить на транспорте. Впоследствии окончила курсы французского языка, теперь работает экскурсоводом, ездит отдыхать за границу.

**Социальные фобии (F40.1)** начинаются в подростковом и юношеском возрасте. Ядром расстройства является страх публично совершить что-то неприличное, недозволенное (*контрастные влечения*). Типичные фобии: страх не удержать кишечные газы в общественном месте, страх рвоты во время застолья, невозможности помочиться в общественном туалете, страх внезапно без оснований ударить близкого человека, страх разговаривать с вышестоящим лицом или выступать публично (*логофобия*) и т. п. Страх оценивается пациентами как необоснованный, они стыдятся обнаружить его, избегают находиться в центре внимания, особенно в малых группах или в интимной обстановке. Так, больные с *эрейто-фобией* (страхом покраснеть на людях) боятся проявить неловкость или замешательство в обществе. Опасаясь, что окружающие заметят на их лице краску смущения, они проявляют застенчивость, испытывают внутреннюю скованность, напряжение мышц, дрожь, учащенное сердцебиение, потливость, сухость во рту и т. п. Социальные фобии нередко бывают связаны с идеей собственной малоценности и сензитивными идеями отношения — представлениями о неприязненной оценке людьми, воображаемом изъёме, на который окружающие якобы реагируют пренебрежительными улыбками, насмешками. Развивается *скоптофобия* (страх насмешек), сопровождающаяся переживанием стыда, тенденцией избегать общения, которое может приводить к изоляции больного.

Социальные фобии носят хронический характер, однако возможны спонтанные ремиссии. Нарушения адаптации зависят от содержания фобий. Зачастую весь образ жизни пациента подчиняется стремлению ликвидировать условия для возникновения приступа. Меры по его предотвращению постепенно усложняются и превращаются в сложную ипохондрическую систему. Она может включать переезд в «экологически чистый район», смену работы, ограничение нагрузки и контактов, щадящий образ жизни и т. п. Иногда наблюдается *патологическое развитие личности*, утрачивается Живой интерес к жизни, нарастает эгоизм и иждивенчество.

**Специфические (изолированные) фобии (F40.2)** встречаются чаще социальных фобий, нередко они начинаются еще в дошколь-

'—5184

161

ном возрасте. Фобогенным фактором может служить любой объект или ситуация. Наиболее распространенными являются страх высоты, грозы, домашних животных, загрязнения и



инфицирования, лечения у зубного врача. Выделяют ряд *нозофобий* (ипохондрических фобий) — таких, как кардио-, инсульто-, канцеро-, сифило-, спидофобия, а также радиофобия (страхлучевой болезни), алиено-фобия (страх сумасшествия), танатофобия (страх смерти) и т. д. Синдром включает:

- а) навязчивый страх ожидания фобогенного фактора и последствий его воздействия (фобофобия),
- б) симптомы панического приступа во время действия этого фактора;
- в) поведение, связанное с избеганием данного фактора.

Навязчивые страхи сопровождаются защитными *ритуалами* — символическими действиями пассивно-оборонительного характера. Они всегда психологически понятны, обоснованы, конкретны (например, навязчивое мытье рук при навязчивом страхе загрязнения — мизофобии). Обычно больные сохраняют критичность к навязчивым страхам, хотя на пике переживания страха она может утрачиваться. Иногда к одной фобии присоединяются фобии другого содержания, обсессии (навязчивые мысли) и компульсии (навязчивые действия). Поскольку специфические фобии, как правило, бывают изолированными, серьезные нарушения социальной адаптации происходят редко.

Приведу пример из собственной практики.

Заядлый любитель подледного лова упал с лодки в ледяную воду, заболел ангиной с осложнением на сердце и приобрел страх холода. От одного слова «холод» он буквально трясся всем телом от страха. При температуре воздуха ниже + 10 градусов выходил на улицу не иначе, как заткнув нос ватой и крепко сжав рот. Терапевты отказывались от него один за другим. Он пришел ко мне, уже ни во что не веря, просто от отчаяния. К гипнозу он относился с большим скепсисом, но читал про аутотренинг и решил попробовать. Через три месяца тренировок он уже ходил на лыжах при любой погоде, благо снова наступила зима.

**Психодинамика.** Биограф З. Фрейда Эрнст Джонс указал, что при фобиях несоответствие сознательного и бессознательного проявляется в трех формах:

162

- 1) несоответствие между внешним стимулом и реакцией на него;
- 2) дисгармония телесных и психических проявлений;
- 3) внутренняя дисгармония тела и разума.

Анна Фрейд (1999) считала, что дети, страдающие фобиями, пытаются убежать от объекта своего страха, но при этом попадают под его очарование и непреодолимо тянутся к нему.

Объект фобии может символизировать определенные побуждения, скрытые в подсознании. Так, З. Фрейд признавался, что всю ядязнь испытывал фобии чужого взгляда, телефонов, поездов, остановки сердца и смерти. Если учесть, что невидимые голоса могут отождествляться с чем-то потусторонним, а смерть ассоциируется с путешествием в мир иной, то все перечисленные фобии можно объединить в одну — страх разлуки.

Маленькие дети боятся оставаться в одиночестве, которое означает для них лишение любви и беззащитность перед карающими силами. Клаустрофобия и страх удушья могут служить защитой от желания вернуться в материнскую утробу, ассоциирующимся со страхом быть заживо похороненным. Как пел В. Высоцкий: «Первый срок отбывал я в утробе — ничего там хорошего нет».

О. Фенихель (2004) приводит образцы психоаналитических интерпретаций различных фобий. Прикосновение к ножу или ножницам и даже их вид пробуждает соблазн для вытесненной враждебности и страх кастрации. Страх покраснения связан с сексуальным возбуждением, при этом вместо гиперемии половых органов краснеет лицо и наступает нарциссическое удовлетворение посредством эксгибиционизма. Пугающая улица представляется местом, где могут обнаружить и схватить; страх открытых пространств, на пике которого появляется астазия-абазия, защищает от эксгибиционизма и вуаиеризма, чреватых наказанием. Страх падения с высоты ассоциируется со страхом морального падения и низвержения в ад за желание убить или поддаться сексуальному искушению. Этот страх может замещаться конверсионным головокружением при взгляде вниз с высоты и тревожным торможением эрекции. Защитой от «грязных мыслей» и страха наказания за нарушение запрета на мастурбацию служит мизофобия — анальный страх загрязнения. Страх заражения представляет собой защиту от женственных желаний, где инфекция символизирует оплодотворение. Микробы выступают также садомазохистским эквивалентом интроецированных объектов, разрушающих и подвергающихся разрушению; кроме того, этими микробами можно заразить других.

163

3. Фрейд (1990) на основе анализа детских фобий выделил три источника построения объекта фобии:

- 1) Расщепление отрицаемых частей собственного «Я»: «Я не ненавижу папу, я люблю его».
  - 2) Проекция вытесненных аффективных импульсов: «Я не хочу обижать папу, это он хочет обидеть меня».
  - 3) Смещение истинного объекта фобии: «Не отец хочет напасть на меня, а лошадь, собака, волк».
- Он толковал боязнь быть укушенным животными как проявление архаичного страха быть кастрированным или съеденным отцом. Потеря пениса страшна как нарциссическая утрата, как лишение источника удовольствия и разрушение первичного союза с материнским началом. С помощью фобий Эго защищается от опасных соблазнов, прекращая осознавать их содержание и направленность побуждений. Боязнь высоты защищает от опасного импульса прыгнуть вниз, страх одиночества — от импульса к навязчивой мастурбации, клаустрофобия — от желания бежать от удушающей заботы матери, симбиотической потребности вернуться в материнское лоно. Агорафобия не только выражает стремление вернуться к матери, чтобы спастись от врагов, но и защищает от неприемлемых эксгибиционистских фантазий и других эротических искушений. Агорафобия связана с амбивалентным отношением зависимости от близких людей и враждебности к ним, со страхом агрессивных или сексуальных побуждений пациента по отношению к окружающим или подобных побуждений по отношению к самому пациенту (проекция и перенесение).

Используются такие эго-защиты, как перенесение и символизация (страх, перемещенный на другой объект или на абстрактный символ, менее опасен и легче контролируется). Отрицание помогает игнорировать опасное чувство, а изоляция аффекта отрывает его от ассоциированной с ним мысли. При этом угроза символически переносится на более нейтральные объекты или ситуации, которых легче избежать. Уничтожение сделанного с помощью магических ритуалов еще более надежно предотвращает опасность. Формирование реакции подавляет неприемлемый эмоциональный компонент диаметрально противоположным: например, физическое очищение при мизофобии маскирует неосознанное желание «нагадить». Остановка защитного процесса путем регрессии

переполняет личность тревогой — вызывает паническую реакцию или генерализованное тревожное расстройство.

164

Согласно М. Кляйн (2001), фобии защищают от страха и агрессии сознательное отношение ребенка к близким. Мать, оставляющая младенца голодным, вызывает у него желание съесть ее «злую» грУА<sup>Ь</sup> и страх возмездия за это садистическое желание, который может трансформироваться в страх перед острыми волчьими зубами. На следующем уровне развития, менее нарциссическом и эгоцентричном, появляется депрессивный страх причинить ущерб любимому существу, забота о нем. Если у ребенка сохраняется убеждение, что нанесенный им вред непоправим и значит, его вина непростительна, забота о близких может стать навязчивой и тягостной для них; он может вырасти психастеником.

## **ПАНИЧЕСКИЕ АТАКИ И ХРОНИЧЕСКАЯ ТРЕВОГА**

**Паническое расстройство (F41.0)** (панические атаки, эпизодическая пароксизмальная тревога, невроз страха). Название происходит от имени греческого бога Пана, появление которого приводило все живое в ужас. Оно описано Фрейдом, который сам страдал этим расстройством. Паническое расстройство чаще встречается у женщин в возрасте 20 — 30 лет. Отмечается четкая семейная предрасположенность.

Расстройство проявляется в виде приступов, обычно возникающих без видимого повода, в том числе во время сна (больной внезапно просыпается). Интенсивная тревога или недомогание достигает максимума в течение нескольких минут. Больные опасаются остановки сердца, удушья, потери сознания, сумасшествия, смерти; иногда они мечутся, просят о помощи. Приступ продолжается не более 30 минут и заканчивается обычно обильным мочеиспусканием, рвотой или поносом, затем больной засыпает. Впоследствии пациенты оценивают свое поведение во время приступа как нерациональное и неадекватное. В то же время у них развивается страх повторных приступов, который они скрывают от окружающих. Паническое расстройство диагностируют в тех случаях, когда состояние соответствует следующим критериям.

А. Приступы, во время которых четыре или более из нижеследующих четырнадцати симптомов возникают внезапно и достигают своего пика в течение 10 минут:

- 1) ощущение нехватки воздуха, одышка;
- 2) пульсации, сердцебиение;

165

- 3) дискомфорт в левой половине грудной клетки;
- 4) головокружение, неустойчивость;
- 5) затруднение дыхания, удушье;
- 6) слабость, дурнота, предобморочное состояние;
- 7) озноб, тремор;
- 8) волны жара и холода;
- 9) потливость;
- 10) ощущение дереализации, деперсонализации;
- 11) сухость во рту, тошнота или абдоминальный дискомфорт;
- 12) ощущение онемения или покалывания (парестезии);
- 13) страх смерти;

14) страх сойти с ума или совершить неконтролируемый поступок.

Б. Повторяемость приступов. На протяжении четырех недель произошло по крайней мере четыре приступа.

В. Появление приступов не зависит от какого-либо органического фактора (например, кофеиновой интоксикации или гиперти-реоза).

В атипичных случаях приступы более длительные, эмоциональный компонент тревоги в них выражен мало, преобладают локальные боли (головная боль, боли в животе), рвота, сенестопатии, мышечное напряжение. Такие состояния диагностируются как *алек-ситимические панические атаки*. Нередко приступы сопровождаются конверсионной симптоматикой: ощущением комка в горле, слабостью в руке или ноге, ощущением выгибания тела, судорогами в конечностях, потерей сознания, нарушением походки, речи или голоса, слуха или зрения. Больные при этом не испытывают тревоги, фиксируют внимание врача на сердцебиении, удушье, тошноте, предобморочном состоянии. Между приступами у больных отмечаются истерические проявления. В таких случаях говорят о *демонстративных припадках*.

Когда вегетативные проявления преобладают над тревогой, расстройство обозначается как **вегетативный криз**. Этот диагноз ставят, когда состояние больного соответствует следующим критериям:

1) наличие симптомов автономного вегетативного раздражения, относимых пациентом к проявлениям соматического заболевания в одной или нескольких из следующих систем или органов: а) сердечно-сосудистая система, б) пищевод и желудок, в) кишечник, г) дыхательная система, д) мочеполовая система;

**166**

2) наличие не менее двух из следующих вегетативных симптомов: а) усиленные сердцебиения, б) эпизоды потливости (холодный, горячий пот), в) сухость во рту, г) прилив жара или покраснение, д) ощущение давления в эпигастрии, перемещения в животе, е) тремор;

3) наличие не менее одного из следующих неспецифических симптомов: а) боли в груди или ощущение давления в области сердца, б) одышка, выраженная утомляемость при незначительной нагрузке, г) аэрофагия, икота, жжение в груди или эпигастрии, д) неустойчивый, учащенный стул, е) учащенное мочеиспускание, дизурия, ж) ощущение вздутия;

4) отсутствие структурных или функциональных нарушений затронутых органов или систем;

5) состояние не соответствует критериям фобического или тревожного расстройства.

У женщин вегетативные кризисы чаще появляются после аборта, на фоне токсикоза беременности. У 90% из них отмечается сексуальная дисгармония с партнером. У мужчин на первом месте стоят алкогольные эксцессы и физическое переутомление.

Жан Жак Руссо оставил впечатляющее описание вегетативного кризиса с острым снижением слуха, которое наступило у него в 24 года: «Когда я однажды утром, которое было ничем не хуже предыдущих, ставил маленький столик на его ножки, внезапно я почувствовал во всем своем теле совершенно необъяснимую тревогу. Я мог представить это себе как род шторма, который поднялся у меня внутри и в то же время разбушевался во всех моих членах. Мои артерии начали стучать, так что я этот стук не только чувствовал, но и слышал, прежде всего в сосудах головы. К тому же появился сильный шум в ушах, который имел три или четыре вида, а именно глухой рев, более звонкий шум как бы падающей воды, пронзительный свист и явственный стук, удары которого я легко мог бы сосчитать без того, чтобы чувствовать свой пульс или коснуться своего тела руками.

Этот внутренний шум был так силен, что он повредил мой дотоле хороший слух, и хотя я не совсем оглох, но он сделал меня тугоухим, каким я стал с того времени» (цит. по: Бройтигамидр., 1999, с. 349-350).

Убедившись, что вегетативный приступ не приводит к катастрофе, больной находит средство от него, которое зависит от его самодиагностики. Если он расценивает паническую атаку как сердечный приступ или гипертонический криз, то носит с собой валокордин, корвалол, гипотензивные препараты, анаприлин, обзидан.

167

Если считает приступ «нервным», то пользуется транквилизаторами. Однако при длительном симптоматическом использовании дозу препарата приходится повышать; кроме того, нерегулярный прием транквилизаторов может способствовать учащению приступов.

**Генерализованное тревожное расстройство (F41.1)** впервые описал З. Фрейд под названием «свободно плавающая тревога». В ряде случаев оно со временем формируется из панического расстройства. В отличие от других тревожно-фобических расстройств тревога является стойкой и бессодержательной. Отсутствует отчетливая фобическая фабула: опасения возможного несчастья с самим больным или его близкими быстро сменяются неопределенными дурными предчувствиями. Наблюдается *синдром напряжения* — беспокойство и неспособность расслабиться, чувство постоянной взвинченности, нервозности. Больные постоянно чем-то озабочены, ожидают неприятностей, они пугливы, суетливы, нетерпеливы и раздражительны. Им трудно сосредоточиваться, эпизодически они испытывают чувство пустоты в голове, головокружение, с трудом засыпают в связи с озабоченностью или тревогой. При этом синдроме характерно ощущение внутренней дрожи, двигательное и мышечное напряжение, утомляемость. Нередки также болезненные мышечные зажимы, поверхностное укороченное дыхание, ощущение кома в горле или затруднение при глотании, дискомфорт в эпигастральной области, сердцебиение, потливость, расстройства мочеиспускания и стула.

Генерализованное тревожное расстройство часто проявляется в форме *перманентных вегетативных расстройств*, в виде следующих синдромов. В сердечно-сосудистой системе — кардиоритмические, кардиалгические, кардиосенестопатические синдромы, а также артериальные гипер- и гипотония или амфотония. В сосудистой регуляции — дистальный акроцианоз и гипотермия, феномен Рейно (болезненный спазм периферических сосудов), сосудистые цефалгии (головные боли), приливы жара и холода. В дыхательной системе — гипервентиляционные расстройства: ощущение нехватки воздуха, одышка, чувство удушья, затрудненное дыхание и т. д. В желудочно-кишечной системе — диспепсические расстройства (тошнота, рвота, сухость во рту, отрыжка и т. д.), боли в животе, дискинетические явления (метеоризм, урчание), запоры, поносы. В терморегуляционной и потоотделительной системе -неинфекционный субфебрилитет, периодические «ознобы», диф-

168

фузный или локальный гипергидроз. В вестибулярной системе — <sub>не</sub>системные головокружения, ощущения неустойчивости.

Диагноз ставится, когда симптомы выраженной тревоги по поводу Р<sup>я</sup>А<sup>а</sup> событий жизни и видов деятельности, не соответствующей реальности, отмечаются в течение шести и более месяцев. При

этом для постановки диагноза необходимо наличие по меньшей мере шести из следующих симптомов:

- а) нарушение моторики: тремор, подергивания, напряженность и боли в мышцах, неусидчивость, повышенная утомляемость;
- б) вегетативная гиперреактивность: одышка, сердцебиение, холод или потливость рук, сухость во рту, головокружение, тошнота, понос, приливы жара или холода, частое мочеиспускание, затрудненное функциональное дыхание или «ком в горле»;
- в) настороженность: ощущение пребывания на грани срыва, повышенная пугливость, затрудненная концентрация внимания, нарушение засыпания или частые пробуждения, раздражительность или нетерпеливость.

Течение генерализованного тревожного расстройства хроническое, его не всегда легко отличить от затяжных субдепрессивных расстройств с тревожными включениями. При тревожных расстройствах доминируют витально значимые расстройства в сердечно-сосудистой и дыхательной системах. Нередко удается выявить в анамнезе длительные стрессовые воздействия и единичные панические атаки. Больные обычно обращаются к интернистам, считая психический компонент расстройства проявлением своего характера.

Как пароксизмальная, так и генерализованная тревога во многих случаях сочетаются с агорафобией. При депрессивных либо смешанных (истеро-депрессивных, депрессивно-ипохондрических) синдромах преобладают нарушения работы желудочно-кишечного тракта, вестибулярной системы и терморегуляции. Состояние в этих случаях диагностируется как F41.2. Наличие отчетливой связи с травмирующей ситуацией служит основанием для диагностики расстройства адаптации (F43.2).

*Психодинамика.* Тревога отличается от страха (который является реакцией на реальную и осознаваемую опасность) тем, что представляет собой ожидание будущей угрозы — реальной или воображаемой. При невротической тревоге опасность исходит изнутри. З. Фрейд выводил ее из травмы рождения, которую рассматривал как страх отделения от матери. Это переживание у но-

169

ворожденного вытесняется и позднее появляется как страх кастрации, поскольку фаллос ценен не только сам по себе, но и символически должен обеспечить воссоединение с матерью. Страх отделения актуализируется затем при угрозе остаться без поддержки, порождая, например, агорафобию и панические атаки.

К. Хорни (1997) обратила внимание на субъективный характер невротической тревоги, который заключается в неосознанном происхождении истинного ее источника, что делает его неизвестным и потому ужасным. Для каждого невротика тревожные ситуации имеют индивидуальное символическое значение. В то же время общей является базальная тревожность как недоверие к враждебному миру и беспомощность перед ним. В основе базальной тревожности лежит вытесненный в детстве конфликт между зависимостью от родителей и бунтом против них. К. Хорни подчеркивала ведущее значение тревоги в формировании невроза, который различными способами пытается ослабить ее. Этих способов четыре: рационализация тревоги (ее превращение в оправданное опасение), ее отрицание, наркотизация и избегание. Роль наркотика могут играть и нехимические зависимости: трудоголизм, гиперсексуальность, чрезмерная потребность во сне и т. д. Избегание включает отказ от деятельности, провоцирующей внутренний запрет; так развиваются импотенция, фригидность, конверсионные расстройства.

Э. Эриксон (1996) рассматривает невротическую тревогу как диффузное состояние напряжения, возникающее в результате нарушения либидинозного и агрессивного контроля. В отличие от страха она не указывает на истинный объект реакции и пути защиты, вызывая когнитивный сбой. Когда нам угрожает такая тревога, мы либо преувеличиваем опасность, бояться которой нет никаких причин, либо игнорируем угрозу, опасаться которой есть все основания. Э. Эриксон указывает на особое качество опасения пустоты у девочек в связи с наличием у них детородных органов. Этот страх остаться пустой или просто быть оставленной, по-видимому, является самым основным и сопровождает женщину всю ее жизнь. Такое переживание усиливается с каждой менструацией — слезами матки по поводу несостоявшейся беременности, и особенно во время климакса. Страх пустоты у женщины может выражаться как в стремлении уловить и поглотить мужчину, так и в готовности превратиться в его собственность.

Р. Мэй (2001) указывает, что тревога служит сигналом о нарушении баланса между потребностями в свободе и зависимости:

170

«Если человек развивает только свою независимость, но не взаимоотношения с другими, у него появляется враждебное отношение к тем людям, которые, по его мнению, являются причиной его одиночества и отчужденности. Если же человек живет в симбиоти-ческой зависимости, у него возникают враждебные чувства по отношению к тем, кто, как ему кажется, подавляет его способности и ограничивает свободу. В обоих случаях агрессивные чувства усиливают конфликт, а следовательно, и тревогу». Таким образом, невротическая тревога оказывается вытесненной и спроецированной на других собственной агрессией.

В. Тэхкэ (2001) видит сущность тревоги в отсутствии содержания. Тревога впервые появляется у ребенка, когда его недавно дифференцированной Самости угрожает возврат в недифференцированность, то есть уничтожение. У «Я» еще нет безопасного образного или словесного содержания для воспоминания или воображения психического состояния, в котором оно не участвует. Тревога в данном случае носит характер экзистенциальной опасности, не наполненной внешним содержанием, с которым можно бороться или спастись от него бегством. Подобное состояние возникает затем у пограничных и потенциально психотических пациентов, предшествуя шизофренической утрате дифференцированности, получившей название «организмической паники».

**Терапия.** Для лечения тревожных и тревожно-депрессивных расстройств применяются антидепрессанты прозак (профлузак), ципрамил, транквилизаторы клоназепам, ксанакс, рудотель, реланиум, а также финлепсин, депакин, антелепсин. Вторичные психовегетативные синдромы (астено-депрессивные, ипохондрические, обсессивно-фобические и истерические) купируют нейролептиками: сонапаксом, тераленом, нейлептилом, эглонилом, хлорпро-тиксеном, этаперазином. Используется широкий спектр описанных выше психотерапевтических методов.

## **РЕАКЦИИ НА ТЯЖЕЛЫЙ СТРЕСС И РАССТРОЙСТВА АДАПТАЦИИ**

Самыми распространенными психическими расстройствами являются **психогении**. Они отличаются от эндогенных и экзогенных расстройств в соответствии с триадой К. Ясперса:

- 1) расстройство возникает вслед за психотравмой;
- 2) содержание переживаний отражает ее;

171

3) дезактуализация травмы ведет к ослаблению или прекращению расстройства. Психодинамика такова: тревога блокирует бессознательные конфликты Супер-Эго, воссоздает тревожное состояние и пытается преодолеть его. Используются такие защитные механизмы, как регрессия, подавление, отрицание, девальвация. Психотравмирующие воздействия принято разделять на следующие категории:

- Незначительная острая (до шести месяцев) психотравма: разрыв с любимым, начало или окончание обучения, отъезд ребенка из дома; хроническая — семейные ссоры, неудовлетворенность работой.
- Умеренная острая психотравма: женитьба, разлука, аборт, потеря работы, отставка; хроническая — разлад в семье, положение родителя-одиночки, серьезные финансовые трудности, конфликт с начальством.
- Выраженная острая психотравма: развод, рождение первого ребенка; хроническая — безработица, бедность.
- Экстремальная острая психотравма: смерть супруга, опасная болезнь, изнасилование; хроническая — серьезная хроническая болезнь у себя или ребенка.
- Катастрофическая острая ситуация: смерть ребенка, суицид супруга; хроническая — пребывание в заложниках или в концлагере.

Наиболее тяжелыми стрессорами являются боевые действия, катастрофы, пожар, несчастный случай, присутствие при насильственной смерти другого, пытки, изнасилование, разбойное нападение. Для людей с повышенной реактивностью и предрасположенностью к психосоматическим реакциям сильным стрессом может явиться, например, смерть близкого человека или уход супруга (супруги). Такие люди реагируют на подобные трагические события своей жизни психосоматическими болезнями — гипертонической, ишемической, язвенной и т. п. В подобных случаях не без основания говорят: «Она разбила ему сердце». По данным американских психологов Томаса Холмса и Ричарда Раге (Holmes, Rahe, 1967), если человек в течение года переживает заметных жизненных изменений на 150 — 300 баллов, риск психосоматического заболевания составляет 50%,если же более чем на 300 баллов — риск увеличивается до 80%.

### ШКАЛА РЕЙТИНГА СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ Т.ХОЛМСАИР.РАГЕ

Средняя оценка	Событие
100	Смерть супруга
^~W	Развод
~65	Длительная разлука с супругом
"63	Тюремное заключение
"Изз-	Смерть близкого родственника
53	Серьезная травма или заболевание
50	Вступление в брак
47	Увольнение



45	Супружеское примирение после крупной ссоры или развода
45	Выход на пенсию
44	Серьезная болезнь близкого родственника
40	Беременность
39	Возникновение трудностей в сексуальной сфере
39	Появление нового члена семьи
39	Реорганизация на работе
38	Изменение финансового состояния
37	Смерть близкого друга
36	Изменения, касающиеся рабочих обязанностей
35	Изменения, вызванные частыми семейными ссорами
31	Заклад имущества или получение ссуды для крупной покупки (дома и т.п.)
30	Потеря права выкупа заложенного имущества
29	Изменение в сфере профессиональных обязанностей
29	Уход из дома детей
29	Проблемы с законом
28	Выдающееся личное достижение
26	Супруг (а) начал или прекратил работать
25	Изменение жилищных условий
24	Пересмотр личных привычек
23	Крупные проблемы с начальством
20	Изменение графика или условий работы
20	Изменение места жительства
19	Смена видов отдыха
19	Изменения, связанные с религиозной деятельностью
18	Изменения, касающиеся социальной и общественной деятельности

173

17	Заклад имущества или получение ссуды для покупки телевизора и т.п.
16	Изменения, связанные со сном
15	Изменение частоты встреч в кругу семьи
15	Изменения, связанные с питанием
13	Каникулы или отпуск
12	Рождество или другой публичный праздник
11	Незначительное нарушение закона

*Для определения результата необходимо умножить среднюю оценку события на количество случаев, когда оно происходило, а затем суммировать полученные очки.*

Однако каждый человек воспринимает стрессовое событие по-разному. Для быстрой интуитивной оценки влияния ситуации на развитие болезни удобно пользоваться **Шкалой воспринимаемого стресса Коэна и Уильямсона**.

Поставьте за ответы на следующие вопросы от 0 до 4 баллов (0 — никогда, 1 — почти никогда, 2 — иногда, 3 — довольно часто, 4 — очень часто). Чтобы определить общую оценку, сложите полученные баллы.

Насколько часто в последние месяцы Вы чувствовали:

А — неспособность контролировать важные события в собственной жизни ? Б — неуверенность в способности справиться со своими проблемами? В — дела идут не так, как Вам хочется ? Г — трудностей скопилось так много, что Вам не справиться с ними?

Среднестатистическая оценка для женщин составляет 4,7 балла, для мужчин — 4,2 балла.

Дж. Гринберг (2002) приводит **Опросник для определения физиологической реакции на стресс**.

Необходимо оценить частоту проявления симптома в баллах: 1 — никогда, 2 — чаще одного раза в полгода, 3 — чаще одного раза в месяц, 4 — чаще одного раза в неделю, 5 — постоянно.

**Перечень симптомов.** Болезни зубов и челюстей. Сухость во рту. Тошнота. Рвота. Боли в желудке. Изжога. Расстройство пищеварения. Метеоризм (повышенное газообразование в кишечнике). Колики. Запоры. Частый стул. Учащенное мочеиспускание.

174

Недержание мочи. Поверхностное частое дыхание. Глубокое частое дыхание. Астма. Мигрени. Головокружение. Повышение давления. Пониженное давление. Ощущение тяжести в груди или в области сердца. Сильное сердцебиение. Учащенное сердцебиение. Появление пятен на коже. Сухость кожного покрова. Маслянистая кожа. Холодные кисти рук. Потение рук. Потение ступней. Аллергия. Усталость или истощение. Затяжные головные боли. Тремор рук. Боли в спине. Боли в шее. Боли в суставах. Жевательные движения челюстей (игра желваков). Скрежетание зубами (возможно во сне). Нарушение менструального цикла или половая слабость.

**Оценка результатов:**

40 — 75 баллов — шансы заболеть от стресса минимальны.

76 — 100 баллов — существует небольшая вероятность заболеть из-за стресса.

101 — 150 баллов — такая вероятность велика.

Больше 150 баллов — вполне вероятно, что стресс серьезно сказался на вашем здоровье.

**Острая реакция на стресс (F43.0),** аффективно-шоковая реакция. В течение первого часа после начала воздействия стрессора развивается состояние, для которого характерны: глубокое аффективное сужение сознания, затрудняющее контакт с окружающими, сужение внимания, очевидная дезориентировка, отход от ожидаемого социального взаимодействия, двигательная заторможенность или неадекватная или бессмысленная гиперактивность. Проявляются ужас, гнев или вербальная агрессия, неконтролируемая и чрезмерная грусть, отчаяние или безнадежность, безучастность и безразличие к своей судьбе. В результате взаимной индукции может возникнуть коллективное, а при масштабных катастрофах — массовое аутодеструктивное поведение. В этом состоянии наблюдаются выраженные вегетативные расстройства: бледность или покраснение кожи, нечувствительность к боли, потливость, сердцебиение, неспособность принимать пищу, возможно непроизвольное выделение мочи и кала. При смягчении или

устранении стресса симптомы ослабевают не ранее, чем через восемь часов, а при сохранении стресса — не ранее, чем через 48 часов. Воспоминания об этом периоде в ряде случаев не сохраняются, так как наступает диссоциативная амнезия. Острая реакция на стресс длится от двух до 60 дней.

175

**Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) (F43.1).** В течение года после пребывания в стрессовой ситуации в обстоятельствах, напоминающих ее или связанных с ней, навязчиво возникают чрезвычайно живые и стойкие воспоминания пережитого (flash-backs), которые отражаются и в повторяющихся ярких сновидениях. В состоянии опьянения и при пробуждении возможны также диссоциативные эпизоды с обманами восприятия, чувствами, мыслями и действиями, отражающими содержание травмы. Характерны попытки избежать воспоминаний о травме, мест и людей, связанных с ней, невозможность произвольно вспомнить важные аспекты травмы.

Внешние и внутренние раздражители, которые напоминают или символизируют какой-либо аспект травмирующего события, могут вызывать и сильную физиологическую реакцию. Наблюдается повышенная чувствительность и возбудимость, проявляющаяся в следующих симптомах (не менее двух): затрудненное засыпание или тревожный сон, раздражительность или вспыльчивость, снижение способности сосредоточиваться, увеличение периодов бодрствования, усиленная реакция на испуг.

Пациенты испытывают чувства унижения, вины, стыда, злобы. Типичной защитой является общее притупление чувств: эмоциональная анестезия, чувство отдаленности от других людей, представление о кратковременности будущего и отсутствии длительной жизненной перспективы, потеря интереса к прежним занятиям, невозможность переживать радость, нежность, оргазм. Подавление эмоций приводит к их эпизодической разрядке в виде грубых, брутальных аффективных проявлений. Легко возникают зависимость от психоактивных веществ (ПАВ) и суицидальные тенденции.

**Расстройства адаптации (F43.2)** характеризуются состоянием субъективного дистресса (бедствия, истощения — англ.), в первую очередь — эмоциональными нарушениями, которые возникают в период адаптации к значительному изменению в жизни или стрессовому событию и затрудняют жизнедеятельность. Симптомы отчасти соответствуют критериям из различных диагностических рубрик: аффективных расстройств (F3), невротических, стрессовых и соматоформных расстройств (F4), а также нарушений социального поведения, начинающихся в детском и подростковом возрасте (F91). Симптомы могут варьировать по структуре и тяжести.

По ведущему синдрому реакции адаптации делятся на реакции с депрессивным настроением, с тревогой и депрессивным настроением, с нарушением поведения, с нарушением эмоций и поведения.

176

у детей и подростков чаще наблюдаются реакции оппозиции и отказа. *Реакция оппозиции* возникает в ситуации лишения привычной любви и заботы матери и других близких или непомерных требованиях с их стороны. Возможны уходы из дома, прогулы школы, делинквентное (лат. delinquens — совершающий проступок) и демонстративное суицидальное поведение. *Реакция отказа* развивается у детей, оторванных от матери и семьи и помещенных в детское учреждение

или больницу. Ребенок отказывается от контактов, игр, пищи.

Реакции адаптации наблюдаются также у тревожных подростков и незрелых личностей, потерявших родителей в раннем детстве или испытывавших недостаток материнской заботы. У взрослых проблемные ситуации условно делятся на три типа: межличностные конфликты, практические проблемы, здоровье. Чаще всего выявляются следующие проблемы: выбора, ответственности, внешнего и внутреннего контроля, тупика, отсутствия перспективы, потери цели, доверия к себе или другим.

В формировании реакции адаптации участвуют три компонента: вызывающее событие, дефицит информации о способах решения проблемы и личностная предрасположенность. Вызывающее событие может нарушить целостность социальных связей индивида или систему социальной поддержки и ценностей (миграция, статус беженца) либо внести изменения в жизнь (поступление в вуз, переезд, начало или окончание профессиональной деятельности, неудача в достижении поставленной цели).

Личностный смысл вызывающего события сугубо индивидуален: то, что представляется ординарным психотерапевту, может быть весьма болезненным для пациента. *Дефицит информации* создает представление о безысходности, он может быть связан как с новизной ситуации, так и когнитивными особенностями индивида.

Личностная предрасположенность включает следующие характеристики:

- функциональная фиксация (снижение активности мышления, его стереотипность вследствие «связанности» мышления прошлым опытом);
- избирательность памяти с акцентом на негативные аспекты прошлого опыта;
- произвольность выводов — формирование их в отсутствие достаточных фактических данных;
- избирательная абстракция, когда целостное представление о ситуации формируется на основе одного элемента, вырванного из контекста, с игнорированием остальных;

12 —5184

177

- сверхгенерализация — формирование обобщающего вывода на основании единичного случая;
- «максимизация-минимизация» — приписывание ситуации или ее аспектам неадекватно преувеличенного или преуменьшенного значения.

При расстройствах адаптации пациент регрессирует в инфантильное беспомощное состояние, чтобы получить заботу. Сохранению расстройства может способствовать ожидание социальных и микросоциальных, «вторичных выгод» от него (рентная установка). Большинство симптомов самостоятельно ослабевает со временем (обычно до шести месяцев). При хроническом течении расстройства существует риск вторичной депрессии, тревоги и злоупотребления психоактивными веществами или зависимости от назначенных транквилизаторов. При купировании реакций дезадаптации важное значение имеют проблемно-ориентированная терапия и групповой тренинг умений.

## НЕ ГОРЮЙ!

**Острое горе** (F43.2) возникает в связи со следующими необратимыми утратами:

- потеря любимого человека в результате его смерти, разлуки, развода или заключения в тюрьму;
- утрата собственности, работы, социального статуса;
- утрата предполагаемого объекта любви (отказ партнера от брака, рождение мертвого или неполноценного ребенка);

- потеря здоровья.

Согласно концепции аутоагрессии З. Фрейда и К. Абрахама, человек, переживающий горе, испытывает не только любовь, но и бессознательную враждебность к умершему. Из-за невозможности сразу смириться с утратой скорбящий возвращается к симбиотической стадии развития и начинает идентифицировать себя с объектом утраты, тем самым символически вновь обретая его. При этом гнев против умершего направляется вовнутрь и приводит к чувству вины и снижению самооценки.

Автором (Старшенбаум, 1994, 2004) выделено семь этапов течения реакции горя и разработана программа последовательного проведения пациента через все описанные ниже этапы, для того чтобы разрешить реакцию.

178

г

1-й этап — с *элементами эмоциональной дезорганизации*. Кратковременный период, длящийся от нескольких минут до нескольких часов. Наблюдается сильнейшая вспышка негативных чувств — паники, гнева, отчаяния. Характерна аффективная дезорганизация поведения с временным ослаблением волевого контроля. Часто наблюдается защита в виде отрицания факта утраты: «Это неправда!»

2-й этап — *гиперактивности*. Может продолжаться до двух-трех дней. Пациент развивает бурную деятельность с оживлением образа умершего, неосознанно воспроизводит особенности его поведения и речи. Настроение колеблется от дистимического до эйфорического. В ряде случаев развивается эмоциональное притупление без фиксации на переживании горя. Таким образом, на данном этапе может наблюдаться поведение, личностный смысл которого заключается в отрицании смерти. Следует побуждать скорбящего к обсуждению травмирующих переживаний, не останавливая его, когда он начинает плакать. Полезно собрать небольшую группу людей, знавших умершего и попросить их говорить о нем в присутствии пациента.

3-й этап — *напряжения*. Длится до недели. Наблюдается крайняя степень психофизического напряжения, которую характеризуют маскообразность лица и невозможность расслабиться, спазмы в горле, молчаливость. Состояние общей скованности изредка прерывается суетливой активностью или судорожными вздохами с характерным укороченным вдохом. Аппетит отсутствует, наблюдаются ангедония, безразличие, психическая анестезия":

На данном этапе нередко эпизоды уходов в себя, когда сознание скорбящего целиком заполнено ассоциациями, связанными с утратой; при этом страдают внимание, память и умственная работоспособность. Попытки переключить внимание индивида на реальность вызывают у него раздражение. Личностный смысл описанного поведения можно оценить как отказ от внешнего мира, каких-либо внешних проявлений и даже желаний. По-видимому, нарастает *идентификация* с покойным, сопровождающаяся отказом от внешнего мира, каких-либо внешних проявлений и даже желаний.

4-й этап — *поиска*. Развивается на протяжении второй недели после получения известия об утрате, факт которой по-прежнему субъективно не принимается. Пациент избегает разговоров об утрате, боится, что не переживет ее боль. Сохраняется дистимический фон настроения. Мир в его глазах тускнеет, окружающая

и.

жизнь теряет смысл. Индивид продолжает жить внутренней жизнью, в которой центральное место по-прежнему занимает объект утраты. Его образ ярко продуцируется в воображаемой жизни и начинает проецироваться в реальность.

Пациент говорит об умершем в настоящем времени, ожидает его появления, мысленно разговаривает с ним, принимает за него случайных прохожих, при этом сразу же оживает надежда на возможность встречи с объектом утраты. Пациент может слышать его шаги, голос, обращающийся к нему. Данная стадия может протекать в двух вариантах: тревожном и оппозиционном; между ними наблюдаются взаимные переходы.

Пациенты, испытывающие *тревогу*, озабочены своим положением, ухудшившимся в результате смерти значимого другого. Они обеспокоены тем, что без него не справятся с возникшими трудностями, склонны преувеличивать их тяжесть, а также возможности умершего, и одновременно преуменьшать возможности свои и окружающих. Многие пациенты в результате действия механизма идентификации обнаруживают у себя проявления болезни, от которой умер близкий, и опасаются своих болезненных ощущений и переживаний. Характерны психосоматические расстройства желудочно-кишечного тракта, которые могут привести к язвенной болезни желудка и кишечника.

*Оппозиционный* вариант особенно выражен в случаях смерти человека, который одновременно с любовью вызывал у пациента и чувство враждебности, подавляемое из-за выраженной психологической зависимости или особенностей воспитания. В таком случае пациент напряжен, раздражителен, обидчив, придирчив, ворчлив. Он обвиняет в смерти умершего врачей, родственников, иногда готовится каким-либо образом наказать их. В редких случаях пациенты критикуют самого умершего, высказывают в его адрес запоздалые обиды и упреки.

Личностный смысл реакции на этой стадии при ее тревожном варианте заключается в поиске утраченного лица в качестве защитника. При оппозиционном варианте скорбящий испытывает потребность отреагировать подавляемые ранее враждебные чувства к умершему и ищет для этого объект идентификации с ним. Необходимо тщательно выслушать как тревожные, так и агрессивные высказывания пациента, что способствует их отреагированию и разрядке подавленного негативного аффекта. Содержание враждебных высказываний не оспаривается и не подкрепляется. Первое необходимо, чтобы избежать конфронтации и сохранить тера-

180

пе  
втический контакт, второе — дабы не повысить уровень агрессий! что чревато переходом в

аутоагрессивное, суицидальное поведение. После уменьшения тревоги в результате отреагирования дедует авторитетно заявить, что беспокойство пациента по поводу своего состояния связано с отсутствием у него информации о психогенных нарушениях функций, и предоставить ему такую информацию

5-й этап — *отчаяния*. Развивается на третьей-шестой неделе течения реакции. Это период максимальных душевных мук, отражающихся на лице пациента в виде маски застывшего страдания. Пациенты жалуются на бессонницу, чувство пустоты и бессмысленности жизни, страх и тревогу, говорят об одиночестве и беспомощности, собственной вине, малоценности и отчаянии из-за невозможности примириться с утратой. Объект утраты идеализируется, а окружающие, напротив, подвергаются критике. Отношения с ними становятся формальными, пациенты

проявляют раздражительность, уединяются, отказываются от контактов.

На пике переживаний возникает загрудинная боль (психалгия), сопровождаемая выраженным беспокойством. Наблюдается также склонность причинять себе боль: пациенты просят назначить им инъекции и другие болезненные способы лечения, готовы участвовать в различных медицинских и психологических экспериментах, настаивают на радикальной перестройке их личности.

Психотерапевт должен учитывать, что в данной фазе реакции пациент прощается не только со значимым другим, но и с теми актуальными потребностями собственной личности, которые не успели удовлетвориться в связи с уходом из жизни значимого человека. Это могут быть незавершенные совместные дела, невыполненные обещания, непрощенные обиды... Всё это остается в виде мучительных вопросов без ответов, целей, которые невозможно достичь, средств, которые теперь стали ненужными.

Задачи психотерапевта на данном этапе в первую очередь состоят в том, чтобы вместе с пациентом рассмотреть и найти в его жизни возможности для удовлетворения фрустрированных потребностей. Указанная задача решается в ходе проблемно-ориентированной терапии и способствует перестройке когнитивной сферы пациента. После этого удастся перейти к следующему психотерапевтическому приему.

Пациент погружается в грезоподобные воспоминания, связанные с ушедшим из жизни.

Поощряется тенденция к «приукрашиванию» — эстетизация и идеализация образа умершего в памяти.

181

В результате он занимает важное место в когнитивной сфере личности пациента — например, как символ доброты, душевной креп^оты, верности и благородства. Таким образом, происходит конструктивное разделение личности на активно действующую в реальном мире и ушедшую из нее часть личности, которая погружается во внутренний мир пациента, в его память в виде идеала, что приводит к гармонизации личности и ее росту.

6-й этап — с *элементами демобилизации*. Наступает в том случае, если не разрешен этап отчаяния. При этом наблюдается ограничение контактов или отказ от них, а также частичный отказ от деятельности, которая оказывается возможной лишь по инициативе партнера и в постоянном сотрудничестве с ним. Пациенты жалуются на физическую слабость, повышенную утомляемость, снижение аппетита и работоспособности, чувство беспомощности, безнадежности, одиночества, ненужности.

Такие пациенты обычно отказываются от индивидуальной психотерапии, они пассивно, формально участвуют в беседе с врачом. Эффективнее будет включить их в кризисную группу, где более опытные участники ободряют их своим опытом преодоления болезненных эмоций, создавая тем самым оптимистическую лечебную перспективу и способствуя, наконец, завершению процесса переживания горя. Следует лишь учесть, что для облегчения идентификации и повышения терапевтической активности необходимо вводить в кризисную группу одновременно два таких пациента. В то же время включение в группу более двух пациентов, находящихся в подобном состоянии, может серьезно охладить рабочую атмосферу группы и тем самым снизить ее эффективность.

7-й этап — *разрешения*. Может продолжаться несколько недель. Восстанавливается докризисное состояние, наступает примирение с жизнью без значимого другого, поскольку он живет теперь «в

сердце» — в памяти индивида. Подобное состояние А. Пушкин выразил всего тремя словами: «Печаль моя светла».

8-й этап — *рецидивирующий*. Может длиться в течение двух лет в условиях продолжающейся фрустрирующей ситуации. В этом случае состояние диагностируется как *затяжная реакция горя* (пролонгированная депрессивная реакция F43.21). Наблюдаются эпизоды болезненных переживаний, приуроченных к определенным датам: день рождения или первый Новый год без умершего. Актуализация конфликта может наступить и под влиянием событий типа «обидели, а пожаловаться некому», или «такой успех, а некому мной гордиться».

182

**J**

Наблюдающиеся в подобных ситуациях приступы горя могут быть такими же острыми, как и непосредственно после утраты, ролее того, на фоне благополучного существования, в отсутствие мобилизации адаптационных механизмов негативные переживания могут застать человека врасплох. Субъективно они зачастую переносятся еще более болезненно и могут стать малопонятной для окружающих причиной попытки самоубийства. Поэтому очень важно продолжать поддерживающую психотерапию лиц, тяжело и долго переживающих утрату значимого другого, как минимум, на протяжении года, причем частые короткие встречи с пациентом предпочтительнее редких и длительных. Большую роль в такой поддержке играет посткризисная группа, работающая по принципу клуба бывших пациентов и помогающая своим членам пережить самое тяжелое для них время в жизни. Для оказания психологической поддержки скорбящему необходимо также мобилизовать членов его семьи, близких, друзей и сотрудников или соучеников.

© *Печали, как и дети, лучшие растут, когда их лелеют (Кэролайн Холланд).*

## **ИАЕРИЯ - ВЕЛИКАЯ СИМУЛЯНТКА?**

Истерические механизмы включаются как защита от непереносимого переживания смертельной угрозы, унижающего стыда, оскорбленного самолюбия, горя по поводу наступившей или ожидаемой утраты близкого человека, а также от морально неприемлемых для пациента собственных сексуальных или агрессивных импульсов. Характерны такие защиты, как вытеснение (например, не думать о чем-то нежелательном), отрицание (не замечать нарушения функций — «прекрасное равнодушие»). Когда эти защиты оказываются недостаточными для символического разрешения мучительного психологического конфликта, содержание сознания начинает восприниматься как не принадлежащее себе, наступает непроизвольное изменение сознания — *диссоциация*. Психологический смысл конверсионных расстройств состоит в превращении душевных переживаний в определенные телесные функции, символически выражающие фрустрированную потребность и реакцию на фрустрацию. Так, паралич руки исключает реализацию агрессивного Побуждения, в результате снижается уровень тревоги.

183

«Первичная выгода» состояния заключается в переходе непосильного для психики конфликта на неосознаваемый уровень телесного функционирования (конверсия). Это подразумевает недопущение конфликта или потребности в область сознательного, что приводит к снижению тревоги, связанной с ними, а также способствует частичному разрешению конфликта, лежащего в основе расстройства. «Вторичная выгода» состоит в возможности благодаря нарушению функций



избежать ответственности за определенные действия, наказать обидчиков, вызвать сочувствие, освободиться от обременительных обязанностей, получить материальную компенсацию и т. п. При всех диссоциативных расстройствах состояние соответствует двум общим диагностическим признакам:

- 1) оно не может быть объяснено каким-либо соматическим заболеванием, которое сопровождается характерными для данного расстройства симптомами;
- 2) существует убедительная временная связь между диссоциативными расстройствами и стрессогенными событиями, проблемами или потребностями.

### **МУЖСКАЯ ИАЕРИЯ, ИЛИ ФРЕЙД В ОБМОРОКЕ**

К числу диссоциативных (псевдоневрологических) двигательных расстройств (F44.4) принадлежат истерические параличи и обмороки, атакжеастазия-абазия.

**Истерические параличи** проявляются как физическая слабость, исключая энергичные, быстрые и точные движения. Нарушения двигательной функции охватывают либо всю конечность, либо ее часть, ограниченную суставом (стопа, нога до колена и т. д.). При этом не обнаруживается мышечной атрофии, сохраняются сухожильные рефлексy, нарушения соответствуют не неврологическим закономерностям, а обыденным представлениям об иннервации конечностей. Наблюдается выраженная дрожь всего тела или его частей в сочетании со спазмами мышц, осуществляющих дрожание. Тремор и произвольные мышечные сокращения усиливаются при привлечении внимания к больному и исчезают во время сна и в гипнозе. В некоторых случаях могут возникать контрактуры — длительное напряжение околоуставных мышц, ведущее к тугоподвижности суставов.

**184**

**Дстазия-абазия** — невозможность стоять и ходить без посторонней помощи при наличии других движений в ногах. В менее сраженной форме наблюдается хромота, неуклюжесть, неловкость и бесцельность движений, ригидность мышц и локальные мышечные спазмы. Пациент с трудом держится на ногах, ищет опору, при ходьбе его ноги разворачиваются то в одну, то в другую сторону, отчего походка выглядит разболтанной.

**Истерический обморок** характеризуется аффектом ужаса, острым понижением мышечного тонуса и АД, замедлением пульса, отключением сознания, падением. У Фрейда подобные состояния наблюдались дважды, при разрыве с ближайшими друзьями — флиссом и Юнгом. Подобное состояние часто провоцирует боль или ее ожидание (взятие крови, лечение и удаление зубов и т. п.). Развитию истерического обморока способствует сшибка физиологической готовности к бегству и психологической необходимости продемонстрировать бесстрашие, когда сбежать по тем или иным причинам невозможно.

**Психотерапия.** При лечении подобных расстройств применяется гипноз, аутотренинг, биологическая обратная связь, биоэнергетический анализ, двигательная терапия. Истерические двигательные расстройства быстро поддаются внушению в гипнозе. Например, при парезе верхних конечностей эффективен прием «Тиски», выполнение которого одновременно повышает внушаемость.

«Сцепите сейчас свои руки (показ) и закройте пока что глаза. Представьте себе тяжелые металлические тиски с боль- • шими толстыми губками, которые сжимаются винтом. Винт закручивается, и губки тисков сжимаются все сильнее. Представляйте себе эти тиски и, пока я буду

считать от 1 до 5, вооб- ■ разите, что ваши кисти и есть губки этих тисков. Я буду медленно считать от 1 до 5. Когда я досчитаю до 5, ваши кисти будут прочно сцеплены. Так что вам будет очень трудно или даже невозможно их разжать.

1 — сжимаются, сжимаются все сильнее. 2 — представляйте, что это сжимаются тиски, губки тисков. 3 — теснее и теснее. 4 — еще плотнее, очень плотно. 5 — так сжаты, как будто спаяны, и чем сильнее вы будете пытаться их разнять, тем прочнее они будут сцепляться. Сейчас вы попытаетесь изо всех сил расцепить их, но ваши кисти сжимаются так прочно, что трудно или невозможно разъединить их, пока я не разрешу это.

**185**

Прочувствуйте силу мышц своих рук. С этого момента руки снова легко слушаются вас. Вы можете медленно поднять свои руки и разделить их вот так — смотрите (показ). Теперь это совсем легко, руки расцепляются сами, они сильные и ловкие. Поработайте пальцами, подвигайте руками. Теперь это совсем легко».

### **КОГДА МЫШЦЫ СХОДЯТ С УМА**

*Из чего твой панцирь, черепаха? ~*

*Я спросил и получил ответ:*

*Он из мной накопленного страха.*

*Ничего прочнее в мире нет.*

*В. Гроссман*

К числу конверсионных судорожных расстройств (F44.5) принадлежат следующие нарушения.

**Истерические припадки** наступают внезапно и неожиданно. Отмечается изгибание тела в судорогах (истерическая дуга), выразительные движения («страстные позы»), выкрики фраз, отражающие суть конфликта. В отличие от эпилепсии припадок длится гораздо дольше — обычно 10 — 20 минут. Больные падают без сильных травм, тоническая (спастическая) фаза может следовать за клонической (подергиваниями). Отсутствуют прикус языка и непроизвольное мочеиспускание, последующее сноподобное оглушение и амнезия.

Приведем пример (по Оудсхоорну, 1993).

Джон 11,5 лет в течение года лечится у невропатолога по поводу эпилепсии. Припадки повторяются до 20 раз за день, поэтому его госпитализируют. Мальчик всегда отличался крайней ранимостью, доверчивостью и послушанием. У него отмечаются признаки начала пубертата (рост и оволосение), но отсутствуют изменения в поведении, характерные для этого периода. Джон описывает припадки как нечто неожиданное и не имеет представления об их причине или поводе. Он очень хочет избавиться от них, так как в школе дети их боятся, и кроме того, ему не разрешают ездить на велосипеде и плавать, а именно эти два занятия он любит больше всего. С другой стороны, он рад, что родители и педагоги уделяют ему теперь значительно больше внимания.

**186**

^л

В отделении припадки выглядят так: Джон внезапно прерывает свои занятия, широко раскрывает глаза с сильно расширенными зрачками. Он не реагирует на обращение к нему, покрывается испариной и издает невразумительные звуки. Иногда он только цепенеет, иногда следом за спазмами возникают некоординируемые движения рук и ног. Приступ длится от 2 до 5 минут, после чего у мальчика некоторое время наблюдается спутанность, он жалуется на головную боль;

не помнит, что с ним случилось. Через неделю некоординированные движения исчезают, теперь он поднимается и уходит, как робот или сомнамбула. Если персонал пытается его остановить, он оказывает бешеное сопротивление, но после настойчивых попыток добиться чего-то он постепенно приходит в себя.

Персонал отделения несколько раз замечал, что перед началом припадков Джон не сводит глаз с циферблата часов и взгляд у него испуганный. Когда врач спросил его об этом, он сказал, что у них в школе висят такие же часы и у него иногда были приступы, когда он проходил мимо них. Врач ввел его в гипноз, и у Джона быстро появился образ часов. Он начал испуганно бормотать: «Часы бьют 12 и предвещают беду... Но все будет хорошо». После выведения мальчика из транса врач упомянул о распространенном среди детей суеверии, что в полночь нельзя ходить на кладбище, ибо при последнем ударе часов могилы открываются и оттуда встают покойники. В это время Джон вдруг подпрыгнул на стуле и воскликнул: «Теперь я знаю! Дом призраков — бой часов — последний удар — и могилы раскрылись!»

Потом он рассказал всю историю целиком. Когда ему было 6 лет, он вместе со школьным классом пошел на аттракцион «Дом призраков» (хотя по правилам детей такого возраста туда пускать не должны). Там его охватила паника, он обмочился, но не показал своего испуга и потом постарался как можно быстрее вытеснить это неприятное воспоминание, которое припомнил только сейчас. Было проведено несколько сеансов гипноза с внушением, что он сможет прерывать приступы, считая от 10 до 1. Несколько дней персоналу удавалось прекращать приступы, говоря мальчику (который в целом был в это время недоступен), что ему надо считать в обратном порядке. Затем он начал считать самостоятельно и через два дня припадки пре-

187

кратились. Они не повторялись и после отмены противосудорожных средств.

Можно предположить у этого мальчика страх не только перед 12-ю часами, но и перед 12-ю годами, так как припадки начались, когда Джон приблизился к этому возрасту. Он сохраняет инфантильные черты — доверчивость и послушание, не проявляет подросткового протеста и самоутверждения. Обратный счет создал иллюзию контроля времени и переместил проблему из физической сферы в психическую, таким образом диссоциация прекратилась.

Тики — произвольные, внезапные, неритмичные, быстрые и стереотипные действия или движения, утратившие свой первоначальный смысл. Они усиливаются при переживании тревоги и исчезают во время сна. Мышечные спазмы используются как средство для удержания неприемлемого материала в вытесненном состоянии. Внешнее мышечное давление как бы уравнивает внутренний напор вытесненных побуждений, стремящихся к двигательной разрядке.

Тики могут напоминать движение откидывания волос, освобождение шеи из тугого воротничка, моргание при попадании в глаз соринки и т. п. Реже бывают движения верхних конечностей, еще реже — туловища и нижних конечностей. Возможны дыхательные и звуковые тики. Встречаются ритмичные подергивания головы, спазмы век, губ и языка. Тики отмечаются у 25% детей школьного возраста, в основном у мальчиков.

Приведу пример из собственной практики.

Экономист 32 лет был направлен ко мне психиатром в связи с отсутствием эффекта лечения. Ему поставили диагноз: депрессия с навязчивостями. В кабинет он вошел неуверенно, смотрел исподлобья, озираясь, смущенно улыбался. Сел в кресло боком, начал ерзать, то подтягивал

широкие джинсы, то подхватывал портфель, лежавший на коленях, то вытирал пот со лба, так как был одет не по сезону жарко. На нем была большого размера темная толстовка, из-под которой выглядывала такая же темная футболка. Говорил он вначале тихо, затем очень громко, пересыпая книжный слог матом. Был обстоятелен, эмоционально монотонен, серьезен. Пытался контролировать ход беседы, навязчиво задавая уточняющие вопросы. Держался то стеснительно, то фамильярно. Жаловался на неконтролируемые движения: часто подерги-

188

вает брюки, это вызывает опасение потерять управление во время езды на автомобиле. В общественном транспорте у него развивались панические атаки со страхом смерти от удушья, сумасшествия, деперсонализацией-дереализацией. С детства молодой человек боялся темноты и закрытых помещений, спал с ночником и открытой дверью. Не пил пива и шампанского, так как несколько раз чуть не захлебнулся этими пенными напитками. В момент прихода ко мне переживал очередной приступ депрессии, который начался после потери работы. Он устроился на нее несколько месяцев назад, очень старался, был на хорошем счету, затем вступил в конфликт с администрацией из-за нескольких опозданий и был уволен. Такие ситуации с работой и последующие депрессивные состояния повторялись неоднократно, в это время он залеживается в постели и пользовался материальной поддержкой отца. Пациент женат, имеет 7-летнюю дочь. Ценит жену за ее заботу и терпение, но считает ее скучной и не способной понять его переживания. Он уходил от нее к другой женщине. Та была старше его и с готовностью занималась с ним анальным сексом, в котором ему отказывала жена. Жена в это время жила с другим мужчиной, но после увольнения мужа снова приняла его и настояла на лечении. В процессе динамической терапии оживилось воспоминание, как он в детстве спал в одной постели с дедом и однажды проснулся оттого, что дед «пристроился сзади». От испуга мальчик притворился спящим. Он испытывал удовольствие оттого, что дед ласкал его, так как родители обращались с сыном строго. Позже он побоялся рассказать им о поведении деда, который был главным авторитетом в семье. И с этого времени ложился спать в трусах, ждал, пока дед заснет, и только после этого засыпал сам, крепко сжимая трусы обеими руками — так же, как непроизвольно подтягивает их теперь. С авторитетами любого пола ведет себя одинаково: вначале заслуживает расположение, а потом «гадит».

В ходе терапии выравнивалось настроение пациента, прошли мешающие движения, он устроился на работу, улучшились отношения с женой.

© *Парень все время ходит с полным карманом презервативов.*

189

— *Куда тебе столько? — спрашивают его.*

— *А-а-а, — вздыхает тот. — Мне они и не нужны. Дело в том, что у меня нервный тик, а от него помогает анальгин. Прихожу в аптеку, спрашиваю: «Мне бы анальгинчику». И никак не могу удержаться, чтобы не моргнуть. Мне и отвечают: «Понятно, сейчас завернем».*

Спастическая кривошея проявляется в непроизвольных поворотах головы в сторону, чаще возникающих внезапно и резко, но иногда развивающихся медленно, малозаметно. Повороты головы могут быть от едва заметного до полного отведения в сторону. Часто им предшествует судорожное напряжение мускулатуры шеи и затылка. В легких случаях и в начальной стадии расстройства возникает лишь вращательное движение головы на несколько секунд, как при тесном

воротничке (Броневой в роли Мюллера в «Семнадцать мгновений весны»). Расстройство проявляется при волнении и в присутствии посторонних. Такие больные обычно консервативны, догматичны, мало способны к фантазиям и рефлексии, как правило, сильно привязаны к семье и при этом обнаруживают склонность к вуайеризму и эксгибиционизму. Поворот головы в сторону символизирует отворачивание от конфликтной ситуации или от человека.

Приведем пример (по Бройтигаму и др., 1999).

Т., очень крупный 24-летний мужчина с детским лицом, три месяца страдает спастической кривошеей. Его голова непроизвольно поворачивается налево, и если он пытается сопротивляться этому, появляются грубые подергивания. В детстве его жестко подавлял отец, мать вместе с сыном противостояла отцу, а мальчик ограничивался молчанием, так как ему всегда трудно было высказываться. В школе и во время обучения столярному делу Т. очень болезненно реагировал на замечания, молча дрожал всем телом. Он всегда старался безупречно выглядеть, был очень ответственным, открытым и великодушным, даже отчаянным, скрывая внутреннюю неуверенность. И целиком зависел от производимого на людей впечатления и их оценки.

Т. встречался с жизнерадостной требовательной девушкой, совершал с ней зарубежные поездки, покупал ей дорогую одежду, собирал деньги на машину, работая день и ночь. Однако подруга ждала от него большего. Нарастал конфликт, и у него впервые появилось ощущение напряжения в левой

190

половине шеи. Девушка начала встречаться с другим, и он разорвал отношения, после чего напряжение в шее исчезло. Вскоре он познакомился с другой девушкой, всегда стремился предложить ей что-нибудь особенное, много работал для этого, но сомневался, что она это ценит. Через несколько месяцев он снова «оказался среди проигравших». У него возникла резкая неприязнь к девушке и к своему хозяину. И вскоре он не мог появиться на людях без того, чтобы у него не началась дрожь во всем теле. Затем появилась кривошея и за несколько недель усилилась настолько, что лишила его трудоспособности.

**Писчий спазм** выглядит как непроизвольное тоническое судорожное сокращение мышц руки при письме (рука акушера). Судорога может охватывать всю руку и возникать не только при письме, но и при еде, питье, бритье, игре на музыкальных инструментах. Расстройство возникает преимущественно у мужчин и иногда сочетается с заиканием, тиками и спастической кривошеей. В большинстве случаев при этом имеется профессиональная необходимость писать много, быстро, красиво или отчетливо. Имеет значение разрыв между реальными качествами личности и высоким уровнем притязания, в том числе к своему почерку. За внешней скромностью таких людей может скрываться безмерное честолюбие.

Событием, вызывающим писчий спазм, нередко служит конфликт между искушением прибегнуть к обману и требованиями совести, например, у банковских служащих, бухгалтеров с обостренным чувством долга. Писчий спазм препятствует совершению преступления, поскольку не дает им составить или подписать ложный документ.

У секретарш встречается спазм машинисток, связанный с тем, что они испытывают глубокое нежелание печатать определенный текст или выполнять заказ определенного лица.

Профессиональный спазм музыкантов и писателей может возникнуть, если избранная деятельность возбраняется Супер-Эго в силу ее скрытого сексуального значения, а у моральных мазохистов — при близости запретного успеха.

Приведу пример из собственной практики.

Молодая женщина, дочь известного музыканта, после окончания консерватории работала концертмейстером в Большом театре. Из-за постепенно усиливающегося спазма кистей перестала справляться с работой. У нее снизилось

191

настроение, появилось нежелание жить. Так случилось, что она пошла в лес и отморозила кисти рук.

При поступлении пациентка рассказала, что музыкой никогда не увлекалась, боялась экзаменов и выступлений, во время которых сильно потели ладони, играла, как «заведенная кукла». В то же время она гордилась высокой техникой своей игры, много времени проводила за инструментом. Близких друзей и подруг никогда не имела, была девственницей.

На работе у нее не сложились отношения с дирижером. Однажды на репетиции она сильно обиделась на него, и во время игры быстрого пассажа у нее возник спазм кистей, который стал повторяться при исполнении этого места. Женщина потеряла уверенность в себе, шла на работу, как на экзамен, опасалась потерять профессию. Она принимала транквилизаторы, из-за которых чувствовала себя апатичной, играла без экспрессии, вызывая критику дирижера.

Однажды во время ответственного выступления у нее снова возник спазм, она не могла продолжать аккомпанировать певцу, и ее пришлось заменить. Это сильно ударило по самолюбию пациентки. Она оформила больничный листу психиатра и переживала, что ее сочтут «психом» на работе. Пациентка не видела выхода из сложившейся ситуации.

С ней была проведена кризисная терапия, в ходе которой выровнялось настроение, она стала живее, общительнее и даже увлеклась молодым сотрудником, навещавшим ее в клинике. Со временем пациентка овладела навыками аутогенной тренировки, и у нее появилась уверенность, что благодаря этим упражнениям она сможет справиться с мышечным напряжением в кистях.

Перед выпиской она приняла участие в праздничном концерте, организованном в отделении.

Писчий спазм больше не возникал.

При кривошее и писчем спазме эффективны следующие формулы самовнушения в аутотренинге. «Мои шея и плечи тяжелые и теплые. Спазм не имеет значения. Мышцы расслабляются. Мышцы шей чувствуют себя свободно и легко. Мышцы шеи расслаблены и свободны. В мышцах шеи нет никакого напряжения. Мои руки, мои кисти тяжелые и теплые. Руки и пальцы рук расслабляются. Пальцы действуют легко и свободно. В моих мышцах нет места спазму» •

При **речевых расстройствах** наблюдается заикание, наруш<sup>16'</sup>ение артикуляции, отсутствие голоса и речи, сурдомутизм (глухоне'

192

мота). Характерно, что больной с мутизмом произносит членораздельные слова и слоги шепотом,

но нечленораздельные звуки и кашель остаются громкими. Как и другие конверсионные расстройства, диссоциативное нарушение речи легко устраняется с помощью гипнотического внушения.

Приведу пример из собственной практики.

Молодожены после свадьбы ушли спать на сеновал, и женщина проснулась оттого, что почувствовала в волосах ужа. От страха она онемела и наутро была доставлена мужем на прием.

Больная находилась в самопроизвольном трансе, и ей было внушено сноговорение с императивной суггестией, что речь сохранится и по выходе из транса. Речь восстановилась, но в последующей беседе выяснилось, что у женщины имеется коитофобия и уж, по-видимому, символизировал фаллос, а «запечатанные уста» — перемещенный вагинизм. Была предложена секс-терапия, от которой супруги отказались, заявив, что сами справятся с этой проблемой.

### **НИЧЕГО НЕ ВИЖУ, НИЧЕГО НЕ СЛЫШУ...**

**Диссоциативные сенсорные расстройства** (F44.6) подразделяют на истерическую анестезию и выпадение функций органов чувств.

При **истерической анестезии** происходит вытеснение кожных ощущений (прикосновения, давления, растяжения, вибрации, боли, увлажнения, колебаний температуры). Локализация нарушений чувствительности соответствует представлениям больных (конечности немеют по типу «носков и перчаток», граница нарушения чувствительности на лице и туловище проходит по средней линии).

Обычно утрачиваются лишь некоторые аспекты кожной чувствительности, так что частичный тактильный контакт с объектом сохраняется. Осознание кожных ощущений прекращается при сверхсильном воздействии аналогично защите с помощью изоляции аффекта. Кроме того, оно служит защитой от непереносимых эмоций, которые связаны с реальным или возможным прикосновением. Нарушение кинестетической чувствительности (выпадение ощущений, связанных с движениями в суставах) приводит к Двигательным нарушениям. Недостаточное осознание собственного тела ассоциируется с его отчуждением.

13 —5184

193

Истерическую потерю кожной чувствительности, например, на левой кисти, можно быстро устранить следующим внушением в гипнозе:

«Сейчас я буду считать от одного до пяти, и на счет «пять» вы начнете ощущать, что на вашу правую кисть надета тесная толстая кожаная перчатка. После этого я буду прикасаться к тыльной стороне вашей правой кисти булавкой. Эти прикосновения будут совершенно безболезненными для вас. Начинаю считать. Один... два... три... четыре... пять... Сейчас на вашей правой руке надета толстая кожаная перчатка. Она тесно сдавливает вашу кисть, кисть онемела, как на морозе, кожу как будто обкололи, заморозили новокаином. Вашу кожу надежно защищает толстая кожаная перчатка, которую невозможно проколоть. Вы сможете чувствовать только давление булавки, но не боль. Я прикасаюсь к вашей правой руке булавкой, давлю все сильнее. Вы чувствуете давление и только давление, никакой боли незаметно.

Теперь я поглаживаю вашу правую кисть, вы чувствуете сейчас, что я снимаю с нее тесную перчатку, кожа становится розовой от прилива крови, она снова чувствительная, нежная, тонкая. Если ее уколоть булавкой, вы сразу почувствуете боль. Я слегка покалываю вашу кисть, и она отдергивается от укола».

После этого реализуется внушение, что точно так же восстановится чувствительность левой кисти.

**Выпадение функций органов чувств** проявляется как частичная или полная потеря зрения, слуха или обоняния. При этом на заданный вопрос: «Вы меня слышите?» — больной с избирательной глухотой отрицательно качает головой. У больных истерической слепотой зрачки реагируют на свет. Часто выпадает лишь периферическое зрение, больные не ушибаются при передвижениях за счет сохранения центрального поля зрения (феномен «тоннельного зрения»). При микропсии

объекты кажутся уменьшенными, как при взгляде в перевернутый бинокль.

Истерическое нарушение чувственного восприятия наступает после психотравмы и символизирует отрицание определенных аспектов действительности. Так, слепота может означать отказ смотреть на нечто ужасное или запрет на подглядывание. Микропсия может быть проявлением магического желания уничтожить объекты взглядом и одновременно вернуть их.

194

Н. Владиславова (2000) приводит пример использования техники НЛП при лечении женщины, которая потеряла зрение после бомбежки. Был установлен раппорт и ресурсный якорь. Затем за плечами больной было «помещено» солнце, закрытое шторкой. Ей было предложено представить впереди картинку с бомбежкой, держа ресурсный якорь, психолог говорит: «Бомбежка — это там, впереди, далеко-далеко. А мы с тобой здесь и от нее отделены. 0 сейчас я скажу тебе «Раз... два... три!». И на слове «три» шторки раздвинутся, и свет пойдет туда мощнейшим потоком, а ты в это время будешь внимательно следить за тем, что происходит». Через 20 минут зрение восстановилось.

© — *Доктор, у меня плохо со зрением.*

— *В чем это выражается?*

— *Вот вы, например, видите справа на столе муху, ая-нет.*

## НЕВРАСТЕНИЯ -

### ДИРЕКТОРСКИЙ НЕВРОЗ

**Неврастения** (F48.0) проявляется в виде повышенной возбудимости в сочетании со стойким и мучительным чувством снижения умственной и физической продуктивности. Больным трудно сосредоточиваться, ждать, выполнять мелкую и точную работу. Их самочувствие крайне неустойчиво и зависит от внешних причин. По утрам оно плохое, на людях больные «разгуливаются», к вечеру нарастает усталость. В отличие от обычного переутомления это состояние не проходит после отдыха.

На первом этапе болезни появляется *раздражительная слабость*: неспособность расслабиться, раздражительность, слезливость, стягивающая головная боль («каска неврастеника», вызываемая напряжением мышц сухожильного шлема головы), острые или хронические мышечные боли.

Отмечается также *вегетативная лабильность*: сердцебиение, колебания АД и температуры, потливость, охлаждение и посинение конечностей, снижение либидо и потенции, нарушение сна и аппетита, повышенная метеочувствительность. Спастические симптомы, сдерживающие разрядку напряжения (мышечные и сосудистые спазмы, головные боли, запоры), чередуются с произвольными взрывными разрядами (суетливость, дрожь, потливость, Понос).

195

1

Затем появляются *сенсомоторные расстройства*: повышение чувствительности к различным раздражителям, к ощущениям со стороны внутренних органов. Формируется ипохондрическая настроенность, усиливающая тревожные ожидания и еще больше понижающая порог ощущений. В дальнейшем присоединяются *аффективные нарушения*: снижается эмоциональный контроль, появляются вспышки обиды, гнева, плача по ничтожным поводам, которые неожиданно быстро проходят. Больные становятся неусидчивыми, нетерпеливыми и нетерпимыми. Они все чаще жалуются на нарушения памяти, невозможность усвоить новую информацию. Больные пытаются



заставить себя работать, строят нереальные планы, берутся сразу за несколько дел. Однако эти попытки не удаются и лишь ухудшают состояние, усиливая их недовольство собой и раздражение против окружающих. Больные тревожно анализируют неприятные ощущения, находят у себя признаки то одного, то другого опасного заболевания.

С учетом этиологии выделяют два варианта неврастения: невроз истощения, причиной которого являются непомерные интеллектуальные нагрузки, и реактивную неврастению. Последняя обусловлена травмирующими ситуациями с предшествовавшими астенизирующими факторами в виде недосыпания, соматической болезни, утомления. В обоих случаях важную роль играет страх перед неудачей, характерологически обусловленное несоответствие между возможностями, стремлениями и завышенными требованиями к себе («директорский невроз»).

© В чем разница между сумасшедшим и неврастеником? — Сумасшедший считает, что дважды два — пять. Неврастеник же знает, что дважды два — четыре, но это его ужасно расстраивает.

### *Литература*

Бройтигам В. и др. Психосоматическая медицина: Краткий учебник. - М., 1999.

Брилл А. Лекции по психоаналитической психиатрии. — Екатеринбург, 1998.

Владиславова Н. Русское боевое НЛП в Чечне // Моск. психотер. журнал. - 2000. - № 1.

Владиславова Н. Русское боевое НЛП в Чечне — 2 // Моск. психо-тер. журнал. - 2000. — № 2.  
196

Гиндикин В. Я. Лексикон малой психиатрии. — М., 1997.

Гиндикин В. Я. Справочник: соматогенные и соматоформные психические расстройства: Клиника, дифференциальная диагностика, лечение. — М., 2000.

Гринберг Дж. Управление стрессом. — СПб., 2002.

Дюбуа П. Психоневрозы и их психическое лечение. — СПб., 1912.

Кемпински А. Психопатология неврозов. — Варшава, 1975.

Кляйн М. и др. Развитие в психоанализе. — М., 2001.

Аоуэн А. Предательство тела. — Екатеринбург, 1999.

Аоуэн А. Физическая динамика структуры характера. — М., 1996.

Аоуэн А. Язык тела. - СПб., 1997.

Мак-Нили. Прикосновение: Глубинный анализ и телесная терапия. - М., 1999.

Мэй Р. Смысл тревоги. — М., 2001.

Никитин В. Н. Психология телесного сознания. — М., 1999.

Оудсхоорн Д. Н. Детская и подростковая психиатрия. — М., 1993.

Семенович А. В. (ред.) Комплексная методика психомоторной коррекции. — М., 1998.

Старшенбаум Г. В. Психотерапия острого горя // Соц. и клин, психиатр. - 1994. - № 3.

Старшенбаум Г. В. Суицидология и кризисная психотерапия. — М., 2004.

Телесно-ориентированная психотерапия: Классические и современные направления: Хрестоматия. — СПб., 2000.

Тэхкэ В. Психика и ее лечение: Психоаналитический подход. — М., 2001.

Фельденкрайз М. Искусство движения: Уроки мастера. — М., 2003.

Фрейд А. Теория и практика детского психоанализа. — М., 1999. — Т. 1-2.

Фрейд З. Анализ фобии пятилетнего мальчика // Фрейд З. Психология бессознательного: Сб. произведений. — М., 1990. — С. 39 — 122.

Хорни К. Собр. соч.: В 3 т. - М., 1997.

Хрестоматия по телесно-ориентированной психотерапии и психотехнике. — М., 1997.

Эриксон Э. Идентичность: Юность и кризис. — М., 1996.

Holmes T., Rahe R. Holmes-Rahe life changes scale // J. Psychosom. Res. - 1967. -Vol.11. - P. 213-218.

## **«НЕПРАВИЛЬНЫЕ» БОЛЬНЫЕ**

**Соматоформные расстройства (F45)** характеризуются неопределенными соматическими жалобами при отсутствии выявленной патологии. Установить психогенное происхождение расстройств мешает характерная для этой группы больных алекситимия. Обычно это работницы конвейеров, педагоги, врачи и другие представители «обслуживающих» профессий. У них могут развиваться маскированная депрессия с суицидальными тенденциями и сексуальные извращения. В развитии болезни играют роль переживания, связанные с утратой работы, семейная неустроенность, переутомление, соматическая ослабленность. Межличностные отношения бедные, с выраженной зависимостью или одиночеством, слабыми связями с социальным и культуральным фоном. У многих из них возникает зависимое отношение к определенному медицинскому учреждению, которое становится центром жизни пациента (*синдром альбатроса*). Соматоформные расстройства включают сома-тизированное и ипохондрическое расстройство, соматоформную вегетативную дисфункцию и хроническое соматоформное болевое расстройство.

### **ВСЯ НЕ МОГУ!**

«Вся не могу», — такова была единственная жалоба моей первой пациентки — молодой крепкой уралочки, которой я тогда так и написал в амбулаторной карте: «Общее недомогание».

**Соматизированное расстройство (F45.0)** называют еще *синдромом Брике*, по фамилии описавшего его французского врача. Оно возникает чаще у женщин с началом менструаций и проявляется в виде самых разнообразных вегето-висцеральных расстройств, возникающих при фрустрации актуальных потребностей. Наиболее распространенными симптомами являются тошнота и рвота, затрудненное глотание, боли в конечностях, одышка, осложнения при менструациях. В анамнезе обычны многочисленные госпитализации в соматические стационары и безрезультатные хирургические операции.

У таких пациентов преобладают истероидные и компульсивные черты личности. Больные отличаются эмоциональной неустойчивостью, импульсивностью и тревожной депрессивностью. Свои жалобы они излагают весьма драматически, излишне детализиро-

**198**

ранно и в то же время расплывчато, неточно и несогласованно по времени. Больные крайне чувствительны к вниманию окружающих, склонны к манипулированию и не доверяют врачам. У них обычно неустойчивые супружеские отношения, нередко суицидальные мысли, которые могут реализоваться на фоне злоупотребления психоактивными веществами. Для больных типичны ипохондрические установки:

1. Катастрофическая оценка ощущений:

- тошнота зачастую является признаком нераспознанной язвы желудка;
- внезапно возникающие боли в суставах предвещают паралич;
- «если я плохо себя чувствую, это очень дурной признак».

2. Отсутствие толерантности к соматическим нарушениям:

- «я с большим трудом переношу боль»;

- «при соматическом нарушении я как можно скорее обращаюсь к врачу».

### 3. Физическая слабость:

- «я должен избегать чрезмерных усилий, чтобы сберечь силы»;
- «если я вспотел, то это говорит о том, что моему организму противопоказаны нагрузки».

Диагноз ставится при соответствии следующим критериям:

1. Наличие в течение двух и более лет множественных и видоизменяющихся соматических симптомов, которым не было найдено адекватного соматического объяснения.
2. Постоянная озабоченность симптомами, ведущая к многократным консультациям и обследованиям, постоянному самолечению и обращениям к представителям парамедицины.
3. Проявление постоянного недоверия к врачам различных специальностей, которые пытались разубедить больного в существовании органической причины симптомов, упорный отказ следовать врачебным рекомендациям.
4. Больной обнаруживает не менее шести симптомов из двух различных групп:
  - а) желудочно-кишечные симптомы: боли в области живота, тошнота, чувство переполнения или вздутия живота, дурной привкус во рту, рвота или отрыжка пищей, частый жидкий стул или самопроизвольный выход жидкости из ануса;

199

- б) сердечно-сосудистые симптомы: одышка без нагрузки, боли в грудной клетке;
- с) мочеполовые симптомы: дизурия или учащенное мочеиспускание, неприятные ощущения в половых органах, необычные или обильные менструальные кровотечения, рвота при беременности, сексуальное безразличие или дисфункция;
- д) кожные и болевые симптомы: появление пятен на коже или изменение ее цвета, неприятное онемение или покалывание, боли в суставах, конечностях или в спине, головные боли.

Длительный поддерживающий контакт с врачом позволяет вдвое снизить число госпитализаций.

Необходимо проявить серьезное отношение к симптомам и постепенно перемещать фокус внимания на межличностные конфликты в окружении больного. Показана релаксационная и поведенческая психотерапия.

© Здоровье — это когда у вас каждые й день бол ит в другом месте.

## ИПОХОНДРИК НЕСЧАСТНЫЙ

*Постоянное стремление сохранить телесное здоровье*

*связано с той трудностью, что такое стремление*

*чревато потерей здоровья психического.*

*Г. К. Честертон*

**Ипохондрическое расстройство (F45.2).** Термин происходит от греческого слова *hypochondria*

(подреберье). Древнеримский врач Гален, давший название этой болезни, связывал ее с заболеванием печени. У больных наблюдается стойкое убеждение в наличии одного или нескольких тяжелых прогрессирующих заболеваний или дефекта внешности. Симптомы чаще касаются желудочно-кишечных органов, сердечно-сосудистой системы, кожи и слизистых; одна из наиболее часто предполагаемых пациентами болезней — рак. Расстройство встречается чаще у мужчин, пик заболевания приходится на 40 — 60 лет.

Больные жалуются на «разорванный» сон во второй половине ночи с ранним пробуждением, расстройства аппетита, тяжесть и стеснение в груди, озноб, давление и пульсацию в различных частях тела. Свои жалобы на здоровье больные излагают детально, сопровождают их

демонстрацией обширной медицинской документации, ссылаются на прочитанную в популярной литературе ин-

200

формацию. При этом они игнорируют занятость врача, других боль-ных, ожидающих приема,,

жалуются на предыдущих специалис-тов, близких, начальство и т. п. Их монолог отличается монотоннос-тью, эмоциональной невыразительностью, однако при попытке прервать его или не согласиться с каким-то утверждением они проявляют бурное негодование. Такие больные многократно пытаются убедить в этих диагнозах специалистов, занимаются самолечением. Эти люди становятся профессиональными медиками или, наоборот, с пренебрежением относятся к медицине и к собственному здоровью.

В отличие от больных соматизированным расстройством внимание ипохондрика в большей степени направлено на наличие предполагаемого прогрессирующего заболевания, а не на сами симптомы. Ипохондрический больной чаще настаивает не на ликвидации симптомов, а на обследовании, чтобы подтвердить наличие воображаемой болезни. Если больные соматизированным расстройством могут употреблять избыточное количество лекарств, то ипохондрические больные обычно опасаются лекарств и их побочных действий.

Ипохондрический синдром, как правило, развивается у тревожно-мнительных личностей. При этом преморбидно он может проявляться в контрфобической форме — как «*ипохондрия здоровья*». Она наблюдается у стеничных людей, любующихся своим телом, получающих удовольствие от ежедневных физических упражнений. Психотравмы, соматические болезни и резкое прекращение физических нагрузок приводят у них к появлению повторяющихся «ипохондрических раптусов» — вегетативно-эмоциональных приступов с внезапным кратковременным выявлением черт тревожной мнительности, фобическими и дисфорическими проявлениями, сенестопатиями и вегето-сосудистыми кризами.

Еще Мишель Монтень писал: «Постоянно приходится видеть, как такие больные делают себе кровопускание, очищают желудок и пичкают себя лекарствами, стремясь исцелиться от воображаемой болезни. У такого больного камни иной раз возникают скорее в Душе, чем в почках, своим воображением он предвосхищает боль и сам бежит ей навстречу, словно боясь, что ему не хватит времени страдать от нее, когда она действительно на него обрушится».

Выделяют *сенесто-ипохондрический синдром*, развивающийся из сенестопатий — крайне тягостных необычных ощущений: Жжения, переливания, разбухания и т. п. Эти ощущения трудно поддаются описанию, они изменчивы, не имеют определенной локализации и связи с конкретными органами. Иногда больные мо-

201

гут наносить себе повреждения в тех областях тела, где неприятные ощущения особенно велики. На фоне пониженного настроения с идеями самообвинения могут развиваться суицидальные тенденции. В ряде случаев к сенестопатиям присоединяются сверхценные ипохондрические идеи, которые могут переходить в монотематический бред.

*Дисморфофобия* проявляется в виде глубокой озабоченности мнимыми или незначительными недостатками своей внешности или запахами тела, якобы отталкивающими окружающих.

Расстройство в основном встречается у подростков, юношей и девушек. Больные чаще всего переживают из-за своих морщин, пятен и волос на коже, величины носа, груди или пениса, ширины бедер, размера ступни. Некоторые делают пластические операции. По американским данным, 30% людей с таким расстройством заключили себя в стенах дома, а 17% предпринимали попытки самоубийства.

Такой диагноз ставят, если наблюдается:

- 1) стойкое, сохраняющееся не менее 6 месяцев убеждение в наличии у себя конкретного тяжелого соматического заболевания;
- 2) стойкая озабоченность дисморфобическим уродством;
- 3) наличие критериев 2 и 3 соматизированного расстройства.

Э.Берн (2001) описывает игру «Рана» (вариант игры «Подумайте, какой ужас!»). В нее играют в компании, имитирующей медицинский коллектив. Говорят только о тяжелых болезнях, кровавых травмах, трудных родах, полостных операциях и т. п. Обсуждают механизмы болезней, диагнозы, прогнозы, сравнивают различные истории болезней. Каждый стремится превзойти других рассказчиков в медицинской компетентности и яркости клинической картины. Основной девиз: «Какая жалость!» Более драматический вариант этой игры описан в разделе расстройств личности как синдром Мюнхгаузена.

**Психодинамика.** Ипохондрическое отношение, по З. Фрейду, существует к тем органам, которые содержат в себе переизбыток либидинозного напряжения. Болезненные ощущения вызываются недостатком адекватной разрядки из-за нарциссического изъятия катексиса и переноса либидо с объектов на собственные органы. О. Фенихель (2004) замечает, что усиление притока либидинозной энергии к больному органу может иметь для него целительное значение. С другой стороны, у ипохондриков, боящихся ощущений своего тела и отвергающих их, наблюдается отток либидо от органов (контркатексис). При этом первоначальная враждебность к

202

объекту оборачивается против Эго, и ипохондрия служит удовлетворению чувства вины. Можно предположить участие этого механизма в нигилистическом ипохондрическом бреде Котара, для которого характерна убежденность в атрофии органов или прекращении их функционирования. Пауль Шильдер (1996) рассматривал чувство напряжения, растягивания, уплотнения и отвердения как указание на мужские гениталии. Он объяснял развитие ипохондрической фиксации тем, что «Я-идеал» не хочет мириться с чрезмерной нарциссической насыщенностью органов и стремится вытеснить их вовне. Эти органы становятся объектом повышенного самонаблюдения, что сближает их в восприятии с объектами внешнего мира. Такую же защиту объективированием «Я-идеал» использует для избавления от мыслей, которые подверглись чрезмерной либидинозной насыщенности. Путем повышенного самонаблюдения подобные мысли становятся навязчивыми и таким образом выводятся из подсознания.

В. Бланкенбург (Blankenburg 1971) считает, что для ипохондрика его тело становится значимым партнером. При этом ему трудно найти середину между достойной наказания беззаботностью и устрашающей чрезмерной озабоченностью своим телом.

По мнению Г. С. Салливана (1999), фиксация на своем здоровье служит вытеснению интрапсихического конфликта, возникающего в межличностных ситуациях, в результате психическое расстройство оказывается единственным социальным аспектом жизни ипохондрика. Р. Тёлле (1999) указывает, что сенесто-ипохондрический синдром может развиваться у пациента в

результате его идентификации с больным родственником под влиянием чувства вины за свое преимущество и инфантильного страха кастрации. Ипохондрические опасения имеют защитное значение, поскольку ограждают от столкновения с более серьезными угрозами и с самой смертью. **Психотерапия** сводится к периодическим осмотрам врача, убеждающим больного, что он не покинут и его переживания воспринимаются всерьез. Подобные осмотры и беседы оказывают на больного кратковременное успокаивающее воздействие. Кроме того, нельзя забывать, что за ипохондрическим фасадом может развиваться органическая болезнь. Так, Мольер, игравший главную роль в своей пьесе «Мнимый больной», на четвертом представлении упал на сцене и чуть позже умер.

Целесообразно рассмотреть вместе с пациентом образование Порочного круга: оценка себя как больного — повышение щадяще-

203

го и избегающего поведения — ослабление физической выносливости — учащение неприятных ощущений при нагрузке и появление их в результате тревожного ожидания — подкрепление мысли о болезни. Осознание этого механизма облегчает решение о необходимости заниматься физкультурой, чтобы постепенно улучшить свою физическую форму и самочувствие.

В процессе психоанализа больных ипохондрическими фобиями (нозофобиями) важно выявить символическое значение затронутых органов, которые могут ассоциироваться со страхом кастрации, беременности, объектами идентификации, которые магически инкорпорируются через определенные отверстия тела. Может быть полезен также групповой подход, обеспечивающий социальное взаимодействие и поддержку. М. Е. Бурно разработал эффективный метод групповой терапии ипохондрических расстройств творческим воображением.

Приведем пример (Каплан и Сэдок, 1994).

28-летний рентгенолог прошел тщательное стационарное обследование по поводу приступов болей в желудке, чувства «переполнения», «урчания» в кишечнике и твердого образования, которое он ощущал в левом нижнем квадранте живота.

В течение последних нескольких месяцев он все больше убеждался в том, что у него рак кишечника. Каждую неделю проверял стул на наличие скрытой крови и каждый день по 15 — 20 минут тщательно пальпировал живот, лежа дома в постели. Тайно делал сам себе рентген после работы. Большую часть времени больной проводил дома один, лежа в постели.

Когда ему было 13 лет, при обследовании в школе у него прослушали шум в сердце. Его младший брат умер в раннем детстве от врожденной болезни сердца. После этого пациент временами обнаруживал шум и неприятные ощущения в сердце и даже перестал посещать школу до тех пор, пока шум не прекратился. Он продолжал испытывать страхи за сердце и в дальнейшем. Окончив медицинский институт, он периодически замечал симптом, который поглощал все его внимание. При этом молодой человек проходил обследование, результаты которого были отрицательными.

© — *Вы ипохондрик.*

— *Что это значит?*

— *Это значит, что вы чувствуете себя хорошо только тогда, когда вы плохо себя чувствуете.*

## **ОРГАНЫ НЕРВНИЧАЮТ**

**Соматоформная вегетативная дисфункция (F45.3)** охватывает очень широкий круг расстройств, поскольку вегетативная нервная система управляет деятельностью всех внутренних органов.

## **СЕРДЦЕ ОСТАНАВЛИВАЕТСЯ, ГОЛОВА КРУЖИТСЯ...**

**Психогенные сердечно-сосудистые расстройства (F45.30)** включают следующие нарушения.

**Психогенная кардиалгия** у лиц с нормальным состоянием коронарных артерий наиболее часто встречается среди соматоформных расстройств сердечно-сосудистой системы. Больные составляют до 20% пациентов кардиологических отделений. Расстройство проявляется в виде болевых приступов в грудной клетке, возникающих на фоне явного переутомления у астеничных лиц, как правило, не старше 40 лет, чаще у женщин. Наиболее характерны тупые, ноющие, щемящие, глухие боли, усиливающиеся при дыхании, тогда как для стенокардии типична острая, резкая, сжимающая, давящая, жгучая боль за грудиной, не усиливающаяся при дыхании. Однако и при психогенной кардиалгии пациенты могут жаловаться на сжимающие, грызущие, давящие, жгучие болевые ощущения. У некоторых из них отмечаются также колющие, пронзающие, пульсирующие боли.

Болевые ощущения локализуются обычно в области верхушки сердца, левого соска и за грудиной. Иногда боли распространяются в левое подреберье и левую подмышечную область, отдают в левое плечо, под лопатку и руку, изредка в ногу и сочетаются с ощущением онемения в них или гиперестезией. Больные могут жаловаться, что сердце «горит огнем», при этом они обычно испытывают сильное сердцебиение или, наоборот, ощущают, что сердце «застывает и покрывается льдом, как в холодильнике», что сопровождается чувством замирания или спазмами сердца, онемением левой половины грудной клетки. Может появляться ощущение перемещения сердца («сердце не на своем месте»), уменьшения его в объеме или увеличения до таких размеров, что оно не помещается в грудной клетке. Для таких больных типична выраженная изменчивость характера и локализации болевых ощущений.

**205**

Боль в грудной клетке ограничивает дыхательные движения, возникает ощущение нехватки воздуха и отсутствия насыщения вдохом, появляется страх смерти от удушья. Если при стенокардии дыхание не влияет на интенсивность боли, то при кардиалгии оно настолько усиливает боль, что больные боятся дышать.

В отличие от классической стенокардии наблюдается более медленное, постепенное нарастание боли. Приступ кардиалгии длится часами и сутками, тогда как при стенокардии длительность болей измеряется минутами. Боли связаны с волнением, а не с физической нагрузкой, которая, как и отвлечение, уменьшает боли. Болевой синдром часто развивается уже после окончания физической нагрузки и нередко не снимается во время отдыха.

Характерны жалобы на чувство тревоги и тяжести в области сердца или левой половины грудной клетки в сочетании с беспричинным подташниванием, слабостью и угнетенным настроением по утрам или в связи с приближением ночи, а также во время тревожных мыслей при бессоннице. Для таких больных характерна диффузная тревога со смутным ощущением опасности, чувство беспричинной усталости и одышка, сочетание болевого синдрома в области сердца или левой половине грудной клетки с кардиофобическими переживаниями, четкая связь болевого приступа с эмоциональным стрессом или постоянной внутренней напряженностью.

Как правило, приступы связаны с местом, где происходит конфликт. Они могут возникать исключительно дома или на работе. Некоторые больные страдают загрудинной болью по пути на работу, но безболезненно совершают бесцельные многокилометровые прогулки.

Во время приступа больные тревожны до паники, мечутся по комнате или даже катаются по полу, тогда как для стенокардии характерны заторможенность, стремление максимально ограничить движения. Больные психогенной кардиалгией во время приступа принимают любые попавшие под руку лекарства, иногда в громадных дозах, прикладывают к сердцу то горчичник или теплую грелку, то пузырь со льдом. Часто они вызывают скорую помощь или бегут в поликлинику. В беседе с врачом больные суетливы, многоречивы, назойливы, неспособны к длительной концентрации внимания. Они не столько отвечают на вопросы врача, сколько стремятся со всеми подробностями высказать то, что сами считают важным. Чаще всего больные точно указывают место болей — в области верхушки сердца или левого соска, детально описывают свои ощущения, при этом диссимулируют психопатологические симп-

206

томы, считая их вторичными. На ЭКГ выявляются лишь непродолжительные нарушения ритма.

Если приступ стенокардии проходит от подъязычного приема нитроглицерина через 2 — 3 минуты, то приступ кардиалгии проходит после приема препарата либо мгновенно, либо через 30 — 40 минут. У ряда больных нитроглицерин вызывает сердцебиение, а валидол — тошноту, для купирования приступа они предпочитают пользоваться успокаивающими средствами: валокордином, валерианой, седуксеном. Госпитализация больного, назначение строгого постельного режима, многочисленные обследования и пребывание среди тяжело больных усугубляет течение расстройства.

Приступы боли могут рецидивировать в течение неопределенного промежутка времени без ухудшения состояния пациента. Сами приступы на протяжении всего этого времени (нередко от 1 до 3 лет) не становятся тяжелее, как это бывает у больных хронической ишемической болезнью сердца с пораженными коронарными сосудами. У половины пациентов наблюдаются спонтанные продолжительные ремиссии и благоприятный прогноз жизни при многолетнем наблюдении. При **невротической тахикардии** приступ усиленного сердцебиения развивается на фоне общего беспокойства и напряжения. Больные ощущают, что сердце «выпрыгивает из груди», «сильно ударяется в грудную клетку». Вследствие страха происходит выброс адреналина с еще большим учащением пульса и повышением АД. Уменьшается полезный эффект работы сердца, наступает гипоксия, которая усиливает страх и сердечные сенсации.

Жалобы на учащенное сердцебиение и перебои в работе сердца лишь в половине случаев сопровождаются экстрасистолией и объективным учащением пульса, который доходит до 120 ударов в минуту. Приступ длится от 5 минут до 1 часа и может перейти в развернутый симпатoadреналовый криз, когда повышается АД, дыхание становится глубоким и частым, больной испытывает нехватку воздуха, покрывается обильным потом, у него появляется онемение и холодеют конечности, возникают судороги в них.

Чаще всего усиленное сердцебиение обусловлено бессознательной ненавистью и страхом возмездия за нее. Эти чувства обычно обращены на родительскую фигуру одинакового с больным пола. Детский страх покинутости принимает форму страха смерти. В происхождении расстройства может играть роль идентификация с родственником, страдавшим сердечным заболеванием, особенно если пациент желал ему смерти и боится возмездия за это.

207



В таком случае сердце символизирует интроект, вызывающий амбивалентные чувства.

**Пароксизмальная тахикардия** проявляется в форме внезапно возникающего и так же внезапно исчезающего приступа сердцебиения с учащением пульса от 160 до 240 ударов в мин. Больные ощущают толчки, перебои в груди, легкое головокружение и нехватку воздуха с последующим приливом крови к голове; эти ощущения усиливаются в состоянии покоя. В это время больной испытывает чувство напряженности и тревожное возбуждение, боится умереть от остановки сердца и может ощущать перебои, остановки в его работе. Больные ощущают ненормальную пульсацию не только в сердце, но и в висках, горле, под левой лопаткой, в подложечной области и даже во всем теле. Особенно неприятные ощущения возникают в лежащем или сидячем положении, что заставляет больного вскочить и затем при отходе ко сну занимать почти сидячее положение. Сочетание тахикардии и кардиалгии может сопровождаться внутренней дрожью, ознобом, пугающими приливами крови к голове и шее, чувством жара во всем теле или похолоданием и онемением рук и ног, а также невозможностью полностью вдохнуть и чувством нехватки воздуха со страхом смерти от удушья.

Такие пациенты обычно избегают конфронтации, склонны к рационализации. Экстрасистолы возникают как мгновенная непроизвольная реакция на события, которые оживляют вытесненные конфликты. Приступы нередко провоцируются ситуацией, в которой больные близки к эмоциональной самоотдаче или которая может разрушить их защиту против готовности к самоотверженному поведению. Приступ возникает на высоте накопившегося подавленного аффекта и длится от нескольких минут до нескольких часов. Он временно разряжает внутреннее напряжение, которое больные привыкли скрывать.

Характерно, что приступ не купируется даже внутривенным введением максимальной дозы сильнодействующего антиаритмического препарата, но прекращается, как только больной оказывается в машине «Скорой помощи» или в стационаре. В отделении у больного приступы наблюдаются обычно в отсутствие лечащего врача — лишь по вечерам или в выходные дни, особенно перед выпиской.

**Кардиофобический синдром** встречается среди 21 — 56% населения, диагностируется у 80% больных общемедицинской практики, обращающихся с жалобами на сердце. Часто встречается *псевдоревматическая* форма кардиофобии, развивающаяся обычно на

**208**

лоне хронического тонзиллита и наличия тяжелого ревмокардита У кого-нибудь из близких родственников. Пациент при физической нагрузке жалуется на боли в сердце, сердцебиение, одышку, перебои в области сердца, периодические боли в суставах. Он добивается обследования, которое выявляет лишь легкое повышение температуры или минимальные изменения ЭКГ. Тем не менее по настоянию пациента ему проводят курс противоревматического лечения, которое, разумеется, не влияет на его состояние. Далее следуют консультации различных специалистов, которые высказывают различные мнения. В результате у пациента формируется убеждение в серьезности его «сердечного» заболевания.

Другим вариантом кардиофобии является *псевдоинфарктный синдром*. Он развивается обычно у информированных в области медицины людей на фоне психотравмирующей ситуации.

Расстройство часто проявляется панической атакой или тревожно-истерической реакцией с выраженной кардиалгией. Приступ сопровождается выраженными вегетативными реакциями: диффузным покраснением лица, появлением красных пятен на шее и груди, учащением дыхания,

выраженной тахикардией (до 120 ударов в минуту, несмотря на ощущение больным редких ударов), преходящей гипертонией, резкой потливостью. Больные мечутся, стонут, настойчиво и шумно требуют немедленной медицинской помощи. Приступ может продолжаться от нескольких минут до нескольких суток.

После приступа больной опасается его повторения, контролирует свой пульс и АД. У него появляются эпизодические нарушения дыхания, головные боли, парестезии, потливость, ощущение комка в горле, учащенное мочеиспускание и т. п. Нарушается сон из-за страха умереть от сердечного приступа во сне. Больные боятся спать на левом боку, они постоянно считают у себя пульс, панически реагируют на малейшие неприятные ощущения в левой половине грудной клетки или даже всей верхней части туловища. Острые тревожно-истерические реакции с кардиофобическим синдромом длятся в среднем 1 — 2 месяца и могут полностью пройти после разрешения травмирующей ситуации.

Кардиофобия в рамках панического расстройства нередко осложняется невротическим ипохондрическим развитием личности. Обычно присоединяются фобия инфаркта, клаустрофобия или агорафобия, связанные с опасениями оказаться без «спасителя». Больные не отпускают от себя родных, выходят на улицу лишь с провожатым, не ездят по железной дороге, не пользуются метро, не лета-

14-5,84

209

ют на самолете. Они избегают эмоциональных и физических на-грузок, переохлаждения или перегревания, секса, систематически принимают сердечные препараты и транквилизаторы, которые постоянно носят с собой. Многие из них выписывают и внимательно изучают медицинскую и популярную литературу, часто обращаются к врачам с просьбой назначить самое современное обследование или лечение, о котором им стало известно. Больные перекладывают всю домашнюю работу на близких, нередко разводятся со ставшим в тягость супругом, перестают ходить в театр и кино, читать серьезную литературу, избегают любого умственного напряжения и особенно разговоров о болезнях и смерти. Со временем они теряют интерес к работе, а иногда и работоспособность. Часто ипохондрические опасения распространяются на желудочно-кишечный тракт, и тогда больные неукоснительно соблюдают строгий распорядок дня и определенную диету: без жира, чтобы не допустить повышения уровня холестерина, и без клетчатки — во избежание вздутия живота и давления на сердце.

Причиной возникновения псевдоинфарктного синдрома служит чередование зависимости и резкой фрустрации. Чаще это острый конфликт, разлука, покинутость и разочарование, а также переживание смерти близкого, особенно от болезни сердца. Личность больных относят к типу простой зависимости; им свойственно пассивное переживание страха, стремление подчинить близких, навязать семье удобный для себя образ жизни.

В детстве такие пациенты были изнеженными объектами тревожной опеки, поэтому, повзрослев, они испытывают симбиоти-ческую потребность в близости, уходе и привыкают к роли больного. У многих отцы отличались крайней деспотичностью. В детстве у больных отмечались выраженный страх одиночества, боязнь вида крови, упорная рвота при волнении и т. п. Для них характерны колебания между фантазиями привязанности и расставания. При опасности ослабления симбиотической связи они заболевают или их болезненное состояние усиливается. Они постоянно беспокоятся о своем благополучии и при любом недомогании — своем или близких — впадают в

панику. Они не скрывают своих страхов, но в остальном сдержанны и скрытны; педантично соблюдают правила поведения. У 80% больных выявляется депрессивная невротическая структура. Французский психотерапевт Поль Дюбуа (1912) писал: «Ничто не заставляет так сильно биться сердце, как чувство страха. Положим\* вы проснулись с сердцебиением из-за какого-то страшного сновидб'

210

V

Н ля. Если вы сейчас же поддаетесь страху и думаете, что уже умира-е<sub>те</sub>, вы создаете этим

душевное волнение, которое заставляет ваше сердце усиленно биться. Если перед этим пульс был 100, он участится до 120. Страх и волнение от этого только усиливаются, и в результате ваш пульс еще больше ускоряется и доходит до 140».

Г. Рихтер и Д. Бекманн (H. Richter, D. Beckmann 1986) подчеркивают, что больные с кардионеврозом обращаются со своим сердцем так же, как с симбиотическим партнером: с постоянным вниманием, покорным уважением, ожиданием наказания и готовностью раскаяться по первому требованию. В основе кардиофобии, по мнению авторов, лежит нарушение интернализации прездипаль-ной матери, которая вызывает «чрезмерный страх уничтожения» из-за опасности расставания.

В. Бройтигам с соавторами (1999) указывают, что конфликт больного кардиофобией заключается в предвосхищении им ситуации разлуки, которой он, с одной стороны, желает, а с другой стороны — опасается. Неотреагированные переживания враждебности и страха приводят к симпатикотонии, которая проявляется, в частности, в форме сердечных приступов и которую поддерживает тревожное ожидание новых приступов.

Приведем пример (Бройтигам и др., 1999).

Студент 22 лет, единственный и несамостоятельный сын, получил известие о том, что его мать госпитализирована для операции по поводу рака. В тот же день у него развилась острая тахикардия со страхом остановки сердца, и с тех пор он страдает кардиофобией. «Я слышал, как мое сердце бьется во всем теле, у меня был страх умереть от сердечного приступа. С тех пор мысли о сердце не оставляют меня. Я знаю, что это смешно, но ничего не могу с этим поделать. Я не могу от этого отвлечься, не могу читать, сконцентрироваться на учебе».

Он рассказал о своем сновидении: «Я видел, как мать получила от кого-то подарок. Когда она взяла маленький пакет, она схватилась за свой бок, ее лицо исказилось от страха. Она осела и умерла. У меня было чувство, будто я умираю вместе с ней. Я вскочил, проснулся с чувством тошноты, дурноты, с сердцебиением и весь в поту».

Мать во всем способнее его, он без нее — ничто. Она постоянно его критиковала и всегда спрашивала: «Почему ты такой несамостоятельный?» Молодой человек меньше всего хотел бы видеть ее страдания, скорее, он умертвил бы ее сам.

ц.

211

Госпитализация матери оживила его фантазии о ее смерти и обретении независимости, но пробудила и страх остаться без ее поддержки. Прекращение ее жизни ассоциируется у больного с остановкой собственного сердца, в котором продолжает жить его мать.

**Терапия.** При кардиалгии и аритмии следует ограничить употребление соли и соленых продуктов, исключить продукты с экстрактивными веществами и приправами (копчености, консервированные продукты), кофе, крепкий чай.

При кардиалгии применяют валериану, корвалдин, пустырник, боярышник, душицу, мелиссу, тысячелистник, анис, амол, верапа-мил, грандаксин, нифедипин, нормок, форидон, а также антидепрессанты и ганглиоблокаторы. Используют также реланиум, лек-сотан, массаж верхне-грудного отдела позвоночника и электрофорез с новокаином этой зоны, горчичники на левую лопатку. Невротическая тахикардия служит показанием для назначения боярышника, хвоща полевого, анаприлина, вискена, девинкана, корвито-ла, но-шпы, папаверина, тразикора. В случае кардиофобического синдрома используют патрицию сибирскую, валериану, пустырник, сапарал, «Негрустин», кралолин, обзидан, френолон, эгло-нил, атаракс. Эффективны также ноотропы (в том числе растительного происхождения — например, гинкго билоба и витамины группы В — в частности, «Нейромультивит»). Седуксен имеет смысл применять лишь в первое время, так как со временем даже большие его дозы перестают подавлять страх. Ксанакс вызывает более длительный эффект, но и большее привыкание.

Симпатоадреналовый криз купируют пирроксаном, тропате-ном, сермионом, редергином, индералом. Симпатикотонию подавляют резерпином, эрготамином, пахикарпином, гексонием, пента-мином, спазмолитиками. При повышении АД назначают гептамил, дибазол, а если оно сопровождается усиленным сердцебиением — обзидан и боярышник. При сердцебиениях с одновременным понижением АД применяют сульфокамфокаин, бромкамфару.

Внушаемым больным с кардиофобией хорошо помогают сеансы гипноза и аутотренинга.

Используются следующие формулы внушения (при аутотренинге — от первого лица):

«Загораете на мягком теплом песке. Голова в тени. Солнце светит слева. Греет вашу грудь. Как будто мягкий теплый котенок пригрелся слева подмышкой, ласково мурлычет там. Ласковое тепло разливается по сердцу. Сердце купается в

**212**

тепле. Ему тепло и уютно, приятно и удобно. Сердце спокойное, мягкое, теплое. Работает незаметно, спокойно. В груди тепло и спокойно. Перестаете замечать свое сердце, оно работает автоматически, без вашего тревожного контроля. Так спокойнее и ему, и вам. Вы вполне полагаетесь на свое сердце и оно легко, незаметно справляется с привычной нагрузкой. При любом волнении в груди тепло и спокойно, сердце работает мощно и ровно.

Сейчас сосуды, питающие мышцу сердца, свободно расширены, питание сердца максимальное. Сердце отдыхает, успокаивается. Слова лечения надежно защищают его от волнений и забот, от любых неприятных ощущений. Волнения перестают мешать работе сердца. Реакция спокойная и уверенная. Мелочи, пустяки, которые раньше принимали близко к сердцу, теперь легко оставлять без внимания. При любых обстоятельствах сердце работает незаметно».

Приведу пример из собственной практики.

Крепкий сорокалетний мужчина из-за страха сердечного приступа не выходил из дома без валидола, не ездил в автобусе, полгода не ходил в баню (мылся дома в корыте), постоянно следил за работой сердца, засыпал только с таблетками. Приступы возникали у него то и дело, при малейшем волнении, «скорая» уже отказывалась выезжать. Он считал себя конченным человеком, боялся связать свою жизнь с любимой женщиной. Наконец, из-за частых больничных листов

терапевты перевели его на инвалидность.

На гипнотических сеансах больной не засыпал, боясь потерять контроль над своим сердцем. Поскольку в аутотренинге сон не предполагается, а наоборот, необходима максимальная сосредоточенность на собственных ощущениях, это его вполне устроило. Оставалось лишь изменить установку с ожидания неприятных ощущений в области сердца на ожидание приятных, а там и незаметных. Через месяц занятий новоиспеченный инвалид вернулся к своей работе механика, а еще через пару месяцев женился. Я встречал его потом в городе с женой и дочуркой — совсем другой человек!

**Сосудистые соматоформные расстройства** часто обобщенно обозначают как вегетососудистая дистония (ВСД), нейроциркуляторная дистония (НЦД). Симпатический отдел вегетативной не-

213

рвной системы повышает давление крови (при этом выделяет<sup>^</sup> адреналин), парасимпатический отдел с блуждающим нервом ва-гусом понижает давление (при этом выделяется инсулин). У симпатотоников при сдерживании гнева могут развиваться симпато-адреналовые кризы, у ваготоников при необходимости скрыть свой испуг возможны вагоинсулярные кризы.

Во время *симптоадреналового* криза человек бледнеет из-за спазма периферических сосудов, дрожит, возбужденно двигается, у него расширяются зрачки, повышается АД и температура, сжимаются кулаки, холодеют кисти и стопы, появляются скудный липкий холодный пот, учащенное сердцебиение, боли в сердце, одышка, головная боль, чувство страха; приступ заканчивается учащенным мочеиспусканием. У молодых астеников в подобных случаях ошибочно диагностируется юношеская гипертония. **Встречаются** описаны паническая атака и меланхолический раптус, которые могут сопровождаться повышением АД.

В ряде случаев симптоадреналовый криз может переходить в вагоинсулярный.

При *вагоинсулярном* кризе человек краснеет от прилива крови в расширенные сосуды, у него появляется обильный горячий пот, ноги становятся «ватными» из-за резкой слабости, сердце бьется реже, «замирает», «проваливается» («душа уходит в пятки»), возникает чувство удушья, головокружение, тошнота, возможны обильное мочеиспускание, рвота и понос.

**Гипотонический синдром** диагностируется, когда АД постоянно ниже 100/60 мм рт. ст. Его типичные симптомы: потемнение в глазах при вставании или длительном пребывании в положении стоя, головокружение, тошнота, шум в ушах, зевота, сердцебиение и склонность к сосудистым обморокам. Больные просыпаются утром с тяжелой головой, так как АД во время сна понижается. Во второй половине дня у больных появляются сильные и продолжительные давящие боли в лобной, теменной, височной областях головы. У многих больных отмечаются колющие боли в области сердца, одышка при умеренной физической нагрузке и ощущение нехватки воздуха в состоянии покоя, зябкость и периодическое возникновение парестезии. Их беспокоят также тяжесть под ложечкой и горечь во рту, изжога и тошнота, вздутия и неустойчивость стула со склонностью к запорам, отеки стоп и голеней к вечеру. У мужчин наблюдается слабость потенции, у женщин нарушен менструальный цикл. Отмечаются слезливость, раздражитель-

214

«ость, иногда с бурными агрессивными разрядами, затрудненное засыпание, бессонница ночью,

утренняя слабость, сонливость днем, внимание неустойчиво, нарушено запоминание.

Резкое головокружение с тошнотой и помрачением сознания до утрам, когда звонок будильника

«выбрасывает» больного из постели, наряду с другими проявлениями болезни вызывает у больных выраженную тревогу. Они подолгу обследуются у различных специалистов и все больше убеждаются в неизлечимости своего заболевания, остающегося непонятным для врачей, опасаются близости надвигающейся смерти.

© — *Доктор, когда я утром встаю, первые полчаса у меня кружится голова, но потом проходит... — Вставайте на полчаса позже.*

**Сосудистый обморок** — потеря сознания из-за острого нарушения кровоснабжения мозга. Возникает лишь в положении стоя, часто в переполненных помещениях, особенно культовых («церковные обмороки»), при виде крови (у студентов на операции или в морге), при ожидании боли (лечение зубов, инъекция, взятие крови на анализ). Психологический механизм реакции включает тревожное ожидание пугающего события, чувство парализующего страха и безысходности и необходимость скрыть свой страх. Вначале происходит физиологическая подготовка к бегству: возрастает приток крови к мышцам, уменьшается кровоснабжение кожи лица, которая бледнеет и покрывается крупными каплями холодного пота. Отмечается зевота, вздохи, ощущение пустоты в груди, тошнота. Далее из-за психического торможения двигательной сферы наступает «внутреннее кровоизлияние» в скелетную мускулатуру, в результате чего падает АД, пульс становится мягким и малым, дыхание — поверхностным, зрачки расширяются и плохо реагируют на свет. Человек падает без травм, и в горизонтальном положении кровообращение мозга через 5—10 минут восстанавливается. Во многих случаях развивается страх потерять сознание, особенно в общественных местах, боязнь езды на транспорте. Необоснованные обследования ревматолога и кардиолога могут приводить к Развитию стойкой ипохондрии. Расстройство чаще встречается у женщин 30 — 40 лет со стойким снижением жизненного тонуса, повышенной утомляемостью. При физической и умственной нагрузке, особенно при жаркой по-

215

годе или в душном помещении. У них выявляется хроническая сосудистая недостаточность, слабое развитие скелетной мускулатуры и дряблость брюшного пресса. Кожные покровы бледные и холодные, наблюдается потливость и легкий синюшный оттенок ладоней и стоп. Отмечается тремор век и пальцев вытянутых рук выраженные суточные колебания температуры с падением ее по утрам ниже 36 градусов, либо стойкий субфебрилитет. В большинстве случаев такие люди занимаются умственным трудом в условиях вредного производства. У половины больных выявляются семейные конфликты, часто скрытые.

Больные гипотонией обычно воспитываются в условиях гиперопеки, вырастают неуверенными в себе, зависимыми, боязливymi, ранимыми, повышено возбудимыми. Они отличаются узким кругом интересов, пессимизмом, тревожной мнительностью и ипо-хондричностью. Наряду с этим они общительны, доверчивы, обязательны, упрямы и вспыльчивы. Больные обычно используют следующие механизмы психической защиты:

- *регрессия* — переход на детский уровень реагирования;
- *реактивное образование* — замена социально неприемлемого переживания прямо противоположным поведением (например, демонстрация страстной любви вместо испытываемой ненависти);
- *интеллектуализация* — замена тревожного содержания переживания абстрактно-логическим, бесплодное мудрствование.

Больной постоянно чувствует себя перегруженным, не способным справиться с предъявляемыми

требованиями. В конфликтных ситуациях он склонен отступать, предпочитая пассивность и мечтательность. Таким образом, на внешнее давление человек реагирует понижением кровяного давления, экономя силы и защищаясь бессилием против силы (наподобие мнимой смерти у животных).

**Терапия.** В начале обморока можно успеть усадить человека и предложить ему опустить голову между колен. Обморок купируют кордиамином, кофеином, дают понюхать раствор аммиака. Для снятия вагоинсулярного криза назначают сульфат атропина, амизил, циклодол, акинетон. При ваготонии назначают аралию, женьшень, заманиху, лимонник, пантокрин, витамины группы В, кофетамин, диталин, нитрат стрихнина. На оба отдела ЦНС действуют препараты беладонны и ганглиоблокаторы. Показаны также ноотропы, три-циклические антидепрессанты, клоназепам. Используют боярышник, барвинок малый, черноплодную рябину, калину красную.

216

С больными, связывающими заболевание с психическими факторами, проводят когнитивно-поведенческий тренинг в малой группе. Основные терапевтические мишени — тревога и депрессия, типичные для больных неадаптивные методы психологической защиты. Больным с алекситимией и соматической концепцией болезни показан краткосрочный телесно-ориентированный тренинг с управляемой групповой динамикой, в ходе которого пациенты обучаются при выполнении упражнений вербализовать свои мысли, чувства и переживания. Затем проводится когнитивно-поведенческий тренинг с анализом нового опыта, приобретенного на первом этапе терапии, и его интеграцией в текущую психическую деятельность (В. Д. Менделевич, 2002).

Больным обычно помогают занятия психотонической тренировкой по К. И. Мировскому и А. Н. Шогаму (1965). (См. раздел «Суггестивная и аутосуггестивная терапия».) Для самостоятельных занятий рекомендуется дать пациенту следующую инструкцию: *«Запишите на магнитофон приведенные ниже формулы самовнушения. Когда будете мысленно повторять их в перерывах между фразами, напирайте на звук «Р», это бодрит. Зрительные образы окрашивайте в красный и оранжевый цвета, это тоже возбуждает. Чтобы легче почувствовать в конце толчок, скопившийся импульс управляемой энергии, займите исходное положение сидя. Лучше сесть у открытой форточки».*

*«Лоб овеет свежий ветерок. Лоб становится приятно прохладным. Голова становится свежее, проясняется. Она хорошо отдохнула, успокоилась. Освободилась от всего мешающего. Голова свободная и легкая. Чистая, ясная, как хрустальная. Свежая, как вода в роднике. Мысли спокойные и уверенные. Я спокоен (спокойна). Я уверен (уверена). Я легко владею собой. Своими мыслями, желаниями и поступками. Большой запас сил и уверенности во мне. Я добьюсь своего. У меня много сил и терпения. На душе большой запас выдержки и самообладания. Тело наливается спокойной силой, энергией. Оживает каждая мышца, каждая клеточка тела. У меня большой запас бодрости и оптимизма. Плечи и спину обдает легкий озноб. Будто освежающий душ. Все мышцы становятся упругими. Стою рано утром на высокой скале над морем. Волны бьются под ногами. Ветер усиливается, рвет одежду. Чувствую прилив сил и энергии. По телу пробегают мурашки. Как будто крылья вырастают за спиной. Я как боль-*

217

шая сильная птица, готовая взлететь. Как сжатая пружина. Все готово к прыжку. Все замерло в последнем напряжении. Внимание... Толчок — встать!»

Теперь подвигайтесь, потанцуйте, сбросьте избыток возбуждения, чтобы легче было управлять сгустком энергии, который вы ощущаете сейчас в себе «всеми фибрами души».

При нарушениях периферического кровообращения и для снижения АД используют упражнение аутотренинга «Тепло».

«Лежать удобно, уютно. Накопившая усталость огромной приятной тяжестью наваливается на меня. Лень шевелиться, думать. Мягкий теплый туман укутывает все тело, как просторное покрывало. Тело освобождается от остатков напряжения, от всего мешающего. Тело погружается в уютную безмятежную дремоту. Как губка, брошенная в ванну с приятно-горячей водой. Тело пропитывается густым глубоким теплом. Я ощущаю прилив тепла к моей руке (ноге и т. д.). Мои пальцы рук (пальцы ног, икры, нос, уши и т. д.) теплые. Тепло улучшает мое кровообращение. Тепло улучшает кровообращение в моей руке (ноге и т. д.). Кровь циркулирует свободно и легко в моей руке (ноге и т. д.). Тепло исцеляет мое кровообращение. Кровь циркулирует свободно. Моя кровь циркулирует легко и свободно во всех частях моего тела».

© —Доктор! У меня голова кружится. — Сам вижу.

### **В ГОРЛЕ КОМ, В ЖЕЛУДКЕ ТЯЖЕАЬ...**

Дисфункция верхнего отдела пищеварительного тракта (F45.31) включает следующие расстройства.

Дисфагия. Комок в горле и спазм пищевода впервые возникает после психотравмы во время еды («кусочек в горло не лезет»). Напряжение мышц пищевода происходит в результате парасимпатической реакции. Симпатическое влияние проявляется в торможении слюноотделения и, соответственно, в сухости, «шершавости» во рту и горле. Спазм чаще возникает в нижнем отделе пищевода, он может сопровождаться ощущением давления, жжения, боли за грудиной или между лопатками. Пищевой ком некоторое время остается без движения, а затем либо с усилием проталкивается в

218

желудок, либо выводится посредством обратной перистальтики пищевода. В тот момент, когда

накопившаяся пища не может попасть в желудок, больные испытывают страх подавиться и таким образом погибнуть от удушья.

Нередко дисфагия начинается с того, что человек поперхнулся во время оживленного разговора за столом в гостях или в ресторане и стал испытывать страх подавиться, задохнуться и пережить публичный конфуз.

Впоследствии пациенты (обычно это истероидные женщины 20 — 30 лет) испытывают страх при попытке глотать пищу — вначале твердую, а затем и жидкую. Этот страх приводит к фиксации на акте глотания и нарушает его. В результате страх глотания и неприятные ощущения появляются при одной мысли о еде или наблюдении за тем, как едят другие люди. Больные избегают мест общественного питания, не ходят в гости. Часто они независимо от приема пищи ощущают в горле комок или застрявший шарик, кусочек пищи, им кажется, «как будто кто-то сдавливает горло», «как бы стенка в пищеводе». Из-за этих ощущений больные постоянно покашливают или



стараясь с усилием сглотнуть. Они едят в одиночестве, жуют очень медленно и маленькими порциями, запивают каждый кусочек водой, тщательно подготавливаясь к акту глотания. У некоторых возникает страх перед глотанием даже собственной слюны. Часто такие больные теряют в весе, при этом признаются врачу, что раньше мечтали сбросить 5 — 10 кг, но это никак не удавалось.

В преморбидном состоянии для больных характерен пассивно-оборонительный стиль жизни и тенденция к самообвинениям. В процессе заболевания у них возникает ипохондрический эгоцентризм, нарастает раздражительность, конфликтность, происходит психосоматическое развитие личности. Ипохондрический вариант характеризуется канцерофобией и упорным обследованием в надежде на уточнение диагноза; больные при этом обычно жалуются на врачей, которые не находят у них соматического заболевания. При фобическом варианте выражен страх глотания и наличия рака, однако сохраняющаяся критика удерживает больных от посещения онкологов; на пике переживаний они обращаются к психотерапевтам. У таких больных нередко отмечаются и другие фобии: одиночества, высоты и т. д., многие из них пытаются лечиться самостоятельно народными средствами.

При паранойяльном варианте наблюдается канцеромания: больные убеждены, что страдают раком пищевода или желудка, пытаются доказать это врачам, подключают к своим попыткам родных и знакомых, ссылаются на медицинскую литературу, требуют наказания «неграмотных» врачей. В отличие от ипохондрического варианта, эти больные больше озабочены не излечением, а доказательством своей правоты. Не добившись «правды», они обращаются к представителям парамедицины, которые подтверждают наличие рака и уверяют, что могут вылечить его магическим образом, чему больные охотно верят.

Приведу пример из собственной практики. Восемнадцатилетнюю девушку, которой на вид было 12 — 14 лет, привел на прием отец с наказом: «Передаю в ваши добрые нежные руки». Пациентка фиксирована на своем физическом состоянии, жалуется на невозможность глотать пищу из-за страха подавиться, ощущение комка в горле, отсутствие аппетита, апатию, вялость, подавленность, плаксивость, плохой сон. Такое состояние наблюдается у нее последние три месяца. Она лечилась у психиатра, который прописывал ей амитриптилин, френолон и транквилизаторы. Девушка направлена на консультацию ввиду отсутствия эффекта.

Отец был тревожным и всегда опекал дочь, по несколько раз за день звонил с работы, интересуясь, как она там, хотя дома находилась неработающая жена. Девушка всегда была ближе к отцу и даже избрала его профессию. Мать после рождения дочери оставила работу, чтобы ухаживать за ней. Последний год она упрекает дочь, что та мало занимается учебой, опасается, что ее отчислят из института, и тогда дочь «сядет ей на шею», буквально попрекает ее куском хлеба. Особенно трудно пациентке за ужином, когда за столом собирается вся семья, и отец настаивает, чтобы она ела, а мать упрекает ее, что она портит всем аппетит. Мать следит, чтобы дочь не ела во внеурочное время, поскольку в семье все подчинено строгому распорядку.

У пациентки есть единственная подруга — иногородняя сокурсница, которая снимает квартиру и ведет довольно свободный образ жизни. Сама она не испытывает желания встречаться с молодыми людьми. Время проводит за чтением художественной литературы, в мечтах о независимой богатой жизни, когда у нее будет хороший заработок и собственная машина, как у отца, дорогие наряды и

219

украшения, как у матери, а главное — отдельная квартира.

После консультации пациентка, заручившись поддержкой психотерапевта, устроила дома семейный совет, на кото-

220

ром была достигнута договоренность с отцом, что он перестанет опекать дочь, в том числе интересоваться ее питанием. Мать по рекомендации психотерапевта устроилась на работу. Затруднения с глотанием прошли в течение недели. Пациентка начала принимать пищу одна, в удобное для нее время, а затем и вместе с родителями. Курс лекарственной терапии по согласованию с психиатром был прекращен, предполагаемый диагноз ипохондрической депрессии снят. В начале психотерапии пациентка собиралась переехать жить к подруге, устроилась работать курьером, чтобы материально не зависеть от родителей. Однако вскоре решила, что при новых семейных отношениях будет жить с ними. Она начала пользоваться косметикой, посещать группу общения, у нее появился интерес к молодым людям.

В процессе психотерапии для пациентки важным оказалось не только изменение семейных отношений, но и осознание связи затрудненного глотания с конфликтом между желанием проглотить и одновременно «выплюнуть» пищу, которую приходится есть на неприемлемых условиях. Она осознала также символическое значение этого конфликта, который переместился в физиологическую сферу из межличностной, где локализовался в ее амбивалентном отношении к родителям с их условной любовью. Ей приходилось одновременно с куском «незаслуженного хлеба» глотать невыплаканные слезы и невысказанные слова обиды, но ее «нутро» отказывалось принимать эту горечь. Первичной выгодой было переключение внимания с внутреннего конфликта на симптом, вторичной выгодой — расчет на внимание отца, от которого девушка неосознанно ожидала, что он будет ухаживать за дочерью не так, как мать. Семья была заинтересована в симптоматическом поведении пациентки, поскольку необходимость заниматься здоровьем дочери сохраняла мотивацию к продолжению брака.

Аэрофагия. Заглатывание воздуха (беззвучное, незаметное или Фомкое) происходит из-за засасывания воздуха при спазмах пи-Щевода. Оно сопровождается вздутием живота с ощущением рас-<sup>п</sup>Ирания, икотой, чувством стеснения в груди и болями под ложечки и в сердце. Эти ощущения могут сохраняться на протяжении <sup>Н</sup>ескольких часов или дней. Периодически происходит отрыжка, <sup>и</sup>Когда с судорожным громким криком, после которой наступает <sup>в</sup>ременное облегчение.

221

**Психогенная рвота** может быть неукротимой и привести к выраженному похудению. Пища выбрасывается посредством сокращения диафрагмы и мышц передней брюшной стенки, антиперистальтики пищевода. Этот акт символизирует отвращение, как если бы человек проглотил что-то несъедобное. В основе психогенной рвоты может лежать неотреагированная враждебность и защита от неприемлемых сексуальных желаний.

В преморбидном состоянии больные (в основном это молодые женщины) отличаются тревожностью, нерешительностью, ранимостью. У некоторых из них наблюдается пониженная самооценка, потребность в защите, выраженное стремление к избеганию конфликтов, идеализация одного из родителей и симбиотическая связь с ним. У других выражены эгоцентризм, театральность, склонность к истерическим реакциям.

У женщин заболеванию предшествует длительный семейный конфликт, у мужчин — неприятности

на работе или переживания по поводу половой слабости. В этой ситуации развивается дистимия со значительным снижением аппетита и ухудшением сна. На этом фоне под влиянием дополнительных стрессов появляются эпизоды тошноты и рвоты — вначале кратковременные и редкие, затем все более продолжительные и частые.

В. В. Марилов (2004) описывает *воминофобический* (лат. vomitus -рвота) вариант нервной анорексии, при котором выраженное похудение не сопровождается выраженным страхом полноты или аменореей. Такие больные были единственными и долгожданнами детьми уже немолодых родителей, которые чрезмерно беспокоились об их здоровье. В раннем детстве у больных отмечались истероидные реакции, избирательность в еде, снижение аппетита, диспепсические явления. Родители уделяли чрезмерное внимание питанию, перекармливали такого ребенка, у него часто бывали срыгивание и рвота. Почти все больные перенесли заболевание желудочно-кишечного тракта, после чего у них сохранялась повышенная рвотная готовность и склонность к поносам, которые при волнении сменялись запорами.

В преморбидный период больные отличались эгоцентризмом в сочетании с нерешительностью и тревожной мнительностью, ипохондричностью и особой фиксацией на деятельности желудочно-кишечного тракта. Непосредственно перед заболеванием наблюдалось тяжелое соматическое расстройство, ослабившее организм, и психотравмирующая ситуация, на которую больные реагировали длительным приступом неукротимой рвоты.

222

Во время этого приступа они испытывают отчаяние и страх смерти и госпитализируются в терапевтическое отделение. После выписки из больницы у них отмечается снижение аппетита, тоскливо-тревожное настроение, возникает навязчивый страх повторения рвоты (воминофобия).

Рвота легко возникает как реакция на незначительные неприятности, а также после переизбытка пищи на фоне волнения. В дальнейшем она начинается от одного вида и запаха пищи, а впоследствии — и от одной мысли о ней.

Рвоте предшествует тягостное и продолжительное ощущение тошноты, которую больные прекращают, искусственно вызывая рвоту. Чтобы избежать этих страданий, они стараются не есть перед волнующими ситуациями, сокращают прием пищи, в результате чего худеют, быстро устают, плохо спят, становятся подавленными и раздражительными. Они отказываются от поездок в общественном транспорте, прекращают работать, так как в публичных местах у них возникают панические атаки. У больных развиваются также сенситивные идеи отношения: им кажется, что окружающие по выражению лица догадываются, что он может испачкать их рвотными массами. Испытывая ипохондрические опасения, связанные со снижением массы тела, больные постоянно ищут помощи у врачей, настойчиво обследуются. При соблюдении щадящего психотерапевтического режима они какое-то время хорошо едят и поправляются. Однако с годами у них усиливаются неуверенность, тревожность, пониженная самооценка и ипохондрическая фиксация на своем здоровье.

**Синдром раздраженного желудка, гастрит** выражается в ощущении переполнения, боли и жжения под ложечкой, отрыжке, тошноте и рвоте, потере аппетита, непереносимости жиров, алкоголя, кофеина. Эти симптомы больше зависят не от приема пищи, а от волнения. Для этого заболевания характерен дурной привкус во рту или необычно обложенный язык. Из-за нарушения перистальтики пища долго задерживается в желудке, а поступившая в двенадцатиперстную кишку

забрасывается обратно в желудок. Длительное воздействие соляной кислоты, а также поступающей из двенадцатиперстной кишки желчи и особенно фермента пепсина, разлагающего животные белки, вызывает раздражение слизистой желудка.

*Гастралгия* среди психогенных нарушений пищеварения встречается наиболее часто. Для нее типично ощущение тяжести, растирания в эпигастрии, ощущение переполнения желудка, жже-

223

к. ние и боли. В отличие от гастрита эти ощущения возникают не во время приема пищи, а при волнении, они не такие стойкие, неопределенные и полиморфные.

Провоцирующим событием часто становится серьезное заболевание желудка у родственников, посещение их в больнице и уход за ними на фоне дистимии, связанной с постоянными конфликтами в семье или на работе.

Болезнь чаще обнаруживается у замужних женщин, работающих посменно и приезжающих на работу из пригорода. Для них характерны неумеренность в еде и неразумный выбор пищи, ее недостаточное пережевывание и поспешность в еде. У многих из них обнаруживается пониженная кислотность желудка в сочетании с переутомлением и депрессией, в основе которой лежит тенденция к поиску помощи, вытесненная из-за потребности быть независимыми. Обычно это впечатлительные, обидчивые, внушаемые личности, склонные к подражанию и ипохондрическим реакциям. При психологическом исследовании у них выявляется высокий уровень враждебности с аутоагрессивной направленностью.

Течение болезни хроническое. Со временем может развиваться гастрит и пептическая язва. Нередко присоединяется канцерофобия, переходящая в канцероманию и ипохондрическое развитие личности, сопровождающееся чрезмерной раздражительностью и конфликтностью в поведении.

**Происхождение.** У больных обычно с первых дней жизни отмечаются проявления детской невропатии (см. главу «Психосоматические расстройства у детей»). Такие дети плохо сосут грудь, их, как правило, насильственно кормят и перекармливают. Перекармливание ребенка часто является попыткой матери компенсировать свою неспособность к эмоциональному контакту или избавиться таким путем от чувства вины. Ребенок выражает свой отказ от пассивно-рецептивной роли активным выплевыванием, срыгиванием, рвотой.

В основе психосоматического конфликта «брать — отказываться» лежит борьба между чувством зависимости от «кормилицы», желанием ее смерти и чувством вины. При депрессии расстройство базируется на подавлении орально-агрессивных импульсов с бессознательным отвержением инкорпорации, при истерии - в основе лежит отказ проглотить обиду, сочетающийся обычно с анестезией слизистой глотки. Ком в горле, наблюдающийся у истеричных женщин, может означать смещение вверх запретных сексуальных желаний, идею зачатия, кастрирующую зависть к пенису, присвоение пениса и идентификацию с мужчиной. Симптомы

224

могут символизировать неосознанную борьбу между желанием и страхом сексуального проникновения, а также между желанием кастрации партнера и отвержением этого желания. Психогенная рвота может быть символическим очищением нечистой совести, отвержением бессознательных желаний беременности, проявлением тенденции к самонаказанию за поедание

запретного плода.

М. В. Струковская и В. Д. Тополянский (1980) рассматривают психогении в качестве основной причины всех желудочно-кишечных расстройств у 80% больных, а диспепсические, сенсорные, моторные нарушения пищеварительного тракта — как один из важнейших способов выражения эмоций. Б. Стехелин (B. Staehelin 1963) соотносит расстройства пищеварения с определенными эмоциональными процессами. Стоматит, симптомы слизистой рта — трудности овладения; нарушения глотания — неспособность что-то «проглотить»; изжога, рвота, похудение — быть отвергаемым, презируемым; боли в желудке, чрезмерная перистальтика, спазм пищевода, язва — хронические безуспешные усилия что-либо переварить, усвоить; энтероколит, раздражимость толстого кишечника — хроническая невозможность что-либо переработать; хронические запоры — невозможность «отдать» что-либо; хронический понос — желание «выбросить» что-либо.

*Терапия.* При застревании кусочка пищи в горле необходимо отклонить голову назад и делать вдох через нос, а выдох сопровождать резким отхаркиванием. При спазмах пищевода назначают препараты беладонны, метацин, платифилин, бускопан, но-шпу и галидор, при тошноте и рвоте — эглонил, реглан, этаперазин, хлор-протиксен, галоперидол, транквилизаторы, гастрोцептин, пиполь-фен, витамин С. Для выявления психического отягощения и его переработки необходима раскрывающая терапия.

Широко используют образовательную и когнитивно-поведенческую психотерапию. Больному объясняют, что при глотании пищи или слюны вход в гортань закрывается надгортанником. Если в этот момент диафрагма совершит дыхательное движение, воздух будет засасываться в желудок. Так происходит, когда человек много и возбужденно говорит во время еды или когда в результате волнения слюна становится липкой и густой, поэтому требуются повторные глотательные движения, а диафрагма из-за волнения совершает активные дыхательные движения. Больных знакомят с Идеомоторными механизмами и объясняют их роль в психогенном Нарушении моторики, обучают дыхательной гимнастике и аутотренингу (с акцентом на упражнении «Живот»).

Р- 5184

225

При выраженных истерических проявлениях эффективна гид, носуггестия:

«Загораετε на солнце. Солнечные лучи ласкают кожу живота. Кожа становится розовой. Живот мягкий, теплый, покрасневшийся, расслабленный. Мысленно глотаєте немного приятно-горячей густой и вкусной жидкости. Приятное густое тепло опускается по пищеводу в желудок. За грудиной и под ложечкой разливается глубокое внутреннее тепло. Как будто рефлектор включился внутри и разогревает внутренности. Солнечное сплетение излучает тепло. Желудок мягкий, теплый, расслабленный. Сосуды желудка расширены. Желудок получает дополнительную порцию горячей здоровой крови. Улучшается питание слизистой желудка. Нормализуется выработка желудочного сока. Движения мышц желудка становятся спокойными, незаметными, безболезненными. Пища в желудке хорошо перерабатывается и без задержки переходит в кишечник. Желудок работает спокойно и натошак, и во время еды, и после еды. Любая привычная пища переваривается спокойно, незаметно и легко».

© *Врач-гастроэнтеролог: «Как только услышу эту чепуху про психосоматику, у меня начинаются спазмы в желудке».*

**ТО ЗАПОР, ТО ПОНОС...**

**Дисфункция кишечника (F45.32)** проявляется в виде следующих расстройств.

При **слизистом колите** чередуются запоры и слизистые поносы, связанные со стрессами, наблюдаются вздутия и разлитые боли в животе. *Запором* называют состояние, при котором дефекация происходит реже трех раз в неделю; как минимум каждая четвертая дефекация затруднена, поскольку каловые массы очень твердые. Запорами страдает каждая третья женщина. Запор может быть атоническим и спастическим. Первый наступает в результате преобладания функции симпатической иннервации толстого кишечника, второй — парасимпатической. Запор вызывает чувство переполнения, отсутствие аппетита, апатию, головную боль и ипохондрические опасения. Эти явления связаны с медленным отравлением организм\* шлаками.

226

Причиной психогенного запора почти всегда является спазм толстого кишечника в связи с фрустрациями, прежде всего сексуальными. Пациенты, страдающие этим заболеванием, как правило, испытывают страх потери и стремление к власти. Часто запор является симптомом депрессии, он входит в депрессивную триаду Протопопова: частый пульс, расширенные зрачки, запоры. Спастический колит часто сочетается с мизофобией. В таких случаях пациенты сознательно подавляют нормальный позыв на стул, брезгуя пользоваться общественными туалетами, особенно в транспорте. Такие позывы могут неосознанно подавляться также из-за геморроя и анальных трещин, в том числе перенесенных в прошлом. Предрасполагают к запорам сидячая работа и малоподвижный образ жизни, привычка ограничивать себя в жидкости, недостаточное потребление свежих овощей и фруктов. У лежачих больных в стационаре, вынужденных пользоваться судном, добавляется еще и чувство стыда перед женским персоналом. Поносы (*эмоциональная диарея*) связаны с тревожным ожиданием неприятности и чувством беспомощности (например, экзаменационная лихорадка, сопровождаемая «медвежьей болезнью»). В основе диареи лежит ускоренное удаление кала, из которого не успевает всосаться вода, и повышенное выделение слизи. Хроническое возбуждение перистальтики кишечника обусловлено ваго-тонией. Биологический смысл диареи заключается в уменьшении веса тела перед бегством от врага, кроме того, запах кала от тела отбивает у преследователя аппетит. Лиса использует фекалии в качестве оружия, выпуская в морду преследующей охотничьей собаки струю жидкого кала и мочи.

Больные злоупотребляют слабительными, исходя из ложного представления о вялости кишечника и предполагая, что он недостаточно опорожнен. Часто они испытывают навязчивый страх непроизвольного отхождения газов и кала. При диарее отмечается инфантильность, стремление делать добро и дарить («ничего не задерживается»). Личность характеризуется повышенной тревожностью в сочетании с чрезмерным желанием получить признание и достичь социального успеха. Такие люди умело скрывают присущую им неуверенность и зависимость за маской сдержанности, Упорядоченности и компетентности. Им свойственна беспомощная зависимость от сильных людей с оральными агрессивными Желаниями, в которых пациенты отказывают себе. Им остается лишь заслуживать милость своего покровителя.

227

**Синдром раздраженной кишки (СРК)** - термин, впервые утвержденный в 1988 году в Риме Международной группой по изучению функциональной патологии желудочно-кишечного тракта, СРК в течение жизни наблюдается у каждого пятого человека, оц диагностируется у трети

амбулаторных больных с желудочно-кишечными нарушениями и у половины пациентов гастроэнтеролога. Выделяют три варианта течения СРК:

- 1) с преобладанием болей в животе и метеоризмом,
- 2) с преобладанием диареи;
- 3) с преобладанием запоров.

Основные проявления СРК — запоры, поносы и боли в животе, обостряющиеся на фоне позывов на дефекацию и проходящие сразу после нее. Диагноз СРК ставится, если в течение трех и более месяцев непрерывно или периодически наблюдаются следующие признаки:

1. Боли или ощущение дискомфорта в области живота, которые
  - а) облегчаются после дефекации и/или
  - б) связаны с частотой стула и/или
  - в) связаны с консистенцией стула.
2. Дополнительно два (или более) следующих симптома, сохраняющихся на протяжении 1/4 числа дней:
  - а) изменение частоты стула (более трех позывов в день или менее трех в неделю);
  - б) изменение консистенции стула (твердый или жидкий);
  - в) ускорение или ощущение неполного освобождения толстой кишки;
  - г) выделение слизи;
  - д) чувство распирания или расширения кишечника.

СРК гораздо чаще отмечается при соматизированной дистимии, чем при неврозах, и наблюдается наряду со снижением аппетита, сухостью и ощущением неприятного привкуса или горечи во рту, значительным похудением и нарушениями сна. Боли в животе при этом постоянные, ноющие, изнуряющие, утром они усиливаются. Типичны запоры — изолированные или в сочетании с редкими эпизодами диареи. Характерно ослабление позывов на дефекацию, которые замещаются ощущением тяжести, переполнения, неполного опорожнения кишечника. Вне связи с позывами на дефекацию отмечаются боли в животе, преимущественно в проекции ободочного отдела кишечника на переднюю брюшную стенку; боли могут рас-

228

v

пространяться по толстой кишке. У многих больных наблюдаются заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей.

Кроме депрессии, психическая патология у больных СРК определяется тревожно-фобическими и истеро-ипохондрическими расстройствами, а также ипохондрическим развитием. При *тревожно-фобических расстройствах* наблюдаются *кишечные кризы*. Они проявляются в виде метеоризма,

громкого урчания, спонтанных спастических, стягивающих, режущих болей в области живота или ощущениях жжения в кишечнике, воспринимаемых как резкие и интенсивные позывы на испускание газов или дефекацию, нередко с невозможностью освободить кишечник. Криз заканчивается многократным жидким стулом и сопровождается ощущением неполноты опорожнения кишечника, чувством распирания, бурления в толстом кишечнике, повышенным газообразованием. Состояние может напоминать картину острого живота и квалифицируется как алекситимическая паническая атака, для которой характерно отсутствие признаков витального страха, и малая выраженность нарушений в сердечно-сосудистой и дыхательной системах. Кризы развиваются в метро, в наземном транспорте, реже — на улице. При этом больной

испытывает тревожное ожидание приступа в неподходящем месте, боится оказаться вдали от туалета, опозориться, опасается заворота кишок и мучительной смерти. Пациенты перестают пользоваться общественным транспортом, перед выходом на улицу совершают ритуальное посещение туалета, стремясь полностью опорожнить кишечник, при выборе маршрута учитывают расположение общественных туалетов. Это ограничивает их социальную активность и может помешать им устроить свою личную жизнь.

При хроническом течении наблюдается ипохондрическое развитие, включающее сверхценные идеи предотвращения приступов или ликвидации недуга. Несмотря на вполне удовлетворительное состояние, больные избегают нагрузок, устанавливают особый распорядок дня, регулярно принимают определенный препарат, соблюдают все более строгую диету, нарушение которой вызывает кишечный криз. Боли приобретают четкую и стойкую локализацию, неизменный характер (режущие, давящие или тянущие). Больные с тревогой ожидают их, и хотя боли возникают лишь при волнении, нередко связывают их с нераспознанным онкологическим заболеванием. Они упорно обследуются, причем отрицательные Результаты лишь усиливают их тревогу. Пациенты подозревают, Что врачи скрывают от них диагноз, ищут помощи у представите-

229

лей парамедицины, занимаются самолечением, изучают медицинскую литературу.

Как и при других тревожных расстройствах, у больных СРК с паническим расстройством усилена моторная функция толстого кишечника (диарея, метеоризм), часто наблюдается гипермоторная дискинезия желчевыводящих путей в сочетании с хроническим бескаменным холециститом, реактивным панкреатитом и дис-бактериозом.

СРК при *истеро-ипохондрических* расстройствах проявляется в форме ярких и отчетливо предметных ощущений, достигающих степени телесных фантазий: ощущение прокалывания иглой, жжение в форме шара внутри живота и т. п. Изредка наблюдаются тран-зиторные нарушения стула с преобладанием диареи. Характерен полиморфизм симптомов и неустойчивость локализации. Часто к названным симптомам присоединяются головные боли по типу стягивающего обруча, вбитого гвоздя, а также прокалывающие боли в области сердца. Может наблюдаться конверсионная симптоматика: головокружения, неустойчивость и шаткость походки, обморочные состояния, онемение рук и ног по типу перчаток и носков. Возможны нестойкие ипохондрические фобии.

Поведение больных отличается демонстративностью и склонностью к чрезмерной драматизации собственного страдания. Психопатологическая симптоматика характеризуется транзиторнос-тью и не выходит за рамки субсиндромальных образований. Развитие расстройства всегда сопряжено с психогенными воздействиями, после разрешения ситуации оно полностью редуцируется в течение 2 — 3 месяцев.

У пациентов с *ипохондрическим развитием* СРК протекает с преобладанием упорных болей в животе, для которых характерны четкость и стойкость локализации, неизменный «предметный» характер ощущений; у некоторых больных наблюдаются поносы. Ипохондрическое развитие обычно формируется после стационарного лечения по поводу проходящей желудочно-кишечной патологии.

Больные создают систему ограничений в питании, постепенно исключая из рациона все больше пищевых продуктов. Коррекцию диеты они осуществляют в зависимости от выраженности болей и дискомфорта в животе после приема тех или иных продуктов, нередко пользуясь сведениями,



почерпнутыми от знакомых или из популярной литературы. Характерно, что даже незначительное отклонение от установленной диеты сопровождается резким усилением болей в животе, метеоризмом, ощущением вздутия живота,

230

нарушениями стула. Подобная же избирательность наблюдается и в отношении лекарств. В

результате неадекватного самолечения и неконтролируемого приема большого количества антибактериальных препаратов у многих больных развивается дисбактериоз: происходит выраженное снижение уровня нормальной флоры и увеличивается содержание дрожжеподобных грибов.

В ряду негативных психических нарушений при ипохондрическом развитии наблюдается психопатоподобное изменение личности и реже — неврозоподобный астенический дефект. Нарастание психопатоподобного дефекта со странностями и чужаковатым поведением сопряжено с нелепыми и вычурными диетическими схемами и другими средствами самолечения (сильное, до образования кровоподтеков, надавливание или удар кулаком в области проекции боли, многочасовое пребывание в ванне с прохладной водой и т. п.). Неврозоподобный астенический дефект проявляется в виде соматопсихической хрупкости — обострения болевых ощущений и нарушения частоты стула в ответ на незначительные интеллектуальные и физические нагрузки. Формирование астенической симптоматики сопровождается спадом активности и работоспособности, переходом на менее оплачиваемую работу вплоть до оформления инвалидности по психическому заболеванию.

У больных выявляется наличие *невропатии* в детстве с эпизодическими реакциями со стороны желудочно-кишечного тракта на пике эмоционального напряжения (например, перед экзаменами). Личностный преморбид больных СРК включает гиперсоциальность, пуризм, тревожность, подозрительность и алекситимию. Больным свойственен пассивно-оборонительный стиль поведения с тенденцией к самообвинению в условиях фрустрации. В течение длительного времени перед заболеванием больные переживают хроническую травмирующую ситуацию; для женщин это неблагоприятные внутрисемейные отношения, для мужчин — сексуальная несостоятельность или конфликт с начальством. В такой ситуации у больных развивается дистимия с ухудшением настроения, ограничением социальных контактов, снижением аппетита, ранним пробуждением и нарушением формулы сна. На этом фоне дополнительная психотравма реактивирует симптоматику детской невропатии с болями в области толстого кишечника, поносами и запорами. К этим симптомам быстро присоединяются тошнота, рвота и гастралгия.

На основании таких жалоб больные обычно попадают в инфекционные отделения с подозрением на дизентерию. Поело того как

231

этот диагноз не подтверждается, больные многократно обследуются, у них развивается ипохондрический синдром, появляются панические атаки, усиливается депрессия. Формируется вторичный (по отношению к желудочно-кишечному тракту) психосоматоз, затрагивающий прежде всего сердечно-сосудистую систему. Отмечаются кардиалгия, тахикардия, повышение артериального давления. Больные жалуются на головокружение, головные боли по типу мигрени.

Наблюдаются также онемение конечностей, повышенная потливость, кожный зуд, нейродермит, псориаз. У мужчин снижается потенция, у женщин нарушается менструальный цикл. При хроническом течении у больных формируются синдромы канцерофобии и танатофобии (навязчивого страха смерти), у них изменяется характер. Появляется несвойственная им раньше требовательность, повышенная раздражительность, конфликтность.

**Происхождение.** После прохождения оральной стадии ребенок открывает анальный эротизм, связанный со стимуляцией прямой кишки фекалиями. Если оральный эротизм зависел от присутствия груди, соски или разрешения сосать палец, то с удержанием кала и актом дефекации ассоциируется чувство независимости и самоконтроля. Экскременты выполняют символическую роль подарка, который ребенок с гордостью преподносит матери, как она раньше дарила ему свою грудь. Поскольку во время приучения к горшку ребенка поощряют за дефекацию, кал приравнивается в своем значении с деньгами, которые можно обменять на другие блага. Задержка кала означает власть над матерью. Она может быть и мстью ей за фрустрацию.

У людей, которых воспитывали в пуританском духе, слишком рано и очень строго прививали навыки опрятности, сдержанности и самоконтроля, дефекация ассоциируется с грязью и распушенностью. Частота запоров у женщин может быть обусловлена анатомической близостью ануса и влагалища, в результате чего женщина больше следит за моральной и физической чистотой и эстетикой. Склонность к запорам у женщин объясняют также их склонностью наслаждаться тратами и раздавать всё, эту склонность они компенсируют запорами. Запоры могут также выражать задерживающую тенденцию, связанную с желанием забеременеть или иметь пенис по формуле: ребенок = пенис = кал. Диарея, как и рвота, наоборот, нередко выражает сопротивление желанию забеременеть и фантазиям инкорпорации. Чередование запоров и поносов отражает кастрационную тревогу, смещенную к анальной сфере.

232

В. Швиддер (W. Schwidder 1965) описывает следующие психо-динамические механизмы при хронических запорах: телесный радикал протестной реакции; попытка удержать, чтобы выстоять; отступление в страхе; страх и защита от чрезмерной отдачи; ассоциирование дефекации с «грязными» побуждениями, которые воспринимают с чувством вины или ощущением опасности и поэтому отвергают.

Больные спастическим колитом проявляют черты «анального характера», описанного Фрейдом: упрямство, любовь к порядку и бережливость; в крайней форме — нетерпимость, педантизм и скупость.

Ф. Александер (2002) добавляет следующие характерные признаки: пессимизм, пораженчество, недоверие, ощущение себя нелюбимым. Девиз страдающего запорами: «Я не могу ни от кого ничего ожидать, и поэтому мне не стоит никому ничего давать; я должен удержать то, что у меня есть». Подобная установка служит препятствием для спасительного выхода из сложных ситуаций. Запоры могут возникнуть тогда, когда перед человеком возникает трудноразрешимая проблема: «Я должен держаться за то, что у меня есть». Каловый столб становится хребтом, символическим фаллосом, для этого он должен быть твердым. Он играет и роль твердой валюты, как золотой запас на случай дефолта. Этого НЗ должно быть много.

Запор может быть также связан с анальным страхом кастрации (О. Фенихель, 2004). У детей наблюдается страх провалиться в унитаз или быть съеденным появившимся оттуда монстром, который замещает более пугающую кастрационную тревогу по поводу ге-нитальных эдиповых

желаний. Ребенок, с ужасом наблюдающий исчезновение фекалий, боится, что его пенис может исчезнуть таким же образом.

Психологический смысл хронической диареи Ф. Александер (2002, с. 113) видит в тревожной потребности дарить и делать добро. «Пациент может стать зависимым от других, но чувствует, что должен что-либо сделать, чтобы воздать должное за все то, что получает. Однако вместо реальных действий в этом направлении он успокаивает свою совесть инфантильной формой дарения — содержимым кишечника».

*Терапия.* При дискинезии желчевыводящих путей исключаются блюда с экстрактивными веществами — пряности, маринады, копчености, крепкие грибные, рыбные, мясные бульоны, жирные блюда, холодные и газированные напитки. Употребляется механи-

и

чески и химически щадящая пища: паровая, отварная, пюре. При гипертонической форме назначают сульфатно-натриевые и магниевые воды, девясил, зверобой, мяту перечную. При гипотонической форме — Эссендуки № 17, Арзни, сульфат магния, холен-зим, олимезин, холагол, мотилиум, перистил.

При спастическом колите с преобладанием запоров рекомендуют обильное питье, потребление слив, яблок, моркови и свеклы, занятия физкультурой. Назначают растительные слабительные (трава сенны, сеннаде, бисакодил, регулакс, мукофальк), а также сульфат атропина, метацин, платифилин, папаверин, но-шпу, га-лидор, амизил, седуксен. При поносах применяют смекту, фор-лак, альмагель, фосфалюгель, маалокс, при метеоризме — эспу-мизан.

Основным методом лечения больных с СРК при депрессивных и тревожно-фобических расстройствах и ипохондрическом развитии является комбинированная фармакотерапия с применением психотропных (транквилизаторы, антидепрессанты, нейролептики) и соматотропных (прокинетики, желчегонные, бактериальные) средств.

При СРК с депрессивными расстройствами наиболее эффективно сочетание антидепрессантов с прокинетиками. При СРК с ипохондрическим развитием наиболее эффективна комбинация атипичных нейролептиков (сульпирид, рисперидон, оланзапин) с бактериальными препаратами.

При СРК с тревожно-фобическими расстройствами наиболее эффективно сочетание антидепрессантов с анксиолитической активностью со спазмолитиками и бактериальными препаратами. Для лечения больных с истеро-невро-тическими реакциями эффективна монотерапия анксиолитическими средствами.

Кроме того, применяют гипнотерапию и аутогенную тренировку, раскрывающую терапию, фокусированную на межличностных отношениях и их коррекции. В процессе гипнотерапии используются следующие формулы внушения:

«Глубокое густое тепло разливается по всему кишечнику, по всему животу. Согревается низ живота. Нижняя часть живота теплая. Переваренная пища проходит по всему кишечнику свободно, без задержек, без неприятных ощущений. За ночь кишечник хорошо подготавливается к стулу. Наутро регулярный стул, свободный и безболезненный. Кишечник опорожняется легко. При любом волнении в животе тепло и покой».

234

Гипносуггестия подкрепляется формулами самовнушения в аутотренинге:

«Нижняя часть живота теплая. Мой кишечник опорожня-<sup>1</sup>ется регулярно и без усилий. Мой

кишечник опорожняется регулярно после завтрака (обеда, ужина). Мой кишечник работает автоматически и не нуждается в слабительных. Мне I не нужны слабительные для опорожнения кишечника. Мой кишечник опорожняется регулярно и автоматически».

## **ЧТО-ТО ВОЗДУХА МНЕ МАЛО**

*Cum spiro spew*

*(Пока дышу — надеюсь).*

*Овидий*

На уровне магического мышления дыхание символизирует душу и жизнь. Дышать одним воздухом с другим человеком — значит объединяться с ним при вдыхании этой невидимой субстанции и разъединяться при ее выдыхании. Вбирание запахов может быть связано с анальным эротизмом, а также с представлением о вдыхании души умершего человека и идентификации с ним. Дыхание — единственная вегетативная функция, доступная произвольному регулированию.

**Психогенные расстройства дыхания** (F45.33) могут проявляться следующим образом.

**Синдром гипервентиляции** включает триаду: усиленное учащенное дыхание, парестезии, мышечные судороги. Наблюдаются также беспокойство, страх, тревога, затрудненное дыхание, ощущение кома в горле, сердцебиение, ощущение остановки сердца, неритмичность работы сердца, экстрасистолы, лабильность пульса и АД. Синдром гипервентиляции наблюдается в форме приступов и в хронической форме. Больные составляют от четверти до половины пациентов пульмонологических отделений. У них не выявляется выраженного нарушения бронхиальной проходимости, отсутствуют ночные приступы удушья.

*Гипервентиляционный криз* проявляется в форме избыточного, усиленного дыхания, которое приводит к неадекватному газообмену в организме и сердечно-сосудистым нарушениям.

Появляются боли в сердце, сердцебиение, стеснение и боль в груди («будто обручем сдавливает»), экстрасистолия, лабильность АД, шум в ушах,

**235**

акроцианоз, покалывание, онемение в конечностях. Возникает спазм верхней губы, судороги в кистях и пальцах рук, которые застывают в виде «пальцев акушера» у груди. Возникает ощущение пустоты в голове, головокружение, потемнение в глазах, тошнота; снижается способность сосредоточивать внимание, может наступить легкое помрачение сознания. Эти ощущения обусловлены тем, что учащенное дыхание приводит к уменьшению кровоснабжения головного мозга.

При хронической форме наблюдается ускоренное и углубленное дыхание, как при тяжелой нагрузке. Характерны стоны, вздохи, напоминающие судорожную икоту или оханье; отмечается легкое посвистывание на вдохе и шумный выдох через стиснутые губы. Такое дыхание связано с ощущением нехватки воздуха и стеснения в груди. Часто оно сопровождается зевотой, пароксизмальным покашливанием, заглатыванием воздуха, ощущением переполнения желудка и сдавливания в области сердца. Может быть зуд в области рта и конечностей («чешется язык», «чешутся руки» от скрытой агрессии). У больных нарастают ипохондрические тенденции. Они тщательно регистрируют малейшие признаки телесного неблагополучия, вводят особый порядок проветривания помещения, выполняют дыхательные упражнения; прежде чем войти в незнакомое помещение, интересуются качеством воздуха в нем.

Расстройство чаще развивается у женщин, которых отличают стеснительность, нормативность, самоотверженность. Они безропотно глотают обиды и неспособны постоять за себя, склонны к

зависимым отношениям с доминирующим партнером. Родители воспитывали их в строгости, требовали стого соблюдать нормы и правила, что вызывало у детей эмоциональную фрустрацию. Бунтовать было опасно и «неправильно». Одышка у таких женщин возникает или усиливается в ситуациях, требующих от больной самоутверждающего поведения, которое тормозится чувством бессилия или страхом потери лидера, гарантирующего безопасность, но лишаящего власти. Приступ гипервентиляции купируется путем насыщения углекислым газом при дыхании в пластиковый пакет или через носовой платок. Иногда достаточно подержать сложенную лодочкой ладонь около рта и носа. Назначают витамин В-15, сонапакс, хлор-протиксен. Эффективна аутогенная тренировка и дыхательная гимнастика, нацеленная на переход с грудного дыхания на диафрагмально-брюшное.

Приведем пример (Бройтигамидр., 1999).

236

Больная 29 лет была доставлена в клинику матерью и мужем в состоянии возбуждения. Дома она в панике бегала по комнате, задыхалась и боялась, что больше не сможет дышать. При поступлении дрожала, жаловалась на головокружение, слабость в ногах и мелькание перед глазами.

Впервые подобное состояние возникло у нее после перенесенного гриппа, после которого она испытывала слабость, головокружение и волнение, когда вставала с постели. После инъекции врача у нее развилась «остановка дыхания», и скорая помощь доставила ее в клинику. С тех пор женщина испытывает страх остановки дыхания. За нескольких месяцев до гриппа гинеколог обнаружил у нее «узелки», и несмотря на тщательное обследование, у больной развилась канцерофобия. На работе она постоянно боится не справиться с заданиями начальника, но поскольку скрывает это, он дает ей трудные поручения.

В детстве больная была очень послушной, приносила домой только хорошие оценки. И хотя из чувства противоречия ей хотелось иногда огорчить родителей плохой оценкой, она не могла себе этого позволить. В школе ее считали высокомерной зазнайкой, но стали уважать, когда она начала проявлять агрессивность по отношению к учителям.

В университете она готова была выйти замуж за человека, который поразил ее своим самообладанием. Женщина продолжает поддерживать с ним духовную связь и после замужества. Ее муж — более прагматичный и непосредственный человек. Мать властная, много лет страдает неврозом сердца. Из-за болезни дочери она приехала издалека, чтобы ухаживать за ней.

В процессе лечения больная проявляла сильное сопротивление и склонность к рационализации. Была выписана с улучшением, но вскоре возник рецидив с выраженной фобической окраской.

**Психогенный кашель** является одним из проявлений синдрома гипервентиляции. Он чаще встречается у детей и подростков. Кашель обычно громкий, сухой, лающий; длительный, сопровождающийся некоторой демонстративностью, преходящими соматосенсорными расстройствами, резистентный к традиционному лечению. Он продолжается годами. *Кашель «закатывание»* проявляется в виде нарушений дыхания на вдохе; он наблюдается у детей,

237

родители которых не дают им истинной любви, а при воспитании произвольно чередуют потакание и суровость.

В анамнезе выявляется игнорирование собственных потребностей, избегание противостояния и подавление агрессивных тенденций («Ребенок должен слушаться!»). Нервный кашель аналогичен

тику и представляет собой замещение и эквивалент смущения или враждебности. Он может быть проявлением идентификации с кашляющим человеком или выражать инфантильные инстинктивные конфликты через воспоминание об органическом кашле в детстве.

Приступы кашля возникают как следствие неудовлетворенности в любви или связанной с ней неуверенности. Блокированный вдох символизирует защиту от удушливой домашней атмосферы. Кашель разряжает внутреннее напряжение, выполняет функцию громкого, но невербального и потому не слишком опасного протеста. Он является также средством обратить на себя внимание, помешать, разозлить. Отхаркиваемый экссудат, как и моча или кал при энурезе и энкопрезе, символизирует оскорбление («Мне на тебя начхать!»).

Приведу пример из собственной практики.

Женщина 45 лет, бывшая актриса, обратилась с жалобами на приступы кашля при волнении. В беседе она пыталась объяснить свой кашель простудой, хотя признаки воспаления дыхательных путей отсутствовали. Затем вспомнила, что также кашляла в детстве во время коклюша. Ее взрослый сын также перенес в детстве коклюш, и до сих пор у него бывают приступы, когда он «заходится» в кашле. Пациентка с улыбкой отметила, что сейчас вместе с ней кашляет и сын, и муж.

По просьбе врача пациентка показала, как кашляет, при этом сама обратила внимание на то, что на вдохе издает звуки, напоминающие детское всхлипывание. Затем она вспомнила, что в детстве «закатывалась» во время коклюша. Ее мать в то время находилась в длительной депрессии, мало уделяла внимания дочери, но когда та заболела, тревожно заботилась о ней. Пациентка отметила, что родилась в асфиксии из-за обвития пуповины и предположила, что это было связано с падением матери на живот незадолго до родов.

В настоящее время больная сожительствует с мужчиной, который по-отечески опекает ее. Она ценит его надежность, но тяготится необходимостью заниматься с ним сексом («Он слишком хороший, без перчика»), не испытывает оргазма.

238

Обижается, что он ревнует ее к молодым людям, к которым она проявляет якобы лишь материнские чувства, а они почему-то начинают ухаживать за ней. Она рассказывает об этом с довольной улыбкой и блеском в глазах. Женщина устраивает сожителю «истерики», опасается разрыва отношений с ним и не видит выхода из сложившейся ситуации. Приступы кашля обычно возникают, когда она подавляет свое желание устроить мужу сцену, или перед близостью. Пациентка согласилась с тем, что ее кашель может быть связан с неосознанным стремлением «выплакать» обиду и «начхать» на обидчика, чтобы сожитель и пожалел ее, и испугался ее кашля, и сменил роль обидчика на защитника, как это удавалось ей в отношениях с матерью. Однако она не представляет, как сможет сохранить отношения с ним. Женщина с неохотой признала, что приступы кашля помогают ей уклониться от исполнения супружеских обязанностей. От супружеской терапии она отказалась, ссылаясь на негативное отношение сожителя к психотерапии. Пациентка имеет диссоциированную систему ценностей: осознанную — альтруистическую, духовную, с высокими моральными и эстетическими критериями, творческой ориентацией и неосознанную, но доминирующую и определяющую ее жизненный стиль — эгоистичную, меркантильную, в которой значительное место отведено понятию престижа. Она призналась, что испытывает глубокий и постоянный стыд за свой образ жизни, но менять его «уже поздно». В первой фазе терапии пациентка отреагировала враждебные чувства к родителям, уменьшились

проявления зависимости от мужа, она стала откровеннее с ним, перестала устраивать ему сцены. Выразила недовольство тем, что хотя приступы кашля стали реже, но теперь приходится иметь дело с неприятными мыслями, которые раньше удавалось отгонять, а это портит ей настроение. Ее дыхание во время приступов кашля стало напоминать не плач, а учащенное дыхание перед оргазмом с последующей резкой слабостью. Пациентка согласилась с предположением врача, что это может свидетельствовать о перемещении генитальной проблемы на оральный уровень. Она вспомнила о том, как в молодости однажды едва не задохнулась во время орального секса, подавившись спермой, которую не хотела глотать. Рассказала о детских играх с двою-

239

родным братом, во время которых она делала вид, что откусит его эрегированный пенис. Когда отец шел в туалет, она увязывалась за ним и заворочено смотрела, как он мочится, а отец пугал ее, вдруг приближая свой «огромный» пенис к ее лицу. После проработки темы зависти к пенису приступы кашля временно заменились приступами ночного обжорства. Больная высказывала недовольство своей полнотой и большим размером груди. Она вспомнила, что в грудном возрасте получала искусственное кормление, так как у матери не было молока. Фокус терапии переместился на амбивалентные чувства к матери, затем — к отцу и, наконец, к мужу. В завершающей фазе терапии был проработан эротический перенос на психотерапевта, возникший на фоне страха расставания с ним.

**Ларингоспазм** — приступ удушья, возникающий после рефлексорного приступа кашля от попадания в верхние дыхательные пути слюны или пищи. Появляется во время обострения хронической психотравмирующей ситуации, нередко на фоне ларингита или ОРЗ. Патогенез расстройства связан со сшибкой двух взаимоисключающих функций — глотания и дыхания. Пациент может впервые поперхнуться слюной при пробуждении от испуга. Из-за спазма мышц гортани дыхание становится свистящим, хрипящим, появляется чувство сдавливания в горле и страх смерти от удушья. Приступ длится 1 — 2 минуты и завершается обильной отрыжкой воздухом. Затем приступы повторяются.

Между приступами у больных отмечается ощущение нехватки воздуха, сухость во рту, аэрофагия, ком в горле или давление, которое они могут принимать за зоб. Больные опасаются повторения приступов, боятся задохнуться во сне, осторожно проглатывают пищу, запивая ее водой, отказываются от острой пищи. У них нарастает обидчивость, раздражительность, эмоциональная лабильность, ипохондричность.

**Невротический дыхательный синдром** проявляется в виде дыхания вздохами или дыхательного корсета. О *дыхание вздохами* говорят, когда дыхание часто прерывается углубленными вздохами и удлиненным шумным выдохом. Такое дыхание обнаруживает состояние мрачно-раздражительной разбитости после бесплодных усилий и разочарования.

240

*Что-то воздуху мне мало — ветер пью, туман глотаю, Чую с гибельным восторгом: пропадаю, пропадаю!*

*В. Высоцкий*

*Дыхательный корсет* характеризуется невозможностью продохнуть в полной мере. Он часто наблюдается у пациентов с навязчивостями и препятствует поведенческому выражению эмоций («затаить дыхание»).

Больные функциональными дыхательными расстройствами отличаются тревожно-депрессивными и ипохондрическими чертами и склонностью к фобическим реакциям. Они чрезвычайно нормативны, безотказны и безропотны, обычно находятся в зависимых отношениях с доминирующим партнером, воспроизводя свой детский опыт. Приступ обычно возникает в ситуации, требующей от больного агрессивной и самоутверждающей активности, на которую он не способен из-за чувства беспомощности и страха потерять родительскую фигуру, лишаящую власти, но гарантирующую безопасность.

Приведу пример из собственной практики.

Мужчина 35 лет, бывший саксофонист жалуется на периодическую одышку, невозможность вдохнуть, чувство нехватки воздуха, страх смерти от удушья. Такое состояние впервые возникло у него в детстве, когда он подавился во время еды (кормили насильно). Десять лет назад он лечился у психотерапевта по поводу приступов одышки при волнении, после курса дыхательной гимнастики состояние нормализовалось. Во время болезни он не мог играть на саксофоне, но когда все прошло, простился с профессией музыканта, так как она была малооплачиваемой.

Последние 10 лет пациент работает менеджером в торговых фирмах, часто меняет места работы из-за конфликтов с администрацией. Он женат, имеет дочь пяти лет, с женой не живет, считая, что она манипулирует им, алименты платит нерегулярно, ребенка навещает редко, ежедневно выпивает.

Рецидив болезни связывает с конфликтом с родителями, с которыми вынужден жить после очередного увольнения. Они контролируют его, считают неудачником и алкоголиком. К его увлечению музыкой всегда относились как к детской забаве. Пациент отмечает, что спазмы в горле у него часто

" — 5184

241

появляются, когда он подходит к дому, — «там всегда была удушливая атмосфера».

В процессе индивидуальной и групповой динамической терапии дыхание пациента нормализовалось. Он устроился на высокооплачиваемую работу, где сложились устойчивые отношения с коллективом и администрацией, улучшились отношения с женой и ребенком. Теперь он менее болезненно реагирует на поведение родителей, перестал алкоголизироваться, отказался от встреч с прежними друзьями. Откладывает деньги на новый саксофон, учится играть на гитаре — «если захочется сменить инструмент». Подумывает о возвращении к профессии музыканта.

*Терапия.* Больного следует поощрять к тому, чтобы он вербализовал свой протест или пытался каким-нибудь образом изменить невыгодную для него ситуацию. Неразрешенные конфликты, лежащие в основе заболевания, прорабатывают аналитическими методами. Применяют дыхательные упражнения, телесно-ориентированные техники и аутотренинг.

В. Ф. Простомолотов (2002) при лечении больных с функциональными нарушениями дыхания применяет комплексную программу, включающую следующие звенья.

1. Познавательное-поведенческое психотерапия.
2. Устранение общевротических симптомов с помощью традиционных средств психического, физического, лекарственного воздействия.
3. Органотренировка.
4. Режим молчания или ограничения речи (в некоторых случаях).
5. Постановка речевого дыхания и темпа речи.



6. Дыхательная гимнастика с акцентом на наиболее полном выдохе.
7. Обучение приемам преодоления ощущений нехватки воздуха, возникающих при синдроме нарушения ритма дыхания и ларингоспазме.

В процессе гипнотерапии невротических дыхательных расстройств используются следующие формулы внушения.

«Все спокойнее, все глубже становится сон. Как будто засыпаете на свежем воздухе, в уютном красивом месте. На душе спокойно и легко, уютно и тепло. Дышите чистым, свежим, приятно-прохладным воздухом. Когда вы наслаждае-

242

г

тесь этим воздухом, на душе становится совсем тихо и легко. В груди тепло и спокойно. Приятно-прохладный воздух входит и выходит во время дыхания. Вдох успокаивает. Выдох спокойный. Легко и свободно струится воздух. Приятный и освежающий. Дышится совершенно спокойно. Спокойно и непрерывно. Так приятно струится воздух. Совсем свободно. Свободно и легко. Дыхание спокойное, ровное. Выдох долгий, непрерывный. На душе спокойно и легко. Волнения перестают мешать дыханию и речи. При волнении легко остановиться, успокоить дыхание, дать расслабиться голосовым связкам. Это происходит само собой, совсем легко. При любых обстоятельствах дыхание спокойное, ровное, глубокое. В груди и горле легко и свободно. При любом разговоре дышится спокойно и легко».

## **ПРОБЛЕМЫ С МОЧЕИСПУСКАНИЕМ**

Расстройства выделения мочи (F45.34) проявляются в основном в виде задержки и учащения мочеиспускания.

**Дизурия** — психогенная дисфункция мочевого пузыря проявляется в виде задержки мочи, вызванной спазмами сфинктеров мочевого пузыря, потерей позывов на мочеиспускание или недержанием мочи. Известно, что у 25% всех женщин с симптомами цистита не обнаруживается никаких признаков инфекции. Расстройство может наблюдаться в структуре астенических состояний, конверсионного синдрома у истероидных личностей и в рамках сома-тизированной депрессии.

**Поллакиурия** - учащенное, в ряде случаев болезненное (цис-талгия) мочеиспускание с императивными позывами. Наблюдается обычно у истероидных пожилых больных (чаще — у женщин) при волнении, особенно после пережитого страха не удержать мочу в общественном месте (в транспорте, на заседании и т. п.). Неприятные ощущения при цисталгии могут распространиться на область позвоночника, могут даже появиться «прострелы» в ноги. У больных соматизированной депрессией реакции на «цистит» маскируют истинное происхождение грусти и пессимизма, бессонницы и ипохондрической озабоченности.

Расстройство может развиваться на фоне хронического цистита Или простатита вне обострения и других заболеваний уретры и

и\*

243

мочевого пузыря, не приводящих к существенной обструкции моче-выводящих путей. Больные перед выходом из дома обязательно опорожняют мочевой пузырь, опасаются находиться в помещении или на транспорте, если не уверены, что там есть туалет. При невозможности

воспользоваться туалетом у них развивается гипергидроз, лабильность пульса и АД, головокружение, парестезии в области конечностей, иногда субфебрилитет.

**Задержка мочеиспускания** и мочеовоздержание (прерывистая струя) отмечаются в присутствии посторонних у мужчин, обычно в общественных туалетах. Расстройство начинается в детстве и связано с особенностями воспитания и психастенической структурой личности. Обычно у мужчин, страдающих этим расстройством, отмечаются проблемы в конкуренции с мужчинами (известно, что маленькие мальчики соревнуются, кто дальше пописает).

Приведу пример из собственной практики.

43-летний одинокий профессор технического вуза был направлен ко мне урологом, у которого он несколько лет лечился по поводу задержки мочи. Больной постоянно принимал спазмолитики, часто обращался с просьбой провести катетеризацию и бужирование уретры. Уролог заметил, что проведение этих процедур медсестрой вызывало у больного сладострастные ощущения. Он долго отказывался от консультации психотерапевта, согласился на нее лишь тогда, когда мог мочиться только сидя на унитазе — «как женщина». Выяснилось, что он всегда стеснялся мочиться при посторонних, из-за этого долго не мог начать мочеиспускание и до конца опорожнить мочевой пузырь. В детстве боялся строгого отца, был очень близок с братом. Девушек избегал, в браке не состоял. Живет с братом, который до сих пор «по-отечески» заботится о нем. Мастурбацию отрицал. В ответ на просьбу уточнить характер отношений с братом густо покраснел и смущенно попрощался.

**Терапия** должна быть направлена на устранение общеневротических симптомов и депрессии, нормализацию рефлекторной деятельности мочевого пузыря и коррекцию нарушенных отношений личности. Применяют транквилизаторы, антидепрессанты, гипнотерапию, аутотренинг, функциональные тренировки, образовательную терапию.

244

## I

При проведении аутотренинга используют следующие формулы самовнушения.

«Мне не нужно ходить в туалет так часто. Я буду ходить в туалет только тогда, когда будет полным мочевой пузырь. Мой мочевой пузырь освобождается, когда он полный. Мой мочевой пузырь тяжелый и теплый. Мой мочевой пузырь расслаблен. Моча льется легко и свободно. У меня хорошая струя».

В сложных случаях может понадобиться динамическая психотерапия.

Приведу пример из собственной практики.

Пациент Г., 48 лет, консультант американской компьютерной фирмы, приехав на работу в Москву, в течение года лечился у психиатра и уролога в Американском медицинском центре. Эффект оказался недостаточным, и пациент был направлен на психотерапию. Жалобы при поступлении: пониженное настроение, постоянное внутреннее напряжение, чувство одиночества, утрата жизненной перспективы, снижение работоспособности, а также затрудненное прерывистое мочеиспускание с частыми позывами, болезненная сухость губ, набухание слизистой носа с затруднением дыхания.

Больным себя считает последние 20 лет — с того времени, как отец начал лечиться у уролога. У пациента в этот период возникли нарушения мочевого выделения, часто приходилось удалять мочу катетером. Временное улучшение наступило лишь после оперативного рассечения сфинктера мочевого пузыря, после чего возникло забрасывание эякулята в мочевой пузырь. Г. воспринял это

как «самооплодотворение». Все 20 лет он посещал психотерапевтов в тех странах, где работал. Пациент постоянно принимает антидепрессанты, транквилизаторы, спазмолитики, капли в нос, пользуется гигиенической помадой; каждый вечер занимается психологическим тренингом с помощью курса на аудиокассетах.

Анамнез жизни. Отец — бывший программист в компьютерной фирме, «порядочный человек», очень мягок с окружающими и вспыльчив с женой и детьми (домашнее прозвище — bully, забияка). Вечером обычно смотрел телевизор, держа маленького Г. на коленях и угощая шоколадом, кото-

245

^

рый поглощал в это время в больших количествах. В школьные годы много занимался с сыном, но быстро раздражался, кричал, обзывал тупицей, бил по голове. Считает себя всегда правым, яростно спорит с сыном, когда тот пытается возразить. Последние 20 лет страдает почечно-каменной болезнью с расстройством мочеиспускания. Мать заведует школьной библиотекой, но в то же время не может пересказать содержания прочитанной книги; во всем подчиняется мужу и никогда не защищала сына от нападок отца.

Г. в школьные годы боялся сверстников, стеснялся мочиться публично, казалось, что его пенис меньших размеров, чем у других мальчиков. Он окончил факультет славянских языков, владеет русским в совершенстве, однако часто говорит о себе в женском роде, о женщинах — в мужском; но, говоря о других мужчинах, не ошибается. На первых курсах ему неоднократно предлагали гомосексуальные отношения. Он играл в любительских спектаклях «мужиков», отпустил бороду, которую носит до сих пор. Затем окончил курсы по языкам компьютерного программирования, работал в фирме по продаже компьютерных программ в Европе, а позже был направлен в Москву для открытия филиала фирмы в СНГ.

Половая жизнь у Г. началась с 25 лет, в 26 он женился на разведенной женщине и прожил с ней восемь лет. Конфликтовал с пасынком, который вел себя независимо, с женой, которая ждала, что он будет ей другом. Затем встречался с женщинами эпизодически — по принципу «грей меня и уходи». Последние два года довольствуется мастурбацией с порножурналом или порнофильмом. Яркие воспоминания: Г. два или три года, утром родители долго не встают; он вошел к ним в спальню и помочился на ковер, за что был наказан. Вскоре после этого, зайдя в родительскую спальню и услышав окрик отца, от испуга опорожнил кишечник на тот же ковер.

Три-четыре года. Летом в загородной усадьбе; много родственников, в том числе любимая молоденькая тетка и очень строгий дядя, которого Г. боялся. Все столпились у постели, где на животе лежит Г., которому ставят клизму от запора; ему больно и стыдно.

Первый класс, учительница ругает его за неделанное задание, кричит, что из него никогда ничего не выйдет. От страха обмочился, испытал жгучий стыд. После этого стеснялся по-

246

проситься на уроке в туалет, однажды долго терпел, не мог сосредоточиться на задании, и когда учительница накричала на него, упустил мочу. Дома отец долго занимается с ним, наконец выходит из себя и громко кричит: «Stupid!»; вновь обмочился.

В девять лет он испытал первый оргазм: двигался в постели в старых штанах, еще не зная о мастурбации. Штаны порвались, это очень возбудило его. Г. порвал новое нижнее белье с мыслью,

что он первый овладевает женщиной. Потом он сшил переднюю и заднюю часть для большей стимуляции ануса. В 9—10 лет в ванной на полу с книгой «Том Сойер и Гекльбери Финн» мастурбировал, вставив в анус матрешку. В этом же возрасте попросил у мальчика на перемене печенье, тот заявил: «Поцелуй меня в зад!», и Г. импульсивно сделал это.

Повторяющееся сновидение: несколько хулиганов (bully) с палками предлагают ему завладеть домом. Выходит хозяин — порядочный человек, хулиганы прогоняют его. Г. входит в дом, там спит мексиканка, ее дети и ее родители. Г. испытывает сильное сексуальное желание, ложится с женщиной, у него два пениса: один входит в нее, другой всегда виден. Слышен голос отца:

«Женщина и ее родители, нехорошо вместе». Г. испытывает стыд перед родителями женщины и передней, так как не собирается на ней жениться. Он говорит мексиканке, что она его не интересуется, и уходит, но тут же возвращается. Мексиканка и ее родители упрекают его и превращаются в его собственных родителей. Ощущает себя блудным сыном и просыпается с чувством раскаяния, затем всплывает сильный страх перед шайкой хулиганов.

Психотерапия. Проводилась индивидуальная и групповая динамическая терапия на протяжении четырех лет. Г. осознал, что невроз нужен ему для получения суррогатов тепла — жалости и восхищения (он героически преодолевает тяжелые страдания), а также для самонаказания. Он признал, что «злоупотреблял» предыдущей терапией, добиваясь, чтобы терапевты или целиком поддавались его манипуляциям или «кастрировали» его. Часто внезапно Г. прерывал свой монолог, чтобы сходить помочиться. По возвращении из туалета жаловался, что долго не мог начать мочеиспускание, струя была прерывистой, не возникло ощущения, что мочевого пузыря опорожнен. Через год он ходил в туалет лишь

247

перед началом и после сессии. Первые месяцы терапии прятал большие пальцы в кулаки. После интерпретации этого симптома как страха кастрации, скрытой сексуальной агрессии и тайной мастурбации стал свободнее говорить о перечисленных проблемах, поглаживая при этом галстук. Часто мазал губы гигиенической помадой, закапывал нос, массировал его, усиленно тер глаза, испытывая сладострастные ощущения. Осознал мастурбационную символику этих действий; оценил их и как проявления «сухого плача», так как он давно научился плакать по-настоящему. Начал обходиться без помады и капель.

К концу второго года терапии ночью во время мастурбации воображал себя с секретаршей, которую ревновал к коллеге. Вдруг представил себя голым у меня на кушетке, я сижу в изголовье, также обнаженный. Ярво вспомнился отец, загорающий в шезлонге во дворе усадьбы без одежды, увидел его полуэрегированный член, испытал сильное желание усесться к нему голым на колени. Сознательно переключил свои фантазии на секретаршу, испугавшись гомосексуальных желаний. После этого сновидения просил, чтобы я ругал его: «Мне нужно испытать боль от твоей ругани, это было бы основанием для обиды и агрессии; но для этого требуется потерять голову от боли. Необходимо повысить уровень боли, иначе я застрял. Или ери, или вставай с горшка». Понял, что ожидает и от терапевта, и от коллег в первую очередь любви и агрессии, подчиняет этой невротической потребности деловые интересы.

Третий год терапии начался с осознания того, что Г. долгие годы использовал терапию, чтобы искать объяснения своих проблем в прошлом и таким образом «не расти». Акцент терапии впервые был сделан на проработке достигнутых инсайтов. Он купил автомашину (раньше боялся садиться за руль). Был назначен директором Московского отделения фирмы, его отношения с коллегами

стали более искренними и дружественными. Г. снял другую квартиру, чтобы иметь возможность принимать большие компании гостей. Если раньше холодильник был заполнен йогуртами, соками и сладостями, то теперь в нем появились мясные и рыбные деликатесы. Он приобрел кошку, о которой заботился как о ребенке, брал ее на ночь в постель. Начал встречаться с бывшей хозяйкой кошки, предупредив женщину о временном

248

характере отношений. Сбрил бороду, «чтобы не прятать больше от людей свое настоящее лицо»; к его удивлению, стал выглядеть более мужественно.

Завершающая фаза терапии (шесть месяцев) проводилась в ожидании перевода пациента на руководящую должность в главный офис фирмы в США. Последние встречи были фокусированы на страхе расставания и тревоге по поводу дальнейшей жизни. Уверенному и оптимистичному настрою способствовал обзор достижений пациента в деловой сфере и личной жизни; был сделан акцент на отсутствии необходимости сохранять невротическую симптоматику. В заключение были актуализированы нереализованные писательские способности пациента как возможность дистанцироваться от прошлого и сублимировать импульсы, оставшиеся неотраженными.

*Фрагмент сессии. Конец первого года терапии, на кушетке.*

— Каждый день я об этом фантазирую по нескольку раз. лежу в ванне с пистолетом и выстрелю себе в рот, но не

спачкаю ничего, потому что вся кровь стечет в канализацию. Не оставлять записку, не объяснять ничего.

— Может быть, ты смог бы объяснить мне...

— *(Раздраженно)* Есть боль, и я хочу избавиться от боли.

— От bully...

— Ну. Я могу убить двух зайцев одним камнем. *(Долгая пауза.)*

— Так важно не испачкать ничего...

— Да, потому что я ношу мешок говна. Воняет. Неважно, да я иду с этим мешком. Тяжело, невкусно. Я ем это? Что

то значит? *(Пауза.)*

Я учился в третьем классе и однажды на своем письменном столе обнаружил какое-то коричневое пятно. Я понюхал, то было говно. Кто-то испачкал мой письменный стол говном. Я только что вспомнил, это давно забыто. *(Пауза.)* Когда учился в университете, там была такая традиция: в день окончания студента парни из общежития хватали его, несли общественный душ и мочили прямо в одежду. Когда наступил мой день рождения, меня тоже потащили в ванную, ухватился за какой-то столб, они не смогли оторвать меня — и не захотели? — и бросили. Они ушли, а я остался один, и не было жалко. Было бы не так плохо, они по-дружески хотели сделать это.

249

— Это случилось бы в ванной, и

— В девятом классе несколько парней пытались затащить меня в дамский туалет. Хотя я смеялся, но очень не хотел это. Я пригрозил, что донесу. И сразу, на пороге туалета, они меня покинули. И с тех пор у меня были очень плохие отношения с этими одноклассниками, они меня очень мучили. Я просто хотел бы, чтобы люди оставили меня в покое. Грей меня и уходи. И до сих пор у меня нет нормальных отношений с людьми.

— Я понимаю, как это больно. И хочу заметить насчет ванной: она была в твоём рассказе о мастурбации с книгой о Томе Сойере и Гекльбери Финне. Что-то тайное и гомосексуальное...  
— С ума сойти... *(Пауза.)* Пистолет во рту — это сексуальный символ?  
— Может быть... К сожалению, наше время истекло. После сессии Г. вышел в туалет и вернулся со словами:

«Первый раз за 20 лет нормальное мочеиспускание».

Катамнез (спустя блет). Вернулся на родину, однако живет отдельно от семьи. Заботится об отце, оперированном по поводу рака мочевого пузыря, с пониманием относится к его характерологическим особенностям. В период перед операцией отца у Г. появились канцерофобические опасения, возобновилась дизурия. Он отказался от предложенных транквилизаторов и спазмолитиков, прошел курс биообратной связи, мочеотделение нормализовалось. Теперь он состоит в гражданском браке с женщиной, с которой установил автономные отношения. Посещает секцию таэквондо. Занимается в литературной школе, пишет автобиографический роман. Опубликовал несколько рассказов, которые имели хорошие отзывы. Вошел в мировую сотню лучших специалистов своей профессии, после чего оставил ее и получил специальность психолога-консультанта, увлечен новой работой. Периодически звонит врачу, чтобы порадовать своими достижениями и поблагодарить за совместную успешную работу. При этом не жалуется на свои трудности и не просит поддержки. Перестал путать мужской и женский род.

Анализ наблюдения. С детства Г. проявлял черты сенситивной личности. В результате невротического поведения отца у пациента сформировалась фиксация на анальной эротике, что привело к своеобразной форме мастурбации, страху гомосексуализма и манере «подлизываться».

Сухость губ -

250

еактивное формирование, набухание носа — перемещение рекции, а смазывание губ помадой и сладострастное поти-ание носа и глазных яблок — перемещенная мастурбация, вкапывание носа, катетеризация уретры и удовлетворение т заброса эйякулята в мочевой пузырь, а также называние ебя в женском роде являются проявлением сексуального утизма, при котором мужские органы и символы могут использоваться как женские. Стремление сохранить семя ана-огично тому, как в детстве пациент задерживал содержимое кишечника.

Эпизоды недержания мочи и кала, перемежающиеся с рудностями мочеиспускания и запорами, имеют значение сдерживаемой, скрытой анальной, уретральной и фаллической агрессии, трансформирующейся в аутоагрессию. Пос-едняя выполняет функцию собственного контроля за своими тазовыми функциями, самонаказания за агрессивные, гомосексуальные, инцестуозные импульсы и мастурбацию. Лутоагрессия играет также роль амбивалентной идентификации: с агрессором — отцом и одновременно с жертвой — матерью. Каловый столб при запоре и матрешка при мастурбации играют роль переходных объектов, символизируя соответственно отцовскую и материнскую фигуры. Амбивалентная половая идентификация тормозит сексуальное развитие, чтобы сохранить раннедетские эротические отношения с отцом, оттеснив мать. Кроме того, сохраняется надежда смягчить садизм сверстников ролью женоподобного мальчика.

Во время терапии речь пациента поначалу напоминает словесный понос — при одновременном «запоре» испытываемых в этот момент тревожных и враждебных чувств (из-за страха отвержения). Позитивные чувства также блокированы из-за интимно-, инцесто- и гомосексуальной фобии.

Важным элементом является страх кастрации, выраженный в исморфофобическом представлении о малых размерах члена и компенсированный в повторяющемся сновидении о втором пенисе, не исчезающем в поглощающей вагине. Дизурия в определенной степени является аналогом кишечных расстройств, она актуализировалась во время манифестации подобного расстройства у отца 20 лет назад; вновь появилась еред тяжелой операцией, предстоящей отцу, — возможно, тобы разделить его страдания.

251

© *Не льстите себе, мсье, подойдите поближе! (Надпись над писсуаром в парижском туалете).*

### **ВЕЧНО ПОТНЫЙ И ЧЕШЕТСЯ...**

Кожа является границей между телом и окружающей средой. Она выполняет функцию механической и тепловой защиты. Это орган осязания, восприятия тепла, холода, боли. Она участвует в отдаче тепла и жидкости, защищает от проникновения инфекции. Кожа отражает эмоциональное состояние человека: люди краснеют от стыда, бледнеют и потеют от страха, при этом появляется «гусиная кожа», а от нетерпения появляется зуд. Волосы от ужаса встают дыбом, от горя седеют и выпадают. Наконец, кожа — орган телесного контакта с другим человеком. Кожа развивается из того же зачатка, что и нервная система, и легко доступна внушению и самовнушению.

Перенесемся в Германию 1956 года, в деревню Коннерсрейт. Страстная пятница, День Страстей Господних, в память о Его распятии. Деревенские улицы запружены тысячами людей. Некоторые проехали сотни километров, чтобы попасть сюда именно к этому дню. Все они жаждут только одного — увидеть Терезу Нейманн. Странная история этой женщины началась в 1926 году, когда Терезе было 28 лет. На левом боку, прямо против сердца, у нее появилась рана, обильно источавшая кровь. Кровь сочилась и из ранок на кистях и ступнях — именно в тех местах, где Христу при распятии были вбиты гвозди.

Вызвали доктора Зейдля из ближайшего города. Рана против сердца оказалась глубиной 4 см. Смазав кровоточащие места мазью, озадаченный врач уехал. Он был первым в длинном ряду специалистов, которые приходили, смотрели и ухаживали, недоумевая. Тереза ощущала мучительные боли до трех часов утра 17 апреля, когда боль стала утихать и вскоре совсем исчезла. Раны зажили, не оставив рубцов. Впрочем, их едва ли можно было назвать зажившими: они затянулись сухой прозрачной пленкой, сквозь которую виднелась мышечная ткань. Каждый год, незадолго до страстной недели, эти раны на теле начинали кровоточить. Кровотечение продолжались всю следующую за Пасхой неделю, иногда несколькими днями дольше. Таким образом, Тереза стала невольной жертвой религиозного самовнушения: проидентифицировалась, как бы мы сейчас сказали, с Христом и стала испытывать его муки с соответствующими кожными проявлениями.

252

г

**Соматоформные кожные нарушения (F45.35)** включают повышенную потливость и зуд.

**Гипергидроз** — психогенное потоотделение возникает чаще на ладонях, в подмышках, подошвах, где оно в 10 — 20 раз выше, чем в других частях тела. В подмышечной и генитальной области на во-досяных луковицах находятся апокриновые потовые железы, которые определяют запах тела, играют роль в половом поведении, для психогенного потоотделения характерно, что оно развивается без латентного периода, длится только в момент действия раздражителя и

прекращается сразу же после того, как он перестает действовать. Оно является реакцией на стресс и не играет никакой роли в регуляции температуры тела. В условиях длительной стрессовой ситуации гипергидроз приводит к появлению на коже высыпаний, волдырей и развитию инфекции.

**Нервный зуд.** При многих невротических нарушениях возникают такие кожные вегетативные реакции, как кожный зуд (почесуха). Выделяют локальный зуд половых органов и заднего прохода — *пруритус* (лат. *prurigo* — чесаться, похоть, сладострастие). Зуд заднего прохода и промежности у мужчин может быть связан с застойными явлениями, которые обусловлены нереализованными анально-эротическими потребностями. Усиление зуда у таких пациентов наблюдается обычно при актуализации латентного гомосексуализма.

У женщин в климактерическом периоде иногда наблюдается усиление полового влечения, сопровождающееся периодическими приливами крови к половым органам, вызывающими парестезии. Если усиливающееся половое влечение не находит разрешения в половой жизни или мастурбации и подавляется, то это может привести к усилению парестезии и переходу их в ощущения зуда в области половых органов. Последнее в дальнейшем начинает возникать и вне отчетливой связи с половым возбуждением.

### **БОЛЬНОЙ - ОТ СЛОВА «БОЛЬ»**

Боли являются вторым по частоте симптомом у больных, обращающихся к психиатру. Среди первично поступающих в психиатрические учреждения доля подобных обращений составляет 40%. Жалобы на болевые расстройства, не связанные с какой-либо соматической патологией, были выявлены у каждого четвертого из Пациентов, обращающихся в кабинет неврозов. Считается,

что хро-

253

ническая боль, как и депрессия, связана с дефицитом серотонино-вой медиации. В психоаналитической трактовке переключение внимания к болезненному органу служит для избегания ситуации соблазна и наказания.

**Хроническое соматоформное болевое расстройство (F45.4)** в два раза чаще встречается у женщин (особенно «сидячих» профессий) в возрасте 40 — 50 лет (А. Б. Смулевич соавт., 1992). В половине случаев отмечается его сочетание с синдромом раздраженной кишки.

Выделяют несколько вариантов патологических ощущений:

- *парестезии* — ощущения онемения, покалывания, ползания мурашек и т. п., не обусловленные внешним раздражителем;
- *психалгии* (идиопатические алгии), обусловленные не каким-то конкретным поражением, а являющиеся следствием физиологического повышения болевого порога; это обычные боли без реальных оснований, нередко множественные;
- *сенестоалгии*, отличающиеся более причудливым и своеобразным характером — например, головные боли при этом жгучие, стреляющие, пронизывающие, колющие, распирающие;
- *сенестопатии* — тоже возникающие спонтанно и крайне тягостные ощущения, не соответствующие по локализации конкретным анатомическим образованиям; для них характерны новизна и разнообразие ощущений; больные затрудняются точно описать их (как бы стягивание, жжение, пере-пиливание и т. п.);
- *сенестезии* — ощущения неясного тотального физического неблагополучия или недомогания со своеобразными, с трудом поддающимися описанию нарушениями моторной сферы (неожиданная



физическая слабость, покачивание и неуверенность при ходьбе, тяжесть или, наоборот, легкость и пустота в теле).

Боли тяжелые, длительные, частые, с определенной локализацией, находятся в центре внимания пациента. Наиболее распространенными вариантами хронического соматоформного болевого расстройства являются головная и зубная боль, боли в мышцах и суставах, радикулит, боли в области придатков у женщин. Приступы начинаются внезапно и тяжело, без какого-либо явного провоцирующего фактора. За нескольких недель боли нарастают настолько, что существенно ограничивают повседневную активность.

254

$a_0$  время приступа головной боли пациенты часто возбуждены и могут даже биться головой в попытке облегчить боль. Боли в животе обычно сочетаются со вздутием, тошнотой и рвотой, связаны с конфликтами по поводу беременности и материнства.

Характерны ангедония, снижение либидо, нарушения сна и раздражительность. Нередки злоупотребления алкоголем, транквилизаторами, анальгетиками и другими психоактивными веществами. Типично, что боли реагируют не на анальгетики, а на нейтральные лекарства. Длительность течения зависит от возможности получать вторичную выгоду. Больные часто обращаются к интернистам, упорно настаивают на проведении операций. Характерно снижение социальной активности: больные увольняются с работы или ограничивают ее объем, отказываются от общения с друзьями и родственниками, от занятий спортом и даже от выхода на улицу. Диагноз устанавливается при наличии тяжелой боли в какой-либо определенной области тела, длящейся не менее 6 месяцев при отсутствии какого-либо физиологического процесса или соматического нарушения, которые могли бы эту боль объяснить: могут выявиться неактивная фаза ревматизма, слабо выраженный артроз крупных суставов и позвоночника. В отличие от соматизированного расстройства соматоформный болевой синдром менее полиморфен и позже начинается. При ипохондрических расстройствах боли флюктуирующие, конверсионные боли менее стойкие, чем соматоформные.

© Пациент жалуется врачу:

— Доктор, у меня везде болит, куда бы я ни дотронулся! Вот здесь — ох! — болит. И здесь — ах! — болит.

Доктор после тщательного осмотра:

— Не волнуйтесь, у вас всего-навсего сломан указательный палец.

**Головная боль** (цефалгия, от греч. *kephale* — голова) является наиболее распространенной формой психалгии в неврологической практике. Выделяют *головную боль напряжения*, распространенность которой в населении достигает 70%. Она диагностируется на основании следующих признаков.

- Длительность приступа головной боли не менее 30 минут. При эпизодических приступах боль может длиться до недели, при хронической форме возможны ежедневные, практически не прекращающиеся головные боли.

255

- Характер головной боли не пульсирующий, а тупой, ноющий сжимающий, стягивающий, сдавливающий («сдавлена каской, обручем», «зажата в тиски»).
- Локализация боли всегда двусторонняя, хотя сильнее может болеть одна сторона.

- Головная боль не усиливается от привычной физической нагрузки, но снижает трудоспособность.
- При усилении головной боли иногда может появляться боязнь громких звуков или яркого света, тошнота или анорексия. В отличие от мигрени эти симптомы встречаются изолированно, редко и мало выражены.

Тупая, ноющая боль часто начинается в нижней части затылка и затем распространяется на всю голову. Больные довольно часто жалуются не на боль, а на то, что голова «несвежая, тяжелая, ватная, дурнота в голове». Иногда пациентам больно дотронуться до кожи. Характерно поведение больных во время приступа: они несут голову, «как хрустальную вазу». Целенаправленный расспрос в ряде случаев выявляет наличие болей и в других участках тела: в шее, в межлопаточной области, в левой половине грудной клетки, эпигастрии, предменструальные боли и т. д. Головная боль возникает обычно к концу рабочего дня, когда внимание переключается с решения рабочих задач на настроение и самочувствие.

В анамнезе у таких больных и их родственников наблюдались эпизоды болей в разных частях тела. У пациентов обычно отмечается интеллект выше среднего, критицизм, перфекционизм, амбициозность, постоянная напряженность, конфликтность и тревожность. Больные стремятся чувствовать себя хозяином положения, контролировать ситуацию, тяжело переносят нарушения их расписания. Среди причин расстройства на первом месте стоят реакция на психосоциальный стресс, депрессия и тревога. В патогенезе заболевания участвует перенапряжение мышц сухожильного шлема, шейных мышц, мышц плечевого пояса и глазных мышц. Длительное сокращение мышц вызывает сжатие кровеносных сосудов и ишемию мозга. При ведущем значении мышечного фактора наблюдается ослабление боли после сна или расслабления.

*Пучковые головные боли* обычно поражают мужчин, в основном курильщиков. Боль бывает жгучей, сверлящей, пульсирующей. Она чрезвычайно мучительна и заставляет пациента биться головой о стенку и даже помышлять о самоубийстве. Как и при мигрени, боль поражает половину головы, может ограничиваться только областью глаза, который наливается кровью и слезится.

Закладывает

256

лею, появляется насморк, затрагивающий только одну ноздрю. Приступ начинается внезапно, продолжается до 20 минут, может покоряться несколько раз в сутки, и так день за днем — неделями. Боль может исчезнуть так же внезапно и не появляться месяцами или даже годами. Обнаружена связь расстройства с нарушенным обменом гистамина.

© Из аннотации к лекарству: «Для большего эффекта принимать лекарство точно за 15 минут до начала головной боли».

**Височно-челюстной синдром** регистрируется у 12% населения США. Он проявляется в виде зубной боли, боли и напряжения в области челюстей, жевательных мышц, головы, шеи и плеч. Отмечается сильное сжатие зубов, особенно ночью, которое доходит до «зубовного скрежета» и приводит к повреждениям эмали. Наблюдается склонность к покусыванию губ, навязчивому кусанию ногтей, грызению карандаша, кончика ручки. Эти проявления усиливаются во время жевания и разговора. При обострении боли больные обращаются к стоматологу, нередко они злоупотребляют обезболивающими препаратами.

Приведу пример из собственной практики.

Тридцатидвухлетняя домашняя хозяйка в течение последнего года неоднократно вызывала скорую

помощь по поводу невыносимой зубной боли, удалила один за другим здоровые зубы на половине челюсти. Сожалеет, что оставила интересную работу в мужском коллективе по настоянию мужа. Она обижена на него, так как он уделяет ей мало внимания, мотивируя занятостью на работе. Тяготится ролью домашней хозяйки и матери, так как не хватает сил содержать дом в идеальной чистоте и порядке и обеспечивать отличную учебу дочери. Женщина воспитывалась в семье, ориентированной лишь на социально-престижные ценности, отношения в семье строго регламентировались, чувства игнорировались и подавлялись. Она не любила находиться дома, увлекалась художественной самодеятельностью, танцами, пользовалась успехом у молодых людей. Пациентка сформулировала свою проблему следующим образом: «Я имею зуб на мужа, так как он вернул меня в сытое, но холодное детство. Я боюсь показывать ему зубки, так как приучена скрывать обиду. Моя душевная боль превра-

17-5184

257

^^

щается в зубную. Вместо того чтобы высказать мужу свою обиду и поделиться своей болью, я вырываю собственные зубы. Я отказалась от соблазнительной улыбки, так как боюсь изменить мужу».

Пациентка была включена в аналитическую группу. Через четыре месяца терапии у нее выровнялось настроение, она стала более открытой, активной, уверенной. Муж нанял домработницу, позволил жене вернуться на прежнюю работу, стал больше времени проводить дома. Уже в начале терапии зубная боль прекратилась и больше не беспокоила пациентку. Катамнез на протяжении одного года положительный.

© Пациент:

—Доктор, представляете, так зуб болит, что на стенку хочется лезть! Доктор: — А вы уверены, что на стене не будет болеть?

**Боли в мышцах и суставах.** Миофасциальный болевой синдром -одна из наиболее распространенных причин болей в мышцах шеи, плечевого пояса, длинных мышцах спины и малой грудной мышце. Больные жалуются на постоянные длительные боли, симметрично локализирующиеся в области крупных суставов и сопровождающиеся утренней скованностью. Легкие физические упражнения снижают как боль, так и скованность. Боли периодически становятся очень сильными. Больные фиксированы на них, упорно обследуются и лечатся. Почти во всех случаях обнаруживается астено-депрессивный синдром, нарушения сна и панические атаки. У родственников таких больных часто обнаруживается депрессия.

Согласно критериям Американской коллегии ревматологов, принятым в 1990 г., для диагностики расстройства необходимо выявить не менее 11 симметричных болезненных точек специфической локализации из возможных 18:

- в области затылка в месте прикрепления подзатылочной мышцы;
- в области шеи возле 5 — 7 шейного позвонка;
- посередине верхней границы трапециевидной мышцы;
- над лопаткой, около медиальной границы m. Supraspinatus; •• у второго костно-хрящевого реберного сочленения;
- на 2 см дистальнее латерального эпикондилуса;

- в верхнем наружном квадранте ягодиц;
- позади трохантера;
- в области коленей, несколько проксимальнее сустава, в середине мягкой жировой складки.

Основные критерии диагностики: 1) напряженные, болезненные при пальпации мышцы, в которых определяются участки еще большего мышечного уплотнения; 2) наличие в напряженных мышцах активных пусковых точек; 3) активные пусковые точки должны проецировать боль в специфические, подчас достаточно удаленные зоны (зоны отраженных болей). Пальпация пусковой точки (триггера) вызывает симптом прыжка, так как больной вздрагивает от резкого усиления боли. При этом появляется боль в специфичной для этого триггера зоне.

В происхождении таких болей ведущую роль может играть депрессия и реакция на эмоциональный стресс, неудобные позы, переохлаждение, травмирование и перегрузка нетренированных мышц, болезни опорно-двигательного аппарата. Под влиянием депрессивной симптоматики меняется привычный стереотип движений («Его согнуло горе»).

Этим расстройством чаще страдают женщины и люди умственного труда, пережившие в детстве или недавно психотравму. У них наблюдается конфликт между кротостью и агрессивностью, как у мягкого человека, у которого рука не поднимается, чтобы ударить врага. Нередко отмечается разрыв между амбициями и объективными возможностями пациента, желанием возвышаться и жертвенным поведением. Хронически заторможенная агрессивность проявляется в повышении мышечного тонуса в типичных местах, чаще всего в шейной и поясничной области.

*Фибромиалгия* связана с болезненными мышечными затвердениями, возникающими в результате психогенной гипоксии мышечных клеток. Напряжение мышц и невозможность расслабиться приводит к спазму мышц, который порождает физическую боль, усиливающую напряжение и спазм. Фибромиалгия может быть связана с депрессией, поскольку в депрессии восприятие боли обострено, а нейтрализация ее затруднена дефицитом серотонина и норадреналина.

© — *Доктор, меня беспокоят боли в правом колене.*

— *Это возрастное.*

— *Вряд ли. Левое колено у меня не моложе, чем правое.*

259

**Радиккулит** проявляется в виде болей в спине, которые являются второй по частоте жалобой общего характера после головной боли. Лишь у 10 — 20% пациентов боли связаны с патологическими изменениями в позвоночнике. Существует определенная связь локализации боли с личностными факторами. Шейный радикулит развивается при чрезмерном стремлении самоутвердиться, когда оно требует постоянного волевого напряжения и сопровождается упрямыми попытками достичь однажды поставленной цели («Выше голову!»). Грудной радикулит бывает в ситуации, которая подавляет человека, заставляет переживать печаль, отчаяние, утрату мужества. Юношеская сутулость часто представляет собой неосознанное стремление привести в соответствие высокий физический рост с социальной и духовной незрелостью. Острый поясничный радикулит — прострел, люмбаго возникает после психической перегрузки, фрустрации, сексуальной неудачи. Хронический поясничный радикулит чаще всего встречается у женщин, которые компенсируют неуверенность в своем соответствии семейным или профессиональным требованиям преувеличенно прямой осанкой, или у женщин, подавленных грузом повседневных забот и признавших свое поражение.

Приведу пример (Оудсхоорн, 1993).

Четырнадцатилетний мальчик больше года лечился у невропатолога по поводу болей в пояснице, особенно после физических упражнений или после падений. В его семье многие предъявляют аналогичные жалобы. Больной — младший из четырех детей, его родители развелись, когда мальчику было четыре года, и до сих пор очень враждебно относятся друг к другу. Отец купил сыну электрическую железную дорогу и уговаривал жить с ним, но мальчик отказался и некоторое время не ходил к отцу. Тогда тот продал его железную дорогу. Отец стал оказывать предпочтение старшему сыну, что вызвало упреки его матери и самого пациента, который называет брата жалким и глупым. Мальчик чувствует ответственность за состояние здоровья матери, которая часто лежит в кардиологии. У матери есть друг, с которым у пациента «ледяные отношения». Он не может простить отцу, что тот пытался «переманить» его у матери. У него нет друзей. Он выглядит щуплым, несколько отстает в психосексуальном развитии, но держится по-взрослому рассудительно и сдержанно. Сильно фиксирован на своих болях в пояснице. Иногда у него возникает мысль о самоубийстве. Очевиден насто-

260

ящий симбиоз между матерью и сыном, который усиливается ролью больного, чтобы разделить страдания друг друга. Локализация в поясничном отделе отражает эмоциональную усталость и сексуальную фрустрацию.

© *Несгибаемость — это достоинство, переходящее с годами в диагноз (Юрий Базылев).*

**Терапия.** Из лекарств наиболее эффективны антидепрессанты: прозак, профлузак, леривон, коаксил, реланиум, мышечный релаксант сирдалуд. Для снятия парестезии в конечностях, особенно возникающих в ночное время и нарушающих нормальный сон, рекомендуется компламин и никотиновая кислота. Применяют также новокаиновую блокаду, анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты, физиотерапию, массаж, иглоукалывание, лечебную физкультуру и другие формы двигательной терапии.

Для снятия головной боли, вызванной мышечным напряжением, следует потянуть голову вправо, затем влево, назад и вперед; поднять брови как можно выше, а затее зажмуриться; стиснуть зубы, а потом как можно шире открыть рот; потянуть плечи вверх и затем «бессильно» свесить руки.

Чтобы снять головную боль, связанную с сосудистыми нарушениями, надо положить одну руку на верхнюю часть грудной клетки, а другую на пупок. Во время вдоха нижняя рука должна подниматься, а верхняя почти не двигаться. После спокойного вдоха сделать медленный долгий выдох и после короткой паузы возобновить диафрагмально-брюшное дыхание.

Больных полезно познакомить с выдержкой из письма Сенеки к Луцию:

«Берегитесь усиливать свои боли и ухудшать свое положение жалобами. Боль легко перенести, если не увеличивать ее мыслями о ней; если же, наоборот, ободрять себя, говоря: это ничего или, по крайней мере, это не беда, нужно уметь терпеть, это скоро пройдет, — то боль становится легкой постольку, поскольку человек себя в этом уверил. Человек несчастен постольку, поскольку он сам в этом убежден».

Эффективна техника прогрессивной десенситизации и суггестивные методы терапии. Например, психогенную головную боль можно быстро снять с помощью следующего внушения в гипнозе.

261

«Внимательно, не мигая, смотрите мне в глаза. Вы чувствуете, как сосредотачиваетесь и

успокаиваетесь. Старайтесь не мигать. Ваш взгляд становится все спокойнее и сосредоточенней. Вы в состоянии сейчас почувствовать малейшее движение воздуха у своего лица. Вы чувствуете сейчас легкую прохладу возле своего лба. Чувствуете, как свежий воздух из приоткрытой форточки освежает ваш лоб. Лоб становится приятно прохладным. Голова свежеет, проясняется. Она освобождается от тяжелых мыслей и забот, от всего мешающего. Голова становится свободной и легкой. Голова чистая, ясная, как хрусталь. Свежая, как вода в роднике. Голова хорошо отдохнула, успокоилась. Мысли текут свободно и легко. Все теперь легко и просто. Все будет хорошо! Головная боль перестала вас беспокоить. Голова совершенно спокойная!»

При проведении аутогенной тренировки используют следующие формулы самовнушения: «Боль не имеет значения. Я чувствую себя комфортно». «Боль не ощущается». «Я сильный, здоровый и свободный от боли». «Я освобождаю себя от боли и дискомфорта». «Боль не действует на меня». «Мое тело и мой ум освобождают меня от боли». «Я разрешаю себе быть свободным от боли и дискомфорта». «Я разрешаю себе расстаться с болью». «По мере того, как я расслабляюсь, боль покидает меня». «Мне не нужна боль». «В моем теле нет места для боли».

Показана также динамическая терапия, направленная на осознание и проработку чувства вины и повышение самооценки. Для того чтобы уменьшить вторичную выгоду от болевого поведения, проводят семейную терапию.

(Из публикации автора «Гипноз и аутотренинг» в журнале «Твое здоровье, 1995, № 1).

### **УЛЫБАЙСЯ!**

Если вы, последив за собой, заметили, что напрягаете людей своими резкими манерами, начните со своего внешнего вида. Не наморщен ли лоб, не насуплены ли брови, легко ли удастся улыбнуться? Не надо ли опустить плечи, разжать кулаки? Тогда встаньте, походите, даже попрыгайте. Если же этого не позволяет обстановка, хотя бы напрягите мышцы до предела, а затем максимально расслабьтесь, глубоко подышите. Желательно, чтобы выдох был длиннее вдоха в полтора-два раза. Понаблюдайте, удастся ли вам контролировать

**262**

**Г**

свой мышечный тонус в течение дня, особенно во время общения с людьми.

...Итак, весь день вы следили за выражением своего лица, и что же? К вечеру оно застыло в улыбке, как у «Человека, который смеется».

— Нет, мне это не подходит, — говорите вы, с раздражением сдирая с лица эту тесную пленку-маску.

Вы не хотите больше улыбаться, а я и не предлагаю. Наоборот, хочу, чтобы вы не сдерживали больше своего раздражения, максимально выразили его своим лицом. О, с этим у вас без проблем! Но что это, вы улыбаетесь? С чего это, не знаете? Сработал механизм контраста. Его мы сейчас и используем, чтобы научиться владеть своим лицом, не насилуя его. Зачем это нужно? Дело в том, что есть обратная связь: когда на душе тошно, у нас и выражение, будто сейчас стошнит. Но сделайте нарочно «ы-ы...» — как там внутри, работает обратная связь?

Набор мимических масок — это набор внутренних состояний. Но просто заставить лицо изображать что-то — не искусство, а плохая самодеятельность. Мы пойдем другим путем.

**«МАСКА, Я ТЕБЯ ЗНАЮ!»**

Вам легко смотреть собеседнику в глаза? У меня с этим лет в 15 — 17 были проблемы. Но многие (может быть, и вы?) до седых волос сохраняют манеру отводить глаза при разговоре.

На первом занятии группы я обычно предлагаю минуту молча посмотреть друг другу в глаза. Через несколько секунд начинается хихиканье, перешептывание, почти все смущенно отводят глаза в сторону. Убирают самый главный орган общения, да-да, это отнюдь не язык, который своей болтовней лишь маскирует истинные чувства, а когда пытаешься их выразить, оказывается удивительно беспомощным. Зато глаза делают это безо всяких усилий, иногда даже предательски, против нашей воли. Зеркало души...

Некоторые мошенники работают «на голубом глазу», излучая доверие и доброжелательность широко распахнутыми газами — вот он я, весь нараспашку, мне нечего скрывать! Но это высший пилотаж. Наша цель гораздо скромнее — «ра-

263

зогреть» свое лицо, оживить те выражения, которые у нас были в далеком детстве, но от бездействия атрофировались. Из-за чего наше лицо стало замороженным, скучным и напряженным. Мы ограничимся глазами и ртом, этими центрами мимики. Центр номер один — глаза. Задача: раскрыть их максимально. Поставьте перед собой зеркало. Действуйте. Вы отлично владеете круговыми мышцами глаз, таращите их просто замечательно. А хотите, чтобы глаза раскрылись живым человеческим чувством? Тогда вспомните вашу первую новогоднюю елку, в разноцветных огоньках и сверкающих игрушках на зеленых ветках... Первый увиденный салют — небо в алмазах... А теперь вспомните, как ваш любимый футболист забил решающий — ГО-ОЛ! Хорошо! А теперь представьте, что стена перед вами раздвигается, и вы видите там, как в зеркале... своего двойника с выпученными от удивления глазами. Ага, чувствуете, как ваши собственные глаза полезли от удивления на лоб? Про такой взгляд говорят: «Смотрит, открыв рот, пожирает глазами». Широко открытые глаза, оказывается, заглатывают информацию, как голодный рот пищу!

Немного усложним задачу. После долгой разлуки вы встречаете вдруг любимого друга: «О! Сколько лет!» Получилось? Пошли дальше. Некто цинично предлагает вам позорную сделку, вы в гневе: «Да ты что ?!» И последнее упражнение. Вы объясняетесь в любви и жадно вглядываетесь: улыбнутся милые глаза или нахмурятся? Устали? Отдохните. Прикройте веки, посидите так... Открыли глаза? Чувствуете, какой гладкий, расслабленный сталу васлоб? Вот какой фокус: ни слова не было о морщинах на лбу и вокруг глаз, а они разгладились сами собой. Уже приятнее на вас смотреть. Осталась нижняя половина лица.

Оскальте, пожалуйста, зубы. Больше, еще больше. Где ваши клыки? Так, хорошо. Теперь оближите губы, всосите их внутрь, прикусите зубами, помассируйте языком, как трубач перед игрой. Поплюйте (без слюны) как можно дальше, как будто стреляете вишневыми косточками. Получается? Тогда подуйте в трубу, сначала в большую, широкую: «Пу-пу-пу...», теперь в маленькую узкую. Губывузелок: «Пи-пи-пи!...» Звуки без настоящей трубы получаются несколько иные.

264

Надуйте теперь губки, как в детстве, когда вы, наевшись, выталкивали язычком материнскую грудь — надоела, уходи! Ух, какие пухлые, чувственные губки у нас, оказывается! Жалко, что кое-кто не видит... Ну, ничего. Давайте вспомним, как в детстве строчили из пулемета: «Т-т-т-т-т!» А как распевали на радостях: «Ля-ля, ля-ля-ля, ля-ля, ля-ля-ля!» Прекрасно. Я вижу, вы совсем впали в детство. Ничего, вам очень идет, продолжайте в том же духе! Ведь вам это нравится, признайтесь?

Давайте подразним этого противного задаваку. Высуньте ему язык: «Ы-ы!..» Ипокажите, какой он debil: «Э-э...» Просто замечательно! А сейчас вы решились на рискованный поступок — чувствуете, как полезла вперед нижняя челюсть, словно вот-вот вцепится зубами в добычу! Но вот добыча во рту, вкусная, сочная, как шашлык. Можно еще кусочек и еще... Жуйте, не спешите... Ох-хо-хо, после сытного обеда по закону Архимеда... Позевали? И прозевали, все остальное увели! Ваши челюсти стискиваются, как захлопнувшийся стальной капкан — ух, попадись сейчас этот вор! Вы бы отомстили ему разом за все свои обиды! Но как быстро он убежал — здорово, наверное, боялся вас, трус несчастный. Вот вы и усмехнулись. К тому же вам достались самые лакомые куски, ха-ха!

Какое умиротворенное у вас сейчас лицо. Лоб гладкий, без морщин, взгляд открытый и в то же время как бы лукавый, щеки мягкие, губы полураскрыты, зубы разжаты, язык свободно распластан. На лице едва заметно играет загадочная улыбка, легкая, безмятежная... Улыбка Будды. На нашем рабочем жаргоне — маска релаксации, расслабления. Надеюсь, женщинам эта маска понравится не меньше косметической, ведь она омолаживает не только лицо, но и душу.

### **Литература**

Александр Ф. Психосоматическая медицина: Принципы и практическое применение. — М., 2002.  
Берн Э. Трансактный анализ в психотерапии: Системная индивидуальная и социальная психиатрия. — М., 2001.

Бойтигам В. и др. Психосоматическая медицина: Краткий учебник. - М., 1999.

265

Вейн А. М., Молдовану И. В. Нейрогенная гипервентиляция. — Кишинев, 1988.

Вертоградова О. П. и др. Кардиофобический синдром: Клиника, динамика, терапия // Психические расстройства и сердечно-сосудистая патология. — М., 1994.

Гиндикин В. Я. Соматогенные и соматоформные психические расстройства: Клиника, дифференциальная диагностика, лечение: Справочник. — М., 2000.

Дюбуа П. Психоневрозы и их психическое лечение. — СПб., 1912.

Елисеев Ю. Ю. (ред.) Психосоматические заболевания: Полный справочник. — М., 2003.

Знаменитые случаи из практики психоанализа. — М., 1995.

Ипохондрические и соматоформные расстройства. — М., 1992.

Каплан Г. И., Сэддок Б. Дж. Клиническая психиатрия. Т. 1 — 2. — М., 1994.

Карвасарский Б. Д., Простомолотов В. Ф. Невротические расстройства внутренних органов. — Кишинев, 1988.

Катин А. Я. и др. Основные вегетативные симптомы и синдромы в терапевтической и психоневрологической практике. — СПб., 2002.

Кемпински А. Психопатология неврозов. — Варшава, 1975.

Кермани К. Аутогенная тренировка. — М., 2002..

Киреева И. П. и др. Вегетососудистая дистония у студентов: Клиника, лечение, реабилитация: Метод, рек. — М., 1994.

Маколкин В. И. и др. Нейроциркуляторная дистония. — Чебоксары, 1995.

Марилов В. В. Частная психопатология: Учеб. пособие для студ. высших учеб. заведений. — М., 2004.

Маркелов Г. И. Заболевания вегетативной нервной системы. — К., 1984.



- Менделевич В. Д., Соловьева С. Л. Неврология и психосоматическая медицина. — М., 2002.
- Мэй Р. Смысл тревоги. — М., 2001.
- Назьо Ж.-Д. Понятие Кожы-Я // Моск. психотер. журнал. — 2002. - №3.
- Овсянников С. А., Цыганков Б. Д. Пограничная психиатрия и соматическая патология: Клинико-практическое руководство. — М., 2001.
- Оудсхоорн Д. Н. Детская и подростковая психиатрия. — М., 1993.
- Психогенные расстройства кровообращения. — СПб., 1993.
- Русских Н. И. Интенсивная психотерапия острого ипохондрического невроза // Символдрама: Сб. н. труд. / Под ред. Я. Обухова и В. Поликарпова. - Минск, 2001 - С. 377 - 382.
- Салливан Г. С. Интерперсональная теория в психиатрии. — М. — СПб., 1999.
- 266
- Смулевич А. Б. (ред.) Ипохондрические и соматоформные расстройства. - М., 1992.
- Смулевич А. Б., Сыркин А. Л. (ред.) Психические расстройства и сердечно-сосудистая патология. — М., 1994.
- Соколова Е. Т. Эмоции и патология сердца. — М., 1983.
- Соколова Е. Т. Где живет тошнота?: Краткое описание случая из практики // Моск. психотер. журнал. — 1994. — № 1.
- Старшенбаум Г. В. Гипноз и аутотренинг // Твое здоровье. — 1995. - №1.
- Тополянский В. Д., Струковская М. В. Психосоматические расстройства. - М., 1986.
- Тёлле Р. Психиатрия с элементами психотерапии. — Минск, 1999.
- Тэхкэ В. Психика и ее лечение: Психоаналитический подход. — М., 2001.
- Ференци Ш. Психоанализ случая истерической ипохондрии // Ференци Ш. Тело и подсознание: Снятие запретов с сексуальности. - М., 2003. - С. 101 - 109.
- Франкл В. Теория и терапия неврозов. — СПб., 2001.
- Фрейд З. Девушка, которая не могла дышать // Знаменитые случаи из практики психоанализа. — М., 1995. — С. 13 — 25.
- Хорни К. Собр. соч.: В 3 т. - М., 1997.
- Шильдер П. Очерк психоанализа психозов // Адлер А. и др. Трансформация и сублимация сексуальной энергии: Психоаналитические очерки. - М., 1996. - С. 103-206.
- Эриксон М. Гипнотическая техника «рассеивания» для коррекции симптомов и облегчения боли // Психологическое консультирование и психотерапия. Хрестоматия. Т. 1. — М., 1999. — С. 201 — 224.
- Эриксон Э. Идентичность: Юность и кризис. — М., 1996.
- Якубзон А. М. Дифференцированная терапия невротических кардиофобии // Акт. вопр. диагностики и лечения пограничных нервно-псих. заболеваний и алкоголизма. — М., 1988.
- Blankenburg W. Der Verlust der natbrlichen SelbstverstAndlichkeit. — Stuttgart, 1971.
- Richter D., Beckmann D. Herzneurose. — Stuttgart, 1986.
- Staehelin B. Ober die diagnostischen und psychotherapeutischen MцдИсЬкекен des einfachen Sprechstудengesprachs, dargestellt an drei Fallbeispielen mit Symptjmen des Verdauungstraktes // Praxis. - 1963. - Bd.52. - S. 767-775.
- Schwidder W. Psychosomatik and Psychotherapie bei Storungen und Erkrankungen des Verdauungstraktes // Acta Psychosom. — 1965. - №7.

b.

## НИ СНА, НИ АППЕТИТА

*Треть американцев хочет похудеть,  
треть — прибавить в весе,  
а треть еще не взвешивалась.*

*Джон Стейнбек*

## ХОДЯЧИЙ СКЕЛЕТ

«Женщина никогда не должна показываться на глаза, когда она ест, если только это не будет салат из омаров и шампанское», — говорил Джордж Байрон. Сам он очень боялся растолстеть и регулярно постился, опасаясь при нормальном питании потерять вдохновение. В его время нервная анорексия еще была неизвестна, ее выделили в качестве отдельного заболевания лишь в начале XX века. Однако еще Авиценна в 1155 г. привел случай излечения юноши, состояние которого очень напоминало нервную анорексию. В 1689 году Р. Мортон под названием «нервная чахотка» описал заболевание восемнадцатилетней девушки, у которой сначала наблюдалось подавленное настроение, затем пропал аппетит, а потом больная стала вызывать у себя рвоту и перестала следить за своим внешним видом. Финалом заболевания была крайняя степень истощения и затем смерть.

Название «**нервная анорексия**» (F50.0) противоречит его сущности: как правило, аппетит исчезает только на его поздней стадии, а типичной для больных является как раз всепоглощающая страсть к еде, указывающая на единый механизм анорексии и булимии, как двух форм пищевой зависимости. Классическую триаду симптомов нервной анорексии составляют аменорея, искажение образа тела и энергичная борьба за худобу. Важно отметить, что примерно у половины больных девушек и женщин раньше, чем наступает потеря массы тела, прекращаются месячные. Расстройство чаще встречается у опасаящихся растолстеть девочек-подростков и девушек из обеспеченных семей. Один случай анорексии приходится на 50 студенток вузов, в театральных училищах — на 20 студенток, в балетных школах и среди манекенщиц — на 14 девушек. В последние десятилетия заболевание все чаще выявляется и у мужчин. Если 50 лет назад соотношение мужской и женской нервной анорексии оценивалось как 1:20, то в настоящее время

268

Время этот показатель по некоторым данным составляет 1:4. У половины больных мужчин обнаруживается гомосексуальность, бисексуальность и асексуальность.

Психосексуальное развитие таких больных заторможено, хотя месячные у них начинаются в среднем на год раньше, чем у сверстниц. Интеллект развит выше среднего, радикал личности обсессивно-шизоидный. Больные старательны и успешны в учебе, избирательно общительны или замкнуты, ранимы, излишне требовательны к себе, до изнурения занимаются физическими упражнениями, сохраняют повышенную активность даже при долгом голодании.

У больных отмечается дихотомическое мышление по типу «все или ничего», как у пограничных и депрессивных личностей. Поэтому, например, больная оценивает себя в зеркале либо как идеальную, либо как толстую и безобразную и на этом основании считает себя безвольной и отвратительной в целом. Штробер (цит. по: Карсон с соавт., 2004, с. 511 — 512) выделяет следующие личностные особенности, характерные для больных анорексией:

- они склонны к значительной эмоциональной сдержанности и когнитивной заторможенности;

- предпочитают заурядную, упорядоченную и предсказуемую обстановку, плохо адаптируются к переменам;
- относятся к окружающим с повышенным почтением и послушанием;
- избегают риска и реагируют на стресс выраженным возбуждением или сильными эмоциями;
- фокусируются исключительно на процессе совершенствования.

Указанные особенности личности затрудняют адаптацию к половому созреванию и жизненным переменам, характерным для юношеского возраста. Анорексия часто начинается после того, как девочка о ней прочла или кто-то из знакомых попал с этой болезнью в больницу. Событием, вызывающим анорексию, может стать фрустрация, связанная с несколько избыточным вестом тела (обидные замечания сверстников, отказ в приеме в хореографическую группу и т. п.).

Течение анорексии по М. В. Коркиной (1986) и В. В. Марилову (2004) разделяется на следующие стадии.

1-я стадия — *дисморфофобическая* — начинается с появления сверхценных идей чрезмерной полноты и опасения насмешек по

**269**

этому поводу. Понижается настроение, возникают представления, что окружающие критически рассматривают их, обмениваются насмешливыми взглядами и репликами. Больные регулярно взвешиваются, избегают высококалорийной пищи. Аппетит сохраняется, а после периодов голодания даже повышается. Некоторые больные, особенно истероидные, едят по ночам, не в силах справиться с голодом. Нередко они разрезают еду на мелкие куски и производят другие долгие манипуляции с ней. Эта стадия болезни длится в среднем 2 — 3 года.

2-я стадия — *дисморфоманическая*. Дисморфомания проявляется в бредовой убежденности в «излишней полноте» своей фигуры или ее частей (особенно живота, ягодиц, верхней части бедер). Больные часто разглядывают себя в зеркале и жалуются окружающим на свою полноту. Идеи отношения исчезают, депрессивные переживания уменьшаются, наблюдаются попытки активной коррекции «излишней полноты». Важным симптомом является дисси-муляция: больные скрывают от окружающих, что отказываются от еды и почему так поступают: они делают вид, что съели всю еду, а на самом деле незаметно перекладывают ее на другие тарелки; втайне прячут или выплевывают уже пережеванную пищу; скормливают еду собаке, иногда специально заведенной для этой цели. Чтобы «пища не прошла в кишечник», перед ее приемом туго перетягивают поясом талию.

Больные стараются не есть в присутствии людей, много пьют вместо еды, после еды вызывают рвоту, делают клизмы, чтобы сбросить якобы лишнюю массу тела. Часто рвота после еды приобретает навязчивый характер и доставляет больным физиологическое чувство облегчения и удовольствия. В целях «сжигания лишнего жира» они усердно занимаются физическими упражнениями, все делают стоя (читают,шают, играют на пианино), спят не более 5 — 6 часов, лежа принимают напряженные позы. Для преодоления возникающей сонливости пьют до литра кофе в день, крепкий чай, много курят.

У больных развивается медикаментозная зависимость: они принимают средства, понижающие аппетит; препараты щитовидной железы, стимулирующие обмен веществ; мочегонные и большое количество слабительных — последние под предлогом запоров, развивающихся в результате атонии кишечника. Больные больше не скрывают от окружающих нарушений пищевого поведения, а напротив, в разговорах постоянно возвращаются к теме похудения, обсуждают различные диеты

и физические тренировки.

270

Обычно больная выпроваживает кухню мать, чтобы готовить для всей семьи, перекармливает мать или младшую сестру, так что они набирают вес как бы в виде компенсации за снижение ее веса. Она собирает кулинарные рецепты, с увлечением читает поваренные книги, изучая кухню разных народов. Больная может часами ясать крохотный кусочек пищи; отвергает самую вкусную еду, с жадностью поглощая остатки еды из мусорных баков, а то и поедая крем для обуви. Важно отметить, что удовольствие от еды пациентки получают только при наличии угрызений совести, чувства вины, портя или выплевывая пищу.

3-я стадия — *кахектическая* (греч. *kachexia* — общее истощение организма) может наступить через 1,5 — 2 года после начала болезни. Аппетит исчезает, так как вследствие постоянно вызываемой рвоты, которая может наступать и рефлексорно, сразу после приема пищи, снижается кислотность желудочного сока и происходят общедистрофические нарушения. Возникает отвращение к еде, при этом зубная паста, попавшая в рот при чистке зубов, или выделившаяся слюна оцениваются как достаточное количество еды. К этому времени больные теряют до половины своего веса, но даже глядя в зеркало, продолжают воспринимать себя все еще слишком полными. Они прекращают заниматься физическими упражнениями и вызывать рвоту после еды, довольствуясь стремлением сохранить достигнутую массу тела, однако все еще опасаются располнеть в будущем.

У больных исчезает подкожно-жировая клетчатка, истончаются мышцы, кожа становится сухой, шелушится, поражаются кариесом и выпадают зубы, ломаются ногти. Волосы выпадают, в то же время на коже появляется пушок и единичные длинные темные волоски. Исчезают месячные, понижаются давление и температура. Наблюдаются дистрофия миокарда и замедление пульса, анацидный гастрит, атония кишечника, опущение внутренних органов, обратное развитие матки и гениталий. При исследовании крови обнаруживается низкое содержание сахара и признаки анемии, в моче находят следы белка. Нарушается электролитный баланс, что может приводить к возникновению судорожных припадков. Наличие соматоэндокринных расстройств часто дает основания заподозрить эндокринную патологию.

Нарушения в области желудочно-кишечного тракта приводят к появлению чувства тяжести в желудке и дискомфорта в животе при приеме пищи, что служит новым поводом для ограничений в еде. Беспокойство по поводу соматических нарушений может при-

271

водить к ипохондрическим переживаниям, также способствующим расстройству питания. Таким образом, создается своеобразный порочный круг в виде аноректических циклов, когда хроническое голодание вызывает изменения внутренних органов, приводящие, в свою очередь, к ограничению в приеме пищи. В ряде случаев больные начинают активно обследоваться у различных специалистов, преувеличивая тяжесть соматических расстройств и избегая консультации психиатра.

При адекватном лечении в условиях психиатрического стационара по мере выхода из кахексии у больных уменьшается астения и адинамия, на первый план выходят психопатоподобные проявления, особенно во взаимоотношениях с близкими. При отсутствии лечения почти в половине случаев наблюдается хроническое течение, в 10 — 20% случаев наступает смерть в

результате истощения, сердечной недостаточности, присоединения вторичных инфекций, а также суицида. Уровень смертности при этом заболевании самый высокий среди психических расстройств. Даже если больные тяжелой формой анорексии выживают, у них обнаруживаются необратимые атрофические поражения головного мозга.

У мужчин анорексия протекает с выраженной сенестопатическо-ипохондрической симптоматикой, нередко с формированием стойкого ипохондрического бреда, утратившего тематическую связь с прежними дисморфоманическими переживаниями. Наблюдается также выраженный психопатоподобный синдром и вторичная алкоголизация. Больные-мужчины по сравнению с женщинами значительно реже вызывают у себя рвоту и никогда не получают от нее физиологического удовольствия. В преморбиде у мужчин отмечается сочетание шизоидных и астенических черт характера, тогда как у женщин преобладают астенические и истероидные черты. Различают две формы расстройства: аскетическую и булимическую. Первая описана выше, вторая отличается следующим. Во время семейного обеда больные прячут еду в салфетки, в карманы, чтобы затем съесть ее в одиночестве. Они прячут пищу по всему дому и набивают карманы леденцами, воруют сладости в магазинах, а во время пребывания в стационаре — в больничной столовой. Отказываясь от еды днем, они тайно объедаются ночью, а затем вызывают рвоту. В личности выражены депрессивно-истероидные черты, экстравертированность и склонность к зависимости: наркомании, промискуитету, kleптомании, суицидомании. Потеря веса приданной форме меньше, течение болезни легче, прогноз благоприятнее.

272

**Диагноз** нервной анорексии ставится при наличии следующих признаков:

- 1) отказ от поддержания веса на уровне минимального для данного роста и возраста;
- 2) сильный страх прибавить в весе, вопреки тому, что больной весит недостаточно;
- 3) нарушенное восприятие тела и отрицание серьезности проблемы сниженного веса;
- Г 4) аменорея у половозрелых женщин, снижение либидо и потенции у мужчин.

Согласно современным диагностическим критериям, для постановки диагноза нервная анорексия потеря массы тела должна достичь стойкого уровня ниже 85% от нормы. Для расчетов используется индекс Кетле: соотношение веса тела в килограммах к квадрату роста в метрах. Нормой считается индекс выше 17,5 баллов. При упрощенном подходе для постановки диагноза достаточно потери 25% исходной массы тела.

Несмотря на значительное истощение, больные нервной анорексией кажутся яркими, веселыми, энергичными и неутомимыми. Кроме того, большинство не осознает, что характер их пищевого поведения угрожает жизни. Обычными признаками нервной анорексии являются навязчивый страх потерять контроль, отсутствие беспокойства по поводу прекращения месячных, запоры и классическое описание «хорошей девочки». Обсессивные расстройства проявляются также в сильном желании оставаться пассивной и зависимой. Хотя плохой аппетит и потеря массы тела могут сопровождать тяжелую депрессию, она не обязательно лежит в основе нервной анорексии.

© *Мать уговаривает свою дочку:*

— Тебе надо скушать весь суп. Ты ведь знаешь, в кого превращаются девочки, когда они не кушают?

— Знаю, в манекенищи...

**ПРИЯТНОГО АППЕТИТА!**

Однояйцевые близнецы заболевают анорексией в 50% случаев, Двужайцевые — в 10%; повышена

стройств пищевого поведения. У больных наблюдается снижение активности эндоморфинов в результате голодания.

Определенную роль играет мода на субтильную фигуру девушек, культивируемая в промышленно развитых странах. Выявлено что в первые десятилетия прошлого века индекс Кетле у участниц конкурса «Мисс Америка» укладывался в нормальный диапазон (20 — 25 баллов), а во второй половине века стал неуклонно приближаться к критической отметке 18 баллов. В современном западном обществе четыре женщины из пяти страдают проблемами, связанными с принятием пищи и телесным обликом. В спорте почти треть женщин прибегает к хотя бы одному виду саморазрушительных действий для того, чтобы держать вес под контролем, а среди гимнасток к таким действиям прибегают почти две трети спортсменок.

Больная часто является единственной дочерью в семье и страдает от чувства неполноценности по отношению к братьям. У пациентки может быть амбивалентное отношение к родителям после пережитого в раннем детстве и не переработанного абьюза. Бессознательная тревога может затем актуализироваться во время первого эротического опыта со сверстником. Больные проявляют зависимость от членов семьи, соперничество с братьями и сестрами, испытывают страх расставания, который может актуализироваться вследствие смерти бабушки или дедушки, развода родителей, ухода брата или сестры из родительского гнезда.

Взаимоотношения с родителями у больных обычно сложные. Истероидная доминирующая мать требует от ребенка лидерства во всем, культивирует представление об «идеальной фигуре». То, что ребенок заболевает нервной анорексией, вызывает у ее матери затяжные реактивные состояния и заостряет ее характерологические черты. Скрытые семейные конфликты актуализируются и становятся все более деструктивными. В итоге больная утрачивает контакт с родителями, что усугубляет течение заболевания и затрудняет проведение лечебно-реабилитационных мероприятий. Паранойяльная доминирующая мать культивирует семейный миф о благополучной семье, воспитывая ребенка в духе повышенной моральной ответственности. Заболевшего ребенка долго ограждают от контакта с психиатрами, создавая собственные псевдонаучные объяснения болезни и концепции лечения. Убедившись в тяжести и неблагоприятном течении заболевания, мать отвергает «не оправдавшего надежд» ребенка, особенно при наличии других детей, на которых и переключается все внимание семьи. В результате больной ребенок остается без медицинской помощи.

Симбиотическая мать обычно воспитывает ребенка без мужа, она убеждена в правильности всех ее высказываний и поступков и во всем ее поддерживает. Как и при индуцированном психозе, мать отрицает психическое расстройство у дочери, даже при наличии выраженной кахексии потворствует тому, чтобы она продолжала учебу или работу и не обращалась за медицинской помощью. В этом случае позиция матери также создает трудности в лечении больной. В конфликтной семье робкая мать во всем потворствует дочери, а агрессивный пьющий отец воспитывает ее с применением силы. Неправильное пищевое поведение дочери он воспринимает

как каприз и пытается подавить «хулиганство». Иногда заболевание дочери способствует смягчению обстановки в семье и объединению родителей, но чаще они остаются безразличны к ее судьбе и за помощью обращаются родственники.

При мужской анорексии, как правило, выявляется наследственная отягощенность шизофренией и другими бредовыми психозами, шизоидной психопатией и различными аномалиями характера, тревожной депрессией, фобиями и алкоголизмом. Часть матерей таких больных в молодости перенесли приступ шизофрении с дисморфоманической и аноректической симптоматикой.

Мара Сельвини Палаццоли (2002) рассматривает анорексию как моносимптоматический психоз, который ограничивается тотально доминирующим представлением о том, что собственное тело должно быть уничтожено путем отвергания всех *оральных* устремлений. Она считает данное заболевание семейным и описывает «ано-ректическую семью» со следующими характеристиками:

- 1) никто явно не принимает на себя лидерство, мотивация поведения приписывается внешним факторам;
- 2) открытое союзничество грешно;
- 3) никто не принимает на себя ответственность за плохое состояние дел.

Автор пишет: «В системе, в которой столь велика вероятность отвергания коммуникации, отвергание еды находится в полном созвучии со стилем взаимодействия семьи. В особенности оно согласуется с жертвенной установкой группы, в которой страдание в игре за превосходство является наилучшим ходом».

Сальвадор Минухин (1998) отмечает и другие типичные особенности аноректической семьи:

- Существует жестко связывающая модель семейных взаимоотношений, в которой верность семье и ее защита ставятся выше, чем независимость и самореализация.

18>

275

- Семья обычно ориентирована на ребенка, так что у девочки формируется менее сознательное отношение к своим действиям. Она делает все возможное, чтобы вызвать любовь и внимание, и в конечном итоге занимает перфекционистскую обсессивно-компульсивную позицию.
- Развитие автономии заторможено. Все, что девочка делает находится под заботливым и «самоотверженным» контролем семьи. Возражения и собственная инициатива расцениваются как предательство, поощряются самоотверженность и верность семье.
- Не стимулируются, не одобряются и контролируются взаимоотношения вне семьи.
- Граница между семьей и внешним миром четко обозначена, хотя границы внутри семьи неясны. То же относится и к границам с семьями, из которых вышли родители. Часто формируется коалиция со старшим поколением, ребенок оказывается вовлеченным в эти взаимоотношения и используется как средство избегания конфликтов.
- Большое внимание в семье уделяется питанию и соматическим функциям.

В. Вандерэйкен и Р. Мирман (W. Vandereycken, R. Meerman 1984) выделяют в психогенезе нервной анорексии четыре порочных круга: два — на уровне семейных взаимоотношений и два — внутриличностных.

1. Голодание является эффективным средством в борьбе с родителями. Не добившись внимания в роли примерного ребенка, девочка заставляет родителей тревожиться и умолять ее есть.
2. Чрезмерное внимание родителей к питанию ребенка, особенно если применяются наказания и насильственное кормление, вызывает у девочки рвоту и снижение аппетита.

3. Аппетит снижается под влиянием тревоги больной по поводу реальной или мнимой чрезмерной полноты, а также в связи с реакцией внешней среды на чересчур большую потерю массы тела. Источником тревоги может стать физическое созревание и психосексуальное развитие, которые эффективно тормозятся потерей веса.

4. Голод вызывает тревогу на биологическом уровне, а поскольку больная не идентифицирует чувство голода, то безуспешно пытается справиться с тревогой, отказываясь от еды.

276

**Психодинамика.** Существует глубинная связь питания с чувством безопасности, удовольствия и ощущением себя любимым. О, фенихель (2004) указывает, что ребенок может оказываться от дици из протеста против родительской фигуры. Затем негативные чувства смещаются на пищу, и нарушение питания может возникать во время любого конфликта между активностью и пассивностью. Препятствия к оральному обладанию провоцируют оральную агрессию — стремление кусать. С появлением совести орально-агрессивные тенденции вызывают чувство вины и потребность в самонаказании. Таким самонаказанием может стать отказ от пищи. Публичной формой покаяния является пост.

Самым суровым анальным запретом является поедание фекалий. Из-за неразрешенных анальных конфликтов происходит регресс к оральной стадии развития, где анальная установка проявляется в виде формулы: «Не позволю себя контролировать, буду есть, что захочу и когда захочу». У девочек на генитальной стадии развития еда связывается с зачатием и поеданием пениса. Отказ от еды может означать торможение мстительного варианта женского ка-страционного комплекса: «Хочу не пищу, а любовь, пенис, ребенка». К. Меннингер (2000) рассматривает нервную анорексию как хроническую форму самоубийства.

Современные психоаналитики интерпретируют нервную анорексию как тревожную реакцию незрелой личности на преждевременные требования независимости и социальной или сексуальной активности. Застолье, которое может перейти в пьяную оргию и свальный грех, бессознательно ассоциируется в культуре с групповым сексом, и предложение зайти выпить чашечку кофе справедливо воспринимается как приглашение к сексу. Молодая девушка, попав в провоцирующую ситуацию, обнаруживает свою неспособность переработать первое столкновение с эротикой, которое вызывает тревогу. У нее возникает эдиповский страх наказания за соперничество с матерью, страх расставания как необходимого условия освобождения от ее влияния, неспособность психологически отделять свою личность от материнской. Выявляется бессознательный страх полового акта как разрушительного проникновения, страх беременности, связанный с отождествлением ее с полнотой, с детскими фантазиями об оральном зачатии и о Пожирании плодом изнутри.

Сниженный вес и худоба, отсутствие вторичных половых признаков и месячных ассоциируется с возрастом латентной (асексу-альной, от 5 до 12 лет) фазы. Х. Томэ (1998) указывает, что пациент-

277

ки специфически реагируют на появление признаков половор<sub>0</sub> созревания: они перемещают свои сексуальные страхи на собственное тело в целом и фиксируются на его общих очертаниях и соответственно — на массе тела, которая представляется избыточной.

Психологическая защита использует двойное перемещение внутриличностного конфликта: во-



первых, путем соматизации и во-вторых, за счет регресса к оральной фазе развития. В результате достигается образ половой нейтральности, сексуальные проблемы отходят на второй план по сравнению с мономанической идеей уменьшения массы тела. Происходит нарциссический перевод либидо на собственное тело, ослабевают симбиотически-нарциссические отношения с матерью и эдиповские чувства к отцу. Пища ассоциируется с отвергаемыми родителями и обесценивается, таким образом происходит канализация агрессии.

Идеализируется нарциссически самодостаточное тело, обходящееся без пищи и других плотских потребностей. Используется рационализация в виде мифов о примате духа над телом, аскетизме и пуританстве, альтруистичной хлопотунье («Белоснежка и семь гномов»). На вооружение берутся идеи, что худые здоровее толстых, аскетизм обостряет ум, физическую слабость надо преодолевать закалкой, растительные слабительные не являются настоящими слабительными и т.п. В итоге больной добивается повышенного внимания семьи (вторичная выгода) и отвергает мать как эмпатически отдаленную и не отпускающую.

Гиперкомпенсация неудовлетворенной потребности больных в автономии переходит в стремление к самодостаточности и абсолютной независимости как жизненно важной цели. В соответствии с мазохистской установкой избирается роль жертвы. Настойчивое отрицание самопроизвольной рвоты объясняется не столько сокрытием болезни, сколько типичной аддиктивной защитой в форме отрицания. Отрицаются также признаки пола, игнорируется их исчезновение и похудение тела. Наконец, отрицается возможность смерти. Некоторые пациентки упорно верят в девственное размножение. Таким образом, речь идет об идее самодостаточности как проявлении нарциссического всемогущества прегенитального характера. Повышенная двигательная активность больных обусловлена не только чувством голода, но и иллюзией всемогущества и независимости от внешних ресурсов. Кроме того, физическое изнурение играет роль искупления вины и очищения, а также способствует борьбе с «избыточным» весом. Нервная анорексия У мужчин рассматривается как проявление эдипова и кастрацион-

278

jj0го комплекса (эротическая направленность на мать, уход в бо-•еэнь как самонаказание за скрытую агрессию к отцу).

В художественной форме суть анорексии показана в новелле ф, Кафки «Голодарь». Голодарь всегда гордился своим искусством обходиться почти без пищи и славой, которой одаривала его почтенная публика. Печалило его лишь это «почти», но смертельным оказалось предпочтение, которая публика стала оказывать зверинцу. И хотя герой Кафки побил все свои прежние рекорды голодания, никто этого не заметил. Умирая от голода, он признается, что отказывался от еды потому, что не мог найти пищу по своему вкусу.

**Терапия.** Амбулаторное лечение может помочь лишь высоко мотивированным подросткам с аскетической формой анорексии, у которых заболевание продолжается до шести месяцев и родители которых готовы сотрудничать с терапевтом. Как правило, больные и их родители не критичны к заболеванию, склонны к диссимуляции, не признают психологической, и тем более психосексуальной основы расстройства. Альтернативой является длительное (не менее девяти месяцев) стационарное лечение, цель которого — постепенное переключение внимания больного с физиологических моментов на его трудности в общении с другими больными, персоналом и родственниками.

В рамках общеукрепляющего лечения показаны малые дозы инсулина перед обедом, ретаболил,

нероболит, неробол, витаминные препараты карнитин и кобамамид. При недостаточном эффекте применяют кормление через зонд питательной смесью (кипяченое молоко, масло, сырые яйца, какао, крепкий мясной бульон, сахар, фруктовый сок, витамины). Для предотвращения рвоты в смесь добавляют раствор тералена или галоперидола. Для снижения аффективного напряжения и повышения аппетита назначают седуксен, элениум, френолон, пимозид. При наличии obsessive components в структуре синдрома используют аминазин. При сочетании анорексии с большим депрессивным расстройством применяют amitriptyline, ciproheptadine, эглонил, иногда — electrosudomotor therapy.

Однако одно лекарственное лечение малоэффективно. Таким больным показана поведенческая терапия, направленная на нормализацию пищевого поведения, улучшение образа тела, изменение самооценки, изменение взаимоотношений с родителями.

В процессе лечения последовательно решаются следующие задачи:

279

^

1. Обсуждение диеты, страхов, межличностных проблем, ух<sub>а</sub>. зания больным по самоконтролю.

Заключение терапевтического договора:

- а) об улучшении самочувствия, сна, настроения и отношений с окружающими;
- б) о достижении определенной массы тела (обычно 50 кг, по 500 г за неделю) с помощью постельного режима и контроля персонала клиники за поступлением и выведением пищи.

2. Соматически ориентированная терапия, направленная на тренинг пищевого поведения. Больные получают 2000 — 2500 калорий в сутки в виде жидкой пищи. Пища дается больным 3 — 6 раз в сутки и при необходимости вводится через зонд или в виде питательных растворов внутривенно. Персонал присутствует во время приема пищи и 2 — 3 часа после еды во избежание рвоты (aversive прием).

3. Тренинг психомоторики для коррекции нарушения схемы тела и operant conditioning с поощрением адекватного пищевого поведения (при очередном повышении веса тела на 100 г — отмена постельного режима, еда в столовой, просмотр интересных телепередач, свидания с родными, прогулки, выход из отделения и т. п.). При отсутствии позитивных сдвигов больные переводятся на постельный режим, изолируются от других больных.

4. Индивидуальная и групповая когнитивная терапия: обсуждение письменного самонаблюдения больных с выявлением неосознаваемых когнитивных искажений.

5. Интенсивная динамическая терапия в диагностически однородной группе для осознания своих чувств и потребностей, в первую очередь потребности в независимости.

6. Семейная терапия или (если родители больного отказываются от нее) проработка взаимоотношений с ними в других формах терапии. Лечащий врач может выступать в роли наратора психотерапевта.

Согласно С. Минухину (1998), семейный терапевт делает следующее:

- пытается ослабить сильные узы психологической зависимости, предоставив пациентке большее индивидуальное пространство, разделяя связи между ней и остальной семьей, между родителями и детьми;
- оказывает сопротивление гиперпротекции и аномально большому вниманию к ребенку, приводя много примеров;

- опровергает тактику избегания конфликтов, отказываясь от роли арбитра; I • борется с *ригидностью* семейной системы, предпринимая четкие энергичные шаги.

*Когнитивная терапия* преследует такие цели: пациентка должна научиться регистрировать свои мысли и сделать более четким их восприятие. Она должна осознавать соотношение между

определенными дисфункциональными мыслями, неправильным поведением и эмоциями, анализировать свои убеждения и проверять их правильность, формировать реалистичные и

адекватные интерпретации и постепенно видоизменять неверные представления. Терапия особенно эффективна при выраженных тенденциях к хроническому течению болезни и фокусируется на дисфункциональных идеях, касающихся внешности, питания и веса. Одновременно корректируются когнитивные основы заниженной самооценки, чувства неполноценности и дефицитарного восприятия себя. Например, если пациентка говорит: «Все считают, что худощавые люди привлекательнее и удачливее», ей задают такие вопросы:

1. Действительно ли большинство считает худощавых людей более интересными?
2. Идет ли при этом речь о линейной зависимости — чем меньше вес человека, тем он привлекательнее?
3. Разделяют ли такие взгляды все люди или только те, кто некритично воспринимает тенденции моды?
4. Употребляя слова «интересный», «желанный» или «удачливый», думает ли большинство людей одновременно о худощавом телосложении ?

Приведу пример (по Бройтигамуидр., 1999).

Пациентку (студентку 21 года) привела в клинику ее мать (по направлению лечившего ее терапевта). Девушка в течение двух лет похудела с 55 до 38 кг, теперь при росте 168 см масса ее тела составляет 42 кг. В связи со склонностью к запорам пациентка принимает слабительные средства.

Оставшись наедине с врачом, больная сообщила, что у нее проблемы с питанием. Ей трудно есть, так как она опасается возможной рвоты. После еды она сама вызывает у себя рвоту; как часто это происходит, девушка сказать не захотела, но в последнее время рвота стала интенсивней. По словам больной, это расстройство развилось в канун ее совершенноле-

281

тия. Свобода, которая позволила ей делать все, что она захочет, была для нее неожиданной. Зимой во время лыжной прогулки она познакомилась с мужчиной, который позже навестил ее всего один раз. Теперь она снова влюбилась в 28-летнего служащего банка, у которого затем возник конфликт с ее отцом, и он, вероятно, пытался настроить ее против отца. Ей стало легче, когда она переехала к тетке в другой город и там помогала ей по хозяйству. Она поправилась (до 48 кг), у нее восстановились менструации. Сейчас она учится в университете и живет далеко от родителей. В ее семье доминирует отец, который происходит из семьи служащих и занимает высокую должность в банке. Он очень строг, много работает, чрезвычайно пунктуален и чистоплотен, консервативен, не умеет уступать. От дочери он ожидал активной деятельности. Все члены семьи отца — люди негибкие и мало эмоциональные. Мать, с которой у больной хорошие отношения, происходит из многодетной семьи из маленького города. Она работала учительницей немецкого

языка, но в семье проявила себя как несамостоятельная, слабая личность. У самой больной всегда было мало друзей и подруг, она была спокойной, охотно играла с животными, в школе училась успешно. Она всегда хотела делать что-то практическое.

Менструации у нее начались в 12 лет. За два года до начала болезни больная некоторое время училась во Франции, где действительно поправилась и с тех пор стала немного меньше есть. Во время разговора больная производила впечатление депрессивной, но контактной и открытой, неуверенной и тревожной. Заболевание у нее началось в нормальной ситуации ухода из родительского дома, с которым она была тесно связана, хотя эта связь была амбивалентной. Ее страхи сосредоточены на необходимости жить самостоятельно, найти себя как женщину. При тщательном соматическом обследовании обнаружено незначительное повышенное оволосение. Гормональные показатели соответствуют норме. Эндокринологами аменорея объясняется как следствие анорексии.

Вначале больная для пробы была принята в стационар, так как она приехала издалека и нужно было решить вопрос о предстоящих расходах на лечение. При той свободе, в которой она нуждалась и которая была ей предоставлена, она похудела за

282

две недели на 3 кг (до 38 кг). Тогда она согласилась на программу питания, чтобы достичь массы тела 50 кг. Она соблюдала постельный режим, получала 2500 калорий за четыре приема пищи, поддерживала контакт с прикрепленной медицинской сестрой и социальной работницей, получала психотерапию по 1 часу в неделю, а затем, по мере увеличения массы тела — индивидуальную психотерапию по три часа. Все время она проводила в постели, затем стала вставать, есть вместе с другими больными, ходила в кабинет к психотерапевту.

В первые недели у нее возникали кризы протеста, сопровождавшиеся саморазрушительными действиями: она прижигала себе сигаретами лицо, регистрировала увеличение массы тела со страхом, а в конце концов было установлено, что она перед взвешиванием выпивала по 1,5 л воды. Тогда ей было назначено питание через желудочный зонд, возобновлен строгий постельный режим, курить разрешалось только в присутствии медицинской сестры. Хотя больная и теперь выражала протест, эти меры сохранялись как условие выписки. Тогда масса тела резко увеличилась — до 48 кг в течение четырех недель. После этого ей разрешили есть вместе с другими больными, выходить из отделения вначале с сопровождающими, а затем и одной, а через четыре месяца перевели в ночную клинику, и она начала школьную практику. Больная была выписана, когда была достигнута цель — увеличение массы тела до 50 кг.

Темами психотерапевтического лечения были амбивалентное отношение к идеализированному и отвергаемому отцу, ее лабильное самочувствие, неуверенность при приближении к другим людям и элементы чрезвычайной лабильности и обиды в отношениях с другими людьми. После психотерапии, длившейся 2,5 года, состояние больной стабилизировалось. С врачом-психотерапевтом, который был старше ее на 12 лет, у нее завязался роман, но и здесь у нее бывали кризы, во время которых она предприняла две не очень серьезные суицидальные попытки, имевшие характер агрессии по отношению к новому партнеру и характер призыва по отношению к психотерапевту.

Как и в период стационарного лечения, она наносила себе повреждения ударами ножа или билась головой о стену, оставляя свои раны открытыми. Эти действия она объясняла отчаянным желанием преодолеть постоянно возникающее

чувство покинутости и пустоты. Отношения с психотерапевтом были в целом плодотворными, они носили характер переноса, причем влюбленность и сексуальные фантазии были тесно связаны с глубинным желанием быть признанной и иметь поддержку. Господствующие фиксации были на шизоидном и депрессивном уровне, причем постоянно возвращались чувства холодности, полной изолированности, фантазии о невозможности самостоятельного существования и активного поведения.

Сверхценная значимость темы еды в ее представлениях плохо поддавалась терапии и долго сохраняла свою актуальность. Пациентка сама отмечала, что эта тема постоянно врывается в ее сознание и она сама вынуждена разрушать все, что достигнуто. Наконец, ей стало ясно, что илечение, и связь с терапевтом привели ее к длительному регрессивному искушению. Поэтому ее решение прервать лечение было принято за несколько месяцев до его окончания, и вопрос был для нее закрыт.

Через 10 лет пациентка пришла на обследование. Она молодожаво выглядела, была изящно и элегантно одета. Девушка сказала, что у нее постоянная масса тела 50 кг и теперь ее не занимает проблема еды. У нее есть более серьезные дела. Вскоре после лечения она вышла замуж, у нее трое детей, но закончить учебу она не смогла, чем и поныне озабочена. Трудности в общении с другими людьми у нее возникали неоднократно. Она чувствует себя легковозбудимой, с трудом переносит критику в свой адрес, особенно тяжелы ей взрывы гнева у мужа. С отцом у нее теперь хороший контакт, она с ним охотно общается, но не обременяет своими заботами. Свои проблемы она обсуждает с женщинами, с которыми сталкивается в детском саду и в школе. Ей понравилось, что в процессе лечения она лучше поняла свое детство, свои отношения с родителями и свои собственные чувства. Ей понравилась и реальная помощь, которую можно оказать людям и самой себе. Это и теперь поддерживает ее в жизни.

© В квартире врача раздается звонок. Врач открывает дверь и видит на пороге скелет.

— Вот так всегда, — ворчит врач, — ждут последнего момента, прежде чем обратиться к врачу...

## ЖОР НАПАЛ...

*В борьбе между сердцем и головой  
в конце концов побеждает желудок.*

*Станислав Ежи Лец*

**Нервная булимия** (F50.2) впервые описана только 50 лет назад, она тесно связана с ожирением. Булимия больше распространена среди истероидных девушек и молодых женщин и проявляется в виде тайных приступов переедания высококалорийной пищи с последующим искусственным опорожнением желудочно-кишечного тракта для предотвращения полноты тела, которая тем не менее возрастает из-за переедания.

Приступ обжорства начинается с чувства невыносимого напряжения. Человек чувствует раздражение, считает себя удаленным из реальной жизни и бессильным подавить в себе страстное желание есть «запрещенную» пищу. Предпочтение отдается мягким, сладким и жирным продуктам, которые не требуется долго жевать (мороженое, масло, творог, шоколад, торты, бутерброды). Обедаясь, человек понимает, что не может остановиться. Приступ обжорства с

последующей рвотой временно разряжают напряжение, но затем приходят страх быть застигнутым за этим занятием и опасение прибавить в весе, подавленность, острое недовольство собой и самообвинения. Приступ булимии заканчивается самопроизвольной рвотой, или резкими болями в животе, или сонливостью с последующим засыпанием, или прерывается из-за появления постороннего человека. Однако чаще, боясь ожирения и разоблачения, больные после приступа переедания вызывают рвоту искусственно. . Стереотип «обжорство — рвота» может приобрести характер навязчивости, при этом сам процесс жадной, неразборчивой еды доставляет чувственное удовольствие, а рвота становится непроизвольной, условно-рефлекторной. Обычное количество еды вне Приступа не вызывает у больных ощущения полноты в желудке и чувства насыщения. Частота приступов булимии составляет от 2 до 40 в неделю, в среднем 10 раз в неделю. Из-за частого жевания гипертрофируются жевательные мышцы, что придает физиономии Характерный («свинский») вид. Частое и резкое повышение внут-Рибрюшного давления во время рвоты приводит к типичному отеку лица и точечным кровоизлияниям в конъюнктиву, это может ° бращать на себя внимание окружающих. Характерны колебания Массы тела в пределах 4 — 5 кг.

285

Больные булимией обычно:

- перфекционисты;
- склонны к унынию, депрессии, навязчивым мыслям или действиям;
- импульсивны, хаотичны, склонны к риску;
- имеют низкую и неустойчивую самооценку;
- не удовлетворены собственным телом;
- ставят себе нереалистичные цели;
- впадают в отчаяние, когда не удается этих целей достичь;
- строят личные отношения по схеме: пылкое увлечение — резкий разрыв;
- имеют неприятные детские воспоминания, связанные с приемом пищи (еда как наказание, насильственное кормление, скандалы по поводу еды и т. п.).

Булимия обычно развивается в связи с межличностным конфликтом в семейной, сексуальной или учебно-профессиональной сфере, вхождением в новый коллектив; нередко дезадаптация развивается во всех сферах жизни. Наиболее часто ее вызывают смерть супруга, разлука с сексуальным партнером, уход из родительского дома, а также экзаменационная лихорадка или ситуация войны. На этом фоне возникают переживания покинутости, одиночества, пустоты и разочарования в других людях, скуки, печали и подавленности. Больные по детской привычке пытаются утешить себя процедурой еды и питья, однако переходят границы, набирают лишний вес и после этого пытаются контролировать его как при анорексии.

При выраженном~ожирении больные для снижения аппетита нередко начинают курить, принимают средства, понижающие аппетит, удаляют подкожный жир оперативным путем. У них развиваются циклы обжорства и голодания и постепенно борьба мотивов «есть или не есть» поглощает всю психическую жизнь пациентов. В системе ценностей начинают доминировать значение питания, день планируется с учетом того, где и что можно съесть. Часто они находят работу, связанную с питанием. Остальные интересы блекнут, из-за чего жизнь кажется все более пресной. Спасением от невыносимой скуки служит «жажда острых ощущений», которая утоляется с помощью необычного количества пищи и причудливых сочетаний продуктов: соленых огурцов

с вареньем, пирожных с горчицей и т. п.

Течение булимии обычно многолетнее, хроническое, со спонтанными ремиссиями. Болезнь нередко умело скрывается даже от чле-

286

нов семьи. Этому способствует анозогнозия — больные отрицают факт своего повышенного аппетита и объективную тяжесть своего ожирения и полноты. В ряде случаев формируется алкогольная или наркотическая зависимость, сексуальная активность повышена, с тенденцией к промискуитету. Примерно у 1 /3 больных наблюдается клептомания: они импульсивно похищают еду, бижутерию, предметы одежды из магазинов. Наряду с этим возможны аффективные расстройства: депрессия с суицидальными тенденциями, реже эйфория, а также ипохондрические расстройства.

Соматические осложнения — дисбаланс электролитов, декаль-цификация костей, и прежде всего зубов. Кроме того, при повторной рвоте эмаль зубов страдает от контакта с соляной кислотой. В результате больные теряют зубы. Недостаток калия приводит к слабости, сердечной недостаточности, почечным и желудочно-кишечным заболеваниям. Наблюдается также расширение и даже разрывы желудка. У половины женщин нарушается менструальный цикл. Приведу пример (цит. по: Комер, 2002).

«Сегодня я собираюсь быть действительно хорошей, а это значит, что я съем лишь столько, сколько нужно, и ни куска больше. Я внимательно слежу за тем, чтобы не брать больше, чем Дуг. Я критически оцениваю его тело. Я чувствую, как нарастает напряжение. Я хочу, чтобы Дуг поскорее ушел и я взялась бы за дело!

Как только он закрывает дверь, я сразу же принимаюсь за работу, которой просто неуправляемо. Как же я все это ненавижу! Я хочу заползти в нору, свернуться там клубком и ничего не делать. Я бы лучше поела. Я одна, я нервничаю, я нехорошая. Я все делаю не так. Я себя не контролирую. Я знаю, что не могу заниматься этим весь день. Всегда одно и то же.

Я вспомнила о каше, которую съела на завтрак. Скорее в ванную и на весы. Вес, как и прежде, но я не хочу, чтобы он оставался таким же! Я хочу худеть! Я смотрюсь в зеркало и вижу, что мои бедра уродливо деформированы. Я вижу толстую, грушевидную, безответственную тетку. Всегда что-то не так с тем, что я вижу. Я смотрю на свое тело, чувствую разочарование и не знаю, что мне делать. Я открываю холодильник, точно зная, что там. Я начинаю с трюфелей. Я всегда начинаю с конфет. Сначала я стараюсь остановиться, но мой аппетит огромен, и я решаю открыть еще коробку. Я помню, что в ванной лежит полпачки печенья, которую я не доела вчера, и быстренько его съедаю.

287

Я выпиваю немного молока, чтобы с рвотой не было проблем. Стакана достаточно. Я беру шесть кусков хлеба и зажариваю в тостере, затем переворачиваю, кладу сверху масло и снова помещаю их в тостер, доводя масло до кипения. Я кладу все шесть кусков на тарелку и иду к телевизору, добавив к ним несколько бананов. Еще последний тост не съеден, а я уже готовлю следующие шесть. Теперь можно добавить трюфелей, мороженого, йогурта или домашнего сыра. Живот начинает давить на ремень. Я знаю, что скоро пойду в ванную, но хочу отложить это. Я жду. Я чувствую давление. Но еще не время. Еще не время. Должно пройти время.

Я блуждаю бесцельно туда-сюда, затем снова убираюсь в комнатах и возвращаюсь назад. Наконец, я иду в ванную. Я становлюсь на колени, откидываю волосы назад и засовываю пальцы в рот. Я

дважды погружаю их в горло и выбрасываю большое количество пищи. Я делаю так три или четыре раза. Я вижу, как все возвращается. Я вижу трюфели, я вижу печенье. Но мой ритм насыщения сбивается, и у меня начинает болеть голова. Я чувствую головокружение. Я чувствую слабость. Я опустошена. Все происходит в течение часа».

**Гиперфагия** (греч. *phagos* — пожирающий) отличается от булимии тем, что больные не вызывают рвоту после еды. В большинстве промышленно развитых стран ожирением страдают 40% женщин и 30% мужчин в возрасте от 19 до 40 лет. Каждый третий американец весит на 20% больше медицинского стандарта, больше половины немцев старше 40 лет имеют избыточный вес, и число тучных людей постоянно растет.

Расстройство характеризуется постоянной озабоченностью едой и непреодолимой тягой к пище в сочетании с навязчивым страхом ожирения. Оно проявляется в виде переедания и борьбы с ожирением (средства, понижающие аппетит, курение, периоды голодания, диеты, косметические операции). Значение питания доминирует в системе ценностей, день планируется с учетом того, где и что можно съесть. Часто работа больных связана с питанием. Поскольку в семье приготовлением пищи занимаются женщины, неудивительно, что они чаще страдают перееданием. Тем более, что общественная мораль строже относится к женскому алкоголизму, и пищевая зависимость заменяет женщине алкогольную.

Принято выделять четыре вида гиперфагии:

1) приступообразный — волчий голод с оральным оргазмом после переполнения желудка;

2) постоянный аппетит;

3) ненасытный аппетит, приходящий лишь во время еды;

■ 4) ночное обжорство в сочетании с дневным голоданием (распространено в США).

Патологических обжор делят на две группы. В первую входят ранимые, тревожные личности со сниженной самооценкой, стыдящиеся своей полноты. Они обычно обращаются к психологу по поводу трудностей в общении и депрессии. Вторая группа состоит из властных, уверенных людей, стремящихся подавлять окружающих, в том числе своим солидным внешним видом. Они приходят к врачу с проблемами здоровья.

Излишний вес вызывает одышку, повышенную утомляемость, патологию суставов, повышенное АД, сердечные приступы, патологию внутренних органов и повышенный риск диабета. Люди с избыточным весом больше болеют, чаще становятся жертвами несчастных случаев и живут на 15 — 20 лет меньше, чем худощавые люди. При весе на 20 — 30% выше нормы смертность оказывается на 20 — 40% выше, чем у людей с нормальным весом, а при превышении веса на 50 — 60% смертность увеличивается на 150 — 250% по сравнению с нормой. Избыточный вес может мешать вступлению в брак и продвижению по службе. Люди, страдающие ожирением, имеют больше проблем при занятии спортом, покупке и ношении одежды, пользуются меньшим уважением окружающих.

© *«Цстав из-за стола голодным — вы наелись; если вы встаете наевшись — вы переели; если встаете переевши —*

■ *вы отравились» (А. Чехов).*

**Выявление булимии.** Диагноз ставится при соответствии следующим критериям:

1) два и более эпизодов компульсивного переедания в неделю на протяжении трех месяцев;



- 2) постоянная озабоченность едой и непреодолимая тяга к пище;
- 3) недовольство собственной полнотой, болезненный страх ожирения;
- 4) попытки предотвратить прибавку в весе с помощью искусственной рвоты, клизм, слабительных, мочегонных, периодического голодания, препаратов щитовидной железы, средств, снижающих аппетит.

В анамнезе отмечаются эпизоды нервной анорексии в прошлом с ремиссиями от нескольких месяцев до нескольких лет. Предше-

**I\*»—5184**

**289**

**к.**

ствующий эпизод может быть резко выраженным или протекать в скрытой форме с умеренным снижением веса и/или транзитор. ной аменореей. Больные обращаются к врачу по поводу слабости, истощения или апатии, не упоминая о своей давно существующей булимии. Заподозрить ее помогает одутловатое лицо с отечностью в области околушных желез. На пальцах и небе могут быть ссади-ны и рубцы вследствие вызывания рвоты, заметны повреждения зубной эмали под воздействием кислого содержимого рвотных масс. Лабораторные исследования показывают сдвиги в составе электролитов.

Для определения степени ожирения пользуются индексом Бро-ка: масса тела в килограммах равна росту в сантиметрах минус 100. Сегодняшние идеалы требуют отнять от полученной цифры 10% для мужчин и 5% для женщин. Начальную стадию ожирения определяют при увеличении массы тела на 15 — 20% от нормального показателя с учетом роста и возраста. При увеличении массы тела на 30% ожирение становится очевидным.

С помощью теста ММРІ обнаруживаются признаки депрессии, озабоченность своим телом, страхи, импульсивность, социальная интроверсия и защитные тенденции. При расспросе выявляется поглощенность мыслями о еде наряду с изоляцией от окружающих, пренебрежением служебными обязанностями, учебой и друзьями. Можно выявить также такие сопутствующие аддикции, как аддикцию к физическим нагрузкам, никотинизм, алкоголизм, таб-леткоманию, клизмофилию (злоупотребление клизмами).

В отличие от больных анорексией люди, страдающие булимией, долго сохраняют обычный вес с незначительными отклонениями в ту или иную сторону; мечтают о более стройной фигуре, но не собираются безгранично худеть. Если у больных с булимической формой анорексии имеется дисморфомания (бредовое восприятие своего тела), то у больных булимией имеется лишь дисморфофобия в форме навязчивого страха ожирения без нарушения восприятия своего тела, но с опасением потерять сексуальную привлекательность. Пациентки более непоседливы, гневливы и импульсивны, чем больные нервной анорексией.

Д. М. Гарнер и П. Е. Гарфайнkel (D.M. Garner, P.E Garfinkel 1997) разработали для людей с пищевой зависимостью следующую анкету-

Для каждого пункта решите, какое утверждение для вас более правдиво: всегда (В), обычно (О), часто (Ч), иногда (И), редко (Р) или никогда (Н). Обведите кружком букву, соответствующую вашей оценке.

290

р О Ч И Р Н	Я думаю, что у меня слишком большой живот.
В О Ч И Р Н	Я ем, когда я не в духе.

В О Ч И Р Н Я обедаю.

В О Ч И Р Н Я подумываю о диете.

В О Ч И Р Н Я думаю, у меня слишком толстые ноги.

В О Ч И Р Н Я чувствую себя неэффективной личностью.

В О Ч И Р Н Я чувствую себя очень виноватой после того, как переедаю. В О Ч И Р Н Мне внушает ужас прибавление в весе. В О Ч И Р Н Я путаюсь в эмоциях, которые переживаю. В О Ч И Р Н Я поступаю неадекватно. В О Ч И Р Н Я продолжаю есть, чувствуя, что не могу остановиться. В О Ч И Р Н Я очень стараюсь не разочаровывать своих родителей и учителей. В О Ч И Р Н Мне трудно рассказывать о своих чувствах другим. В О Ч И Р Н Я порой не могу понять, голодна я или сыта. ВОЧИРН Я о самой себе невысокого мнения. В О Ч И Р Н Я думаю, что у меня слишком широкие бедра. ВОЧИРН Если я прибавляю фунт, то начинаю тревожиться, что поправляюсь. ВОЧИРН Я думаю, что вызову у себя рвоту, для того чтобы потерять вес. ВОЧИРН Я думаю, что мои ягодицы слишком массивны. ВОЧИРН Я ем или пью тайком от окружающих. ВОЧИРН Я хотела бы полностью контролировать все мои физические побуждения.

© *Врач спрашивает у пациента:*

— *Какой максимальный вес вы имели?*

— *В прошлом году — девяносто восемь, а в этом — сто.*

— *А ваш минимальный вес?*

— *Четыре килограмма двести граммов.*

## **НЕ ХЛЕБОМ ЕДИНЫМ**

В последние годы появляются данные о генетической предрасположенности к заболеванию, оно чаще встречается у однояйцевых близнецов. Установлены два вещества, естественным образом угнетающие аппетит: гормон лептин и белок глюкогоноидный пеп-

**19.**

291

тид-1. Предполагается, что рецепторы мозга, реагирующие на эти вещества, у больных булимией дефектны. У больных выявляется пониженная активность нейромедиаторов норадреналина и серотонина, у многих наблюдается депрессия. Депрессия и ожирение часто обнаруживаются и у членов семьи, 80% родителей таких больных имеют избыточный вес. При этом у детей, у которых один родитель страдает ожирением, в шесть раз чаще впоследствии развивается ожирение, а у детей, у которых ожирением страдают оба родителя — в 13 раз. Жадность в потреблении жирной пищи может быть вызвана увеличением числа жировых клеток, которое может быть обусловлено как генетически, так и за счет перекармливания в раннем детстве.

Перекармливание бывает связано с семейными традициями питания и чрезмерным, односторонним использованием пищи с целью доставить ребенку удовольствие и успокоение. Для воспитания типично, что родители предлагают ребенку еду вместо удовлетворения его актуальных потребностей и хорошо относятся к нему, лишь когда он хорошо ест. В результате ребенок растет, не осознавая своих эмоциональных потребностей и не зная, когда он голоден, а когда сыт. Не полагаясь на внутренние критерии, такой ребенок ориентируется на родителей, не чувствуя себя хозяином собственного тела, не контролируя собственное поведение, потребности и импульсы.

Дети с избыточным весом в три раза менее подвижны, чем их сверстники, они не способны терпеть сильную физическую и эмоциональную боль. Для робкого ребенка физический объем тела представляет безопасность и силу, защиту от внешнего мира и связанной с ним ответственности. При переедании чаще, чем при нервной анорексии, отмечаются семейные конфликты, нечуткое отношение родителей к ребенку, пренебрежительное отношение к его личности. В семье обычно доминирует мать, которая устанавливает с ребенком симбиотические отношения, задерживает его двигательное развитие и не поощряет готовность ребенка к социальным контактам, фиксирует его в пассивно-рецептивной позиции. В результате у будущего пациента развиваются черты внутренней задержанности, апатически-мрачного отчаяния, наблюдаются признаки бегства в одиночество, притязательно-агрессивное чувство вины.

Больных в преморбиде отличают повышенная тревожность, импульсивность, сниженная самооценка, экстравертированность, коммуникативные нарушения, тенденция к формированию различных зависимостей. Непреодолимое влечение к пище может спо-

292

существовать купированию невротических симптомов: тревоги, подавленности, напряженности. t В рамках аддиктивного поведения пищевое удовольствие превращается в альтернативу скучной и регламентированной жизни. Еда становится обильной и необычной, чтобы вызывать «острые ощущения». Кроме того, переедание и избыточный вес являются вызовом родительскому и общественному мнению о правильном питании и идеальной фигуре, когда девушка пытается таким образом преодолеть инфантильную зависимость.

**Психодинамика.** Влечение к пище может отражать уход от реальности (бегство в пиршество, оргию). Акт поглощения еды уменьшает ситуационную тревогу и подавленность за счет смещения внимания на тело, вес которого легче контролировать, чем ситуацию и свое эмоциональное состояние. Этот стереотип в дальнейшем включается как реакция на эмоциональную фрустрацию. Определенная пища может иметь различное символическое значение. Молоко вызывает чувство защищенности, мясо — силы, икра — престижа, кофе и спиртное — взрослости, сладости — награды.

Можно выделить следующие мотивации булимического поведения: страстное желание обладать, поглощать, фантазии о беременности и кастрационные желания (откусывание батона, колбасы), ожирение как защита от мазохистски отвергаемой роли привлекательной женщины, массивность и солидность скрыто неуверенного мужчины (наравне с такими *фаллическими* символами, как галстук и борода). Вторичная выгода от ожирения состоит в расчете на то, что к лицам с избыточным весом предъявляется меньше требований. Тучные люди обвиняют в неудачах свою внешность, лишая себя желания избежать их.

Непременным условием приступа обжорства с рвотой является изоляция, как при мастурбации, суррогатом которой можно считать булимическую оргию. Однако нарастающая изоляция и отказ от контактов приводят к заместительному удовлетворению на *оральном* уровне, таким образом возникает порочный круг. Неприемлемость сексуальных фантазий и агрессивных побуждений проявляется символически, на языке тела и пищевого поведения. Рвота заменяет выкидыш, отказ от беременности. Ожирение служит «поясом целомудрия», демонстрируя отказ от сексуальной привлекательности и женской половой роли.

Избыточный вес защищает женщину от эксгибиционистских тенденций и мужского внимания,

против которого она боится не

293

^

устоять. Женщина может также использовать избыточный вес в качестве протеста против общества, в котором доминируют мужчины, желающие видеть в женщинах стройных и пассивных сексуальных роботов. Тучные мужья избегают домашней работы и секса, прячась в свою неприступную крепость — пропитанную жиром вялую мускулатуру.

Сам процесс еды призван заменить акт сосания груди, который уже стал неосуществимым. Поэтому борьба за психологическую независимость своей личности от матери выражается в двойственном отношении к еде.

1) В основе экзистенциальной мотивации лежит чувство внутренней пустоты и скуки. Пища заполняет рот и живот, вызывая эйфорию, которая не может заменить наполненной внутренней жизни.

2) Увеличение количества пищи вызывает ощущения излишка, тяжести, неспособности переварить ее, чувство утраты самоконтроля, разочарования в данном способе компенсации. Каждая булимическая атака усиливает чувство неполноценности и потребность в самонаказании. Таким извращенным карающим наслаждением становится следующий приступ.

Для больной булимией важно не только съесть продукт, но и испортить его, а затем выбросить как обесцененный и побежденный. За маской любви к еде (груди, матери) в хищном рте и ненасытном желудке прячется жадность, зависть и ревность. «Промыть желудок» и «очистить кишечник» после еды — это все равно, что «умыть руки» для «очистки совести». Вспомните леди Макбет, навязчиво пытающейся отмыть руки от крови своей жертвы. При этом используется такая защита, как отмена. На языке тела голод угрожает потерей контроля. Агрессивное поедание пищи демонстрирует всепоглощающий контроль, однако из-за невозможности остановиться обнаруживается зависимость. Последней попыткой восстановить контроль над проглоченной пищей становится рвота или испражнение. Каждая оргия завершается переживанием вины и стыда, в результате снижается самооценка, которую пациент пытается повысить за счет достижений в других сферах. Не в силах вынести расщепления на внешнюю благополучную и скрываемую плохую самооценку, психика прибегает к спасительной анозогнозии, которую можно расценить как аддиктивную защиту отрицанием. Наконец, переедание может символизировать замедленное прогрессирующее самоубийство.

294

© *Не откладывай до ужина того, что можешь съесть за обедом (А. Пушкин).*

**Терапия.** Больным назначают препарат прозак (отечественный аналог профлузак), который не только нормализует эмоциональное состояние и пищевое поведение, но и способствует снижению массы тела и уменьшению психовегетативных и болевых расстройств. Лечение булимии проводится, как правило, амбулаторно, госпитализация может потребоваться лишь при наличии выраженных расстройств личности, суицидальных тенденций, злоупотреблении алкоголем и т. п. Показана индивидуальная и групповая когнитивно-поведенческая терапия. Она должна быть направлена на нормализацию пищевых привычек, отношения к еде и представления об идеальной комплекции, а также на улучшение эмоционально-волевого самоконтроля. Важное значение придается при этом элементам раскрывающей терапии, фокусированной на теме питания.

Рассматривается связь особенностей пищевого поведения пациентки с ее текущими конфликтами и ситуационно обусловленными колебаниями настроения. В ходе терапии анализируются механизмы неизбежных рецидивов. Необходимо отреагирование нарциссических 'обид и заполнение экзистенциального вакуума. I С. А. Кулаков (2003) приводит схему первой беседы с пациентом, страдающим гиперфагией.

1. Присоединение. Используются техники индивидуального и семейного консультирования.
2. Определение проблемного поведения. «Я бы хотел, чтобы вы подробнее об этом рассказали. Как вы понимаете эту проблему?»
3. Оценка степени тяжести проблемы. «Насколько эта проблема затрудняет вашу жизнь? Как оценивают ее ваши близкие ? »
4. Выяснение течения заболевания. Получение биографических, *анамнестических* и диагностических данных.
5. Наличие других эмоциональных и поведенческих расстройств. Выявляются сопутствующие диагнозы.
6. Наличие сопутствующих аддикций: трудоголизма, вещизма, азартных или компьютерных игр, промискуитета, kleptomании, никотинизма, алкоголизма, наркомании.
7. Сравнение субъективных выгод и жертв в связи с перееданием. Взвешивание доводов «за» и «против».
8. Оценка терапевтической установки: обращение за помощью произошло под влиянием родителей, ситуации или собственного запроса.

295

9. Наличие компульсивности. Компульсивное влечение существует постоянно, подчиняет поведение пациента, реализуется вопреки борьбе мотивов.
10. Утрата контроля за временем и тратой денег.
11. Поощрение воздержания от еды. Кто и какими способами поддерживает ограничения в еде.
12. Поиск альтернативных способов достижения комфорта. Выявление состояний и ситуаций, которые избегались с помощью еды. Создание запроса наиболее комфортных состояний и ситуаций. Разработка плана конкретных действий без переедания.
13. Обсуждение стрессоров и способов совладения с ними. Выявление стрессоров, степени устойчивости к ним и способов совладения с ними.
14. Определение дисфункциональных установок пациента в отношении еды.
15. Рассмотрение последствий переедания.
16. Поощрение принятия личной ответственности пациента за выздоровление.
17. Обсуждение дисфункциональных взаимоотношений с родителями, друзьями и подругами.
18. Обсуждение семейных проблем: контроля над едой, алкоголизма и т. д.
19. Выявление фиксации на различных этапах индивидуального развития.
20. Локализация центральной темы межличностного конфликта.
21. Исследование аффективной сферы.
22. Определение эмоций, провоцирующих переедание: обиды, злости, отчаяния, боли и т. д.
23. Оценка сопротивления лечению. Выявление социальных, личностных и биологических негативных реакций во время направления на лечение.
24. Определение готовности пациента сотрудничать в терапевтической работе. Поиск наиболее важных проблем, которые могли бы послужить ключом к терапии.

25. Постановка гипотез и формулирование терапевтического запроса.

26. Заключение терапевтического контракта.

Сверхценное желание снизить вес при отсутствии контроля над своим пищевым поведением заставляют пациентов сравнительно легко соглашаться на лечение. Однако целью терапии должно быть

296

не быстрое похудение, а перестройка пищевого поведения с постепенным сбрасыванием веса. При выраженном нарушении обмена веществ и суицидальных тенденциях больных госпитализируют, назначают прозак, амитриптилин и финлепсин.

Проводят индивидуальную и групповую *когнитивно-поведенческую* терапию, направленную на улучшение эмоционально-волевого самоконтроля, нормализацию пищевых привычек, отношения к еде. Больных просят вести дневник, в котором они ежедневно описывают свое пищевое поведение, фиксируют ощущения голода и сытости, чтобы контролировать чувства, «включающие» приступы обжорства. Анализ этих записей помогает установить, какое настроение, какая ситуация вызывает потребность в еде. Выявляют стимулы и ситуации, которые провоцируют переедание (например, просмотр телепередач).

Больным рекомендуют ограничить в доме количество высококалорийных продуктов и доступ к ним, для «перекусов» иметь под рукой сырую морковь и сельдерей; есть только на кухне в отведенное время, используя лишь определенную изысканную посуду и столовые приборы. Советуют избегать во время еды разговоров, чтения газет или просмотра телепередачи, полностью сосредоточиться на процессе еды и получении удовольствия от пищи. Пациентов просят считать во время еды каждый глоток и кусок. После каждого третьего куса нужно откладывать столовый прибор, пока этот кусок не будет пережеван и проглочен; эти паузы постепенно растягиваются. Устанавливается такса поощрений за определенные успехи, накопленные очки суммируются и превращаются с помощью членов семьи в какие-то льготы: для детей — поход в кино, для женщин — освобождение от домашней работы и т. п.

Для предупреждения тревожных реакций на определенные ситуации больным демонстрируют эти ситуации и затем удерживают от обычных компульсивных действий, убеждая в безопасности ситуаций и отсутствии необходимости в прежних реакциях на них. Чтобы подкрепить воздержание от тайных приступов переедания и рвоты, используется аверсивный прием: пациентке предлагают самой принести большое количество пищи и продемонстрировать приступ переедания в присутствии персонала, который остается с ней до тех пор, пока не исчезнет побуждение вызвать рвоту. В это время пациентке помогают понять, что пища может быть безвредной и даже нужной, от нее не надо избавляться.

П. Кейсмент (1995) описывает анализ пациентки, страдающей гиперфагией, делая акцент на исследовании границ ее «Я». Автор

297

интерпретирует переедание пациентки как ее бессознательную попытку изолироваться от властной и манипулирующей матери, которая пугала дочь, что она не сможет выйти замуж, если располнеет. Не в состоянии выразить свой протест открыто, больная поглощала большое количество неудобоваримой пищи, словно «забрасывала всю эту гадость на мать» (интроецированную). При этом она испытывала страх, что мать от нее откажется.

При лечении больных важное значение придается раскрывающей терапии, фокусированной на теме питания и представлениях об идеальной комплекции. Рассматривается связь особенностей пищевого поведения пациентки с ее текущими конфликтами и ситуационно обусловленными колебаниями настроения. Необходимо учитывать, что в период лечения у больных усиливается чувство утраты («диетическая депрессия»), они пытаются уйти от обсуждения своего пищевого поведения, переключая внимание на медицинские проблемы. В ходе терапии анализируются механизмы неизбежных рецидивов. Терапия может считаться завершенной лишь после отреагирования нарциссических обид и заполнения экзистенциального вакуума. Эффективным является участие в группах взаимопомощи «Анонимные обжоры».

Дитти Доктер (2002) составляет *психодраматические* группы из 4 — 6 человек, включая в них больных анорексией и булимией и вводя в качестве образца ассистента или пациента с желаемым весом. Групповая работа сочетается с индивидуальной, чтобы избежать обычного для этих больных отсева. Драматерапия с взрослыми стационарными пациентами проводится 6 — 12 месяцев с частотой встреч один раз в неделю и фокусирована на межличностных проблемах пациентов. Параллельно с ними занимается мультидисциплинарная бригада, в том числе команда, работающая с нарушениями пищевого контроля. Вначале используются преимущественно проективные техники: скульптура, поэзия, составление рассказов. Затем проигрываются отдельные сцены из жизни — от нейтральных до высокозначимых.

Приведу пример из собственной практики.

Молодая учительница пения, говорливая полная брюнетка маленького роста, разведенная, имеющая дочь-дошкольницу, была склонна к пищевым, алкогольным и сексуальным эксцессам, строила свои личные отношения на меркантильном интересе. Она оставила дочь своей матери, с которой была в натянутых отношениях, и уехала в Японию. Пела в ночном клубе (по условиям договора ей запрещалось всту-

**298**

пать в интимные связи с посетителями, позволялось только угощаться за их счет, но отказываться от спиртного). Женщина копила деньги на машину, экономила на всем. Стала переедать на работе, красть продукты, косметику и бижутерию в магазинах. Однажды ее поймали и предупредили, что могут выдворить из страны. Она вернулась на родину с «Тойотой» и планами поступить в Японии на курсы менеджеров, переехать туда с дочерью жить. Однако опасалась, что не сможет контролировать свое поведение, и обратилась для проведения краткосрочной психотерапии. Выяснилось, что мать пациентки — учительница, она прививала ей строгие моральные нормы, за непослушание наказывала лишением обеда. Бабушка-буфетчица жалела внуку, приносила ей сладости. Отец пил и гулял; оставил семью, когда пациентке было пять лет. Девочка скучала по нему, так как он один играл с ней, но мать запретила их свидания. Она росла «мальчишницей», рано начала половую жизнь втайне от матери, в 18 лет вышла замуж уже беременной, без любви, родила дочь. Муж пил, изменял ей, у нее также были романы, вскоре они расстались. С тех пор женщина живет с матерью, которая всегда предпочитала ей своих учеников, а теперь — внуку. Пациентка участвовала в индивидуальной и групповой динамической психотерапии в течение трех месяцев. Была фиксирована на своем весе, часто переедала и затем вызывала искусственную рвоту. По несколько суток проводила со случайными мужчинами, получая от них деньги; на прощание украдкой брала себе какой-нибудь «сувенир». Несколько раз напивалась допьяна. На групповых занятиях говорила без умолку — как сказал один из пациентов, «не давала никому рта

раскрыть» (опасаясь критических замечаний в ответ на свои признания). С течением времени росло уважение группы к ее открытости и доверию. По мере того, как пациентка осознавала связь своего поведения с особенностями своего детства, ее внимание переместилось с контроля за внешностью и поведением на хронические внутренние проблемы. Этого оказалось достаточно, чтобы переместить интересы пациентки на подготовку к отъезду, перестройку отношений с дочерью и бывшим мужем. Она разыскала своего отца и впервые за много лет встретила с ним. На своей последней групповой сессии пациентка пообещала писать

299

из Японии и через два месяца прислала письмо, где благодарила группу, которая «дала ей другой взгляд на жизнь».

© Фермера вызвала врача и попросила осмотреть ее поросенка:

— Не могу понять, он так плохо прибавляет в весе...

— Но почему вы обратились ко мне?! — возмутился врач. — Вы же прекрасно могли вызвать ветеринара.

— Ах, не сердитесь, доктор, я совершенно не доверяю нашему ветеринару: он такой тощенький...

## **ВЕЧНЫЙ НЕДОСЫП**

Каждый второй человек недоволен своим сном. К расстройствам сна неорганической природы (F51) относятся: бессонница, гипер-сомния, расстройство суточного ритма, парасомнии.

**Бессонница неорганической природы (F51 .Q)** заключается в нарушении засыпания и/или поддержания состояния сна. Первый вариант, как правило, встречается у молодых, второй — у пожилых. Чаще по этому поводу обращаются женщины, у которых наблюдается состояние напряжения в сочетании с соматизированной тревогой. Для них характерно отрицание тревоги и психологических проблем, раздражительность, хроническое чувство усталости, которое они связывают с дефицитом сна, усиливающаяся к ночи озабоченность по поводу предстоящей бессонницы и отсутствие ощущения отдыха после сна. Расстройство может серьезно ограничить работоспособность.

**Гиперсомния неорганической природы (F51.1)** наблюдается чаще у тучных пожилых мужчин с гипертензией, импотенцией и гипотимией. Характеризуется тетрадой: гипнагогические галлюцинации, утренний паралич, дневная сонливость, катаплексия.

**Утренний паралич:** при пробуждении в течение нескольких секунд частично или полностью невозможно совершать произвольные движения при бодрствующем сознании. Это расстройство часто появляется в подростковом возрасте, иногда сопровождается гипнагогическими галлюцинациями и может вызвать сильный испуг. Оно возникает в результате подавления тонической мышечной активности во время фазы быстрого сна.

300

**Дневная сонливость** включает удлинение обычной для индивида продолжительности ночного сна, трудность утреннего пробуждения, постоянную или приступообразную сонливость : в течение дня, отход ко сну ранее обычного.

**Катаплексия:** минутная частичная мышечная слабость или обездвиженность, обычно без потери сознания, при затягивании приступа может развиваться сон со сновидениями. Возникает при возбуждении, например, во время смеха, гнева, страха, полового акта; нередко связана с недостатком выразительности вследствие сдерживания аффектов. Приступ обычно провоцируется



однообразным, скучным и длительным пребыванием в неподвижном сидячем положении — например, на заседаниях, перед телевизором. Вызывает негативную реакцию окружающих, опасен тем, что возможно засыпание за рулем и бытовые травмы.

© — *Доктор, посоветуйте, что мне делать. Как только лягу спать, сразу мне снится сон, что я профессор. Просыпаюсь, а я обычный вахтер. Как быть, чтобы сон сбылся?*

- *Поменьше спать.*

**Расстройство режима сна-бодрствования (F51.2)** проявляется в трех формах.

1) В связи с искажением суточного режима из-за ночных смен или авиаперелетов (особенно с запада на восток, укорачивающих сутки) возникает бессонница, чередующаяся с дневной сонливостью, появляются пищеварительные и другие психосоматические расстройства. Эта форма особенно характерна для пожилых людей, поскольку у них снижены возможности адаптации, и чревата ошибками у людей, работающих в круглосуточном режиме.

2) Опережающий тип («жаворонки») или отставленный тип («совы»). «Жаворонки» чаще пожилые, «совы» — молодые. У «сов» возникают проблемы из-за частых опозданий на учебу и работу.

3) Дезорганизованный тип: ночной сон укорочен, зато часты эпизоды дневного сна и «залеживание» в постели; пациенты при этом жалуются на бессонницу.

**Снохождение (сомнамбулизм) (F51.3)** и ночные ужасы чаще наблюдаются у мальчиков в первой трети ночного сна, в глубокой его фазе. Эти расстройства провоцируются стрессами, высокой тем-

**301**

пературой, переутомлением, недосыпанием, нередко сочетаются с ночным энурезом. При сомнамбулизме пациент покидает постель, не переходя в бодрствующее состояние, и разбудить его трудно. Он может сесть в постели, пойти в ванную, одеться, выйти из дома, иногда произносит малопонятные слова и фразы. Для таких пациентов характерно пустое, застывшее (иногда тревожное) выражение лица. Через несколько минут человек возвращается к глубокому сну (иногда после кратковременного пробуждения с чувством растерянности). Эпизод амнезируется. Повторные эпизоды стереотипно повторяют друг друга, действия могут отражать содержание вытесненной психотравмы. В отличие от эпилептического сно-хождения за ночь бывает лишь один эпизод. От истерического сумеречного состояния сознания снохождение отличается тем, что с пациентом невозможно вступить в контакт.

**Ночные ужасы (F51.4)** Во время первой трети своего вечернего сна человек внезапно просыпается с паническим криком, в поту, с сильным сердцебиением, учащенным дыханием, мечется от страха, что-то бессвязно говорит, совершает стереотипные движения, при попытках успокоить его выявляется дезориентировка. Эпизод длится до 10 минут и может завершиться снохождением; он почти полностью амнезируется.

**Кошмары** (фр. *cauchemar*) (F51.5) более типичны для второй половины сна, они возникают во время фазы сновидений, образы которых четко запоминаются. Затем следует пробуждение без выраженной тревоги и дезориентировки. При ночных ужасах возможна длительная ремиссия, если незадолго перед временем обычного развития приступа ребенка будить несколько ночей подряд.

© — *Больной, скажите, вы мучаетесь кошмарами? — Нет, я ими наслаждаюсь!*

**ПОКОЙНОЙ НОЧИ!**

**Происхождение.** Нарушения сна часто бывают связаны с депрессией. Дело в том, что серотонин, нарушения медиации которого играют важнейшую роль в генезе депрессии, имеет не только

выдающееся значение в организации глубокого медленного сна, но и в инициации фазы быстрого сна. Это касается и других биогенных

302

аминов, в частности, норадреналина и дофамина, дефицит которых имеет значение как в развитии депрессии, так и в особенностях организации цикла сон — бодрствование.

3. Фрейд (2001) понимал фобию сна как страх перед бессознательными желаниями, которые могут возникнуть во сне. Таким соблазном может выступать оживление первичной сцены — полового акта между родителями, которые считали ребенка спящим. Поскольку во время сна утрачивается контроль двигательной сферы, сексуальные искушения становятся особенно опасными; сопротивление им может принять форму страха перед мастурбацией или поллюцией. Кроме того, возникает страх инцеста и кастрации, которой невозможно избежать вследствие обездвиженности. В случае неудачного вытеснения этих желаний и страхов с помощью сновидений последние становятся кошмарами и фобия сна приобретает форму фобии сновидений, также мешающей засыпанию.

О. Фенихель (2004) указывает, что невроз создает напряжение, мешающее расслабиться и заснуть, а отказ от сна может быть магическим способом получения помощи от окружающих. Во время засыпания происходит регресс к орально-рецептивной фазе, ассоциирующейся с мыслью о том, что кто-то придет и избавит от напряжения. При этом возникает страх наказания за свои домогательства помощи и опасение потерять контроль над ситуацией, приводящее к окончательному отказу от сна.

Ночные кошмары рассматриваются как искаженные, замаскированные и сконцентрированные выражения бессознательных желаний спящего, включая запретные сексуальные (по-французски *coucher* — спать, *mege* — мать, *maratre* — злая мачеха). Целью инфантильного снохождения может служить родительская кровать, где можно раскрыть сексуальные секреты или найти защиту от соблазнов и страхов. Кроме того, мотивом сомнамбулизма может быть скрытая склонность к побегам из дома. Внезапное наступление сноподобного состояния среди бодрствования, приступов усталости и резкого падения тонуса может символизировать оргазм, а также означать поворот агрессии на себя с целью ее блокировки.

**Терапия.** Больным с расстройством сна назначают снотворные, транквилизаторы и антидепрессанты седативного действия. Однако оглушающие снотворные у многих больных только облегчают мучительное времяпрепровождение без сна, а при их отмене надо быть готовым к кратковременному возврату симптомов. Поэтому вместо них лучше принимать растительные препараты: валериану, боярышник, персен, корвалол, новопассит.

303

Часто используются такие антидепрессанты, как амитриптилин, герфонал, синэксан, лудиомил, леривон. При этом учитывается, что антидепрессанты могут усилить появления миоклонуса. Если прием антидепрессантов оказывается недостаточным, назначают транквилизаторы диазепинового ряда: седуксен, элениум, бромазепам, лоразепам, феназепам и препараты той же группы с преимущественным снотворным действием: эуноктин, радедорм, реладорм, рогипнол, мидазолам, триаололам, флуразепам.

Снотворные и транквилизаторы назначаются на 1 — 2 недели из-за опасности развития лекарственной зависимости. Приходится также иметь в виду, что применение транквилизаторов

может привести к появлению побочных действий, усугубляющих вегетативные расстройства с ощущением телесного дискомфорта (вялость, сонливость по утрам, мышечная слабость, гипотензия, атаксия).

В случае плохой переносимости бензодиазепинов можно использовать некоторые антигистаминные средства (димедрол, пипольфен, супрастин), а также транквилизатор пиперазинового ряда атаракс, обладающий противотревожной и антигистаминной активностью. Эффективны также такие препараты, как имован и ивадал, которые сокращают ночные пробуждения и обеспечивают продолжительность ночного сна до 7 — 8 часов, не вызывая слабости, вялости и других астенических проявлений после пробуждения.

Чтобы ускорить засыпание, лучше применять седуксен, феназепам, эуноктин, для улучшения качества сна предпочтительнее назначать имован, на глубину сна большее влияние оказывают рогипнол и радедорм, а продолжительность сна в утреннее время нормализует реладорм. В некоторых случаях используют нейролептики с выраженным гипнотическим эффектом: пропазин, хлорпротиксен, сонапакс, терален. При агрипническом варианте соматизированной депрессии показано применение эглонила, бефолоа.

Лекарства следует принимать за 20 — 30 минут до сна, после чего прогуляться по воздуху, проветрив помещение. Таким образом, вместо рефлекса «таблетка — сон» формируется рефлекс «прогулка и свежий воздух — сон». Некоторым пациентам удастся спокойно спать до утра, приготовив «на всякий случай» таблетку на прикроватной тумбочке; затем они все чаще «забывают» ее положить. Период приема лекарств и облегчения состояния необходимо использовать для налаживания гигиены сна и начала курса психотерапии. Если бессонница связана с переутомлением, днем стоит принимать ноотропы: ноотропил, пирацетам, пикамилон.

*Гигиена сна* сводится к следующим несложным правилам (Кап-ланиСэдок, 1998).

304

- Каждый день просыпаться в одно и то же время.
- Использовать постепенно усложняемую программу физических упражнений по утрам для поддержания хорошего самочувствия.
- Ограничить продолжительность ежедневного пребывания в постели временем, привычным для пациента до возникновения расстройства сна.
- Пользоваться постелью можно только для сна, то есть не читать, не смотреть телевизор, не курить, не пить. Исключение делается только для секса.
- Не спать днем (за исключением случаев, когда после дневного сна улучшается сон ночью).
- Не употреблять психоактивные вещества (кофеин, никотин, алкоголь, стимуляторы).
- Регулярно принимать пищу в определенное время; не переедать перед сном.
- Умственный труд надо чередовать с физическими нагрузками.
- Нежелательно перегружаться, подолгу засиживаться за работой.
- Важно сохранять интерес к процессу, проявлять творчество и самостоятельность, обмениваться опытом, использовать взаимопомощь.
- Большое значение имеют хобби, регулярная половая жизнь, семейный комфорт, совместное с детьми проведение выходных, праздников и отпусков.
- Избегать возбуждения перед сном; заменить просмотр телепередач легким чтением или прослушиванием радиопрограмм.
- Выбирать комфортные условия для сна. Принимать в течение 20 минут перед сном горячую

ванну для поднятия температуры тела.

- Снять избыток напряжения помогают также стакан теплого молока, аутогенная тренировка и вызванные простые зрительные представления при закрытых глазах, которые незаметно переходят в образы сновидений.
- В постель лечь можно только в том случае, если чувствуется усталость. Если через 10 минут сон еще не наступил, следует встать и выйти в другую комнату.
- Стоит предусмотреть занятие ночью (например, Милтон Эриксон предписывал пациентам натирать паркетный пол). Виктор Франкл рекомендовал приемы парадоксальной ин-

**-5184**

305

тенции: стараться не заснуть, стать чемпионом обхождения без сна.

t.

В качестве *психотерапевтической регуляции сна* применяют:

- Релаксацию, уменьшающую стимуляцию центров бодрствования со стороны напряженных мышц.
- Биообратную связь, позволяющую пациенту использовать получаемую информацию о своих физиологических процессах для установления контроля над ними.
- Когнитивную терапию, изменяющую тревожные мысли по поводу сна на нейтральные.
- Выработку «ритуалов сна», гарантирующих быстрое засыпание.

Затрудненное засыпание довольно легко устраняется *внушением в гипнозе*. Рекомендую формулы внушения, которыми пациенты затем могут самостоятельно пользоваться при засыпании в качестве формул самовнушения. Это обеспечит им уверенность в своей способности контролировать засыпание и утратит тревожное ожидание бессонницы.

«Сейчас вы успокаиваетесь и расслабляетесь. Спокойно расслабляется все тело. Расслабляется лицо. Оно становится расслабленным, безмятежным. Полностью расслабляется шея. Дышится и глотается незаметно, спокойно. Голова лежит совершенно спокойно. Ей удобно, уютно. Голова освобождается от всего мешающего, от напряжения и забот, отдыхает, успокаивается.

Когда вы отдыхаете, расслабляетесь так, руки становятся ленивыми, усталыми. Они отдыхают, расслабляются полностью. Руки сейчас неподвижные, бессильные, как плети. Леню шевелить ими. Ноги сейчас такие же усталые, неподвижные, как и руки. Отдыхают, расслабляются полностью.

Лежать удобно, уютно. Тело расслабляется полностью, от головы до самых пят. Тело погружается в уютную безмятежную дремоту. Пропитывается густым, глубоким теплом. Тело освобождается от остатков напряжения, от всего мешающего. Приятная глубокая дремота разливается по всему телу. И эта дремота сама собой становится все приятнее и глубже.

Дыхание становится все спокойнее, незаметнее. Как дыхание человека, который все глубже погружается в состояние полного физического и душевного покоя. Сердце рабо-

306

тает незаметно, спокойно. На душе все спокойнее, все легче. Вы чувствуете себя в уютном, укромном месте. В полной безопасности. Вдали от всех волнений, забот. Мягкий, теплый туман укутывает все тело, как просторное покрывало. Лежать удобно, уютно. Отдыхайте...

Когда вы отдыхаете, расслабляетесь так, тело превращается в мягкий, теплый, зыбкий туман. Расплывается в тумане. Становится приятно бесчувственным, невесомым. Как ватное, как чужое. Вы перестаете чувствовать свое тело. Посторонние звуки безразличны. Они доходят как сквозь

вату. Посторонние звуки легко оставлять без внимания. Мой голос все больше успокаивает, убаюкивает. Каждое слово углубляет сон. Сон углубляется сам. Засыпайте...

Когда вы расслабляетесь, засыпаете так, вся усталость, незаметно скопившаяся до этого, огромной приятной тяжестью наваливается на вас, и вы незаметно, спокойно погружаетесь в уютную, безмятежную дремоту, которая все углубляется и углубляется. В это время легко оставлять без внимания любые звуки. Любые ощущения, любые мысли. Все минувшие впечатления становятся далекими, безразличными, чужими. Все предстоящие заботы откладываются на потом, на свежую голову. И когда вы так спокойно, беззаботно, безмятежно относитесь ко всему, в том числе и ко сну, сон приходит сам, как это дано вам природой, легко и незаметно. До самого пробуждения сон остается спокойным, глубоким. Любые случайные помехи для сна безразличны, их легко оставлять без внимания.

Когда вы засыпаете так, в голове приятный туман вытесняет мысли. Мысли путаются, расплываются в тумане. Вы перестаете вслушиваться и вдумываться в мои слова. Лень шевелиться, думать. Слова лечения сами собой, без всяких усилий проникают в память, улучшают настроение и самочувствие. Слова лечения улучшают работоспособность и ночной сон.

Сейчас вы легко можете почувствовать себя так, будто задремали, забылись на свежем воздухе, в уютном, укромном месте. Дышите чистым, свежим, приятно-прохладным воздухом. Вдох успокаивает, выдох спокойный. Такое сонное дыхание успокаивает, убаюкивает вас. С каждым выдохом дремота нарастает. Когда вы наслаждаетесь этой дремотой, на душе становится совсем тихо и легко. Отдыхайте. Каждая

307

минута этого состояния очень приятна и полезна для вас. Через несколько минут я снова заговорю с вами. К этому времени гипнотический сон станет еще глубже. Лечебные внушения будут восприниматься и действовать еще лучше. И тогда я дам вам следующее внушение, которое вам легко будет выполнить. Отдыхайте, наслаждайтесь этим приятным состоянием полного физического и душевного покоя. Засыпайте еще спокойнее и еще глубже.

Сейчас вы слышите мой голос и продолжаете засыпать все глубже и глубже. Вы чувствуете, как неодолимая сонливость охватила все тело. Лень сопротивляться сну, лень шевелиться, думать. Все больше хочется спать... спать... спать... Засыпайте, и пусть вам представится или приснится что-нибудь очень приятное, ободряющее, обнадеживающее. В этом сновидении или фантазии вы сможете почувствовать себя спокойным, уверенным, жизнерадостным человеком, довольным собой и своей жизнью. В это время ваш сон станет совсем глубоким. И как бы глубоко вы ни заснули, вам легко будет понимать и выполнять мои внушения. Через несколько минут я снова заговорю с вами, а сейчас сон углубляется сам. Спать... спать... спать...

Сейчас вы спите глубоким лечебным сном. Только мой голос звучит для вас, остальные звуки безразличны, незаметны. Вам легко выполнять мои внушения. Легко чувствовать все то, о чем я говорю. Сейчас вы легко сможете почувствовать себя очень легким, невесомым. Как птица, выпущенная из клетки, которая взмывает на своих сильных крыльях высоко в небо и наслаждается полной свободой, всей мерой счастья, отпущенного ей жизнью...

Сейчас вы находитесь в состоянии гипнотического сна, когда мои лечебные внушения действуют особенно сильно. Они прочно закрепляются в самой глубине вашей памяти и в нужный момент срабатывают автоматически. Дома, когда вы ложитесь в постель для сна, как только голова касается подушки, на вас наваливается огромная усталость, в голове появляется туман, вытесняет

все мысли и вы погружаетесь в такой же приятный глубокий сон, как сейчас. Сон до самого утра остается спокойным, безмятежным, с приятными сновидениями, которые успокаивают, углубляют сон. Утром просыпаетесь свежим, бодрым, хорошо отдохнувшим, жизнерадостным и уверенным, как проснетесь сейчас».

308

Больным катаплексией необходимо соблюдать меры предосторожности при управлении машиной, исключить из обстановки мебель с острыми углами, ввести в режим послеобеденный сон. Им назначают стимуляторы и антидепрессанты. При сомнамбулизме во избежание травм следует установить решетки на окна. Для лечения ночных кошмаров может потребоваться изучение семейной ситуации и при необходимости — семейная терапия.

© — *Доктор, я совершенно не могу спать. Я постоянно просыпаюсь от собственного храпа. Что же мне делать?* — *Советую вам спать в соседней комнате.*

#### *Литература*

*Александр Ф.* Психосоматическая медицина: Принципы и практическое применение. — М., 2002.

*Беюл Е. А. и др.* Ожирение. — М., 1986.

*БибиДж. и др.* Случай Джоан: Подходы школ развития, классический и архетипический // Кембриджское руководство по аналитической психологии. — М., 2000. — С. 278 — 325.

*Бинсвангер Л.* Случай Эллен Вест. Антропологически-клиническое исследование // Экзистенциальная психология: Экзистенция. — М., 2001. - С. 361-511.

*Бройтигам В. и др.* Психосоматическая медицина: Краткий учебник. - М., 1999.

*Гинзбург М. М. и др.* Ожирение как болезнь образа жизни: Современные аспекты профилактики и лечения. — Самара, 1997.

*Даулинг С. (ред.)* Психология и лечение зависимого поведения. — М., 2000.

*Доктер Д.* Драматерапия с клиентами, страдающими нарушениями аппетита: Хрупкая граница// Драматерапия. — М., 2002. — С. 222-240.

*Исаев Д. Н.* Психосоматические расстройства у детей: Руководство для врачей. - СПб., 2000.

*Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж.* Клиническая психиатрия. Т. 2. — М., 1994.

*Калишед Д.* Внутренний мир травмы // Моск. психотер. журнал. — 2001. - №2.

*Кейсмент П.* Обучаясь у пациента. — Воронеж, 1995.

*Комер Р.* Патопсихология поведения: Нарушения и патологии психики. - СПб, 2002.

309

*Коркина М. В. и др.* Нервная анорексия. — М., 1986.

*Крылов В. И.* Пограничные психические расстройства с нарушениями пищевого поведения. — СПб., 1995.

*Кулаков С. А.* Основы психосоматики. — СПб., 2003.

*Линднер Р.* Девушка, которая не могла прекратить есть // Знаменитые случаи из практики психоанализа. — М., 1995. — С. 112—170.

*Меннингер К.* Война с самим собой. — М., 2000.

*Марилов В. В.* Частная психопатология: Учеб. пособие для студ. высших учеб. заведений. — М., 2004.

*Минухин С, Фишман Ч.* Техники семейной терапии. — М., 1998.

*Ремшмидт Х. (ред.)* Психотерапия детей и подростков. — М., 2000.

- Оудсхоорн Д. Н. Детская и подростковая психиатрия. — М., 1993.
- Сельвини Палаццоли М. и др. Парадокс и контрпарадокс: Новая модель семьи, вовлеченной в шизофреническое взаимодействие. - М., 2002.
- Старшенбаум Г. В. Аддиктология и психотерапия зависимостей. — М., 2004.
- Теппервайн К. От тебя заболеешь!: Как научиться понимать язык симптомов: Почему многие отношения так вредны для здоровья. - М., 1999.
- Томэ Х. О психотерапии пациентов, страдающих нервной анорексией//Моск. психотер. журнал. — 1998. — №2.
- Томэ Х., Кэхеле Х. Современный психоанализ. Т. 2. — М., 1996.
- Тополянский В. Д., Струковская М. В. Психосоматические расстройства. - М., 1986.
- Фенихель О. Психоаналитическая теория неврозов. — М., 2004.
- Фрейд З. Введение в психоанализ: Лекции. — СПб., 2001.
- Фрейд З. Толкование сновидений. — М., 2002.
- Цитренбаум Ч. и др. Гипнотерапия вредных привычек. — М., 1998.
- Ялом И. Д. Лечение от любви и другие психотерапевтические новеллы. - М., 1997.
- Gamer D. M., Garfinkel P. E. Handbook of treatment for eating disorders. - N.Y., 1997.
- Wandereycken W., Meerman R. Anorexia nervosa. — Berlin, 1984.

## НЕ СЕКС А СПЛОШНАЯ НЕРВОТРЕПКА

Половая функция является единственной парной функцией человека. Ее важной составляющей является сексуальный аспект, характеризующийся способностью к осуществлению полноценного полового акта, включающего ряд реакций систем организма в ответ на половое стимулирование. Сексуальные дисфункции (F52) могут быть врожденными или приобретенными, генерализованными или ситуационными, психогенными или обусловленными соматическими болезнями, лекарствами и психоактивными веществами. В половом акте различают две фазы. В парасимпатической резко усиливается кровообращение половых органов (у мужчин это проявляется в виде эрекции, у женщин — в виде выделения стенками влагалища слизистой смазки). Симпатическая фаза приводит к сексуальной разрядке (оргазм с эякуляцией у мужчин). У мужчин чаще нарушена первая фаза, у женщин — вторая.

## РААОПИТЬЛЕД

**Сексуальная ареактивность (F.52.0).** Каждая третья женщина заявляет об отсутствии сексуальных желаний, в большинстве случаев эти женщины состоят в браке. У 2/3 пациентов с сексуальным избеганием наблюдаются неврозы с сексофобией, интимифобией, синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи. К непосредственным проявлениям снижения полового влечения относят скрытые формы сексуального избегания:

- 1) подавление вспомогательных эротических фантазий и появление «антифантазий», блокирующих сексуальные переживания (активизация неприятных качеств партнера, тревожные воспоминания и заботы);
- 2) тревога, связанная с ощущением своей сексуальной неполноценности;
- 3) отказ от адекватной психологической и физической стимуляции во время сексуальных действий.

Снижение сексуального влечения может быть частичным и полным (сексуальная анорексия). У 10% женщин встречается конституциональная, первичная фригидность (сочетание ареактивности с аноргазмией). Еще более распространена ретардационная фри-

гидность (лат. retardatio — задержка) как результат психосексуальной незрелости, антисексуального воспитания, сексуальных травм в детстве, а также из-за того, что не используется эффективная сексуальная стимуляция. Вторичная, в том числе психогенная фригидность иногда возникает при аноргазмии как защита от тягостных ощущений, связанных с неразрешившейся гиперемией органов малого таза и эмоциональной фрустрацией. Снижение полового влечения может быть абсолютным и избирательным — то есть проявляться с некоторыми партнерами в определенных ситуациях. Некоторым женщинам необходим определенный период регулярной половой жизни, рождение и вскармливание ребенка, чтобы у них наконец возникла способность к переживанию оргазма.

Боязнь зачатия часто тормозит сексуальное влечение и приводит к супружеским конфликтам. Она может проявляться в плохом настроении по вечерам, сердечных приступах, тахикардии, крапивнице, поносах и т. д. Обычно женщины с этим расстройством опасаются принимать пероральные противозачаточные таблетки, которые они воспринимают как вмешательство в работу организма, что вызывает у них страх потери идентичности. Прием пероральных контрацептивов часто сопровождается у этих женщин внеочередными менструациями, желудочно-кишечными расстройствами, головокружением, головными болями, ипохондрическими жалобами. Сексуальное влечение у них связано с чувством страха, вины и необходимости искупающей жертвы. Их отличает также пассивность и зависимость из-за опасения брать на себя ответственность, поэтому они предпочитают, чтобы мужчина использовал презерватив, который хотя и не так надежен, но создает ощутимую преграду для мужского семени.

© Муж пришел к врачу с жалобой на сексуальное расстройство.

— Что вы в этот момент чувствуете? — спросил врач.

— В первый раз мне холодно, а во второй раз жарко, — ответил мужчина.

Врач удивился и решил поговорить с женой.

— Ничего удивительного, — ответила жена. — В первый раз — в январе, во второй — в июле.

## УЙДИ, ПРОТИВНЫЙ!

**Отвращение к сексу (F52.1)** чаще наблюдается у женщин. Причем самое трудное для пациентов не участие в половом акте, а процедура обнажения и прикосновения к телу партнера. Страх и отвращение могут вызывать поцелуи, объятия, момент введения пениса во влагалище и т. д. Когда пациентам удастся преодолеть этот барьер, их дальнейшее сексуальное поведение оказывается вполне адекватным. Однако в некоторых случаях страх перед половой близостью может быть настолько сильным, что появляется обильное потоотделение, пароксизмальная тахикардия, тошнота и понос. Пусковым механизмом для негативной сексуальной реакции могут служить определенные моменты, ассоциирующиеся с первичным конфликтом: физическая близость, инициатива и агрессия, генитальное стимулирование, эякуляция и оргазм, сексуальные требования, супружеский долг и др.

Диагноз ставится при наличии следующих признаков.

1. Возможность сексуальных взаимодействий с партнерами вызывает отчетливое отвращение, страх и тревогу, вынуждающую избегать половой активности. Если половой акт все же совершается, он сопровождается сильными отрицательными эмоциями и неспособностью ощутить



удовлетворение.

2. Отвращение связано со страхом ожидания неудачи (как реакция на прошлый негативный опыт сексуального поведения).

**Отсутствие сексуального удовлетворения** диагностируется, когда все генитальные реакции (оргазм и/или эякуляция) возникают при сексуальной стимуляции, но не вызывают приятных ощущений или чувства приятного возбуждения. При этом отсутствуют страх и тревога, как при сексуальном отвращении.

© Известная француженская актриса переспала с поклонником и спрашивает у него утром: — Мсье, вы случайно не врач? — Да, мадам, врач. — А случайно не анестезиолог? — Да. А как вы догадались? — Да вот, ничего не почувствовала.

313

## ВОЗРАСТ, СУД ИДЕТ!

**Отсутствие генитальной реакции (F52.2).** Больше половины мужчин, лечившихся по поводу сексуальных расстройств, в качестве основной жалобы называют слабость эрекции. Как правило, это вторичное, психогенное расстройство, оно наблюдается у 10% мужчин. Такой же процент женщин с расстройством полового возбуждения жалуются, что во время занятий сексом у них постоянно перестает выделяться смазка или не набухают гениталии. Поскольку из-за этого обычно нарушается оргазм, оба расстройства у женщин обычно рассматриваются вместе.

Недостаточная эрекция глубоко нарушает чувство уверенности у мужчин и нередко приводит к невротизации, алкоголизму, супружеским конфликтам, разводам, реактивной депрессии и самоубийству. Ослабление эрекции так сильно удручает мужчин в связи с тем, что мужественность и потенция в половой сфере оцениваются прежде всего с точки зрения того, насколько выражена и продолжительна эрекция, легко ли она возникает и насколько «помехоустойчива». Многие пациенты, для того чтобы снять с себя подобные обвинения, а также в силу низкого уровня рефлексии ищут органические основы этого расстройства. Нарушения потенции чаще возникают у акцентуированных или психопатических личностей, имеющих затруднения в социальных и эмоциональных контактах. О преимущественно функциональном характере нарушения свидетельствует возникновение эрекции во сне и при утреннем пробуждении, при мастурбации и перед половым актом, а также связь нарушения эрекции только с определенной женщиной или определенными ситуациями.

Отмечаются два возрастных пика обращаемости по поводу расстройств эрекции: 21—30 и 41—50 лет. У молодых, особенно неженатых мужчин эрекция может быть угнетена неуверенностью и другими эмоциями, сопровождающими сексуальную ситуацию. С возрастом эрекция слабеет, что может вызвать беспокойство у мужчины, а у жены — недовольство и подозрение в супружеской измене. Угнетение эрекции может быть связано также с утомлением, алкоголизацией, неврозом и депрессией, а также некоторыми лекарствами.

Приведем пример (по Кратохвилу, 1991).

У мужчины 25 лет на протяжении года возникло вторичное нарушение потенции, которое впервые появилось в начале супружеской жизни. Первую половую связь он имел в

314

17 лет, и проблем не возникало. Жена была его второй сексуальной партнершей, они начали половую жизнь за два месяца до свадьбы. После дефлорации он совершил с ней еще 10

нормальных половых актов. Однако после свадьбы эрекция стала недостаточной или снижалась перед введением члена. Последние полгода муж уже и не пытался совершить половой акт. Больной отличался нерешительностью, тревожностью и замкнутостью, боялся неудачи в интимных отношениях с супругой.

Жене 23 года, она энергична, весела, общительна и напориста. До свадьбы она была более послушной, а в отношении секса сдержанной и неуверенной. После свадьбы она стала раздражительной, требовательной и злой, особенно когда половой акт был неуспешным. Женщина стала меньше заботиться о своей внешней привлекательности для мужа. Выяснилось, что супруги не согласовывали своих сексуальных запросов и не использовали сексуальную стимуляцию.

Например, муж из-за стыдливости не допускал, чтобы жена прикасалась к его половому члену, а сам не использовал возможность мануальной стимуляции клитора. Он заявил, что жена этого не принимает и желает лишь «обычного полового акта». Супруга, наоборот, сказала, что она может легко достичь оргазма при стимуляции клитора. Однако считала, что супруг либо не догадывается об этом, либо игнорирует это «из эгоизма»; а сама она не сообщала ему об этом.

© На соревнованиях по плаванию кумир всех женщин пришел последним, хотя большую часть дистанции лидировал. Когда его спросили о причинах неудачи, он сказал:

— Плыву я и вижу — на берегу загорает обнаженная женщина. Как вы понимаете, у меня сразу увеличилось сопротивление воды.

— Но вы же могли плыть на спине. — А мосты, мадам?

## ДО ОРГАЗМА ДОЙТИ НЕЛЕГКО

Оргазмическая дисфункция (F52.3). 10— 15% женщин никогда не испытывали коитального оргазма. Аноргазмию в начале половой жизни называют «физиологическим дефицитом оргазма» и 315

считают проявлением психосексуальной незрелости. С возрастом аноргазмия может смениться олигооргазмией (греч. oligos — малый), на которую жалуются до половины женщин. Вообще женщины с жалобами на отсутствие оргазма встречаются в четыре раза чаще, чем больные со всеми другими сексуальными расстройствами. В то же время распространенность и важность этого расстройства часто недооценивается.

Страх беременности при пренебрежении контрацептивами нередко приводит к экстравагинальной эякуляции (прерванному половому сношению). При этом женщина остается неудовлетворенной и начинает избегать половой активности, а при вынужденном исполнении «супружеских обязанностей» испытывает тягостное чувство, что ее «использовали». В результате снижается половая возбудимость («Скорее бы это закончилось!»), уменьшается половое желание («Зачем мне это нужно? »), возникает сексуальная антипатия («Не трогай меня!»). Женский оргазм подавляется также тяжелой депрессией и некоторыми препаратами (антидепрессанты, прозерин, оксазил, фосфакол).

К вагинальному оргазму склонны женщины депрессивного склада, которые стремятся сильно привязаться к своему партнеру. Причем переживать оргазм они могут лишь в том случае, если уверены в надежности и прочности отношений с ним. Они пассивны и настроены на получение чего-то от мужчины. К клиторальному оргазму склонны очень активные женщины, они требуют от мужчины стимуляции клитора как подтверждения своей женской природы и предъявляют высокие требования к тому, как он это должен делать.

*Мужское оргазмическое расстройство* (задержка мужского оргазма, замедленная эякуляция)

представляет собой неспособность к эякуляции во время полового акта. В большинстве случаев мужчина может добиться эякуляции с помощью мануальной или оральной стимуляции партнершей, а также используя мастурбацию в ее присутствии или в уединении. Иногда расстройство возникает лишь при сексуальном контакте с одной определенной партнершей. С возрастом мужчине для наступления эякуляции необходимо все больше увеличивать число фрикций, а при некоторых половых актах, особенно частых, эякуляция не наступает вовсе. При астенической эякуляции семенная жидкость не извергается, а свободно вытекает, принося лишь ощущение облегчения, но не удовольствия. Алкоголизм притупляет чувствительность, что приводит к чрезмерной задержке эякуляции, таким же эффектом обладает сонапакс и антидепрессанты, блокирующие обратный захват серотонина.

316

Приведу пример из собственной практики.

Света выглядела очень подавленной и растерянной, когда обратилась ко мне за помощью. Она собиралась разводиться с мужем, так как испытывала к нему сексуальное отвращение. В то же время у нее сохранялась эмоциональная привязанность к мужу, которая удерживала ее от подачи заявления о разводе. Последней надеждой для Светы был гипноз. Она просила меня внушить ей влечение к мужу или хотя бы терпимое отношение к близости с ним.

Из беседы со Светой выяснилось, что она страдает анор-газмией, поэтому физическая близость лишь «раздраживает» ее, оставляя неудовлетворенной и раздраженной. Это раздражение и направляется потом против мужа. В последнее время оно стало «включаться» заранее, как только наступает время лечь в постель, предвосхищая события и как бы охраняя ее от неприятных ощущений, но в то же время обостряя супружеский конфликт. Света вначале отрицала, что испытывала когда-либо оргазм, даже во время мастурбации, отрицала и само занятие мастурбацией. Однако, как выяснилось, Света после прочтения «Мастера и Маргариты» М. Булгакова в 13 — 14 лет часто видела одно и то же сновидение. Оно было как бы ожившим эпизодом из романа.

*«Маргарита наклонила щетку щетиной вперед, так что хвост ее поднялся кверху, и, очень замедляя ход, пошла к самой земле. И это скольжение, как на воздушных салазках, вниз принесло ей наибольшее наслаждение. Земля поднялась к ней, и в бесформенной до этого черной гуще ее обозначились ее тайны и прелести во время лунной ночи. Земля шла к ней, и Маргариту уже обдавало запахом зеленеющих лесов. Маргарита летела над самыми туманами росистого луга, потом над прудом. Под Маргаритой хором пели лягушки, и где-то вдали, почему-то очень волнуя сердце, шумел поезд. Маргарита вскоре увидела его. Он полз медленно, как гусеница, сыпя в воздух искры. Обогнав его, Маргарита пошла еще над одним водным зеркалом, в котором проплыла под ногами вто-раялуна, еще более снизилась и пошла, чуть-чуть не задевая ногами верхушки громадных сосен. Тяжкий шум вспарываемого воздуха слышался сзади и стал достигать Маргариту. Постепенно к этому шуму чего-то летящего, как снаряд, присоединился слышимый на много верст женский хохот. Маргарита обернулась...»*

317

Во время сеанса гипноза с внушенным сноговорением я «перенес» ее в возраст 12 лет. Света чувствовала себя лежащей в своей постели перед сном и испытывающей половое желание. Прошло несколько минут, как вдруг она свела ноги, зашевелилась, покраснела, тяжело задышала, стала

постановлять. На мой вопрос, что происходит, Света затаила дыхание, потом стала посапывать, как ребенок, притворяющийся спящим. Дальше последовал следующий диалог.

— Кто я?

— Папа.

— Я Геннадий Владимирович, твой врач. Ты доверяешь мне и можешь рассказать все. Тебе сейчас 12 лет, ты лежишь в своей постели и испытываешь какие-то сильные чувства. Какие?

— Я испугалась папу.

— А перед этим?

— Было очень приятно и стыдно.

— Ты можешь рассказать мне все, это поможет тебе.

И спящая Света начала рассказывать. Оказалось, что она в этом возрасте мастурбировала, зажав между ног скрученное в трубку одеяло, и очень испугалась, когда в момент оргазма ее застал «на месте преступления» отец. Сильные чувства страха и стыда не только «сломали ей кайф», но и надолго затормозили половое возбуждение. И теперь, во время предварительных ласк Света отводила руку мужа, когда он «заходил слишком далеко», не участвовала активно в самом сношении — откуда же было возникнуть оргазму? Но имевшийся детский опыт давал надежду. Надо было только отделить пережитый тогда оргазм от тормозящих чувств страха и стыда. Видимо, в повторяющемся сновидении пациентки половая (сексуальная!) щетка Маргариты заменяла спящей Свете свернутое одеяло, точнее, фаллос, а окончание эпизода ассоциировалось со смесью пережитого оргазма («улета») и испуга. Когда это ее сновидение было воспроизведено в гипнозе, Света вновь пережила пьянящее ощущение полета, напряжение, сладкое предчувствие внизу живота, горячую наполненность между ног и вдруг — пустоту, холод, страх...

На этом диагностическую стадию лечения — гипноана-лиз можно было считать завершенной. Началось собственно лечение. Оно состояло из трех этапов. Вначале я во время сеанса оставил Свету наедине со свернутым одеялом, вну-

318

шив ей, что ей снова 12 лет и никто не помешает ей полностью насладиться оргазмом. Так в гипнозе Света вновь испытала чувство, которого, как ей казалось наяву, она была лишена. Затем Света испытала оргазм во время ночного сна, предварительно положив между ногами свернутое одеяло. Снилось ей на этот раз не Маргарита, а ее детская «любовь с одеялом», оживленная в гипнозе. В соответствии с внушением на этот раз утром Света вспомнила свой сон. На сеанс она пришла радостно возбужденная, шутила, в глазах ее светилась надежда, голос стал более грудным, уверенным. С этого сеанса Света ушла с внушением, что испытает влечение к мужу: «Близость обнаженного мужского тела тебе приятна... Ты ложишься на его ногу, зажимаешь ее своими бедрами, как в детстве одеяло... Мужская нога волнует тебя еще больше, чем свернутое одеяло...» — и т. д.

Существует техника секса на боку, когда мужчина, введя член во влагалище, к тому же просовывает свою ногу между ног партнерши. Это и было то положение, в котором Света впервые испытала полноту счастья с мужем.

© Больной приходит к сексопатологу и просит дать ему лекарство, так как предстоит очень ответственная ночь с дамой. Доктор дает пузырек с лекарством и объясняет, что одна капля позволяет совершить один акт. Утром врач спрашивает пациента:

— Ну как?

— Превосходно, доктор, я принял столовую ложку и за ночь 100 раз получил оргазм.

— А ваша партнерша?

— К сожалению, не пришла.

**УМЕЮЧИ-ДОЛГО...**

**Преждевременная эякуляция (F52.4).** У 40% мужчин, обращающихся по поводу сексуальных дисфункций, основным проявлением бывает преждевременная эякуляция, когда мужчина не может продлить половой акт больше минуты. При этом эякуляция наступает в преддверии влагалища или во время введения полового члена. Когда продолжительность полового акта в большинстве случаев недостаточна для сексуального удовлетворения женщины, говорят об относительно преждевременной эякуляции.

**319**

Преждевременная эякуляция наблюдается чаще у мужчин с высшим образованием и обычно связана с озабоченностью тем, чтобы удовлетворить партнершу. К причинам преждевременной эякуляции относятся также низкая частота половых актов, что приводит к повышению сексуальной возбудимости. Необходимо учитывать, что алкогольное опьянение повышает сексуальную возбудимость, снижает возможность волевого торможения и ускоряет наступление эякуляции. Имеют значение и органические факторы: повышенная местная раздражительность при короткой уздечке полового члена, повышенная сексуальная раздражительность при хроническом простатите и раздражительная слабость как вегетативное расстройство в рамках соматогенного или психогенного астенического синдрома. Хелен Сингер Каплан (1994) объясняет преждевременную эякуляцию ослаблением произвольного контроля над первой стадией эякуляторного рефлекса (до наступления «эякуляторной неизбежности»).

Приведем пример (по Кратохвилу, 1991).

Мужчина 35 лет женился в 24 года по любви на женщине 22 лет. Он очень хотел, чтобы жена была девственницей, и с начала половой жизни с ней не распознал, что это не так. Через полгода после свадьбы он узнал, что жена ранее имела половую связь с другим мужчиной. Муж чувствовал себя обманутым, устраивал сцены ревности, стал раздражительным. Четыре года назад он случайно узнал, что супруга изменяет ему со своим сотрудником. Он реагировал агрессивно и впоследствии постоянно упрекал ее в неверности. В последнее время у супруги возникла серьезная связь с другим мужчиной. Муж отреагировал бурно и потребовал развода. Когда супруга согласилась на развод, он отказался разводиться и совершил суицидальную попытку. Супруга решила прервать внебрачную связь, что привело к улучшению семейных отношений.

В сексуальном плане муж был более возбудимым и хотел иметь половой акт несколько раз в день. Эякуляция у него наступала через две минуты после начала полового акта, в том числе при повторных актах. Супруга также была легко возбудима, однако при непродолжительном половом акте с мужем она никогда не достигала полового удовлетворения. Муж доводил ее до оргазма мануальной или оральной стимуляцией, но полного удовлетворения она достигала лишь при коитальном оргазме. То, чего она не могла получить при половом акте с мужем, она искала во внебрачных связях, что

**320**

,

при ревности мужа вызвало конфликт и ухудшение сексуальных отношений.

© *Приходит мужч инак сексопатологу.*

— *Скажите, а вот если эрекция, но без эякуляции?*

— *Ну, это в принципе нормально...*

— *А если вот эякуляция, но без эрекции? — А вот это странно как-то.*

— *А, кпримеру, и эрекция, и эякуляция?*

— *Это хорошо.*

— *А вот когда ни эрекции, ни эякуляции...*

— *Молодой человек, вы, собственно, зачем сюда пришли? — Да я так, слова просто красивые — эрекция... эякуляция...*

## **СИМ-СИМ, ОТКРОЙСЯ!**

**Вагинизм** (F52.5). Интенсивная сексофобия (например, после изнасилования) может привести к вагинизму — непроизвольному судорожному сжатию наружной трети вагины при попытке введения полового члена. Обычно спазм возникает в ответ на любую попытку проникновения, включая влагалищное исследование. Спазм влагалищных мышц не поддается произвольному контролю. Некоторые женщины с этим расстройством способны к возбуждению и достижению оргазма при стимуляции клитора. Вагинизмом обычно страдают интеллигентные женщины, получившие пуританское воспитание и находящиеся в браке с эмоционально неприятным мужчиной — обычно это пассивные и зависимые личности со слабой эрекцией и преждевременным семяизвержением в преддверии влагалища. Среди пациенток, страдающих вагинизмом, часто встречаются истероидные личности с конверсионными расстройствами.

Выделяют *виргогамию* (брак без секса), который наблюдается у женщин трех типов: тип «спящей красавицы» (с представлением о малом влагалище); тип кастрирующей или фаллической женщины (агрессивной или доминирующей) и тип «суперматери», мечтающей о детях, но без секса.

## **И ХОЧЕТСЯ, И КОЛЕТСЯ...**

**Диспарейния** (греч. *parenous* — сожитель) (F52.6), или генитал-Гия заключается в появлении болей при введении полового члена в течение всего полового акта или только при глубоком его введении и неспособности пациентки участвовать в половой жизни в соот-

**21-5,84**

**321**

**Б.**

ветствии со своим желанием. Подобные жалобы отмечаются у каждой второй пациентки гинеколога, по данным опросов, их имеет каждая третья женщина. Одной из причин болевых ощущений в начале половой жизни является неполная дефлорация, а также случаи, когда девственная плева подверглась лишь растяжению без разрыва. Временная гениталгия может наступить после гинекологической операции. Во многих случаях одновременно наблюдаются нарушенные взаимоотношения в семье.

В зависимости от связи диспарейнии с половым актом различают диспарейнию ожидания, диспарейнию фрикционного периода, фрустрационную диспарейнию и диспарейнию вне полового акта. Болевые ощущения чаще возникают после полового акта, если он не завершился оргазмом, реже в момент введения полового члена или во время фрикций. Болезненность в начале полового акта нередко связана с недостаточной психоэротической подготовленностью женщины к введению полового члена, а также с легкими явлениями вагинизма, вызывающими сужение входа во влагалище.

Психогенные диспарейнии часто встречаются при вагинизме и коитофобии. При осмотре больные в этих случаях жалуются на резкие боли даже при легком прикосновении к наружным половым органам и тем более при попытке введения пальца во влагалище. Но если, не обращая внимания на их жалобы, все же неожиданно прикоснуться к их гениталиям, больные соглашаются, что им не больно, а страшно. Моносимптомная гениталгия возникает обычно в результате образования патологического условного рефлекса, обусловленного травмирующей ситуацией: насилие, болезненная дефлорация, половой акт при наличии гинекологической патологии и т. п. Возбудимые женщины, у которых сексуальная реакция останавливается на фазе плато, остаются напряженными после окончания полового акта, у них долго сохраняется гиперемия (переполнение кровью) половых органов и малого таза, что приводит к болям внизу живота, головной боли, бессоннице, раздражительности. Повторение половых актов, не завершающихся оргазмом, приводит у них к развитию невротических расстройств, конфликту с партнером. В некоторых случаях указанная реакция соматизируется, в результате тормозится выделение смазки, возникают неприятные ощущения и боли при коитусе из-за сухости половых органов. Болевые ощущения фиксируются фобическими ожиданиями и используются для перенесения своих негативных чувств на партнера.

322

Для истерических диспарейний характерны различные боли — ноющие, режущие, стреляющие, колющие, «как мечом пронизывающие тело», а также ощущения ползания мурашек, зуда. Локализуется боль чаще всего в области влагалища и нижней части живота, реже в области наружных половых органов. Она появляется обычно в связи с половым актом и может сочетаться с чувством тошноты, «замиранием всего тела», стонами и экспрессивными движениями. Подобные состояния чаще наблюдаются у молодых демонстративных внушаемых женщин, которые вышли замуж по расчету, не испытывают потребности в сексуальных контактах и манипулируют мужем. Они преувеличивают свои болевые ощущения, излагают жалобы чрезмерно эмоционально, с многочисленными деталями. Избегая вагинального секса, пациентки увеличивают период предварительных ласк, стремясь получить оргазм внекоитальным путем в рамках платонического и эротического сценария, соответствующего их незрелой психосексуальной сфере. Психогенные диспарейнии следует дифференцировать от се-нестопатически-ипохондрического синдрома у больных невротической формой шизофрении. Для нее характерно появление, кроме болей, необычных ощущений в области половых органов (се-нестопатий): чувства «лопающихся пузырьков во влагалище», «слипания и разлипания стенок влагалища», «раздувания матки», ощущения особого запаха, который другие не замечают.

**Психосексуальный криз молодых женщин** характеризуется болями внизу живота, которые довольно часто ошибочно диагностируются как приступ аппендицита с последующим удалением отростка. Пик расстройства приходится на летние месяцы, праздничные и выходные дни. Как правило, имеется конфликт между сексуальным желанием и опасениями беременности, а также конфликт с семьей, препятствующий свиданиям и настаивающей на операции — символической ампутации «взбесившейся матки».

Приведем пример (собственное наблюдение).

Женщина 25 лет обратилась с жалобами на боли внизу живота, возникающие при ожиданиях близости. Боли появились в 14 лет, когда она начала половую жизнь, «чтобы не отставать от

сверстниц и не потерять парня». Она неоднократно обследовалась с подозрением на воспаление придатков, принимала антибиотики без эффекта. Последние два года

2|\* 323

I

стали появляться кистозные образования на половых органах, во время их оперативного удаления женщина испытывала мазохистское удовлетворение. В момент обращения она готовилась к операции по удалению кисты матки, хотела бы «вообще удалить матку». Во время очередного болевого приступа настояла на диагностической операции, на которой подозрение на аднексит было отвергнуто и больной предложили обратиться к психиатру.

Пациентка рассказала, что всегда испытывала отвращение к сексу и к мужчинам, друзей воспринимала как бесполок. Недавно она укрепилась в мысли, что мать зачала ее с чувством отвращения, мать не отрицала это и призналась, что впервые испытала это чувство в 4 года, когда дядя переносил ее через лужу и она ощутила его руку между ног. Отец больной был старше матери на 20 лет, она развелась с ним, когда дочери было 4 года. Отец живет в соседнем доме, в настоящее время ему 68 лет, а его жене 24 года. Когда девочка в 12 лет пошла к нему с ночевкой, мать предупредила, чтобы она не ложилась с ним в постель, «а то эти мужики и на свою мать залезут». Мать всю жизнь страдала болями внизу живота, у нее удалена матка с придатками по поводу фибромиомы. Она всегда находила какой-то недостаток в потенциальных женихах дочери, убеждала ее, что никто не сможет заменить ей родную мать и дочь без нее пропадет. Последние годы больная живет отдельно, мать смирилась с этим и рассчитывает, что дочь родит ребенка без мужа и отдаст ей на воспитание. Больная считает свою мать красавицей, так же, как та — свою мать. Себе больная не нравится, она не верила матери, что дочь для нее «самая красивая», тем более, что после развода с мужем мать часто сокрушалась, что она «не в маму, а в папу». Пациентка имеет многочисленных сексуальных партнеров, для того чтобы повысить самооценку. В процессе краткосрочной психодинамической терапии, фокусированной на интимных межличностных отношениях, она упорядочила свою половую жизнь. Впервые испытала сильную нежность к одному из прежних друзей, интимные отношения с ним проходят без боли и сопровождаются чувством небывалого счастья; молодые люди планируют брак. Улучшились ее отношения с матерью. Киста за время лечения исчезла.

324

© *Женщина приходит с жалобами к гинекологу.*

— *Здесь болит?*

— *Нет, выше.*

— *Здесь?*

— *Нет, выше.*

— *Так, а здесь, милочка, уже железы.*

## **ДОНЖУАНЫ И НИМФОМАНКИ**

**Повышенное половое влечение** (F52.7) включает навязчивую мастурбацию, сатириазис, донжуанизм и нимфоманию.

**Мастурбация** является широко распространенной формой сексуальной активности. В раннем возрасте она необходима для безопасной разрядки сексуального напряжения и полового развития. Навязчивая мастурбация проявляется в виде эксцессов, у детей — нередко импульсивно, без учета



ситуации и окружения. Навязчивая мастурбация обычно сочетается с нарциссизмом (аутофилией, аутоэротизмом) — половым влечением к собственному обнаженному телу, возникающим при разглядывании его в зеркале или на фотографии.

**Сатириазис и донжуанизм.** У больных *сатириазисом* при обычных половых контактах резко увеличивается их частота. Известно, что Берия использовал в качестве наложниц более 200 женщин. Другим вариантом гиперсексуальности у мужчин является *донжуанизм*, названный так по имени дона Хуана Тенерио из Севильи, легендарного покорителя женских сердец, послужившего прообразом всемирно известного литературного героя. Для «донжуана» характерна частая смена сексуальных партнеров из-за того, что первый же половой контакт вызывает сильное отвращения к данному объекту и одновременно непреодолимое сексуальное влечение.

У женщин наблюдается нимфомания или мессалинизм (названный по имени жены римского императора Клавдия Мессалины, известной своим распутством, властолюбием и жестокостью) — потребность в частой смене половых партнеров. При этом происходят компульсивные половые контакты с незнакомыми людьми любого возраста, а иногда и пола. Различают несколько форм этой сексуальной аддикции:

1) фригидная — женщина, страдающая аноргазмией, ищет партнера, с которым надеется испытать оргазм;

**325**

2) нимфоманическая — женщина нуждается в частом переживании оргазма;

3) спортивная — женщина стремится установить «рекорд» сексуальных побед;

4) меркантильная — не отличается от проституции.

**Промискуитет** — беспорядочные, «обезличенные» половые связи, в том числе с родственниками. Встречается преимущественно в асоциальной подростковой среде в сочетании с алкоголизацией. В дальнейшем, особенно у девушек, может сохраниться потребность в частой смене половых партнеров и неспособность к созданию прочной семьи.

© — *Вам надо резко сократить половую жизнь, — говорит врач мужчине. — Сейчас изобрели новое средство, которое начисто снижает половое влечение мужчин. Я вам выпишу рецепт. — Не надо. Яна этом средстве уже 10 лет женат.*

## **СЕКСУАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА ГЛАЗАМИ ПСИХОЛОГА**

В психогенезе сексуальных дисфункций могут присутствовать следующие моменты: предшествующий страх; чрезмерная сексуальная ориентация на половой акт; чувства, возникающие при повторных фрустрациях; отрицательная установка в отношении сексуальности, обусловленная опытом, конфликтами или рациональными факторами. В свою очередь, сексуальные дисфункции приводят к развитию вторичных невротических реакций: страху фрустрации, навязчивому самонаблюдению и повышенной восприимчивости к ответным реакциям сексуального партнера. Подобные реакции ограничивают и без того нарушенные сексуальные функции. В результате образуется порочный круг, ведущий к сексуальному избеганию и тормозящий либидо. У 2/3 пациентов с сексуальным избеганием наблюдаются невротические расстройства: неврозы тревоги и страха с сексофобией, интимофобией, *синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи*. Последний характеризуется следующей динамикой (Кочарян Г. С, Кочарян А. С, 1986).

1. Сексуальная неудача приводит к развитию стратегии «приковывания», сущность которой состоит в стремлении к гиперконтролю интимного сближения. Указанная стратегия оказывается

ситуационно неадекватной, ригидной и приводит к дезавтоматизации сексуальной функции.

326

2. Замечая это, пациент стремится уклониться от мыслей о возможной неудаче («уклоняющееся мышление») и изменить свое отношение к ней, используя механизмы когнитивного самоконтроля («переопределение ситуации»). Если указанные защиты оказываются неэффективными, происходит «кристаллизация синдрома» — его окончательное формирование и стабилизация.

3. Дальнейшая динамика процесса связана с борьбой амбивалентных (разнонаправленных) стратегий, что приводит к «напряжению синдрома». Складывается парадоксальная ситуация: чем больше вовлекаются механизмы совладения, тем сильнее действуют механизмы защиты (борьба высоконапряженных альтернативных тенденций типа «хочется и колется»). Навязчивые опасения характеризуются вовлеченностью одновременно идеаторной и эмоциональной сферы. Если опасение трансформируется в убежденность в своей сексуальной неполноценности, значительно возрастает тревога, формируется коитофобия, исключая сексуальные контакты.

4. Возникает субъективная альтернатива сексуальной жизни, которая достигается за счет следующих психологических защит. Передача инициативы партнеру с отказом от ответственности за неудачу. Манипуляция с целью повлиять на сексуальное поведение партнера. Несексуальная разрядка: ссора перед возможным половым актом. Компенсация с заменой сексуальных отношений платоническими. Символическое удовлетворение — хвастовство мнимыми сексуальными победами. Рационализация — обоснование причин отказа от половой жизни. Девальвация, обесценивание секса (аскетизм). Отвлечение внимания с максимальной загруженностью времени и сил. Смещение на другие потребности — переедание, алкоголизм. Сублимация — трудоголизм, общественная деятельность, хобби, спорт.

Психологическая адаптация к сексуальным дисфункциям может обеспечиваться за счет компенсации, псевдокомпенсации и гиперкомпенсации (Кришталь, Григорян, 2002). При *компенсации* сохранность сексуальных функций на достаточном уровне поддерживается путем включения дополнительных психических функций. Например, при недостаточности оргазма привлекается образ Другого партнера, с которым достигается полноценный оргазм. При этом действуют механизмы фантазии, идеальной идентификации

327

с воображаемым партнером, перцептуальной защиты от реального партнера, подавление аверсионных тенденций, диссоциация личностных и физиологических особенностей партнера, частичная деперсонализация партнера как отказ ему в полной эротической привлекательности, эгоцентризм как ориентация на достижение только индивидуального наслаждения и система рационализации собственного поведения.

*Псевдокомпенсация* помогает лишь сохранить отдельные компоненты сексуальной функции или имитировать ее. Так, мужчины с недостаточной потенцией могут активно флиртовать и хвастать мнимыми сексуальными связями. Используется и механизм образования контрастных реакций по типу уверенного мужчины, властного в обращении с женщинами и одновременная их дискредитация как аморальных существ, а также демонстрация женоненавистничества и социально отклоняющегося поведения, что позволяет под благовидным предлогом выйти из игры.

*Гиперкомпенсация* заключается в форсировании естественного ритма половой жизни. При этом применяются защитная идентификация с существующими на уровне обыденного сознания

сексуальными образцами: владение различными техниками секса, идеализация своих сексуальных качеств, отрицание реакции партнера, трансформация собственных эмоциональных реакций — например, страха в агрессию.

В случае, когда личность смиряется с наличием сексуальной дисфункции, наступает *привыкание* — последний этап психической адаптации, который обеспечивает минимальную сохранность сексуальной функции или состояние личностного равновесия. Наступает обесценивание, а иногда и активная дискредитация половой жизни с подчеркиванием своих достижений в других областях. Наблюдается также идеализация партнера с одновременной его (ее) позитивной десексуализацией, принятие роли человека, нуждающегося в опеке — слабого, неудачника, больного.

Психологическая защита у больных с сексуальными дисфункциями может проявляться в активно-оборонительной и пассивно-оборонительной форме. *Активно-оборонительная защита* выражается, например, при импотенции в обвинениях супруги в неправильном сексуальном поведении, упреках по поводу утраты ею сексуальной привлекательности, идеализации прежних половых партнерш. Существуют фантазии мести, вербальная и поведенческая агрессия, которая может переходить в аутоагрессию. Наблюдается также активный поиск «истинных» причин дисфункции с

328

помощью популярной литературы, эта информация используется для обоснования своей позиции. *Пассивно-оборонительная защита* характеризуется избеганием половых отношений под предлогом потребности в отдыхе. Чувство подавленности из-за фрустрированной половой потребности при этом расценивается как усталость. Отрицается физиологическая и эмоциональная важность секса, игнорируется недовольство супруга, а его признание (а также самоуважение) достигается деловым или материальным вкладом в отношения, разделением увлечений, дружеской поддержкой. Как правило, подобная форма защиты вызывает нарастающую сексуальную аверсию у партнера.

Х. Беккер и В. Сенф (H. Becker, W. Senf 1988) выделяют следующие психодинамические механизмы при мужских функциональных сексуальных расстройствах:

- импотенция: страх кастрации; страх возмездия; эдипальная фиксация; постоянная конкуренция с мнимыми соперниками; страх перед агрессивными компонентами собственной сексуальности;
- ранняя эякуляция: эдипально идеализирующее отношение к женщине (не навредить, но также ничего не дать); уретральная фиксация; ничего не отдавать от себя;
- поздняя эякуляция: чувство вины делает наслаждение невозможным; нежелание отдавать из страха кастрации; страха потери «Я» и смерти в оргастической регрессии.

Женские психосексуальные расстройства отличаются следующей психодинамикой:

- эдипальная фиксация: соблазняющий отец затрудняет нахождение замены себе; агрессивный отец ведет к регрессии на оральный уровень;
- проблемы женской идентичности: зависть к мужскому пенису ведет к проекции фаллического всемогущества на партнера, не соответствующего идеалу;
- слабость «Я»: страх потери «Я» и контроля в оргастической регрессии ведет к страху и стыду;
- женский садомазохизм.

Тормозить *сексуальное влечение* может как пренебрежительное отношение к партнеру, так и слишком уважительное. Снижение сексуального влечения может возникнуть в процессе борьбы партнеров за доминирование в отношениях, переноса на партнера

неотреагированного в детстве гнева на родителя противоположного пола. Этиологическое значение имеют также нерешенные проблемы эмоциональной близости и ответственности, неадекватные психосексуальные реакции на критику или расставание с партнером. Отвращение к сексу обычно связано с антипатией к партнеру или специфическими сексуальными травмами. В некоторых случаях отвращение к гетеросексуальным контактам может быть вызвано гомосексуальными тенденциями.

В происхождении *импотенции* важное значение имеют тревожность, чувство собственной неполноценности, боязнь отказа и невозможности удовлетворить партнершу, ипохондрические тенденции, склонность к самоанализу, престижность и требовательность к своим возможностям и достижениям, чрезмерное желание удовлетворить женщину; возможно также тормозящее влияние девиантных сексуальных влечений. Каждое последующее фиаско может закреплять механизм тревожного ожидания неудачи: забота об успехе — тревожное самонаблюдение — ожидание неудачи.

Необходимо учитывать также отсутствие нормальных условий для интимной близости, страх заражения венерическими заболеваниями и СПИДом, возникновения беременности, критику и насмешки со стороны более опытной или агрессивной партнерши. У зрелых женатых мужчин эрекцию снижают стереотипность и монотонность супружеских половых сношений, охлаждение из-за ряда конфликтов и семейных невзгод, недостаточная забота супруги о своей сексуальной привлекательности и т. д.

Недостаточность эрекции у мужчины может компенсироваться не только путем адекватной техники полового акта, но и за счет личностной идентификации с супругой, интроекции ее внутреннего мира, смещения ценности сексуальных отношений с физиологического на интимно-личный план. Могут активизироваться и такие психологические защиты, как позитивный перенос, идеализация отношений, вызывание симпатии к себе и использование эвфемизмов, смягчающих остроту проблемы.

Мелани Кляйн (1997) подчеркивает значение зависти мальчика к материнской груди. Защитой от зависти служит идеализация хорошей груди. Грубые нарушения оральной удовлетворенности мешают младенцу достичь нормального расщепления между хорошим и плохим объектом. В результате возникает чрезмерная зависть, приводящая к расщеплению между всемогуще идеализированными и очень плохими первичными объектами. Ребенок

330

испытывает ненависть и тревогу, в ходе его сексуального развития они переносятся на влагалище. Зависть толкает к соперничеству с матерью, защитой от этого опасного импульса служит обесценивание женщины или себя. Другой защитой против зависти является жадность, с которой ребенок высасывает из груди, присваивает себе все хорошее. Чтобы избежать враждебных чувств к матери, ребенок защищается также путем бегства к другим людям, которых идеализирует. Все это может иметь такие последствия, как нарушение генитальной потенции, компульсивная потребность в генитальном удовлетворении, промискуитет и гомо-*б* сексуальность.

При импотенции наблюдаются такие формы неправильного поведения партнерши, как тенденция унижить партнера, привычка сопротивляться ему, обижаться, критиковать и обвинять, опасение, что муж перестанет быть зависимым после выздоровления, отсутствие мотивации сохранить супружеские отношения. Определенную роль в поведении партнерши играют также беспокойство,

пессимизм и негативное отношение к чувственным удовольствиям, в том числе и к сексуальным. С этим бывает связана чрезмерная стеснительность, невозможность сосредоточиться на приятных ощущениях во время близости, отказ от стимуляции клитора, пассивное поведение во время полового акта с ожиданием, что муж все должен сделать сам.

К преждевременной *эякуляции* может приводить тревожное напряжение во время коитуса в связи с внешними факторами, меж-И и внутриличностными конфликтами (в том числе страхом перед влагалищем, своей сексуальной активностью); сложившийся стереотип быстрого проведения полового акта (в том числе связан-и ный с представлениями об агрессивной мужской сексуальной роли или с предыдущим опытом). Преждевременная эякуляция может быть связана также с актуализацией прегенитальных механизмов энуреза у больных, страдавших им в детстве.

В. Тауск, К. Абрахам (цит. по: Фенихель, 2004) указывают, что в происхождении преждевременной эякуляции могут участвовать следующие взаимодополняющие детерминанты:

1. Преобладание женской ориентации, при этом пик возбуждения ощущается в «женской зоне» — простатической части уретры, у основания пениса и в промежности, а не в головке и теле пениса. Эта особенность может быть и конституциональной, и/или обусловленной психогенным торможением фаллической активности.

331

2. Выраженные садистские наклонности, скрывающиеся за внешней пассивностью и нацеленные на пачкание и нанесение ущерба материнской фигуре. Этот садизм имеет пре-генитальную (уретральную и анальную) природу.

3. Усиление уретрального эротизма, заставляющее человека бессознательно относиться к семени так же, как в детстве он относился к моче.

4. Чувство вины за мастурбацию, соответствующее ее пре-генитальным и садистским целям. Своим симптомом пациент пытается затормозить неприемлемые цели, которые все-таки находят искаженное выражение.

Психогенными причинами *задержки эякуляции* могут быть различные нарушения взаимоотношений с партнершей, нежелание ее беременности, неосознанная враждебность к женщине, инцес-туозные желания, сопровождающиеся чувством вины, табуирован-ное отношение к человеческим выделениям и т. д. Если преждевременная эякуляция рассматривается как срыв контроля, то задержанная эякуляция связывается с гиперконтролем.

Отто Фенихель (2004) рассматривает задержку эякуляции как истинный конверсионный симптом, который может выражать бессознательный страх перед смертью или кастрацией, якобы сопровождающими эякуляцию, а также репрезентировать анальные (задерживающие) или оральные (отказ от отдачи) устремления садистского и мазохистского происхождения. Например, пациент может идентифицироваться с фрустрирующей матерью, мстительно используя пенис как символ отлучения от груди.

В торможении *оргазма* у женщин часто участвуют такие психологические факторы, как страх перед пенетрацией (лат. *penetrare* — проникать), половым актом, беременностью, страх и враждебность по отношению к мужчинам. Имеет значение также чувство вины и стыда за сексуальные импульсы или агрессивное, эгоистичное, неэстетичное поведение, которое является неприемлемым для женщины и вызывает страх быть отвергнутой мужчиной. Некоторым женщинам легче обойтись без оргазма и имитировать его, чем признать клиторальный источник его возбуждения (что зачастую связано со страхом наказания за мастурбацию).

Как указывает О. Фенихель (2004), для женщин с мужской идентификацией, завистью к пенису и повышенным уретральным эротизмом оргазм ассоциируется с опасностью потерять самоконтроль над сфинктерами, то есть упустить мочу. Определенную роль играет также тревога, связанная с переходом к эротике вагинально-

332

ной зоны, и компенсаторная повышенная возбудимость клитора, что делает фаллических женщин фригидными лишь вагинально.

Психогенная *диспарейния* возникает из-за борьбы двух противоположных тенденций: желания избежать половой близости и потребности сохранить семью. А. И. Федорова и М. В. Екимов (2001) описывают различные варианты поведения мужчины, которое может в той или иной степени обуславливать происхождение и поддержание вагинизма и психогенной диспарейнии.

1. Мужчина с подчеркнуто маскулинной моделью поведения, игнорирующий особенности женской сексуальности, формально проводящий предварительные ласки и ограничивающий интимную близость проникновением во влагалище и активными фрикциями.

2. Мужчина с невротическими чертами личности, задержкой на платонической или романтической стадии развития либидо, опасющийся причинить женщине боль, проявить грубость. Он испытывают чувство вины за сексуальный опыт, страх кастрации, «зубастого влагалища», ущемления им полового члена, «высасывания соков». Вступает в брак с такой же незрелой женщиной, и их обоих устраивает запрет на полноценный половой акт, который они заменяют петтингом и орально-генитальными ласками.

3. Мужчина, имеющий сексуальные дисфункции, в основе которых лежит страх проникновения (преждевременная эякуляция, чаще в преддверии влагалища, слабость эрекции). Эти дисфункции маскируются сексуальными расстройствами супруги и вскрываются в ходе терапии, когда открываются возможности интродукции и активных фрикционных движений.

4. Мужчина со скрытыми ненормативными сексуальными предпочтениями (чаще гомосексуальными), демонстрирующий негативное отношение к привлекательности жены и женской сексуальной активности, перед которой он испытывает глубинный страх, усиленный представлением о собственной половой неадекватности. Такой мужчина может сводить интимную близость к быстрому механическому половому акту, к которому женщина не успевает подготовиться и чувствует себя использованной. Или, наоборот, он стремится «довести» женщину до оргазма, чтобы доказать свою полноценность. При этом муж нередко подменяет истинный интерес к особенностям жены навязыванием ей своих представлений об эрогенных зонах, способах сексуальной стимуляции и сексуальных сценариях. Однако женщине бывает трудно испытать оргазм из-за собственной незрелости, неадекватности сексуаль-

ных стимулов, отсутствия психического комфорта, беспокойства в связи с желанием угодить супругу и подтвердить его сексуальную компетентность. Особенно ярко это проявляется, когда муж пытается грубо и прямолинейно навязать жене свои ненормативные предпочтения.

Достаточно часто сексуальная дисфункция, особенно на первых этапах ее развития, наблюдается лишь в супружеской паре, нормализуясь во внебрачных отношениях. Таким образом, сам парный характер сексуальной функции, ее включенность в интимно-личные отношения вызывает необходимость применять системный подход, чтобы понять происхождение данных расстройств и

излечить их.

Спазм мышц промежности при *вагинизме* К. Абрахам интерпретирует как стремление воспрепятствовать сексуальности, кастрировать мужчину и завладеть его пенисом. К. Меннингер усматривает в этом спазме анальный компонент зависти к пенису, выражающийся в идее выжать и (или) задержать «анальный пенис» (фаллос как аналог калового столба).

### **РАССКАЗЫВАЙТЕ, НЕ СТЕСНЯЙТЕСЬ!**

Обследование больных с сексуальными дисфункциями имеет свою специфику. Оно включает описание сексуального статуса, психосексуальный анамнез, анамнез жизни с акцентом на семейный анамнез, медицинский и в том числе психиатрический анамнез.

В процессе интервью (желательно вместе с половым партнером) составляется детальная и полная картина сексуального опыта пары, отражающая текущее состояние и предшествующую динамику. Вначале уточняются особенности сексуальной дисфункции и выясняются обстоятельства первого неудачного полового акта. Выясняют настроение перед половым актом, выраженность либидо, характер спонтанных и адекватных эрекций (у женщин — наличие lubricации), продолжительность прелюдии и фрикции, характер эякуляции и оргазма, самочувствие и настроение до и после полового акта. Следует обратить внимание на динамику расстройства и реакцию на него каждого партнера, получить сведения о предыдущих обращениях за помощью. При описании сексуального статуса перспективным представляется использование различных специальных опросников, оценивающих состояние сексуальной функции в каждой ее фазе. Это

**334**

дает возможность детально описать сексуальные нарушения, индивидуализировать тактику лечения и определить его эффективность. Примером может служить опросник Г. Айзенка (Eysenck, 1976) который имеет шкалу сексуального желания и возбуждения, шкалу сексуальной удовлетворенности, а также позволяет исследовать 10 типов отношения к сексуальной деятельности: сексуальная дозволенность, сексуальный невротический конфликт, безличный секс, физиологический секс, порнография (сексуальное любопытство), отвращение к сексу, доминирование, агрессивный секс, сексуальная застенчивость, сексуальная стыдливость.

*Психосексуальный анамнез* является проблемно-ориентированным, то есть учитывает специфику конкретного случая. Диагностика проводится с помощью опросника Фридмана. Выясняют отношение пациента (пациентки) к сексуальности, собственной половой роли, к противоположному полу вообще и к конкретному сексуальному партнеру в частности; определяют отношение к отцу, матери и другим членам семьи; узнают о первой сексуальной информации, первых эротических связях, пережитых сексуальных травмах. Уточняют, чего человек ожидает в сексе от партнера, какое его поведение является приятным, а какое отталкивает.

Психосексуальный анамнез включает следующие темы:

- 1) возраст пробуждения либидо;
- 2) возраст и обстоятельства первой эякуляции и оргазма;
- 3) время появления и периодичность поллюций (у женщин — менструаций);
- 4) возраст, тип, частота мастурбации, петтинга и фрустраций, личностные реакции;
- 5) факторы, способствующие формированию представления о сексуальной норме;
- 6) возраст и субъективная оценка первого полового акта;
- 7) динамика половой жизни до брака и в браке;

- 8) возраст перехода на условно-физиологический ритм;
  - 9) возраст и максимальный уровень эксцессов;
  - 10) периоды сексуальной абстиненции в браке и их переносимость;
  - 11) влияние на половую функцию физических и психических нагрузок, психоактивных веществ, медикаментов и перенесенных болезней;
  - 12) влияние на половую функцию беременности, родов и абортов;
  - 13) практикуемый способ предохранения от беременности и отношение к нему каждого партнера.
- 335

Хелен Сингер Каплан (1994) предлагает каждому из партнеров следующие вопросы:

- Что вас возбуждает?
- Что приводит к угасанию секса?
- Каковы ваши фантазии, неосознанные надежды и опасения ?
- Нормальным ли было ваше сексуальное развитие ?
- Когда вы в первый раз испытали сексуальное переживание ?
- Испытывали ли вы запрет на сексуальные переживания в детстве?
- Было ли это связано с неприятными обстоятельствами ?
- В каком возрасте начали мастурбировать?
- Каковы были вначале эротические фантазии ?
- Что вы ощущали при этом ?
- Был ли какой-либо сексуальный опыт в детстве, который не удалось скрыть?
- Как семья отнеслась к мастурбации ?
- Как относились к сексу ?
- Как помнится первый половой контакт?
- Было ли ощущение приятного возбуждения? Или чувство вины? Как вел(а) себя партнер(ша) ?

Как вы расстались?

- Какие эротические ощущения, ситуации возбуждали вас в прошлом?
- Как и при каких обстоятельствах вам удавалось достичь удовлетворения?
- При каких обстоятельствах удалось проявить себя должным образом?
- Как вы переживаете оргазм?
- Что испытывает партнерша при клиторальном возбуждении ?
- Какие вагинальные ощущения испытывает при сношении?
- Как относится к оральному сексу: вообще, при активности партнера, собственной активности?

Как относится к ощущению спермы во рту?

- Как ощущаете запахи тела партнера ?
- Что больше всего возбуждает?
- Какие страхи у вас самые привычные ?
- Что она чувствует по отношению к своему телу, груди, гениталиям, ягодицам?
- Как, по ее мнению, он воспринимает ее тело ?
- Не считает ли *она*, что ей требуется слишком много времени, чтобы достичь оргазма ?

336

- Может ли он продолжать достаточно долго ?



- Возникает ли у него эрекция от прикосновения к ее телу ?
- Требуется ли физическая стимуляция его пениса?
- Что она чувствует, когда у него отсутствует эрекция ?
- Что он чувствует, когда у нее нет оргазма?

В *семейный анамнез* входит уточнение следующих вопросов. Выявляют возраст и мотивы вступления в брак, количество и возраст детей. При наличии разводов выясняют их причины и характер отношений с разведенным супругом и детьми. По возможности получают информацию о наличии внебрачной связи, ее мотивах и влиянии на супружеские отношения.

*Медицинский анамнез* призван исключить вероятность того, что сексуальная дисфункция обусловлена соматическим заболеванием и фармакологическими воздействиями. Учитывается роль ней-роэндокринных расстройств, урологических и гинекологических заболеваний, употребление алкоголя и наркотических средств, психотропных и гипотензивных препаратов, половых гормонов.

*Психиатрическое обследование* решает следующие задачи:

- 1) обнаружение и выяснение природы психопатологии у каждого из партнеров;
- 2) определение характера и типа взаимоотношений партнеров;
- 3) предварительная оценка роли сексуальной дисфункции в динамике интимных отношений.

Вначале выявляют наличие патологической наследственности и патологизирующих влияний раннего детства, личностные особенности родителей и характер их взаимоотношений, количество детей, каким по счету родился пациент. Как отнеслись родители к его полу, как складывались отношения с братьями и сестрами, со сверстниками обоего пола. Какое получил образование, как складывалась трудовая деятельность, каковы материально-бытовые условия в настоящее время, каковы планы на ближайшее будущее.

Сексуальные дисфункции часто обусловлены невротическими и психопатическими механизмами. В этих случаях сексуальные симптомы не только отражают актуальный межличностный конфликт, но и служат психологической защитой, входящей в структуру внутриличностного конфликта. Поэтому большое значение имеет анализ психосексуального развития пациента с учетом его отношений к отцу и матери, первых сексуальных переживаний, подавленных желаний, страхов и нерешенных интрапсихических конфликтов.

22—5184

337

## ЛЮБИТЬ ТАК ЛЮБИТЬ!

**Фармакотерапия ареактивности** включает седатики (валериана, пустырник), малые дозы транквилизаторов (триоксазина, ру. дотеля, грандаксина), тонизирующие препараты (стрихнин, секу-ринин). В продаже имеются *афродизиаки* (от имени греческой богини любви Афродиты): капсулы «Афродизиакум», «Райский бальзам», «Капли любви», а также «Крем для женщин», повышающий чувствительность женских половых органов и «Эмульсия для бюста», усиливающая эрогенную чувствительность сосков.

Фармакотерапия *фригидности* заключается в инъекциях про-зерина, стрихнина, секуринина, витаминов Е, А и группы В, алоэ. Назначают также стимуляторы «Афродизиакум», «Эректа оргаз-мус для женщин», крем «Мадам». В продаже имеются вибраторы «Космос оргазмов», «Воронкастрасти», «Экстаз влагиалища», атак-же насадка на половой член «Раздражитель клитора». Фармакотерапия *вагинизма* проводится для купирования страха и напряжения (реланиум, элениум,

мепробамат, феназепам), смягчения депрессии (протиаден), повышения сексуального желания и реактивности (эревит, иохимбин, тестостерон).

Фармакотерапия при *отсутствии эрекции* включает андрогены (тестостерон, метилтестостерон, тестэнат, тестобромлецит), анаболики (метандростенолон, метиландростендиол, ретаболил, феноболин), антидепрессант тразодон, транквилизаторы (триоксазин, мепробамат, рудотель), а также иохимбин, порошок «Тонус» (фирменное название "Libido") в комбинации со стрихнином или кофеином и бромистым натрием. За 10 минут до полового акта в уретру вводят препарат «Муза». Применяют также интракавернозные (в тело полового члена) инъекции вазодилататоров: папаверина, трен-тала, фентоламина, а также препаратов, содержащих альпростадил-эдекс и каверджект. Используются также вакуум-эректоры, фаллопротекторы и фаллоимитаторы, реваскуляризация и протезирование полового члена. В свободной продаже имеются мази и кремы, повышающие эрекцию: «Эйкупра», «Крем любви», «Казано-ва», «Крем для мужчин». Принципиально новым препаратом для лечения недостаточной эрекции является «Виагра» (силденафил). Этот препарат повышает усвоение окиси азота — главного нейротрансмиссера, участвующего в эрекции полового члена. В отличие от других биологических методов лечения эрекция обеспечивается лишь при наличии сексуального желания. Виагру принимают как минимум за час до сексуального контакта.

338

Медикаментозное лечение *преждевременной эякуляции* направлено обычно на снижение общей возбудимости. С этой целью назначают транквилизаторы (мепробамат, элениум), седатики (бромкамфару, белласпон, валериану, индийский растительный препарат спеман-форте). Хороший эффект оказывают некоторые антидепрессанты (анафранил, прозак, золофт, феварин, паксил). Непосредственно перед половым актом назначают сонапакс или ми-нитиксен, местно (на область уздечки) — цинхокаиновую мазь. Следует заметить, однако, что использование анестезирующих мазей при лечении преждевременной эякуляции показало себя малоэффективным. При некоторых вариантах преждевременной эякуляции (синдром парацентральных долек головного мозга) применяют хлорэтиловые блокады ромбовидной зоны в пояснично-крестцовой области. В свободной продаже имеются мази «Тормоз», «Стоп-стоп», «Ретардис». При короткой уздечке производится ее подрезание.

При *задержанной эякуляции* проводят общеукрепляющее лечение и физиотерапию, назначают эфедрин перед половым актом. При тотальной анэякуляции рекомендуется тренировка эякуляторного рефлекса с помощью вакуум-вибратора.

**Рациональная психотерапия** психосексуальных расстройств ориентирована на актуальную жизненную ситуацию и устранение негативных внешних и внутренних влияний. В связи с распространенностью в обществе искаженных представлений о сексе необходимо предоставить пациенту информацию о естественном характере и пользе мастурбации для сексуального развития, возрастнo-половой ритмичности сексуальной жизни, нормальной продолжительности полового акта, роли астенизирующих и невро-тизирующих факторов в развитии преходящих сексуальных расстройств. В ряде случаев необходимо проинформировать пациента о второстепенной роли размеров полового члена, о необходимости прелюдии, стимуляции клитора и двигательной активности женщины во время полового акта, применении надежных противозачаточных средств. Одиноким пациентам необходимо рекомендовать установление длительной интимной связи,

откровенное признание партнерше о характере сексуальных нарушений, проявление внекоитальной сексуальной инициативы и осуществление градуированной половой активности. При рациональной психотерапии *супружеских дисгамий* необходимо учитывать следующие закономерности. У молодого мужа нередко наблюдается гиперсексуальность, ему требуются более

ча-

339

стые половые акты, в то время как жена ожидает добрачных романтических проявлений, не испытывает еще оргазма, скрывает или подавляет свое недовольство, пока конфликт не станет явным. У неопытных супругов возникает проблема длительности полового акта: мужчине для достижения оргазма требуется в среднем 2 — 3 минуты фрикций (движений полового члена во влагалище), в то время как женщине — 8 минут. Причем у мужчины возбуждение быстро нарастает и после эякуляции так же быстро спадает. Рисунок полового акта молодого мужчины напоминает остроконечный треугольник, тогда как у женщины это плавная дуга, в которой примерно по одной трети занимают фазы прелюдии, фрикций и завершающих ласк. С возрастом проблема частоты и длительности половых актов приобретает другой характер. Так, женщина в 30 — 40 лет находится в зените сексуальных желаний, тогда как ее мужу (который обычно бывает старше) уже может быть достаточно одного полового сношения в 7 — 10 дней. У 50-летнего мужчины может быть задержана эякуляция (что затягивает половой акт) и увеличен рефрактерный период после него (что исключает повторный половой акт). К тому же с годами прежние сексуальные стимулы, исходящие от жены, перестают возбуждать мужа в силу привычки. Имеет значение и способность супружеской пары договориться о взаимоприемлемом сексуальном сценарии, времени для половой близости, поведении до и после нее, приемлемости определенных способов и поз, поиске новых сексуальных игр, стимуляции тех или иных эрогенных зон, степени активности каждого партнера, использовании противозачаточных средств и т. д. Конфликты часто развиваются, когда один супруг относится к ригидному типу реагирования, а другой — к инновационному.

Супругам необходимо также учитывать график оргастической готовности жены, который зависит, в частности, от типа ее реактивности. Выделяют четыре типа сексуальной реактивности: заряжающийся, кумулятивный (накапливающий), непрерывный и прерывистый.

- 1) при *заряжающемся* типе женщина может испытывать оргазм через определенные стабильные промежутки времени; «преждевременный» коитус может неэффективно разрядить недостаточную оргастическую готовность;
- 2) *кумулятивный* тип наблюдается у мультиоргастичных женщин (с многократным переживанием оргазма в течение одного полового акта); в данном случае каждый оргазм повышает интенсивность следующего;

340

- 3) женщины с *непрерывным* типом реактивности обладают низким уровнем желания, но при стимуляции возбуждаются и оргазмируют в любое время;
  - А) *прерывистый* тип реактивности наблюдается у женщин, наступление оргазма у которых тесно связано со многими факторами — такими, как отношение к партнеру, настроение, самочувствие, фаза менструального цикла и др.
- Причиной сексуального конфликта может быть несовпадение ролевых ожиданий. Речь идет об

инициативе, активности, определенных особенностях поведения: оно может быть игровым и восприниматься как инфантильность, нерешительность или, наоборот, — агрессивно-добывательским и ассоциироваться как со страстью, так и с эгоизмом, грубостью и даже садизмом. При несовпадении уровней полового влечения частоту половых сношений советуют определять партнеру с более низким уровнем полового желания, поскольку его уступчивость в конце концов может привести к торможению сексуального влечения. При этом другому партнеру рекомендуется использовать внекоитальный оргазм — желательно с участием супруга (супруги). Необходимо создавать комфортные условия для интимной близости, обеспечивать соответствующий эмоциональный настрой («женщина любит ушами»). Период предварительных ласк должен продолжаться достаточно долго и включать стимуляцию эрогенных зон супруги, в том числе клитора, до тех пор, пока не возникнет его эрекция, lubricация (увлажнение влагалища) и не раскроется вход во влагалище. Молодому возбудимому мужчине в это время лучше избегать стимуляции *полового* члена, а во время коитуса прерывать фрикции, не извлекая пениса из влагалища (продолгованный половой акт). У пожилого мужчины в период прерывания прелюдии может исчезнуть эрекция, которая возвращается с помощью мануальной стимуляции (вторая волна эрекции). Презерватив снижает чувствительность головки полового члена, что также способствует продлению фазы фрикций. И наоборот, укорачивает половой акт такой способ предохранения, как экстравагинальная эякуляции (прерванный половой акт, коитус interruptus). К тому же при этом способе мужчина боится потерять контроль над эякуляцией, сосредоточивает внимание на соответствующих ощущениях и этим невольно приближает семяизвержение.

Женщине с клиторальным типом оргазма могут понадобиться предварительные ласки клитора, длительная непрерывная стимуляция его во время коитуса. Определенное значение имеют при

341

^

этом позы, способствующие интенсивному контакту клиторальной области с эрегированным половым членом (в частности, поза наездницы) или позволяющие стимулировать клитор мануально — самой женщине или мужу (с этой целью рекомендуется позиция «мужчина сзади»).

**Патогенетическая психотерапия** направлена на разъяснение, отреагирование и эмоциональную коррекцию патогенных установок, связанных с прошлыми переживаниями. Применяется воздействие убеждением, опирающееся на анамнестические данные, результаты соматического, в том числе сексологического обследования и информацию о психофизиологических механизмах эрекции и эякуляции. При необходимости вырабатывается адекватная оценка анатомического и физиологического развития пациента, достигается осознание психогенных механизмов дисфункции.

При оргазмоцентрической установке необходимо убедить пациентку, что чрезмерное стремление к достижению оргазма тормозит его наступление, перекладывает ответственность за «доведение до оргазма» на мужа, мешает эмоциональной близости, которая сама по себе является для женщины приятной и необходима для полноценной физической близости. Молодым женщинам рекомендуется получать больше удовольствия от ласк и фрикций, испытывать чувство удовлетворения от доставляемого любимому человеку наслаждения и разделять с ним его на эмоционально-чувственном уровне; такое отношение с возрастом и опытом поможет сформировать психофизический механизм оргазма. Женщинам с клиторальным типом оргазма необходимо разъяснить, что он является таким же полноценным, как вагинальный, и для их удовлетворения

нужна адекватная стимуляция. Женщинам с поздним оргазмом, которые обижаются на партнера за «эгоизм», так как после своего оргазма он прекращает половой акт, надо объяснить, что после эякуляции у мужчины наступает рефлекторное торможение, делающее дальнейшие фрикции неприятными и даже болезненными.

Пациенты с психогенной импотенцией, опасющиеся, что у них полностью исчезла эрекция из-за органических причин, могут убедиться в наличии ночных эрекций с помощью ленты «разрывного манометра». Пациентам с тревожным ожиданием неудачи рекомендуется ограничить сексуальную активность проведением петтинга, что снимает с пациента чувство ответственности за обязательную стимуляцию влагалища половым членом и изменяет фаллоцентрическую модель сексуального поведения на более широкую гедонистическую.

342

Пациента необходимо также научить введению недостаточно напряженного полового члена во влагалище мануально. Это делается в гинекологическом положении женщины (лежа на спине с широко разведенными ногами). Кровенаполнение головки полового члена осуществляется с помощью руки, «выжимающей» кровь из ствола пениса в головку, и сопровождается парадоксальным внушением («Хочу, чтобы половой член остался не напряженным») и сосредоточенностью на приятных ощущениях, возникающих при контакте головки полового члена с влагалищем. При этом снижается значимость эрекции, повышается доверительность партнеров, их взаимное половое влечение, возникает сексуальное возбуждение с нормальной эрекцией полового члена.

При преждевременной эякуляции рекомендуется чаще совершать половые акты, переключать внимание в начале коитуса на несексуальные раздражители и делать перерывы во фрикциях для продления полового акта. Рекомендуется также применять презервативы для снижения остроты ощущений и использовать активную позицию женщины при пассивном расслаблении мужчины. Указанная информация дается в виде дидактических бесед, а также мотивированных внушений в гипнозе (гипносуггестивное моделирование) и закрепляется с помощью формул самовнушений в процессе аутотренинга. Определенное значение имеют библио-и видеотерапия.

**Суггестивная терапия** психосексуальных расстройств применяется в нескольких вариантах.

*Гипнокатарсис* используется для лечения сексуальных дисфункций, обусловленных психотравмами, которые оживляются и реагируются в гипнотическом состоянии. *Гипнотерапия* направлена на повышение уровня сексуального влечения и сексуальной реактивности, уверенности в своей сексуальной привлекательности и сексуальных возможностях, на усиление сексуальной возбудимости при половой активности с партнером, подчеркивание его сексуально возбуждающих качеств, внушение ярких сексуальных представлений и положительного отношения к ним.

*Гипносуггестивное моделирование* заключается в вызывании у пациентов тех психофизиологических реакций, которые обычно возникают при полноценном естественном протекании полового акта; при этом учитываются особенности реакций пациента во время сношения до начала расстройства. В гипнозе моделируется нормальный половой акт с постгипнотическим внушением того, что так же удачно и с удовольствием он будет протекать в реальности.

343

*Гипносуггестивное программирование* направлено на коррекцию отдельных функциональных

характеристик полового акта' формулы внушения ориентированы на успокоение, ободрение, ликвидацию симптомов и нормализацию нарушенных функций. При гениталгиях (диспареи) и вагинизме гипнотические внушения направлены на купирование тревожных ожиданий, способствуют расслаблению мышц и переключают внимание с ожидания неприятных ощущений на получение удовольствия.

Гипнотерапия при преждевременной эрекции включает формулы общего спокойствия во время близости, уменьшения чувствительности головки полового члена, повышение контроля над уровнем полового возбуждения. И, наоборот, при замедленной эякуляции и слабо выраженном оргазме используют внушения, направленные на повышение интенсивности волюстических (сладострастных) ощущений во время совершения фрикций и уменьшение продолжительности полового акта. Аналогичные принципы гипнотического программирования, моделирования и постгипнотического внушения применяются при нарушениях эрекции.

*Эриксоновский гипноз* и НЛП отличаются тем, что устанавливают эффективную обратную связь, позволяющую тщательно индивидуализировать воздействия за счет подстройки к пациенту и «отзеркаливания» его текущих физиологических реакций.

С помощью *аутотренинга* женщина может научиться расслаблять мышцы промежности, сосредоточивать внимание на приятных ощущениях в гениталиях во время прелюдии, усиливать приток крови к половым органам и повышать их чувствительность, с помощью соответствующих формул самовнушения изменить отношение к партнеру и половому акту на позитивное и гедонистическое. Мужчины обучаются сокращенному варианту аутотренинга, чтобы устранять напряжение, опасения и страх перед половым актом, с применением формул самовнушения, вызывающих кровенаполнение полового члена, представление о себе как о сильном и уверенном мужчине, адекватно действующем во время половой близости. Вначале пациенты обучаются вызывать расслабление, тяжесть и тепло в конечностях и животе (обычно в группе в течение 2 — 3 месяцев), затем переходят к выполнению специальных упражнений. Для формирования самоутверждающего поведения используются также ассертивный и ролевой тренинг. В процессе аутотренинга используют следующие формулы самовнушения.

344

Г

«Мне нравится заниматься сексом. Я знаю, что мне нравится заниматься сексом. Я чувствую влечение к моему партнеру. Я обращаюсь нежно с моим партнером. Меня возбуждает мой партнер. Его/ее прикосновение возбуждает меня. Нарастает желание, стремление к нему.

Мое влагалище теплое и влажное. Я хочу чувствовать его внутри себя. Мне нравится, когда он внутри меня. Я расслабляюсь и наслаждаюсь своими ощущениями. Мое влагалище свободно от боли и дискомфорта. Мне нравится заниматься любовью с моим партнером. Я получаю удовольствие от секса.

Ее обнаженное тело, ее формы доставляют мне радость, возбуждают меня. Ее глаза, движения и ласки, желание близости волнует и радует меня. Ощущаю тяжесть и тепло внизу живота, в промежности, в половом члене. Член напряженный, тяжелый, горячий. Моя эрекция сильная и устойчивая. Я знаю, что моя эрекция сохранится. Моя эрекция сохранится, пока я буду входить в женщину. Я знаю, что могу удовлетворить ее. Я чувствую тепло ее тела, я проникаю в него, сливаюсь с ней. Акт идет успешно, доставляет ей наслаждение. Я сильный, настоящий мужчина. Я хочу и могу доставить ей восторг, яркий миг счастья. Я знаю, что я могу задерживать

семяизвержение. Семяизвержение не наступает спонтанно. Я могу сдерживать наступление оргазма. Я знаю, что могу задержать свой оргазм. Акт будет продолжаться столько, сколько я захочу. Я могу владеть собой, управлять актом. Все идет успешно и впредь будет успешным. Оргазм наступает медленно».

**Систематическая десенситизация** является распространенным способом лечения *коитофобии* и связанной с ней виргогамии (девственного брака), вагинизма, диспарейнии. Особенно эффективна она, когда указанные расстройства развились в результате психо-травмирующей ситуации. Чаще всего это зафиксировавшиеся реакции страха или избегания (страх в связи с грубой дефлорацией, появление болей во время стремительного полового акта, боязнь мужских половых органов, чрезмерная стыдливость и т. п.).

В состоянии релаксации женщина вызывает соответствующие представления или участвует во все более трудных для нее сексуальных процедурах и постепенно адаптируется к ним. Внимание фокусируется на каком-либо одиночном аспекте сексуального опыта, вызывающего реакцию страха. Уровень тревоги, испытывае-

345

мой во время упражнения, должен быть достаточно выраженным чтобы появилась возможность привыкания к ситуации, ранее неприятной, вызывающей страх и отвращение к сексу. Вначале негативная эмоциональная реакция изменяется на нейтральную, затем с помощью суггестии и аутосуггестии — на позитивную. При *вагинизме* в качестве фобогенного стимула используются объекты все большего диаметра (пальцы, тампоны, расширители).

Систематическая десенситизация широко применяется также при лечении мужчин с психогенной *импотенцией* на фоне синдрома тревожного ожидания неудачи. Сначала составляют иерархию фобогенных ситуаций, затем пациента обучают мышечной релаксации по Джекобсону. В процессе упражнений пациент вызывает в своем воображении ситуацию, обладающую минимальным фобическим потенциалом, и через полминуты расслабляется. Упражнение повторяется несколько раз, затем пациент переходит на следующую ступень. Продолжительность сеанса — до получаса; он может проводиться и в группе, и в гипнозе с купированием возникающего страха терапевтическим внушением, и с доброжелательно настроенной сексуальной партнершей (в последнем случае страх тормозится не расслаблением, а половым возбуждением).

При *аноргазмии* применяется тренинг мышц тазового дна (лон-но-копчиковая мышца Кегеля). Ее стимуляция во время фрикций вызывает вагинальный оргазм, а ее ритмичные сокращения являются составной частью оргастической реакции. Следует научить женщину идентифицировать функцию этой мышцы (во время мочеиспускания широко развести ноги и выпускать мочу небольшими порциями), а затем тренировать мышцу без мочеиспускания, вызывая одновременно представления о расширении и увлажнении влагалища, а в дальнейшем — и соответствующие сексуальные представления.

Прогрессивная десенсибилизация обычно применяется при лечении *замедленной эякуляции* (см. стр. 316). Терапия направлена на адаптацию эякуляционного рефлекса к ситуации коитуса.

Примерная цель процедур может быть такой: мастурбация в одиночку, сопровождаемая эротическими фантазиями, до наступления оргазма; то же с женой, находящейся в соседнем помещении; то же в одной комнате с женой; затем используют прием «*мужской мост*». Жена мастурбирует мужа до предвестников наступления оргазма, затем он вводит половой член во влагалище и совершает копулятивные (лат. *copulatio* — совокупление) дви-

ясения, а жена продолжает мануальную стимуляцию пениса (в определенных позах). Перед эякуляцией муж просит жену убрать руку и делает еще несколько фрикций, приводящих к наступлению оргазма. Чтобы усилить стимуляцию, женщине рекомендуется плотно сжать ноги. При *преждевременной эякуляции* терапия направлена на снижение страха, сопровождающего генитальную реакцию, и тренировку переносимости высокого уровня возбуждения без эякуляции. Для продления генитальной реакции могут использоваться [трициклические антидепрессанты и сонапакс.

**Двойная секс-терапия** (Мастере, Джонсон, Колодни, 1998; Кап-лан, 1994) является предпочтительным методом лечения супружеской пары, когда супруги устойчиво избегают тактильных контактов или испытывают тревогу в интимной обстановке. Техника лечения основывается на поведенческом подходе к терапии сексуальной дисфункции, но некоторые психотерапевты (например, Х. С. Каплан) включают и психодинамические аспекты. Это подход, ориентированный на пару, когда оба партнера участвуют с самого начала лечения. Необходимо, чтобы партнеры понимали, что симптомы сексуальной дисфункции у пациента отражают сексуальные проблемы пары в целом и что сами сексуальные проблемы, в свою очередь, связаны с недостаточным взаимопониманием супругов. В совместных беседах супругов побуждают к поиску природы проблемы, пониманию сексуального опыта друг друга, развенчанию мифов и неправильных представлений о сексе и развитию правильного отношения к нему.

Первое время половые сношения не разрешаются и партнеры учатся получать удовольствие, разглядывая и лаская друг друга без стимуляции гениталий. Беспокойство по поводу совершения полового акта уменьшается, внимание переключается на эмоциональную интимность и эротику, необходимые как основа нормального сексуального поведения. Далее можно включать сначала один вид сексуального удовлетворения, при котором развивается тревога, затем постепенно расширять репертуар с помощью специальных упражнений, когда пара чувствует себя спокойно при сексуальном Удовлетворении друг друга. Вначале упражнения направлены обычно на достижение вербального контакта, а затем — на повышение сенсорного осознания взгляда, прикосновения, звука и запаха.

Применяются приемы чувственного фокусирования (услаждения) . При этом каждый партнер свободен от обязательств, согласно которым он (она) непременно ожидают адекватную реакцию в

себе или своем партнере. Задача сводится к тому, чтобы доставить друг другу максимальное эротическое наслаждение, по возмо^ности выполнять любые сексуальные желания тревожного, неуверенного партнера. Расслабленное, безмятежное состояние позволяет пациентам преодолеть свои негативные установки и ожидания, связанные с неудачами и душевными травмами. Взаимное доверие, нежность и забота служат подкреплением и стимулом для адекватного сексуального функционирования, построенного на сопереживании радости и удовольствия.

На 1-м этапе занятий ограничиваются эротическими ласками, на 2-м переходят к *генитальному услаждению* — предельно нежному, деликатному, с максимальным использованием обратной связи, сменой ролей и запретом на совершение полового акта. Этот запрет нередко нарушается, что может оказаться как нормальной реакцией, так и проявлением сопротивления терапии.

**Секс-терапия отсутствия полового влечения и отсутствия ге-нитальной реакции** предполагает



проведение чувственного фокусирования. При импотенции этот метод переключает внимание супругов с эрекции на эротические ощущения; он показывает, что эрекция возникает в адекватном эмоциональном состоянии, может прекращаться и возобновляться при соответствующей стимуляции. Адекватное отношение к ощущениям потери и восстановления эрекции вырабатывается, в частности, с использованием приема «сжатия». Когда у мужчины появляется эрекция, жена сжимает пенис под головкой достаточно сильно и надолго, чтобы эрекция рефлекторно уменьшилась наполовину. После нескольких нежных прикосновений эрекция восстанавливается. Пяти-шести повторений этого упражнения может оказаться достаточно, чтобы преодолеть страх потери потенции.

У некоторых мужчин эрекция легче возникает, когда они в одежде; используются утренняя эрекция, смазка вазелином, мануальная или оральная мастурбация. В это время можно рекомендовать пациентам вызывать у себя живые эротические фантазии, отвлекающие от навязчивого тревожного самоконтроля. Открытое обсуждение подобных фантазий может вызвать у мужчины чувство вины за символическую измену, а у женщины — чувство ревности. В таком случае необходимо повышение самооценки с помощью глубинной психотерапии.

Жены некоторых пациентов отказываются от клиторальной стимуляции и требуют от мужей только продолжительных фрикций эрегированным членом с «доведением до оргазма». Таких женщин

348

необходимо убеждать получать экстравагинальный оргазм за счет мануальных или оральных ласк. При этом нередко выявляется и корректируется страх быть отвергнутой, возникающий при мысли о восстановлении потенции.

На данном этапе терапии супруги используют *экстравагинальный коитус* в качестве альтернативной формы удовольствия, когда женщина может получать оргазм в результате мануальной или оральной стимуляции клитора, а мужчина при желании совершает мастурбацию и эякуляцию вне влагалища.

На следующем этапе проводится упражнение «*вагинального сдерживания*»: эрекция — интродукция (введение) — фрикция — извлечение; после нескольких повторений мужчине (при желании) разрешается экстравагинальная эякуляция. В завершающей фазе терапии мужчине временно разрешается сексуальный эгоизм, когда он действует, исходя лишь из собственных потребностей и совершает интравагинальную эякуляцию, когда хочет этого и уверен, что может это. Он использует такой ритм, такие позы, такие способы и такие эротические фантазии, которые ему больше всего подходят. Когда муж достиг оргазма, он обеспечивает оргазм и жене способами, которые были отработаны ранее.

В психотерапии женщин со снижением сексуального влечения используют также когнитивные приемы для коррекции искаженных представлений (об ожиданиях партнера по отношению к себе и т. д.). В процессе психодинамической терапии вскрывают и прорабатывают глубинные конфликты — например, конфликт между собственными сексуальными побуждениями и неосознаваемым страхом родительского порицания за это. Для отработки навыков коммуникативного поведения в эмоциональной сфере применяют супружескую терапию.

В психотерапии женщин с сексуальным отвращением и отсутствием сексуального удовлетворения используется систематическая десенсилизация с постепенным увеличением индивидуально подобранных, сначала воображаемых, а затем реальных сексуальных ситуаций, вызывающих

тревогу. В последующем можно применить подход, используемый при лечении отсутствия полового влечения. В некоторых случаях эффективны трициклические антидепрессанты. Секс-терапия *аноргазмии* включает следующие этапы: мастурбация, клиторальный оргазм в присутствии партнера, коитальный оргазм. При коитальной аноргазмии используется прием «мост» *j* (см. ниже). Механизм терапии заключается в усилении возбужде-

349

ния, с одной стороны, и ослаблении сексуального подавления, с другой. Самостимуляция без партнера исключает давление со стороны партнера, в том числе ограничение во времени. Следует помочь женщине преодолеть чувство вины и стыда, а также опасения по поводу мастурбации и страх наказания за сексуальное удовольствие. При наличии «конфликта успеха» следует указать, что не все проблемы рассеются по достижении оргазма. Во время мастурбации рекомендуется использовать сексуальные фантазии, усиливающие возбуждение и отвлекающие от привычных защитных представлений. Дополнительными стимулами служат эротическая иллюстрированная литература, видеофильмы, вибратор, ритмичные сокращения влагалища, динамичные движения таза и глубокое дыхание на пике возбуждения.

Оргазм в присутствии партнера достигается аналогично после того, как супруги совершили половой акт. Стимуляцию может проводить муж или сама женщина. Мужу рекомендуется разделять нарастающее возбуждение жены во время мастурбации и поощрять открытое проявление ею своего удовольствия.

Прием «мост» предполагает стимуляцию клитора (женщиной, мужчиной или вибратором), когда эрегированный член находится во влагалище. Перед появлением клиторального оргазма мужчина начинает фрикции и завершает половой акт. Эффективность упражнения повышается использованием приема «стоп — старт» (см. ниже), который ликвидирует тревожное ожидание неудачи.

Процедуры при лечении *замедленной эякуляции* описаны выше (см. стр. 346).

Затягивание полового акта может быть связано с женоненавистничеством, в основе которого лежит страх зависимости. Необходимо вызвать конфронтацию мужчины с его враждебными чувствами, помочь ему признать их и принять без чувства вины. Мужчина, неуверенный в своей способности удовлетворить женщину, нередко использует в качестве защиты излишнюю заботу о своей партнерше. В упражнении «стоп — старт» мужчине предлагается роль «получателя удовольствий», что может обострить у него страх отвержения и/или чувство вины за свой эгоизм. Проработка этих чувств и стоящих за ними половых установок способствует эффективности лечения, однако у мужчины может появиться защитная реакция на улучшение функции, если преждевременная эякуляция была единственным способом бегства от доминирующей, напоминающей мать женщины. Учитываются также реакции сопротивления у жены, которой может не понра-

350

■ряться роль «гейши» или которая при улучшении сексуальных функций у мужа вынуждена отказаться от роли жертвы, не может контролировать его поведение и опасается, что он уйдет к более привлекательной женщине.

При лечении *преждевременной эякуляции* используются два основных приема секс-терапии: «сжатия» (описан выше) и «стоп — старт», который заключается в следующем. Супруги

проводят Предварительные ласки, пока у мужа не возникнет эрекция. После этого он ложится на спину, закрывает глаза и расслабляется, а жена мастурбирует его. Почувствовав приближение оргазма, муж останавливает жену, дожидается ослабления позыва к эякуляции и повторяет процедуру четыре раза; в последний раз он эякулирует. После двух успешных попыток супруги повторяют упражнение с использованием вазелина для усиления приятных ощущений и возбуждения. После трех-четырёх успешных попыток с вазелином упражнение совершается в процессе коитуса. Женщина занимает положение сверху, мужчина направляет ее движения руками, трижды останавливая при приближении оргазма; на четвертый раз он совершает коитальные движения и эякулирует. Затем проводятся три-четыре упражнения в этой позиции с активными фрикциями мужчины и его остановками перед эякуляцией. По мере того, как мужчина будет успешно овладевать самоконтролем, пара может перейти к выполнению упражнения в позиции «на боку» и наконец — в положении «мужчина сверху».

При *вагинизме* женщина вначале вставляет кончик пальца во влагалище в одиночку, наблюдая при этом в зеркало и контролируя свои внутренние ощущения. Эти ощущения и связанные с ними чувства анализируются совместно с психотерапевтом. Постепенно пациентка оказывается способной ввести во влагалище весь палец, затем два пальца, затем в той же последовательности она проделывает указанные процедуры с помощью пальцев мужа. Наконец, с согласия пациентки и под ее контролем муж осуществляет интроитус (введение) смазанным эрегированным членом. Вначале он оставляет пенис во влагалище без движения на несколько минут, затем извлекает его, а при повторных введениях осуществляет нежные замедленные фрикции. Женщина реагирует ответными движениями, сосредоточиваясь на приятных ощущениях. После совершения коитуса обычно наблюдается резкое ослабление тревоги. В течение всего курса лечения женщина совместно с терапевтом анализирует свои внутренние ощущения, сновидения |И фантазии, испытанные ею за последнее время.

351

У депрессивных и паранойяльных пациентов сексуальные дис. функции прочно связаны с личностной психопатологией, их половое поведение носит болезненный и антиэротический характер, а защитные реакции (в том числе сопротивление терапии) крайне инертны. Таким пациентам показана интенсивная **психодинамическая** терапия, направленная на коррекцию эмоциональной и коммуникативной сферы. Анализируются как спонтанные высказывания, так и фантазии и сны, которые супруги переживали в последнее время. Выявляются и прорабатываются такие защитные механизмы, как недоверие, враждебность или амбивалентность по отношению к противоположному полу, страх отвержения, чувство сексуальной неполноценности, непривлекательности и некомпетентности, страх генитальной травмы, латентные гомосексуальные и садомазохистские влечения. Могут быть выявлены связи сексуальных дисфункций с онанофобией, мизофобией, интимфобией и т. д. Нередко сексуальные дисфункции связаны с неразрешенным эдиповым конфликтом: страхом инцеста, табу на чувственное удовольствие и сексуальную агрессию.

**Групповая терапия** применяется при лечении сексуальных дисфункций для коррекции нарушений межличностных отношений, а также для устранения чувств уникальности страданий, неуверенности в излечении и одиночества. Предпочтительнее включить пациента в состав гетерогенной группы больных неврозами, ориентированной на осознание общих патогенетических

механизмов психогений, в том числе сексуальных дисфункций. Группа используется как терапевтическое зеркало, поддержка и образец, она предоставляет возможность для личностного роста — в частности, в коммуникативной сфере. В результате внимание больного переключается с ожидания сексуальной неудачи на установление доверительных интимных отношений. Стремление пациента к достижению сексуального «результата» заменяется на наслаждение эротическими играми и собственной половой ролью. Эффективными являются также группы дисфункциональных супружеских пар с учетом следующих противопоказаний: один из партнеров не желает сотрудничать, больной страдает тяжелой депрессией или психотическим расстройством, имеется сильное отвращение к детальному аудиовизуальному материалу или выраженный страх перед группой.

© *Приходит к врачу женщина.*

— *Доктор, мне нездоровится: бессонница мучает, аппетита нет.*

— *Заведите себе любовника.*

352

*Через неделю — снова визит к врачу.*

— *Не помогает, все нездоровится.*

— *Заведите себе двух любовников.*

*Через две недели женщина опять прибегает к врачу:*

— *Доктор! Здоровье поправилось, но дайте мне справку для мужа, что я не проститутка, а лечусь!*

*Литература*

*Александр Ф. Психосоматическая медицина: Принципы и практическое применение. — М., 2002.*

*Берн Э. Секс в человеческой любви. — М., 2000.*

*Бройтигам В. и др. Психосоматическая медицина: Краткий учебник. - М., 1999.*

*Володин В. С. Основы медицинской сексологии: Курс лекций: Учебное пособие. — М., 2003.*

*Брилл А. Лекции по психоаналитической психиатрии. — Екатеринбург, 1998.*

*Дернер К., Плог У. Заблуждаться свойственно человеку: Учебное ! пособие по психиатрии и психотерапии. — СПб., 1997.*

*Еникеева Д. Сексуальная патология. — М., 1997.*

*Исаев Д. Н. (ред.) Сексология. - СПб., 2001. Щаплан Х. С. Сексуальная терапия: Иллюстрированное руководство. — М., 1994.*

*Келли Г. Основы современной сексологии. — СПб., 2000.*

*Кемпер И. Практика сексуальной психотерапии. Т. 1 — 2. — М., 1994.*

*Кермани К. Аутогенная тренировка. — М., 2002.*

*Кибрик Н. Д., Андрианов В. В. Особенности психотерапевтической помощи суицидентам с сексуальными дисгармониями: Методические рекомендации. — М., 1993.*

*Кляйн М. Зависть и благодарность: Исследование бессознательных источников. — СПб., 1997.*

• *Кон И. С. Введение в сексологию. — М., 1999.*

*Кочарян Г. С, Кочарян А. С. Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов. — М., 1994.*

*Кратохвил С. Психотерапия семейно-сексуальных дисгармоний. — М., 1991. ЪКришталъ В. В.,*

*Григорян С. Р. Сексология. — М., 2002.*

Кэмерон-Бэндлер Л. С тех пор они жили счастливо: Простая и эффективная психотерапия сексуальных проблем и трудностей во взаимоотношениях. — Воронеж, 1993.

М- 5184

353

Лев-Старович С. Партнерский секс. — М., 1990.

Либих С. С. (ред.) Руководство по сексологии. — СПб., 2001.

Лоуэн А. Любовь и оргазм. — М., 1998.

Любан-Плоцца Б. и др. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике. — СПб., 2000.

МакДугалл Дж. Театр души: Иллюзия и правда на психоаналитической сцене. — СПб., 2002.

МакДугалл Дж. Тысячеликий Эрос: Психоаналитическое исследование человеческой сексуальности. — СПб., 1999.

Мастере У. и др. Основы сексологии. — М., 1998.

Менделевич В. Д Гинекологическая психиатрия. — Казань, 1996.

Пайнз Д. Бессознательное использование своего тела женщиной. -СПб., 1997.

Рот Й.-В. Символдрама при психосоматических гинекологических заболеваниях у женщин и при сексуальных нарушениях у мужчин и женщин // Символдрама: Сб. научных трудов / Под ред. Я. Л. Обухова и В. А. Поликарпова. — Минск, 2001. — С. 397-401.

Святоц А. М. Женская сексопатология. — М., 1988.

Святоц А. М., Екимов М. В. Сексопатология: Ситуационные задачи. -СПб., 1999.

Старшенбаум Г. В. Сексуальная и семейная психотерапия. — М, 2003.

Тювина Н. А. Психические нарушения у женщин в период климактерия. — М., 1996.

Фенихель О. Психоаналитическая теория неврозов. — М., 2004.

Фрейд З. Психология сексуальности. — Минск, 1993.

Хамитова И. Семейная история: Влияние на переживание женщиной беременности и родов // Моск. психотер. журнал. — 2001. - №3.

Хорни К. Женская психология. — СПб., 1993.

Щеглов Л. М. Сексология. Врачу и пациенту. — СПб., 2001.

Яффе М., Фенвик Э. Секс в жизни мужчины. — М., 1990.

Яффе М., Фенвик Э. Секс в жизни женщины. — М., 1991.

Becker H., Sent W. Praxis der stationären Psychotherapie. — Stuttgart, 1988.

Eysenck H. Y. Sex and personality. — London, 1976.

•

## БОЛЕЗНИ И РЕАКЦИИ НА НИХ

*Mens sana in corpore sano* /Здоровый дух — в здоровом теле/.

Ювенал

**Б** Для **соматогенных психических расстройств (F54)** характерна квадриада Курта Шнайдера (Schneider, 1967): наличие выраженных соматических расстройств, связь во времени между соматическими и психическими нарушениями, параллелизм в течении психических и соматических расстройств, возможность появления органической симптоматики. Соматогенные расстройства ограничены определенным кругом патологических состояний: астенические, неврозоподобные, аффективные, бредовые, состояния помраченного сознания, органический

психосиндром. Важное значение в происхождении и клинической картине расстройств имеют реакции на болезнь — нозогении. Они связаны с субъективно тяжелыми проявлениями болезни, распространенными среди населения представлениями об опасности диагноза, ограничениями, налагаемыми соматическим страданием на бытовую и профессиональную деятельность. Нозогенные реакции встречаются в соматических отделениях чаще всех других психических расстройств — у 28% больных.

## **РЕАКЦИЯ НА БОЛЕЗНЬ**

Нозогении — реакции личности на болезнь — зависят от многих факторов: характера заболевания, его остроты и темпа развития; представлений больного об этом заболевании; личности больного; характера и обстановки лечения; отношения к болезни значимых других лиц. Имеет значение и возраст больного. У молодых болезнь приводит к нарушению планов на будущее, у больных среднего возраста она препятствует выполнению замыслов, пожилыми часто воспринимается как неизбежный конец.

Факт соматического заболевания является для личности стрессом, так как возникает ситуация неопределенности и тревожного ожидания с дефицитом информации и непрогнозируемым исходом. По мнению К. А. Скворцова (1958), в подобной ситуации отмечается «поворот интересов, мыслей и чувств от внешнего мира к собственному телу и его функциям, избирательный контакт с окру-

23. 355

I

жающими, поиск помощи, фиксация внимания на болезни, эгоц. тризм. Наблюдаются сдвиг мышления в сторону эмоционального и аутистического, застой и наплывы мыслей, интерпретации, оскудение интересов и инициативы, развитие гипобулических механизмов, склонность к автоматизмам, внушаемости и негативистическим тенденциям, своеобразные изменения речи, мимики, моторики тела, своеобразная эффективность, витальные ощущения угрозы, изменение течения времени, развертывание воспоминаний».

Нарушенная соматическая функция вызывает нарциссическую обиду и ипохондрию. Затем больной переживает чувство утраты здоровья и статуса, у него возникают фрустрационно-агрессивные намерения, он становится раздражительным, завидует здоровым и враждебно относится к ним, несмотря на их заботу и уход. Это ухудшает отношение к нему близких и медработников, усугубляя положение больного. У хронически больных фрустрационная агрессия подавляется страхом и депрессией, а также потребностью в зависимости, которая свидетельствует не только о регрессии, но и о готовности с благодарностью принимать необходимую помощь и выполнять рекомендации врача. Однако в ряде случаев у хронически больных, особенно невротических, наблюдается защита в форме отрицания с недостаточной критикой к болезни, несоблюдением режима лечения.

3. Дж. Липовски (Z. J. Lipowski, 1983) приводит различные точки зрения пациентов на болезнь:

- препятствие, которое следует преодолеть;
- враг, угрожающий целостности личности;
- наказание за прошлые грехи;
- проявление врожденной слабости организма;
- облегчение, позволяющее уйти от социальных требований;
- стратегия приспособления к требованиям жизни;

- невозвратимая потеря;
- положительная ценность, позволяющая вникнуть в смысл жизни.

А. Е. Личко и Н. Я. Иванов (1980) выделяют 13 вариантов реагирования на телесное страдание:

1. Гармоничный (трезвая оценка своего состояния, разумный подход к лечению; в коррекции не нуждается).
2. Эргопатический («уход от болезни в работу»).
3. Анозогнозический (полное или частичное отрицание болезни).
4. Тревожный (беспокойство и мнительность в отношении болезни и ее осложнений).
5. Обсессивно-фобический (навязчивости и страхи).
6. Ипохондрический (преувеличение опасности болезни, сочетание желания лечиться и неверия в успех лечения).
7. Неврастенический (поведение по типу «раздражительной слабости»).
8. Меланхолический (удрученность болезнью, неверие в успех лечения).
9. Апатический (полное безразличие к болезни и лечебному процессу, пассивность).
10. Сенситивный (чрезмерная озабоченность впечатлением, которое болезнь производит на окружающих; боязнь стать обузой для близких).
11. Эгоцентрический («уход в болезнь»; выставление напоказ своих страданий и манипулирование окружающими с помощью болезни).
12. Паранойяльный (уверенность в том, что болезнь — результат чьего-то злого умысла, недоверие к врачам и подозрительность в ходе лечения).
13. Дисфорический (зависть и ненависть к здоровым, обвинение других в своей болезни, деспотизм).

Выделяют следующие механизмы, участвующие в патогенезе и хронизации заболевания.

*Неврастенический* тип характеризуется конфликтом между перфекционизмом и низкой самооценкой; болезнь позволяет пациенту уйти от необходимости следовать недостижимому «Я-идеалу». При *астено-депрессивном* варианте наблюдается эмоциональная неустойчивость, малая выносливость к раздражителям, ослабление побуждений к деятельности, ощущение разбитости и подавленности, удрученности, тревожности. Такое состояние способствует восприятию всех событий в мрачном свете, пессимистическому настрою, неблагоприятно сказывается на течении болезни и снижает эффективность лечения.

*Психастеническому* типу свойственна алекситимия и низкая способность к принятию самостоятельных решений; болезнь дает возможность пациенту использовать «язык тела» во взаимодействиях с окружающими, которым приходится принимать решения за него. Больной полон тревоги, сомнений и страхов, убежден в худшем исходе, ждет тяжелых последствий. Он испытывает массу неприятных ощущений, вспоминает симптомы болезни, которые были у родственников и знакомых, находит их признаки у себя,

357

ходит от одного врача к другому, одолевает их расспросами. В *цдо. хондрическом* варианте меньше представлена тревога и сомнения, а больше — убеждение в наличии болезни. Состояние таких больных можно временно облегчить спокойной, убедительной беседой, направленной на подробное разъяснение причин их болезненного состояния.

*Истероидный* тип отличается повышенным уровнем притязаний и привычным манипулированием окружающими, на которых с помощью болезни перекладывается забота о благополучии пациента. Болезнь оценивается с преувеличением. Чрезмерно эмоциональная, склонная к фантазированию личность начинает жить болезнью, облакает ее в ореол необычности, исключительности, особого, небывалого мученичества. Такие больные требуют к себе повышенного внимания, обвиняют окружающих в непонимании их состояния, в недостаточном сочувствии их страданиям.

Тип «стрелочника» проявляется в том, что семья использует болезнь пациента для переключения внимания с внутрисемейного конфликта и разрядки напряжения. Взамен больной получает повышенную заботу родственников и манипулирует ими (по истерическому типу). Кроме того, он может по психастеническому типу использовать готовность близких общаться с ним на языке тела и принимать за него ответственные решения.

М. Ю. Дробижев (2000) описывает невротические, аффективные и психопатические нозогенные реакции. *Невротические ги-пернозогностические реакции* представлены тревожно-фобическим синдромом (опасения по поводу исхода соматического заболевания, побочных эффектов терапии, возможности социальной реабилитации). Во время острых состояний, сопровождающихся нарушением дыхания и кровообращения (приступ астмы, гипертонический криз, инфаркт миокарда), у больных возникает страх смерти. У больных ишемической болезнью может развиваться ин-фарктофобия, у больных гипертонической болезнью — инсульт-фобия, у больных бронхиальной астмой — навязчивый страх смерти от удушья во время приступа. Больные, утратившие физическую привлекательность (после удаления передних зубов, ампутации конечности или грудных желез, обезображивающих ампутаций, при наличии кожных заболеваний и гнездного облысения и т. п.) испытывают социофобии, сопровождающиеся избегающим поведением. У раковых больных появляются навязчивые мысли об онкологическом заболевании или воспоминания о пережитой операции. Для них характерно избегание ситуаций, напоминающих

358

об опухолевом процессе (включая отказ от посещения онколога), ангедония, раздражительность и нарушения сна.

*Гипонозогностические невротические реакции* укладываются в синдром «прекрасного равнодушия». Существует диссоциация между соматическими проявлениями вытесненной тревоги (тахикардией, дрожью, потливостью) и отрицанием беспокойства за здоровье. Больные во время приступа болезни демонстрируют пренебрежительное отношение к ней, однако прислушиваются к разговорам о заболевании, просят у родственников принести им специальную литературу, планируют снижение нагрузки после выписки из больницы. Они аккуратно принимают лекарства, охотно выполняют лечебные процедуры, соблюдают щадящий режим. На начальных этапах онкологического заболевания может наблюдаться полное отрицание наличия опухоли, нездоровье при этом объясняется менее тяжелым диагнозом.

*Аффективные реакции* проявляются в виде колебаний настроения, которое обычно бывает подавленным, возможны незначительные когнитивные затруднения. Состояние развивается внезапно или постепенно, выраженность его зависит от тяжести основного заболевания, но в ряде случаев аффективные симптомы сохраняются в течение нескольких недель или месяцев после нормализации соматического состояния. Причиной расстройства чаще служит интоксикация лекарствами, особенно гипотензивными, поскольку последние снижают уровень эйфоризирующе-



го нейромедиатора серотонина. Обычными причинами также являются органические поражения мозга, гормональные и другие соматические болезни.

*Аффективные гипернозогностические реакции* проявляются в виде синдрома тревожной или ипохондрической депрессии. На первый план выступают страх возникновения или обострения опухолевого процесса или другого тяжелого заболевания; страх смерти от внезапного сердечного приступа, нередко сопровождающийся паническими атаками; страх оказаться в ситуации, исключающей возможность медицинской помощи, агорафобия. Кратковременные боли или вегетативные дисфункции воспринимаются как признаки соматической катастрофы и сопровождаются дурными предчувствиями. Больные тщательно регистрируют соматические симптомы, настаивают на повторных диагностических процедурах. Они подавлены, пессимистичны, высказывают идеи необратимости поражения организма, бесполезности лечения, утра-: ты трудоспособности, безнадежности.

359

*Аффективные гипонозогностические реакции* выражаются «эй-форической псевдодеменцией» с неадекватно благодушным на. строением, легкомысленным отношением к болезни, необоснованной уверенностью в быстром выздоровлении, стремлением к активности. Больные строят радужные планы на будущее, нерегулярно принимают лекарства, игнорируют рекомендации врача.

При тяжелых хронических соматических и неврологических заболеваниях возникает астеническая депрессия. Она включает в себя повышенную утомляемость, истощаемость, снижение активности. Больные жалуются на физическое бессилие, утрату энергии, «изношенность». От обычной усталости состояние отличается нарушением общего чувства тела, стойкостью и отсутствием связи с нагрузкой — наоборот, оно ухудшается сразу после ночного сна. Наблюдается также пессимизм с чувством бесперспективности, подавленностью, безразличием, слабодушием, слезливостью.

*Психопатические гипернозогностические реакции* сопровождаются сверхценными ипохондрическими идеями преодоления недуга, восстановления социального статуса, ликвидации причин болезни. Больные при этом увлекаются самолечением, вопреки рекомендациям врача усиленно занимаются спортом. У некоторых больных могут быть сенситивные идеи отношения, когда они считают, что вызывают у окружающих плохое (брезгливое и т. п.) отношение, на работе с ними больше не считаются, родственники отвернулись. Развивается социофобия с самоизоляцией. Сутяжные реакции определяются рентными установками, направленными на оформление инвалидности и получение других льгот по болезни. В ряде случаев больные необоснованно обвиняют врачей в нанесении ущерба здоровью и трудоспособности, в безответственном экспериментировании, некомпетентности и халатности. Они отказываются от проводимой терапии, требуют пересмотреть диагноз и назначенное лечение, настаивают на дополнительном обследовании.

Истерическая депрессия обычно возникает в ответ на разрыв любовных отношений или гибель близких. Больные продолжают «общаться» с близким человеком, ощущая его физическое присутствие, драматизируют свои переживания, ярко воспроизводят сцену похорон, заламывают руки, рыдают, падают в обморок. Для того чтобы получить сочувствие, они могут наносить себе незначительные травмы, высказывать суицидальные угрозы. -

У истероидных больных наблюдается бурная аффективная реакция по поводу утраты внешней привлекательности в результате

травмы или калечащей операции. У них также наблюдается аггравация (сознательно преувеличенные жалобы), проявления синдрома Мюнхгаузена и конверсионные расстройства. Последние включают яркие, образные и отчетливо предметные ощущения: 'гвоздь или игла в сердце, раскаленный шар в животе и т. п.

*Психопатическиегипонозогностические реакции* представлены синдромом патологического отрицания болезни. Хронические постельные больные убеждены, что в ближайшее время встанут на ноги, займутся спортом, начнут активную жизнь. Они отказываются от необходимых лечебных процедур, не обращаются своевременно за неотложной медицинской помощью.

Соматогенные психические расстройства кодируются в МКБ-10 в рубрике F54 (Психологические и поведенческие факторы, связанные с расстройствами или заболеваниями, классифицированными в других разделах). Для уточнения одновременно выставляется шифр соматической болезни из другого раздела. Клинические особенности соматогенных психических расстройств во многом определяются локализацией соматического заболевания.

© — *В желчном пузыре у вас камни, в моче песок, в легких известь...*

—*Доктор, скажите, где у меня глина, и я начну строиться!*

## ГИПЕРТОНИЯ И МИГРЕНЬ

**Гипертоническая болезнь** (F54 + F 45.9) — самое распространенное заболевание, она выявляется у каждого четвертого человека, чаще у полных женщин после 35 лет, и долгое время протекает бессимптомно. 90% случаев являются чисто психосоматическими [ диагностируются как эссенциальная (самостоятельная, от лат. *'ssentia* — сущность) гипертония. Повышенным считается АД выше 160/95 мм рт. ст., при этом могут быть головные боли в области затылка и глазных яблок, тошнота, нарушения зрения, шум в ушах, головокружение, сердцебиение, онемение кистей рук, ощущение ползания мурашек.

Провоцирующими ситуациями обычно бывают состояния долго сдерживаемой тревоги и враждебности, мобилизации, цейтнота. В состоянии острого стресса интенсивно освобождается адреналин, возникает спазм сосудов и давление крови повышается. В период хронического стресса больные испытывают подавлен-

ный гнев, чувство вины за враждебные импульсы, потребность в одобрении со стороны авторитетных лиц.

Начало болезни протекает незаметно и проявляется в виде пери-одических состояний головокружения и оглушенности, ослабления психических и физических возможностей, приступов головной боли. Повышенное АД чаще обнаруживается при случайном измерении. Больные, как правило, проявляют гипонозогностические реакции, полагая, что даже при высоких цифрах АД, если гипертонические кризы отсутствуют, серьезное лечение необязательно.

С течением болезни у них нарастает астения с органическим оттенком: ухудшается состояние при ухудшении погоды, появляются приступы раздражительности, непереносимость шума и резких звуков, обидчивость, плаксивость, подавленность, тревожность, повышенная утомляемость,

сонливость днем и бессонница ночью. Больные по пустякам ссорятся с домашними, конфликтуют на работе. В состоянии эмоционального напряжения у них развиваются истероформные вегетативные или дисфорические приступы.

Разнообразные мучительные ощущения в голове и различных частях тела, возникающие на фоне тревожно-тоскливого настроения, ложатся в основу сенесто-ипохондрического синдрома с нарастанием тревожной мнительности. Часто развивается сосудистая депрессия, при которой снижение настроения и двигательной активности сочетается с угрюмой раздражительностью и ворчливостью; возможно суицидное поведение.

Постепенно формируется психоорганический синдром: ухудшаются память и сообразительность, творческие способности и работоспособность. Сужается круг интересов, больные с трудом переключаются с одного вида деятельности на другой, проявляют слабодушие, капризность, обидчивость и вспыльчивость. Появляются паранойяльные тенденции: больные приписывают окружающим предвзятое, недоброжелательное отношение к себе, усматривают злой умысел в поведении сослуживцев.

На поздних стадиях болезни появляются органические изменения в сосудах головного мозга, сердца, почек. Утолщается мышечный слой артерий, сужается просвет сосудов, повышается его сопротивляемость, это заставляет организм повышать давление крови; формируется порочный круг. Ухудшается проницаемость стенок сосудов для крупных молекул жира, что приводит к отложению атеросклеротических бляшек и развитию склероза мозга, сердца и почек.

Инсульт является третьей по частоте причиной смертности после сердечной недостаточности и рака. Показатель смертности от

362

I инсультов и инфарктов миокарда в России составляет 895 на 1 100000 населения (в США — 351). При инсульте стойко нарушается кровоснабжение участка головного мозга. Гораздо чаще это I происходит не из-за кровоизлияния во время гипертонического криза, а из-за закупорки сосудов с последующим омертвением B участка мозга. Предвестники инсульта — преходящие неврологические симптомы выпадения функций, а также нарастающие ( явления астенического синдрома: головная боль, головокружение, шум в ушах, нарушения сна, неприятные ощущения во всем теле, I особенно в конечностях. Во время инсульта сознание нарушается | вплоть до комы, часто развивается гемипарез — слабость мышц I на одной стороне тела, могут быть судороги, нарушения чувствительности и речи (афазия).

После инсульта нередко развивается ипохондрическая депрессия, которую называют «жалующейся», «ноющей» из-за обилия односторонних назойливых жалоб. Возможны приступы насильственного плача, вспышки тревожного возбуждения и ночные делириозные эпизоды. Наблюдаются проявления соматизированного расстройства: несмотря на стабилизацию АД на фоне адекватной терапии, больные продолжают жаловаться на головные боли и слабость. Заболевание имеет тенденцию к семейному «накоплению». В семьях гипертоников существуют строгие правила взаимоотношений между родителями и детьми, запрещено эмоциональное общение (например, принято не давать ответа, не смотреть в глаза, отворачивать голову). У больных с детства культивируются способности к познанию, аккуратность, пунктуальность, послушание и бережливость. Контакты с людьми ограничиваются близкими родственниками. Большое значение придается соблюдению семейных традиций и моральных норм, особенно в глазах общественного мнения. В детстве больные склонны к приступам гнева, затем из опасений

потерять благосклонность других людей становятся на-И столько уступчивыми, что не могут за себя постоять, хотя и испыты-| тывают раздражение против других.

Личностный профиль больных включает следующие черты: пер-| фекционизм, престижность, стремление к самоутверждению, ин-| тровертированность, эмоциональную лабильность и истероид-| ность, хронический внутриличностный конфликт между агрессив-| ными импульсами и зависимостью от значимого другого. Сочета-| ние этих черт приводит к повышенной готовности к психосомати-| ческому реагированию, особенно при необходимости адаптиро-;| ваться к смене жизненного стереотипа. Больные не отступают пе-

363

ред трудностями, непреодолимые препятствия вызывают у них лишь раздражение и готовность «биться до конца». Стремление к самоутверждению и излишнее чувство ответственности навязывают им роль «рабочей лошадки». Свой гнев за это они переносят с родительской фигуры на начальство, с которым устанавливаются сложные отношения. Сдерживание внешних проявлений агрессии замыкает порочный круг. Став начальником, такой человек избегает приказывать подчиненным, сам выполняет работу за них, проклиная в душе за «лень и безответственность». Даже если он недоволен работой и отношением к себе, он не меняет место работы. Указанные психологические проблемы могут быть усилены семейным окружением больного. Больные обычно умирают от инсульта или инфаркта.

**Терапия.** Применяют валосердин, винкапан, кавинтон, девин-кан, дигидроэрготоксин, верошпирон, раунатин, клонидин, крис-тепин, сермион, триампур, диазепам. На время психотравмирую-щей ситуации назначают транквилизатор оксалидин, ослабляющий тревогу и понижающий АД. В случае возникновения депрессии используют эглонил, обладающий седативным и антидепрессивным действием. При стойких астенических явлениях эффективны ноотропы: пирацетам, пантогам, аминалон. Желательно быстрее переходить на растительные успокаивающие препараты (пустырник, боярышник, сушеницу топяную) и «домашние» средства, которым больные доверяют: горячее молоко с медом, настой калины, листьев мяты, смородины и т. п.

Следует обратить внимание на образ жизни пациента. Важно приучить больного соблюдать режим сна и отдыха, регулярно контролировать АД и вес. Надо убедить его перейти на вегетарианское питание с ограничением жидкости, а также соленого и острого. На поздних стадиях болезни, когда постоянный прием гипотензивных средств становится жизненно необходимым, этому могут помешать опасения по поводу побочного действия лекарств. Такие опасения чаще связаны с нежеланием чужого (химического) контроля, чем с ипохондрическими тенденциями. Справиться с ними помогает подход, при котором больной сам измеряет АД, чтобы контролировать действие препаратов и подбирать подходящие дозировки. Для улучшения саморегуляции сосудистого тонуса используется аппарат биологической обратной связи.

Полезно обучить пациента приемам аутотренинга, причем формулы самовнушения должны быть направлены не только на расслабление мышц и сосудов, но и на коррекцию системы отноше-

364

ЛИЙ больного. Упражнение «Голова» вызывает ощущения тепла в голове, его эффективность повышается при наложении руки на голову. После инсульта, осложненного гемипарезом, для восстановления движений в конечностях используется феномен идеомо-торного акта, когда

представление движения вызывает непроизвольное сокращение мышц. Эффективно также сосредоточивать активное внимание на выполняемых движениях — пассивных или содружественных со здоровыми конечностями.

Проводится ассертивный тренинг, который охватывает такие уровни агрессивности, как эмоциональный, связанный с переживаниями раздражения, недовольства, гнева; личностный уровень, содержащий внутриличностные конфликты, провоцирующие эти состояния; поведенческий уровень, включающий чрезмерный контроль и подавление агрессивных побуждений или их реализацию в социально неприемлемой форме. Используется также когнитивно-поведенческая терапия и телесно-ориентированный тренинг для коррекции алекситимии.

При внешней послушности больные часто скрывают свое несогласие с врачом, свое болезненное самолюбие и тенденцию к соперничеству. Они без видимых причин прекращают лечение, испытывая при этом чувство вины и страх наказания. Для контрпереноса психотерапевта важно, чтобы он чувствовал оппозиционный настрой пациента, не упрекал его за это и не чувствовал себя ущемленным, а вызывал пациента на открытый разговор о негативных чувствах. Следует изучить взаимоотношения в семье пациента, при чрезмерной опеке необходимо побудить пациента к самостоятельной деятельности в трудных ситуациях. При наличии семейных конфликтов проводится семейная терапия.

О. А. Валунов с соавторами (1996) разработали программу групповой психотерапии постинсультных больных с тяжелыми дефектами двигательных, сенсорных и других функций. Лечение проводится в малых группах с использованием приемов «психотерапевтического зеркала», «коррекции масштаба переживания», «лечебной перспективы», направленных на повышение самооценки и укрепления веры в выздоровление. В групповых дискуссиях корректируются неверные представления больных о параличе, проблемы выздоровления и предупреждения повторных инсультов.

Существенное место отводится музыкотерапии, психогимнастике, двигательной терапии, различным методикам игровой терапии; применяются специальные приемы идеомоторной тренировки. Перед выпиской из стационара основная задача психотерапии — снять

365

у больных тревогу и избавить их от опасений лишиться заботы со стороны близких, вселить уверенность в скором улучшении состояния. Параллельно проводится работа с родственниками больных с целью их ориентации на адекватное отношение к пациенту и его заболеванию, а также обучения навыкам ухода за больным. Приведу пример из собственной практики.

Полковник, недавно вышедший на пенсию, плохо спал, страдал гипертонией с головными болями и сердечными приступами. У него возник страх умереть после того, как соседка по даче, особенно на него посмотрев (у него «аж сердце остановилось»), сказала, чтобы он готовился к смерти. А слухи про нее ходили всякие... Полковник полагал, что мое лечебное внушение будет сильнее и победит злые чары соседки. Иначе оставалось только лечь в больницу. Ну а там только от ежедневного измерения давление у него поднималось бы все больше и больше. Ему хватило одного сеанса гипноза. Наладился сон, нормализовалось давление, и через несколько дней он поехал на дачу. В «бронезилете» моих внушений полковник чувствовал себя в полной безопасности даже перед местной колдуньей.

© *Врач-терапевт, проверяя давление у больного, вдруг испугался и воскликнул:*

— *Толи аппарат у меня уже вышел из строя, то ли вас уже нет в живых?!*

**Мигрень** (F54 + G43) (греч. *hemicrania* — половина черепа) проявляется в виде приступов жестокой, почти парализующей головной боли, обычно в одной половине головы. Число больных в США составляет 23 млн. человек. Болезнь передается по наследству по женской линии. Мигрень обычно манифестирует с началом менструаций, приступы чаще возникают во время месячных, после наступления климакса они нередко прекращаются.

Развитие приступа проходит две фазы. В первой фазе сосуды внутренней сонной артерии одного из полушарий головного мозга сужаются и приток крови к некоторым частям мозга уменьшается; в это время резко расширяются сосуды наружной сонной артерии, лицо краснеет. Во второй фазе те же внутренние сосуды расширяются, так что кровь переполняет их, вызывая боль, а наружные — сужаются, лицо при этом бледнеет.

**366**

Приступу часто предшествует характерное для данного больного ощущение, называемое аурой (лат. дуновение ветерка). Приступ может сопровождаться головокружением, тошнотой, расстройством зрения (повышенной чувствительностью к свету, мерцанием). В некоторых случаях больной видит сверкающие точки, шары, зигзаги, молнии, огненные фигуры. Иногда все предметы кажутся увеличенными или уменьшенными (синдром Алисы). Боль от височной области постепенно распространяется на половину черепа или на весь череп. Она бывает пульсирующей, в виде ударов или сверлящей и усиливается светом и шумом, увеличивается при физической нагрузке и ходьбе. Больной стремится уединиться в темной комнате, закрывается с головой в постели. Приступ может длиться несколько часов и даже суток, часто завершается рвотой, поносом. Между приступами пациент здоров. Для больных мигренью характерен высокий интеллект и слабо развитая эмоциональная сфера. Приступ может возникнуть после приема алкоголя; продуктов, богатых витамином В-1 (твердые сыры, куриная печень, бобовые, маринованная сельдь); искусственных подсластителей, шоколада, крепкого кофе и кока-колы, сметаны. Но чаще он провоцируется ситуацией, когда надо успеть сделать к определенному сроку множество дел, выполнить определенные требования, борясь при этом со сдерживаемым гневом. Приступ болезни дает возможность «выйти из игры».

Приступу мигрени сопутствует пониженное настроение. В ряде случаев мигрень предшествует депрессии, в процессе которой также наблюдаются головные боли, однако они уже не носят характер мигрени. Личностные особенности больных сходны с депрессивным типом: склонность к порядку и чистоте, трудолюбие, обязательность, совестливость, пунктуальность, аккуратность, застенчивость, готовность прийти на помощь, доброжелательность к окружающим, склонность брать на себя основную работу. Они легко пугаются и расстраиваются, всегда готовы принять вину на себя, сексуально заторможены, сильно привязаны к своим родителям.

Старые врачи называли жертв мигрени «любителями совершенства». Некоторые современные исследователи описывают «мигре-нозную личность», которая отличается повышенной возбудимостью, обидчивостью, повышенной совестливостью, высоким уровнем притязаний и нетерпимостью к ошибкам других людей. Ф. Фромм-Рай-хманн подчеркивает подавленную враждебность больных, которая представляет собой «враждебную завистливую установку, специфически направленную против интеллектуальных достижений дру-

367

гих. Это имеет значение при выборе органа страдания». Б. Любан-Плоцца и соавторы (2000) отмечают, что мигрень служит «сокрытию душевных конфликтов, которые больной не «должен» сообщать. Приступ мигрени может предоставлять больному элементы вторичного удовлетворения: он дает возможность манипулировать семьей или наказывать окружающий мир». Приступ мигрени возникает, когда вытесненная враждебность направляется на ликвидацию интеллекта объекта («ментальную кастрацию»), а чувство вины обращает этот порыв на собственную голову агрессора. Ф. Александер (2002) также связывает патогенез сосудистых расстройств со сдержанной враждебностью. Полностью заверченный акт агрессии имеет три фазы. Вначале происходит планирование и мысленное представление об акте агрессии. Во второй фазе кровь приливает к мозгу, легким и скелетным мышцам. Завершается агрессивный акт через мышечную активность. Приступ мигрени развивается, когда описанный процесс останавливается в первой фазе. Задержка во второй фазе приводит к повышению АД, в третьей — к обмороку. Подтверждением этой гипотезы является тот факт, что больные мигренью являются «мыслителями», а не «деятелями» (см. И. Ялом «Когда Ницше плакал», 2001).

**Терапия.** Больным рекомендуют исключить из рациона шоколад, какао, орехи, цитрусовые, бобы, помидоры, сельдерей, сыры, а также алкоголь. Для профилактики приступов используют пикамилон, новопассит, беллоид, беллатаминал, пипольфен, никошпан, стуге-рон, обзидан, теоникол, эглонил. Приступ купируют парацетамолом, аспирином, кофетамином, седалгином, эрготамином, эрготалом, эрготоксином, дигидроэрготамином, имиграном, сандомиграном, скополамином, баралгином, вольтареном, ибупрофеном, золмитрипто-ном. Применяют также иглотерапию, массаж, чрезкожную элект-ронейростимуляцию. Эффективно использование биообратной связи. Важно устранить провоцирующие факторы: нарушения режима сна, питания, конфликтные ситуации. Проводится семейная и групповая терапия, направленная на разрешение конфликта, когнитивную перестройку, выработку уверенного стиля общения.

## **ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА**

**Хроническая ишемическая болезнь сердца (ХИБС),** коронарная болезнь, стенокардия — главная причина смертности в развитых странах, в два с лишним раза превышающая показатель смерти от рака. По заключению Всемирной организации здравоохране-

**368**

ния болезнь сейчас приняла характер эпидемии, что связывается с социально-экономическими потрясениями прошлого века и информационной перегрузкой в период научно-технической революции. В нашей стране за последнее десятилетие заболеваемость ХИБС и смертность от инфаркта миокарда, по некоторым данным, увеличилась в 1,5 раза, а в ряде регионов — в два раза. Каждый третий умерший от инфаркта — мужчина в возрасте от 45 до 65 лет. ХИБС часто сочетается с тудоголизмом и профессиональным стрессом, пристрастием к жирной пище и курением, гипертонией и атеросклерозом. Тромбоз коронарных сосудов поражает все более молодых людей, при этом в группе больных от 30 до 50 лет на 7 — 8 мужчин приходится две женщины. Риск инфаркта возрастает на 70% во время стресса на работе или из-за гипертонии и на 50% вследствие избыточного веса.

Стенокардия связана с ишемией — недостаточным кровоснабжением миокарда из-за спазма (стеноза) коронарных сосудов. При стрессе высвобождаются катехоламин и глюкокортикоиды, которые увеличивают потребность миокарда в кислороде. Стресс приводит также к повышенному

содержанию холестерина в крови, который откладывается в виде атеросклеротических бляшек на стенках коронарных сосудов. Если коронарные сосуды поражены атеросклерозом, кровоток во время симпатoadреналовой реакции не усиливается, начинается кислородное голодание миокарда, в сердце истощаются запасы магния и калия, увеличивается содержание натрия. В результате сердечное голодание усугубляется, создается порочный круг.

Приступ стенокардии проявляется в виде одышки с кашлем, чувства стеснения в груди, тяжести и жгучей боли за грудиной, отдающей в левую руку и лопатку. Больные во время приступа испытывают страх, боятся пошевелиться или, наоборот, становятся беспокойными, порываются встать и ходить. Состояние ухудшается ночью и улучшается утром. Классическая стенокардия напряжения при атеросклерозе венечных сосудов характеризуется остротой, однотипностью и кратковременностью приступа с внезапным его началом при физической нагрузке и довольно быстрой ликвидацией после непродолжительного отдыха и/или приема нитроглицерина.

Вне приступов у больных ХИБС наблюдается эмоциональная лабильность, повышенная раздражительность, беспокойный сон с неприятными сновидениями, раннее тревожное пробуждение. Легко возникают астенические реакции, состояния немотивированной тревоги.

Характерна постоянная внутренняя напряжен-

24 — 5184

369

"1

ность, повышенная ранимость, обидчивость, демонстративность дисфорические эпизоды. Нередки проявления кардиофобии и постоянное тревожное ожидание очередного приступа.

Подобные гипернозогностические реакции у больных ХИБС формируются, когда возникают: инфаркт миокарда; аритмия с ощуще. нием нехватки воздуха; частые приступы сердечной астмы с

одыш. кой; стенокардия с частыми и продолжительными приступами, возникающими при физической нагрузке и на улице в холодную погоду и сопровождающимися интенсивными болями за грудиной, отдающими в руку. Для их купирования необходимо регулярно принимать нитраты. У некоторых больных развиваются гипонозогностические реакции с синдромом «прекрасного равнодушия». Они отмечаются, когда приступы стенокардии или нарушения сердечного ритма возникают лишь при эмоциональном напряжении, боли нетипичной локализации и не отдают в руку, проходят без приема нитроглицерина. Аритмия, недостаточность кровообращения и одышка возникают лишь при физическом напряжении, выражены незначительно и купируются антиаритмическими или седативными средствами.

Профиль личности называют *коронарным, или типом А*. Американские кардиологи Г Фридман и Р. Розенман (Н. Friedman, R. Rosenman, 1974) описывают характерное поведение таких больных в беседе с врачом. Их лицо напряжено и враждебно, глаза бегают, часто мигают. Колени постоянно двигаются, пальцы рук постукивают. Речь сопровождается заглыванием воздуха, облизыванием губ, киванием головой. При разговоре они спешат и перебивают собеседника. Ответы чаще крайние, категоричные: «всегда», «никогда». Жесты свидетельствуют о стремлении подчинить собеседника в разговоре. В ссоре они или не дают сказать слова собеседнику, или пропускают его слова мимо ушей, то есть не хотят вникнуть в суть мысли оппонента и снова повторяют свои тезисы. Такие люди думают не о том, что говорит партнер, а о том, что ему ответить.

Жестикулируя, они часто сжимают кулаки, используют неподходящие ругательства, крикливо и громко смеются.



Этот тип также называют *контрфобическим*, так как пациенты отрицают свое желание защиты и зависимости; не могут переносить межличностную близость, скрывают свои страхи, не менее сильные, чем у больных кардиофобией, преодолевают их с помощью тру-доголизма, повышенной двигательной активности («Бегом от инфаркта! »). Обычно они становятся начальниками, так как честолюбивы, склонны к соперничеству, доминированию, стремятся контролировать-

370

вать все происходящее. Их отличает повышенная ответственность за порученное дело, перфекционизм, способность подолгу работать без отдыха, быстрый темп работы. Они целеустремленны, последовательны, сдерживают внешние проявления эмоций. В то же время такие люди нетерпеливы, переживают нехватку времени, не умеют и не желают отдыхать, предпочитая занятия спортом, из-за чего данный тип личности именуют еще и сизифовым. Они ни с кем не делятся своими планами и проблемами, большое значение придают своим сексуальным победам. Наблюдается эмоциональный отрыв больного от семьи, который вначале проявляется в плохой информированности о жизни семьи, а затем — в переносе начальственного стиля отношений в семью. Они невнимательные и высокомерные супруги, властные и злые родители. За столом они едят быстрее всех, их лицо постоянно напряжено, они громко и выразительно говорят, энергично спорят, стремясь оставить последнее слово за собой. Обычно они переедают, много курят и злоупотребляют алкоголем.

Тип А в настоящее время делят на три группы. В первую входят замкнутые, сдержанные люди; они выходят из себя редко, зато долго не могут успокоиться. Вторую группу составляют люди внутренне очень нервные, но умеющие прятать свои чувства. Третья группа состоит из общительных людей, выражающих свои легко изменчивые чувства непосредственно и бурно. В период стресса у людей типа А резко повышается активность симпатической нервной системы, интенсивно вырабатываются ка-техоламины, которые способствуют повышению частоты сердечных сокращений и сужению сосудов, что затрудняет работу сердца, приводит к микроскопическим повреждениям стенок коронарных сосудов и их «ремонт» атеросклеротическими отложениями. Кроме того, изменение уровня катехоламинов в крови вызывает колебания тонуса сосудов, что снижает их эластичность.

В психодинамике болезни выделяют три стадии.

Первая — *гиперактивности*, когда честолюбивый и трудолюбивый человек целеустремленно делает карьеру, при этом возникающие трудности вызывают у него нарциссическую обиду и лишь повышают его активность. Он проявляет нетерпение и раздражительность в общении с партнерами, которых рассматривает как неполноценных и мешающих его личному успеху. Ведет себя эгоистично и агрессивно.

Вторая стадия — *гиперкомпенсации* — развивается на фоне хронического перенапряжения, когда высокие результаты достига-

24\*

371

ются за счет сверхурочной работы и недосыпания. На этой стадии возникают приступы стенокардии, когда больной переживает свое бессилие из-за невозможности решить очередную проблему.

Третья стадия — *крушения*. Больной воспринимает серию неудач как свидетельство своей полной

несостоятельности. За фасадом гиперактивности и агрессии теперь скрывается смертельно усталый человек, раздавленный грузом не переработанных эмоциональных проблем. Агрессия Супер-Эго, которую он всю жизнь направлял против других, теперь обращается против него самого.

**Инфаркт миокарда.** Ишемия во время приступа стенокардии может привести к некрозу мышцы сердца — инфаркту миокарда. Предынфарктное состояние включает ощущения усталости, вялости, нарушение концентрации внимания, головокружение, расстройство сна, безотчетную тревогу. Нередко больные вытесняют эти ощущения, проявляют эйфорию с опасной в их состоянии двигательной активностью. В остром периоде нарастают боли, нарушается ритм сердца, кожа становится холодной и влажной, может быть одышка, тошнота и рвота, колики в животе. Возникает страх смерти, беспокойство, гнев, чувство безнадежности; возможно тревожно-тоскливое состояние с суицидальными тенденциями. Характерна гиперестезия: больных раздражает даже тихая речь, неяркий свет, легкое прикосновение мягкого белья.

В первый день после инфаркта больные испытывают страх, который на второй день может смениться анозогнозией. В последующие три недели наблюдается депрессия: больной томится, мимика и жесты заторможенные, оцепенелые. Интересы отсутствуют, характерно стремление к уединению. Наблюдаются астеноипохондрические и фобические проявления: больные жалуются на резкую слабость, повышенную утомляемость, боятся подниматься с постели, когда врач назначает активный режим, так как опасаются повторного инфаркта. Хотя больные пытаются скрывать свою тревогу, становится очевидным их «уход в болезнь» с преувеличенно пессимистической оценкой своего состояния. Нередко уже при удовлетворительном соматическом состоянии нарастает ипохондрическое развитие личности.

**Терапия.** При стенокардии применяют но-шпу, сустак, корин-фар, нитроглицерин, диазепам, грандаксин, нуредаль. При лечении инфаркта используют нитраты, гепарин, анальгин, амидопирин, новокаин, опиаты, диазепам, пипольфен, дропериодол. При депрессивных включениях применяют антидепрессанты.

Фред Кернер (2002) предлагает простые способы расслабления плечевого пояса, который обычно напряжен у больных ХИБС:

372

проходя через двери, упирайтесь руками в противоположные стороны дверного проема и жмите на них, словно хотите раздвинуть. Садясь, глубоко вздыхайте и медленно выдыхайте. Выполняя обычные действия (говоря по телефону, открывая ящик стола, подписывая письмо), пожимайте плечами. Раз в полчаса откидывайтесь на спинку кресла и сильно потягивайтесь. Вставая, наклонитесь и дотянитесь до носков ботинок, расслабив при этом руки и плечи.

Применяется гипнотерапия в индивидуальной и групповой форме (в диагностически однородной группе больных). Формулы внушения желательно строить в неимперативном стиле, в виде разъяснений, убеждений. При составлении формул внушения следует исключить ощущения, связанные с тяжестью и скованностью в теле, поскольку они могут приводить к усилению тревоги за работу сердца и появлению неприятных ощущений в груди. Более эффективны внушения ощущений тепла и легкости, свободы в груди. Малогипнабельным больным с установкой на повышение способности к саморегуляции больше показана аутогенная тренировка в группе, где они имеют возможность отреагировать свои негативные эмоции во время бесед о применении навыков аутотренинга в текущей жизни. Это способствует снижению психовегетативного напряжения и переключает внимание больного на приятные ощущения и события. Занятия

необходимо проводить не реже трех раз в неделю и регулярно заниматься самостоятельно после обеда и перед сном; курс лечения рассчитан на один месяц.

Т. А. Языкова и В. П. Зайцев (1990) разработали когнитивно-поведенческую терапию, направленную на коррекцию проявлений поведения типа А. Пациентов прежде всего учат распознавать, в каких ситуациях они ведут себя по типу А и какие установки приводят к такому поведению. Затем пациент обязуется произвольно уменьшить количество подобных реакций, избегая определенных ситуаций или изменяя их. Кроме того, пациенты учатся говорить тише, замедляют темп своей речи и ходьбы. В заключение пациенты проходят курс аутотренинга. Хорошо зарекомендовало себя формирование групп импульсивных, адаптивных и регрессивных пациентов. В первой группе с учетом двигательных потребностей больных проводятся спортивные занятия. Во второй — аутотренинг с элементами поддерживающей групповой терапии. В третьей группе пациенты исследуют свои тенденции зависимого поведения и депрессивных реакций. С больными проводятся также групповые занятия, направленные на выработку мотивации к освобождению от пищевой, табачной и

373

алкогольной зависимости, трудоголизма, аддикции к цейтноту и физическим нагрузкам.

Э. Г. Эйдемиллер и В. Юстицкис (1999), для того чтобы укрепить семейные связи пациента, привлекают его супругу, вместе с которой находят способы повышения привлекательности семейной жизни для больного. Это может быть приобретение красивого платья, кокетство, основания для легкой ревности, дружба с женой начальника мужа, обнаружение собственной неуверенности в роли воспитателя, обращение к мужу с просьбой помочь и т. п.

Приведем пример (по Пезешкиану, 1996).

Директор фабрики 50 лет был направлен на психотерапию после перенесенного инсульта и инфаркта. Вначале он держался сдержанно и непроницаемо, но затем поведал следующее. «Моя болезнь, причина всех моих страданий и операций, не прошла и сегодня: это моя педантичность, вспыльчивость и агрессивность. По словам моих врачей, мои страдания возникли вследствие чрезвычайно сильного стресса. В последние семь лет мне удалили 1/2 поджелудочной железы, желчный пузырь, двенадцатиперстную кишку, 2/3 желудка и участки кишечника. Последний год перед разводом, произошедшим не по моей инициативе, я боролся за сохранение моего брака и страдал сильной депрессией. Сердечно-сосудистые нарушения начались у меня после развода и разлуки с моим ребенком, которого я люблю больше всего на свете. Так дело дошло до инфаркта миокарда и инсульта. Сейчас мне хочется в покое и согласии прожить оставшееся мне время, месяцы или годы с моей новой супругой и позаботиться о нашей фабрике: несмотря на двух очень способных сотрудников, руководство предприятием, планирование, маркетинг, издание проспектов, остаются по-прежнему в моих руках».

© *Сердце — очень хрупкая вещь: оно бьется (Цаль Меламед).*

## **БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА И ТУБЕРКУЛЕЗ**

**Бронхиальная астма** (F54 + J45) — наиболее распространенное хроническое заболевание в детском и подростковом возрасте. В 90% случаев оно начинается в возрасте до пяти лет. Мальчики болевают в 2 — 3 раза чаще девочек. К подростковому возрасту половина детей выздоравливает. Среди взрослых пик заболевания приходится на возраст 21 — 35 лет, болеют преимущественно женщины.

374

Приступ астмы включает спазм бронхов, судорожное сокращение диафрагмы, кашель, отек слизистой дыхательных путей и повышенную секрецию слизи. У больного особенно затруднен выдох, который становится громким, свистящим, длительным. Он испытывает острую нехватку воздуха, учащенно дышит, задыхается, «борется за воздух». В дыхании участвует вспомогательная мускулатура: живота, шеи, груди. В это время больной полностью поглощен своим дыханием, с ним трудно установить контакт. Наблюдаются цианоз кожных покровов, учащенное сердцебиение, боли в животе, перерастяжение грудной клетки. Приступ астмы может затянуться на несколько дней.

Приступы могут быть обусловлены стрессом, инфекцией дыхательных путей, аллергией. Острый приступ часто провоцируется вдыханием холодного воздуха, табачного дыма, свежей краски или контактом с аллергеном. Перед приступом может быть кашель, насморк, приступообразное чихание на фоне раздражительности или вялости, расстройства внимания, навязчивости. Многие дети могут вызывать у себя приступ произвольно — через напряжение, изменение дыхания, неосознанно используя болезнь, чтобы избежать скучных занятий, получить больше внимания и т. д. Большинство детей, особенно девочки, вытесняют болезнь из сознания, связывая с этим словом другие расстройства. Они жалуются на плохое самочувствие, слабость, головную боль, температуру и в последнюю очередь — нарушения дыхания. В их переживаниях большее место занимают не телесные симптомы, а реакция на болезнь: сниженное настроение, страх, раздражение, чувство неполноценности, у подростков — невозможность получить интересную специальность.

Больные переживают сильную тревогу, связанную с зависимостью и разлукой. Они избегают как чрезмерной близости, так и излишней дистанции. Если этот баланс нарушается, у них возникает приступ астмы. Характерными патогенными ситуациями являются такие, которые требуют выражения враждебных или нежных чувств. Характерным примером является предстоящее сближение (так называемая астма первой брачной ночи).

Защитным поведением служит повышенная чувствительность, и склонность к реакциям страха, недоверчивость, педантичное упрямство в сочетании с уступчивостью. Больные живут с ощущением цейтнота, они пунктуальны, вечно спешат, чтобы всюду успеть. ■ У многих отмечается повышенная чувствительность к запахам нечистот, а также к «грязным» поступкам окружающих и собствен-

375

i

ным «грязным» помыслам. Женщины часто страдают мизофобией, навязчивым стремлением к чистоте и фригидностью, мужчины — импотенцией.

К преморбидным личностным чертам обычно относятся необычная чувствительность, впечатлительность, тревожность, возбудимость, пугливость, обидчивость, эмоциональная изменчивость, склонность к развитию пониженного настроения. В начальном периоде болезни особенно часто возникают астено-депрессивные реакции на болезнь, проявляющиеся в виде пониженного настроения и мыслей о безысходности существования и неизлечимости болезни. Пациенты при этом становятся молчаливыми, задумчивыми, жалуются на однообразные мысли об «утраченном здоровье», неопределенном, безрадостном будущем. Такие мысли особенно

беспокоят их перед засыпанием. У некоторых появляются опасения, что на самом деле они больны раком легких или туберкулезом, они прислушиваются к своим ощущениям, находят все новые признаки неизлечимого заболевания. При фобической реакции больные с тревогой ожидают появления нового приступа астмы, испытывают другие навязчивые страхи.

У многих пациентов отмечаются неврозоподобные реакции на приступ и на болезнь в целом, которые усложняют клиническую картину, привнося в нее черты ипохондричности, болезненной тревоги и опасений, вызывая негативистические установки по отношению к лечению и порождая недоверие к врачу. У детей, больных астмой, наблюдается эмоциональная неустойчивость и лабильность, истероидность с выраженными эгоцентрическими чертами и сниженной способностью к ролевому взаимодействию при общении. Для них характерны демонстративное поведение, стремление завоевать внимание, незамедлительно получить желаемое, жажда иметь успех, переоценка собственной личности, впечатлительность и бурная эмоциональность. У подростков-астматиков отмечаются проблемы в конструктивном разрешении межличностных отношений, сдерживаемая неадекватная агрессия, инфантильное поведение, зависимость, повышенная требовательность, «прилипчивость».

При хронической астме у большинства больных заостряются истероидные черты. Под влиянием незначительных волнений, обид, изменений самочувствия, а иногда и без видимого повода у них появляются ощущения комка в горле, общая дрожь, выраженный тремор конечностей. Нарастает ипохондричность и тревожность. Больные воспринимают усиление сердцебиения и учащение дыхания при физической нагрузке как признаки начинающе-

376

Гося приступа астмы. Отмечается фиксация на дыхательной функции, на своих ощущениях и переживаниях, пессимистическая оценка возможности выздоровления, постоянный самоанализ болезненных ощущений и назойливые жалобы. У некоторых больных появляется мысль, что они больны туберкулезом или раком. При тяжелом течении заболевания появляются выраженные вегетативно-сосудистые и астенические проявления с колебаниями настроения от суицидальных мыслей на пике приступа до эйфории после него. Нарастает тенденция к самоизоляции.

Каждый третий больной вырастает в неполной семье, каждый четвертый — в семье алкоголиков. Во многих случаях заболевание начинается непосредственно после развода родителей. Родители обычно отличаются претенциозностью, подозрительностью, ревностью, оказываются несостоятельны как воспитатели. В раннем детстве мать обычно запрещает такому ребенку кричать, плакать и т. п. Он растет необычайно чувствительным, возбудимым, тревожным, пугливым, впечатлительным и обидчивым, склонным к пониженному настроению. Замечено, что матери больных бронхиальной астмой, негативно относящиеся к браку сына или дочери, стремятся вызвать у них чувство вины по этому поводу, что нередко провоцирует у взрослых детей приступ астмы.

Жизнь пациента определяется в основном стремлением справиться со страхом быть покинутым. Астматические приступы символизируют амбивалентную реакцию на возможность разлуки с матерью как источником безопасности и в то же время — опасных соблазнов.

Астматики, как правило, обладают компульсивным характером со всеми особенностями анально-садистической ориентации. У них заметна тенденция к невозвращению, удержанию, сохранению. Симптом бронхоспазма расценивается как символическое выражение личностного конфликта

между потребностью пациента в нежно-Е сти и страхом перед ней, а также противоречивости в решении про-| блемы «брать и давать». Астматическое свистящее дыхание рассмат-| ривается как сдавленная мольба о любви и защите, как сцена плача I легких. Характерно, что приступ астмы в ряде случаев может закан-| чиваться рыданием. Агрессия у больных не вербализуется, они «не I выпускают свой гнев на воздух», агрессия не проявляется в поведе-| нии и не вытесняется. Вместо этого она трансформируется в гетеро-| агрессию и соматизируется, душит самого больного. Анальная ориентация пациентов обычно развивается от акцентуации обоняния к акцентуации дыхания. В акте обоняния частицы

377

внешнего мира втягиваются в тело, и для ребенка респираторный эротизм наряду с анальным играет важную роль. Регрессия к этому уровню при актуализации вытесненного конфликта вызывает обостренную чувствительность к «грязным» запахам. Таким образом может возникнуть аллергия к некоторым веществам, которые имеют для больного символическое значение.

Распространенным аллергеном является пыльца растений — субстрат их размножения, домашняя пыль, особенно скапливающаяся в подушках и матрасах, а также в коврах, шерстяных и меховых вещах. Приведем пример (по Бройтигаму с соавт., 1999).

У семнадцатилетней школьницы с пяти лет начались астматические приступы и возникла повышенная чувствительность к комнатной пыли и перьям в постельных принадлежностях. В больнице у нее на фоне хорошего состояния неожиданно развился тяжелый астматический приступ после того, как она надела перешитое платье матери. При тщательном расспросе было установлено, что больная с раннего возраста находилась в отношениях соперничества с матерью. Когда ей было пять лет, мать внезапно застала ее за игрой во время послеобеденного отдыха (в их доме строго соблюдался режим). При этом мать уложила дочку в постель рядом с собой. Было жарко, мать вспотела, и девочка почувствовала отвращение. Тогда у нее и возник первый приступ. Кожный тест с растворами, содержащими пот разных людей, давал отрицательные результаты, пока не провели пробу с подмышечным потом матери.

**Терапия** бронхиальной астмы включает применение теофедри-на, антастмана, астматина, солутана, либексина, перитола, беллои-да. Используются также валериана, новопассит, реланиум, элениум. Для купирования приступа применяют сальбутамол, атровевнт, беродуал, беротек. При возникновении фобических расстройств показаны фризиум и фенибут. У больных с выраженной депрессивной симптоматикой и алекситимией отмечается эффект от применения эглонила. Астено-депрессивные проявления на более поздних этапах заболевания купируются мягкими антидепрессантами — леривоном и коаксилом. На всех этапах лечения астмы, особенно с аллергическим компонентом и астеноипохондрическими проявлениями, эффективен терален. Широкое распространение получила дыхательная терапия, нацеленная на снятие напряжения и отвлечение внимания, а также

378

облегчение контакта с психотерапевтом. В интервалах между приступами применяют технику вдоха (дыхание методом зевка при закрытом рте), сосредоточение на усиленном брюшном дыхании и выдох через сжатые губы. Техники дыхания, а также позы релаксации применяются во время астматического приступа. Для предупреждения приступов используется систематическая десенси-тизация и другие методы поведенческой терапии. Гипносуггестив-ная терапия показана

при отсутствии острого инфекционного процесса в дыхательных путях и отчетливом психогенном влиянии на происхождение заболевания и возникновение приступов. При явном аллергическом провоцировании приступов полезны приемы f НЛП, нейтрализующие аллергическую реакцию. В технике символдрамы прорабатываются основные конфлик- ты, характерные для больных бронхиальной астмой: близости/ди-! станционирования и зависимости/независимости. Используются воображаемые ситуации, связанные с переходом границ или их от-і сутствия (в виде бесконечных далей), подъема и спуска. Эти сцены | отражают первый опыт контакта через кожу и слизистые оболочки, опосредующий взаимодействие с окружающим миром рань-' ше, чем зрение и слух. Н. Пезешкиан (1996) при проведении разработанной им пози-І тивной терапии рассказывает больным притчу, демонстрирующую І значение психического фактора в купировании приступа. «Одного астматика тяжелый приступ удушья внезапно настиг в постели. Была теплая ночь, он находился в гостинице, и ему казалось, что он задыхается. Он добрался до двери, распахнул ее и несколько раз глубоко вздохнул. Свежий воздух подействовал благотворно, и приступ вскоре отпустил его. Когда на следующее утро он проснулся, то понял, что открывал ночью не дверь комнаты, а лишь створку платяного шкафа».

Применяется также семейная и конфликт-центрированная терапия, ориентированная на ближайшее окружение пациента. Груп-

' повая терапия устраняет социальную изоляцию больных и обогащает их репертуар навыков совладания с трудностями. К. Льюис и

■ соавторы, например, разработали программу для детей, включающую пять занятий:

- 1) Что такое астма и как она действует на мое тело.
- 2) Почему у меня астма и что она вносит в мою жизнь.
- 3) Что и когда надо делать.

379

4) Как принимать решения.

5) Как примирить желания и необходимость.

Проводятся занятия аутогенной тренировкой в группе «Дыхание» для устранения страха перед приступами, коммуникативный тренинг, направленный на ликвидацию алекситимии. В терапевтической группе больные обмениваются опытом совладения с болезнью, поддерживают друг друга, лучше понимают бессознательные механизмы болезни.

© Молодая студенческая пара выходит с очередной лекции. Муж задумчиво говорит:

— Знаешь, дорогая, оказывается, то, что мы с тобой считали оргазмом, на самом деле — бронхиальная астма.

Туберкулез легких развивается лишь у 5 — 10% инфицированных туберкулезной палочкой, выявлена наследственная предрасположенность. Заболеваемость туберкулезом в России составляет 92,1 на 100000 населения (в США - 5,8).

У больных наблюдается хронический субфебрилитет, потливость, кашель с кровавой мокротой, одышка, в легких появляются полости — каверны, увеличивается худоба, слабость. Больные отличаются эмоциональной лабильностью, повышенной возбудимостью, они ипохондричны, раздражительны, чувствительны, эгоцентричны, эротичны, двигательно оживлены. Под влиянием длительной изоляции в медицинском учреждении, отрыва от семьи и привычного быта, нарушения работоспособности у больных появляются опасения заразить близких, нарушения сна и аппетита,

головокружения и головные боли, повышенная утомляемость. Настроение может быть подавленным, тоскливым, с обилием мрачных мыслей, или беспечным, с недооценкой тяжести своего состояния, когда исчезает критическое отношение к своей болезни, нарастают поведенческие расстройства с алкогольными эксцессами. В этих случаях особое значение приобретает борьба с курением, употреблением алкоголя и наркотических веществ (кодеина, дионина и др.), которые утяжеляют течение болезни. Возможны спутанность сознания, а также хронически протекающие аффективные и бредовые психозы. При длительном течении болезни возможны стойкое снижение интеллекта, эпилептиформные припадки, корсаковский синдром. Болезнь начинается под влиянием постоянного изнуряющего напряжения, например, когда надолго затягивается выбор профессии или супружеского партнера, как у Чехова и Кафки, или соци-

380

альной позиции, как у Горького. Болезнь представляет собой эквивалент жизненно важного решения. Когда ситуация разрешается извне, болезнь становится ненужной, происходит выздоровление. Оно может наступить в теплом гнездышке туберкулезного санатория, но возвращение больного в сложную для него жизнь приводит к рецидиву. В личности больных наблюдается лабильность самооценки и повышенная ранимость при утрате любви. При этом одни испытывают необычайную потребность в симпатии (М. Горький), другие настолько боятся пассивной зависимости, что любой ценой [ избегают ее (Чехов и Кафка).

Франц Кафка в известном «Письме к отцу» пришел к заключению, что у него «под влиянием нечеловеческого напряжения вследствие желания жениться кровь хлынула из горла». Он имел в виду свой туберкулез, который начался с кровотечения и через 7 лет и привел его к смерти. Кафка пишет невесте: «Два человека, что борются во мне или, вернее, из чьей борьбы я весь, вплоть до последней частички моего существа, состою, — это добрый и злой. Втайне я считаю, что моя болезнь вовсе не туберкулез, а общее мое банкротство. Кровь исходит не из легких, а из раны, нанесенной обычным или решающим ударом одного из борцов». В своем «напряженном желании жениться» Кафка потерпел неудачу с многими женщинами, и причиной этого была, несомненно, его потребность в симбиотических отношениях и одновременно страх перед ними. «Самое важное, не зависящее от частных затруднение заключалось в том, что я вообще духовно не способен жениться. Это проявляется в том, что с того момента, как я решу жениться, я не могу больше спать, голова у меня гудит день и ночь, у меня нет больше жизни, я мечусь в отчаянии. Это не то чтобы заботы, которые меня | осаждают, заставляя бегать, невзирая на мою флегматичность и педантизм, хотя это приканчивает меня, как черви заканчивают работу могильщика, но я решительно охвачен иным — всеобъемлющим страхом, слабостью, неуважением к себе».

**Терапия.** Назначают изониазид, рифампицин, стрептомицин, ка-намицин, пипразинамид, этионамид, этамбутол, циклосерин, флоримицин, ПАСК. Применяют хирургические методы: вдувание, френотомию, торакопластику. Лечение занимает несколько месяцев и / проводится в туберкулезных диспансерах, больницах и санаториях. Многочисленные наблюдения показывают, что каверны в легких закрываются лишь тогда, когда затягиваются эмоциональные раны. Важное значение имеет изоляция больного от травмирующей ситуации, помещение его в



условия щадящей и поддержива-

ющей среды, длительный доверительный контакт с лечащим вр. чом. Необходимо глубоко вникать в личные и внутрибольничные конфликты больного, учитывать особенности его личности, жизненные интересы и насущные заботы.

А. Л. Гройсман (2002) разработал программу психотерапии больных туберкулезом, которая включает следующие меры:

- коррекция пессимистического отношения к болезни или игнорирования ее тяжести;
- коррекция неверия в выздоровление, в действенность лекарственной терапии;
- примирение с необходимостью длительного пребывания в стационаре и соблюдения лечебного режима;
- налаживание сна, аппетита, борьба с курением и алкоголизацией;
- устранение условнорефлекторно зафиксированных реакций и симптомов: удушья, побочного действия лекарств, подъема температуры, бессонницы и т. п.;
- создание психотерапевтической атмосферы для противодействия отрицательному влиянию некоторых больных.

Больные обучаются в группе мышечной релаксации, которую применяют для улучшения сна, профилактики возможных психогенных подъемов температуры, побочных эффектов лекарств и усиления их лечебного воздействия с помощью самовнушения. Поскольку у некоторых больных с закрытой формой туберкулеза возникает страх перед суперинфекцией по отношению к бацилло-выделителям, из них формируют отдельные группы.

Проводятся групповые беседы на темы: «Туберкулез легких и нервная система», «Наш метод лечения», «Невротические наслоения у больных туберкулезом», «Отношение к болезни», «Приемы противодействия невротическим проявлениям болезни», «Самовнушение, самовоздействие и мышечное расслабление», «Рольличности в преодолении невротического состояния», «Лечебная физкультура при туберкулезе», «Диететика больных туберкулезом легких», «Значение климата при легочном туберкулезе», «Алкоголизм и туберкулез». Содержание бесед закрепляется с помощью последующего сеанса гипноза.

Во время сеанса и в час послеобеденного отдыха используется музыка: «Грустный вальс Я.

Сибелиуса», «Ноктюрн» и «Баллады» Ф. Шопена, «Сюита для струнного оркестра» П. И.

Чайковского, камерные произведения Д. Д. Шостаковича, отрывки из Неокон-

382

■ченной симфонии Ф. Шуберта и Четвертой симфонии Р. Шумана, 1«Лунный свет» К. Дебюсси. Перед окончанием гипнотического сеанса звучат некоторые этюды А. И. Скрябина, Ф. Шопена, «Танец Анитры» Э. Грига, отрывки из сюит Д. Б. Кабалевского «Комедианты», А. И. Хачатуряна «Валенсианская вдова», С. С. Прокофьева «Зимний костер». Больных привлекают к участию в художественной самодеятельности, играх и других культурно-массовых мероприятиях.

© Больной санатория жалуется врачу, что ему трудно дышать.

— Трудно дышать? — удивляется врач, —ноу нас же уникальный по чистоте воздух.

— В том-то и дело. Я привык видеть, что вдыхаю...

## **ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И КИШЕЧНИКА**

**Язва желудка (F54 + K25) и язва двенадцатиперстной кишки**

(F54 + K26) часто входит в состав триады: пептическая язва, бронхиальная астма, ревматоидный

артрит. Заболевания органов пищеварения занимают второе место по распространенности среди населения, уступая лишь патологии сердечно-сосудистой системы. Пептической язвой поражено более 10% населения, в основном мужского пола, начинается она обычно в 30 — 40 лет, течение болезни рецидивирующее.

В происхождении пептической язвы имеет значение наследственная предрасположенность. У больных отмечается астеническая конституция и ваготония с цианозом кистей и влажностью ладоней, усиленным потоотделением, температурными аномалиями. В детстве у таких людей наблюдаются проявления невропатии, их перекармливают, наказывают за нарушение жесткого пищевого режима. Замечено, что язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки чаще заболевают молодые люди с I группой крови, а язвенной болезнью желудка — люди постарше со II группой крови. У мужчин нередко отмечается раннее (с 18 — 20 лет) поседение. У всех пациентов постфактум диагностируется наличие хронического гастрита. Заболевание развивается на фоне дистимии, которая связана с длительной психотравмирующей ситуацией.

Издавна известна роль депрессивно-ипохондрических расстройств в развитии желудочно-кишечных болезней. В состоянии тревоги, стресса повышается кислотность желудочного сока и уро-

**383**

**1**

вень пищеварительного фермента пепсина с повреждением слизистой оболочки. Язва может возникнуть во время стресса в течение нескольких суток. Развитие язвенной болезни приводит к дезактуализации психотравмы, после чего больные сосредотачиваются на телесных страданиях. Они фиксируются на проблемах питания: выборе продуктов, приготовлении пищи и ее приеме через определенные промежутки времени. Больные устанавливают себе строгую диету, опасаются употреблять некоторые продукты. Их использование может вызвать у больных дискомфорт желудочно-кишечного тракта и симптомы, напоминающие аллергическую реакцию.

У многих возникают различные сенестопатии, навязчивый страх смерти от прободения язвы, канцерофобия и канцеромания, в ряде случаев — с аггравацией (преувеличением симптомов) и жалобами на врачей, которых больные обвиняют в неправильном лечении. Наблюдаются навязчивые движения: навязчивое жевание (строго определенное число раз вне зависимости от консистенции пищи), навязчивые похлопывания и поглаживания живота, совершаемые в течение определенного промежутка времени. При истерическом синдроме больные даже в стадии ремиссии продолжают ярко демонстрировать прежнюю симптоматику в расчете, например, на то, что отсрочат выписку из больницы. Астенический синдром проявляется в виде раздражительной слабости, гиперестезии, эмоциональной лабильности, головных болей. Хроническое течение болезни приводит к астеническому развитию личности. У ряда пациентов через несколько лет развивается гипертоническая болезнь.

Для медленного течения язвенной болезни характерны вялость, апатия, подавленность, при утяжелении состояния — тревога и отчаяние. Быстрое течение болезни, сопровождающееся желудочными кровотечениями, прогрессирующим похудением и резким снижением работоспособности приводит к нарастанию тревоги, беспокойства, мучительного чувства безысходности.

Выделяют несколько психологических типов. Так, например, Г. Овербек и В. Байбл (G. Overbeck, W. Biebl, 1975) подразделяют язвенных больных на пять типов:

- 1) «психически здоровый» язвенный больной — заболевает язвой в качестве единичной психосоматической реакции при массивной нагрузке и сильной регрессии «Я»;
- 2) язвенный больной с неврозом характера — дает псевдонезависимые реакции при постоянном переживании обид, неудач;
- 3) социопатический язвенный больной со слабым «Я», чрезмерной зависимостью — заболевает, обнаружив незначитель-

384

ные внешние проявления недостаточной любви к себе и игнорирования его окружающими;

- 4) «психосоматический» язвенный больной с бедной фантазией — видит в окружающих лишь самого себя, при специфических нагрузках и кризисах привычно реагирует психосоматически;
- 5) «нормопатический» язвенный больной — чрезмерно ориентирован на нормативность поведения с отчетливыми ограничениями «Я»; язва возникает на фоне хронической стрессовой ситуации.

Большинство авторов выделяют два клинических варианта болезни. Первый вариант: больной с «неврозом характера», компульсивно-депрессивными чертами и тенденцией к постоянному «рассеиванию» агрессивного напряжения на окружающих. Он «язвит» близких ироническими замечаниями, выражает постоянное недовольство, брюзжит, что создает негативное отношение к нему со стороны членов семьи и других лиц. Это, в свою очередь, усиливает вербальную агрессию пациента — формируется порочный круг. Такой вариант наблюдается у пассивных, манифестно зависимых язвенных больных. Согласно Балинту (2002), это зависимые, цепляющиеся *окнофилы*, в отличие от любящих риск филобатов. Их жизненная стратегия заключается в том, чтобы быть защищенным. [Они ищут обстоятельства и людей, которые не могут их покинуть. Каждое сомнение в признании своих прав вызывает у них паническую реакцию. Мужчины этого типа обычно выбирают жену, [похожую на их заботливую мать.

Второй вариант: «тиранический пациент» со слабым «Я», внутренней зависимостью от окружения и в то же время выраженным страхом перед этой зависимостью, стремлением к тираническому подавлению окружающих со вспышками агрессивности в случае неудач. Часть пациентов склонны к алкоголизации. В фантазиях и мечтах больного часто фигурируют женщины с большой грудью и жертвенные существа. В детстве родители подавляли такого ребенка, что вызывало у него страх и дальнейшее формирование психологической защиты в форме тирании (гиперкомпенсация, идентификация с агрессором, подражание). Тираническое поведение I пациента актуализируется в его супружеской семье.

Этот вариант соответствует гиперактивному, псевдонезависимому язвенному типу. По Ф. Александру (2002), конфликт этого типа заключается в том, что «отвергаются сильные оральные тенденции, поскольку они несовместимы со стремлением «Я» к неза-

25-5184

385

висимости и активности. Сознательная установка этих больных может быть выражена следующим образом: я успешен, деятелен продуктивен; я даю каждому, помогаю другим людям, беру на себя ответственность, охотно забочусь о других, охотно занимаю лидерскую позицию и являюсь ориентированной на себя и даже агрессивной личностью. Одновременно в бессознательном мы находим в точности противоположную установку чрезмерно сильной потребности в любви,

зависимости и помощи». Такой человек настолько озабочен самоутверждением, что в целом остается неуспешным. В. Зандер (W. Zander, 1976) считает, что пусковым фактором в развитии болезни является зависть: «Язва возникает, когда человек с голодной установкой должен видеть, как питается другой». Имеется в виду глубокая связь, существующая между желанием ребенка быть любимым и накормленным. Ангел Гарма придает язве желудка следующие символические значения:

- 1) рана отделения, переживаемая пациентом как прерывание пуповины;
- 2) фантазия кастрационной раны, переживаемая вследствие оральной регрессии на уровне функции пищеварения;
- 3) нанесенное преследующей матерью повреждение — «укор совести», которым интернализованная мать наказывает пациента за его генитальные побуждения и бессознательную потребность в автономии.

Приведу пример из собственной практики.

У женщины 48 лет язва желудка возникла после развода с мужем, с которым она прожила 24 года. Ее тетка по линии матери остаток жизни провела в психиатрической больнице в связи с инволюционным параноидом. Мать пациентки — религиозная фанатичка, пуританка: приходя к ней в гости, требовала выключать телевизор, чтобы случайно не увидеть там любовную сцену. Отец — трудоголик, гипертоник, перенес инсульт с гемипарезом и афазией. Сама больная — младшая из трех сестер. Средняя из них истеричная, страдает гипертонической болезнью, после инсульта с гемипарезом и афазией стала депрессивной, страдает нарушениями интеллекта, в результате переехала жить к старшей сестре. Старшая сестра больна псориазом; в 30 лет она родила сына от женатого мужчины, с которым рассталась по настоянию матери. Больная была любимицей у отца, из-за чего испытывала чувство вины перед сестрами. Когда старшая сестра, кото-

386

рая по-матерински заботилась о ней, заболела псориазом, она взмолилась, чтобы болезнь перешла к ней. У нее действительно появился псориаз на открытых частях тела, но затем по ее новой мольбе «спрятался» в волосистой части головы. Подражая старшей сестре, она трижды пыталась поступить в институт, который та закончила с отличием.

Замуж пациентка вышла в 23 года девственницей, от мужа ожидала отеческого отношения. Была трудоголиком, фригидной, тревожной. Из-за работы мало внимания уделяла первому сыну, второго родила через 12 лет. Младший сын рос болезненным, она изнеживала его. Муж много средств и сил вложил в строительство дачи, на которой поселились сестры больной. Затем между ними возник конфликт, в котором пациентка заняла сторону сестер. Интимные отношения с мужем, и без того редкие, практически прекратились. Узнав о том, что у мужа есть любовница, она прогнала его. Вскоре начала настаивать на его возвращении, жаловалась на депрессию, материальные трудности, хотя муж оставил ей все. В течение года просила не оформлять развод, а затем еще год не являлась в суд, чтобы развод не состоялся.

После развода пациентка объявила мужа «врагом номер один», препятствовала его встречам с детьми. Одновременно она переживала, что младший сын оставил учебу в 8-м классе, вылавливала его по чердакам и подвалам, где он проводил время в компании наркоманов. Ссорясь с сыном, называла его отцовским отродьем, проклинала. Безуспешно занималась его трудоустройством, а когда подошло время призыва в армию, поместила его в больницу, чтобы добиться освобождения

от службы. Пациентка настаивала на различных диагностических процедурах в поисках язвенной болезни у сына, однако этот диагноз не был установлен. В то же время у сына с детства был выраженный дерматит, который был официально диагностирован. По настоянию бывшего мужа она обратилась к председателю медицинской комиссии военкомата, которая пообещала оформить освобождение от военной службы за две тысячи долларов. Пациентка взяла эти деньги у отца ребенка, но отдала лишь в последний день перед уходом председателя на пенсию (и то под давлением бывшего мужа). В результате сын все-таки был освобожден от службы.

На фоне этих событий пациентка тяжело переживала отъезд из России своей начальницы, которая относилась к

387

ней по-матерински. Та вскоре тяжело заболела, вызвала пациентку к себе для ухода, безуспешно пыталась выдать ее замуж за иностранца. Пациентка полгода жила с просроченной визой, скрывалась от полиции, опасаясь депортации. Договорилась с дочерью бывшей начальницы о работе у нее, но они поссорились, и пациентка уехала, гордо отказавшись от денег, которые по договоренности заработала, ухаживая за больной.

Приехав домой, она обнаружила, что сын не удерживался ни на одной работе. Ей приходилось контролировать каждый его шаг, искать спрятанные наркотики. Она много работала, чтобы вернуть деньги, которые заняла перед отъездом. Питалась плохо, нерегулярно. Чувствовала себя несправедливо обиженной жизнью, обвиняла в своих страданиях бывшего мужа, переживала чувство «потери кормильца», предательства.

Через некоторое время появились симптомы язвенной болезни, которая быстро прогрессировала. Пациентке удалили 3/4 желудка (то есть произошло отделение от символического «кормильца» посредством его уничтожения), после чего ее психическое состояние нормализовалось.

**Терапия.** При умеренных болях прописывают мяту перечную, зверобой, подорожник, солодку, цветы ромашки, синюху голубую, сок черной смородины, шалфей. Используют также белки куриных яиц, мед, прополис. Назначают альмагель, гастрофарм, белла-стезин, платифилин. При сильных болях применяют седуксен, элениум, амитриптилин, азафен, герфонал, терален, эглонил, хлорп-ротиксен.

Эффективны гипносуггестивная терапия и аутогенная тренировка в группе «Живот», направленная на релаксацию и улучшение кровообращения желудка. С больными, находящимися в ремиссии, проводится групповая патогенетическая терапия, которая имеет определенные особенности.

Следует избегать выраженного группового напряжения из-за опасности обострения. Характерному групповому сопротивлению в форме недоверия и критики необходимо противопоставить демонстрацию творческих возможностей группы и положительных результатов работы. Больных язвенной болезнью желудка важно ориентировать на повышение искренности и спонтанности эмоциональных проявлений. Больным язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки необходимо развивать эмоциональную чувствительность в межличностных отношениях, помога-

388

ющую адекватно понять партнера. Включение в группу больных с различным стилем общения позволяет участникам расширить диапазон своего поведения. Больные язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в санаторно-курортных условиях посещают групповые занятия продолжительностью 1 — 1,5 часа ежедневно в течение трех недель. С больными язвенной

болезнью желудка проводят 25 — 30 занятий по 1,5 — 2 часа один раз в неделю.

Язвенным больным с «неврозом характера» помогает поддерживающая психотерапия. При наличии невротических симптомов и склонности к рецидивам, когда явно вырисовываются психосоматические связи, показана раскрывающая психодинамическая терапия. Для улучшения семейной атмосферы используется обучение супругов технике «конструктивного спора» по С. Кратохвилу.

«Тираническим пациентам» показана семейная терапия, нацеленная на осознание переживаемой ими боязни тех ситуаций, в которых наиболее сильно возникает этот страх и гиперкомпенсаторно появляется стремление уйти от переживаний с помощью тиранического поведения. Семейная терапия должна также способствовать повышению эмпатии у членов семьи и созданию альтернативных способов взаимодействия. Занятия проводятся по принципу «здесь и сейчас» с использованием техник гештальт-терапии. Терапевт и родственники больного поочередно проигрывают роли «агрессивного», а потом «испуганного» человека; затем обсуждается аутентичность пребывания в этих ролях.

© *Если вы не перевариваете своего начальника, то язва желудка вам обеспечена (Константин Елисеев).*

**Неспецифический язвенный колит (F54 + K51) и болезнь Крона** — хроническое воспалительное заболевание толстого кишечника, протекающее в виде приступов и приводящее в выраженных случаях к его изъязвлению. В результате стрессогенных парасимпатических воздействий чрезмерно повышается уровень муколитического фермента лизоцима, который растворяет защитный слизистый слой толстой кишки. Стенка кишки становится более уязвимой для фермента трипсина, разлагающего белки, который присутствует в содержимом кишечника.

Во время приступа наблюдаются схваткообразные боли и кровавый понос. При тяжелых обострениях отмечается лихорадка, системные изменения и уменьшение массы тела. Язвенный колит начинается с прямой кишки и поднимается вверх, болезнь Крона

389

^

локализуется обычно в подвздошной кишке. Больные язвенным колитом отличаются экстравертированностью, пациенты же с болезнью Крона — интроверты. Начало болезни приходится обычно на возраст 20 — 30 лет, независимо от пола. Имеется наследственная предрасположенность. Характерно, что людей, страдающих этими заболеваниями, запугивали в детстве, они часто испытывают страх наказания. Им свойственна маскированная враждебность пассивность.

В личности таких больных преобладают компульсивные черты: эти люди опрятны, пунктуальны, любят порядок, строго придерживаются определенных правил. В характере больных уживаются изысканная сенситивность и легкая ранимость, гневливость и сентиментальность, причем они избегают агрессивного выяснения отношений и из-за чрезмерного самоконтроля не позволяют себе расчувствоваться. Они обычно подозрительны, недоверчивы, неблагодарны, на реальный или воображаемый урон или боль реагируют отстраненностью. У многих больных меркантильная практичность прикрывается проповедью альтруистической морали и скромности, типично стремление подчеркнуть свое трудолюбие. Профессиональная деятельность становится способом компенсации нерешенных межличностных проблем. Больные непомерно честолобивы, часто

стремятся к успеху при сниженных физических возможностях, при этом им трудно добиваться признания и раскрываться из-за нерешительности и замкнутости. Неблагополучные семейные отношения больные неудачно пытаются решить формальными способами.

Заболевание возникает после тяжелого стресса на фоне тревожной субдепрессии. Акт дефекации с примесью крови усиливает тревогу, нарастают опасения за собственное здоровье и благополучие близких. Из-за навязчивого страха поноса больные опасаются выходить из дома. Развиваются раздражительность, тревога, страх смерти и боязнь дальнейших страданий, нарастает астения и апатия. Язва может разъедать стенку кишки, что приводит к ее перфорации. Язва может также перерождаться в злокачественное образование.

Проявления болезни и ее рецидивы связаны с недостаточностью изживания печали по поводу утраты значимой ценности у лиц с повышенной привязчивостью. Ф. Александер (2002) утверждал, что язвенный колит является результатом длительного конфликта между задерживанием и выделением. Этот конфликт часто отражает борьбу сексуального или агрессивного возбуждения и стра-

390

ха, а фекалии символизируют интроецированные объекты, которые одновременно хочется сохранить и выбросить. Болезнь проявляется, когда жизненная ситуация требует от пациента решительных действий, к которым он чувствует себя неподготовленным. Агрессивные тенденции по отношению к объекту своей зависимости приводят к бессознательному чувству вины и тревоги, которые «облегчаются» кровавым поносом. Внимание близких и медиков к проявлениям болезни заменяет эмпатический контакт, а полученные социальные льготы удовлетворяют инфантильную потребность в заботе.

**Терапия.** Больным назначают зверобой, ромашку, тысячелистник, мяту, шиповник, салазосульфамиридин, салазопиридазин, са-лазодиметоксин, эглонил, димедрол, пипольфен, гидрокортизон, поливитамины. В начале заболевания у больных преобладает решительная установка на борьбу с болезнью, они пунктуально выполняют предписания врача. При хроническом течении развивается депрессия, сопровождающаяся жалостью к себе, изоляцией и пассивным самонаблюдением. Психотерапия включает прежде всего врачебную, семейную и социальную поддержку, а также участие в группах взаимопомощи. Применяются также гипнотерапия, аутогенная тренировка и мышечная релаксация по Джекобсону, техники геш-тальт-терапии и двигательной терапии. В тяжелых случаях обычно прибегают к резекции пораженной части толстого кишечника.

©Больной:

— У меня болит живот. Хирург:

— Надо резать. Мужчина в ужасе прибегает к терапевту:

— У меня болит живот. Ходил к хирургу, он сказал — надо резать.

— Ох, уж эти хирурги, — проворчал терапевт, — все им надо резать. На вот тебе таблетки — живот сам отвалится.

## ТИРЕОТОКСИКОЗ И САХАРНЫЙ ДИАБЕТ

**Тиреотоксикоз**, диффузный токсический зоб имеет следующие проявления: повышенный обмен веществ, тремор век, губ, языка, головы, пальцев, вытянутых рук и поднятых стоп, всего тела, стремительность движений, феномен выпадения предметов из рук, зат-

391

рудненное жевание. Отмечается также тахикардия, гипертония гиперестезия, потливость, непереносимость жары, повышенный аппетит, частый стул, похудение, нарушения менструального цикла. Характерны глазные симптомы: испуганный взгляд, блеск глаз редкое моргание, инъекция сосудов роговицы и ее пониженная чувствительность, беспричинное слезотечение, экзофтальм, широкие глазные щели, отставание глазного яблока при взгляде вниз. Кожа становится гладкой, теплой и влажной, волосы истончаются. Наступает психическое истощение, неустойчивость настроения. Наличие зоба необязательно. Функция щитовидной железы усиливается при переживании стресса. Повышенная секреция тироксина повышает возбудимость психики и таким образом создает предрасположенность к реакциям тревоги.

Т. Добжанский (цит. по: Гиндикин, 1997, с. 301) систематизировал признаки, отличающие тиреотоксикоз от псевдогипертиреоза, обусловленного психовегетативными факторами.

Признак	Гипертиреоз	Псевдогипертиреоз
Соотношение полов (м : ж)	20:1	2:1
Аппетит	В два раза выше	Нормальный
Дермографизм	Умеренный	Очень сильный, пиломоторная реакция через 3 — 4 часа
Волосы	С шелковым блеском	Матовые
Тремор	Мелкого калибра	Крупноразмашистый
Экзофтальм	У 50% больных	Иногда семейное пучеглазие
Мышцы	Повышение тонуса	Тонус снижен
Тахикардия	Без дыхательной аритмии	Выраженная аритмия
Амплитуда АД	Повышенное, диастолическое	Нормальная, давление падает до 0
Психические изменения	Возбуждение	Депрессия
Стул	Жидкий, кашицеобразный	Запор

У больных гипертиреозом наблюдается эмоциональная лабильность, раздражительность, обидчивость, внешне немотивированная слезливость. Отмечаются невозможность сосредоточить внимание, рассеянность, неусидчивость, суетливость, тревожный сон, головная боль, повышенная утомляемость, постоянная слабость. Типична неспособность оставаться в теплом закрытом помещении без свободы движений, развивается клаустрофобия. Больные часто видят сновидения о смерти, покойниках. Им свойственна гипер-

социальность с повышенной требовательностью к себе, выраженным чувством долга и ответственности. Они сами организуют ситуации, требующие перенапряжения сил, постоянно



находятся в состоянии повышенной мобилизации и страха смерти, ведут отчаянную борьбу с угрозой своей безопасности, пытаются обойтись собственными силами. Личностный преморбид обычно истероидный. Больные, как правило, долго игнорируют свое соматическое состояние, поздно обращаются к врачу. При тиреотоксикозе I стадии заостряются истерические черты характера, при переживании обиды появляются мутизм, ощущения комка в горле, рвота, боли в сердце и сердцебиение, резкое потоотделение, дрожь в теле, астазия-абазия, судорожные припадки. Тиреотоксикоз II стадии сопровождается грубым заострением истерических черт, резкими колебаниями настроения, формированием сенесто-ипохондрического синдрома. Больные требуют особого внимания от близких и медперсонала, становятся капризными, демонстрируют недовольство проводимой терапией. На III стадии болезни истероформные реакции становятся примитивными, фрагментарными и однообразными. Могут развиваться фобии, идеи ревности, тревожно-ипохондрическая депрессия, гипнагогические (при засыпании) галлюцинации, зрительный галлюциноз и бредовые состояния. При затяжной форме болезни может наступить мнестико-интеллектуальное снижение. У некоторых больных появляется расторможенность влечений: сексуальная распушенность, склонность к бродяжничеству, воровству, насилию.

Болезнь развивается чаще у девушек, переживших утраты близких в детстве, длительное время находящихся в трудной жизненной ситуации, которая только усугубляется. Обычно это старшие дети в семье. Под маской зрелости и успешности больные скрывают неосознаваемый страх перед взрослой ответственной жизнью. Контр-фобическое отрицание проявляется и в том, что, боясь беременности, женщины становятся многодетными матерями. Если же страх беременности побеждает, они посвящают себя заботам о приемных детях, младших братьях и сестрах. Мужчины этой группы становятся трудоголиками. Общим для всех специфическим фактором представляется сложность смены роли «кормимого» ролью «кормильца». Символический смысл заболевания: «Если матери нет рядом, мне нужно стать таким, как она, чтобы суметь без нее обходиться». С потерей матери борются, сами становясь идеальной матерью. Когда психические механизмы созревания перенапрягаются, усилива-

393

ются функции щитовидной железы, которая стимулирует созревание в младенческом возрасте.

*Терапия.* Назначают раствор Люголя, иммуномодуляторы, пустырник, боярышник, беллоид, анаприлин, резерпин, френолон, карбонат лития. Следует быть готовым к тому, что утрата повышенной активности после медикаментозной ликвидации гипертиреоза может вызвать дисфорию или депрессию, а также усиление тревоги и переживание того, что снижены функциональные возможности. Психотерапия направлена на информирование о патогенезе болезни, осознание и коррекцию неадаптивных личностных установок, обучение навыкам саморегуляции.

А. Л. Гройсман (2002) проводит 15 — 20 групповых занятий, посвященных следующим темам:

- 1) нервная система и тиреотоксикоз,
- 2) гипноз и его лечебные свойства,
- 3) психотерапевтическое опосредование и потенцирование лечебного режима,
- 4) отношение к болезни,
- 5) аутогенная тренировка,
- 6) приемы воспитания выдержки и воли,

7) заключительная беседа.

Беседы длятся 15 — 20 минут, затем проводится сеанс гипносу-гестии (30 — 40 минут). В стационаре занятия проводятся через день, в поликлинике — два раза в неделю.

Приведем пример (по Бройтигамуидр., 1999).

Незамужняя женщина 24 лет в школьные годы проявляла большие способности. Была очень трудолюбивой, ответственной в делах. Родители очень гордились своей дочерью. Ее мать была учительницей, интеллигентной и красивой женщиной. Пациентка испытывала чувство соперничества с ней, но никогда его не проявляла. Когда ей исполнилось 20 лет, она вынуждена была прервать учебу, чтобы ухаживать за своей умирающей матерью и двумя младшими сестрами. Она поддерживала семью материально и пыталась продолжать учебу, что ей удалось, несмотря на смерть матери, заботы о младших сестрах, денежные затруднения, а также на свое заболевание. Она была в высшей степени самодостаточна, честолюбива, вытесняла свои женские потребности, чтобы достичь интеллектуальных целей и укрепить свою материнскую роль по отношению к младшим сестрам.

394

**Сахарный диабет** связан с недостатком инсулина, который связывает сахар крови. Во время стресса возбуждается симпатическая нервная система, выделяется адреналин, норадреналин и катехоламины, тормозящие выработку инсулина поджелудочной железой. В результате количество сахара в крови повышается, это обеспечивает дополнительную энергию для физической активности. При отсутствии двигательной разрядки может развиваться гипергликемия (концентрация сахара в крови свыше 120 мг%). Когда уровень сахара в крови превышает 180 мг %, почки не могут возвращать такое количество в кровь и наступает гликозурия (сахар в моче 1 — 8%). Гипергликемия проявляется как слабость, быстрая утомляемость, сухость во рту, постоянная жажда, тошнота, головная боль, частое мочеиспускание. Гипогликемия сопровождается следующими симптомами: резкая слабость, затекание ног, чувство голода, бледность, холодный пот, учащенное сердцебиение, дрожь в теле. Появляется тревога, беспокойство, раздражительность, агрессивность. При нарушении сознания состояние может напоминать алкогольное опьянение; возможны судорожные припадки. Различают зависимый от инсулина юношеский диабет (СД I) и независимый от инсулина сахарный диабет взрослых (СД II). Юношеский диабет возникает чаще всего в результате генетического, вирусного и иммунного поражения клеток поджелудочной железы, вырабатывающих инсулин. При СД II существует генетическая предрасположенность, но большее значение имеют психические факторы, опосредованные через переедание и малоподвижность. С возрастом процент заболеваемости повышается и после 70 лет составляет 10%, чаще заболевают женщины с избыточным весом.

Сахарный диабет ведет к поражению вегетативной нервной системы. Отмечаются головокружения, тахикардия, нарушения функции желудочно-кишечного тракта, мочеполовой сферы, рас-

стройства чувствительности нижних конечностей. У больных часто развиваются заеды в углах рта, сухость кожи, кожный зуд, пиодермия (гнойничковая сыпь), фурункулез, возникают грибковые поражения, плохо заживают раны. У женщин может появиться зуд в области половых органов, воспаление половых губ и влагалища, нарушается менструальный цикл. У мужчин возникает импотенция — психогенная, обусловленная соматогенной астенией, и орга-

ническая, связанная с вегетативной невропатией тазовой области, I а также сосудистыми и эндокринными факторами.

Для личности больных юношеским диабетом характерны шизо-I идные черты, такие люди отличаются непоследовательностью и

395

I

нерешительностью, негативно или очень избирательно реагируют на трудности. У них отмечаются гомосексуальные (бисексуальные) тенденции или проявления прегенитальной ориентации. Они проявляют признаки социальной тревоги и слабости Эго, черты компульсивного характера, а также предрасположенность к цик-лотимным и параноидным реакциям. В процессе заболевания у них часто нарастает дезинтеграция личности.

Больные СД II преморбидно экстравертированы, в ситуациях фрустрации проявляют признаки соматизированной депрессии. С течением заболевания у них нарастают эмоциональная лабильность, мнительность, тревожность, беспричинное беспокойство, подавленность, чувство обиды и жалости к себе, эпизоды отчаяния. Отмечается сонливость днем и плохой сон ночью, вялость, повышенная утомляемость. Ухудшается способность к длительной концентрации внимания, снижается работоспособность. С годами больные становятся все более раздражительными, вспыльчивыми, конфликтными, стремятся к уединению. У них нарастает апатия, снижается критика к своему состоянию. Некоторые больные становятся эйфоричными, болтливymi. У многих развивается тревожно-ипохондрическая симптоматика, связанная с опасением тяжелых осложнений диабета: слепоты, поражения почек, ампутации ног, инсулиновой комы. Нередко наблюдается саморазрушающее поведение: нарушения диеты, алкоголизация, несвоевременное введение инсулина и т. п.

Больные диабетом испытывают чувство незащищенности и эмоциональной заброшенности, сильное желание заботы о себе, они активно ищут зависимости от других. Такие люди очень чувствительны к отказам в удовлетворении оральных желаний, проявляют амбивалентные тенденции: тревоги, беспокойства, страха, с одной стороны, и стремления к покою и защищенности — с другой. Фрустрация указанных потребностей порождает агрессию, которая блокируется страхом быть покинутыми. Постоянная тревога вызывает готовность к борьбе или бегству с соответствующей гипергликемией без сброса психофизического напряжения действием. Поскольку еда отождествляется с любовью, наступает чувство голода и соответственно голодный обмен веществ, не прекращающийся после приема пищи. Систематическое переедание вызывает длительную гипергликемию и истощение инсулярного аппарата, что приводит к диабету. Наличие ожирения и диабета снижает самооценку, затрудняет интимные контакты, что усиливает соматический компонент заболевания. Так

396

формируется порочный круг. Рекомендуемое больным ограничение приема пищи лишь способствует развитию переедания (по механизму запретного плода).

**Терапия** включает препараты инсулина, метионин, кокарбок-силазу, липоевую кислоту, клофибрат, пикногенол. А. Л. Гройсман |(2002) перечисляет основные задачи групповой психотерапии:

1. Смягчение общей невротичности, снятие астенизации.

2. Выравнивание неустойчивости настроения, борьба с подавленностью, ипохондричностью.
3. Ослабление повышенного аппетита и жажды.
4. Дифференцированная «переделка» пищевого рефлекса с торможением тяги к недопустимой пище.
5. Тщательное соблюдение лечебного и особенно диетического режима.
6. Развитие навыков рационального реагирования на психо-травмирующие обстоятельства (особенно хронические, с переживаниями чувства безвозвратной потери).

С больными проводятся беседы на следующие темы:

- 1) Личность диабетика.
- 2) Гипноз и его лечебные свойства.
- 3) Лечебный режим.
- 4) Отношение к болезни.
- 5) Деятельность и функции желез внутренней секреции.
- 6) Возможные осложнения заболевания и волнообразный характер его течения в некоторых случаях.
- 7) Методы профилактики осложнений.
- 8) Роль личностных установок в преодолении болезни.

Через день проводятся гипносуггестивные сеансы, направленные на снятие эмоциональных расстройств, нормализацию сна и ! аппетита.

В. М. Атаманов и В. А. Голышева (2000) разработали программу \ «школы диабета», где пациенты в обстановке «круглого стола» вме-І сте с врачом обсуждают ряд актуальных проблем: сущность и проявления заболевания, инсулинотерапия, физическая активность при сахарном диабете, сосудистые осложнения в структуре болезни, проблемы беременности и контрацепции и т. д.

Важное значе-; ние придается позитивной манере подачи информации, установ-; лению обратной связи и доверительных отношений с пациентами, распространению положительного опыталечения.

**397**

© *К врачу заходит пожилой пациент. —Доктор, хочу проверить свое здоровье...*

— *Уже вижу, батенька. Явно выраженные склероз и диабет.*

— *Как вы догадал ись ?*

— *Ширинка растягнута и пчела рядом летает.*

## **ЭНДОКРИННЫЕ ПОЛОВЫЕ РАССТРОЙСТВА**

**Гипогонадизм** (греч. *gone* — семя) — недостаточность гормональной функции половых желез.

Гормональное равновесие может измениться в результате психогенной идентификации с представителем противоположного пола, а произошедший гормональный сдвиг облегчает такую идентификацию. У женщин наблюдаются мальчишеская фигура, аменорея, обеднение эмоциональной жизни и застенчивость. У мужчин, страдающих евнухоидизмом, выявляется тревога, связанная с агрессивными тенденциями. Эти тенденции выражаются в усилении строгости Супер-Эго, которое противодействует гетеросексуальному либидо.

Приведем пример (по Александру, 2002).

22-летняя женщина имела рост 1 м 78 см и во время первого года психоанализа выросла еще на 2 см. У нее не было груди, она никогда не менструировала. Ее родители, братья и сестры были среднего роста, в семье не наблюдалось эндок-ринопатий. Отец и старший брат пациентки умерли во время эпидемии гриппа и до пяти лет она жила с бабушкой. Мать повторно вышла замуж,

забрала дочь к себе и родила еще шесть детей с интервалом в год. Всегда беременная и уставшая, она требовала от пациентки, чтобы та была нянькой для нее и детей. Когда девочке исполнилось 10 лет, потребовалось, чтобы она оставила школу. И тогда она ушла жить к соседям, у которых работала нянькой и продолжала учебу. Затем девочка предприняла две неудачные попытки жить дома, всячески помогала своим братьям и сестрам. Во время лечения она наслаждалась вниманием психотерапевта, избавилась от части своих добровольных обязательств, перестала расти, у нее появились месячные.

Происхождению ее болезни способствовали следующие факторы. Очевидна ее идентификация с умершим отцом и старшим братом, роль которых она взяла на себя еще и по требованию матери. Потребность в идентификации с мате-

398

рю тормозилась как ее чрезмерной требовательностью, так и впечатлениями от ее постоянной беременности и неэффективности. Можно предположить, что эдипово влечение к отчиму, недостаточно тормозящееся страхом инцеста, использовало в качестве автоблокировки механизм идентификации с мужчиной.

**Дисменорея** — нарушение менструального цикла — начинается с фолликулярной фазы. В это время гипоталамус вырабатывает I гормон, включающий производство гипофизом фоллитропина, ко-I торый стимулирует созревание яйцеклетки в одном из фолликулов I яичника. По мере созревания яйцеклетки яичники вырабатывают I все больше эстрогена, под влиянием которого утолщается эндо-I метрий и усиливается его кровоснабжение. При достижении вы-I сокой концентрации эстрогена в гипофизе начинается секреция I лютропина, отвечающего за овуляцию — созревание яйцеклетки и I выход ее через разрыв стенки яичника в фаллопиеву трубу. На ста-I дии овуляции сексуальная возбудимость женщины повышается. I Лопнувший фолликул превращается в желтое тело, оно под воз-I действием лютропина вырабатывает прогестерон. Последний вме-иI сте с эстрогеном вызывает выделение эндометрием питательной I жидкости для ожидаемого эмбриона. Одновременно прогестерон I тормозит производство лютропина и фоллитропина. В это время I яйцеклетка в течение 3 — 4 дней движется по фаллопиевой трубе к I матке, и если не происходит ее оплодотворения сперматозоидом, I распадается. Желтое тело рассасывается, выделение прогестеро-I на прекращается, наступает менструация.

У девушек дисменорея проявляется как ювенильные кровотече-I ния — маточные кровотечения различной интенсивности и продол-I жительности; альгодисменорея — приступы схваткообразных бо-I лей внизу живота, сопровождающихся вегетативно-сосудистыми, I обменными и эндокринными расстройствами (головные боли, оз-иI ноб, полиурия, отеки, зуд); психогенная аменорея и опсоменорея — I нарушение ритма менструаций от 2-х до 6-ти недель. На этом фоне развиваются различные варианты реакции на I имеющееся расстройство. Тревожный вариант включает беспокойство по поводу заметной потери крови, опасения за способность к деторождению, страх во время приступа боли. Ипохондрический вариант проявляется в виде мыслей о раке, гнойном аппендиците I и возможности смерти, связанных с неприятными ощущениями I внизу живота. При меланхолическом варианте больные пережи-I вают чувство женской неполноценности, не видят для себя перс-

399

пектив, уединяются, плачут, иногда испытывают нежелание жить. При неврастеническом варианте больные легко обижаются, с раздражением заявляют, что им не повезло в жизни, плачут, ожидая утешения. При сенситивном варианте девочки долго не обращаются к врачу из-за обостренной стыдливости и опасений огласки. Апатический вариант отмечается при рецидивирующем течении заболевания и характеризуется безразличием больной к исходу болезни, результатам обследования и лечению; теряется интерес к учебе, ограничивается круг общения.

Расстройство обычно наблюдается у невротичных женщин, которые не могут примириться со своей ролью женщины. Менструации пугают их, бросая вызов недостаточной зрелости, или унижают, мешая чувствовать себя в доминирующей мужеподобной роли. У ипохондрических пациенток в происхождении расстройства участвует тревожное ожидание симптомов нездоровья. Молодые пациентки нередко перенимают негативное отношение к менструации от матери. Фригидность, страх сексуального контакта и аноргазмия, а иногда и вагинизм приводят к половому воздержанию, которое сопровождается стойким неировегетативным напряжением и чувством неудовлетворенности. В счастливом браке или после желанной беременности и родов расстройство может исчезнуть. С другой стороны, дисменорея может возникнуть у зрелой женщины в качестве регрессивной защиты.

Приведем пример (собственное наблюдение).

Разведенная женщина несколько лет страдала из-за обильных и болезненных менструаций. Они мучили ее две недели, затем она неделю боролась со слабостью и следующую неделю — со страхом ожидания новых мучений. Страх временами доходил до панических атак. У нее был сын, которому она посвятила свою жизнь, бывший муж содержал их обоих, и женщина опасалась лишиться этого содержания, если начнет устраивать личную жизнь. Дисменорея развилась у нее после аборта, который она сделала перед разводом с мужем. Аборт осложнился сильным кровотечением, и когда после операции наступила менструация, женщина до смерти испугалась вида крови. Месячные протекали очень тяжело, она с тревогой ожидала следующих, и ее опасения подтвердились.

В детстве мать часто угрожала девочке своей смертью, проявляла к ней внимание, лишь когда та заболела. Больная не хотела быть похожей на мать и подражала отцу. Выйдя замуж, она пыталась доминировать, однако борьба за

400

власть в семье закончилась разводом. В процессе терапии больная осознала связь дисменореи с негативным отношением к женской половой роли из-за нежелания быть похожей на мать. Она поняла вторичную выгоду расстройства, которое позволяло ей рассчитывать на жалость бывшего мужа, хотя и ставило в унижительную зависимость от него. Осознала также, что дисменорея играет для нее роль «пояса верности», который она носит по молчаливому уговору с бывшим мужем в обмен на его содержание. Она согласилась с интерпретацией, что отождествляет матку с матерью и ведет с ней кровавую борьбу. Отказалась от мысли удалить матку, как ей предлагала это гинеколог. Через некоторое время пациентка начала встречаться с мужчиной, полюбила его. Она пересмотрела свое отношение к матери, поняла ее и простила. Дисменорея прошла.

**Предменструальный синдром** является самым распространенным проявлением дисменореи, он связан со снижением уровня прогестерона в завершающей фазе желтого тела. Синдром ослабляется через несколько дней после начала фолликулярной фазы и отсутствует в течение недели после менструации. Расстройство проявляется в виде напряженности, раздражительности,

обидчивости, тревожности или подавленности, слезливости, эмоциональной неустойчивости, демонстративности, повышенной утомляемости, нарушений сна, заострения характерологических черт. Характерны тяжесть в теле, неопределенные боли и ощущения напряжения в нижней части тела и груди, болезненное отвердение молочных желез, кож-но-аллергические высыпания, зуд. Отмечаются усиленная жажда, отеки, метеоризм, тошнота и рвота, колебания АД, головные боли, головокружение, сужение поля зрения, нарушение зрения, тахикардия, неприятные ощущения в области сердца, боли в суставах и мышцах, обострение хронических соматических расстройств. Некоторые женщины проявляют в это время оральные дисфункции: ано-рексию, булимию, алкоголизацию. Другие страдают запорами, которые с началом менструации сменяются поносом. Предменструальное дисфорическое расстройство включает ухудшение самочувствия и настроения перед или во время менструаций, выраженное настолько, что мешает обычным занятиям. Симптомы препятствуют профессиональной деятельности, обучению, привычной социальной активности, нарушают межличностные отношения. Степень выраженности синдрома во многом зависит от способности женщины переносить неприятные ощу-

**26 — 5184**

401

ния, тревоги по поводу их появления, количества стрессов в ее жизни.

Диагноз предменструального дисфорического расстройства ставится, если в течение последнего года в большинстве менструальных циклов наблюдается пять или более из перечисленных ниже симптомов. При этом по крайней мере один из симптомов соответствует первым четырем из перечисленных ниже:

- 1) печаль, безнадежность, самоосуждение;
- 2) напряжение, тревога с ощущением внутреннего напряжения;
- 3) выраженная лабильность настроения с перемежающимися приступами слезливости;
- 4) постоянная раздражительность, гневливость, конфликтность;
- 5) снижение интереса к привычным видам деятельности;
- 6) трудности концентрации внимания;
- 7) усталость, недостаток энергии, утомляемость;
- 8) изменение аппетита с перееданием или потребностью в специфической (иногда несъедобной) пище;
- 9) сонливость или бессонница;
- 10) соматические симптомы: напряженность или боли в молочных железах; чувство разбухания тела или прибавки массы тела (с ощущением, что одежда и обувь давят, слишком плотно прилегают к телу); головные, суставные и мышечные боли.

Несмотря на периодичность расстройства и его связь с менструальным циклом, оно чаще расценивается как неправильное поведение и соотносится с супружескими ссорами или проблемами на работе. Расстройство может включать истерические и конверсионные симптомы. Во время беременности у таких женщин нередко наблюдаются тревожные опасения за жизнь желанного ребенка и ипохондрические фобии. После родов у них бывает апатия, мучительное чувство неспособности испытывать любовь к мужу, к ребенку, навязчивый страх ударить ребенка ножом, бросить с балкона, суицидальные мысли.

В психодинамике расстройства определенное значение имеет страх утраты, который, так же как при запоре, приводит к состоянию напряженности и регрессивному замыканию в себе. Во время

месячных появляются переживания утраты, сожаление о несостоявшейся беременности, о ранее сделанных абортах. Менструация отождествляется с нечистотами, гениталии воспринимаются как грязные, а личность — как обесцененная.

402

Определенное значение придается также страху беременности. Многие женщины переживают прием пероральных противозачаточных средств как вмешательство, которое нарушает целостность их тела, что ведет к страху потери идентичности. При этом имеет значение неосознанное чувство вины, связанное с представлением о том, что сексуальное удовлетворение обязательно должно сопровождаться страхом и жертвой. Еще одна мотивация — боязнь пассивных и зависимых женщин брать на себя ответственность в принятии решения о способе предохранения. Такие женщины предпочитают возлагать эту ответственность на партнера, однако при этом им приходится опасаться беременности, поскольку презерватив менее надежен, чем гормональные контрацептивы.

*Лечение.* Применяют анальгетики, спазмолитики, седативные средства, иглотерапию. Назначают апранокс, бисекурин, гестагены, гонадотропины, но-шпу, овидон, ригевидон, рифатируин. Основным методом психотерапии является индивидуальная рациональная терапия, учитывающая специфический характер симптомов. Дополнительно проводятся образовательные дискуссии в малой группе и семейная терапия.

*Беременность* может выявить неполноценность нейроэндокринной системы с декомпенсацией имевшейся психопатии. При неблагоприятной ситуации течение беременности может осложниться суицидоопасной реактивной депрессией, при психопатическом преморбиде приобретающей затяжной характер. Женщина в это время нуждается в материнском тепле и далеко не всегда может получить его от мужа, который в лучшем случае проявляет отеческую заботу о беременной жене, тем более, что она теряет свою сексуальную привлекательность. В этот период чаще всего развиваются тревожные опасения по поводу исхода беременности, возможности выкидыша, собственной смерти и т. п. Большинство женщин во время беременности склонны уходить от конфликтов с партнером и подавлять негативные чувства, связанные с неудобствами своего состояния. Эти вытесненные конфликты и подавленные негативные переживания могут проявиться впоследствии в виде психосоматических симптомов.

*«Родильная грусть»* проявляется обычно в виде эмоциональной лабильности, слезливости, раздражительности, расстройств сна, утомляемости, иногда — легкой спутанности. Она является транзиторным состоянием, которое проходит через 2 — 3 недели. Развивается у 50 — 80% впервые рожавших матерей, у которых отмечалось предменструальное напряжение в первую неделю после ро-

26\*

403

дов, и отличается от *послеродовой депрессии*. Последняя характеризуется более тяжелой симптоматикой и тем, что сохраняется в течение нескольких месяцев после родов. Она обычно возникает при наличии в анамнезе гиперсексуальности (в том числе навязчивой мастурбации) или фригидности, враждебных чувств к мужу, неудовлетворенности работой и бытовыми условиями. Послеродовые депрессии значительно варьируют по тяжести — от дистимических (чаще истерических, с раздражительностью, конверсионными расстройствами, нарушением сна) до более



тяжелых, соответствующих картине большого депрессивного эпизода. Содержанием психоза могут стать враждебность к мужу и ребенку, навязчивые опасения за жизнь желанного ребенка, тревога, иногда выраженные фобические симптомы, страх за собственное здоровье. Преобладают явления негативной эффективности: апатия, психическая анестезия, отчуждение эмоций (мучительное чувство неспособности испытывать любовь к мужу, ребенку), иногда сопровождающиеся суицидальными мыслями. При тяжелой депрессии мысли о том, что ребенок неполноценен, могут привести к попытке убить его, чтобы «спасти от будущих страданий».

*Самопроизвольным выкидышем* заканчивается почти каждая пятая беременность, обычно на ранних сроках. Примерно в половине случаев выкидыши не обусловлены органическими причинами. После выкидыша женщины теряют аппетит и сон, снижается их общая активность, преследуют мысли об умершем ребенке, повторяющиеся сновидения. Наблюдаются переживания скорби, враждебность к медперсоналу, зависть к матерям и беременным женщинам, чувство вины и страх смерти, самоупреки и суицидальные мысли. Возникает напряженность в партнерских отношениях, появляется пренебрежение к имеющимся детям или, наоборот, чрезмерная заботливость и тревога за них. Привычные выкидыши создают порочный круг страха, депрессии с суицидальными тенденциями и психосоматическими дисфункциями, которые способствуют новому выкидышу вследствие нейроэндокринных влияний и усиленного сокращения матки. Фрейд задавался вопросом: «Как много матерей, нежно любящих своих детей, даже, может быть, чересчур нежно, неохотно зачали их и хотели иногда, чтобы живое существо внутри них не развивалось бы дальше?» Невротичные женщины, не переработавшие свой эдипальный конфликт, испытывают бессознательное чувство вины, которое заставляет их подчиняться садистическому партнеру или проявляется в виде самонаказания — в том числе

404

аборта. Опустошение матки может символизировать устранение матери, отказ от опасных претензий сравняться с ней в способности к деторождению, самоубийство заменяется умерщвлением плода как объекта идентификации.

*Бесплодие* нередко наступает после медицинского аборта, особенно если он психически не переработан. Такая ситуация складывается чаще тогда, когда партнер не причастен к аборту и не несет за него ответственности, и женщина вынуждена сделать все сама. При этом наблюдаются длительные резкие колебания настроения, сверхценные идеи с аменореиными фазами, которые могут привести к ложной беременности.

Бесплодие наблюдается у двух типов женщин:

- 1) выступающих в мужской роли, соперничающих, отличающихся выраженным стремлением к доминированию и желанием независимости;
- 2) физически и психически незрелых женщин с ярко выраженной зависимостью.

В анамнезе можно выявить патологию ранних отношений с матерью, следствием которых явилась психологическая защита от беременности, родов и материнства, отказ от роли матери и женщины. Партнерские отношения при этом имеют симбиотический характер, с доминированием мужчины и зависимостью женщины. Значение беременности и материнства связывают с отношениями между партнерами, с отношением женщины к самой себе и ребенку. Бесплодие может быть вызвано ее нежеланием сделать своей частью семя партнера и ребенка как представителя его и собственного «Я».

Говорят о бесплодном браке, когда женщина не хочет зачать от нелюбимого мужчины. Женщина

может инстинктивно избегать сексуальных отношений во время плодотворных периодов, совершать во время акта движения, затрудняющие проникновение спермы. Страх беременности приводит к сокращению шейки матки и непроходимости труб, а также к нарушению гормонального цикла, в результате чего не созревают яйцеклетки. Психосоматически обусловленное нарушение гормонального баланса может вызвать появление ановуляторных циклов.

Д. Хелхаммер (цит. по: Фролова, 2003) исследовал 218 *мужчин, страдающих бесплодием*. У деятельных и уверенных в себе испытуемых репродуктивная активность сперматозоидов и уровень тестостерона оказались намного ниже, чем у депрессивных. Автор делает вывод, что активный способ справляться со стрессом созда-

405

ет условия, которые способствуют стерильности вследствие сужения кровеносных сосудов тестикул. Это нарушает стимуляцию их клеток гипофизом и приводит к прекращению продукции тестостерона, а следовательно, и к дегенерации сперматозоидов. После обучения пятнадцати испытуемых адаптивным реакциям на стресс у шести из них партнерши забеременели, а у остальных существенно улучшились показатели спермы.

*Ложная беременность* наступает у бесплодных женщин, обычно не имеющих супруга, при появлении непоколебимого убеждения в наличии беременности. В основе расстройства лежат сильное желание забеременеть и одновременно страх беременности и родов, а также враждебность к детям. Причиной расстройства могут быть и половые контакты, переживаемые с чувством вины. У женщины ухудшается самочувствие, появляется рвота, особые пищевые пристрастия, ощущение тяжести в животе, шевеления плода и схваток. У них прекращаются месячные, увеличиваются живот и грудь, быстро набирается вес, появляется пигментация вокруг сосков, выделяется молозиво, изменяется шейка матки и наружные половые органы. Представление о наличии беременности носит характер бредовой убежденности и не корректируется рациональными доводами. Оно может существовать на протяжении многих месяцев и даже лет вопреки отрицательным результатам акушерского обследования и химических и биологических проб на беременность.

**Климактерические неврозоподобные состояния** возникают преимущественно в возрасте 45 — 55 лет и представляют собой сочетание вегетативно-сосудистых, обменно-эндокринных и нервно-психических расстройств, возникающих вследствие возрастного снижения функции яичников и функциональной недостаточности высших центров нейроэндокринной системы. В результате месячные постепенно становятся более редкими и скудными и, наконец, прекращаются. Лицо приобретает сероватый оттенок, тургор кожи снижается, волосы лишаются естественного блеска. Еще в предклимактерический период часто появляются тревожно-пессимистические переживания по поводу начавшегося увядания, неблагоприятных изменений внешности, снижения сексуальной привлекательности. Особенно большое значение имеют эти факторы для женщин, у которых внимание мужчин было ведущим в системе ценностей. У некоторых из них развиваются выраженные депрессивно-ипохондрические реакции с суицидальными тенденциями.

406

Если преклимакс больше сопровождается психическими нарушениями, то менопауза — вегетативными. Особенности и выраженность расстройств обычно аналогичны тем, которые

наблюдались у женщины во время предменструального синдрома. Появляются парестезии, сенестопатии, неприятные ощущения в области сердца, желудка, подложечной области, суставах, зуд в области половых органов и промежности, неприятные ощущения в области лица, во рту, общее недомогание, плохой сон, тревожные сновидения. Утрачивается половое чувство. Артериальное давление резко колеблется. При этом женщины часто мерзнут, вынуждены тепло одеваться. Характерны резкие приливы, которые связывают с повышением активности симпатической нервной системы в результате гормональной перестройки. Прилив происходит синхронно с волной секреции лютеинизирующего гормона из гипофиза. Провоцировать прилив может эмоциональное переживание. У ряда психопатических личностей во время климакса усиливается свойственная им и ранее дизэнцефальная недостаточность, возникают мучительные приступы с приливами, ознобом, сердцебиением, головокружением, обильной потливостью, сенестопатиями.

Климактерические состояния наблюдаются в различных вариантах. *Астеновегетативный синдром*: повышенная утомляемость, приливы, потливость, зябкость, ознобы, обмороки, головная боль, стеснение в груди, снижение или повышение аппетита и его извращения с тягой к соленому и кислому, колебания либидо и артериального давления, тревожный сон. *Эмоциональные расстройства*: эмоциональная лабильность, субдепрессия, немотивированные колебания настроения от тревоги, уныния, чувства опустошенности, безысходности, раздражительности к сентиментальности, неумеренной веселости, экзальтации и невозможности сосредоточиться. *Сенесто-ипохондрические нарушения*: разнообразные неприятные ощущения, иногда нестерпимый зуд половых органов, опасения за здоровье, которые могут приобретать навязчивый характер. *Истериоподобные расстройства*: спазмы в горле, внутренняя дрожь, «ватность» конечностей, затруднения в речи при волнении, обидчивость, капризность, приступы рыданий, демонстративность.

У больных с патологическим течением климакса чаще всего наблюдаются истериопохондрические расстройства; возможны сверхценные идеи ревности, идеи отношения. У некоторых больных впервые в жизни развивается депрессия, отличающаяся глубиной аффективных расстройств, наличием витальных компонентов и суицидальных тенденций. Если в возникновении депрессии

407

I

существенную роль играет психогенный фактор, у больной может развиваться чувство вины, однако соответствующие идеи самообвинения направлены не в прошлое, а в настоящее и будущее. Поэтому к чувствам утраты и скорби присоединяются мрачные мысли об одиночестве, материальном неблагополучии и т. п. Когда минует острота переживаний, в клинической картине вновь появляются вегетативно-сосудистые нарушения, потерявшие актуальность в период острого состояния. Если больная переключается в своих переживаниях с психогенной ситуации на свое здоровье, то происходит формирование ипохондрических расстройств. Иногда климактерическая депрессия является предстадией инволюционной меланхолии.

У мужчин при климактерическом неврозе отмечаются утомляемость, слабость, боли в конечностях, запоры, рвота. Возможны приливы к лицу и груди, головная боль, потливость, сердцебиение, полиурия и зуд гениталий. Нередко развивается гиперестезия и эмоциональная лабильность. Отмечаются депрессия, апатия, меланхолия, изредка психозы.

**Лечение.** Применяют зверобой, боярышник, пустырник, валериану, новопассит, ноотропы,

беллоид, беллатаминал, белласпон, \_ амбосекс, грандаксин, седуксен, элениум, оксазепам, реладорм, финлепсин, лудиомил, сонапакс, френолон, этаперазин, хлорпро-тиксен. Психотропные средства беременным и кормящим матерям назначают лишь в случае крайней необходимости, поскольку они могут оказывать негативное воздействие на плод или грудного ребенка. При депрессии возможно назначение прозака, мелипра-мина, анафранила, доксемина. При мужском климаксе дополнительно назначают метилтестостерон, тестобромлецит, тестостерона пропионат, тетрастерон.

А. Л. Гройсман (2002) выделяет следующие задачи психотерапии:

- изменение неверных взглядов на обязательную тяжесть протекания климакса;
- преодоление угнетающих мыслей о приближающейся старости;
- снятие неврастенических симптомов, в частности, бессонницы, слабости, раздражительности;
- отвлечение от болезненных переживаний, свойственных самому климаксу и его осложнениям;
- разъяснение образа жизни, режима питания, психопрофилактических, гигиенических и психофизических мероприятий в борьбе с климактерическими проявлениями.

408

Автор разработал программу групповой психотерапии с применением аутотренинга, психотерапевтических бесед, гипносуг-гестии, а также психотерапевтического потенцирования некоторых физических и гигиенических факторов воздействия. Курс лечения рассчитан на 2,5 — 3 месяца. Темы бесед:

- «Климакс не болезнь, а естественное состояние здорового организма».
- «Образ жизни женщины, страдающей климаксом».
- «Отношение к своему здоровью».
- «Невротические состояния в климактерическом периоде».
- «Водные процедуры».
- «Диететика при климаксе» и др.

Первый этап терапии направлен на успокоение, второй носит активирующий характер. Это достигается переходом от гипносуг-гестии к самовнушению в процессе аутотренинга, занятиям лечебной физкультурой.

### **болезни суалвов и кожи**

**Ревматоидный артрит** (хронический полиартрит) проявляется в виде утренней скованности и болезненности суставов и околосуставных мышц, тонус которых повышен. Болезнь начинается медленно, с годами она необратимо деформирует мелкие суставы. Заболевание в значительной степени связано с наследственными, аллергическими и иммунологическими факторами. Болеют в основном женщины среднего и пожилого возраста, пережившие утрату близких людей, у которых имеются межличностные конфликты, проблемы брака и личного авторитета. Провоцирующим фактором может стать неуступчивость послушного прежде мужа, разочарование в мужчине, в которого много вложено, навязывание больной женской роли, рождение ребенка, оживившее детскую ревность к брату или сестре.

Болезнь приводит к утрате или снижению способности к активной профессиональной деятельности, эмоциональной и социальной изоляции, снижению самооценки, неадекватному совладанию с агрессией, развитию дисфории и различных фобий, повышенной тревожности, сексуальным проблемам. По мере течения болезни нарастает конфликт между автономией и зависимостью. Поскольку многие больные до начала заболевания отличаются повышенной

подвижностью, они с трудом сдерживают свой гнев по

409

поводу ее снижения, что еще больше усиливает скованность суставов. Больные долго отказываются от помощи, часто меняют врачей, а затем как будто безропотно смиряются со своим страданием. Обычно они производят впечатление «злой покорности» или «любеобильной тирании».

Для личности больных характерны следующие стойкие черты:

- стойкие проявления сверхсовестливости, обязательности, терпеливости и внешней уступчивости, сочетающиеся со склонностью подавлять все агрессивные и враждебные импульсы;
- мазохистски-депрессивные проявления с сильной потребностью к самопожертвованию и чрезмерным стремлением оказывать помощь, сочетающиеся с честолюбием, сверхнравственным поведением и склонностью к депрессивным расстройствам настроения;
- выраженная потребность в физической активности до развития заболевания (профессиональный спорт, интенсивная подвижная работа).

Ф.Данбар (цит. по: Фенихель, 2004) различала два типа личности больных ревматоидным артритом. Один из них — экстраверт, предрасположен к травмам и поражениям суставов. Другой тип — интроверт, колеблющийся между активностью и пассивностью, предрасположен к поражениям сердца. В детстве пациенты испытывают страх перед властной матерью и подавляют свое стремление к бунту. У них рано возникает агрессивность, проявляемая в двигательной активности, которая компенсирует фрустрации эдиповой фазы. Тенденция выражать вытесненные агрессивные устремления через скелетную мускулатуру проявляется и в сновидениях пациентов. Женщина, страдающая ревматоидным артритом, обычно выходит замуж за слабовольного, как и ее отец, мужчину и тиранит его, так же, как ее мать — отца. Другим людям больные демонстрируют самоотверженный альтруизм и терпеливость, скрывая подавляемую враждебность и страх проявить ее. В их характере постоянно борются проявления мягкости и жесткости. Такие женщины трудолюбивы, объединяют семью, решительно преодолевают все трудности, становятся самоотверженными матерями, неутомимыми воспитателями, терпеливыми сиделками. В начале заболевания чувство ненависти загоняет больных в интенсивную физическую работу, занятия спортом, танцами. На более поздних этапах агрессивность сублимируется в готовность

410

заботиться о других. Свойственный больным тип опеки является смесью тенденции доминировать и мазохистской потребности служить другим людям. Агрессивные импульсы высвобождаются с все большим трудом и все хуже поддаются контролю. Пальцы все больше походят на когтистую звериную лапу, капканом для которой становится обездвиженность, а тугоподвижный двигательный аппарат превращается в своего рода смиренную рубашку для агрессии больного. Приведем пример (по Александру, 2002).

Маленькую и хрупкую женщину 28 лет стали беспокоить боли и жесткость мышц сразу после того, как она обнаружила измену мужа, профессионального боксера. Через несколько месяцев у нее развился артрит. Когда ей было два года, ее отец оставил мать, добропорядочную, но холодную женщину. В детстве пациентка постоянно соперничала со старшим братом и проводила много времени вне дома.

Она считала положение женщины невыносимым и заявляла, что скорее умрет, чем признается

мужчине в любви: «Тогда я никогда не смогу быть во главе». Несколько месяцев после замужества она отказывалась от полового акта, а потом соглашалась на сексуальные отношения лишь в исключительных случаях и никогда не испытывала оргазм. Она всегда главенствовала в семье, принимала все решения и заставляла троих дочерей помогать ей вести хозяйство.

Неверность мужа была первым признаком его протеста и ее неспособности соперничать с ним и контролировать его. Фрустрация стремления к соперничеству привела к усилению ее враждебности, которая не находила выхода, а за ней последовали боли в мышцах и артрит.

В период анализа пациентка постоянно отказывалась бывать с мужем в обществе, и в конце концов он изменил ей второй раз. Это привело к резкому обострению болезни.

**Терапия.** Следует ограничить потребление продуктов, содержащих пурины (шоколад, жирные сорта мяса, рыбы, бульоны), а также исключить экстрактивные вещества (приправы и копчености) в случае предрасположенности к нарушению обмена веществ.

При болях назначают корень аира и девясила, плоды боярышника, можжевельника, семя льна, почки сосны, траву душицы, зверобоя, ландыша, мелиссы, фиалки, хвоща, череды. Используют также парацетамол, бруфен, ибупрофен, диклофенак натрия, ортофен,

411

электрофорез с раствором новокаина, индуктотерапию, парафи-но-озотокеритные аппликации. Применяют массаж с маслом розмарина и эвкалипта, экстрактом чабреца и четыре вида ванн: углекислые, сероводородные, песочные и грязевые.

Проводят групповые беседы о происхождении и лечении заболевания, для того чтобы добиться понимания психосоматического характера болезни и столь необходимого больным ее принятия. Групп-анализ позволяет активизировать не полностью используемые больными психические ресурсы. Это достигается прежде всего благодаря обмену эмоциональным и когнитивным опытом и развитию групповой сплоченности, способствующим ликвидации одиночества и пессимизма. В результате действия проекции и идентификации больные в условиях свободной дискуссии выявляют свои слабые и сильные стороны, экспериментируют с новыми ролями и способами общения. При этом наступает отделение от роли больного, которому способствует также применение техники дезиден-тификации и других приемов психосинтеза по Ассаджиоли и Рейнуоттер, позволяющих произвольно регулировать боль и дистанцироваться от нее. Элементы психодрамы и психогимнастики и других форм двигательной и телесно-ориентированной терапии способствуют преодолению алекситимии.

© *Ревматизм — головная боль в ногах (Рамон Гомес де ла Серна).*

**Нейродермит** (F54 + L23) (экзема, чесотка) проявляется в зудящих высыпаниях, которые появляются прежде всего на открытых участках тела. Процесс обычно начинается в первые месяцы жизни в форме диатеза и охватывает шею, затылок, лучезапястные суставы, локтевые и подколенные ямки, внутренние поверхности бедер и ягодицы. Сыпь имеет вид мелких однотипных пузырьков, которые быстро лопаются, оставляя ссадины, покрывающиеся корочками.

Мучительный зуд и расчесывание кожи возникают особенно часто по ночам, а также в состоянии тревоги и раздражения. В результате расчесывания на коже возникают повреждения, она грубеет, утолщается, напоминает ромбовидную мозаику. В патогенезе расстройства участвуют биологически активные вещества (гистамин, проте-азы), избыточно выделяющиеся в кровь во время длительного эмоционального напряжения и приводящие к развитию аллергии.

У больных отмечается психическая гиперестезия на холодный воздух: при малейшем сквозняке, в

ляется обильное потоотделение, резкое побледнение кожи, онемение, зуд, жжение или боль в кистях и стопах. Часто возникают кардиалгии, приступы сердцебиения в покое, периодические головокружения и приступы головной боли на фоне гипотонии, отмечается неинфекционный субфебрилитет.

Постоянный мучительный зуд нарушает сон, приводит к развитию тревожных, астено-депрессивных, истеро-ипохондрических невротических реакций. Возникает непереносимость болевых ощущений, нетерпеливость, вспышки раздражения. Дети тяжело переживают из-за того, что сверстники дразнят их, не принимают в свои игры, считают их «заразными». Многие стесняются раздеваться в присутствии других детей и из-за этого отказываются от занятий физкультурой. Девочки особенно расстраиваются из-за своей «отталкивающей» внешности, не хотят показывать поражения кожи даже врачу. Дети также тяжело переносят отрыв от родителей на время госпитализации, необходимость соблюдать диету, лечиться. При тяжелом течении болезни к подростковому возрасту формируется астено-невротическая личность, которой свойственны уход в болезнь, стремление преувеличивать тяжесть своего заболевания и игнорировать интересы окружающих. При ипохондрическом развитии личности больные жалуются на боли в груди, желудочно-кишечные расстройства, упорно высказывают опасения о злокачественном перерождении участков кожных поражений.

В личности больных обычно сочетаются нарциссизм и чувство физической и социальной неполноценности, эксгибиционизм и склонность к изоляции из-за страха отвержения. Больные отличаются выраженной потребностью в ласке и пассивностью, им трудно дается самоутверждение. Заболевание начинается и в последующем обостряется в конфликтных ситуациях, связанных с фрустрацией потребности больного в телесном контакте. Это может быть смерть любимого человека, сексуальные конфликты, сдерживаемый гнев и тревога. Экзема лица, головы и суставов чаще наблюдается при скрытом конфликте с партнером; в области грудной клетки, плеч и бедер — при открытом конфликте.

Р. Шпиц (2000) выявил у детей с экземой две аномалии:

- 1) Их матери были инфантильными личностями, скрывавшими враждебность под маской тревоги за ребенка. Они не любили прикасаться к своему малышу или заботиться о нем, систематически лишая ребенка кожного контакта.
- 2) У таких детей отмечалась врожденная либидинизация кожных покровов. Если тревожная мать не подкрепляет повы-

шенную потребность в стимуляции ведущей репрезентативной системы, которой у этих детей является кожа, для них усложняется процесс первичной идентификации. В результате задерживается способность к подражанию и появляется характерная отсталость в сфере научения и социальных отношений.

Симптоматика нейродермита выражает слишком близкие отношения с первичной фигурой и одновременно протест против этой слишком большой близости. Высыпания увеличивают толщину и плотность кожи, выражая попытку отгородиться от чрезмерно властной и манипулятивной

матери. Пациент не способен изгнать ранний негативный опыт из внутреннего мира, так как у него недоразвита способность к проекции. Поэтому внутреннее присутствие матери как злокачественного объекта ощущается им очень конкретно, «на собственной шкуре». В то же время воспаленные чувствительные окончания добавляют соматический стимул к изначальному желанию расчесывать кожу. Расчесывание кожи связано с подавляемой враждебностью и аутоагрессией, а также выполняет функцию мастурбации. Удовольствие, получаемое при чесании, должно быть наказано, поэтому кожу чешут до боли и крови, до появления чувства вины и жалости к себе, которое требует новой «ласки». Формируется порочный круг. Отталкивающий вид расчесанной кожи служит больным своего рода оправданием их отказа от контактов.

Приведем пример (по Бройтигаму и др., 1999).

Замужняя женщина 28 лет страдала хронической экземой. Первые ее проявления появились в детстве, имелась аллергия к домашней пыли. В 16 лет на танцах у нее начала зудеть кожа лица, шеи и открытой части груди и рук. С тех пор зуд появляется при приближении мужчин. Последнее обострение возникло вскоре после вступления в брак, когда они с мужем начали жить в маленькой комнате. У ее отца была аллергия к пище, мать также страдала экземой.

Мать была эгоцентричной и тиранила семью своими истерическими выходками, предпочитала дочери сына, который был старше больной на три года. Отец же с детства ухаживал за дочерью, как за юной дамой, с подчеркнутой галантностью. Слишком мягкий и деликатный, чтобы защитить ее от матери, он сам искал у дочери утешения, сильно привязал ее к себе и рано пробудил ее сексуальность.

414

Больная была посвящена в конфликт между родителями и росла с сознанием, что она любимица отца, не по возрасту кокетничала с ним. Во время танцев она также проявляла провоцирующее кокетство, но появившаяся экзема сдерживала ее. После смерти отца она начала вести разнузданную жизнь, проявляя то страстную сексуальность, то полную холодность, как мать. О мужчине, который наконец женился на ней, так как она ждала от него ребенка («хотя я никогда не хотела замуж»), она знала заранее, что по отношению к женщинам он был холоден, груб и враждебен. Живя с ним в тесной квартире, она почувствовала себя полностью беспомощной и одинокой. Близость мужа, когда он сидел рядом и читал газету, порождала в ней бессильную ярость, она затевала ссоры, которые вскоре обрывала и при этом чувствовала себя «как побитая». Потом она расчесывала себе руки и шею, они покрывались струпьями, и это давало новую пищу для конфликтов с мужем.

**Терапия.** Известное облегчение больным приносят ванны и легкий массаж, особенно затылочной области. Для прерывания порочного круга используют мазевые повязки, особенно ночью и у детей. Назначают небольшие дозы кортикостероидных гормонов, препараты кальция, витамин В-12 и антигистаминные средства: димедрол, пипольфен, диазолин. Используют также ноотропил, аминалон, ацефен, пирроксан, радедорм, седуксен, рудотель, пиразидол, сона-пакс, эглонил. Применяют электросон, гипнотерапию, позитивную психотерапию Пезешкиана. При попытках раскрывающей терапии многие больные проявляют нетерпеливость, пытаются сами определять ритм лечения, быстро переходят от интимности к отчуждению, склонны к аффективным реакциям. Низкая мотивация к индивидуальной психотерапии, алекситимия и тенденция к изоляции являются показанием к групповой динамической терапии. В психотерапии детей применяют разъясняющие и корректирующие беседы, психорисунок, суггестию, ролевые игры (обидчик-жертва, ведущий-



ведомый и т. д.), семейную терапию.

**Крапивница (F54 + L50)** — острое поражение кожи с четко ограниченными красными, сильно зудящими волдырями, как при ожоге крапивы, которые выступают чаще всего на лице. Выделяют околоротовой дерматит, наблюдающийся чаще у незамужних женщин среднего возраста, которые имеют проблемы в отношениях с мужчинами. Определенную роль в развитии заболевания играют

415

наследственная предрасположенность, аллергия и склонность к невротическим реакциям. Развитие приступа может быть обусловлено стрессом, усилением хронической тревоги, депрессией.

Личность больных отличает сильная склонность к пассивной позиции в межличностных отношениях, высокая готовность к страху в сочетании с низкой его переносимостью, сильная ранимость в любовных отношениях, выраженная неуверенность в поведении. Больные стремятся установить зависимые отношения «цепляющегося» типа, ищут безопасности и избегают риска. Расстройство обычно возникает у тех, кто в детстве испытывал холодное или жестокое обращение. У таких людей с юных лет наблюдается конфликт между потребностями в мазохистской зависимости и независимости, неосознанное чувство вины, при этом зуд становится символической формой мастурбации и самонаказания. Заболевание поддерживается мазохистским отношением к объекту привязанности, который позволяет сохранять аффективную связь при условии, что агрессия больного направлена на самого себя. Многим больным крапивницей сложно заплакать, но когда это удается, то часто приступ внезапно прекращается. В ситуации, когда «бьют и плакать не дают», чешутся глаза и «плачет» кожа.

Терапия аналогична лечению нейродермита. Эффективны также витамин С и рутин.

Приведу пример из собственной практики.

Ко мне на прием пришла маленькая худенькая девушка странного вида: лоб и щеки закрыты густыми каштановыми волосами, ворот свитера (это летом!) натянут до самых глаз, взгляд которых как будто говорит: «Ну, давайте, добивайте, мне уже все равно». Прежде чем попасть ко мне, Аня долго лечилась у специалистов по кожным заболеваниям, по аллергии — ничего не помогало. При волнении ее лицо покрывалось красными пятнами, как при ожоге крапивой. Аня стала стесняться своего вида настолько, что перестала посещать занятия в институте, не отвечала на звонки друга, которым очень дорожила. Когда она все же решалась выйти из дому, ей казалось, что люди специально отворачиваются от нее, чтобы скрыть брезгливость или сострадание во взгляде. Последние дни она не вставала с постели, смотрела в потолок и ждала неизвестно чего. Очень хотелось поплакать, но слезы не приходили. Тетка, у которой она жила, теребила ее: «Лечись, делай что-нибудь! Ох, останешься ты с таким лицом старой девой!» Она и привела Аню ко мне.

416

Оказалось, что Аня всегда была недовольна своей внешностью, очень обижалась в детстве, когда ее дразнили «галчонком» за смуглое носатое лицо с круглыми глазами. Конечно, ей признавались в любви. Но она сомневалась: неужели действительно может кому-нибудь понравиться? Вот Юра хотя и откровенно называет ее «заморышем», но так подкупающе ласково... А главное — он чуткий, внимательный и в ней ценит то же самое. Но теперь, когда на лице выступили эти ужасные красные пятна, — нечего и мечтать. И вообще, на что она могла рассчитывать, уродина несчастная? — Может, он и жалеет меня... Не нужна мне его жалость! И вообще больше ничего не нужно! — большие Анины глаза наполнились слезами, и чтобы вытереть их, она опустила ворот свитера...

При взгляде на ее как будто ошпаренное лицо действительно трудно скрыть сострадание. Мы разговорились, и Аня вспомнила:

— Мама всегда смеялась надо мной, когда я маленькая вертелась перед зеркалом. Она у меня красивая, белая, высокая, а я на папу похожа. Вообще-то я его плохо помню, они развелись, когда я еще в садик ходила.

Вот, оказывается, какая цепочка. Прежде чем стать «не в своем вкусе», Аня была не во вкусе своей мамы. Мамин же вкус изменился в результате конфликта с мужем, а потом уже она перенесла раздражение против него на дочь, которая теперь напоминала ей самого ненавистного человека.

Через неделю Аня пришла в том же свитере, но теперь он закрывал только подбородок. Щеки были практически чистыми, лишь вокруг глаз и на лбу остались красноватые пятна. Оказалось, Аня в тот же вечер позвонила Юре и услышав родное: «Привет, заморыш, ты где пропадала?» — расплакалась от счастья. Она все же не решилась встретиться с ним, отложив это до лучших времен.

Я предложил ей поиграть в «гляделки» — кто кого пересмотрит. Через несколько мгновений Аня начинает моргать, густо краснеет, отводит взгляд и смущенно хихикает: «Сдаюсь...»

На следующей неделе Аня прошла полный курс «гляделок»: тренировки со своим отражением в зеркале, с теткой, со случайными встречными. При очередном нашем разговоре она радостно выпалила:

— За вчерашний день 16:9 в мою пользу!

— 5184

417

— Наверное, малышей выбирала? — шучу я.

— Нет, разные соперники были, — тверже обычного возразила она.

**Герпес** — рецидивирующее вирусное заболевание, проявляющееся в виде лихорадочных высыпаний-пузырьков размером от булавочной головки до чечевицы. Вначале они зудят, потом до них становится больно дотронуться. Затем пузырьки высыхают и отпадают без рубцевания.

Высыпания локализуются в местах перехода кожи в слизистые оболочки, наиболее распространены лабиальный (губной) и генитальный герпес. Последний занимает второе место среди заболеваний, передающихся половым путем, причем женщины с генитальным герпесом в три раза чаще заболевают раком шейки матки. В происхождении герпеса определенную роль могут играть чувство вины, которое возникает из-за конфликта в сексуальной сфере, и страх заражения. Приведем пример (по Бройтигаму и др., 1999).

Женщина 33 лет, физически крепкая и жизнерадостная, много лет лечится у различных специалистов по поводу многочисленных соматических жалоб: затрудненное дыхание, тяжесть в животе, тахикардия, боли в разных частях тела.

Она до сих пор находится в зависимости от своих властных родителей, привязана к отцу, работает у него на фирме бесплатно. Замуж женщина вышла в 18 лет, поскольку забеременела, своего мужа считает слабым и скучным. Недавно она заново пережила свою девичью привязанность к обожавшему ее, но теперь женатому мужчине. Однажды втайне от мужа и родителей она встретила с ним и согласилась поехать на выходные в путешествие с ночевкой в гостинице. В дороге на ее половых губах появились многочисленные покраснения и пузырьки, которые не позволили ей вступить в интимную связь, которой она так хотела, но в то же время опасалась.

**Терапия.** Для подавления герпетической инфекции применяют антисептики метиленовый синий и

бриллиантовый зеленый, мази на йодной основе, противовирусные препараты оксолин, тебро-фен, флореналь, индосуридин. Дальнейший рост вируса тормозит и предупреждает прием аминокислоты лизина. Природный лизин содержится в свежей рыбе, курином мясе, коровьем и козьем молоке, сыре. Другая аминокислота — аргинин — усиливает действие и стойкость вируса. Поэтому необходимо свести к минимуму потребление орехов и шоколада, богатых аргинином.

418

Поскольку развитию расстройства способствуют стресс и фрустрации, больным показаны разряжающие и позитивные упражнения АТ по К. Кермани (2002). Примерные формулы самовнушения:

«Мой (болезненный участок) прохладный и чистый. Высыпания не имеют значения. Инфекция не затрагивает меня. Высыпания не действуют на меня. Мои язвочки быстро исцеляются. Мой (болезненный участок) не причиняет мне страданий и быстро исцеляется. Я знаю, что могу быстро исцелить свои язвочки. В моем организме нет места для герпеса».

© — Доктор, я все время чешусь.

— Раздевайтесь, — смотрит. — Послушайте, а вы пробовали мыться?

— Не помогает. Через месяц снова чешусь.

## ТЯЖЕЛО БОЛЬНЫЕ ПАЦИЕНТЫ

**Рак** поражает каждого третьего человека, смертельно — каждого пятого. У детей смертность от рака, особенно от лейкоза и опухолей мозга, стоит на втором месте после несчастных случаев. Показатель смертности от онкологических заболеваний на 100000 населения составляет в России **201** человек, в США — 203 человека.

В организме постоянно происходит процесс деления клеток — например, слизистая пищеварительного тракта обновляется каждые 36 часов. Незначительная часть новых клеток аномальны и являются потенциально раковыми, они уничтожаются иммунной системой организма. Стресс и подавленные негативные эмоции ослабляют иммунитет, и у людей, имеющих предрасположенность к раку, он развивается.

В преморбидной стадии у больных преобладают депрессивные личностные черты со склонностью легко впадать в состояние беспомощности и безнадежности при фрустрации. Пациенты не способны проявлять тревогу, звать на помощь и изливать свой гнев. В силу орально-мазохистской фиксации они предпочитают быть подавляемыми. Больным свойственна доминирующая детская позиция в коммуникации, тенденция к экстернализации локуса контроля, высокая нормативность в ценностной сфере, высокий порог восприятия негативных ситуаций, трудности в понимании сущностных признаков в когнитивной сфере. Эти люди обычно относятся к числу трудоголиков, максималистов и стоиков. Нередко они

419

в раннем возрасте переживают утрату важных лиц из близкого окружения, сохраняют зависимые отношения с кем-либо из родителей и страдают сексуальными нарушениями.

Рак чаще развивается у членов семей доминантного типа в тупиковой ситуации, когда центр семейного несчастья перемещается на болезнь и тем самым сохраняется смысл функционирования семьи. У женщин часто возникает рак груди и шейки матки, развитие которых связывают со смертью близких и другими потерями, реакциями безнадежности и полного отказа от своих интересов. В преморбиде у этих женщин чаще отмечают трудности в связи с утратой объекта и

обусловленные этим страхом. У многих больных раком легкого выявляется холодное отношение к ним близких в детстве.

Юность больных обычно отмечена чувством одиночества, покинутости, отчаяния; в то же время они опасаются близко сходить с другими людьми. В молодости они посвящают свою жизнь другому человеку или работе. Когда они теряют эти жизненно важные роли (из-за смерти супруга, начала самостоятельной жизни ребенка, выхода на пенсию), наступает такое же отчаяние, как в юности. Они переживают свою боль в себе, отказываются от решения своих проблем, начинают играть роль жертвы. Чувство безнадежности и утрата интереса к жизни угнетают иммунную и гормональную системы, что приводит к безудержному производству атипичных клеток.

Вслед за постановкой диагноза больные, как правило, переживают шок и заранее оплакивают себя.

Самой распространенной реакцией является развитие тревожно-депрессивного синдрома.

Возможны также ипохондрические реакции с истерическими компонентами, психопатоподобные расстройства с паранойяльными установками, раздражительным и злобным настроением. В ряде случаев наблюдаются депрессивные расстройства, сопровождающиеся страхом, ажитацией, дереализационно-деперсонализационными расстройствами, длительной бессонницей, суицидальными тенденциями.

Многие больные прибегают к спасительной анозогнозии, упрощают сложившуюся ситуацию и вытесняют из сознания мрачные мысли об исходе заболевания. После операции в течение 2 — 3 лет преобладает защитное отрицание в виде установки: «Живи одним днем!» Для таких больных характерна эмоциональная изоляция, они не обсуждают с партнером факт своего заболевания.

Отмечено, что оно течет благоприятнее, если больной может проявлять свои агрессивные тенденции вообще и против врачей в частности.

420

Ирвин Ялом (1999) описывает личностный рост больных раком в терминальной стадии: для них уменьшается значение жизненных тривиальностей, появляется чувство освобождения от всего бренного, обостряется переживание жизни в настоящем, возникает более глубокий контакт с близкими. Это позволяет автору сформулировать мысль, что физически смерть разрушает человека, но идея смерти спасает его.

При прогрессировании злокачественного образования и утяжелении соматического статуса, особенно при раковых опухолях желудочно-кишечного тракта, на фоне тревожно-депрессивного состояния может развиваться нигилистический бред со слуховыми и тактильными галлюцинациями (синдром Котара). Иногда развиваются амнестические расстройства с конфабуляциями и псевдореминисценциями (синдром Корсакова), а также делириозно-аментивная спутанность сознания.

Для психических нарушений при злокачественных опухолях характерны астенические расстройства с выраженной аффективной лабильностью. При нарастании кахексии, а иногда и после оперативного вмешательства развиваются психозы в виде делирия с нерезко выраженным возбуждением, немногочисленными галлюцинациями и онирическими состояниями на высоте психоза. Реже возникают затяжные тревожно-депрессивные и бредовые психозы. Последние проявляются в виде подозрительности, тревоги, малой доступности, отдельных бредовых идей конкретного содержания.

Приведем пример (по Пезешкиану, 1996).

Пациентка 45 лет, имеющая двух дочерей 17 и 15 лет, семь лет назад узнала о связи мужа с другой

женщиной. Он упорно отрицал это. У нее развилась опухоль матки, и четыре года назад матка была удалена. За два месяца до операции муж признал свою связь с другой женщиной и предложил развестись. К подавленности больной и тревоге за свое здоровье добавилась глубочайшая обида: «Вместе с ним я участвовала в деле, вместе с ним строила дом. Я старалась день и ночь, а теперь меня бросили в беде».

После операции они с мужем продолжали жить вместе, больная работала продавщицей в его магазине. Она опасалась нового развития рака, чувствовала себя физически неполноценной и очень болезненно реагировала на малейшую обиду.

Через два года ей пришлось удалить левую грудь, и она болезненно переживала этот факт. Прошел год, и муж высе-

421

лился из их общей квартиры. Больную это повергло в полное отчаяние, так как она потеряла не только мужа, но и жизненную перспективу. У нее развилась канцерофобия.

Она рассказала психотерапевту, что ее бабушка и мать всегда желали себе только смерти, потому что все было очень плохо и жизнь не имела никакого смысла. Когда она еще в детстве выражала какую-то надежду, то в ответ всегда слышала: «Ты еще узнаешь, что ничего из этого не выйдет».

© Когда хирург сказал больному, что надо мужаться, больной стал материться.

**СПИД** (синдром приобретенного иммунодефицита) вызывается вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), который поражает, в частности лимфоциты Т помощники (хелперы).

Размножаясь, зараженные лимфоциты внедряют вирус во всю иммунную систему. Длительность инкубационного периода от момента заражения до развития СПИДа колеблется от нескольких недель до нескольких лет. Большинство заболевших не умирает непосредственно от СПИДа, а становится беззащитной жертвой других инфекций.

ВИЧ обладает способностью непосредственно поражать клетки центральной нервной системы, приводя к развитию психических расстройств задолго до появления признаков снижения иммунитета у больного. У многих вирусоносителей за несколько месяцев, а иногда даже лет до выявления заболевания отмечаются снижение побуждений и настроения, нарушение сна, ухудшение работоспособности, уменьшение круга общения. Часть носителей вируса проявляет откровенные антисоциальные тенденции, стремясь либо к возможно большему расширению своих сексуальных контактов, либо к передаче ВИЧ иным путем. Для них типичны состояния в виде апатической, тревожной, тоскливой депрессии с частыми идеями самообвинения, не доходящими до уровня бреда, и суицидальными мыслями, которые редко реализуются. Могут возникать реактивные психотические состояния в виде ажитированной депрессии, сенситивного бреда отношения, реактивного бреда преследования, ипохондрического бреда с «чувством неприкасаемости». Наблюдаются также психосоматические желудочно-кишечные расстройства. С возникновением выраженных клинических проявлений болезни в виде лихорадки, обильного ночного пота, диареи, пневмонии и т. д. все вышеописанные психические нарушения становятся более клинически выраженными. Из-за разнообразия психи-

422

ческих расстройств СПИД получил название психиатрической энциклопедии. Уже на ранних этапах заболевания снижаются когнитивные способности в связи с органическим поражением головного мозга вирусом. Человеку требуется больше времени, чтобы обдумать или запомнить что-

то, он быстро устает. Такие явления ухудшают психологическое состояние больного, негативные эмоции ослабляют иммунитет, формируется порочный круг. Характерно появление навязчивостей: воспоминаний о сексуальных партнерах, от которых могло произойти заражение, страха смерти, представлений о процессе умирания. Некоторых больных очень беспокоит навязчивое опасение заразить родственников бытовым путем, хотя они понимают нелепость этого опасения.

У многих возникает тревожно-тоскливая депрессия с анорексией, диссомнией, эпизодами дисфории, тревожной ажитаии, паники, чувства безысходности и гнева, нередко направленного на врачей. Нередки суицидальные попытки, особенно у психопатических личностей или у тех, кто был свидетелем смерти близких людей от СПИДа. Встречается анозогнозия, когда больные не верят врачам, поставившим им диагноз СПИДа, обвиняют их в некомпетентности.

В последующие несколько месяцев у больных развиваются самые разные психотические расстройства в виде состояний помраченного сознания, особенно делирия, галлюцинозов, острых параноидных психозов, гипоманиакальных и маниакальных состояний. По мере прогрессирования болезни все более отчетливыми становятся симптомы поражения головного мозга. Затем в течение нескольких недель или месяцев у больных нарастает слабоумие и слабодушие, учащаются периоды помрачения сознания, появляются судорожные припадки, недержание мочи и кала, наступает оглушенность, кома и смерть.

Часто заболевший СПИДом оказывается в изоляции из-за страха окружающих заразиться. Поэтому больной может долго скрывать диагноз от членов семьи, а когда тайна раскрывается и близкие люди начинают держаться на расстоянии от него, может проявлять агрессию к ним — в частности, намеренно пытаясь заразить их. В ряде случаев близкие переживанием сильного горя предвосхищают неизбежную потерю, вызывая у больного ощущение заживо погребенного. Он может реагировать на это саморазрушительным поведением: употреблять алкоголь и наркотики, наносить себе травмы, пускаться в авантюры, уйти из дома в криминальную среду.

423

**Психология тяжело больного.** Н. Бусыгина (2001) выделяет четыре основных эмоциональных синдрома, характерных для тяжело больных. *Отрицание* сопровождается чувством беспомощности и апатией. *Аннигиляция* или экзистенциальное отчаяние включает безнадежность, тревогу и страхи, депрессию, укороченную временную перспективу. *Отчуждение* означает отвержение значимых других вместе с чувством собственной отвергнутости<sup>TM</sup>, переживанием своей беспомощности и никчемности. *Деструктивная дисфория* описывает гневливого, разочарованного пациента, чувствующего себя обманутой жертвой; здесь имеют место смятение, злобность, фрустрация и депрессия. В любом случае наблюдается обеднение мотивационной сферы, которое проявляется как аутизация, замкнутость, отчужденность, эмоциональное оскудение, пассивность, стремление к стереотипному выполнению работы, мелочность, желание опеки, ограничительное поведение. Элизабет Кюблер-Росс (2001) описала стадии переработки ситуации неизлечимым больным. *Первая стадия* заключается в отрицании и изоляции. В «Раковом корпусе» А. И. Солженицына показано, как больные отказываются признать реальность, изолируются от угрожающей правды. «Я знаю, что я должна умереть, — говорит 60-летняя больная раком, которой сообщили ее диагноз, — но я не могу в это поверить». Ефрем Полдурев дополнительно использует идентификацию с агрессором — смертью: «Итак, что ж было прикидываться? За рак надо было принять и раньше — то, от чего он жмурился и отворачивался два года: что пора Ефрему подышать. Так, со злорадством, оно даже легче получалось: не умирать — подышать. Но так можно было только выговорить, а ни

умом вообразить, ни сердцем представить».

Эти агрессивные чувства соответствуют *второй стадии* по Кюблер-Росс — стадии гнева. Часто раздражение направлено на окружающих: больной завидует здоровым людям и недоволен врачами и обслуживающим персоналом.

На *третьей стадии* происходит торг, больные пытаются заключить сделку с врачами, демонстрируя свое послушание, с Богом, обещая посвятить ему оставшуюся жизнь, если он продлит ее.

На *четвертой стадии* наступает депрессия, особенно если больной остается в изоляции. В это время он переживает ряд утрат: надежды на возможность выздоровления, жизненной перспективы, трудоспособности, сексуальной потенции и привлекательности, чувства нужности близким и т. д. Он готовится к предстоящему расставанию с любимыми людьми, с жизнью и к встрече со смертью.

424

Наконец, *пятая стадия* — это стадия смирения с неотвратимо приближающейся смертью, которое может перемежаться с иррациональной надеждой на чудесное спасение. Эти надежды больного обычно связаны с переоценкой возможностей врача и его идеализацией, сочетающейся с регрессивной тенденцией к установлению симбиотических отношений с ним.

А. Гнездилов (2003) указывает на связь предсмертного поведения с типом личности: "Умствующие чудаки, так называемые «шизоиды», предпочитают одинокую смерть, чтобы их никто не видел.

Добродушные, синтонные «циклоиды», напротив, желают умереть в кругу близких людей.

Истерики также требуют «людности» и «эстетики» смерти. Брутальные, волевые «эпилептоиды» ищут природных или социальных катаклизмов, чтобы умереть в бою, в активном состоянии.

Тревожные «психастеники» озабочены тем, чтобы быть «как все»".

Внутреннюю картину болезни помогает выявить **Опросник для онкологического больного**, приведенный И. Г. Малкиной-Пых (2003, с. 866-867).

1. Кто и когда сообщил вам о вашей болезни ?

2. Беспокоитесь ли вы о своих физических функциях и способностях?

3. Ощущаете ли вы себя ущемленным?

4. Насколько хорошо вы информированы о характере вашего заболевания и возможном его течении, включая шансы на излечение?

5. Регулярно ли вы принимаете назначенные лекарства? Знаете ли вы, как они действуют, что вы можете от них ожидать и какие возможны побочные эффекты?

6. Какие актуальные способности (аккуратность, пунктуальность, чистоплотность, вежливость, искренность, трудолюбие, бережливость, справедливость) вы больше всего цените в себе и в ваших сотрудниках и начальнике?

7. Каких установок и поведения ожидают от вас на работе ?

8. Можете ли вы непринужденно говорить с вашими близкими о своем заболевании?

9. Связанно ли для вас слово «рак» с определенным табу?

10. Чувствуете ли вы себя одиноким?

11. Можете ли вы открыто проявлять ваши чувства?

12. Можете ли вы выражать свои потребности или скрываете их? Жертвуете ли вы собой ради других?

425

13. Считаете ли вы, что все в конечном счете не имеет смысла и нужно принимать все как есть?
14. Кажется ли вам будущее мрачным и безнадежным?
15. Является ли для вас здоровье всем, а жизнь без здоровья — ничем?
16. Что для вас является смыслом жизни (стимулом, целью, мотивацией, жизненным планом, смыслом болезни и смерти, жизни после смерти) ?
17. Можете ли вы воспринимать свое страдание как шанс познать неведомые до сих пор сферы ?

**Психотерапия тяжело больных.** Важной проблемой является знакомство онкологического больного с пугающим диагнозом. Если больной спрашивает о диагнозе, ему обязательно надо ответить, употребляя такие формулировки, как «опухоль, но операция может помочь». Если больной не задает подобных вопросов, лучше о диагнозе ему не сообщать. А если имеется интенсивная реакция отрицания факта болезни, целесообразно укрепить больного в его мнении. В любом случае сообщать диагноз больному или его близкому, которого врач считает наиболее подходящим для этого, следует лишь после получения несомненных лабораторных данных, говорящих о наличии соответствующего диагноза.

В. Бройтигам и соавторы (1999) перечисляют моменты, которые должен иметь в виду врач, который собирается говорить с больным об угрожающем жизни заболевании.

- Прежде чем рассказать больному о его болезни, врач сам должен быть хорошо осведомлен о ней: о ее первых проявлениях, о прежнем и нынешнем состоянии больного, о предыдущей и нынешней стратегии лечения и необходимых мероприятиях и прежде всего о ближайшем прогнозе.
- Что говорили больному до сих пор наблюдавшие и лечившие его врачи, в какой мере его информировали и в какой скрыли от него информацию о болезни?
- Что знает больной в действительности (например, от больных, родственников и т. д.) и каковы его представления о своей болезни и ее прогнозе?
- На каком этапе жизни развилась болезнь (анамнез, предшествовавшие жизненные неудачи и успехи), как больной прежде справлялся с тяжелыми ситуациями?
- Каковы нынешние отношения больного с окружающими людьми, с семьей, с коллегами по работе? Имеются ли у него

426

еще близкие люди, которые проявляют к нему интерес? Насколько они его тяготят? • Самая главная задача — определить, что больной действительно хочет знать на этой стадии своего заболевания о самом диагнозе и что он в состоянии перенести.

В. В. Ивашов (2000) формулирует требования к тому, как сообщать больному «неблагоприятный» диагноз. Это должен делать лечащий врач наедине, в отдельном кабинете, желательно наполненном современным медицинским оборудованием. Тон врача должен быть хладнокровным, констатирующим. Следует назвать диагностические технологии, на основании которых делается заключение. Говорить следует о выявленных нарушениях функций организма, а не о болезни пациента, оставляя ему активную роль. Пугающие термины надо заменять на иные («миеломная болезнь» вместо «рак крови»), использовать формулировки «типа» или «по типу», оставляя больному спасительные соломинки. Если больной интересуется прогнозом, целесообразно отметить факторы, влияющие на процесс лечения, основным из которых является точное и своевременное выполнение рекомендаций врача. Беседу необходимо завершить твердо: «Из всего вышесказанного вытекает, что мы должны делать следующее: 1) ...; 2) ...; 3) ...» Местоимение «мы» дает возможность пациенту опереться на опыт и профессионализм врача. Однако личные



отношения между больным и врачом в данных обстоятельствах автор считает недопустимым. Предположение, что усилия врача могут зависеть от его личного расположения рождает у больного сомнения. Непроницаемость личности врача создает возможность для его мистификации и вызывает эффект плацебо.

Анн Анселин Шутценбергер (1997) работая с пациентом, направленным в онкологическую клинику, использует психодраматический подход: разыгрывает поступление в больницу, сеансы лучевой и химиотерапии, операцию, восстановительный период, выписку из больницы, поездку по магазинам в поисках новой одежды, которая будет хорошо сидеть и в то же время поможет скрыть отсутствие ампутированной конечности или груди. Если в результате операции пациенту предстоит лишиться определенной части тела, ему дают возможность попрощаться с ней, поблагодарить ее и оплакать, а затем представить себя бодрым и здоровым, в хорошей форме, с излеченным телом. Таким образом активизируется процесс переживания горя, расставания и подготовки к будущему — к новым ролям и новым способам обращения с собственным телом.

427

А. А. Шутценбергер просит пациента определить наиболее стрессовые обстоятельства его жизни, обучает его техникам релаксации и визуализации процессов в организме, физическим и мысленным упражнениям, которые ослабляют стресс и улучшают настроение. Ее пациенты психодраматически разыгрывают свои визуализации и рисунки, а также страхи предстоящего лечения, операций, боли, потери части тела. При этом свои лейкоциты больной должен представить сильными, подвижными, агрессивными, а раковые клетки — немощными и побежденными. Больному предлагают психодраматически разыграть три возможных исхода хирургического вмешательства: смерть на операционном столе, осложнения после операции, успешная операция с безболезненным послеоперационным периодом. Если он выбирает первый вариант, в психодраме отыгрывается смерть пациента, горе всей семьи и похороны. После этого больной обычно переходит к варианту с выздоровлением.

Пациенты составляют совместно с психотерапевтом список реалистичных целей, дающих жизненный смысл, для того чтобы усилить желание жить в противовес тревожному ожиданию смерти. При этом человек отказывается от «магической защиты», при которой он уповает на искусство врача, ради обретения более активной роли в лечебном процессе. Такая позиция возвращает чувство влияния на качество собственной жизни, а возможно, и на ход самой болезни.

Ф. Е. Василюк (1984) использует работу с автобиографией как метод переживания, которое объединяет разрозненную мозаику жизни в единую целостную картину. «Застарелая, невысказанная обида, неотрагированный гнев, зажатое, не пережитое горе, утаиваемый проступок включаются в осознанный широкий контекст жизни и раскрываются в их связях и отношениях друг к другу, обретая в этом новый смысл». В рассказе о неразрешенных трудностях хотя бы отчасти разряжается накопленное напряжение. Кроме того, жизнь, ставшая текстом, начинает подчиняться законам жанра: происходит разделение лирического героя и автора, эстетически преодолевается прагматическая жизненная обыденность; то, что было ужасным, превращается в наполненную смыслом трагедию.

Н. Бусыгина (2001) обобщает опыт зарубежных авторов, использующих стратегию совладения в психотерапии тяжело больных. Автор обращает внимание на конструктивную функцию примитивных мифов, связанных с отрицанием, которые играют роль противошоковой терапии и

помогают человеку сохранить силы для адаптации к усложнившимся условиям жизни. Многие пациенты нуждаются в сотрудничестве с врачом при поиске необходимой

428

информации и использовании своих собственных интеллектуальных ресурсов. Поиск утешения и эмоциональной поддержки со стороны семьи, друзей, медицинского персонала автор ставит вовсе не на первое место. Неумелые попытки оказать такую поддержку могут восприниматься больными как снисходительная жалость и фальшивый оптимизм. Поиск смысла случившегося в расширенном жизненном контексте помогает больным принять ситуацию. Так, можно говорить о болезни-угрозе, болезни-утрате, болезни-выигрыше, болезни-наказании. Находясь в душевном смятении, больные ждут от психотерапевта философского уровня понимания, простых и емких словесных формул.

К. Саймонтон и С. Саймонтон (2001) указывают на необходимость преодоления больными расхожих отрицательных установок: «Рак — якобы всегда смертельное заболевание» (но рак не обязательно смертелен). «Рак нападает извне и бороться с ним невозможно» (однако доказано, что собственные внутренние ресурсы могут успешно бороться с раком, чем бы он ни был вызван). «Любое лечение неэффективно и болезненно, часто возникают тяжелые побочные эффекты» (современное лечение направлено в первую очередь на помощь внутренним ресурсам организма).

Авторы выделяют четыре психологических этапа на пути выздоровления онкологического больного:

- 1) когда человек узнает, что болен, и возможно, смертельно, он начинает по-новому видеть свои проблемы;
- 2) человек решает изменить свое поведение, стать другим;
- 3) появившаяся надежда и желание жить положительно влияют на настроение и физиологические процессы;
- 4) выздоровевший человек чувствует себя «лучше, чем просто хорошо».

Задачи психотерапии заключаются в следующем: пересмотреть значение событий вызывающих заболевание, рассмотреть другие варианты их интерпретации и реакции на них, определить свою роль в возникновении заболевания и пересмотреть свои реакции на стресс, выявить неосознанную вторичную выгоду от болезни и найти альтернативные способы удовлетворения фрустрированных потребностей, поставить перед собой реальные жизнеутверждающие цели. Применяются такие техники, как расслабление и визуализация, встречи с Внутренним Наставником, преодоление затаенных обид, зрительные представления болезни и целительных сил организма, налаживание мысленной и зрительной связи с болью и преодоление ее, преодоление страха рецидива болезни и смерти.

429

Ю. Власова и А. Щербаков (2001) описывают программу помощи больным СПИДом, близкие которых переживают преждевременный траур. Авторы рекомендуют временное отделение больного от семьи, с которой проводится семейная терапия. Параллельно с больным решаются следующие задачи:

- 1) осознание и принятие ситуации;
- 2) осознание собственных тягостных чувств (обида, гнева, страха), возникших в качестве

ответной реакции на соответствующее поведение близких;

3) делегирование ответственности родным, переживающим преждевременный траур; тем самым несколько снижается собственное чувство вины и создаются предпосылки, необходимые для перехода на следующий этап: у пациентов зарождаются чувства жалости и сострадания к родным, оказавшимся неспособными к зрелой оценке реальности;

4) прощение родных.

Далее больного включают в группу, где психодраматически разыгрываются мифы, сказки, метафоры, песни, материал творчества самих больных. Типичные сюжеты игры — возвращение в жизнь того, кого считали умершим, оживление, снятие колдовских чар («Кладбище домашних животных» С. Кинга, «Спящая царевна», «Больница» М. Зощенко, «Карлик Нос» В. Гауфаит. д.). Для больных с грубой соматической патологией характерны уход в себя, углубленная фиксация на собственных переживаниях. Когда такие больные впервые собираются для проведения групповой психотерапии, они проводят значительное время в нарциссической фазе группового развития, так называемой *прегруппе*. Пре-группа перерастает в группу, когда ее участники начинают реагировать друг на друга не только в собственных интересах, но и чувствовать при этом, что они находятся в безопасной обстановке и могут доверять друг другу и оказывать взаимную поддержку.

Целью психотерапии умирающего больного является сопровождение на его скорбном пути в соответствии с этапами, выделенными Э. Кюблер-Росс. В этот недолгий период жизни для больного как никогда актуализируются взаимоотношения с близкими, которым также приходится нелегко. Важной задачей психотерапевта является организация группы взаимной поддержки. Одновременно необходимо обеспечить эмпатический подход в терапевтической бригаде, чему способствуют балинтовские группы. Эти проблемы легче решать в специализированных учреждениях —

430

хосписах. Больные организуются в группы взаимопомощи, занимаются творчеством, которое не только отвлекает от страха смерти, но и помогает переоценить основные жизненные ценности. Эффективны различные формы экзистенциальной терапии.

В терминальной фазе умирания используют упражнения та-натотерапии, моделирующие процесс «правильного, естественного умирания» (В. Баскаков, 2001). Проводится работа с дыханием (вдох — это жизнь, выдох — смерть), отдельными частями тела (нижняя челюсть, глаза, шея, подошвы). Упражнения сопровождаются медитативно-расслабляющей музыкой.

Пример «Пуля против рака» (по Тимченко и Шапару, 1999).

Доктор обнаружил у аргентинца Альвареса опухоль мозга величиной с куриное яйцо. Шансы на выздоровление были равны нулю. Альварес вспоминает, что нескончаемые боли и бессонница доводили его до сумасшествия. Он буквально был днями и ночами, грыз пальцы, раздирал ногтями лицо.

— В конце концов я решил умереть, не дожидаясь, пока смерть сама придет ко мне. Купил револьвер и бутылку водки. Дети были в школе, жена пошла по магазинам. Я написал прощальное письмо. Выпил бутылку, сознание помутилось, но и головная боль усилилась. Затем приставил револьвер к виску и нажал на курок... Пришел в себя в больнице.

Хирурги вскрывали черепную коробку застрелившегося водителя, не веря, что он еще жив.

— Он не должен был выжить, — говорит нейрохирург, — так думали мы все, удаляя пулю и остатки поврежденных тканей. И когда он пришел в себя и оказался в нормальном состоянии, мы

посчитали это чудом: опухоль бесследно исчезла.

© *Больной при смерти. Врач хочет его утешить:*

— Пульс у вас нормальный, сердце и легкие в порядке, температура упала...

— Очень рад, — шепчет больной, — значит, я умираю здоровым...

*Литература*

Александр Ф. Психосоматическая медицина: Принципы и практическое применение. — М., 2002.

Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства: Руководство для врачей. — М., 1997.

431

*Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах: Метод, пособие.* — СПб., 1994.

Алман Б., ЛамбруП. Самогипноз: Руководство по изменению себя. — М., 1995.

АрьесФ. Человек перед лицом смерти. — М., 1992.

Ассаджиоли Р. Психосинтез: Теория и практика. — М., 2002.

Ахмедов Т. И. и др. Немедикаментозные методы реабилитации при заболеваниях желудочно-кишечного тракта у детей и подростков: Учеб. пособие для врачей. — Харьков, 2003.

Валунов О. А. и др. Методы повышения эффективности реабилитации больных, перенесших инсульт. — СПб., 1996.

Баскаков В. Танатотерапия — искусство жизни. — М., 1996.

Белорусов С. А. Психология страха смерти // Журнал практического психолога. — 2000. — № 3 — 4.

Берн Э. Введение в психиатрию и психоанализ для непосвященных. - М., 2001.

Биктимиров Т. З., Модников О. П. (ред.) Проблемы медицинской психологии в онкологии и психосоматической медицине. — Ульяновск, 1998.

БриллА. Лекции по психоаналитической психиатрии. — Екатеринбург, 1998.

Бройтигам В. и др. Психосоматическая медицина: Краткий учебник. - М., 1999.

Бусыгина Н. Психологическая помощь онкологическим больным в свете холистической модели болезни // Моск. психотер. журнал. - 2000. - № 1.

Вайнштейн Э. Дж. Применение парадокса в медицинской практике//Моск. психотер. журнал. — 1997. — №2.

Василюк Ф. Е. Автобиография и личность // Наука и техника. — 1984. - №2.

Василюк Ф. Е. Психотерапевтическое облегчение зубной боли // Моск. психотер. журнал. — 1997. — № 1.

Василюк В. Ф. Психотерапевтическое облегчение боли // Моск. психотер. журнал. — 1997. — №2.

Вертманн А. Регрессивный кризис в случае нейродермита и нарушений работоспособности//Моск. психотер. журнал. — 1997. — №1-

Власова Ю. И., Щербаков А. С. «Иди вон!» — И вышел умерший... // Моск. психотер. журнал. — 2001. — № 1.

Войтенко Р. М. Психологические аспекты болезни и инвалидности: Значение в клинике и экспертизе трудоспособности. — Таллин, 1981-

Гиндикин В. Я. Лексикон малой психиатрии, 1997.

432

- Гиндикин В. Я. Соматогенные и соматоформные психические расстройства: Клиника, дифференциальная диагностика, лечение: Справочник. — М., 2000.
- Гнездилов А. В. Путь на Голгофу: Очерки работы психотерапевта в онкологической клинике и хосписе. — СПб., 1995.
- Гнездилов А. В. Психология и психотерапия потерь: Пособие по паллиативной медицине для врачей, психологов. — СПб., 2002.
- Гнездилов А. Актуальность духовных аспектов в службе «хосписа» // Моск. психотер. журнал. — 2003. — № 2.
- Голубчик В. М., Тверская Н. М. Человек и смерть: Поиски смысла. — М., 1994.
- Гройсман А. Л. Медицинская психология. — М., 2002.
- Групповая психотерапия в системе лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки: Ме' \ д. рекомендации. — Л., 1988.
- Грушевский Н. П. О психотерапевтическом поведении с соматическими пациентами в зависимости от их характерологических особенностей // Моск. психотер. журнал. — 1994. — № 4.
- Губачев Ю. М. и др. Психосоматические аспекты язвенной болезни. - Алма-Ата, 1990.
- Дернер К., Плог У. Заблуждаться свойственно человеку: Учебное пособие по психиатрии и психотерапии. — СПб., 1997.
- Елецкий В. Ю. Пограничные психические расстройства у больных псориазом и нейродермитом: Клинико-терапевтические аспекты: Дис. канд. мед. наук. — М., 1986.
- Ивашов В. В. Как сформулировать «смертный» диагноз // Журнал практического психолога. — 2000. — № 3 — 4.
- Ивашкин В. Т. Синдром раздраженной кишки: Практическое руководство для врачей. — М., 1999.
- Иишутина Н. П., Раева Т. В. Депрессивные расстройства и их терапия в дерматологической практике. — Томск, 1999.
- Кашиповский А. М. Групповая неспецифическая психотерапия. — М., 1993.
- Кемпер И. Легко ли не стареть? — М., 1996.
- Кермани К. Аутогенная тренировка. — М., 2002.
- Кернер Ф. Стресс и ваше сердце. — М., 2002.
- Киреева И. П. Педиатру-онкологу: Что необходимо знать о психике онкологически больного ребенка и о проблемах общения с родителями онкологически больных детей. — М., 1999.
- Кискер К. П., Фрайбергер Г. и др. Психиатрия, психосоматика, психотерапия. — М., 1999. 28 — 5184
- 433

- Клинико-психологическое обоснование психокоррекционных мероприятий у больных хроническими формами ишемической болезни сердца: Метод, рекомендации. — Л., 1990.
- Коркина М. В., Лакосина Н. Д., Личко А. Е. Психиатрия: Учебник. — М., 1995.
- Куликов П. Г. Психотерапия при гипертонической болезни и инсульте // Обзорение психиатр, и мед. психол. им. В. М. Бехтерева. - 1992. - № 3.
- Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании. — К., 2001.
- Лазарус А. Мысленным взором: Образы как средство психотерапии. - М., 2000.
- Лотоцкий А. Ю. Значение микросоциальных и личностных факторов в патогенезе бронхиальной астмы и роль психотерапии у этих больных: Автореф. дис. канд. мед. наук. — СПб., 1994.
- Лоуэн А. Секс, любовь и сердце: Телесно-ориентированный биоэнергетический психоанализ любви

и сексуальности. — Минск, 1998.

Любан-Плоцца Б. и др. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике. — СПб., 2000.

Матвеев В. ф. Психические нарушения при дефектах зрения и слуха. - М., 1987.

Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику: Психологическое исследование. — М., 1987.

Николаева Л. Ф., Аронов Д. М. Реабилитация больных ишемической болезнью сердца. — М., 1988.

Оганесян Л. Л. О психологическом профиле сердечного больного. — Ереван, 1963.

Пайнз Д. Бессознательное использование своего тела женщиной. — СПб., 1997.

Палеев Н.Р. и др. Проблемы психосоматики и соматопсихиатрии в клинике внутренних болезней // Вестник Рос. Акад. мед. наук. — 1998. - №4.

Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия: Меж-культуральные и междисциплинарные аспекты на примере 40 историй болезни. — М., 1996.

Положенцев С. Д., Руднев Д. А. Поведенческий фактор риска ишемической болезни сердца (тип А). — Л., 1990.

Психогенные реакции у онкологических больных. — Л., 1983.

Психология смерти и умирания: Хрестоматия. — Минск, 1998.

Райский В. А. Психотропные средства в клинике внутренних болезней. — М., 1988.

Рейнуоттер Дж. Как стать собственным психотерапевтом. — К., 1996.

434

Руженков В. А. Организация и принципы работы психиатра в соматическом стационаре: Метод, рекомендации. — М., 1994.

Саймонтон К., Саймонтон С. Психотерапия рака. — СПб., 2001.

Саргаутиде Р., Семенова Н. Д. Опыт психотерапии с больными ревматоидными артритом // Моск. психотер. журнал. — 1996. — №4.

{Семенова Н. Страх боли в стоматологии // Моск. психотер. журнал. 2001. - №2.

Семенова Н. Д. Групповая психологическая коррекция в системе реабилитационно-профилактических мероприятий с больными бронхиальной астмой: Автореф. канд. дис. — М., 1988.

\Семке В. Я. и др. Ипохондрические состояния в общесоматической практике. — Томск, 1991.

{Сметник В.Н. и др. Климактерический синдром. — М., 1988.

[Смулевич А.Б. и др. Депрессии у соматических больных. — М., 1997.

[Смулевич А. Б. Психосоматические расстройства // Руководство по психиатрии / Под ред. А. С. Тиганова. — М., 1999. — Т. 2.

[Смулевич А. Б., Сыркина А. Л. (ред.) Психические расстройства и сердечно-сосудистая патология. — М., 1994.

j Старшенбаум Г. В. Гипноз и аутотренинг // Твое здоровье. — 1995. - №1.

[Старшенбаум Г. В. Любовь против одиночества. — М., 1991.

[Теппервайн К. От тебя заболеешь!: Как научиться понимать язык симптомов: Почему многие отношения так вредны для здоровья. - М., 1999. Тополянский В. Д., Струковская М. В.

Психосоматические расстройства. - М., 1986.

[Трифонов Е. Диабет: Советы психолога. — СПб., 2003.

| Федосеев Г. Б. (ред.) Бронхиальная астма. — СПб., 1996.

- Фенихель О. Психоаналитическая теория неврозов. — М., 2004.
- Фролова Ю. Г. Психосоматика и психология здоровья: Учеб. пособие. -Мн., 2003.
- [Хомуло П. С. Эмоциональное напряжение и атеросклероз. — Л., 1982.
- [Хорни К. Женская психология. — СПб., 1993.
- [Цел и беев Б. А. Психические нарушения при эндокринных заболеваниях. — М., 1996.
- [Шахматов Н. Ф. Психическое старение. — М., 1996.
- Шевченко Н. Ф. Работа психолога в онкологической клинике — опыт использования метода символдрамы // Символдрама: Сб. научных трудов / Под ред. Я. Л. Обухова и В. А. Поликарпова. — Минск, 2001. - С. 354-363.
- 28»**
- 435
- Шниц Р. А. Первый год жизни. — М., 2000.
- Шутценбергер А. А. Драма смертельно больного человека. 15 лет работы в психодраме с больными раком // Психодрама: Вдохновение и техника. — М., 1997.
- Эриксон М. Гипнотическая техника «рассеивания» для коррекции симптомов и облегчения боли // Психологическое консультирование и психотерапия. Хрестоматия. Т. 1. — М., 1999. — q 201-224.
- Эйдем иллер Э. Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. -СПб., 1999.
- Яковлев С. В. Психодиагностика и психотерапия мастопатии как психосоматического заболевания // Символдрама: Сб. научных трудов / Под ред. Я. Л. Обухова и В. А. Поликарпова. — Минск, 2001.-С. 390-396.
- Ялом И. Когда Ницше плакал. — М., 2001.
- Ялом И. Мамочка и смысл жизни: Психотерапевтические истории. — М., 2002.
- Ялом И. Экзистенциальная психотерапия. — М., 1999.
- Friedman H., Rosenman R. Type A behavior and your heart. — N.Y., 1974.
- Lipowsky ZJ. Psychological reactions to physical illness // Can. Med. Ass. J., 1983. - P. 128.
- Overbeck G., Biebl W. Psychosomatische Modelvorstellungen zur Pathogenese der Ulcuskrankheit// Psyche, 1975. - Bd. 29. - S. 542.
- Schneider K. Klinische Psychopathologie. — Stuttgart, 1967.
- Zander W. Vortrag auf der Jahrestagung der Deutschen Psycho-analytischen Gesellschaften V, November 1976.

## **расстройства личности У СОМАТИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ СТРАННЫЕ И ЭКСЦЕНТРИЧНЫЕ**

**Паранойяльные личности** (F60.0) проявляют недоверие к врачу и методам лечения, опасаются, что их будут использовать в каких-то целях. У них легко формируется ипохондрический синдром, в борьбе за подтверждение диагноза, в котором они убеждены, больные могут проявлять сутяжное поведение ♦\*• обращаться с жалобами на врачей в высокие инстанции.

**Лечение:** галоперидол, сонапакс, седуксен при декомпенсации. Эффективна поддерживающая индивидуальная психотерапия, которая включает открытость, постоянство, поддержку конструктивных сторон личности, акцент на реальности. Требуется безукоризненно уважительное и подчеркнуто профессиональное отношение к больному, исключается юмор в общении и попытки интерпретировать личностные защиты. Показана индивидуальная когнитивно-поведенческая

терапия, направленная на укрепление чувства собственной эффективности пациента, развитие его навыков в преодолении тревоги и решении межличностных проблем, развитие более реалистичного восприятия намерений и действий других людей, а также способности понимать чужую точку зрения.

Когнитивные мишени:

- 1) я благочестивый, невинный, благородный, уязвимый;
- 2) они вмешивающиеся, злобные, дискриминирующие, склонные к злоупотреблению;
- 3) мотивы людей вызывают подозрения; будь начеку; не доверяй;
- 4) надо быть настороже, искать скрытые мотивы, обвинять и контратаковать.

Терапию желательно начинать с наименее болезненных тем, обсуждать проблемы через аналогии с «некоторыми людьми». Встречи лучше проводить с частотой раз в 2 — 3 недели и предоставить самому пациенту определять ее.

**Шизоидные личности (F60.1)** защищают свою внутреннюю хрупкость внешней отгороженностью, интеллектуализацией контактов. Сенситивные шизоиды особенно ранимы, под влиянием

437

этических конфликтов они окончательно замыкаются в себе, у них появляются астено-депрессивные симптомы. Они чаще других заболевают ишемической болезнью сердца. Больные обычно приходят к врачу с готовой концепцией болезни, игнорируя важные для диагностики симптомы, которые не укладываются в их схему. Они неохотно соглашаются на лечение, которое расходится с их представлением о том, что может им помочь.

**Лечение:** галоперидол в малых дозах. Больным нужна поддерживающая психотерапия, направленная на установление реалистических отношений с окружающим миром. При проведении когнитивной психотерапии терапевтическими мишенями являются следующие установки:

- 1) я самодостаточный, одиночка; они назойливые;
- 2) мне не нужны другие люди;
- 3) взаимоотношения с людьми беспорядочны и нежелательны;
- 4) надо дистанцироваться от людей.

Пациент нуждается в подчеркнуто заботливом, теплом отношении терапевта. Необходимо помочь ему в идентификации эмоций, как негативных, так и позитивных. Важное значение имеет групповая психотерапия с постепенным расширением и углублением эмоциональных контактов, ролевой тренинг, для некоторых — терапия средой.

При трудовых рекомендациях учитывается аутистичность, стремление к ограниченным, формальным контактам. Поскольку после прекращения курса лечения пациенты склонны постепенно возвращаться к затворническому образу жизни, следует договориться о встрече через определенное время.

## ВОЗБУДИМЫЕ

**Антисоциальные личности (F60.2)** рано начинают злоупотреблять алкоголем и другими психоактивными веществами, хотя плохо их переносят. Они легко проявляют насилие, цинично манипулируют окружающими, используют вымышленные имена. В основном из них формируются больные с синдромом Мюнхгаузена.

**Терапия.** Определенный результат могут дать поведенческая терапия (например, под угрозой юридического осуждения, наказания), терапия злоупотребления психоактивными веществами,



- 1) я одиночка, независимый, сильный;
- 2) они уязвимые, эксплуатирующие, подчиненные;
- 3) другие — это лохи и слизняки; они занимаются эксплуатацией; а поскольку я особенный, то заслуживаю особых правил; я стою над правилами;
- 4) надо нападать на людей, грабить, обманывать, манипулировать, использовать других, нарушать правила.

Чтобы не выглядеть фигурой, наделенной карательными полномочиями, терапевт должен опираться не на свой статус, а на уверенность в себе, заслуживать доверия, но не претендовать на безошибочную объективность, придерживаться ненапряженного и необоронительного стиля межличностного общения, отчетливо видеть личные границы, обладать развитым чувством юмора. Нежелательны как излишняя подозрительность, так и доверчивость, неприемлемы установки превосходства, отчужденности или жалости. Терапия, которая обычно включает длительное установление допустимых границ, часто осложняется тем, что «спасительные», наилучшие побуждения постоянно избавляют этих людей от трудностей и позволяют им вернуться на свой антисоциальный путь.

**Эпилептоидные личности (F60.30)** отличаются возбудимостью, импульсивностью, постоянной сердитой напряженностью. Они авторитарны, не терпят возражений, бурно и долго реагируют на попытку прервать их многоречивые подробные жалобы. Они обычно страдают гипертонической болезнью с высоким уровнем АД, частыми кризами, нарушениями мозгового кровообращения. Другое распространенное заболевание у них — рецидивирующий инфаркт миокарда.

**Лечение.** Для курсового лечения применяют литий и финлеп-син. С пациентом не следует вступать в спор, аргументировать лечебную тактику можно, ссылаясь на авторитет науки. Больному следует объяснить, что терапевт не собирается подчинять поведение пациента требованиям отделения, а готов помочь ему развить способность выбирать: действовать под влиянием побуждения или нет, чтобы потом не пришлось сожалеть о своем поступке. Важно вместе с пациентом выявить скрытую мотивацию его агрессивных действий, чтобы затем найти менее опасный способ реализации импульса. Социальные последствия агрессивного поведения могут быть сглажены семейной и групповой терапией.

Для больных с **пограничным расстройством личности (F60.31)** (вялотекущая шизофрения, по терминологии отечественных авто-  
439

ров) характерен сенесто-ипохондрический синдром с необычными ощущениями, вычурными жалобами и стойкой ипохондрической фиксацией на симптомах, без адекватной эмоциональной реакции на болезнь в целом. У них часто наблюдается аддиктивное поведение: пищевая, лекарственная и алкогольная зависимости, промискуитет и др. У больных легко провоцируются аффективные кризы («депрессии заброшенности») в виде нарастающей растерянности и тревоги с импульсивными суицидальными попытками, нередко с целью угрозы и шантажа. Постоянный тревожный фон настроения приводит к тахикардии и гипертензии, которая не купируется приемом гипотензивных средств.

**Лечение.** Применяют антидепрессанты, литий, неуплептил, со-напакс, финлепсин. Эффективна

симптоматическая гипнотерапия. Используется сочетание поддерживающей и разъясняющей терапии. Психотерапевт выступает в роли вспомогательного «Я». Поведенческая терапия применяется с целью контроля над импульсивностью и вспышками гнева, понижения чувствительности к критике и мнениям окружающих, обучения социальным навыкам. В работе с пациентом важно установить четкие границы и быть отзывчивым в пределах этих границ. Чтобы не вызывать у пациента ощущения нарушенных личных границ, лучше избегать физического контакта, ограничить прямой зрительный контакт, не прибегать к самораскрытию, чутко реагировать на проявления дискомфорта у пациента во время общения. За клиентом надо оставить выбор места в кабинете, дистанции от терапевта, а также выбор темы для обсуждения. В начале терапии следует быть готовым к развитию кризисов, срочных телефонных разговоров, в том числе ночных, просьб о неотложной встрече. Полезно установить правило краткой телефонной консультации во время кризиса с договоренностью о кризисной поддержке на ближайшей сессии. Если пациент начинает проявлять признаки реактивного психоза, спокойная, продуманная тактика терапевта может предотвратить его. В крайнем случае может понадобиться непродолжительная госпитализация, после которой можно продолжить терапию.

**Истероидные личности (F60.4)** демонстрируют самый широкий диапазон психосоматических расстройств. Многочасовое драматическое изложение необычной картины болезни, перемежающееся рассказами о встречах со знаменитыми людьми и другими фантазиями, затрудняет постановку диагноза. В отделении больные становятся «самыми тяжелыми, самыми трудными или самыми терпеливыми», стремятся быть в центре внимания, интригуют, конф-

440

ликтуют, настаивают на назначении модных лекарств, угрожают персоналу жалобами и суицидом. Переполняясь злостью и вызывая у окружающих враждебные чувства к себе, больные невольно усугубляют тяжесть своего соматического состояния.

Выделяют *блазированный* (дефензивный, сенситивный) тип истероидных личностей, которые отличаются психофизическим инфантилизмом, моложавостью и хрупкостью, сочетающимися с наигранной наивностью и откровенностью. За их показной непрактичностью прячется житейская хватка и изворотливость. Демонстрируя свою слабость, эти люди ставят окружающих в зависимость от своих желаний и капризов. В ситуациях длительного психического напряжения у них развиваются конверсионные, соматизированные и астеноипохондрические реакции, нарушения пищевого поведения.

*Терапия* включает применение седуксена, элениума во время аффективных реакций, индивидуальную терапию, ориентированную на формирование адекватной самооценки, или поддерживающую терапию. При проведении когнитивной терапии фокусируются на следующих установках:

- 1) я обаятельная, впечатляющая;
- 2) они чувствительные, восхищающиеся;
- 3) я могу руководствоваться своими чувствами;
- 4) надо использовать обаяние, плач, вспышки раздражения, истерики, попытки самоубийства.

Иногда эффективен психоанализ, особенно групповой, однако включение в группу одновременно двух пациенток может вызвать у них борьбу за звание «Мисс Группа» и блокирование группового процесса. В работе не стоит сдерживать проявления симпатии, следует договориться о выделении определенной части сессии для рассказа о волнующих событиях, говорить об эмоционально

значимых проблемах в контексте менее актуальных обстоятельств (знакомые, литература), подчеркивать сам отрицаемый аффект, но без конфронтации вымышленного содержания с реальностью. Необходимо ожидать, когда пациентка сама расскажет правду, или накопить достаточно неопровержимых фактов для признания истины. Важно, чтобы пациентка осознала, что она может добиться поддержки и внимания не только истерикой, но и другими способами. После этого можно перейти к экспериментам, направленным на выработку новых форм поведения. Пациенток, которые понимают аффективный контроль как утрату эмоциональности, следует нацелить на более адаптивное ис-

441

пользование эмоций и поощрять их способность к драматизации и яркое воображение в ходе терапии, когда они используются конструктивно.

© *Истеричка мечтает о господине и повелителе, которым она могла бы повелевать (Жан Лакан).*

## ТОРМОЗИМЫЕ

**Компульсивная, психастеническая личность (F60.5).** Как отмечает Н. П. Грушевский (1994), психастенические личности, отличающиеся тревожной мнительностью и стеснительностью, обращаются к врачу неохотно, обычно в связи с декомпенсацией психопатии в юношеском или инволюционном периоде. Многие из них почти всю жизнь страдают дискинезией толстого кишечника (особенно по спастическому типу), остеохондрозом с корешковым синдромом, а в молодые годы — вегетососудистой дистонией. Тяжелые соматические заболевания развиваются у таких людей редко, и они доживают до глубокой старости. Сильная или длительная психотравмирующая ситуация, слабость эмоциональной и вегетативной сферы способствуют появлению тошноты, головокружения, бессонницы, астенизации истощающих болезненных сомнений по поводу появления «страшной», неизлечимой патологии.

**Терапия:** клоназепам, анафранил, прозак. Необходима индивидуальная и групповая терапия, разъясняющая или ориентированная на формирование адекватной самооценки. Лечение должно проводиться с учетом проблем, связанных с контролем, подчинением, интеллектуализацией. Следует подчеркнуть то положительное, что содержится в мучительной самокритике пациента (высокая требовательность к себе), постоянно напоминать о необходимости как можно интенсивнее взаимодействовать с окружающей жизнью; необходимо поощрять живое фантазирование, развивать образное, эмоциональное начало с помощью арттерапии.

Когнитивная терапия фокусируется на коррекции следующих установок:

- 1) я дисциплинированный, ответственный, разборчивый, компетентный;
- 2) они безответственные, легкомысленные, некомпетентные, потакающие своим желаниям;
- 3) я знаю, как лучше; детали имеют решающее значение; люди должны работать лучше и больше стараться;

442

- 4) надо стремиться к совершенству, применять правила, оценки, контроль, использовать слово «должен» и наказания. Приходится считаться со склонностью таких пациентов навязывать собственный план обследования и лечения. Поскольку больные ценят точность, вникают в детали, не следует жалеть времени на систематизированные рациональные объяснения, прибегая к помощи медицинских справочников и анатомических атласов. \ Нужно терпеливо выслушивать

пациента, уважать его стремление к самостоятельности, занимать неконфликтную, гибкую, доб-желательную позицию, заменять моральную модель психологи-ческой. Не следует опережать возможности пациента в установле-нии близких эмоциональных отношений, это может привести к прекращению терапии. Стоит обучить пациента навыкам релаксации, используя в качестве мотивации полезность этого метода для улучшения работоспособности и самочувствия.

**Избегающее личностное расстройство** (сенситивная личность) I (F60.6). С ранних лет у таких пациентов отмечается страх покину-тости и плохого отношения к себе, боязнь темноты, грозы, определенных животных и насекомых и т. п. Из-за чувства неполноценности эти люди уверено чувствуют себя лишь с младшими по возрасту и положению. Они легко краснеют от смущения, при виде крови падают в обморок. При волнении у них может возникнуть рвота, понос или мочеиспускание. Для них характерна эмоциональная неустойчивость с приступами гневных рыданий от обиды, бывают длительные депрессивные состояния, напоминающие циклотимическую депрессию. При декомпенсации развиваются тревожно-фобические и обсессивно-компульсивные расстройства.

**Терапия.** Применяют транквилизаторы, антидепрессанты. Наиболее полезны терапевтический альянс с психотерапевтом и тренировка чувства уверенности. Нередко дружеская улыбка, шутка, слова ободрения способны быстро улучшить настроение и самочувствие больного. Когнитивная терапия нацелена на коррекцию следующих установок:

- 1) я уязвим к недооценке, отвержению;
- 2) другие стоят выше, они лучше меня; окружающие критически настроены, они унижают меня;
- 3) ужасно быть отвергнутым, униженным; если бы люди знали меня настоящего, они бы меня отвергли; я не в силах выносить неприятные чувства;
- 4) надо избегать неприятных чувств или мыслей и ситуаций оценки.

443

Проводятся поддерживающая или ориентированная на формирование адекватной самооценки индивидуальная психотерапия, групповой социально-психологический и ассертивный тренинг, направленный на обучение социальным навыкам и формирование уверенности в себе. Примерный план действий может быть следующим:

- Установление новых дружеских отношений. Углубление новых дружеских отношений.
- Принятие на себя большей ответственности на работе или смена места работы.
- Проявление уместной настойчивости в семье, в отношениях с друзьями, сотрудниками и другими людьми.
- Выполнение ранее избегаемых дел на работе, в учебном заведении или дома.
- Получение нового опыта (прослушать курс лекций, придумать новое хобби, поработать где-нибудь на общественных началах).

В завершающей фазе терапии, когда увеличиваются интервалы между сессиями, пациентам может понадобиться дополнительная поддержка. Полезно составить вместе с пациентом план его дальнейшей самостоятельной работы над собой, включив в него следующие пункты:

- Что мне делать, если я снова начну избегать чего-либо ?
- Что мне делать, если я начну полагаться на старые установки больше, чем на новые убеждения?
- Что мне делать, если мое состояние снова ухудшится?

**Зависимая, астеническая личность** (F60.7) отличается впечатлительностью, ранимым самолюбием, неуверенностью в себе и мнительностью, которая приводит к легко обратимым

ипохондрическим реакциям. Астено-невротическая акцентуация может проявляться с раннего детства как невропатия. У детей и подростков наблюдаются повышенная утомляемость, раздражительность, беспокойный сон, плохой аппетит, капризность, пугливость, плаксивость, ночные страхи, ночной энурез, заикание и ипохондричность.

Планы на будущее таких людей в основном подчинены заботам о собственном здоровье. Несамостоятельность и безотказность сочетаются у них с повышенной утомляемостью даже при выполнении привычных нагрузок. Необходимость принятия самостоятельного решения или страх расставания могут привести к развитию

444

цстенических и тревожных расстройств. Настроение и поведение больных сильно зависят от самочувствия, при волнении у них может быть рвота, понос или мочеиспускание. При виде крови такие больные падают в обморок. У них часто отмечается кардиофобия из-за болей в сердце, усиленного и учащенного сердцебиения, нарушений ритма сердца. Сердечные жалобы могут быть вызваны чрезмерным употреблением кофе, которым нередко стимулируют себя эти больные. Таких людей беспокоят головные боли, бессонница, головокружения, их легко укачивает в транспорте. У них часто возникает чувство нехватки воздуха, отрыжка, метеоризм, разнообразные неприятные боли в животе, чередование запоров и поносов, расстройства и болезненность мочеиспускания. Наблюдается онемение конечностей, парестезии, боли в суставах. Их состояние ухудшается при перемене места жительства, работы, выводе на пенсию.

У больных чаще развивается хронический гастрит, язвенная болезнь, колит, бронхиальная астма, радикулит. В пожилом возрасте появляются сердечно-сосудистые болезни. К врачу обращаются преимущественно женщины, которые производят впечатления больных гипертиреозом из-за

моложавости, худощавости, блеска

лаз и напряженного взгляда, небольшого тремора век и пальцев  
>ук. Неосторожные высказывания медицинских работников нередко провоцируют ятрогении — невольно внушенные психосоматические расстройства. Больные склонны к самолечению, что делает их зависимыми от седативных и снотворных средств. **Психотерапия** ориентирована на успокоение, ободрение боль-

1ых и формирование адекватной самооценки. Проводится когнитивная терапия, фокусированная на коррекции следующих уста-  
ювок:

- 1) я социально ущербный, нуждающийся, некомпетентный, слабый, беспомощный;
- 2) окружающие люди — заботящиеся, поддерживающие, компетентные;
- 3) чтобы выжить и быть счастливым, мне нужны люди; мне нужны постоянная поддержка и поощрение;
- 4) необходимо устанавливать зависимые отношения.

Эффективна поведенческая терапия с выработкой уверенности в себе, а также семейная и групповая терапия.

Необходимо определить четкие границы помощи, максимально Полно заботиться о пациенте в этих границах и, отказывая в чем-то,

445

давать что-то взамен, подчеркивая при этом интерес к больному Из-за повышенного риска эротизированного переноса следует избегать физических контактов, бережно анализировать чувство влюбленности пациента, объясняя ему, что это обычные реакции во время терапии. Для облегчения завершающей фазы терапии следует предоставить пациенту возможность самому в это время устанавливать частоту встреч и при необходимости проводить поддерживающие сессии.

© Ты называешь себя свободным. Свободным от чего или свободным для чего? (Фридрих Ницше).

## ДРУГИЕ РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ И ВЛЕЧЕНИЙ

■ **Нарциссическая личность** (F60.8) (в отечественной психиатрии — вариант истерической психопатии с псевдологией — лживостью). Отличается от истерической личности тем, что не способна любить близких и заботиться о них. Нарцисс постоянно демонстрирует свое превосходство над «простыми смертными», безразличие к интересам и чувствам окружающих, воспринимая их лишь как аплодирующую публику. Такие люди нуждаются в восхищении и из-за этого производят впечатление зависимых, но на самом деле совершенно не способны зависеть от кого-то из-за своего глубокого недоверия и презрения к людям. Страсть к саморазрушению у нарцисса обычно скрыта или маскируется высшими, альтруистическими мотивами. При жизненных неудачах у них возможны расстройства настроения, кратковременные психозы, психосоматические расстройства с «уходом в болезнь» и зависимость от психоактивных веществ. В раннем детстве у подобных пациентов отмечается недостаток материнской заботы, неприятие или утрата. В психодинамике основное значение имеет дихотомия — чувство собственной значительности/ранимость. Всемогущество защищает от страха, примитивной агрессии и переживания зависти. Убежденность в своей избранности и масштабности (хотя бы в постановке грандиозных целей или безмерного хвастовства) компенсирует скрытое чувство собственной неполноценности и трудности в формировании значимых привязанностей.

Г. Аммон (2000) выделяет деструктивный нарциссизм, который проявляется вовне как аутизм, изоляция, неспособность к контак-

446

там и отношениям, а изнутри — в виде бредовых идей, галлюцинаций, психосоматики.

Дефицитарный нарциссизм характеризуется пониженной самооценкой, самоотверженностью и пуризмом (моральной чистотой).

Терапевтическая помощь включает индивидуальную психотерапию, поддерживающую или ориентированную на формирование адекватной самооценки; полезны ролевые игры, направленные на тренинг обратной связи и эмпатии; в тяжелых случаях необходима терапия средой. Важно сохранять самоуважение пациента, которое может пострадать от вмешательства терапевта, подчеркивать его права, избегать соперничества, обнадеживать. Когнитивная терапия фокусируется на коррекции следующих установок:

- 1) я особенный, уникальный, заслуживаю особых правил;
- 2) они восхищаются, соблазняются;
- 3) я лучше других; люди должны служить мне или восхищаться мною; они не имеют права отрицать мои достоинства;
- 4) основная стратегия поведения — манипуляции.

**Пассивно-агрессивная личность** (F60.8) характеризуется стремлением к постоянным спорам и возражениям, откладыванием дел на долгий срок, упрямством и непродуктивностью. Когда скрытая агрессия становится неоправданной — например, в случае успеха в работе, — они теряются и

испытывают выраженную тревогу. Часты жалобы на непонимание или недооценку окружающими, угрюмость, беспричинная критика по отношению к авторитетным лицам или презрение к ним, выраженная зависть или злоба к тому, кто более удачлив. Отмечается склонность к преувеличению своих неприятностей и постоянные жалобы на свои несчастья, чередование непокорности и раскаяния. Им трудно угодить, поскольку они говорят о своих желаниях намеками и чаще в форме запоздалых упреков, что их не угадали. Такие люди постоянно недовольны теми, от которых зависят, но претензии предпочитают высказывать за их спиной и не могут сформулировать свои пожелания позитивно. Негативные реакции окружающих на их поведение замыкают порочный круг. Большинство подобных больных со временем теряют работу. Данное расстройство часто осложняется депрессией, алкоголизмом, психосоматическими болезнями. Больные часто высказывают суицидальные угрозы и предпринимают демонстративно-шантажные попытки самоубийства.

**Терапия.** Проводится когнитивная терапия, направленная на осознание больным скрытой мотивации и социальных последствий

447

его неадаптивного поведения. Терапевтическими мишенями служат следующие установки:

- 1) я некомпетентный, самодостаточный, уязвим к контролю и вмешательству;
- 2) другие люди назойливые, требующие, вмешивающиеся, контролирующие, доминирующие;
- 3) другие ограничивают мою свободу действий; контроль со стороны других нетерпим; я должен делать все по-своему;
- 4) надо использовать пассивное сопротивление и поверхностное подчинение, избегать правил, уклоняться от следования им.

Эффективен ассертивный и социально-психологический тренинг.

При взаимодействии с такими пациентами важно неукоснительно соблюдать установленные правила относительно времени, оплаты и т. п. Полезно в начале каждой сессии вместе с пациентом планировать ее содержание, а в конце просить его предоставить обратную связь. Выраженное сопротивление терапии преодолевается с помощью парадоксальных предписаний, когда пациенту предлагают делать противоположное тому, чего от него добиваются. Невыполнение предписаний используется для выявления автоматических мыслей, препятствующих выполнению заданий. На суицидальные угрозы следует реагировать не как на депрессивную реакцию по поводу утраты любви, а как на скрытую агрессию.

**Мазохистская личность** отличается саморазрушительным стилем жизни. Как правило, это женщина, для которой характерны следующие черты. Она выбирает людей или ситуации, которые приводят к разочарованию, неудаче или плохому обращению, хотя лучшие варианты были явно доступны. Отвергает или делает неэффективными попытки других помочь ей. На свой успех и другие положительные события в своей жизни реагирует подавленностью, чувством вины. Она провоцирует несчастные случаи или своим поведением вызывает злобные или отвергающие реакции со стороны окружающих, а затем чувствует себя оскорбленной, побежденной или униженной (например, публично высмеивает мужа, а когда он выходит из себя, чувствует себя обиженной). Ма-зохистская личность отвергает возможность получить удовольствие, разрушая такие возможности, или не желает признавать, что получила удовольствие, хотя имеет возможность наслаждаться жизнью. Не может выполнять трудные задания для себя, хотя делает что-то не менее трудное для других. Не интересуется теми, кто

хорошо обращается с ней, оставляет их без внимания и отвергает. Постоянно стремится принести себя в жертву вопреки противодействию и неодобрению партнеров. Вступаете связи, где заведомо будет только страдать.

Мазохисты склонны к виктимности (англ. victim — жертва), под которой понимают повышенную предрасположенность человека становиться жертвой правонарушений, несчастных случаев и т. п.

<sup>1</sup> ситуаций. Обнаружено, что каждая четвертая жертва убийства ускоряла нападение агрессора. При исследовании автомобильных аварий было установлено, что на 3,9% попадавших в аварии води-

I телей приходилось 36,4% всех несчастных случаев.

Склонный к травмам человек импульсивен, часто действует под , влиянием момента, любит приключения и не любит планировать и подготавливать будущее. Он мятежник и бунтует не только против

I внешнего диктата, но и против власти собственного разума и само- ' контроля. Однако кроме детского импульса к протесту у него сохраняется и чувство вины перед родителями, которое он искупает своей травмой, и тогда может рассчитывать на прощение и заботу. Одновременно он мстит родительским фигурам, которым теперь приходится заботиться о беспомощной жертве.

Мазохистские черты в ответ на жестокое обращение в детстве чаще развиваются у девочек, поскольку мальчики в этом случае

I идентифицируются с агрессором и впоследствии развиваются в

I садистическом направлении. В отличие от депрессивных личностей, мазохистские не примиряются со своей судьбой, а используют саморазрушительное поведение для морального превосходства. Как и депрессивные личности, мазохисты используют такие психологические защиты, как интроекция, обращение против себя и идеализация. Кроме того, они часто применяют морализацию и отреагирование вовне саморазрушительными действиями. Влечение мазохиста к страданию можно связать со стремлением повторить ранний болезненный опыт общения с матерью. Мазохист стремится к боли не ради боли самой по себе, а ради оживления бессознательного объекта любви, который когда-то причинял боль. Приведем пример из собственной практики.

43-летняя женщина собралась развестись с мужем. Он был старше ее на 12 лет, несколько лет красиво ухаживал — баловал, как в детстве отец, и в первые годы брака по-отечески заботился о ней. Затем муж начал выпивать и унижать ее. Обида боролась в ней с сохраняющейся привязанностью к мужу и страхом одиночества. Кроме того, женщина опасалась

**29 — 5184**

**449**

лась осуждения отца, который был против второго замужества дочери и забрал у нее сына от первого брака, заявив, что она плохая мать, раз не хочет посвятить себя только ребенку. Накануне сдачи документов в суд женщина поскользнулась и сломала ногу.

После того, как она сломала ногу, поведение второго мужа резко улучшилось, и несколько лет они прожили хорошо, пока он снова не начал пить. Чтобы разорвать отношения, на этот раз женщина «поломала» свою сексуальную жизнь: она начала отказывать мужу в сексе, и однажды он изнасиловал ее. У женщины исчез оргазм. После этого она стала спать отдельно, а когда муж



пришел к ней в постель, с силой ударила его ногой в пах. Вскоре у мужа появилась любовница, к которой он ушел.

Пьяное хамство и тяжелый характер мужа напоминали женщине поведение отца в ее детстве. Девочка была очень привязана к отцу и в три года тяжело пережила его попытку оставить семью. Когда она стала девушкой, отец начал ограничивать ее свободу. Она рано вышла замуж без любви, чтобы обрести самостоятельность. Родив ребенка, не смогла простить мужу его недостаточного внимания к сыну и развелась с ним. После развода она тяжело переживала свое одиночество. В новогоднюю ночь, чтобы заснуть, приняла несколько снотворных таблеток, затем машинально добавляла еще, пока не опустошила весь запас. Почувствовав себя плохо, успела вызвать «Скорую помощь» и была спасена.

Затем она отправила мужу свою библиотеку классической литературы, чтобы устыдить его, так как он увлекался детективами. Однако сама с тех пор не прочла ни одной книги, так как потеряла интерес к художественной литературе.

Затем женщина обратилась к психотерапевту, получала антидепрессанты, транквилизаторы и поддерживающую психотерапию, однако эффект лечения был недостаточный. Из-за стойкой астении и вегетативных расстройств она вынуждена была оставить работу.

Вскоре она вышла замуж за мужчину на 12 лет старше себя. Больше она не работала, «убивала время» лежа на диване, днем решала кроссворды, вечером допоздна смотрела детективы по телевизору. Избегала сексуальных контактов, ссылаясь на нездоровье (продолжались соматоформные расстройства). Стала раздражительной, обидчивой, без повода устраивала сцены ревности мужу, ссорилась по пустякам.

450

Несколько лет отказывалась зарегистрировать брак. Неоднократно доводила отношения до разрыва, затем возвращала мужа. Часто случайно резала себе руки кухонным ножом, получала ожоги. Покупала дорогие вещи, которыми не пользовалась. Многим в жизни жертвовала ради сына, но когда тот вырос и повел себя эгоистично, своей резкой критикой привела к тому, что он полностью прекратил все отношения с ней — так же, как в свое время поступил с ней отец.

*Психотерапия.* Укладывание пациента на кушетку при проведении динамической терапии подчеркивает доминирование терапевта. Предпочтительнее положение лицом к лицу. Следует избегать проявлений как всемогущества и превосходства, так и готовности к самопожертвованию, и делать акцент на реальных отношениях и способности пациента улучшить свое положение. Если терапевт принимает на себя ответственность за несчастье такого пациента и пытается найти решение его проблем, он угрожает лишить пациента выгод от его обычной стратегии. В этом случае «отвергающий помощь жалобщик» развивает негативную терапевтическую реакцию: «Только попробуй помочь мне — станет хуже и мне, и тебе». Следует игнорировать попытки пациента добиться внимания к себе за счет своих страданий и поддерживать его, когда он открыто отстаивает свои права.

В анализе невроза переноса акцент делается на осознании склонности пациента к подчинению и провоцированию партнера, пассивному сопротивлению контролю, использованию партнера, для того чтобы поддержать собственное депрессивное состояние, скрытому бунту, агрессии и упадку духа, маневрам, позволяющим избежать личной ответственности.

В работе с чувствами основное внимание уделяется таким запрещенным для пациента эмоциям, как чувство гнева и удовольствия. Указанные чувства обычно прячутся за маской апатии или

саботажа терапии. Блокируют же переживания гнева и удовольствия страх наказания и чувство вины. Терапевт должен вначале вскрыть факт блокировки и разрешить пациенту испытывать и выражать открыто чувства страха и вины, а затем — гнева и удовольствия. На заключительном этапе терапии акцент перемещается на работу с чувством печали по поводу первоначальной трагедии и упущенных возможностей в связи с ее последствием — мазохистским стилем жизни. В это время необходимо поощрять отказ пациента от желания отомстить за перенесенные в прошлом потери.

29+

451

© *Встречаются садист и мазохист. Мазохист: «Мучай же меня, мучай!» Садист: «А вот и не буду!»*

**Трихотилломания** (F63.3) встречается у девочек и девушек, нередко с отставанием в умственном развитии, пограничным расстройством личности или больных шизофренией. Она заключается в интенсивном побуждении тянуть и даже выдергивать волосы и облегчении после реализации импульса. Это приводит к облысению различных участков головы. Реже выщипываются брови, ресницы и лобковые волосы. Патологическое поведение обычно скрывается, может сочетаться с поеданием волос (трихофагией от греч. *trichos* — волос) с соответствующими расстройствами пищеварения, онихофагией (от греч. *онх* — ноготь) — обгрызанием ногтей «до мяса», самоповреждениями кожи (царапаньем с удалением образующихся корочек).

Больная обычно является единственным или старшим ребенком в семье, находится в конфликтных отношениях с родителями, которые нередко страдают облысением. Расстройство, как правило, начинается после стресса, ему могут предшествовать депрессия и употребление психоактивных веществ. Определенное значение придается страху разлуки, недавно перенесенной утрате, нарушению контакта с матерью. Вырывание волос рассматривается как мазохистская самостимуляция («рвать на себе волосы в отчаянии»). Обгрызание ногтей ассоциируется с сосанием пальца и мастурбацией, за которыми следует искупительная самокастрация. Эффективно применение антидепрессантов и транквилизаторов в сочетании с гипнотерапией и семейной терапией, направленной на гармонизацию внутрисемейных отношений и повышение эмпатии к ребенку.

**Синдром Мюнхгаузена** (F68.1) (симулированное, искусственное расстройство) характеризуется патологической лживостью (мифо-манией), периодическим вызыванием или симуляцией болезней и бродяжничеством. Им страдают пограничные или антисоциальные личности из низших социальных слоев, кочующие из одной клиники в другую, каждый раз сообщая разный анамнез. Они симулируют лихорадку, манипулируя термометром; вскрывают вены, добиваясь анемии; используют слабительные, чтобы вызвать понос, инсулин для понижения уровня сахара крови, антикоагулянты (препараты, понижающие свертываемость крови) для provoca-

452

ции кровотечений. В половине случаев среди требуемых больными лекарств — анальгетики и наркотики, в особенности при симуляции почечной колики.

В стационаре больные конфликтуют с врачами, с возмущением объясняют отрицательные результаты обследований некомпетентностью или небрежностью специалистов. Многие из них с легкостью пользуются медицинской терминологией, злоупотребляют психоактивными веществами

и имеют криминальное прошлое. У больных можно обнаружить многочисленные рубцы после предшествующих хирургических вмешательств. Они могут охотно симулировать психотическое расстройство и получать большие дозы психотропных средств, подвергаться электросудорожной терапии, однако категорически отказываются признать наличие у них синдрома Мюнхгаузена. Нередко больные умирают вследствие осложнений от ненужных медицинских вмешательств. Симулянты отличаются от больных симулированным расстройством своей хитростью и подозрительностью; они говорят о своих симптомах медленно, опасаясь разоблачения; неохотно соглашаются на обследование и при обнаружении обмана усиливают защитные меры. Больные синдромом Мюнхгаузена, как и все больные конверсионными расстройствами, демонстрируют театральные манеры и проявляют наивность. Они озабочены главным образом симптомами и обсуждают их охотно, с мучительными и яркими подробностями. Указание на противоречие в их поведении оставляют их невозмутимыми (диссоциативная защита «прекрасным равнодушием»). Наиболее уродливой формой синдрома Мюнхгаузена является приписывание несуществующего заболевания своим детям, которое обрекает их на роль мнимого больного поневоле {*делегированный синдром Мюнхгаузена*, синдром Полле, назван так по имени дочери барона Мюнхгаузена, умершей на первом году жизни). Патологическое поведение обычно демонстрируют матери, которых называют «наркоманками медицины». Ими всецело владеет желание лечить несуществующие болезни у своих детей, их невозможно убедить в отсутствии заболевания. Они часто истолковывают диагностические данные так, как будто ослышались, или делают нелогичные выводы из полученной информации.

Мать, как правило, сообщает длинную историю болезни, изобилующую драматическими событиями: судорожные приступы и остановки дыхания, состояния клинической смерти и т. п. Мать преподносит себя как образец заботливости, отказывается оста-

453

вить ребенка одного и предлагает свои услуги по медицинскому уходу за ним, включая сбор материалов для лабораторного анализа. Таким женщинам удастся получить разрешение на это, поскольку нередко они являются медицинскими работниками. Обнаружив отсутствие патологии в результатах исследования, они могут требовать внутрисполостных методов исследования; могут подделывать данные лабораторных анализов и обращаться с жалобами на врачей или добиваться перевода ребенка в другую больницу.

Больные, страдающие синдромом Мюнхгаузена, обычно воспитываются без отца жестокой, отвергающей матерью. В анамнезе у них часто обнаруживается тяжелая соматическая болезнь, во время которой они получали недостающее им тепло от медицинского персонала. Общение с медиками возрождает эту ситуацию, причем результаты лечения всегда обесцениваются, чтобы испытать триумф и начать сначала. Нередко симулируются болезни родственников с целью идентификации с ними.

Карл Меннингер (2000) считает симуляцию, связанную с членовредительством, локализованной формой самоуничтожения, которая подразумевает внешнюю направленность агрессии. Последняя включает два аспекта: обман и провокация наказания. Оба аспекта рассчитаны на получение извращенного эротического удовлетворения, свойственного мазохистам.

Эрик Берн (1997) анализирует данное расстройство как игру «Подумайте, какой ужас!»

Оперированное тело сулит больному первичную выгоду, медицинская помощь и последующее социальное обеспечение — вторичную выгоду. Игра дает возможность потребовать возмещения

ущерба и становится способом заработать себе на жизнь. Психологический смысл выигрыша заключается в том, что игрок на словах испытывает отчаяние, а в глубине души ликует, предвидя, сколько удовольствия он сможет извлечь из своего несчастья.

Терапевтически важной является максимально ранняя диагностика синдрома, чтобы предотвратить дальнейшую соматическую терапию. Следует избегать ненужных лабораторных исследований или лечебных процедур. Чуткое отношение к больному предпочтительнее любого медикаментозного лечения. Однако психотерапевтическое вмешательство малоэффективно из-за недостаточной мотивации.

Приведем пример (по Комеру, 2002).

Девятилетняя Дженифер лежала в больнице 200 раз и перенесла 40 операций. Врачи удалили ей желчный пузырь,

454

аппендикс и часть кишечника, вставили специальные трубки в ее грудную клетку, желудок и кишечник. Над девочкой взяла шефство благотворительная организация штата. Во время одного из краткосрочных улучшений она фотографировалась вместе с Хилари Клинтон в Белом Доме и стала ребенком-символом реформы здравоохранения.

Потом полиция информировала мать девочки, что она находится под следствием по подозрению в жестоком обращении с ребенком. Внезапно состояние Дженифер резко улучшилось. В течение следующих 9 месяцев она лежала в больнице только один раз — с вирусной инфекцией. Эксперты заявили, что множественные загадочные инфекции Дженифер «могли происходить из-за того, что кто-то подмешивал фекальные вещества в ее пищу и вводил их в ее уринарный катетер».

## **ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ**

Лекарственная терапия больных с проявлениями аффективного дисбаланса (пограничные, истерические, эмоционально неустойчивые, антисоциальные, нарциссические личности) включает такие тимолептики, как прозак, флуоксетин, циталопрам, флувок-самин, сетралин. Для купирования расстройств личностей тревожного и сенситивного круга (обсессивно-компульсивных, избегающих и зависимых) используются в первую очередь транквилизаторы (алпрозолам, лоразепам, клоназепам). При этом следует учитывать склонность к формированию у этой группы лиц лекарственной зависимости и строго лимитировать суточную дозу транквилизаторов и длительность их приема.

Психодинамическая терапия, проводимая с шизоидными, пограничными и нарциссическими пациентами, особенно трудна и специфична (Аммон, Кернберг, Кохут). Психотерапевт должен обеспечить психологическую безопасность больным этой чрезвычайно хрупкой группы, в конечном счете — интегрировать расщепленные негативные и позитивные аспекты «Я-образа» объектов. Для этого ему следует работать с примитивными защитами (расщепление, проекция, проективная идентификация, всемогущество, девальвация, примитивная идеализация), искаженным восприятием реальности и негативным переносом. Важнейшее значение имеют эмпатическое сопереживание и точное распределение терапевтических приемов во времени. Следует быть готовым к очень

455

сильным контртрансферентным чувствам, которые необходимо контейнировать и исследовать в интересах пациента. Самое важное в лечении таких больных — это способность психотерапевта

понять, сдерживать, интегрировать и, отразив, направить обратно пациенту его интенсивные и болезненные чувства.

В аналитической группе нарциссических пациентов лучше не уклоняться от идеализированного переноса, чтобы они могли воспитать в себе чувство собственного достоинства. В подобной группе, а также в группе больных с пограничными расстройствами и наркотической зависимостью необходимо, особенно на начальных стадиях терапии, помогать пациентам формулировать мысли. Требуется длительный курс терапии без продолжительных перерывов между сессиями, неформальная, доверительная атмосфера, которая позволяет пациентам почувствовать столь необходимую им заботу и нежность. Подобная атмосфера поддержит их потом в моменты преодоления фрустрации, играющей существенную роль в психоаналитическом методе. Промежуточное положение между классическим групп-анализом, поведенческим и психодраматическим подходами занимает методика интеракционной психотерапии, разработанная Аннелизе и Францем Хайгл-Эверс (2001) для лечения дозидиповых расстройств. Теоретической основой метода является принцип селективной аутентичности Р. Кон (Conn, 1975), фокусом терапии — коммуникативное поведение. К техническим новшествам метода относится избирательное (селективное) обращение с реакциями контрпереноса и формирование «принципа ответа» вместо принципа интерпретации. В процессе работы пациенты устанавливают связь актуальных конфликтов и их собственных ролей в них с прошлыми ситуациями. Психотерапевт вначале выполняет контейнерную функцию по Байону (Bion, 1961), обогащая сообщения каждого пациента собственными ассоциациями. Он действует избирательно, учитывая, что в состоянии воспринять пациент. При этом он подчеркивает свою отдельность как личности и готовность быть объектом для коммуникативных экспериментов, которые пациенту (по прежнему опыту) представляются опасными. Одновременно терапевт является образцом вербализации коммуникативных переживаний. Постепенно терапевт из роли вспомогательного «Я» переходит в позицию автономной и равной личности.

Марша Лайнхен (цит. по: Карсон и др., 2004, с. 560 — 589) разработала программу *диалектической поведенческой терапии* пограничных больных, состоящую из нескольких этапов:

456

- 1) постепенное устранение суицидального поведения;
- 2) постепенное устранение моделей поведения, препятствующих терапии, например, пропусков сессий, лжи и госпитализации в стационар;
- 3) постепенное устранение избегающих стереотипов поведения, препятствующих ведению стабильного образа жизни, например, отход от злоупотребления психоактивными веществами;
- 4) улучшение поведенческих навыков с целью регуляции эмоций, улучшения навыков межличностных отношений и повышения выносливости к стрессу;
- 5) другие цели по выбору пациента.

Когнитивно-поведенческая терапия антисоциальных личностей направлена на решение следующих задач: повышение самоконтроля, развитие самокритичности, сочувствие жертве, контроль над гневом, лечение химической зависимости, изменение асоциальных установок, исключение контактов с асоциальным окружением, улучшение взаимоотношений с нормальным окружением, решение межличностных проблем, учет социальной перспективы, улучшение социальных навыков, повышение профессиональной компетенции.

**Литература**

- Аммон Г. Психосоматическая терапия. — СПб., 2000.
- Балинт М. Базисный дефект: Терапевтические аспекты регрессии. — М., 2002.
- Бек А., Фримен А. (ред.) Когнитивная психотерапия расстройств личности. - СПб., 2002.
- Берн Э. Игры, в которые играют люди. Психология человеческих взаимоотношений. Люди, которые играют в игры. Психология человеческой судьбы. — М., 1997.
- Бурно М. Е. Клиническая психотерапия. — М., 2000.
- Волков В. Г. Личность пациента и болезнь. — Томск, 1995.
- Ганнушкин П. Б. Избранные труды. — Ростов, 1998.
- Гиндикин В. Я., Гурьева В. А. Личностная патология. — М., 1999.
- Грин А. Истерия // Энциклопедия глубинной психологии. Т. 1. — М., 1998.
- Грушевский Н. П. О психотерапевтическом поведении с соматическими пациентами в зависимости от их характерологических особенностей // Моск. психотер. журнал. — 1994. — №4. 457
- Волков В. Т. и др. Личность пациента и болезнь. — Томск, 1995.
- Джонсон Ст. Психотерапия характера. — М., 2001.
- Карсон Р., Батчер Дж., Минет С. Анормальная психология. — СПб., 2004.
- Квасенко А. В., Зубарев Ю. Г. Психология больного. — Л., 1980.
- Кернберг О. Ф. Тяжелые личностные расстройства: Стратегии психотерапии. — М., 2000.
- Комер Р. Патопсихология поведения: Нарушения и патологии психики. - СПб, 2002.
- Кондаков В. С, Золотухина О. Н. Психопатии, неврозы, психосоматические расстройства: Учебное пособие. — Ижевск, 1999.
- Коржова Е. Ю. Человек болеющий: Личность и социальная адаптация. - СПб., 1994.
- Коркина М. В., Лакосина Н. Д., Личко А. Е. Психиатрия: Учебник. — М., 1995.
- Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В. Социодинамическая психиатрия. — М. - Екатеринбург, 2000.
- Кохут Х. Психоаналитическое лечение нарциссических расстройств личности: Опыт систематического подхода // Антология современного психоанализа. Т. 1. — М., 2000. — С. 409 — 429.
- Кочюнас Р. Психологическое консультирование: Групповая психотерапия. — М., 2002.
- Леонгард К. Акцентуированные личности. — М., 2002..
- Личко А. Е. Типы акцентуации характера и психопатии у подростков. - М., 1999.
- Мацанова А. Личность и болезнь // Психология, 2000. — №2.
- Меннингер К. Война с самим собой. — М., 2000.
- Попов Ю. В., Вид В. Д. Современная клиническая психиатрия. — СПб., 2000.
- Соколова Е. Т., Николаева В. В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях: Учебное пособие. — М., 1995.
- Гелле Р. Психиатрия с элементами психотерапии. — Минск, 1999.
- Хайгл-Эверс А. и др. Базисное руководство по психотерапии. — СПб., 2001.

## **ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ**

В. В. Ковалев (1979) описывает **детскую невропатию**, которая проявляется в виде снижения или отсутствия сосательного рефлекса, сниженного аппетита или полного его отсутствия, высокой готовности к тошноте и рвоте, избирательности в еде, непереносимости некоторых продуктов, диатеза. У детей отмечаются общая возбудимость, плохой сон, капризность. К школьному возрасту

указанные проявления уменьшаются, но полностью никогда не проходят. Характерно формирование повышенной психосоматической готовности.

В основе детской невропатии лежат либо генетические факторы, либо экзогенные воздействия во внутриутробный период. Определенную роль могут играть и стрессы, пережитые матерью во время беременности, в том числе длительно существующий семейный конфликт. Общая ослабленность и болезненность таких детей наряду с тревожностью матери обычно является причиной воспитания по типу гиперопеки и протекционизма. Дети растут тревожными и ранимыми, неуверенными в своих силах, отличаются повышенной эмоциональностью, которую скрывают. Больные характеризуются стеснительностью и самолюбием, повышенным чувством ответственности и упрямством. В неблагоприятных ситуациях они быстро теряются, паникуют, обвиняют себя, ищут защиты и поддержки.

В клинической картине **депрессии** у детей большой удельный вес принадлежит вегетативно-соматическим расстройствам. Наиболее распространенными жалобами больных являются неприятные ощущения в теле, боли в области сердца, у детей младшего возраста — боли в животе. Основные психологические проявления детской депрессии — апатия, равнодушное отношение к другим, непослушание, слезливость, снижение аппетита. Основные причины депрессии у детей — конфликтные отношения в семье и школе.

У детей, больных соматизированной депрессией, в дошкольном возрасте отмечаются преимущественно желудочно-кишечные расстройства (алиментарные у младших и алгические у старших дошкольников). У младших школьников наряду с желудочно-кишечными расстройствами преобладают гипертермические «маски». По мере приближения к пубертатному возрасту разви-

459

ваются массивные вегетативные нарушения, сенестопатии и де-реализационные расстройства в сочетании с устойчивыми ипохондрическими идеями. В препубертатном и пубертатном возрасте на первое место выходят сердечно-сосудистые и неврологические «маски».

## **СТРАХ РАЗЛУКИ**

В 1990-е годы в нашей стране число детей и подростков с тревожными расстройствами выросло в пять раз. Для таких детей характерна фобическая триада: страх темноты, замкнутого пространства и разлуки. Эти страхи связаны с травмирующим перинатальным опытом и ассоциативно актуализируются в ситуациях, эмоционально схожих с первичной. **Страх разлуки (F93.0)** считают патологическим, когда он слишком силен и длителен или когда возникает в подростковом возрасте. Ребенок боится спать отдельно, не уживается в детских учреждениях, не выходит из дому один. Подростки привлекают мать для покупки предметов одежды и для содействия при вхождении в новую группу.

**Школьная фобия** представляет собой форму страха разлуки, которая проявляется в виде уклонения от посещений школы. У младших школьников больше выражены конкретные опасения остаться без опекающего лица, в 9—12 лет — апато-депрессивные проявления и трудности сосредоточения. В 13—16 лет у подростков начинаются прогулы, они высказывают различные соматические жалобы, когда необходимо идти в школу.

Подобный диагноз ставится, если расстройство начинается до шестилетнего возраста, длится не менее месяца и соответствует трем или более из следующих признаков:

1. Стойкие нереалистические опасения того, что с самым важным и близким человеком может произойти несчастье, он может не вернуться или даже умереть.

2. Стойкие нереалистические опасения быть разлученным с этим лицом (в связи с тем, что ребенка поместят в больницу, потеряют, похитят или убьют).
3. Стойкое нежелание или отказ посещать школу из страха рас -статься с объектами привязанности или остаться дома одному.
4. Трудности расставания по вечерам: а) стойкое нежелание или отказ укладываться спать, когда поблизости находится объект привязанности; б) частые вставания по ночам, для того чтобы убедиться, что этот человек рядом, или стремле-

460

ние спать с ним; в) стойкое нежелание или отказ спать вне дома.

5. Стойкий неадекватный страх оставаться одному дома без объекта привязанности.
6. Частые кошмарные сны на темы расставания.
7. Повторное появление соматических симптомов (тошнота, боли в животе, рвота, головные боли) в ситуациях, связанных с расставанием с объектом привязанности.
8. Чрезвычайное и повторяющееся субъективное страдание в ожидании расставания, во время и непосредственно после него (страх, плач, вспышки гнева, отказ выходить из дома, интенсивная потребность говорить с родителями, апатия, уход в себя).

В основе страха лежит чрезмерная привязанность к матери, которая тоже отличается тревожностью и не позволяет ребенку быть самостоятельным. Ребенок с раннего возраста отличается повышенной пугливостью, патологической подчиняемостью и перфекционизмом. В дальнейшем для больных характерны трудности вхождения в коллектив и профессионального приспособления, низкий уровень самоутверждения и повышенная сомати-зация.

После отрицательных результатов соматического обследования родители нередко пытаются отправить ребенка в школу насильно. При этом у него могут развиваться паническая атака и возникнуть серьезные конфликты с родителями — обычно с матерью, которую ребенок не отпускает от себя, боясь оставаться дома в одиночестве. Постепенно нарастает социальная изоляция ребенка, он все больше отстает в учебе. Такой ребенок боится, что, вернувшись в школу, столкнется с насмешками товарищей, которые будут считать его прогульщиком и лентяем или больным. Таким образом возникает порочный круг. Чтобы разорвать его, требуется как можно скорее вернуть ребенка в школу, избегая принуждения (можно использовать сопровождающее лицо).

**Терапия.** Следует окончательно прояснить вопрос о наличии соматического заболевания, при необходимости соблюдать рекомендации врача. С ребенком проводят когнитивно-поведенческую терапию, используются также психодинамические методы, исследующие бессознательное значение симптомов. При этом особое внимание следует обратить на прохождение завершающей фазы терапии, во время которой обостряется страх расставания. В тяжелых случаях назначают мелипрамин и ксанакс.

461

## МЛАДЕНЕЦ НЕ МОЖЕТ БЕЗ МАМЫ

**Анаклитическая депрессия (F94.1)** описана Рене Шпицем (2000). Она развивается у младенцев при отсутствии должного ухода за ними. В течение первого месяца ребенок становится плаксивым, требовательным, цепляется за взрослых. В это время он может проявлять агрессию к другим детям, биться головой о край кровати, наносит себе удары по голове, вырывает волосы целыми прядями.



На второй месяц течения депрессии плач часто переходит в рыдания, у него исчезает аппетит, снижается вес. На третьем месяце плач сменяется хныканьем, ребенок отказывается от контакта, большую часть времени лежит на спине с маскообразным выражением лица. При отсутствии необходимого контакта со взрослыми (прежде всего с матерью) ребенок в возрасте двух месяцев и старше не отслеживает взглядом движущиеся предметы, в возрасте более пяти месяцев не интересуется игрушками и не выражает невербальных просьб взять его на руки, в восемь месяцев не проявляет явных признаков привязанности к родителям.

Далее нарастают апатия, отставание в физическом и психическом развитии, бедность спонтанной активности, замедленная реакция на внешние раздражители. Повышается восприимчивость к простуде и другим заболеваниям. При нормализации ухода за ребенком в возрасте до 2 — 3 лет эти явления обратимы. Дальнейшее пребывание в условиях запущенности приводит к маразму и смерти. По данным Шпица, в течение первого года умерли 29,6% детей, о которых недостаточно заботились, а за второй год наблюдения еще 7,7%.

Анаклитическая депрессия диагностируется при наличии следующих признаков:

1. Начало заболевания до 5-летнего возраста.
2. Отчетливо противоречивые или амбивалентные социальные реакции в различных социальных ситуациях.
3. Эмоциональные нарушения с утратой эмоционального отклика, уходом в себя, спонтанной агрессией, повышенной тревожностью.
4. Отдельные элементы поведения при взаимодействии ребенка со здоровыми взрослыми людьми подтверждают его принципиальную способность к социальному взаимодействию.

Характерно, что родители таких детей или другие опекающие лица жестоко наказывают их, постоянно игнорируют основные потребности ребенка в любви, комфорте, стимуляции, питании,

**462**

физической безопасности. Шпиц объясняет динамику расстройства тем, что агрессивное влечение, оставшись без объекта привязанности, обращается на самого ребенка.

## **ДЕТСКИЕ ТИКИ**

**Транзиторное тикозное расстройство (F95.0). Хроническое двигательное или голосовое тикозное расстройство (F95.1).** Тики — произвольные, внезапно возникающие стереотипные и ограниченные мышечные движения. При этом поражаются преимущественно мимические мышцы. Расстройство наблюдается в основном у детей 5—10 лет (у мальчиков в 2 — 3 раза чаще, чем у девочек). Тики впервые появляются и затем возобновляются при переживании страха, психического напряжения, когда моторные и агрессивные проявления подавляются. Очень важна реакция родителей на развившееся у ребенка нарушение.

Больные с тиками лица и шеи произвольно гримасничают, морщат лоб, поднимают брови, моргают, зажмуриваются, морщат нос, сжимают рот, оскаливают зубы, покусывают губы и другие части рта, высовывают язык, вытягивают нижнюю челюсть. У них дрожат ноздри, они совершают произвольные наклоны, подергивание или покачивание головой, скручивают шею, смотрят по сторонам, вращают головой.

Больные с тиками конечностей потирают руки, подергивают пальцами, перекручивают их и сжимают руки в кулаки, дергают ногами, коленями или большим пальцем, подпрыгивают, у них бывает странная походка. Тики могут проявляться также в пожимании плечами, покачивании туловищем, некоторые больные беспричинно зевают, принохиваются, продувают воздух через

ноздри, свистяще вздыхают, усиленно дышат, отрыгивают, издают сосательные или чмокающие звуки, прочищают горло.

С психоаналитической точки зрения тики представляют собой действия, приостановленные в момент совершения. Они помогают разрядить аффект, связанный с запрещенным влечением, наказанием за реализацию этого влечения или попыткой защититься от наказания. Например, тик лицевых мышц может отражать вытесненную и перемещенную вверх генитальную мастурбацию. При этом эксгибиционистская демонстрация символической мастурбации способствует обретению нарциссической уверенности. Однако неконтролируемые Эго движения мышц вызывают нарциссическую обиду, страх и ненависть, как прежде вызывали угрожающие объекты.

463

При незначительной выраженности расстройства его лучше игнорировать, поскольку особое внимание к тикам может усилить их. Из этих соображений не назначают и лекарства. Если тики выражены и сопровождаются эмоциональными расстройствами, проводится поведенческая терапия, которая включает три компонента:

- 1) тренировка несовместимой с тиком реакции с помощью зеркала — например, напряжение затылочных мышц у больного с подергиванием головы, прижимание рук к бедрам или спинке стула у пациента с подергиванием плеч вперед;
- 2) тренировка способности замечать собственный тик еще до его внешнего проявления. При этом клиент повторно описывает свой тик, глядя в зеркало, выполняет его произвольно и пытается заранее заметить его наступление;
- 3) упражнения на соединение несовместимых реакций с тиком или его предчувствием. Кроме того, пациент описывает ситуации, в которых тики бывают особенно часто, с ним обсуждают тяжесть тиков, проводят упражнения на релаксацию, указывают на незамеченные тики, привлекают к терапии членов семьи.

**Синдром Жилиа де ля Туретта (F95.2)** проявляется в виде множественных двигательных и голосовых тиков. Тики являются внезапными, повторяющимися и стереотипными движениями, которые можно увидеть (например, мигание, плевки, подергивание, неприличные жесты) или услышать (покашливание, цоканье языком, фырканье, хрюканье, визг, повторение звуков и слогов или непристойные «грязные» выкрики). Тики охватывают область лица, шеи и плеч. Они учащаются при волнении и привлечении внимания к больному, особенно в ситуациях, требующих повышенного социального самоконтроля. Неврологическое исследование может не выявить отклонений от нормы или обнаружить минимальные неспецифические изменения.

Заболевание передается по наследству. Тики начинаются обычно уже в возрасте 5 лет, им нередко предшествуют двигательная гиперактивность и импульсивность. Пациенты обнаруживают признаки анально-садистического характера: плевки, покашливание, копролалию на фоне общей нетерпимости к напряжению и ожиданию. Часто в возрасте около 10 лет более значимыми становятся трудности сосредоточения, социальная дезадаптация и недостаточность критики. Таких детей нередко наказывают в школе и дома, принимая их поведение за баловство, тем более, что они сами вы-

464

дают тики за произвольные действия из-за склонности к диссимуляции. Галоперидол уменьшает проявления синдрома Жилиа де ля Туретта у 90% больных. Доза, назначаемая различными

клиницистами, значительно варьирует. Используется также клоназепам, клонидин, тиаприд, пимозид, клофелин и меридил (риталин).

© На прием к врачу приходит женщина с девочкой.

—Доктор, у моей девочки личико перекосилось. Посмотрите ее, пожалуйста.

Врач, внимательно осмотрев юную пациентку, задумчиво говорит:

— А вы не пробовали расслабить косички?

## ДРУГИЕ ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ

### РАсаройавл

**Неорганический энурез (F98.0)** встречается у каждого пятого пятилетнего ребенка, причем у мальчиков в два раза чаще, чем у девочек. Недержание мочи может быть связано с задержкой развития, эпилепсией, неврологическим или урологическим нарушением, поэтому прежде всего следует исключить эти причины. Неорганический энурез характеризуется следующими клиническими особенностями:

- регистрируется редко, непостоянно и нерегулярно;
- бывает чаще ночью, реже наблюдается днем;
- появляется после «сухого» периода;
- в спокойной обстановке проходит;
- дети тяжело переживают его, огорчаются из-за своего состояния;
- их сон бывает чаще поверхностным (затрудненное засыпание, вздрагивания во сне, сногворение, частые и кошмарные сновидения, ночные страхи).

Энурез при неврозоподобных состояниях имеет другую клиническую картину:

- происходит регулярно, почти каждую ночь;
- эпизоды недержания мочи повторяются до нескольких раз за ночь;
- учащается при утомлении;
- ребенок «не переживает», не огорчается;

30 — 5184

465

- энурезу сопутствуют такие симптомы, как головная боль, головокружение, утомляемость;
- сон глубокий (ребенок не видит и не помнит снов; будучи мокрым, не просыпается).

При обследовании у детей этой группы часто выявляют *нейро-генный мочевоу пузырь* — дисфункциональное расстройство, проявляющееся в виде дизурии: мочеиспускание редкое, прерывистое, частыми и малыми порциями, моча отходит каплями, нередко наблюдается дневное недержание мочи.

Выделяют следующие варианты психогенного ночного энуреза:

- 1) астеноневротический вариант возникает у эмоционально лабильных, легко астенизирующихся детей после психотравмы в период возрастных кризов (3 года, 7 лет);
- 2) истероидный вариант отмечается у грацильных, темпераментных, артистичных девочек;
- 3) реактивный вариант представляет собой форму невротического энуреза, когда случайный эпизод заболевания вызывает у ребенка тяжелую реакцию и на факт недержания мочи, и на последующие переживания.

Психогенный энурез во многих случаях развивается при неблагоприятных бытовых условиях или когда ребенок воспитывается вне семьи. Часто причиной являются травмирующие перемены в жизни: первое расставание с родителями (при поступлении в детский сад, школу, отъезде в летний

лагерь), разлука с близкими людьми (развод родителей и т. п.). В ряде случаев энурез может замещать вытесненную мастурбацию. Нередко заболевание возобновляется или усиливается при рождении другого ребенка, становясь каналом для отвода уретральной агрессии («писатькипятком»). Подобный регресс к младенческой стадии демонстрирует неосознанное стремление вернуть утраченные привилегии младенца.

О. Фенихель (2004) указывает, что специфической силой, направленной против уретрально-эротических соблазнов, является чувство стыда, который культивируется в процессе «туалетного» тренинга. Защитой против переживания стыда у больных энурезом обычно служит их амбициозность в других сферах. Нередко энурез служит основой для развития преждевременной эякуляции в будущем.

*Лечение.* Рекомендуют на ужин сухую бессолевую диету, на ночь — соленый продукт (для задержки воды в организме). Назначают препараты белладонны, ноотропы, глицин, витамины групп-

466

пы В, А, Е, оротат калия. Эффективным препаратом для симптоматического лечения ночного энуреза является антидепрессант ме-липрамин, таблетку которого (25 мг) дают подростку на ночь. Поскольку после окончания курса изолированной фармакотерапии энурез часто возобновляется, препарат следует применять лишь в критических ситуациях, — например, во время туристического похода с классом.

При неврозоподобном энурезе применяют прибор, в котором первая капля мочи замыкает реле электрического звонка, и ребенок просыпается. Проводится также тренинг мочевого пузыря, который заключается в повышенном потреблении жидкости и задержке мочеиспускания на максимально возможный срок. Используется также тренинг прерывания, когда мочеиспускание растягивается на несколько раз. Ход упражнений протоколируется. Этот тренинг удобнее проводить по выходным. Вводится жетонная система: чтобы получить вознаграждение, пациенту нужно набрать определенное число «сухих единиц», независимо оттого, мочился ли он в промежутках. Страх неудачи можно ослабить с помощью гипносуггестии с элементами программирования.

Развитие энуреза у ребенка из дисфункциональной семьи после периода установления контроля над мочеиспусканием чаще говорит о психогенном его происхождении и является показанием к проведению семейной терапии. Родителям следует доверить контроль мочеиспускания самому ребенку, отстранившись от этой проблемы. Необходимо прекратить напоминания, побудки по ночам, расспросы и тем более насмешки и ворчание по поводу энуреза. Пациента, которого на прием сопровождала мать, приглашают прийти без нее. Для повышения самоконтроля пациента ему поручают самому заменять мокрую постель (это не должно выглядеть наказанием). Если ребенок уже может самостоятельно помыться и постирать белье, пусть сам делает и это. Желательно, чтобы ребенок старшего возраста принимал решения о проведении свободного времени, ночевке вне дома.

Пациенту, находящемуся в открытой оппозиции к родителям, дают парадоксальное предписание: он может и даже должен мочиться в постель. Применение этого приема требует установления дружелюбных отношений с пациентом, позволяющим использовать его чувство юмора и уверенность, что психотерапевт хочет помочь ему. Можно предложить ребенку пари: психотерапевт будет давать ему конфету или жвачку каждый раз, когда тот сможет помочиться в постель. При этом мотивация поведения изменяется:

## I

вместо вызова родителям — шутивное противодействие психотерапевту, а подсознательный контроль над сфинктером мочевого пузыря заменяется на сознательный. Указанный прием может быть эффективным лишь на фоне успешной семейной терапии.

**Неорганический энкопрез (F98.1)** наблюдается в основном у мальчиков из малообеспеченных семей и проявляется в виде дефекации в неподходящем месте (на полу, в одежде). К этому заболеванию существует наследственная предрасположенность по мужской линии. В 25% случаев энкопрез сочетается с энурезом. Для больных характерны трудности сосредоточения, гиперактивность, расстройства координации, низкая переносимость фрустрации. В семьях таких детей доминирует мать, роль отца в воспитании предельно снижена, мать подавляет стремление ребенка к самостоятельности, неадекватно наказывает его за дефекацию.

При первичном энкопрезе у ребенка отмечается функциональная дискинезия желудочно-кишечного тракта, склонность к запорам, что сопровождается снижением чувствительности переполненного и растянутого кишечника и отсутствием своевременного позыва к дефекации. Из-за этого небольшое количество жидких или мягких испражнений может вытекать незаметно для больного. Обонятельное привыкание снижает возможность замечать при этом запах.

Вторичный энкопрез составляет до 60% всех случаев заболевания, он начинается обычно в возрасте до 8 лет на фоне переживаемого стресса. Регрессия наступает обычно после рождения брата или сестры, развода родителей, изменения места жительства или с началом школьного обучения. Резко негативная реакция окружающих понижает самооценку больных, что они могут скрывать за показным безразличием.

При появлении признаков дискинезии необходима регуляция кишечника с помощью диеты и клизм. Для выработки рефлекса на дефекацию через 20 — 30 минут после приема пищи ребенка высаживают на горшок или отводят в туалет. Дефекация в этих условиях поощряется, проявления энкопреза не наказываются, ребенка приобщают к гигиеническим процедурам: душу, стирке одежды, смене белья. Проводится индивидуальная психотерапия, направленная на повышение самооценки.

© *Приходит парень к врачу и жалуется:*

— *Что делать? Как только лягу спать, сразу описуюсь.*

468

— *А что ты перед этим ощущаешь? Может, тебе какие сны снятся?*

— *Да, появляется чертик и говорит: «Давай пописаем». И я просыпаюсь весь мокрый.*

— *А ты в следующий раз, как только чертик прилетит и скажет: «Давай пописаем», ему ответь: «Я уже пописал».*

— *Хорошо, спасибо, доктор.*

*Через некоторое время снова приходит парень к врачу:*

— *Еще хуже, доктор.*

— *А как было дело? Расскажи.*

— *Прилетел чертик и говорит: «Давай пописаем», а я ему говорю: «Уже пописал». А чертик мне и отвечает: «Тогда давай покакаем».*

**Расстройство питания в раннем возрасте (F98.2).** Каждая четвертая мать ребенка 1,5 лет

жалуется на серьезные проблемы с его кормлением. Для грудных детей представляют опасность срыгивания и «жевание жвачки» из отрыгнутой пищи. О привычном срыгивании говорят, когда у ребенка 4—18 месяцев при отсутствии нарушений техники кормления отмечается извержение небольших количеств пищи, поступившей во время кормления, беспокойство, сосание пальцев, нарушение сна, плаксивость. Расстройство связано с чрезмерным расширением желудка из-за попадания воздуха в процессе жадного заглатывания пищи, быстрого сосания при слишком большом или слишком малом количестве высасываемого молока.

«Жевание жвачки» состоит в том, что проглоченная пища отрыгивается и вновь пережевывается. Позывов к рвоте не отмечается; чтобы отрыгнуть пищу, ребенок может засовывать глубоко в рот пальцы или устанавливать язык желобом при широко открытом рте. Значительная часть содержимого желудка при этом выплескивается, что вызывает с риск недоедания. После бесконечного жевания отрыгнутой пищи, доставляющего ребенку очевидное удовольствие, он может ее проглатывать, а дети более старшего возраста нередко выплевывают. Характерной является поза с выгнутой спиной и откинутой назад головой. Ребенок при этом совершает сосательные движения языком. Подобные явления обычно происходят в отсутствие опекающих лиц. Между эпизодами срыгивания ребенок бывает голоден и раздражен. Нарушение пищевого поведения может приводить к обезвоживанию, снижению сопротивляемости организма, задержке физи-

**469**

ческого и умственного развития. Ребенок становится раздражительным, апатичным, пассивным. Окружающие далеко не всегда успевают заметить угрожающее снижение массы его тела. Расстройство возникает после третьего месяца жизни и в большинстве случаев исчезает к концу второго года. Однако каждый четвертый заболевший ребенок умирает из-за недостаточного питания.

Мать такого ребенка обычно молода и не уверена в своей материнской роли. Она считает главным критерием собственной компетентности вес ребенка, придает сверхценное значение его питанию и не дает ему есть самостоятельно. При этом эмоциональный дискомфорт ребенка мать принимает за чувство голода и еще усерднее пытается его накормить. Часто мать теряет уверенность в том, что способна нормально накормить ребенка, и отчуждается от него. Это отчуждение усиливается, когда из-за срыгивания от ребенка начинает неприятно пахнуть. В ряде случаев причиной отчуждения становится чрезмерная занятость матери параллельно, которая отделяется от ребенка, сунув ему бутылочку молока. Порой параллельно происходит конфликт между родителями.

Конфликт с матерью обычно достигает своего пика в 9-месячном возрасте, когда ребенок начинает отказываться от еды, проявляя повышенную разборчивость в питании как средство борьбы за автономию. Не получая достаточно материнского тепла, ребенок пытается компенсировать его, продлевая процесс питания с помощью «жевания жвачки». Поза младенца, сосущего грудь, и сосательные движения во время пережевывания жвачки свидетельствуют о регрессии перед лицом фрустрирующей и подавляющей матери и возврате в примитивный нарциссизм. Из-за недостатка материнского вклада в этот нарциссизм он проявляется как омертвляющий аутоэротизм.

*Лечение.* Ребенок отучается от «жевания жвачки» с помощью аверсивных методов. Например, в момент «жевания жвачки» ему дают выпить лимонный сок. Семейная терапия направлена на коррекцию нарушенных взаимоотношений с ребенком и ошибочных представлений родителей о

его кормлении.

**Заикание** (F98.5) (логоневроз, логофобия) — нарушение течения речи, которое особенно сильно проявляется при общении. При клоническом заикании речь прерывается частым повторением звуков, слогов и слов; при тоническом — повышается тонус речевой мускулатуры перед произнесением слова или фразы. Хроническое заикание сопровождается разнообразными тиками.

Заикание

470

появляется обычно после испуга, под влиянием реакции окружающих дополнительно развивается страх публичной речи, который замыкает порочный круг.

При заикании сосуществуют желание и нежелание говорить, проявляется магическое отношение к словам и агрессия против слушателя, происходит смещение вверх функций сфинктеров и сексуализация речи. Язык как орган речи выступает в роли фаллического символа. В этом плане говорение означает потенцию, а молчание — кастрацию. На анальном уровне говорение означает произнесение «грязных» слов и агрессивное действие против слушателя. Выпалить эти слова и проглотить их аналогично запретной детской игре с фекалиями. Оральная эротичность проявляется в заикании в форме речевых амбиций, и тогда пациенты становятся мастерами художественного слова, певцами, ораторами и т. п. Однако глубинный конфликт сохраняется в виде готовности убивать собственные слова как представляющие интроецированные «плохие» объекты.

Кроме того, пациенты с логофобией, как и с другими социальными фобиями, склонны к эксгибиционизму, который в данном случае основан на магическом представлении о всемогуществе слов. Одобрение публики как будто успокаивает кастрационную тревогу, однако из-за подавленной садистической тенденции страх кастрации лишь усиливается и в результате возникает заикание. У девочек генитальный эксгибиционизм смещается на оральный уровень и заменяет более болезненное переживание чувства неполноценности из-за отсутствия пениса. Заикание блокирует опасные тенденции и символически наказывает за них. Оно появляется в присутствии авторитетных фигур, на которые переносятся амбивалентные чувства к родителям. Расстройство укрепляется вторичной выгодой, получаемой от заикания: письменные ответы на уроках, освобождение от устных экзаменов, потакание капризам дома и т. п.

Совместно с логопедом вырабатывается цикл речи, включающий спокойствие, хладнокровие, уверенность — ритмичное дыхание — плавную интонацию — непрерывное течение речи — вживание в речевой процесс.

Ребенка обучают говорить:

- а) только на выдохе,
- б) при полном звуке голоса,
- в) при мягком произношении согласных,
- г) при замедленном темпе речи.

471

Применяется модификация речевого стиля: произнесение слов нараспев, шепотом, ритмичная речь, остановка речи при появлении симптомов. Дается парадоксальное предписание «обзаикать» собеседника: терапевта, друга, родителя, прохожего. Проводятся функциональные тренировки с постепенным повышением уровня трудности: чтение, свободный разговор, вопросы и ответы, разговор в присутствии нескольких лиц. Используются ролевые игры в семье, в школе, с

авторитетными лицами. Пациенты выступают в роли другого (друга, родителя, учителя), разговаривают по телефону с незнакомыми людьми.

«Запас прочности» вырабатывается с помощью различных помех: глубокое дыхание и расслабление мышц и гортани во время речи, неожиданные высказывания в адрес говорящего, речь, состоящая из коротких отрывков, с паузами и в быстром темпе, с воображением различных фобогенных ситуаций.

При проведении гипнотерапии эффективны следующие формулы внушений:

«В груди тепло и спокойно. Приятно прохладный воздух входит и выходит во время дыхания.

Вдох успокаивает, выдох спокойный. Дыхание спокойное, ровное. При любом разговоре дышится спокойно и легко. Выдох долгий, непрерывный. Слова льются на выдохе сразу, без задержек.

Сливаются в одно большое слово. Гласные тянутся достаточно долго, создавая как бы смазку для согласных. Вовремя начинается новый вдох — спокойный, беззвучный. На вдохе молчишь, успокаиваешься. Говоришь только на выдохе — плавно, слитно, неторопливо. Волнение перестает мешать дыханию и речи. При волнении легко остановиться, успокоить дыхание, дать расслабиться голосовым связкам. Это происходит само собой, совсем легко. При любых обстоятельствах дыхание спокойное, ровное, глубокое. Речь начинается на выдохе сразу, льется легко, неторопливо, плавно. В груди и горле легко и свободно. На душе спокойно и легко, тепло и уютно.

Случайные запинки легко оставлять без внимания. Как ни в чем ни бывало продолжаешь говорить — смело и уверенно, до конца. И тогда окружающие не замечают этих запинок. Случайные запинки перестают мешать твоей речи, перестают вызывать опасение новых запинок. При трудностях автоматически включается запас силы, смелости и бодрости. Когда ты засыпаешь так, тебе легко может присниться или представиться, что ты стоишь в классе у доски. Все смотрят на тебя. И ты

472

смотришь на всех спокойно и внимательно. Находишь поддерживающие и ободряющие глаза.

Чувствуешь, что освобождаешься от скованности и страха. Держишься спокойно и уверенно.

Говоришь, отвечаешь на вопросы легко и громко. Случайные запинки безразличны, они бывают у всех людей. Говоришь смело и уверенно до конца.

Сейчас ты чувствуешь себя хорошо отдохнувшим, спокойным. Твое тело, твой мозг, твоя речь хорошо отдохнули. Все время до следующего сеанса сохраняется спокойное, ровное настроение, спокойная, плавная речь. Начинаешь просыпаться, легко повторяешь за мной вслух: "Я говорю легко и свободно. Я говорю плавно и слитно. Речь льется свободно, без задержек. Мне легко так говорить. Я везде могу так говорить. Мне легко и свободно с людьми. И людям приятно со мной. Я легко владею собой и своей речью. Я спокоен. Я уверен. Я легко владею собой".

На счет от 5 до 1 полностью проснешься с чувством бодрости и уверенности, соспокойнойувереннойречью. 5 — 4 — 3 — 2 — 1. Отлично!».

Приведенные формулы закрепляются на занятиях аутотренингом. Рекомендуются проводить групповые занятия с последующим обсуждением успешного применения навыков АТ во время речевого общения. Эффективны следующие формулы самовнушения:

«Стою на высокой скале над морем. Волны бьются под ногами. Ветер усиливается, рвет одежду. Чувствую прилив сил и энергии. Врастаю в скалу, как могучее дерево. Стальная пружина разворачивается во мне. Я спокоен!

Стою в переполненном зале. Все смотрят на меня. И я смотрю на всех спокойно и внимательно.



Держусь с уважением и достоинством. Я такой же, как все. Я свободен от скованности и страха. Говорю, отвечаю легко и громко. Случайные запинки безразличны. Чувствую в себе силу, смелость и бодрость. Говорю смело и уверенно до конца.

*(Хором вслух.)* Я говорю легко и свободно! Я говорю плавно и слитно! Речь льется свободно, без задержек! Мне приятно так говорить! Я везде могу так говорить! Я легко владею своей речью! Мне легко и свободно с людьми! И людям приятно со мной! Я спокоен! Я уверен! Я легко владею собой! *(Сподымо.)* Я спокоен!!!»

473

В критических случаях — например, на устных экзаменах, возможно применение лекарственной поддержки транквилизаторами, противотревожными антидепрессантами. Предварительно необходимо проверить, как действует на пациента тот или иной препарат.

## **СЕМЕЙНАЯ ТЕРАПИЯ**

Семейная терапия показана в тех случаях, когда центральное место принадлежит межличностным проблемам в семье; когда проблема ребенка непосредственно связана с плохим функционированием семьи, имеющей много трудностей и тягот; когда проблемы ребенка закрепляются семьей.

Родительская семья играет ведущую роль в формировании таких патогенетических факторов психосоматических заболеваний, как алекситимия, конверсия, незрелость когнитивных и эмоциональных структур личности. Обычно такие семьи характеризуются сдержанностью в проявлении эмоций, родители стремятся блокировать несанкционированные эмоциональные проявления своих детей, контролировать и подавлять их инициативу. Как правило, родители воспитывают ребенка по типу гиперопеки, проявляют сверхценное тревожно-мнительное отношение к болезни.

Основной задачей семейной терапии является достижение осознания членами семьи собственных эмоциональных проблем, выявление тех ситуаций, которые поддерживают их неконструктивное разрешение в семье, и стереотипов поведения, уводящих от разрешения эмоциональных проблем. Коррекция нарушений в рамках семейной терапии осуществляется по двум направлениям: 1) развитие и усиление эмоциональных коммуникаций в семье с использованием невербальных техник Вирджинии Сатир (1999); 2) разыгрывание ролевых ситуаций в аспекте поведенческой семейной терапии: «Просьба», «Требование», «Благодарность» и других, которые в дальнейшем обсуждаются. На семейных сессиях пациенты с помощью родственников учатся расширять диапазон социально-психологических ролей за счет приобретения и углубления ролей «мужа и отца», «жены и матери».

Важно найти для пациента «союзника» — наиболее заинтересованного в разрешении сложившейся ситуации члена семьи\* (это может быть супруг или супруга, дети). С помощью «союзника» проводится работа по повышению коммуникативной компетентности больного: вовлечение в совместную деятельность, организация досуга, выражение просьбы помочь, обнаружение своей не-

474

уверенности в роли воспитателя и т. п. Немаловажное значение имеет повышение внешней привлекательности.

Д. Н. Исаев (2000) подчеркивает, что семейная терапия должна способствовать повышению сочувствия у членов семьи и созданию альтернативных моделей взаимодействия. Автор включает

родителей ребенка в терапевтический процесс еще при сборе семейного анамнеза. С ними проводятся беседы, раскрывающие содержание болезни, ее особенности, возможные последствия и варианты течения. Подчеркивается, что многочисленные консультации у различных специалистов фиксируют внимание ребенка на симптомах и способствуют его «уходу в болезнь». С родителями согласовывают план коррекции супружеских и родительских отношений.

На втором этапе лечения проводится совместная психотерапия больного и родителей. Направление лечения определяется содержанием семейного конфликта. Раздельное его обсуждение с каждым членом семьи дополняют совместной игровой терапией, которая является импровизацией на темы, предложенные больным, родителями и психотерапевтом. При лечении маленьких детей используют куклы-марионетки. Каждый член семьи играет различные семейные роли, используется смена ролей родителями и детьми, создание психотерапевтом модели отношений с больным.

Большое значение придается обучению конструктивной совместной деятельности. Так, семейная терапия больных бронхиальной астмой проводится в двух направлениях: 1) развитие и усиление эмоциональных коммуникаций в семье и 2) разыгрывание и усложнение ролевых ситуаций в аспекте поведенческой семейной терапии. Семейная терапия больных пептической язвой нацелена на осознание больным переживаемого страха (сформировавшегося в ответ на жесткое давление родителей), ситуаций, в которых он возникает, и стремления уйти от переживаний посредством тиранического поведения.

Ю. С. Шевченко (2002) разработал методику онтогенетически ориентированной интенсивно-экспрессивной психотерапии и психокоррекции (ИНТЭКС), которая представляет собой девятидневный цикл эмоционально-стрессового воздействия на группу больных и их родителей. Методика основана на следующих принципах:

1. Привлечение к психотерапевтическому процессу всей семьи и обязательное активное участие в групповых занятиях как минимум одного ближайшего родственника. Использование игр «Родительские профессии», «Домашняя бухгалтер-

475

рия», «Семейный герб», «Родительский массаж», «Материнский гипноз».

2. Системный подход к проблемам пациента и его семьи. Обучение родителей основам транзактного анализа, формирование творческого подхода к воспитанию, приемы «Десять лет спустя», «Знаки Зодиака», дискуссии на «родительском педсовете», обучение бихевиоральному моделированию поведения, а также «разделению проблем и передаче ответственности», помощь в решении индивидуальных психологических, психиатрических и психосоматических проблем родителей.

3. Сочетание группового характера лечебного процесса с индивидуализацией его задач в соответствии с клинической, социально-психологической и педагогической диагностикой каждого пациента. Прицельное распределение ролей в «говорящей пантомиме», рассказывание смешного случая из жизни, индивидуальная «маска страха», персональная «лестница проблем».

4. Равноправие и партнерство всех участников группы независимо от возраста в едином, гуманистически направленном коллективе. Работа в общем круге, мозговой штурм в деловой игре, обмен советами.

5. Постоянная обратная связь котерапевтов и членов группы в форме дискуссий, диалогов и ежедневных письменных отчетов. Прием «Письмо к другу», называние своих чувств в процессе

разыгрывания типичных конфликтных ситуаций, обсуждение того, чему научился.

6. Взаимопроникновение лечебных, воспитательных, обучающих и рефлексивно-аналитических приемов психотерапии и психокоррекции, направленных как на патогенетические механизмы нарушений (включая их психогенные, энцефалопатические и дизонтогенетические звенья), так и на отдельные симптомы болезни и личностной аномалии. Проективные рисунки, рисунки «Мой самый счастливый и самый грустный день», «Автопортрет», психодраматические приемы, аутогенная тренировка, гипноз, приемы НЛП, символдрамы, проводимой в паре родитель-ребенок, бихевиоральные методы, коррекция внимания, памяти, импульсивности в процессе психогимнастических упражнений.

7. Сочетание интимно-эмпатических, директивно-манипулятивных, недирективно-демократических и возвышающе-вдохновляющих форм поведения котерапевтов. Система по-  
476

ощрений и наказаний, принуждения и ободрения, открытое выражение сочувствия, понимания и безусловного принятия участников, разделение отношения к личности и проявлениям девиантного поведения, оценка не конечного результата, а отношения к работе, сочетание «мужского» и «женского» стиля реагирования.

8. Наглядно-чувственная диагностика проблем пациента (для него самого и близких) с целью повышения собственной ответственности за их решение. Проблемные игры на вербальное и невербальное общение, преодоление физического и социального страха, на умение командовать, излагать свои мысли, рассуждать и делать выводы из полученного опыта, игры на эрудицию и умение соблюдать правила.

9. Эмоционально-стрессовый характер лечебного процесса, во время которого порой небезболезненное обнажение и максимальная экспрессивность психотравмирующих конфликтов перекрываются событиями, насыщающими жизнь пациента ощущением праздника, подвига, творческого горения. Игры на выигрыш и проигрыш, прием «горячий стул», вечер юмора, сеанс эмоционально-стрессового внушения.

10. Единство вербальных и невербальных форм экспрессии и взаимодействия. Режим молчания, игры «Инопланетяне», «Отгадываниемыслей», «Минноеполе».

11. Активное самопознание через познание других с целью коррекции самооценки и оптимизации процесса саморегуляции. Дискуссия о значении имен, рассказ о знаменитом тезке, незаконченные рассказы, совершение «личных подвигов», приемы «Сплетники», «Портретгруппы», «Предвыборная компания», обучение активному слушанию и «Я-высказываниям», изложение личных отчетов.

12. Достижение инсайта через позитивный регресс, интенсивное освоение функционально-личностной зоны ближайшего развития. Гармонизация социальных связей и отношений, оптимизация поведения на наглядно-действенном, конкретно-образном и абстрактно-логическом уровне, реализуемая в непосредственных поступках, сенсорно-визуальных образах и вербальных высказываниях — рисунок проблемы, «горячий стул».

13. Организация терапевтической сессии в соответствии с традиционными этолого-культуральными обрядами инициации. Приемы заключительной сессии: «Транс», «Операция», «Громкие личные подвиги» в присутствии большой аудитории.

А. И. Захаров (2004) начинает семейную терапию с выслушивания родителей отдельно от детей. Затем он помогает им осознать связь поведения ребенка с психотравмирующей ситуацией в семье и характерологическими особенностями родителей, в то же время указывает на положительные моменты в семейных отношениях и на позитивные черты личности ребенка как на терапевтическую перспективу. В разворачивающейся далее дискуссии вырабатывается общая точка зрения на причины расстройства, способы его лечения и воспитание ребенка. При этом подчеркивается роль обоих родителей в психотерапии, необходимость тесного сотрудничества с терапевтом. Делается попытка реабилитировать ребенка в глазах родителей, уменьшить излишнюю строгость и принципиальность в отношении родителей к нему, добиться предоставления ему большей самостоятельности и возможностей для эмоциональной разрядки, игр, движений. Обращается внимание на необходимость единства и последовательности в родительских решениях и устранения препятствий для эмоционального контакта ребенка с кем-либо из членов семьи. Совместная психотерапия больного и родителей осуществляется на последующих встречах, когда обсуждается динамика лечебных изменений и отношений в семье. Открыто рассматриваются семейные конфликты, родители и дети прямо высказывают свои мнения. Психотерапевт, в отличие от родителей, не торопит и не осуждает ребенка, находит у него положительные качества, одобряет его детскую непосредственность и активность, желание наладить отношения с родителями. Подчеркивается паритетная роль родителей в процессе терапии. Беседа завершается совместной ролевой игрой-импровизацией, тему которой выбирают поочередно ребенок, родители и терапевт. Используется обмен ролями, что дает родителям и детям возможность лучше понять друг друга, овладеть навыками руководства и подчинения. Психотерапевт же получает возможность показать родителям образец конструктивного разрешения конфликта. При наличии у ребенка психогенного *энуреза* семье сообщают сведения о возможных причинах развития расстройства, о взаимосвязях между физическим и психическим состоянием ребенка, о формировании гигиенических навыков как процессе научения, который может быть нарушен. Следует посоветовать семье не ограничивать ребенка в питье, не будить его по ночам в туалет, перестать оценивать и комментировать его проблемное поведение, упрекать за несобранность и напоминать о необходимости проснуться сухим. Сохраняется лишь резиновая подкладка в постели.

478

При *логофобии* психотерапевту следует прежде всего установить с ребенком эмпатические отношения, уменьшающие его напряжение и облегчающие готовность к вербальной терапии. В совместных беседах с родителями надо добиться того, чтобы ребенок осознал циклический механизм заикания: мысленное представление неудачи — состояние возбуждения — задержка дыхания — торможение голоса — торможение речи. Устанавливается связь логофобии с подтруниваниями и переживаниями, понижающими самооценку. Ребенку и родителям объясняют смысл заикания как средства власти. С семьей договариваются о целях и методах терапии. Во время семейных бесед обнаруживаются неадаптивные особенности вербального взаимодействия, когда члены семьи не дают ребенку высказаться, понукают или перебивают его, пытаются исправлять его речь, фиксируют его внимание на запинках. Важно выявить переживания вины у родителей, снять их эмоциональное напряжение, освободить ребенка от роли «козла отпущения», прекратить наказания. Родителям рекомендуют отказаться от излишне требовательного и критического подхода к ребенку, полностью игнорировать его заикание и больше поддерживать его в ситуациях общения. Если один из родителей в прошлом или сейчас

страдает заиканием, это должно стать содержанием дополнительной работы. Необходимо через родителей установить контакт с классным руководителем для выработки единого подхода, основанного на подбадривании, успокоении и поддержке.

В случае *школьной фобии* с психосоматической симптоматикой нужно помочь родителям найти убедительные доводы, чтобы ребенок посещал школу. Детей и подростков можно включать в эти дискуссии. Важно обеспечить согласованность действий всех участвующих во взаимодействии с ребенком, чтобы избежать недоразумений (например, учитель разрешает ребенку идти домой по просьбе или школьная медсестра освобождает от занятий из-за его соматических жалоб). С появлением сотовой связи появилась возможность обеспечить ребенку периодический телефонный контакт с родителями. Мобильный телефон при этом становится успокаивающим переходным объектом, роль которого надо постепенно сводить к минимуму. Внимание родителей необходимо переключить с озабоченности прогулами ребенка на диагностику семейного конфликта и его разрешение, изменение стиля взаимоотношений в семье.

Клу Маданес (1999) использует замену метафоры неудачи метафорой успеха. Терапевт создает условия, при которых родители могут решить проблемы семьи, после чего проблемное поведение

ребенка перестает символизировать родительские неудачи, а его новое, более адекватное поведение становится метафорой родительского успеха. Примером служит история 15-летней девочки с припадками, из-за которых она отказывалась посещать школу и оставалась дома с отцом, не работавшим из-за плохого самочувствия. Мать кормила семью и отказывалась от медицинского обследования дочери, считая это бесполезным. Поведение девочки служило семье, недавно переехавшей в США из Пуэрто-Рико, метафорой неприятия американской культуры.

Терапевт приняла объяснение семьей причины припадков — глаз дьявола, более могущественная сила, чем американская медицина. Терапевт предписала матери нашить на нижнее белье членов семьи талисманы — красные ленточки, которые считаются самым надежным средством против глаза дьявола в Аргентине. Вскоре припадки прекратились, девочка начала посещать школу, отец устроился на работу, мать вернулась к своим домашним и супружеским обязанностям. Так было выиграно время, необходимое для успешной адаптации к новой культуре.

Трогательное описание семейной терапии депрессии у маленького ребенка с тяжелым пороком сердца приводит В. Бараль (2000).

При выписке из роддома двухмесячного ребенка детский кардиолог высказал удивление, что такой ребенок смог родиться живым, и предупредил родителей, что он не проживет и двух лет. Родители принесли синюшного, почти не дышащего младенца к психотерапевту и начали оплакивать его.

Терапевт наклонился над колыбелькой, чтобы ребенок мог видеть его лицо, и сказал ему: «Здравствуйте, Самюэль, я рад с вами познакомиться. Ваши родители только что сообщили о блестящей победе, которую вы одержали — вы родились. Вы появились с таким хрупким сердцем, что вам даже трудно дышать. Но вы родились живым, хотя доктор, который занимался вами с самого рождения, сказал, что с таким сердцем вы не сможете жить. Но вы решили жить и ваши родители в восхищении от вашей великой победы. Вы очень сильный и правильно делаете, что хотите жить. Вы увидите, что жизнь прекрасна! Только вот, родители очень встревожены тем, что сказал о вас доктор. Они так озабочены, что у них тоже заболело сердце: вам действительно не повезло, потому что не только вы родились с пороком сердца, но вы достались родителям, которые сами сердечники. И вот что я вам предлагаю, чтобы вам было легче и чтобы вы дышали медленнее:

я займусь вашими родителями и буду их лечить, разговаривая с ними. А в это время вы можете спокойно поспать...»

480

Самюэль стал лучше дышать, порозовел, а терапевт объяснил родителям, как важно разговаривать с ребенком подобным образом. Два часа, пока ребенок спокойно спал, терапевт фактически выполнял материнскую функцию по отношению к его родителям, давая им чувство базовой защищенности.

Полтора года родители не обращались к терапевту. За это время Самюэль научился ходить, однако в течение последних двух месяцев ослабел настолько, что падал даже сидя и не мог подняться. Он вновь посинел и часто дышал со стоном. Кардиологи предрекали ему близкую смерть и фактически отказывались от операции на сердце. Родители боялись оставить сына даже на минуту, и никто — ни близкие, ни друзья — не соглашались подменить их, опасаясь, что ребенок умрет. Смертельно уставшие родители признались, что желают смерти ребенка.

Терапевт, сильно рассердившись на врачей и родителей Самюэля, закричал на отца, глядя ему прямо в глаза: «В конце концов, господин, почему вам ни разу не пришлось в голову сказать вашему сыну: "Самюэль, сердечко мое, подойди ко мне?"» В это время мальчик, неподвижно распластавшийся на животе матери, сполз с ее колен, встал на ноги и подошел к терапевту. Он положил руки ему на колени и посмотрел в глаза, как будто предлагая поиграть.

Вскоре он уже играл со счастливыми родителями, покрасневший от всех переживаний и усилий. Когда все пришли в себя, терапевт объяснил родителям, что происходит: «Есть обширная коллективная семейная депрессия, в которую вы все трое впали. Ваш Самюэль обожает вас, и вы обожаете его, но вы постепенно утратили веру в то, что он будет жить, и в то, что он еще жив. Он понимает, что ставит перед вами неразрешимые проблемы в вашей обыденной жизни, но больше не знает, как вам помочь. Тогда он в свою очередь впадает в депрессию: он застрял в вашей депрессии вместе с вами, его родителями. И это выражается регрессией для его образа тела: бессознательно он хотел бы вернуться в ваш живот, в вашу матку, в те времена, когда вы еще могли бы мечтать о его жизни. Я уже объяснял все это при нашей первой встрече, когда Самюэлю было два месяца, но мне кажется, что вы оба, по-видимому, забыли об этом. Самюэль вспомнил это, но малышу слишком тяжело нести на своих плечах обоих родителей».

История закончилась благополучно. Отец прошел курс психоанализа, чтобы больше не отягощать сына своими проблемами, по воскресеньям они совершали с ним прогулки на велосипедах.

Самюэля хорошо подготовили к операции на сердце, порок был устранен.

31-5184

481

### *Литература*

*Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю. С.* Лечение детей с психосоматическими расстройствами. — СПб., 2002.

*Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю. С.* Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков. — СПб., 2002.

*Барам, В.* Психоанализ страданий младенцев // Журнал практического психолога. — 2000. — № 8 — 9.

*Бержере Ж.* Психоаналитическая патопсихология: Теория и клиника. - М., 2001.

*Бондаренко У. Сидр.* Головная боль у детей и подростков. — М., 1997.

- Буянов М. И. Основы психотерапии детей и подростков. — Киев, 1990.
- Гребень А. А. Страхи у детей — использование метода символдрамы // Символдрама: Сб. научных трудов / Под ред. Я. Л. Обухова и В. А. Поликарпова. - Минск, 2001. - С. 364-376.
- Захаров А. И. Неврозы у детей и психотерапия. — СПб., 2004.
- Елисеев Ю. Ю. (ред.) Психосоматические заболевания: Полный справочник. - М., 2003.
- Игумнов С. А. Клиническая психотерапия детей и подростков: Справочное пособие. — Минск, 1999.
- Исаев Д. Н. Психосоматические расстройства у детей: Руководство для врачей. - СПб., 2000.
- Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста. — М., 1979.
- Крейслер Л. Психосоматика и психопатология младенчества // Мать, дитя, клиницист: Новое в психоаналитической терапии. — М., 1994. - С. 112-145.
- Лангмейер Й., Матейчек З. Психическая депривация в детском возрасте. — Прага, 1984.
- Лукьянова Е. М. и др. Использование психотерапии в комплексном лечении хронических заболеваний пищеварительной системы у детей. — Киев, 1986.
- Маданес К. Стратегическая семейная терапия. — М., 1999.
- Миссуловин Л. Я. Заикание и его устранение. — СПб., 1997.
- Оудсхоорн Д. Н. Детская и подростковая психиатрия. — М., 1993.
- Ремшмидт Х. freg.j Психотерапия детей и подростков. — М., 2000.
- Сатир В. Психотерапия семьи. — СПб., 1999.
- Сельвини Палаццоли М. и др. Парадокс и контрпарадокс: Новая модель семьи, вовлеченной в шизофреническое взаимодействие. — М., 2002.
- Старшенбаум Г. В. Сексуальная и семейная психотерапия. — М., 2003.
- Шлиц Р. А. Первый год жизни. — М., 2000.
- Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В. Психология и психотерапия семьи. - СПб., 1999.

## СЛОВАРЬ ТЕРМИНОВ

- Аггравация** (лат. *aggravare* — усиливать тяжесть) — сознательное преувеличение симптомов (при симуляции изображают признаки болезни, при диссимуляции их скрывают).
- Аддикция** — стремление к уходу от реальности за счет развития и поддержания интенсивных эмоций, которые достигаются с помощью приема психоактивных веществ или чрезмерной фиксации на определенных видах деятельности.
- Алгия** (греч. *algos* — боль) — болевое ощущение как соматоформный симптом. Выделяют психалгию (например, депрессивную кардиалгию — «загрудинную тоску»), цефалгию — головную боль и др.
- Алекситимия** (греч. *lexis* — слово, *thymos* — чувство, настроение) — неспособность осознавать и описывать эмоции, проявлять эмпатию.
- Амбивалентность** — переживание одновременно двух антагонистических чувств.
- Анальная стадия** (лат. *anus* — задний проход) проходит со второго по третий год жизни, когда доминируют зоны заднего прохода и контроль над деятельностью кишечника начинает приносить удовольствие. Сочетается с аккуратностью, бережливостью и упрямством.
- Анамнез** (греч. воспоминание) — информация о больном и его окружении, развитии у него болезни и ее лечении.
- Ангедония** (греч. *hedone* — наслаждение) — неспособность испытывать чувственные удовольствия.

**Анозогнозия** (греч. nosos — болезнь, gnosis — знание) — отсутствие осознания болезни, связано с защитным отрицанием.

**Анорексия** (греч. orexis — аппетит) — снижение или отсутствие аппетита.

**Астазия-абазия** (греч. stasis — стояние, basis — шаг) — невозможность стоять и ходить без посторонней помощи при сохранении других движений в ногах.

**Астения** (греч. sthenos — сила) — бессилие, слабость, повышенная утомляемость. Сочетается с гиперестезией, вегетативной и эмоциональной лабильностью, расстройствами сна.

**Ассертивный тренинг** (англ. assertive — напористый) — тренинг уверенности.

31\*

483

**Аутогенная тренировка**, аутотренинг, АТ (греч. autos — сам, genos — происхождение) — самовнушение лечебных формул в бодрствующем состоянии сознания на фоне мышечной релаксации.

**Аффект** (лат.) — кратковременное бурная эмоционально-вегетативная реакция с ослаблением контроля над своим поведением.

**Аффективная лабильность** — быстро меняющиеся аффекты.

**Биологическая обратная связь** — осуществляется с помощью аппаратуры, озвучивающей или выводящий на дисплей текущие физиологические процессы пациента, на которые он влияет путем самовнушения.

**Ваготония** — преобладание парасимпатического отдела вегетативной нервной системы над симпатическим. Термин происходит от лат. vagus (блуждающий), по названию блуждающего нерва, иннервирующего внутренние органы.

**Вегетативные функции** (лат. vegetativus — растительный) — дыхание, кровообращение, пищеварение, выделение, обмен веществ, сон и размножение. Управляются автономной (вегетативной) нервной системой.

**Висцеральный** (лат. viscera — внутренности) — относящийся к внутренним органам.

**Гештальттерапия** (нем. Gestalt — целостная картина) направлена на осознание своих ощущений, чувств и движений с целью их интеграции и реализации своего «Я».

**Гиперестезия** (греч. hyper — сверх, aesthesis — ощущение) — обостренное восприятие обычных раздражителей. При психической гиперестезии повышена эмоциональная возбудимость, ранимость, истощаемость; обычные психические воздействия воспринимаются как травмирующие.

**Гиперфагия** (греч. phag — еда) — переедание, обжорство.

**Гипносуггестия** (лат. hypnos — сон, suggestio — внушение) — внушение в гипнозе, вызывание бессознательной установки за счет диссоциации с отключением сознательного контроля.

Происходит в состоянии сноподобного транса благодаря полному доверию к суггестору и/или приписывания ему магической силы.

**Диссоциация** (лат. разделение) — защита от внутреннего конфликта за счет утраты интегративной функции «Я». Используется как синоним конверсии, однако является более широким понятием, включающим также феномены истерически диссоциированного сознания (припадки, амнезии, фуги и др.)

**Дистимия** (греч. dys — нарушение, thymos — настроение, чувство) — хроническая депрессия непсихотического уровня (невротическая депрессия, по терминологии отечественных авторов).

484



**Дисфория** (греч. *phero* — переношу) — взрывоопасное состояние мрачной ожесточенности.

**Защиты психологические** — бессознательные механизмы психики, помогающие избегать тревоги и таким образом сохранять чувство собственной ценности перед лицом угрозы.

**Инсайт** — адекватное осознание вновь пережитой, ранее вытесненной психотравмы.

**Интернист** (лат. *internus* — внутренний) — врач по внутренним болезням.

**Интроекция** — замена отношений с внешним объектом отношениями с его представлением — интроектом. Благодаря интро-екции индивид тотально и безраздельно контролирует избранный объект в своем внутреннем мире.

**Ипохондрия** — подозрение, что обычные физиологические проявления или их незначительные расстройства свидетельствуют о серьезной болезни. Может преобладать чувственный компонент (сенесто-ипохондрический синдром) или идеаторный. Сверхценные ипохондрические идеи поддаются психологической коррекции, особенно при сочетании с нозофобиями, бредовые — нет.

**Когнитивный** (лат. *cognitus* — познавать) — познавательный. Когнитивная сфера включает понятия, интеллектуальные представления. Когнитивная психотерапия направлена на исправление неверных мыслей.

**Компульсия** (лат. *compello* — принуждаю) — навязчивое побуждение к действию, вопреки своему разуму, чувствам и воле. Подобная борьба мотивов свойственна, в частности, сверхценным увлечениям.

**Конверсия истерическая** (лат. *conversio* — изменение) — трансформация психического конфликта в псевдоневрологический симптом, имеющий символическое значение. Проявляется в виде анестезии, слепоты, глухоты, параличей, судорог и т. д.

**Контрперенос** — перенос на пациента чувств, испытываемых аналитиком к другому человеку.

**Контрфобия** (лат. *contra* — против, *phobos* — страх) — удовольствие от опасной деятельности. Невыносимый страх перед этой опасностью удается блокировать с помощью защитной эйфории от переживания своего бесстрашия.

**Личностный стиль типа А** характеризуется враждебностью, несдержанностью, нетерпеливостью, стремлением к противоборству и амбициозностью.

**Майевтика** (греч. повивальное искусство) — сократовский диалог, во время которого вопросы ставятся таким образом, чтобы па-

485

циент давал лишь положительные ответы и сам пришел к принятию суждения, которое в начале беседы не принимал или не понимал.

**МКБ-10** — Международная классификация болезней 10-го пересмотра, действующая в России классификация, в которой психические расстройства включают как нозологии (болезни), так и синдромы (комплексы симптомов).

**Навязчивости** — obsessions, фобии, а также влечения и действия, имеющие характер непроизвольности и непреодолимости.

**Нозофобия** (греч. *nosos* — болезнь, *phobos* — страх) — навязчивый страх заболеть определенной опасной болезнью (сердечной, инфекционной и т. д.). Может сочетаться с ипохондрией.

**Обсессии** (лат. *obsessio* — осада) — навязчивые мысли, представления, сомнения, воспоминания, имеющие характер непроизвольности и нежелательности.

**Оно** — часть психики, в которой сосредоточены инстинкты, влечения и импульсы.

**Оральная стадия** (лат. or — рот) — первая фаза психосексуального развития, когда эrogenная зона грудного ребенка сосредоточена вокруг рта. Связана с параноидно-шизоидной и депрессивной позицией.

**Параноидно-шизоидная позиция** — страх и недоверие младенца к материнской груди. Связана с врожденной завистью младенца к груди и необходимостью использовать ее для проекции собственного инстинкта смерти. Люди останавливаются на этой позиции, когда плохая мать интроецируется и образует ядро Супер-Эго.

**Паранойяльность** (греч. paranoia — безумие) — недоверчивость, подозрительность со склонностью к образованию сверхценных и бредовых идей преследования. Может проявляться как паранойяльная ипохондрия с судебным преследованием врачей.

**Парестезии** (греч. para — около, aisthesis — ощущение) — нарушения кожной чувствительности в форме ползания мурашек, покалывания, жжения или онемения при отсутствии органических причин.

**Патогенез** (греч. pathos — страдание, genesis — происхождение) — научные представления о механизмах болезни.

**Парасимпатическая нервная система** (греч. para — рядом, sympathia — сострадание, расположение) — часть вегетативной нервной системы. Обеспечивает расслабление, сон, усвоение пищи. При ее преобладании над симпатической частью нервной системы развивается ваготония.

**Перенос** — перемещение чувств, испытываемых к значимой фигуре, на другого человека и их отреагирование.

486

**Переходные объекты** — предметы или деятельность, которые символизируют для ребенка отсутствующую мать, пока он еще не способен интроецировать материнскую фигуру и быть себе «хорошей матерью».

**Перфекционизм** (лат. perfectum — совершенное) — сверхценное влечение к совершенству.

**Поведенческая психотерапия** направлена на улучшение социального взаимодействия путем тренинга недостающих навыков, а также приучения переносить пугающие воздействия. Обычно применяется в сочетании с когнитивными методами.

**Пограничное расстройство личности** отличается нестабильностью аффекта, отношений и самооценки. Характерная защита — расщепление. Раньше к пограничным состояниям относили неврозы, реактивные состояния и психопатии. Зарубежные авторы называют психопатией антисоциальное расстройство личности.

**Преморбид** (лат. praе — перед, morbus — болезнь) — период до болезни.

**Продром** (греч.) — предвестник, начало болезни.

**Психодинамика** учитывает взаимодействие побудительных сил личности, таких, как желания, внутренние конфликты, беспокойство и защиты.

**Психоорганический синдром** включает эмоциональную лабильность, неустойчивость аффектов, слабодушие, расстройство внимания, нарушение запоминания, ослабление способности умственного напряжения, снижение интеллектуальной активности, сужение круга интересов.

**Раптус** (лат. захватывать, резко двигаться) — неистовое возбуждение с витальной тревогой, растерянностью, предчувствием надвигающейся катастрофы, отчаянием, суицидальными попытками.

**Расщепление** (сплиттинг, англ.) — неспособность соединять хорошие и плохие качества в

целостный образ; при этом один и тот же объект то идеализируют, *то* обесценивают и ненавидят.

**Релаксация** (лат. расслабление) применяется в аутотренинге и методе Джекобсона с учетом того, что мышечное расслабление несовместимо с тревожными расстройствами.

**Ремиссия** (лат.) — временная остановка или ослабление болезненного процесса.

**Рефрейминг** (англ. переформирование) — метод НЛП, основанный на использовании определенного контекста (обрамления) для изменения отношения человека к содержанию сообщения («Все хорошо, прекрасная маркиза...»).

487

**Ригидный** (лат. rigidus — жесткий) — тугоподвижный.

**Сенестопатии** (лат. sensus — ощущение, греч. pathos — страдание) — необычные мучительные ощущения неопределенной локализации без объективно определяемых причин.

**Сенситивность** — тонкая чувствительность в сочетании с пониженной самооценкой, обостренной рефлексией и неуверенностью в себе. Некоторыми психологами употребляется как синоним эмпатии.

**Сверхценное увлечение** — навязчиво доминирующее в сознании отношение к объекту или виду деятельности, проявляющееся в компульсивном поведении.

**Симпатикотония** (греч. sympatheia — сострадание, расположение) — преобладание симпатического отдела вегетативной нервной системы над парасимпатическим.

**Симпатическая нервная система** обеспечивает мобилизацию организма, ее перевес при депрессии проявляется как триада Протопопова: учащение пульса, расширение зрачков и склонность к запорам.

**Систематическая десенситизация** (лат. sensitivus — чувствительный) — метод поведенческой терапии, использующий тренинг релаксации и составление иерархии страхов для постепенного избавления от них.

**Слабодушие** — неспособность сдерживать внешние проявления эмоциональных реакций, например, сентиментальная слезливость.

**Соматический** (греч. soma — тело) — телесный, в противоположность психическому.

**Соматоформный** — сходный с проявлениями соматической патологии, которая исключается при обследовании.

**Страх** — острая физиологическая и эмоциональная реакция на непосредственную угрозу благополучию человека.

**Субдепрессия** — непсихотическая, малая депрессия, без бреда и галлюцинаций.

**Субфебрилитет** (лат. febris — лихорадка) — повышение температуры тела до 38 градусов.

**Супер-Эго** — внутренний судья, часть психики, в которой находятся инфантильные интроекты, требующие подражания идеалам и угрожающие наказанием за их предательство.

**Тахикардия** (греч. tachys — скорый, kardia — сердце) — учащение сокращений сердца.

**Транквилизатор** (лат. tranquillo — успокаиваю) — синтетическое средство против тревоги.

488

**Транс** (лат. за, через) — диссоциированное состояние с утратой аутоидентичности и сужением сознания на объекте, который определяет поведение при наведенном трансе.

**Трансфер** (лат. fer — носить) — см. *перенос*.

**Тревога** — эмоциональное и физиологическое состояние в ожидании неопределенной опасности.

**Триангуляция** (лат. triangulum — треугольник) легко возникает у недифференцированных личностей, которые при возникновении конфликта пытаются привлечь третье лицо (например, врача) для поддержки или разрядки напряжения. Третьим объектом может быть и какая-то аддиктивная деятельность, например, ипохондрия здоровья.

**Фаллическая стадия** (греч. phallos — половой член в эрекции) — перемещение доминирующей эрогенной зоны с ануса на гениталии в 3 — 4 года.

**Фобия** (греч. phobos — страх) — необоснованный страх перед определенными объектами, ситуациями или действиями, воспринимаемый как чуждый личности. Обычно сопровождается вегетативными проявлениями. Может сочетаться с Obsessиями.

**Фрустрация** — психологическое напряжение, переживаемое при вынужденном отказе от удовлетворения значимой потребности, крушении надежд (обида, разочарование и т. п.).

**ХИБС** — хроническая ишемическая болезнь сердца, коронарная болезнь, стенокардия. Во время приступов из-за сужения просвета коронарных сосудов ухудшается кровоснабжение миокарда, что сопровождается болью за грудиной, часто отдающей в левую руку.

**Цианоз** (греч. kianos — лазурный) — синюшность кожи и слизистых, зависящая от застоя венозной крови или перенасыщения крови углекислотой. Акроцианоз (греч. akros — крайний) — синюшность кистей и стоп.

**Эго** (лат.) — Я, психическая инстанция, примиряющая Супер-Эго и Оно, требования реальности и собственные потребности ин-дивида.

**Эдипов конфликт** связан с мифологическим персонажем — царем Эдипом, который убил своего отца и женился на собственной матери. Женский эквивалент — комплекс Электры. Конфликт развивается в фаллической стадии и включает желание обладать родителем противоположного пола и победить соперничающего родителя своего пола.

**Эйфория** (греч. ей — хорошо, rhero — переносу) — неадекватно благодушное настроение.

489

**Экзистенциальная терапия** побуждает человека взять на себя ответственность за свою жизнь и наполнить ее большим смыслом и ценностями.

**Эндогенный** (греч. endon — внутри, genes — порождающий) — внутреннего происхождения (например, эндогенная депрессия в отличие от реактивной, спровоцированной психотравмой).

**Эмоция** — психофизическая, целостная реакция личности на вызывающее событие.

**Эмоциональная лабильность** — разнообразные поверхностные, легко изменчивые и неконтролируемые эмоциональные проявления.

**Эмпатия** — понимание внутренних «координат» другого, сопереживание.

**Эндокринная система** — система желез внутренней секреции, участвующая в регуляции физиологических функций.

**Этиология** (греч. aitia — причина, logos — учение) — представление о причине заболевания.

**Ятрогения** (греч. iatros — врач, genes — порождающий) — психогенное расстройство, ненамеренно спровоцированное поведением врача, терапией. Возникает обычно у мнительных женщин, лиц переходного и пожилого возраста из-за неосторожного высказывания медработника.

**СЕРИЯ: ЗОЛОТОЙ ФОНД ПСИХОТЕРАПИИ**  
**ГЕННАДИЙ ВЛАДИМИРОВИЧ СТАРШЕНБАУМ**

**ПСИХОСОМАТИКА И ПСИХОТЕРАПИЯ: Исцеление души и тела**

Редактор *Тепикина И.*

Дизайнер переплета *Зотова Н.*

Компьютерная верстка: Алина Г.

Корректор *Чаркова Н.*

Сдано в набор 10.02.2005. Подписано в печать 10.06.2005. Формат 60х90/16. Бумага газетная.

Печать офсетная. Печ. л. 31. Тираж 4000. Заказ № 5184.

ООО «ПСИХОТЕРАПИЯ»:

129337, Москва, ул. Красная сосна, д. 24. Тел./факс: (095) 188-1932, 247-8572 E-mail: [dkglena@rol.ru](mailto:dkglena@rol.ru)

ОТДЕЛ ОПТОВЫХ ПРОДАЖ: (901) 712-3381, (095) 247-8572

<http://Woptbook.narod.ru>

Отпечатано в полном соответствии

с качеством предоставленных диапозитивов

на ФГУП ордена «Знак Почета»

Смоленская областная типография им. Смирнова.

214000, Смоленск, пр-т им. Ю. Гагарина, 2.