

ПСИХОТЕРАПИЯ «СОМНЕВАЮЩЕЙСЯ» ИПОХОНДРИИ

М.Е.БУРНО*

Описываются (клинически) часто встречающиеся врачу общей практики типичные ипохондрические расстройства тревожно-сомневающих людей. В процессе именно клинко-психотерапевтической (не лекарственно-транквилизаторной) помощи обнаруживается здесь особая и, в сущности, прежде не описанная, а лишь кратко отмеченная классиками клиническая («сомневающаяся») структура переживания. Рассказывается, каким образом возможно существенно (хотя бы симптоматически) психотерапевтически помогать таким ипохондрикам.

Этот клинко-психотерапевтический и очерк предлагается прежде всего семейному врачу. Расстройства, здесь описываемые, встречаются нередко у родственников, и чаще всего с ними обращаются именно к врачу общей практики (семейному врачу). Притом эти расстройства, несомненно, есть самые частые и самые благодарные (при умелом, даже кратком, психотерапевтическом воздействии) из всех ипохондрий. Быть может, интересно это будет и психологу для знакомства с теми сугубо клиническими психотерапевтическими случаями, в которых серьезно помочь способен все-таки только врач.

Ипохондрия – переживание по поводу несуществующей болезни или чрезмерное переживание, преувеличение действительной болезни (т.е. ипохондрические наслоения на какую-то определенную болезнь). По клинической структуре различают следующие виды ипохондрии: бредовую, сверхценную, навязчивую, депрессивную. Следует прибавить к ним и «сомневающуюся» ипохондрию. В случаях бредовой и сверхценной ипохондрии обнаруживается болезненная убежденность в существовании каких-либо патологических расстройств, которых на самом деле нет. Разница между ними в том, что сверхценное переживание имеет в своей

* Бурно Марк Евгеньевич – доцент кафедры психотерапии Центрального института усовершенствования врачей.

основе самоуверенно-прямолинейно переоцениваемый (сверхоцениваемый) какой-то реальный факт и потому психологически понятно, а бредовое переживание психологически непонятно, поскольку не имеет логической посылки. Истинная депрессивная ипохондрия, думается, есть ипохондрия, обнаруживающаяся прежде всего тягостными физическими, неорганически-соматическими депрессивными расстройствами, ощущениями, к которым пациент душевно прикован. Центральным психопатологическим феноменом навязчивой ипохондрии являются навязчивости, а «сомневающейся» – болезненные (патологические) сомнения, тревожная мнительность.

Необходимо сейчас сосредоточиться на различии между навязчивостью и болезненным сомнением. На это различие в начале века указали А.Пик¹ и П.Б.Ганнушкин. А.Пик в статье «К вопросу психопатологии неврастения» (Pick, 1902) описывает тревожное переживание (в том числе «ипохондрическое беспокойство по поводу неприятных телесных ощущений»), которое «нельзя назвать навязчивой идеей или навязчивыми «эмоциями», поскольку «главное отличие навязчивостей в том, что больной воспринимает (осознает) эти представления или эмоции как аномалии, чуждые² ему явления, которые, как пишет Вестфаль, противостоят сознанию, трезвой оценке больного». «В наших же случаях, – утверждает А.Пик, – напротив, душевное состояние больного, resp. мысли, его вызывающие, образуют интегрирующую составную часть сознания пациента, resp. его душевного состояния». П.Б.Ганнушкин в статье «Психастенический характер» (1907), ссылаясь на А.Пика, полностью соглашается с этим, подчеркивая, что больной, например, не борется с такой ипохондрической идеей-переживанием. Но, как и Пик, Ганнушкин не предлагает какого-то специального термина для обозначения этого феномена, кроме как «страхи», «сомнения», не относящиеся к навязчивостям. Уже много лет исследуя эти расстройства, обозначаю их как *болезненное (патологическое) сомнение*, отличающееся от навязчивого сомнения тем, что в случае навязчивого сомнения человек даже еще до проверок, как правило, убежден в том, что сомневается зря (Бурно, 1970, 1972, 1974а, 1974б, 1974в, 1979, 1988, 1989, 1990). Обычно же термином «болезненное (патологическое) сомнение» обозначали и обозначают навязчивое сомнение (Суханов, 1912; Матвеева, 1972). Клиническое открытие Пика и Ганнушкина до сих пор не получило внятного отклика в мировой психопатологии. Хотя ни Пик, ни Ганнушкин не относят эти расстройства ни к навязчивостям, ни к сверхценностям³, для одних психиатров это, как

¹ Пик Арнольд (1851-1924) – ученик Карла Вестфала, профессор невропатологии и психиатрии в Праге. Особенно известен классическим описанием одной из форм пресенильных атрофий, названной впоследствии его именем (болезнь Пика).

² Чуждые, понятно, лишь по своему содержанию, в отличие от психических автоматизмов.

³ Немецкий психиатр Карл Вернике (С. Wernicke, 1848-1905), тоже, как и А.Пик, ученик К.Вестфала (школа тонкого проникновения в сложную пограничную психопатологию), описавший в 1892г. патологические сверхценные идеи (сверхценности), понимал их слишком широко – как психологически понятную болезненно-

и для Вернике, сверхценные образования (*Friedman, 1914; Ковалев, 1974*), а для других – навязчивости (*Осинов, 1923; Гуляровский, 1935; Schneider, 1940; Weitbrecht, 1968*). Последние ради этого даже расширяют, нарушают классическое определение навязчивостей, отнимая у них самое существо, отмеченное Вестфалем, – понимание пациентом чуждости навязчивого переживания его личностному мироощущению (*Westphal, 1877*)⁴. Думается, непризнание опытными клиницистами *болезненных сомнений* объясняется прежде всего тем, что у них, не погружавшихся повседневно в психотерапию таких пациентов, не было серьезной практической надобности различать указанные феномены. Надобность эту и соответственно отчетливое различие указанных феноменов по-настоящему чувствует и осмысливает – через то, что помогает (*ex juvantibus*), – в своей каждодневной практике клинический психотерапевт. Он обнаруживает в случае навязчивости совершенную ненадобность разубеждать пациента в его навязчивых заблуждениях (например, в навязчивых сомнениях), нелепость которых пациент и так ясно понимает, и психотерапевту остается действовать, например, в духе парадоксальной интенции Франкла⁵. Или же обнаруживает насущную необходимость разубеждать страдающего болезненными сомнениями, потому что эти расстройства от умелого разъяснения сплошь и рядом полностью уходят. При лекарственном вмешательстве разница эта не видится, так как одни и те же психотропные препараты часто одинаково приглушают (или не приглушают) и то и другое.

Болезненные сомнения, складывающиеся порой в тягостный синдром болезненных сомнений, порождаются тревогой – конституциональной, невротической, процессуальной. Подобно навязчивостям, бреду, они защитно-приспособительно конкретизируют эту поначалу аморфную тревогу, смягчают ее «определенностью» (хоть и патологической). Болезненное сомнение как бы несет в себе ключ к самоуничтожению в виде тяги к квалифицированному разъяснению, в процессе которого сомнение разрешается (при этом, конечно же, тревожная готовность-почва к произрастанию сомнений остается). В этом отношении болезненное сомнение видится часто более качественной защитой в сравнении с навязчивостью, возникающей, как и сверхценность, бред, на иной личностной почве (подробнее см. *Бурно, 1974, 1979*). Болезненные сомнения не-психотических размеров возникают преимущественно у

аффективную переоценку какого-либо реального факта. Уже много лет сверхценные идеи Вернике психиатры чаще понимают как патологическую психологически понятную *убежденность*, а отмеченные Вернике под крышей сверхценностей «чрезмерные сомнения» остались сиротливо в стороне.

⁴ Профессор Карл Вестфаль (1833-1890) – основатель первой берлинской школы психиатров.

⁵ В. Франкл (1990), как известно, предложил еще в 1939г. прием лечения навязчивостей, состоящий в том, что пациент по совету врача старается проникнуться пониманием, чувством того, что содержание его навязчивого расстройства имеет смысл; он не только не сопротивляется навязчивости, а, соглашаясь с ней, одобряя ее всей душой, стремится претворить ее в жизнь (например, в случае навязчивого страха покраснеть среди людей намеревается специально, как бы с охотой покраснеть). И тогда, когда навязчивость по содержанию своему перестает быть чем-то инородным личности пациента, его мироощущению (а в этом самое существо навязчивости), когда содержание навязчивости обретает смысл, она, во всяком случае, ослабевает.

людей с дефензивными свойствами: тревожно-мнительных, сомневающих, неуверенных в себе, испытывающих чувство неполноценности («дефензивность» – понятие, противоположное по своему содержанию понятиям «агрессивность», «авторитарность»). Это особая группа людей психопатического склада (психастеники, астеники, дефензивные шизоиды, циклоиды, ананкасты, эпилептоиды⁶, это мало-прогредиентно-шизофренические пациенты⁷, пациенты с органическим заболеванием мозга – также с дефензивностью (тревожным чувством неполноценности). Не будем входить здесь в дифференциальную диагностику, а сосредоточимся, применительно к задачам семейного врача, на общем клиническом образе человека, страдающего тревожными, болезненными сомнениями, притом преимущественно ипохондрического содержания, т.е. на «тревожном ипохондрике», который с тревожным взором робко входит к врачу пожаловаться на какое-то пустячное расстройство или невинную родинку, лимфатический узелок и т.д., по поводу которых мучается (вдруг это злокачественное начало его конца), и ждет врачебного «приговора».

Болезненность (патологичность) болезненного сомнения (в отличие от здорового сомнения) состоит в том, что болезненное сомнение, порожденное, пронизанное тревогой и склонностью к размышлению, выразительно не соответствует, неадекватно вероятности беды. Нелегкомысленный и в то же время не склонный к размышляющей тревожности, человек достаточно спокойно, трезво относится ко всяким, так сказать, мелким неполадкам, в том числе и в своем здоровье. Трезвый вероятностный прогноз, опыт, интуиция житейской практичности обуславливают это спокойствие, выражающееся, например, такой типичной реакцией в ответ на какое-то диспептическое расстройство или «кожную болячку»: «А, ничего, пустяки, пройдет».

И чаще, действительно, все это микропатологическое благополучно проходит. Наконец, немало есть на свете людей оптимистически-легкомысленных, способных, «жарясь» на солнце и не выпуская сигарету изо рта, с легкостью верить в то, во что хочется, то есть во все хорошее, в то, что ничто плохое их не коснется. У них-то и есть большие возможности проглядеть у себя начало серьезного заболевания, но благодаря им (а их так много!) человечество не выглядит таким ипохондрическим и у врачей не так уж много работы, как можно было бы себе представить, если бы мало было легкомыслия. У тревожного ипохондрика нет трезвой, практической способности тревожиться лишь более или менее адекватно вероятности беды, нет легкомыслия, и его размышляющая ипохондрическая тревога серьезно, стойко разгорается вокруг любой, даже мелкой, но могущей быть, по его мнению, опасной

⁶ Сомнения могут беспокоить и здоровых тревожных людей (акцентуантов), но тогда мы не говорим о болезненности (патологичности) этих сомнений.

⁷ Сейчас уже нередко вместо «шизофреники» в подобных случаях говорят на западный манер о «боделайн» («пограничных») пациентах (borderline personality disorder), стоящих как бы между невротиками и «психотиками».

неясности по поводу своего здоровья или здоровья близких. Когда Гамлет на кладбище рассказывает Горацио, что прах Александра Македонского, вследствие случайных обстоятельств, обратившись в глину, может «оказаться в обмазке пивной бочки», Горацио замечает, что «это значило бы рассматривать вещи слишком мелко»⁸. Тревожный ипохондрик нередко вот так «слишком мелко» рассматривает любую «неровность» в своем здоровье не как случайную, а как возможно опасную для жизни или сулящую позор (сифилис), сумасшествие. Беда всякий раз представляется ему весьма вероятной, и вот он уже «захлестнут» ипохондрическим страхом неотвратимой беды, беспомощен, жалок и остро нуждается в психотерапевтической помощи. Все это так даже у маленького ипохондрика, дошкольника, тревожно-целенаправленно прислушивающегося к своим ощущениям. «Ох, что-то там внутри кольнуло, – жалуется он. – Значит, заболел, скоро умру, да?» И отчаянно просит объяснить ему, почему это нестрашно, неопасно. Это же отчаяние, но уже «взрослое», мы видим даже в глазах профессора-медика, устраивающего себе каждодневные тревожные осмотры, «диспансеризации» (обычно он не онколог, не дерматолог). Напуганный неясным ему уплотнением в коже или слизистой, он напряжен душевно и не в состоянии в это время с вдохновением читать лекцию, писать статью и т.д. А стеснительная студентка-медица в своем тревожно-ипохондрическом отчаянии готова, раздевая, терпеть иронизирующих над ней молодых врачей-мужчин – только бы ее успокоили в том, что ее «подозрительная» родинка не есть меланома. В этом отношении тревожные, но опытные онкологи, дерматологи спокойнее за себя, так как приобретают, кроме всего прочего, профессиональное чувство сравнительной (с количеством своих ипохондрических страхов) редкости злокачественных образований, при всем том, что надобно быть онкологически настроенным.

Тревожная ипохондричность усиливается по временам сама по себе, например во время фазы у психопата (спонтанного выраженного расстройства настроения – в данном случае с усилением ипохондрической тревоги, цепляющейся за все вокруг, дабы наполниться конкретным содержанием). Ипохондрик видит, что его фолликулярная пустула явно подсыхает, значит, уже точно это не рак. Тогда он, ощутив тревожно-какую-то неловкость во рту, находит с помощью двух зеркал нечто подозрительное на верхнем небе и т.д. В таком состоянии возможно тревожно-ипохондрическое переживание-беспокойство даже без определенного содержания: «Вот умру от чего-нибудь скоро, как бывает это и с нестарыми людьми! Как будет жена без моей зарплаты выплачивать за кооперативную квартиру?» Усиливается ипохондричность и вследствие различных ситуационных переживаний, и в связи с усталостью. Пубертат, живая молодость, и особенно начальные инволюционные изменения обычно обостряют, «воспаляют» тревожную ипохондричность. К старости

⁸ Шекспир Вильям. Гамлет. Пер. Б.Пастернака. – М.: «Худож. лит.», 1964, с.222-223.

ипохондричность нередко стихает, притом что тревожность по другим поводам (например, за близких) может еще оставаться довольно острой. С возрастом философически умудренные, часто пожилые уже ипохондрики научаются при различных «перебоях», «неполадках» в работе организма с более или менее спокойной покорностью судьбе думать уже о самом плохом, безысходном, а потом радуются, что вот, оказывается, все не так уж плохо и можно еще пожить.

Тревожный ипохондрик, конечно же, прежде всего пугается того в своем здоровье, что «лежит на поверхности» и доступно самоисследованию (можно посмотреть, пощупать) или дает себя знать болями, неприятными ощущениями, нарушениями функции (диспептические расстройства, кашель и т.д.). При этом медицинская начитанность, публикуемые уровни радиации в разных местах города, вообще нынешняя необходимая санитарно-экологическая осведомленность пациента⁹, понятно, расширяют круг его ипохондрий, увеличивают его «ипохондрическое время» (ту часть дня, что он предается ипохондрическим переживаниям). Так, тревожному ипохондрику, который не знает, что встречается, существует рак яичка или рак молочной железы у мужчин, живется гораздо легче, чем тому, кто об этом знает. Полузнание здесь хуже незнания, и это особенно наглядно обнаруживается у пациентов-врачей. Ипохондрик-психиатр обычно не боится шизофрении, а ипохондрик-онколог – рака. Нередко имеет значение и профессиональное вдохновенное мироощущение, чувство долга, смысла своей жизни, в силу которого, например, психиатр не боится умереть от руки душевнобольного, иммунолог – от вирусов, которые исследует, натуралист-путешественник – от укуса змеи.

Тревожные ипохондрики, как правило, несут в себе особую конституциональную почву, благодатную для возникновения побуждающих к ипохондриям различных функциональных и остеохондрозных расстройств. Отсюда склонность, например, к спазмам желудка, кишечника, колебаниям артериального давления, повышенной потливости, повышенному слюноотделению, салоотделению, изжоге, а также к различного рода миалгиям, невралгиям, гиперестезиям, парестезиям. Нередко предрасположены они к функциональному пневматозу желудка и геморрою. Еще С.А.Суханов (1905) отмечал у них склонность к воспалительным заболеваниям носоглотки, эндометритам (у женщин), высокие рефлексы (в том числе коленные).

Практически в представлениях тревожных ипохондриков как бы вообще не бывает пустяковых, несерьезных расстройств, недомоганий. Даже в обычной простуде такой человек нередко насторожен: а вдруг под

⁹ Уместно здесь привести некоторые фрагменты европейских «Десяти заповедей профилактики рака» (эта вырезка из «Литературной газеты» от 8 октября 1986 года хранится у многих ипохондриков): «Женщинам после 30 лет периодически ощупывать свои молочные железы», «обращаться к врачу в тех случаях, когда родинки на вашем теле увеличиваются, изменяют свой цвет или начинают кровоточить», «сообщать лечащему врачу обо всех узелках или уплотнениях, обнаруженных на теле» и т.д.

маской простуды (как это пусть редко, но бывает) началось «что-то похуже».

Многолетний опыт дает возможность кратко рассмотреть здесь основные, чаще всего встречающиеся темы наиболее серьезных, склонных углубляться и затягиваться ипохондрических переживаний.

I. Кожа, подкожная клетчатка, доступная ощупыванию железистая ткань.

1) Боязнь меланомы в случае даже еле заметного воспаления участка кожи с родимым пятном, буквально «микроскопического» изменения цвета родинки, плотности и т.д.

Онкологическая настороженность (как и настороженность в отношении возможного серьезного соматического заболевания вообще у ипохондрика) должна пронизывать внимательностью всякого врача, и в том числе врача-психотерапевта, при всем том, что тревожные ипохондрики довольно часто, по причине прежде всего опять же своей тревожно-ипохондрической конституции, доживают до глубокой ясной старости. Но врачу общей практики, психотерапевту важно все же знать клинику меланомы, как и другого злокачественного заболевания, которое также непозволительно трагически запустить, настолько хорошо, чтобы уметь заподозрить это заболевание, вовремя направить на консультацию к специалисту и в то же время гораздо чаще ответственно заявить пациенту, что нет оснований думать, например, о меланоме, это другое, достаточно безобидное «то-то и то-то». Смолоду мне особенно помогают в этом работы тонкого клинициста-онколога А.П.Шанина. Шанинская онкологическая научная проза поистине отрезвляет, успокаивает и вместе с тем по-деловому настораживает и психотерапевта, и тревожного ипохондрика, «дрожащего» над каждой своей родинкой. Так, например, читаем: «Нужно ли лицам, имеющим врожденные пигментные и непигментные невусы, незамедлительно обращаться к хирургам за активной помощью? Конечно, нет. Как известно, около 90% людей имеют врожденные пигментные или другие невусы, случаи же меланомы встречаются относительно редко. Лица, имеющие пигментные невусы на местах, подвергающихся травме, а также при внезапном увеличении невуса в размерах или усилении его пигментации, должны немедленно обращаться к хирургу для радикального удаления пигментного пятна»¹⁰. В среднем и пожилом возрасте ипохондрики часто принимают за меланому обычно достаточно безобидные старческие бородавки (Verruca Senilis). Для квалифицированной психотерапевтической помощи таким пациентам врачу необходимо знать жизнь старческой бородавки, которая неправильно названа старческой, встречается и у молодых, нередко себорейно блестит, со временем отшелушивается и т.д.

2) Боязнь рака кожи в случае различных язвочек, ссадин, трещин, воспалительных и секреторных кожных расстройств. Тревожный

¹⁰ Многотомное руководство по дермато-венерологии. Т.3. М.: Медицина, 1964, с.644.

ипохондрик, например, пугается нередко даже по поводу *comedo*, и следует внятно, с подробным пониманием микропатологии объяснить ему, что это не рак, не «меланомная родинка», а черная сальная пробка, и вот, в доказательство, даже выдавливаю ее. И тогда ипохондрик облегченно и благодарно смеется над собой, над тем, что вот как у страха глаза велики. Вообще порой он с тревогой спрашивает врача о таких «мелочах», замеченных им у себя на коже, что ставит в тупик даже опытного дерматолога, не вникающего в нюансы здоровой жизни кожи.

3) Боязнь лейкозных лимфатических узлов – обычно на почве безобидных плотных увеличенных узелков вследствие перенесенных воспалительных процессов. Подробно уже описывал это (*Бурно, 1974, 1979*).

4) Боязнь опухоли молочной железы, опухоли яичка и т.д. Бывает, тревожному ипохондрику-мужчине довольно заглянуть, например, в книгу «Рак молочной железы у мужчин»¹¹ и узнать, что такая болезнь есть (хотя встречается и в сто раз реже, чем у женщин) и что даже специалисты часто ее проглядывают, чтобы потом каждодневно годами ощупывать свои соски.

5) Боязнь папилломатоза кожи, который может озлокачиваться. Чаще всего ипохондрик принимает за папилломатоз безопасные роговые кисты – белые угри (*milium*), рассыпанные вокруг анального отверстия или на половых органах. То же самое на коже лица не вызывает обычно тревог, так как это наглядно видится и у многих других людей.

II. Слизистые оболочки, доступные обозрению, ощупыванию.

Это боязнь рака, предрака обозримых ипохондриком слизистых, вызываемая такими обычно несерьезными расстройствами, как вскоре заживающие трещины, эрозии, единичные афты, благополучно рассасывающиеся ретенционные кисты (например, из нунниевой железы с напряженным ее отверстием на нижней поверхности кончика языка, близкие к анальному отверстию геморроидальные узлы и т.д.).

III. Боязнь опухолей костей с постоянным ощупыванием ключиц, грудины и т.д.

IV. Боязнь рака, полипоза гортани в случае простудной охриплости. Боязнь опухоли легкого, которая, как нередко известно ипохондрику, поначалу может никак не давать о себе знать. Кстати, ипохондрики, не основанные на каких-то «находках» на коже и слизистых или на ощущениях в каких-то местах организма (например, кишечный спазм, сердцебиение), обычно имеют иную, психологически понятную, причину (например, известие о раке легкого у родственника, знакомого и т.д.).

V. Боязнь рака желудка, кишечника – особенно в случаях изжоги, усиления аэрофагии со слышной на расстоянии пустой отрыжкой, как и тревожно-ипохондрическая реакция на запор, понос, обострение геморроя

¹¹ *Островская И.М., Островцев Л.Д., Ефимов О.Ю.* Рак молочной железы у мужчин. М.: Медицина, 1988.

и т.д. Внимательный осмотр, тщательная внимательная пальпация органов живота с живым серьезным объяснением-ободрением тут нередко снимает ипохондрию.

VI. Боязнь опухоли головного мозга при функциональных головных болях и особенно при приступах мерцательной скотомы (с ее «зловещей» клиникой), к которой тревожные ипохондрики весьма предрасположены. Мне существенно помогала в психотерапевтической работе с ипохондриками, страдающими мерцательной скотомой (*scotoma scintillans*, *син.* глазная мигрень), представляющая теперь библиографическую редкость книга отечественного офтальмолога С.С.Головина «Клиническая офтальмология»¹². Там приводится замечательно живое клиническое описание этого, чаще всего функционального, расстройства, понятное и не врачу (например, «дрожание, вибрация, напоминающая переливание воздуха в ясный день над горящим костром», «в этой туманности ощущение как бы сверлящей точки, из которой вслед затем развивается сильное мерцание в виде искр, мелких и зигзагообразных линий обыкновенно золотистого цвета»). Но, главное, С.С.Головин отмечает, что мерцательная скотома «в огромном большинстве случаев... представляет невинное страдание, наблюдающееся преимущественно у лиц умственного труда, переутомленных, нервных». Далее автор пишет весьма целебно для ипохондриков: «Лично я также страдал припадками этой болезни, появившимися приблизительно с 25 лет, повторявшимися в типической форме, хотя, большей частью, и без головных болей, то очень часто, то очень редко, и почти совсем прекратившимися в конце 40-х годов моей жизни. Испытанное по собственному опыту ощущение легко позволяло мне диагностировать мерцательную скотому у тех больных, которые своим спутанным описанием вводили в заблуждение других окулистов, заставляя их предполагать начало какого-нибудь более серьезного заболевания, например, глаукомы, зрительного неврита и т.п.» Отмечу здесь, что в молодости также нередко наблюдал у себя это расстройство. Психотерапевтически сильно действует на тревожного ипохондрика врачебное разубеждение, опирающееся на искреннее признание: «У меня есть такая же родинка» или «Со мной тоже подобное бывало» и т.д. В некоторых случаях основательно успокаивает пациента то, что какое-то пугающее его расстройство (к примеру, та же мерцательная скотома) было у любимого писателя, художника. Вот он читает в письме А.П.Чехова А.С.Суворину: «Вчера и сегодня головная боль, начавшаяся мельканьем в глазу, – болезнь, которую я получил в наследство от маменьки»¹³ и облегченно смеется.

VII. Боязнь опухоли спинного мозга, например в случае затянувшегося ишиаса.

¹² Т.1, ч.2, М.-П.: Госиздат, 1923, с.620-621.

¹³ Чехов А.П. Полн. собр. соч. и писем. Письма, т.5. – М.: Наука, 1977, с.49.

VIII. Боязнь психической болезни в случае тревоги по поводу своих душевных трудностей, головокружений, страхов. Если практически во всех вышеуказанных случаях ипохондрик боится смерти, беспомощного мучительного состояния перед смертью, то здесь он боится своей беспомощности в сумасшествии.

IX. Боязнь позорных (венерических) болезней обнаруживается прежде всего у молодых ипохондриков, вспоминающих свои «грехи» (в том числе даже поцелуи). Все больше теперь ипохондрических состояний «спидного» содержания, в которых страх позора соединяется со страхом смерти. Резко увеличилось, к примеру, число таких ипохондрий после того, как в парикмахерских отменено бритье. Брившиеся там прежде ипохондрики впадают ныне в тревожные сомнения по поводу того, что уже, возможно, заражены и приходится теперь мучиться неопределенностью, так как инкубационный период может продолжаться годы.

Указанные выше основные темы «сомневающихся» ипохондрических переживаний, быть может, подскажут молодому психотерапевту, врачу общей практики, к чему тут нужно быть в первую очередь готовым, о каких болезнях следует тут иметь достаточно отчетливое представление, чтобы уверенно говорить о них с ипохондриками. Может сложиться впечатление, что психотерапевт должен одновременно быть тонким, опытным клиницистом в отношении всех этих соматических болезней. Однако, убежден, весьма редко истинный психиатр-психотерапевт способен одновременно к этому, поскольку соматология требует все же иной личностно-профессиональной предрасположенности для проникновения в ее тонкости. Так же редко и опытные знатоки своего дела – хирург, терапевт – способны свободно чувствовать себя в тонком клиническом исследовании сложных личностных переживаний пациента. Но есть важная общая грань у соматолога и психиатра-психотерапевта, где оба они, думается, способны сделаться виртуозами. Это область жалоб, субъективных переживаний соматических расстройств. Погружаясь в непростой мир ощущений, переживаний соматического больного, научившись клинически исследовать этот мир, возможно с достаточно высокой вероятностью заподозрить именно какую-то соматическую патологию или отметить, что все это есть типично ипохондрические переживания. В этой области и следует постоянно совершенствоваться психиатру-психотерапевту, одновременно по возможности совершенствуя и клинический опыт исследования кожи, слизистых, лимфоузлов и т.д. Психиатру-психотерапевту, работающему с ипохондриками, подчеркиваю, важно уметь с соматической (в том числе онкологической) настороженностью заподозрить действительно соматическое заболевание у пациента, чтобы направить его на консультацию к специалисту. И в то же время следует научиться не направлять к специалисту чаще, чем следует, дабы меньше было тревожно-бессонных ночей ожидания результатов анализа, рентгена и

других «ужасов», бесконечных прощаний с близкими, мучительных тревог, например, о том, что трудно будет получить место на кладбище и т.д. В некоторых случаях ипохондрик, охваченный невыносимой тревогой, сам ищет всевозможные (порой дорогие) исследования (гастроскопия, томография и т.д.), «проходит» их, а потом, «заикливаясь», повторяет их до бесконечности («Да, в прошлом месяце не нашли опухоль, ее еще не было тогда, но вдруг она начала расти в этом месяце?»). В таких острых, терапевтически трудных случаях, дабы разорвать безысходно-тревожный круг, остается «глушить» тревогу транквилизаторами или строго предупредить, испугать пациента, что исследования эти небезопасны. Нередко возможно «отрезвить» таких ипохондриков, объяснив им со смехом комичность их положения, попросив представить, что было бы, если бы все люди на Земле стали такими тревожными и каждый день вот так обследовались. В конце концов, можно и «с душой» накричать на пациента, дабы он успокоился, сообразив, что на «обреченных» так все-таки не сердятся.

Итак, помощь врача при достаточно выраженных болезненных сомнениях прежде всего заключается в том, чтобы квалифицированно разъяснить пациенту, что у него нет оснований думать о чем-то страшном для него. Сомнение требует разъяснения и излечивается им. И тут существенно поможет тот, кто, во-первых, достаточно хорошо разбирается в патологии и в здоровых соматических и душевных особенностях, по поводу которых возникают разнообразные ипохондрические переживания, и, во-вторых, умеет сердечно-толково, добросовестно-терпеливо, порою с выразительной шуткой – разъяснять. При этом важно не просто быть терпеливым, а испытывать достаточно глубокое сочувствие к пациенту, понимать его душу, его человеческую ценность. Не следует забывать, что ипохондричность, как правило, не есть самое существо этих людей, что эти тревожные, дефензивные пациенты одновременно часто отличаются глубокой, обостренной нравственностью, что они и в общественной, моральной жизни также «слишком мелко» (вспоминая «Гамлета»), с щепетильной совестливой тревожностью рассматривают различные важные вопросы. Жизнь для многих из них есть тревожная мука не только в ипохондрическом, но и в нравственном отношении. Сегодня такой человек тревожно рассматривает свою кожу, часами «ощупывает» языком слизистую рта в поисках «опухолей», а завтра мучается нравственно от подробной жалости к кому-то, старается помочь многим нуждающимся в его помощи, чтобы меньше мучиться. Эти люди нередко боятся смерти, так как опасаются не успеть выполнить свой жизненный долг, не успеть совершить в жизни свои общественно-полезные дела, к которым тянутся. Таким образом, тревожная ипохондричность во многих случаях, отнимая немалое время, побуждает и много работать, как только полегче, чтобы отвлечься от тревожных мыслей, побуждает неустанно совершенствоваться в творчестве и добрых

делах. Должно разъяснить это нашим неуверенным в себе пациентам, поскольку порою сами они этого не осознают. Освободить (нередко в считанные минуты) этих рабов тревоги, рабов тревожных сомнений (хоть на день-другой) от тягостного состояния и тем вернуть их к их часто высокополезной для людей работе – есть благородное врачебное дело, и врач часто даже не знает, какую бесценную помощь приносит всякий раз ипохондрику, снимая с него зловещий груз болезненных сомнений.

Попытки лечить тревожных ипохондриков с болезненными сомнениями психоанализом обычно встречают недоумение, досаду у большинства этих пациентов, реалистически ясно чувствующих, что беда их коренится в их врожденном тревожно-сомневающимся характере. Не помогает здесь обычно и священник, сообщающий страдальцу, что сомнение – зло. Вообще истинный аутист редко бывает ипохондриком, так как обычно чувствует свой дух частицей бессмертной Гармонии, Красоты, Истины, Бога, и ему легче примириться с разрушением смертью своей телесной «коробки».

Конечно же, разъяснять, разубеждать здесь следует по-разному – в зависимости от особенностей душевного склада тревожного ипохондрика. Рассудочным, склонным к подробному анализу, с тревожной «заковыристостью» мысли приходится все «разжевывать до последней черточки», показывать иллюстрации в медицинских атласах и т.д. Пациента, не склонного к анализу, но с бушующей эмоциональностью, надобно как-нибудь рассмешить и тем самым «сдвинуть», ослабить его аффективную ипохондрию. Если это не удастся, то возможно далее попробовать довести его, измученного тревогой, зловеще-юмористическими предположениями до последнего, фантастического ужаса, дабы наконец он отрезвел, быть может, рассмеялся. Пациенту, также не склонному к анализу, тщательной аргументации, а просто тревожно-мнительному, даже пугающемуся «ученых объяснений», проведем лечебное внушение в бодрствующем состоянии или в гипнозе. Пациенту с абстрактно-философским складом ума начертим близкую его отношению к жизни схему, график, представим ему абстрактную концепцию, объясняющую его трудности, и т.д. – и все это его более убедит, нежели житейски-трезвое разъяснение, подобно тому как для ребенка понятнее, органичнее будет разъяснение сказкой. Одним ипохондрикам посоветуем творческую работу наедине с собой, другим – быть занятым с утра до вечера на людях, чтобы не оставалось времени для тревожных сомнений, или дома пусть постоянно трудится по хозяйству.

Нередко объясняю пациенту, что во время сильной тревоги он искаженно-панически воспринимает свои обыкновенные прыщики и этот же прыщик у другого человека увидел бы обычно безопасным, без всякой неясной тревожной «возможной злокачественности». Обучаю отрезвлять себя от тревожной затуманенности, например, заучиванием пяти классических признаков воспаления (Цельзус, Гален) по-русски и по-

латыни: краснота (rubor), припухание (tumor), боль (dolor), повышение температуры (calor) и нарушение функции (functio laesa). И тогда ипохондрик в тревожной охваченности, когда у страха большие и неверные глаза, старается проникнуться этим чеканным древним и сегодняшним научным положением, твердит его себе, наглядно проверяет на своем прыщике все эти признаки и успокаивается определенностью, знанием.

И врач общей практики, и психотерапевт, работающий в поликлинике, в соматической больнице, способны по условиям своей работы помогать ипохондрикам в основном симптоматически, как принято говорить в мире – психотерапевтически-краткосрочно (short-term, brief psychotherapy). Однако возможно краткосрочно применить и элементы *терапии творческим самовыражением* – сложного метода, предназначенного для углубленной помощи дефензивным пациентам, в том числе и с ипохондрическими расстройствами (Бурно, 1989). Существо указанного метода в его полном виде состоит в том, что пациенты в течение нескольких лет на специальных занятиях в уютной обстановке (групповых, наедине с психотерапевтом, домашних) изучают свои и иные характерологические особенности, расстройства, для того чтобы познать себя, других, возникшей определенностью рассеять туман тревожной растерянности по поводу того, что с ними происходит в их жизни, и, главное, понять-прочувствовать достаточно глубоко себя (в сравнении с другими) в творчестве (в самом широком смысле этого слова). Таким образом помогаем пациенту осознать-нащупать, открыть собственный, сообщающий истинное вдохновение, осмысленный путь в жизни и увлеченно укрепиться на этом пути. Все это невозможно без усердной работы в группе творческого самовыражения и углубленного чтения. И тогда, в стойкой творческой одухотворенности, в обогащенной и укрепленной жизненным смыслом душе ослабевает изначальная, конституциональная тревога – и в том числе склонность к ипохондрическим образованиям. Яркое ощущение, осознание своего смысла жизни как бы поднимает ипохондрика над тревогами, у него теперь есть что-то, что выше, главнее жизни, и он уже не так боится смерти. В тонкой, достаточно строгой управляемости сложных психотерапевтических воздействий от особенностей личности, клиники, дабы врачебно и здесь помочь Природе защищаться совершеннее, заключается научно-клиническое существо терапии творческим самовыражением. Терапия творческим самовыражением проникнута клиническим, диалектико-материалистическим строем мысли. Но пациенты идеалистического склада могут потянуться в процессе лечения к иной целебной духовности – например, религиозной, экзистенциальной.

В краткосрочной психотерапевтической работе, конечно, возможно использовать лишь отдельные симптоматические моменты терапии творческим самовыражением, пытаюсь (по возможности дифференцированно) побуждать пациентов к самопознанию в творчестве

(индивидуально и в группе). Есть два тесно связанных между собой общих момента в терапии творческим самовыражением, которыми возможно кратко (уже после того как разъяснением сняли ипохондрию), благотворно-отрезвляюще воздействовать на любого тревожного ипохондрика со страхом смерти. Первый. Говорим ипохондрику примерно так. Вот ушла ваша очередная ипохондрия, но остается почва, на которой могут с легкостью вырасти другие ипохондрические цветы. И эта почва есть ваш тревожный характер, в котором таится повседневный и довольно острый страх смерти. Посмотрите вокруг себя – как много пациентов, врачей, медсестер, санитарок здесь в поликлинике! И сколько совсем неизвестных нам людей идут по своим делам за окном... Вон березы, собака бежит, это шотландская овчарка. Так вот, если б возможно было волшебным образом повернуть сейчас рычаг времени лет на четыреста, никого – ни людей, ни собаки – не останется в живых. Все будут новые люди, другие березы, собаки. И вы разве хотели бы таким ихтиозавром жить среди них в полном смысле – как живой состарившийся человек – через четыреста лет? Конечно же нет. Так уж мы устроены, и жизнь (какой бы долгой она ни была) есть мгновение. Остается дорожить сегодняшним днем и благодарить судьбу за то, что вообще родился. Ведь никогда еще не родился и не родится такой точно человек, как вы или я, с такими в точности особенностями, душевными и телесными. Из этого, первого, момента естественно выходит второй. Что остается нам делать? Остается жизненно, творчески, во имя добра всячески выражать себя и надеяться, что доживем в этом благотворном целительном вдохновении до глубокой старости. Для того чтобы не впадать так часто в тревоги, ничего не остается, как осмысленно, оперевшись душой на смысл своей жизни, делать людям хорошее и этим жить. Помните, как об этом сказано в чеховском «Крыжовнике»? Итак, важно осмысленно делать свое, пусть малое, но доброе дело, наполняющее душу светом, а смерть, болезни, которые придут когда-то, – это от нас не зависит. И пока не проникнитесь *своим* смыслом, *своей*, именно *своей* личностной жизненной дорогой или тропинкой, – все будет путаница-каша в душе, чувство никчемности своей, несостоятельности, тревога, выливающаяся в тревожные ипохондрии. Тревожная «каша», неопределенность по-настоящему уходит только от непрекращающегося творчества¹⁴, вносящего в душу стойкую, осмысленную определенность, поскольку всякое творчество есть духовный поиск себя самого для других.

ЛИТЕРАТУРА

Бурно М.Е. К амбулаторной психотерапии психастеников // Вопросы клиники и современной терапии психических заболеваний. Материалы научно-практической конференции врачей

¹⁴ Творческое вдохновение (Творчество) есть Любовь (в узком и широком смысле), и Любовь как радостная встреча с собою для нее (для него) есть Творчество.

- психоневрологических учреждений г. Москвы / Под ред. М.Ш.Вольфа и О.В.Кондрашковой. – М., 1970. – С.209-211.*
- Бурно М.Е. К вопросу о психастенических болезненных сомнениях и психотерапии при них // Вопросы психотерапии. Сб. научн. тр., вып.3 / Под ред. Г.В.Морозова и М.С.Лебединского. – М.: Изд. ЦНИИСП им. В.П.Сербского, 1972. – С.243-246.*
- Бурно М.Е. К психической саморегуляции психастеников с ипохондрическими ощущениями // Психическая саморегуляция. Сб. научн. работ, вып.2 / Под ред. А.С.Ромена. – Алма-Ата: Изд. Каз. гос. ун-та, 1974а. – С.126-128.*
- Бурно М.Е. К уточнению клинического понятия «психастеническая психопатия». Краткая история и современное состояние вопроса // Журн. невропатол. и психиат. им. С.С.Корсакова, 1974б. – Т.74, № 11. – С.1736-1742.*
- Бурно М.Е. Психотерапия психастении // Руководство по психотерапии / Под ред. В.Е.Рожнова. – М.: Медицина, 1974в. – С.177-189.*
- Бурно М.Е. Психотерапия психастенической психопатии // Руководство по психотерапии / Под ред. В.Е.Рожнова. Изд. 2-е, доп. и переработ. – Ташкент: Медицина Узб. ССР, 1979. – С.137-143.*
- Бурно М.Е. К психотерапии психастенической ипохондрии // Психогенные и психосоматические расстройства. Тезисы Научной конференции. Часть 2. – Тарту: Изд. Тартуского гос. ун-та, 1988. – С.369-371.*
- Бурно М.Е. Терапия творческим самовыражением. – М.: Медицина, 1989.*
- Бурно М.Е. Трудный характер и пьянство. – Киев: Выща шк., 1990.*
- Ганнушкин П.Б. Психастенический характер // Современная психиатрия, декабрь 1907. – С.433-441.*
- Гиляровский В.А. Психиатрия. Руководство для врачей и студентов. 2-е издание. – М.-Л.: Госиздат биологич. и медиц. лит-ры, 1935.*
- Ковалев В.В. Сверхценные образования и их роль в психопатологии детского возраста // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С.Корсакова, 1974. – Т.74, № 10. – С.1519-1525.*
- Матвеева Е.С. Сравнительное изучение психопатологии и динамики навязчивых сомнений в клинике пограничных состояний и вялотекущей шизофрении. Дисс. канд. М., 1972.*
- Осипов В.П. Курс общего учения о душевных болезнях. – Берлин: РСФСР Госуд. изд-во, 1923.*
- Суханов С.А. Семиотика и диагностика душевных болезней. Часть 2. – М., 1905.*
- Суханов С.А. Патологические характеры. – СПб., 1912.*
- Франкл В. Человек в поисках смысла / Пер. с англ. и нем. – М.: Прогресс, 1990.*
- Friedman M. Zur Auffassung und zur Kenntnis der Zwangsideen und der isolierten überwertigen Ideen // Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatric. Originalien. Bd.21 / Herausgegeben von A.Alzheimer,*

- R.Gaupp, M.Lewandowsky, K.Wilmanns. – Berlin: Springer, 1914. – S.333-450.*
- Pick A. Zur Psychopathologie der Neurasthenic // Archiv für Psychiatric und Nervenkrankheiten, 1902, Band 35, Heft 2. – S.393-402.*
- Schneider K. Die psychopathischen Persönlichkeiten. 4 Auflage. Wien, 1940.*
- Weitbrecht H.J. Psychiatric im Grundriss. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 1968.*
- Wernicke C. Über fixe Ideen // Dtsch. med. Wschr., 1892, Bd.25. – S.581.*
- Westphal C. Über Zwangsvorstellungen // Berliner Klinische Wochenschrift, 1877, № 46-47.*