

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ОБРАЗ СЕРДЦА ПРИ НЕКОТОРЫХ ФОРМАХ КАРДИОПАТОЛОГИИ

А.Б. ВОСКРЕСЕНСКАЯ*

В статье обсуждаются особенности психологических субъективных переживаний, связанных с болезнью сердца. Обсуждается современное состояние данной проблемы. Вводится понятие «психологический образ сердца», имеющее в виду особую психическую структуру, которая целостно, то есть интегрирующе-организующе охватывает не только ощущения, но и когнитивные, поведенческие и символически-ценностные аспекты личности. В исследовании, которое лежит в основании статьи, принимали участие две группы больных с жалобами на сердце – пациенты с соматической патологией и расстройствами шизофренического спектра, а также здоровые испытуемые, составившие контрольную группу. Выявлено, что для пациентов с различными типами патологии характерны разные типы «образа сердца». Автор приходит к выводу, что переживание пациентами присущей им коронарно-кардиальной патологии далеко не всегда соответствует закономерностям функционирования сердечно-сосудистой системы, а представляет собой автономное образование.

Введение

Болезни сердца и сосудов – одна из самых обширных областей клинической медицины. С жалобами на сердце к врачам обращается множество пациентов. Однако далеко не все они страдают той или иной формой собственно кардиально-соматической патологии. Тягостные, ощущения со стороны сердца могут иметь в своей основе самые разные причины и механизмы. Возникающие вследствие этого диагностические затрудне-

* *Воскресенская* Ангелина Борисовна – Московский городской психолого-педагогический университет, факультет психологического консультирования, кафедра индивидуальной и групповой психотерапии.

ния нередко оказываются весьма значительными. Первые шаги их преодоления, предпринятые врачом, обычно связаны с анализом болезненных переживаний – активно высказываемых жалоб пациента, выяснения его отношения к болезни, целенаправленной, структурированной или же в значительной мере интуитивной оценки всего психического облика больного. Психология может предоставить врачу инструменты, облегчающие эту работу. Нужда в таких инструментах тем более велика, чем интенсивнее нарастает количество все новых вариантов заболеваний, с одной стороны, и возникают все более узкие, дифференцированные медицинские клинические специальности, с другой. Для того чтобы новые знания не превратились в «точечные», необходима их интеграция со смежными дисциплинами. Применительно к нашей проблеме этот синтез воплощается в *психокardiологии* как особом клиническом направлении, представленном в нашей стране одноименным объемистым руководством (Смулевич, Сыркин, 2005).

Авторы данного труда отмечают, что хотя теоретически современная кардиологическая диагностика всесильна, на практике, в реальных условиях лечебно-диагностического процесса, с учетом субъективных факторов – личностей врача и больного – искаженная оценка и соматических и психических факторов не столь уж редка. Чаще всего имеет место гипердиагностика коронарных нарушений (кратковременных или стойких затруднений кровотока в сосудах сердца). Она влечет за собой массивную, но неадекватную терапию, перевод на инвалидность в связи с необоснованно диагностированным «инфарктом миокарда» – и все это у пациентов, которые при правильном подходе не нуждались бы даже в больничном листе. Подобная ситуация, например, нередко складывается при необходимости разграничить стенокардию покоя (серьезное сердечное заболевание) и приступы кардиалгического (болевого) синдрома при климатической кардиопатии (*функциональное* нарушение, вызванное временными вегетативно-эндокринными сдвигами).

Стрессовые (психотравмирующие) воздействия, часто сопряженные с «сердечными приступами», еще более усложняют задачу. Причина ошибок заключается в том, что даже при современных высокотехнологичных методах исследования механизмы кардиальных нарушений не всегда поддаются четкой объективной интерпретации (Смулевич, Сыркин, 2005). И дело здесь – не только в несовершенстве приборов или недостаточной квалификации специалистов.

Современная «психология телесности» (Тхостов, 2002) убедительно демонстрирует, что параллелизм в проявлениях соматических нарушений и связанных (или сочетающихся) с ними переживаний, а также пси-

хических расстройств – всего лишь схема. В клинической реальности каждая из составляющих конкретной болезни у конкретного пациента живет по своим законам, и нередко они движутся в разных, даже прямо противоположных направлениях. Следствием этого становятся сложные коллизии во взаимоотношениях врач-больной, расхождения в оценках тактики и эффективности лечения, оптимистичности прогноза и адекватности реабилитационных мероприятий.

Психология может внести свой вклад в совершенствование клинической диагностики благодаря изучению особенностей субъективных переживаний, связанных с болезнью, поскольку влияние на то, как переживается болезнь, оказывают не только физиологические факторы, но и вся система психологических связей, ассоциаций, эмоций, мотивов, ценностей, смыслов человека. По отдельности или в определенных сочетаниях они исследуются психологами и психиатрами. Нам представляется целесообразным ввести понятие *психологического образа сердца* как особой психической единицы, целостно, то есть интегрирующе-организующе охватывающей и ощущения, и когнитивные, и поведенческие, и символически-ценностные аспекты. Показать его клинко-психологическую реальность, теоретическую и практическую значимость – цель нашей работы.

Теоретическую основу исследования составляет психологическая теория деятельности А.Н.Леонтьева (1975), получившая дальнейшее развитие в трудах его последователей и учеников (*Артемьева*, 1980; *Василюк*, 1993; *Зинченко*, 1991; *Логвиненко*, 1974; *Петренко*, 2005; *Смирнов*, 1985; *Столин*, 1983 и др).

Цель исследования – установить особенности психологического образа сердца у больных с разными формами кардиальной (в самом широком смысле) патологии.

Гипотеза работы: для пациентов с различными типами патологии характерны разные типы «образа сердца».

Формы кардиопатологии: медицинский дискурс

Сердце – центр человеческого существования. Жизнь без него физически невозможна. Без многих важнейших структур головного мозга человек может жить, при нынешних технических достижениях это стало вполне реальным (хотя все-таки не обыденным). Но сердце – не просто мышечный движитель кровотока в человеческом организме, это и символический центр психики, души. Такое место отводится ему и в мировых религиозно-антропологических учениях, и в метафорическом строе повседневного языка.

Участие сердца-органа в любых мало-мальски значимых движениях сердца-души, то есть в эмоционально окрашенных, а тем более в стрессовых, психотравмирующих переживаниях убедительно доказано исследованиями в области физиологии и психоневрологии. В свою очередь, собственно телесные, соматические, заболевания сердца всегда сопровождаются эмоциональными, а вслед за ними также когнитивными и поведенческими проявлениями. Поэтому размышление о болезнях сердца в определенной мере является размышлением и о сущности человека. И это, на наш взгляд, оправдывает значимое присутствие, казалось бы, чисто медицинской тематики в русле психологического исследования. За медицинскими терминами «этиология», «патогенез» следует видеть причинность и механизмы психологического свойства.

Поскольку непосредственными участниками нашего исследования были больные, пациенты клиник, постольку рассмотрение проблемы взаимоотношений сердце (тело) – переживания (эмоции, стрессы, ситуации) целесообразно начать с представления основных форм кардиопатологии¹ в медицинском дискурсе.

К врачу пациента приводят болевые и другие неприятные ощущения, связанные с сердцем. Данные ощущения различаются по своим чувственным характеристикам, окраскам, обертонам, что во многом зависит от природы сердечных нарушений. Наиболее грозные симптомы (по медицинским, терапевтическим, кардиологическим оценкам) возникают при ишемической болезни сердца. Ее наиболее классическими вариантами являются стенокардия, дающая о себе знать приступами характерных сжимающих болей за грудиной, и инфаркт миокарда – как бы затянувшийся надолго приступ, который заканчивается омертвением, гибелью больших или меньших участков сердечной мышцы.

Причинами ишемической болезни сердца признаются как биологические (соматогенно-физиологические), так и психические факторы. К биологическим относятся наследственное предрасположение, обменные, эндокринные сдвиги, возрастные преобразования сердечно-сосудистой системы, по своим масштабам выходящие за пределы нормы. Что касается психических воздействий, то еще исследованиями Кеннона, Селье и др., было установлено, что страх, гнев, ярость повышают активность симпатно-адреналовой системы, что выступает в увеличении артериального давления, учащении сердечных сокращений, изменении условий функ-

¹ Кардиохирургическую патологию мы не затрагиваем. С одной стороны, она в определенном смысле стоит особняком от обсуждаемых заболеваний, а с другой, является следствием, финалом той патологии, о которой мы здесь размышляем.

ционирования сердца и других феноменах, становящихся при ряде дополнительных условий патогенными, болезненными или способствующими этому. В таких чертах представляется развитие, прежде всего, гипертонической болезни (одного из классических психосоматических страданий), а, следовательно, и ишемической болезни сердца, теснейшим образом с ней связанной.

Неблагоприятные нервно-психические воздействия, которые в контексте нашей работы представляют особый интерес, наиболее детально рассматривались именно в русле психосоматических концепций. Они базируются на постулатах глубинно-психологической динамики. Так Ф.Александр, один из основоположников психосоматики, используя психоанализ для выявления первопричин некоторых соматических заболеваний, пришел к выводу, что тип заболевания определяется особенностями неосознаваемого конфликта, бессознательного эмоционального напряжения. Этот внутренний конфликт именно потому и оказывается патогенным, что из-за социо-культуральных или психологических ограничений не может найти выход в сознательных действиях и разряжается через телесные структуры.

Клинический вариант психосоматического заболевания, «выбор органа» может определяться дефицитарностью последнего (биологической предрасположенностью, особенностями функционального состояния в момент стрессового эмоционального воздействия), его символическим значением и проч.

Другое направление психосоматики подчеркивало роль личностного предрасположения в развитии сердечно-сосудистой патологии (Ф.Данбар). Были выделены особые человеческие типы (А и В), по-разному ведущие себя в стрессовых ситуациях. Однако эти типы оказались неспецифичными, не приговоренными фатально к развитию заболевания. Немаловажно и то, что в облике человека трудно, почти невозможно разграничить психическое-душевное и психическое-ситуативное. Человек ли с активным характером определенным образом организует свою жизнь, финалом которой может оказаться инфаркт миокарда? Или особый образ жизни, активность социального функционирования усугубляет личностное предрасположение и «болезненно расшатывает» сердечно-сосудистое реагирование?

Две другие клинические (то есть проявляющиеся симптомами) формы патологических телесных ощущений – кардиалгии и кардиопатии – сами по себе не носят столь угрожающего характера, но могут вызывать у больных эмоционально-поведенческие реакции даже более бурные, чем реакции пациентов, страдающих ишемической болезнью сердца.

Собственно *кардиалгией* называют все боли слева от грудины и в левой половине грудной клетки, которые по своим характеристикам, причинам и механизмам, обуславливающим их возникновение и течение, отличаются от стенокардии. Описание своих ощущений и состояний этими больными – более динамичны и вариабельны. Таковы же эмоциональность и моторика этих больных. Беспокойство, тревога, страх, двигательное возбуждение могут быть очень интенсивными. Подстегиваемый этими состояниями больной, всем своим обликом и высказываниями, всем поведением своим как бы выражающим катастрофичность происходящего, нередко прямо-таки подталкивает врача к диагнозу стенокардии.

В тех случаях, когда эти состояния сопровождаются нарушениями ритма сердечных сокращений (или преимущественно в них проявляются), некоторыми (диагностически и прогностически достаточно безобидными) изменениями электрокардиограммы, говорят о *кардиопатиях*. Это также весьма широкое понятие. Общую основу нарушений здесь усматривают в особых механизмах, в первую очередь, в эндокринных, гормональных сдвигах. Вместе с тем, строго специфических структурных нарушений при кардиопатиях не установлено. Субъективно эти отклонения воспринимаются как «перебои», «замирания», «остановка сердца». Кардиалгии же традиционно составляли основу клинической картины одного из вариантов невроза навязчивых состояний – кардиофобического невроза, вызванного психической травматизацией.

И по отношению к кардиофобическому неврозу, и во взглядах на ишемическую болезнь сердца в наши дни дезактуализировалось, стерлось принципиальное противопоставление психических (ситуационных и личностных) и соматических воздействий как отдельных, самостоятельных причин этих заболеваний. В соответствии с духом времени, клиническая психология и психиатрия признали, что анализ проблемы в плане сопоставления, соучастия причинно-предрасполагающих факторов болезни, а не их противопоставления, «более эвристичен для изучения природы органических неврозов» (Смулевич, Сыркин, 2005, с.31).

Поэтому в последнее десятилетие для обозначения тех вариантов сомато-вегетативных нарушений, которые составляют компетенцию психиатров, вновь стало использоваться понятие органического невроза. Но его павловский, нейрофизиологический смысл («сшибка») нервных процессов, рассогласование возбуждения и торможения) все-таки уже принадлежит прошлому. В соответствии с сегодняшними воззрениями, в причинах и механизмах органических неврозов, в том числе и кардионевроза, следует видеть специфическое взаимодействие психических и соматических

факторов. Его проявления составляют своеобразную клиническую, психиатрическую психосоматику – психосоматику XXI века. С фрейдовско-александеровским подходом она также имеет мало общего.

Критериями *кардионевроза* служат следующие проявления (*там же*, с.41-42):

- 1) непрерывные или рецидивирующие в течение трех и более месяцев симптомы: неприятные ощущения или боли в области сердца, изменение силы и ритма сердечных сокращений (усиленное сердцебиение, тахикардия – учащенное сердцебиение, экстрасистолия – дополнительные, вне основного ритма сокращения сердца);
- 2) возникновение или усиление симптомов в связи со стрессовыми ситуациями или в периоды гормональной перестройки (пубертатный, климактерический период, беременность);
- 3) признаки вегетативной дисфункции (локальная потливость, мраморность или похолодание конечностей, стойкий белый дермографизм), лабильность сердечного ритма со склонностью к тахикардии, лабильность артериального давления;
- 4) лабильность и неспецифические изменения на электрокардиограмме.

Соматическая составляющая органичных неврозов может быть представлена как органическое поражение заинтересованной телесной структуры, ее особое функциональное состояние (повышенная нагрузка, нейроэндокринные сдвиги), другие воплощения принципа места наименьшего сопротивления. Она отчетливо выявляется примерно у 50% больных кардионеврозом. *Психическая составляющая* – это, прежде всего, расстройства, вызванные психотравмирующими, стрессовыми воздействиями. Но сомато-вегетативные дисфункции могут быть обусловлены и какой-либо иной психической патологией, в клинической картине которой они выступают как телесный компонент эндогенных аффективных психозов, фобических, истерических, ипохондрических синдромов. Роль телесной недостаточности здесь может быть минимальной. Это ареал собственно «психической патологии». Органичный, в нашем случае кардионевроз, оказывается промежуточной точкой континуума «соматическое заболевание – психическая патология».

Для каждого пациента, для каждого отдельного случая конкретная пропорция соматического-кардиального и психического-ситуационного сугубо индивидуальна. Встречаются больные, у которых соматически обусловленные нарушения (для наших больных это, прежде всего, ишемическая болезнь сердца) усиливаются – амплифицируются – или же дублируются под влиянием психогенных воздействий. В целом ди-

намика, течение кардионевроза соответствует закономерностям пограничной психической – психогенной-невротической – обсессивно-фобической патологии. Авторами «Психокардиологии» (Смулевич, Сыркин, 2005) кардионевроз признается самостоятельным психосоматическим расстройством.

Соматическое предрасположение (соматическая составляющая) кардионевроза выступает в виде врожденных особенностей строения сердечных клапанов, отдельных проявлений ишемической болезни сердца и гипертонической болезни, некоторых нарушений ритма сердечных сокращений.

А по другую сторону «органных неврозов» наряду с психогенной патологией располагается «чисто психическая» патология, имеющая в своем составе сомато-вегетативный компонент. Таковы тревожно-фобические, ипохондрические, депрессивные расстройства эндогенной, аутохтонной природы.

Конкретные пропорции психопатологического и соматического в причинах и проявлениях кардионевроза индивидуальны для каждого больного. В частности, клинической реальностью являются совершенно по-особому сформировавшиеся взаимоотношения: усиление (амплификация) или воспроизведение соматически обусловленных дисфункций, происходящее под влиянием психических факторов.

Для наглядности повторим эту цепочку целиком, воспроизведя в словесной форме соотношения, представленные в «Психокардиологии» графически (*op. cit.*, с.39). Она такова: соматическое заболевание (в нашем случае – ишемическая болезнь сердца) – соматическая патология, усиленная (амплифицированная) сомато-вегетативным компонентом психического расстройства, – соматическая патология, дублированная сомато-вегетативным компонентом психического расстройства, – органный невроз (в нашем случае – кардионевроз) – психическая патология с сомато-вегетативными проявлениями.

Эта, кажущаяся слишком громоздкой и узко медицинской, конструкция принципиально важна и для нашей работы. Практически – тем, что она позволяет обосновать правомерность включения в исследуемый нами контингент больных шизофренией, высказывающих жалобы на сердце. Теоретически же она открывает лечебно-диагностические пути выхода из типикового противопоставления «органическое» или «функциональное», «сердечное» или «психическое», то есть из ситуации, о которой выдающийся отечественный терапевт первой половины прошлого века Д.Д.Плетнев (один из первых, кто впервые описал маскированную депрессию) писал: «Какой мерой располагаем мы для того, чтобы сказать, что человек преувеличивает испытываемые им ощущения? Аналогия с другими людьми

ми, меньше страдающими в подобных случаях, ни в коем случае не может считаться доказанной. Снимая пейзаж, рентгеновскую картину больного органа и т.п. одним и тем же аппаратом на двух различно чувствительных пластинках, получают различной ясности изображения. Так же обстоит дело и при, видимо, одинаковых болезненных симптомах у двух разных больных. Вопрос сводится в таких случаях к *страданию* больного. Как можно говорить о том, что один больной страдает как раз столько, сколько надо, а другой больше, чем надо? Возьмем двух матерей, потерявших своих детей. Они могут по-разному страдать как по интенсивности, так и по продолжительности переживаемого горя. Как установить норму их страдания? То же относится и к болевым ощущениям людей. Чувствительность их психофотографической пластинки нам неизвестна, и потому врач, лечащий *больного человека*, а не только тот или другой заболевший орган, должен быть чрезвычайно осторожен, употребляя выражения о преувеличенной боли» (Плетнев, 1936; разрядка автора).

Динамичные, вариабельные соотношения органического и функционального в рассматриваемом ряду и клиническая реальность, явленная нам больными, позволили выделить в каждой из двух групп – *соматической* и *психопатологической* (расстройства шизофренического спектра) – две подгруппы: а) с преобладанием *соматической* подоплеки кардиальных расстройств (жалоб) и б) с *психопатологически* обусловленными нарушениями (переживаниями) со стороны сердечно-сосудистой системы. Кардионевроз в основных двух группах был лишь одной из составляющих диагноза, не имеющей самостоятельного значения.

Среди психогенных психотравмирующих воздействий важнейшую роль применительно к нашему контингенту играет соматическое заболевание как психическая травма (нозогенное воздействие, в современной терминологии). Психологами эти переживания расцениваются как *внутренняя картина болезни*. Она может быть описана в виде следующих вариантов (они же выступают в качестве *этапов осознания* болезни): непосредственно-чувственный, эмоциональный, интеллектуальный, мотивационный. Эти этапы, в общем, соответствуют последовательности развития психических процессов в онтогенезе. Они также могут быть соотнесены и с клиническими *вариантами нозогений*, диагностируемыми психиатрами, – аффективные, фобические, паранойяльные и проч. реакции.

Существует еще один подход к оценке реакций, которыми человек отвечает на болезнь. Он в равной мере используется и психологами, и психиатрами и оценивает, прежде всего, поведенческие проявления нозогении. Выделены *гипернозогнозия* – переоценка тяжести соматического заболевания и *гипонозогнозия* – недооценка серьезности положения.

Но напомним размышления Д.Д.Плетнева о том, какую меру оценивать адекватность-непропорциональность психической реакции на соматическую болезнь. Тем более, что каждая из этих реакций, будь она гипернозогностической или гипонозогностической, может иметь разные «механизмы». Так, гипонозогнозия – это и истерическое вытеснение («прекрасное равнодушие»), и органически-интоксикационная гипомания, и обусловленное характерологическим своеобразием «патологическое отрицание болезни», «органическое упрямство». Столь же разнообразны и варианты гипернозогнозии.

При описании реакций личности на болезнь всегда упоминается, что в их формировании принимают участие разнообразные социальные и ценностные факторы. Имеется в виду семантика диагноза – «мифология болезни», жизненные ориентации больного. Но все это, по существу, никак не связываются с клинико-психологическими вариантами нозогений (внутренней картины болезни). Рассматриваются и оцениваются лишь душевные процессы (ощущения, эмоции, идеации и т.п.) или же синдромы (депрессивный, навязчивый и пр.), безотносительно к их содержанию.

Стремясь преодолеть этот разрыв, мы и ввели понятие *психологического образа сердца*. Определением «психологический» подчеркивается, что в своих обоснованиях мы отталкиваемся от болезненных переживаний пациентов – их жалоб на сердечные нарушения.

Понятие «психологический образ сердца»

На наш взгляд, было бы вполне правомерным обособить анатомический, физиологический, гидравлически-механический, религиозно-антропологический, поэтически-романтический образ сердца. К слову, заметим, что и авторы «Психокардиологии» неоднократно упоминают образ болезни, который при ишемической болезни сердца может выступать как перцепт (при гипернозогнозии) или как концепт (при гипонозогнозии).

Современная психология понимает *образ* как «чувственную форму психического явления, имеющую в идеальном плане пространственную организацию и временную динамику» (Мещеряков, Зинченко, 2003, с.342). Он может воплощать (в своеобразной идеальной форме) какие-то частные объекты или охватывать «все целиком». Таков «образ мира», по А.Н.Леонтьеву, представляющий собой не фотографию, пусть и широкоформатную, панорамную, фиксирующую мгновение, но «вычерпывание» (А.Н.Леонтьев) из объективной реальности, то есть практическую деятельность субъекта, его отношения. Применительно к нашим больным

такой деятельностью оказывается жизнь с какой-либо сердечной патологией, порождающей определенные ощущения, определенное понимание этих расстройств («мифология болезни»), врачебные ограничения и прогностические рекомендации. Образ – это мир (или часть его), данный в сознании: «Образ предстает перед нами не как внешняя по отношению ко всем этим мирам сущность, извне, со стороны детерминируемая ими, а как часть каждого из них, как их интеграл, поле их интерференции, «глограмма»» (Василюк, 1993, с.18).

Замечания о пространственной организации и временной динамике при определении образа не следует понимать буквально, отождествляя образ с иконическим знаком, художественным изображением. Хотя по форме образ всегда чувственный, по содержанию он может быть различным – рациональным, эмоциональным и проч. И совсем не обязательно, чтобы прототипом чувственного образа являлся внешний объект. В нем может воплощаться и любое абстрактное содержание.

Ф.Е.Василюк выделяет следующие компоненты образа: 1) предмет, 2) чувственная ткань, 3) значение, 4) личностный смысл, 5) знак (слово). В конкретном образе ведущим может становиться какой-либо из компонентов, в зависимости от условий возникновения: личностный смысл – в экзистенциально напряженной ситуации, знак-слово – например, при решении научной задачи, при литературной работе любого назначения и т.д. С другой стороны, и сам личностный смысл может выступать как эмоциональная окраска объекта, фиксируясь при этом в языке. Ф.Е.Василюк обращает особое внимание на мир тела-телесности, говорит о «чувственной стихии внутрителесных переживаний», о том, что живая чувственная ткань образа является представителем тела – «особая внутренняя «составляющая» образа, его живая плазма» (там же, с.17). И далее: «Чувственная ткань выступает как единица тела, представитель мира человеческого тела в образе сознания» (там же, с.18). Чувственная ткань применительно к нашим больным – это преобразованные их психикой телесные ощущения.

Таким образом, становится очевидным, что все компоненты образа взаимосвязаны, переплетены, взаимодополняемы и поэтому как бы взаимозаменяемы. Они перекликаются, они в целом совпадают со структурами, образующими внутреннюю картину болезни. Говоря другими словами, мы вправе понимать *внутреннюю картину болезни* как некоторый образ. В нашем исследовании – как *образ сердца*.

Пространственная структура образа может быть определенным образом организована. Очевидно, что эта «конструкция» совсем необязательно соответствует первообразу как его калька, как восковой отпеча-

ток. Так Ф.Е.Василюк строит образ из компонентов, «узлов», соединяя их в психосемиотический тетраэдр, через который существо образа удаётся представить максимально полно, всесторонне и наглядно.

Фотографическая, «слепок» конкретность образа сердца – не только труднодостижима, она невозможна в принципе. Человек никогда не видит свое сердце таким, какое оно есть «на самом деле». Поэтому и нам показалось нереалистичным предлагать больному нарисовать, слепить сердце, имитировать его посредством звуков и т.п. И, вместе с тем, мы все же давали больным задание нарисовать свое сердце «до возникновения неприятных ощущений», «при возникновении неприятных ощущений», «в будущем» и «идеальный образ сердца», но эта проба была призвана отразить динамику, временные изменения в образе сердца, а не точность и полноту его анатомо-физиологического существа.

В нашей работе образ сердца выступает и как «пространственное образование», но не копирующее телесный орган, а как определенным образом распределенные в многомерной системе координат взаимоотношения факторов.

Материалы и методы исследования

В соответствии с гипотезой, которая была сформулирована выше (см. стр. 55), объектом исследования явились больные, высказывавшие жалобы на функционирование своего сердца. Это были пациенты специализированных поликлиник и стационаров. В соответствии с диагнозами, установленными специалистами, они были разделены на две группы: 1) больные с соматической патологией (гипертония, ишемическая болезнь сердца) и 2) больные с эндогенными психическими заболеваниями (расстройства шизофренического спектра). Здоровые испытуемые составили контрольную группу. Группы были сопоставимы по основным клинически значимым показателям (пол, возраст и т.д.).

В исследовании использовались как уже известные методики, в их классических и модифицированных вариантах, так и авторские, разработанные для наиболее полного выявления всех составляющих образа сердца: клиническая беседа, метод семантического дифференциала, запоминание 10 слов, пиктограмма, рисуночная проба «Рисунок сердца» и тест «Субъективная значимость органов тела».

Клиническая беседа была организована как полуструктурированное интервью. Его задачи: выяснить и уточнить жалобы больного, картину его понимания причин и механизмов болезни, отношение к заболеванию и его лечению, видение прогноза. Фиксировались особенности становления личности пациента, его профессиональной и семейной жизни, а также другие

индивидуально значимые штрихи анамнеза. На основе врачебных заключений (клинических и инструментально обоснованных) оценивалась роль наследственных факторов, ранее перенесенных заболеваний, взаимоотношение морфологических, физиологических, функциональных и «чисто психогенных» компонентов клинической картины. На заключительном этапе беседы задавались вопросы о том, какие мысли, чувства, побуждения вызывает у пациента настоящее заболевание, точнее – состояние сердца. И что вообще означает для больного слово «сердце» (при затруднениях в ответе предлагались примеры: «любовь», «смерть», «ограничения», «болезнь»). Отдельной формализованной обработке эти ответы не подвергались, а использовались в контексте данных, полученных с помощью других методов и методик, для уточнений и дополнений.

Метод *семантического дифференциала* (Осгуд, 1957) позволяет оценить коннотативное значение объекта, связанное с личностным смыслом, социальной установкой, стереотипами и другими эмоционально насыщенными, слабо структурированными и мало осознаваемыми формами обобщения. Мы полагаем, что именно благодаря этим особенностям метод семантического дифференциала позволяет разграничить и сопоставить эти коннотативные значения (соотв. – в какой-то мере образ сердца) в разных группах обследуемых. Нашим задачам наиболее соответствовал вариант методики, применявшейся Е.Ю.Артемяевой. Участникам исследования предлагалось прошкалировать 16 понятий, выбранных на основании частоты их ассоциативных связей с понятиями «сердце» и «болезнь». Все понятия были разделены на три группы: «экзистенциальные» (любовь, жизнь, смерть, душа, тело, здоровье, зависть), «общемедицинские» (слабость, боли, внутренняя болезнь, психическое расстройство) и «сердечные», то есть ассоциативно связанные со словом «сердце» (тревога, сердечные перебои, страх, лед, пламя). Математическая обработка полученных данных позволяет построить семантическое пространство, при анализе которого становится возможным выносить суждения о сходстве и различии категорий-факторов, а в итоге – об особенностях образа сердца у больных отдельных групп.

Методика 10 слов (С.Я.Рубинштейн) применялась в модифицированном варианте. Испытуемым предлагалось воспроизвести слова, ассоциативно связанные со словом «сердце» или близкие ему по созвучию.

Пиктограмма – акт построения образов для запоминания предложенного стандартного набора слов (С.Я.Рубинштейн). В используемый нами набор были включены слова, связанные с предметом исследования (золотое сердце, любовь, душа, болезнь). Кроме диагностического значения, метод пиктограммы частично использовался для характеристики не-

которых личностных особенностей больных, их психического состояния. Данная методика, стимулируя свободный выбор образа для запоминания, носит, в некоторой степени, проективный характер. Она и в норме отражает интересы, замыслы или опасения испытуемых. Особенно ярко это качество методики проявляется при задании запомнить эмоционально значимые слова.

В задании «*Рисунок сердца*» (методика, предложенная автором) испытуемых просили нарисовать свое сердце 1) до возникновения неприятных ощущений, 2) при возникновении неприятных ощущений в области сердца, 3) сердце в будущем и 4) идеальный образ сердца. Подчеркивается, что качество рисунка значения не имеет, важно лишь то, как изображается сердце. Обращается внимание на расположение рисунка, композицию, наличие или отсутствие деталей. Особое значение придается пояснениям, комментариям к рисунку, учитывая, что графическое изображение помогает испытуемому легче и полнее описать свои ощущения, переживания и мысли, как бы структурирует их.

В тесте «*Субъективная значимость органов тела*» испытуемым предлагается 12 карточек, на которых написаны названия некоторых органов и частей тела человека, а также некоторых психических функций (лицо, глаза, слух, голова, речь, сердце, кишечник, почки, печень, желудок, позвоночник, конечности), которые надо разложить в последовательности (слева направо или сверху вниз), отражающей значение, важность, ценность органа. Необходимо обосновать причины выбора, предпочтения для первых трех и органа, оказавшегося последним в этом выборе.

Результаты

Результаты, которые мы здесь представляем, носят предварительный характер, поскольку исследование еще продолжается. Но, в качестве первичных, они подтверждают гипотезу о наличии существенных различий в образе сердца у больных разных клинических групп и в сравнении с контрольной.

Многие обследуемые отождествляли душу и сердце или указывали на сердце, как место пребывания души. Когда в «Пиктограммах», с целью запоминания слова «болезнь», участники эксперимента рисовали сердце, то чаще всего это оказывались пациенты с соматической патологией. При припоминании 10 слов, специально нами подобранных и ассоциативно связанных с сердцем (само слово «сердце» при этом не использовалось), испытуемые нередко воспроизводили слово «сердце» в ряду таких слов, как «дверца», «тельце», «дельце», «кровь», «любовь», и т.д. Когда больных просили оценить свои органы по степени их значимости и

важности, сердце, в основном, ставилось пациентами на одно из первых мест. Надо отметить, что некоторые пациенты с соматической патологией поставили сердце на одно из последних мест, что может говорить о вытеснении из сознания наличия заболевания. «Сердце – это не болячка, а душевные раны за родных, за людей. Когда мне поставили диагноз (пролапс митрального клапана), я постаралась сразу же о нем забыть. Я живу сегодняшним днем. О проблемах я подумаю завтра». Такого рода ответ также характерен для пациентов с кардиопатологией. Но под внешней бравадой скрывается страх за сердце. Автор приведенных выше строк – общительная, активная женщина ушла с интересной, высоко оплачиваемой работы в отдел больничных листов поликлиники: «Я теперь в поликлинике работаю и мне спокойно, врачи *здесь* (выделяет интонацией), если что, помощь могут оказать».

В группе здоровых преобладают штампы, стандартные описания, сердце изображается как символ, а не орган (орган рисуют врачи или люди, близкие к медицине), «отношение» к сердцу не выявляется, представление о сердце в идеале и в будущем совпадает, оно должно работать, как насос. Характерен оптимистический взгляд на настоящее и будущее.

У пациентов с соматической патологией отчетливо выявляется «отношение» к сердцу, отмечается его одушевление (например, на рисунке «сердце в будущем» оно сидит на стульчике и отдыхает); «идеальное» совпадает с сердцем «до боли»; подчеркивается, что в норме, «до боли», оно не ощущается и «так и должно быть»; сердце изображается как символ (само сердце или какой-либо другой образ). Например, сердце – это метроном (у инженера-конструктора), когда «он останавливается, сразу чувствуешь, что-то не то произошло с сердцем, а когда метроном ходит – на него не обращаешь внимания, все в норме, он двигается всегда с определенной частотой». Сердце часто ставится на первое место: «Сердце – это Бог. Мы воспринимаем это так, словно иметь в себе частичку Создателя». Идеальный образ сердца – это «когда метроном не останавливается» или «кулак – хороший и крепкий, собирательный образ сердца и аорты, то есть сильный кулак и сильное сердце» (рисунок кулака, а сверху вместо одного большого пальца – два – как аорты). У некоторых больных обращает на себя внимание вытеснение, отрицание болезни; болевые ощущения пациент описать затрудняется, говорит лишь о «каком-то спазме», возникновение спазмов связывает только с изменениями погоды; признает у себя лишь возрастные изменения в сердце, которые его «особо не беспокоят». Имеет диагноз «ишемическая болезнь сердца», на работе неоднократно случались сердечные приступы, после которых какое-то время пациент находился на больничном. При беседе – об этом не упо-

минает, болевые приступы отрицает, однако по степени значимости органов ставит сердце на первое место. Сам проявил желание участвовать в эксперименте, при его завершении поинтересовался, не хуже ли он, чем другие. Для больных этой группы характерен пессимистический взгляд на настоящее и будущее («это дорога по ухабам: может быть ровная и нет»).

У больных с эндогенными заболеваниями наблюдается вычурность в описаниях и рисунках, «идеальное» может совпадать с «сердцем до боли» и «в будущем», причем в будущем оно видится самым большим по своему размеру, сравнительно с другими его вариантами. Интересно отметить, что некоторые больные этой группы, жалующиеся на сердце, но не имеющие соматической патологии, достаточно осведомлены о строении сердца, его болезнях и рисуют сердце как орган с аортой и сосудами. Сердце может изображаться и как орган, и как символ; наблюдается также слияние двух образов – органного и символического (к сердцу-символу подрисовываются сосуды). Оно может выступать и в виде простого овала или овала с отходящими от него линиями (сосудами). У пациентов данной группы может наблюдаться сердцебиение, квалифицируемое врачом как тахикардия, но больной на нем не фиксирован, что отражает психопатологическое расстройство в целом, а не именно сердечное.

У некоторых больных шизофренией, страдающих ишемической болезнью сердца, жалобы, характерные для данной кардиологической патологии, могут отсутствовать вообще. В работе Н.Г.Незнанова (1985) подчеркивается, что пациенты с эндогенными психозами субъективно значительно более легко переносят обострения этого заболевания, сравнительно с психически здоровыми лицами. Симптомы инфаркта миокарда, развивающиеся на фоне обострения эндогенного психоза, могут полностью игнорироваться пациентом, что и происходит в большинстве случаев, либо в значительной степени трансформироваться под влиянием тяжелых позитивных расстройств – бредовых и галлюцинаторных. При стенокардии жалобы на боли приобретают искаженную форму, включаясь в симптомокомплекс психоза. Они упоминаются пациентом наряду с другими аномальными телесными ощущениями в контексте общего высказывания о необычных и вычурных ощущениях в области грудной клетки. При этом телесные сенсации сопровождаются бредовой интерпретацией (идеи воздействия на внутренние органы, «сделанности» ощущений со стороны «преследователей») (см. также: *Смулевич, Сыркин, 2005*).

Чем неблагоприятнее течение заболевания у больных с шубообразной, прогрессивной шизофренией, чем сильнее выражено изменение

личности, тем, в целом, противоречивее, непоследовательнее, нелогичнее оценки и объяснения выборов на материале методики семантического дифференциала. Отклонения от наиболее ожидаемых ответов связаны с особенностями настоящего состояния. Например, наличие суицидальных мыслей отражается в специфике ответов на слова «жизнь» и «смерть», что выявляет ведущие переживания больного.

Выявление особенностей психологического образа сердца, характерных для отдельных групп заболеваний, позволяет сделать вывод, что применительно к нашим экспериментальным группам речь идет не о нарушениях (больших или меньших, органических или функциональных) со стороны «сердца вообще». Говорить можно, скорее, о том, что в каждой из групп пациентов сердце «устроено», функционирует, реагирует и взаимодействует – с другими органами, с самим больным, с окружающим миром – каждый раз по-своему. И это «переживание своего сердца», «понимание» его самим больным и определяет в значительной мере ход и прогноз лечения, а также дальнейшего течения заболевания, возможности компенсации или угрозу обострения.

В соответствии с «образом сердца» в каждой из групп и строится психотерапия. Разные словесно-семантические конструкты требуют своих эмоционально-когнитивных воздействий, выработки различных поведенческих приемов, корректных (в пределах компетенции психотерапевта) указаний, подсказок, интенций духовного плана.

Конкретные психотерапевтические рекомендации могут быть сформулированы после окончательного анализа полученных результатов.

Таким образом, данные исследования позволяют в определенной мере выявить содержательные, смысловые стороны болезненного состояния пациентов и в соответствии с этим помочь им сформировать стратегию своего дальнейшего существования – жизненного пути и включенной в него болезни. Характерологические особенности пациентов, которые мы учитывали, хотя специально и не включали в программу исследования, определяют формы раскрытия больному его интенций и предпочтительные для конкретного пациента методы психотерапии (суггестивные, рационалистические, поведенческие и т.д.).

ЛИТЕРАТУРА

- Александр Ф.* Психосоматическая медицина. М., 2004.
Аллилуев И.Г., Маколкин В.И., Абакумов С.А. Боли в области сердца. М., 1985.
Василюк Ф.Е. Психология переживания. М., 1984.
Василюк Ф.Е. Структура образа // *Вопр. психол.* 1993. № 5.

- Вассерман Л.И., Вукс А.Я., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б.* О психологической диагностике типов отношения к болезни // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии / Под. ред. М.М.Кабанова. Л.: Медицина, 1990.
- Воробьев А.И., Шишкова Т.В., Коломийцева И.П.* Кардиалгии. М., 1980.
- Выготский Л.С.* Избранные психологические исследования. М., 1956.
- Зейгарник Б.В.* Психология личности: норма и патология. М.; Воронеж, 2003.
- Квасенко А.В., Зубарев Ю.Г.* Психология больного. Л., 1980.
- Лазурский А.Ф.* Классификация личностей. Л., 1925.
- Леонтьев А.Н.* Деятельность. Сознание. Личность. М., 1975.
- Лурия Р.А.* Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания. М., 1977.
- Лурия Р.А.* Язык и сознание. Ростов н/Д., 1998.
- Малкина-Пых И.Г.* Психосоматика. М.; СПб., 2003.
- Мещеряков Б.Г., Зинченко В.П.* Большой психологический словарь. М., 2003.
- Микиртумов Б.Е., Ильичев А.Б.* Клиническая семантика психопатологии. СПб., 2003.
- Николаева В.В.* Влияние хронической болезни на психику. М., 1987.
- Петренко В.Ф.* Психосемантика сознания. М., 1988.
- Петренко В.Ф.* Основы психосемантики. СПб., 2005.
- Простомолотов В.Ф.* Комплексная психотерапия соматоформных расстройств. М., 2002.
- Прохоров А.О.* Методики диагностики и измерения психических состояний личности. М., 2004.
- Смулевич А.Б., Сыркин А.Б.* Психокardiология. М., 2005.
- Тхостов А.Ш.* Болезнь как семиотическая система // Вестн. Моск. ун-та. Сер.14, Психология. 1993. № 1.
- Тхостов А.Ш.* Психология телесности. М., 2002.