

О ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ПОВЕДЕНИИ С СОМАТИЧЕСКИМИ ПАЦИЕНТАМИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИХ ХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ (ОПЫТ РАБОТЫ ТЕРАПЕВТА)

Н.П.ГРУШЕВСКИЙ*

В статье делается попытка выявить связь характера и телосложения с предрасположенностью к психосоматическим заболеваниям.

Описывается тактика поведения врача, сбора анамнеза заболевания и минимальная психотерапевтическая помощь в зависимости от личности пациента.

На примерах показано, что любому врачу помимо знаний клиники соматических заболеваний необходимы знания и навыки клинической психотерапии, что поможет врачу эффективнее лечить каждого конкретного больного.

Развитие медицины как науки вряд ли можно представить без двух противоположных и взаимосвязанных действий: дифференциации и интеграции.

Собственно, и сам процесс постановки диагноза невозможен без них.

В наши дни огромный объем знаний, необходимый для оказания качественной медицинской помощи, поневоле заставляет становиться «узким специалистом»: кардиологом, гастроэнтерологом, нефрологом и т.д. Однако еще в Древней Греции лучшие врачи говорили о

* *Грушевский Николай Петрович* – заведующий I кардиологическим отделением городской клинической больницы № 19. Врач высшей категории.

необходимости понимания связи психических и соматических компонентов болезни, о необходимости рассматривать организм больного человека как единое целое, не выделяя «врачей тела и врачей души», а также подчеркивали необходимость индивидуального лечения каждого конкретного больного.

На протяжении многих последующих столетий эти мысли находили свое отражение в работах многих видных клиницистов.

В России этому отвечает сформулированный в 1820г. знаменитый принцип М.Я.Мудрова: лечить не болезнь, а больного, и доведенный «до высоты искусства» метод расспроса Г.А.Захарьина, а также многие труды их учеников и последователей.

Развитие медицины способствовало выявлению и сближению проблем психики и проблем соматики. Многочисленные клинические наблюдения и эксперименты подтверждали влияние психики на соматику и соматики на психику. Появились сообщения о возможности изменений функций ряда органов, изменений состава крови и мочи в состоянии гипноза (*Moos, Marx H., Glasser*), возникла новая методология – клинко-функциональная патология (*Г.Бергман*).

Однако не каждого человека удавалось ввести в гипнотическое состояние, не у каждого путем внушения – вызвать изменения состава крови, и, естественно, не у всех после психической травмы развились психические или соматические заболевания. Видимо, это и послужило следующей дифференциации: поиску типов людей, которым свойственны специфическая восприимчивость к раздражителям или определенным болезням.

В конце XIX – начале XX вв. вновь проявляется большой интерес к гиппократовскому учению о конституциях. Появляется огромное количество разнообразных классификаций, основанных на особенностях телосложения, деятельности эндокринных органов, функций симпатической и парасимпатической нервной системы и т.д.

В 1921г. выходит книга Э.Кречмера «Строение тела и характер», где воедино связывается «тело» и «душа», устанавливаются связи между различными типами телосложения, личностным складом и некоторыми психическими заболеваниями.

Клиническое мышление и большая наблюдательность автора позволили ему красочно описать «психофизические связи».

В нашей стране почти одновременно издаются книги П.Б.Ганнушкина «Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика» (1933г.) и Р.А.Лурии «Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания» (1935г.).

В монографии П.Б.Ганнушкина прекрасно описаны как здоровые, так и патологические характеры. Наряду с психическими особенностями автор описывает и ряд соматических расстройств, присущих той или иной группе.

Работа Р.А.Лурии в какой-то мере подытоживает учение о влиянии эмоционального фактора в патогенезе, течении и лечении многих заболеваний.

Р.А.Лурия считал, что заболевание складывается из внешней картины болезни (внешний вид больного и все то, что удастся получить врачу доступными для него методами исследования) и внутренней картины болезни (все то, что испытывает и переживает больной).

Внутренняя картина подразделяется на сензитивную («...субъективные ощущения, исходящие от конкретного местного заболевания или патологического изменения общего состояния больного») и интеллектуальную части («надстройку», созданную самим больным путем размышления о своей болезни, своем самочувствии и состоянии) (Гольдшейдер).

Детальное изучение структуры внутренней картины болезни, соотношение ее сензитивной и интеллектуальной частей в ряде случаев позволяет выявить первые симптомы болезни в преморбидном периоде, на границе между здоровьем и болезнью, что «требует активного вмешательства врача, чтобы ему не стать свидетелем уже необратимого органического заболевания у своего больного».

Подчеркивая огромное влияние личности больного на происхождение целого ряда заболеваний как соматических, так и иатрогенных, Р.А.Лурия не смог «подробно останавливаться на исключительной важности вопроса о характере больного человека, что должно составить предмет отдельного коллективного труда психолога и клинициста».

В наши дни значительно возросло число психосоматических больных. Огромное многообразие психосоматических расстройств, приведенных в монографии В.Д.Тополянского и М.В.Струковской (1981г.) еще раз подчеркивает, что на современном этапе врачу-интернисту в своей практической работе невозможно обойтись без знаний «малой» психиатрии, без знаний основных психотерапевтических приемов.

Одновременно вряд ли может угаснуть тяга к обобщению богатого клинического материала, к построению конституций, учитывающих характер человека, его телосложение, склонность к определенным болезням с особенностями течения (психосоматика, в широком смысле этого термина). Возможно, новые исследования в этой области позволят выявить предрасположенность «характеров-конституций» к

определенным болезням в определенные возрастные периоды, индивидуальные особенности фармакодинамики лекарственных препаратов у них и тем самым осуществить индивидуальную профилактику и индивидуальное лечение.

Врачу-интернисту довольно трудно провести дифференциальный диагноз между психопатом и акцентуированной личностью. И этим,

видимо, должны заниматься врачи-психиатры. Но «каждому психопатическому варианту соответствует здоровый характерологический вариант с подобным душевным рисунком», и врачу-интернисту для своей практической деятельности необходимо ориентировочно оценивать характер своего пациента (определить склад личности), поскольку от этого зависит и правильная постановка диагноза, и правильный эмоциональный контакт с больным, и предупреждение иатрогенного заболевания.

Для удобства изложения материала описываемые ниже группы будут включать в себя как здоровых акцентуированных людей, так и психопатов. Это сделано для того, чтобы еще сильнее подчеркнуть склад личности больного, описать своеобразие клинических проявлений ряда заболеваний, особенность их течения и попытаться выявить определенную предрасположенность к психосоматическим реакциям и болезням.

Так как проблемами соответствия телосложения и психики (характера) в основном занимались психиатры, то типы телосложения, описанные ниже, заимствованы у Э.Кречмера, М.О.Гуревича.

Психастенические психопаты и акцентуанты

В силу особого душевного склада психастеников с преобладанием таких свойств характера, как доброта, застенчивость, стеснительность, робость, нерешительность, проникнутых болезненным самоанализом, они довольно редко обращаются к врачу, предпочитая переносить обычные простудные заболевания, мелкие травмы или легкие недомогания в кругу знакомых людей.

Обращения в медицинские учреждения, как правило, связаны с декомпенсацией психастенической психопатии в юношеском или инволюционном периоде. Сильная или длительная психотравмирующая ситуация, слабый «эмоциональный фон», «плохая» вегетатика способствуют развитию психосоматических расстройств, проявляющихся в тошноте, головокружении, бессоннице, астенизации и истощающих болезненных сомнениях по поводу появления «страшной», неизлечимой патологии.

Особенно страшны (тяжелы) для них новые, необъяснимые ощущения, проявившиеся внезапно. Так, например, астенизированный длительной учебной студент ощущает головокружение или «полуобморочные» состояния в душной аудитории. Страх выглядеть беспомощным, показать свою неполноценность заставляет избегать подобных ситуаций.

Тревога по поводу своего здоровья толкает его к изучению медицинской литературы. Вычитанные возможные варианты «обрастают» вегетативными расстройствами. Ясно видя свое отличие от других, усугубляя «свою неполноценность» едким самоанализом, измучив

близких ему людей душеизлиянием и неразрешимыми вопросами и, наконец, поняв, что самому не выбраться из данной ситуации, он является в полном унынии к врачу и шепотом заявляет, что у него тяжелая психическая болезнь.

Или появившееся увеличение подчелюстных узлов после простудного заболевания и имеющиеся сведения о возможности увеличения этих узлов при остром лейкозе и раковом заболевании заставляют психастенического человека ежедневно и помногу раз ощупывать эти лимфоузлы и терзаться предстоящими страшными страданиями, а порой в мыслях подыскивать себе место на кладбище.

Сам внешний вид таких пациентов: астено-диспластическое телосложение и неуклюже-застенчивое появление в кабинете врача – уже позволяет судить об их характере.

Внутренняя картина болезни, особенно ее интеллектуальная часть, также ярка и своеобразна. Больной рассказывает все: он пришел на исповедь, к врачу. Порой, не ожидая даже помощи от врача, поскольку «помочь все равно невозможно», психастенический человек ждет ясности, пусть ужасной, но определенности. Так он устал от своих сомнений.

Тут особенно важен контакт в первые минуты. Необходимо спокойно выслушать больного. Ему вначале не стоит говорить: «Все, что вы думаете о вашей болезни – это ерунда», – т.к. психастенический человек может замкнуться в себе, разочароваться в медицине. А оставшиеся неразрешимые сомнения будут причиной появления новых вегетативных расстройств.

Разъяснительная психотерапия, позволяющая показать пациенту необоснованность его страхов и сомнений, а также знакомство пациента с особенностями его характера (склонность к сомнениям, опасениям, ипохондрии и т.д.) помогают значительно лучше седативных средств.

Интересен тот факт, что часто «заболевая» от необъяснимых самому себе ощущений, появившихся в организме, психастеник способен стоически перенести большую операцию из-за травмы, спокойно, без стонов лежать после тяжелой контузии, переносить удаление зубов без анестезии, выдерживать радикулярные или другие боли без анальгетиков, т.к. тут понятна и объяснима самому себе ситуация.

В инволюционном периоде психастеническая вегетативная «разболтанность» исчезает, и пациенты чаще всего обращаются к врачу по поводу «болезненных сомнений»: не являются ли боли в левой половине туловища проявлением инфаркта миокарда, а то сослуживец или сосед страдал такими болями и внезапно умер; и не может ли быть усиление запоров началом рака толстой кишки?

И опять же, основное страдание психастенического пациента развертывается и раскрывается в интеллектуальной части внутренней картины заболевания, подкрепляясь вегетативно и проявляясь в ипохондрическом состоянии.

Естественно, что помимо разъяснительной беседы в данном случае необходимо и дополнительное обследование.

Как правило, тяжелыми соматическими заболеваниями психастеники страдают редко, и доживают они до глубокой старости. Незначительное повышение артериального давления или признаки развития ишемической болезни сердца иногда появляются у них на 7-8 десятилетия жизни. Многие из них почти всю жизнь страдают дискенизией толстой кишки, особенно по спастическому типу, остеохондрозом с корешковым синдромом, а в молодые годы – вегетативно-сосудистой дистонией.

В течение своей жизни психастенические люди, и особенно психастенические психопаты, нуждаются в психотерапевтической помощи, либо в дружеской беседе с врачом, который помог бы объяснить им те или иные свойственные им вегетативные расстройства (покраснение лица при волнении, потливость, сердцебиение и т.д.) и свойственный им болезненный самоанализ.

Медикаментозная терапия подобных расстройств, как правило, неэффективна, т.к. снимает внутреннее напряжение лишь на небольшой промежуток времени.

Астенические психопаты и акцентуанты

В душевном складе астеников и астенических психопатов много родственных черт с психастениками. Однако в отличие от психастеников у них преобладает впечатлительность и отсутствует самоанализ. Вместо него отмечается мнительность и тревожность на фоне постоянного конфликта между ранимым самолюбием и преувеличенным ощущением собственной малоценности или неполноценности.

Яркая впечатлительность и лабильная вегетатика как бы расширяют набор психосоматических расстройств у этих лиц.

Внутренняя картина болезни нередко ярка и специфична. Сензитивная и интеллектуальная части как бы уравновешены. Имеются четкие субъективные ощущения, возникающие в каком-либо органе или системе органов и размышления больного о своем самочувствии и состоянии, но уже без логических построений и выводов на фоне самоанализа, как у психастеника, а созданные на базе мнительности и впечатлительности. Поскольку «ипохондрическая реакция, основанная на мнительности, – психологический момент преимущественно эмоционального характера, а потому нестойкий, и, как росток без корней, довольно легко изгоняется ободрением, внушением» (Бурно М.Е., 1976), то и разговор врача с человеком астенического склада может протекать гораздо проще, чем с психастеником. Порой достаточно сказать, что это бывает у каждого второго, и ипохондрическая реакция у астеника заканчивается.

Однако ряд лиц этого характера обладает подозрительностью, что заставляет иногда обращаться к другому врачу, перепроверяя первого. В

случае несоответствия диагнозов ипохондрическая реакция астеника усиливается и может возникнуть иатрогенное заболевание.

Видимо, легко и часто включающаяся у них душевная напряженность сказывается на внешнем виде астеника. По сравнению со своим сверстником-психастеником он выглядит старше. Тип сложения лептосомный, или астено-диспластический.

Гораздо чаще и раньше психастеников заболевают они ишемической болезнью сердца. Чаще страдают артериальной гипертензией, язвенной болезнью, атеросклеротическим поражением сосудов.

Так же, как и психастеники, они страдают спастической дискинезией толстой кишки, остеохондрозом позвоночника с корешковым синдромом.

Прием транквилизаторов или антидепрессантов в зависимости от преобладания той или иной симптоматики зачастую надолго улучшает их душевное и соматическое состояние.

Неврастенические психопаты и акцентуанты

Еще большая широта и острота психосоматических расстройств встречается у людей с невротическим характером и у неврастенических психопатов.

Группу этих больных объединяет «раздражительная слабость, проникнутая вегетативными расстройствами».

Именно у лиц этой группы чаще, чем у астеников и психастеников, встречаются головные боли, бессонница, головокружения, легкая укачиваемость в транспорте, всевозможные кардиалгии, сердцебиения, нарушения ритма сердца, чувство нехватки воздуха, разнообразные боли в животе, отрыжка, метеоризм, чередование поносов и запоров, цисталгия, дизурия, онемение конечностей, парестезии, артралгии и т.д.

Лица этой группы с преобладанием раздражительности помимо особенностей своего поведения обладают и своеобразным внешним видом: телосложение лептосомное или астеническое, напряженный взгляд, блеск глаз, иногда слезливость, небольшой тремор век и пальцев рук, худоба. Все это, наряду со склонностью к тахикардии, является причиной направления этих пациентов на многократное сканирование и исследование функции щитовидной железы, определение гормонов щитовидной железы и крови и т.д. Однако выявить патологию со стороны щитовидной железы не удастся. Это, как правило, женщины, и выглядят они значительно моложе своих лет.

Артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца и атеросклеротические поражения сосудов головного мозга если развиваются, то только в пожилом возрасте: 7-8 десятилетий жизни. Соответствующая медикаментозная терапия хорошо помогает им.

У людей с преобладанием слабости также отмечается своеобразный внешний вид: телосложение астеническое, отмечается сутуловатость, плохое развитие мышц, отсутствие их тонуса, походка тихая, как бы

неустойчивая, речь также тихая, вялая; даже при необходимости громко крикнуть им это сделать трудно.

Часто уставая от большого объема работы, они «стимулируют» себя частыми приемами кофе, порой вызывая этим у себя сильное сердцебиение.

Внутренняя картина невротических лиц, ее сензитивная часть содержит образные сравнения; голова болит, как бы «стянутая железным обручем или тисками», боли в животе «как будто туда налили кипятка» и т.д.

Интеллектуальная часть меньше, чем у астеников и психастеников и, как правило, не содержит драмы, характерной для психастеников.

Однако, как у всех представителей астенической группы, обе составные части внутренней картины неразрывно связаны между собой логически. Такая же зависимость отмечается и между внешней и внутренней картинами заболевания.

У неврастеников и неврастенических психопатов значительно чаще, чем у астеников и психастеников, встречаются язвенная болезнь, хронические гастриты, колиты и бронхиальная астма. Соответствующая медикаментозная терапия хорошо им помогает.

Психотерапевтическое лечение пациента в основном сводится к его успокоению. Таких людей достаточно немного успокоить или подбодрить, чтобы надолго снять у них душевное напряжение.

Давно подмечено, что неврастеническому психопату не стоит лечиться самостоятельно. «Если настойки корня валерианы и пустырника сравнительно безопасны», то прием седативных и снотворных часто вызывает лекарственную зависимость, и «не так уж редко делает неврастенического психопата еще и токсикоманом» (Бурно М.Е., 1976).

Психотерапевтическая помощь лицам астенической группы подробно излагается в работах С.И.Консторума (1962) и М.Е.Бурно (1976).

Истерические психопаты и акцентуанты

Пожалуй, самый широкий диапазон психосоматических расстройств и заболеваний встречается у лиц истерического характера и у истерических психопатов: от истерических головных болей до стойких параличей, от кома в горле и чувства нехватки воздуха до тяжелого астматического статуса, от «спастических» болей в животе до тяжелых поносов со слизью или рвоты с примесью крови, от сердцебиений до сложных нарушений ритма сердца, нередко исчезающих после разрешения психотравмирующей ситуации.

Примеры истерических расстройств, симулировавших определенные соматические заболевания и вызывавших большие диагностические трудности, подробно и во множестве приведены и в учебниках, и в руководствах. Такие расстройства заставляют врачей проводить довольно

небезопасные инструментальные обследования, что само по себе очень рискованно.

Очень сложно лечить истерического психопата особенно тогда, когда у больного появляется установка на какую-либо выгоду от болезни.

Люди этого характера имеют грацильное телосложение: миниатюрность, изящество, нежность членов, детскую живость, пластичность движений (Гуревич М.О.).

Красочная образность мышления, склонность к ярким фантазиям с верой в нафантазированное, а также стремление находиться в центре внимания порой создают огромные трудности для правильной постановки диагноза. Истерический пациент может часами рассказывать о своих «тяжелых» заболеваниях, подкрепляя повествование своими встречами с «хорошими» и «плохими» врачами, знаменитыми профессорами и вообще знаменитыми людьми. Картина заболевания, в зависимости от настроения и желания произвести впечатление на врача или соседей по палате, может меняться в течение нескольких минут.

Интеллектуальная часть внутренней картины болезни тут же подкрепляется субъективными отношениями, почти всегда яркими и специфичными (демонстративными). Однако в целом внутренняя картина заболевания всегда соответствует характеру пациента. В рассказе больного много наигранного, «театрального», и порой приходится ему «подыгрывать», переключая его внимание на более важные симптомы заболевания. Обрывать такое повествование не нужно, так как больной может замкнуться или озлобиться, и дальнейший контакт с ним будет затруднен. Можно просто похвалить его за красочное описание какого-либо важного симптома и тем самым ввести разговор в нужное русло.

Особенно трудно лечить и соматические, и психосоматические расстройства истерических психопатов, когда заболевание разворачивается на фоне гипертрофированного эгоцентризма, злобы, лицемерия, склонности к интригам и душевной холодности пациента. Не чувствуя теплоты врача или не желая ее принять, такой психопат будет собирать различные мнения и суждения врачей, лаборантов, медицинских сестер, соседей по палате, разводя интриги, становясь «героем дня» или «мучеником», обличая окружающих, переполняясь злостью и тем самым невольно утяжеляя течение своего заболевания.

Без должного контакта и психотерапевтического воздействия лечить истерических пациентов невозможно. Порой «нерубцующиеся» язвы желудка, двенадцатиперстной кишки, тяжелые приступы удушья проходят только тогда, когда удастся «влезть в душу» больного, помочь ему разрешить мучающую его психотравмирующую ситуацию, смягчить его внутреннюю напряженность, озлобленность и т.д.

Долго и терпеливо приходится их убеждать в необходимости приема лекарств, объяснять, что новое «модное» лекарство ничем не лучше

старого испытанного, при этом почти всегда мягко «подыгрывая» пациенту, не задевая его самолюбия.

Циклоидные психопаты и акцентуанты

«Солнечная гармоничность характера, живое мышление», доброжелательность, простота и доступность, склонность к компромиссам и юмору позволяют быстро и легко понять страдания такого человека, даже если он находится в приподнятом или упадническом настроении.

Работа Э.Кречмера накрепко связала этот характер с пикническим телосложением.

Циклоиды и сангвиники не склонны длительно «копаться в душе» и в подробностях анализировать свое душевное состояние. Видимо, поэтому интеллектуальная часть внутренней картины их заболевания проста, не запутанна и быстро доступна; а сензитивная – как «по учебнику» – отражает основное страдание. Диагностических затруднений тут немного.

Психотерапевтическое воздействие на людей подобного склада не должно включать в себя подробного и логического объяснения (с привлечением данных по физиологии и патологии человека), тех или иных психосоматических расстройств, т.к. это может просто запутать циклоида и усугубить его состояние (М.Е.Бурно). Достаточно просто отвергнуть необоснованные опасения и ободрить человека.

Люди подобного склада в основном подвержены артериальной гипертензии, ожирению и развитию сахарного диабета в пожилом возрасте.

Хотя артериальная гипертензия и протекает с высокими цифрами давления, но переносится хорошо и, если не присоединяется сахарный диабет, то течет долго с частыми ремиссиями, не осложняется нарушением мозгового кровообращения или инфарктом миокарда.

Шизоидные психопаты и акцентуанты

Хотя эта характерологическая группа довольно широка, разнообразна, но определенные личностные особенности в той или иной степени прослеживаются у всех людей шизоидной конституции.

Аутистическая оторванность от реальной жизни, малообщительность, абстрактность и схематичность мышления, склонность к формальным, не проверенным практикой построениям и схемам, наряду с определенной эмоциональной холодностью зачастую создают большие трудности в диагностике соматического заболевания у таких пациентов.

Они обычно не излагают свои жалобы в порядке их появления, а «выдают» готовую схему болезни: набор симптомов и свои логические построения по поводу каждого из них. Причинно-следственные связи в этой схеме порой не выдерживают никакой критики.

Сензитивная и интеллектуальная части внутренней картины заболевания, составляя единую схему, настолько тесно переплетены одна с другой, что их невозможно разделить.

Те симптомы (жалобы), которые не укладываются в «готовую схему», просто выбрасываются или забываются.

Порой можно долго и внимательно выслушивать шизоидного больного без всякой пользы для него и для постановки правильного диагноза, и только после повторных прямых вопросов удастся выявить симптомы заболевания, которые были забыты, так как не подходили «к готовой схеме болезни».

Так, например, больной инфарктом миокарда, подтвержденным ЭКГ, лабораторными данными, категорически заявляет, что «у него здоровое сердце», а резкая слабость, одышка и обморок, по поводу которого он доставлен в блок интенсивной терапии, связаны с простудой, «вот и температура повышена». И только терпеливые прямые вопросы о болях позволяют узнать, что, действительно, за день-два до госпитализации были длительные боли в предплечьях и немного за грудиной. Подобные, но не сильные боли бывали и раньше при быстрой ходьбе, «но все проходило». И вообще, «какая может быть связь между руками и сердцем?»

Пожалуй, самое большое число атипичных клинических вариантов различных заболеваний «поставляется» людьми шизоидного характера.

Много труда и терпения требуется от врача, чтобы убедить подобных людей в необходимости приема лекарств. В противном случае медикаменты могут скапливаться либо в прикроватной тумбочке, либо под подушкой, а страдающий частыми ангиозными приступами, одышкой и отеками ног больной в кругу близких ему лиц скажет: «Если б я все это выпил – давно бы умер».

Без длительных, повторных разъяснительных психотерапевтических бесед лечение подобных больных невозможно.

Хочется выделить определенную группу лиц шизоидной конституции. Они, как правило, выглядят значительно старше своих сверстников иного характера. У них часто отмечается особая порывистость, «угловатость движений, отсутствие плавных и постепенных переходов между ними», часто их моторика манерна и вычурна. Наряду с основными свойствами шизоидного характера, у них отмечается постоянное внутреннее напряжение, раздражительность. Довольно часто и в молодом возрасте они страдают ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией.

По-видимому, лица шизоидного характера чаще других заболевают ишемической болезнью сердца, но течение ее довольно вариабельно: от инфарктов миокарда в молодом возрасте (в описанной выше группе) до длительно и сравнительно благоприятно протекающей стенокардии напряжения (у мягких мечтательных шизоидов).

Телосложение лиц этой группы чаще лептосомное.

Особую группу составляют лица, как правило, молодого возраста, страдающие вялотекущей формой шизофрении с ипохондрическими проявлениями. Подобные больные часто, долго и безуспешно лечатся у терапевтов, невропатологов, урологов. Объясняется это тем, что больные предъявляют «соматические жалобы, не обнаруживая заметных грубых расстройств психики, но обнаруживают объективно регистрируемые сдвиги в работе внутренних органов» (М.Е.Бурно и др., 1975).

Ряд авторов отмечает «острый внезапный дебют болезненных ощущений и неразрывно связанный с ним резкий аффект страха. Сложность этих состояний усиливается бурными вегетативными нарушениями, из-за которых трудно отличить сенестопатию или телесную иллюзию от вегетативного ощущения» (С.И.Консторум, Э.Г.Окунева, С.Ю.Барзак, 1935).

Однако при подробном расспросе всегда удается выявить вычурность, необычность этих ощущений (сенестопатий): болит мышца сердца, «будто в одном месте растворяется», болит, «как бы с трудом пропихивая тромб по суженным коронарным артериям»; трудно дышать, «будто из воздуха выкачали кислород», «будто воздух проходит в легкие через марлю или вату»; «чувствую, как переваривается пища в желудке, с трудом и болью выталкивается в кишечник»; «как натруженно болит мочевого пузыря, с трудом пропихивающий через воспаленную предстательную железу кислую мочу» и т.д.

Помимо вычурности жалоб, у подобных пациентов в начале заболевания постоянно ощущается своеобразное чувство страха и тревоги, но не по поводу возможных тяжелых осложнений со стороны больного органа, а отдельно; интеллектуальная картина заболевания крайне бедна.

Любого психопата путем разъяснительной психотерапии хоть на время удастся избавить от чувства страха, тревоги, тоски; но больной шизофренией, как правило, ни на минуту не расстается с этим чувством («кровно связаны с симптомом», С.И.Консторум и др., 1935).

«Если в прошлом больной – алкоголик, то заболевая вяло-протекающей формой шизофрении, он удивительно легко для алкоголика отказывается от спиртного из-за этих симптомов».

На фоне постоянного чувства страха и тревоги у больных вялопротекающей формой шизофрении часто отмечаются тахикардия (более 120 ударов сердца в минуту), повышения артериального давления до 200/120; гипотензивные препараты даже при длительном применении часто не нормализуют артериальное давление (М.Е.Бурно и др., 1975).

При прогрессировании заболевания все больше отмечается эмоциональное оскудение личности.

Улучшение наступает только при лечении нейролептиками в сочетании с гипносуггестивными сеансами.

Эпилептоидные психопаты и акцентуанты

Отличаясь прямолинейностью, вязкостью мышления и чувствования, авторитарностью, постоянной сердитой напряженностью, подозрительностью и склонностью к бурному реагированию на то или иное обстоятельство, лица этой группы в определенной степени сложны в общении.

Они не терпят возражений, даже в небольшой степени; бурно реагируют на прерывание изложения их жалоб.

Внутренняя картина болезни у таких пациентов почти всегда содержит огромное количество совершенно ненужных подробностей, отличается своеобразной «занудливостью».

Интеллектуальная часть носит отпечаток авторитарности. Попытка объяснить необоснованность опасений пациента может вызвать у него озлобление. Нельзя сказать, что «так не бывает» и тем самым как бы «унизить» пациента, показать его «глупость». Лучше сослаться на то, что «наука этого не допускает». Это меньше «унижает», и к этому пациент обычно прислушивается.

Тип телосложения у лиц этой группы почти всегда атлетический.

Подобные рассуждения о науке и ее выводах должны касаться и лекарств, назначаемых людям напряженно-авторитарного характера.

Видимо, эмоциональная вязкость, инертность, постоянная напряженность и неспособность быстро отреагировать и «разрядиться» от душевного напряжения создают определенный фон для таких заболеваний, как гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца.

Другие психосоматические реакции встречаются гораздо реже.

Течение гипертонической болезни довольно тяжелое: с высокими цифрами АД, частыми кризами, нередко осложняется нарушениями мозгового кровообращения.

Инфаркт миокарда приобретает рецидивирующее течение. И в этом плане эпилептоиды и лица напряженно-авторитарного характера особенно нуждаются в психотерапевтическом лечении (хотя и неохотно идут на это), дабы хоть немного смягчить и разрядить их душевное напряжение.

Пытаясь оценить предрасположенность определенных личностей к тем или иным психосоматическим заболеваниям (язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, бронхиальной астме, ишемической болезни сердца) автор основывался лишь на собственных наблюдениях, не подтвержденных какими-либо статистическими исследованиями, т.к. последние требуют длительной работы весьма большого коллектива.

Конечно, любому врачу, помимо знаний клиники соматических болезней, необходимы и навыки психотерапевтической помощи людям. Вероятно, это довольно сложно, так как помимо всего прочего требуется еще и «лично-профессиональная предрасположенность» самого врача.

Однако для правильного эмоционального контакта с больным, для предупреждения иатрогенного заболевания и для довольно точной диагностики необходимо научиться, погружаясь в непростой мир ощущений, переживаний соматического больного, оценить, какую долю составляет соматическое страдание, а какую – душевное (ипохондрическое, невротическое и т.д.). Именно это и поможет эффективнее лечить конкретного пациента.

ЛИТЕРАТУРА

- Бурно М.Е., Зикеева Л.Д. К вопросу об отношении больного к своему заболеванию. // *Терапевтический архив*, 1974, № 10, с.16-22.
- Бурно М.Е., Горячев К.С., Журавлева А.А., Мочкина Л.М., Куклина Н.Л. К вопросу об ипохондрических безбредовых шизофренических состояниях (клиника и терапия). // *Научно-практические вопросы психиатрии в трудах молодых специалистов РСФСР / Под ред.С.Ф.Семенова.* – М.: Минздрав РСФСР, 1975, с.10-17.
- Бурно М.Е. Психопатии. – М.: «Знание», 1976, с.64.
- Бурно М.Е. Психотерапия психастенической психопатии. *Руководство по психотерапии.* Под ред. В.Е.Рожнова. – Ташкент: Медицина, Узб. ССР, 1979, с.137-143.
- Бурно М.Е. Психотерапия «сомневающейся» ипохондрии. // *Московский психотерапевтический журнал*, 1994, № 1, с.108-128.
- Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика. – 1933.
- Гуревич М.О. *Анатомо-физиологические основы психомоторики и ее соотношения с телосложением и характером.* – М.-Л.: Госиздат, 1930, с.160.
- Консторум С.И., Окунева Э.Г., Барзак С.Ю. Ипохондрическая шизофрения. // *Проблемы пограничной психиатрии.* – М.-Л., 1935, с.150.
- Консторум С.И. *Опыт практической психотерапии.* – М.,1962, с.223.
- Кречмер Э. *Строение тела и характер.* – М.-Л.: Госиздат, 1930, с.384.
- Лурия Р.А. *Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания.* – М.: «Медицина», 1977, с.112.