



ЕКАТЕРИНА САМОЙЛОВА
ЕВГЕНИЙ ЧЕРНОСВИТОВ

ОБЩАЯ
ПСИХО-
ПАТОЛОГИЯ

Евгений Черносвитов

Общая психопатология. Том 2

«Издательские решения»

Черносвитов Е.

Общая психопатология. Том 2 / Е. Черносвитов — «Издательские решения»,

ISBN 978-5-44-748368-5

Книга написана для профессионалов — философов, врачей, психологов. А также для студентов, которые читали Эсхила, Софокла и Еврипида, Достоевского, Габриеля Гарсия Маркеса и Хорхе Луиса Борхеса. Это первая книга по данной теме, вышедшая после одноименного труда Карла Яспера в 1913 году.

ISBN 978-5-44-748368-5

© Черносвитов Е.
© Издательские решения

Содержание

Часть 4. Феноменология общей психопатологии. Соматика	6
Глава 1. Сердечно-сосудистые заболевания	6
А) Внутренняя картина болезни	6
Б) Жалобы больных с невротическими и невротоподобными состояниями с точки зрения общей психопатологии (на материале общесоматического стационара)	10
В) Феноменология невротических и невротоподобных состояний у больных острым инфарктом миокарда	13
Г) Феноменология общей психопатологии при сердечно-сосудистых заболеваниях	17
Конец ознакомительного фрагмента.	30

Общая психопатология

Том 2

Екатерина Самойлова
Евгений Черносвитов

Под редакцией
доктора медицинских наук, профессора
Тамары Амплиевны Доброхотовой
и доктора исторических наук
Марины Альфредовны Черносвитовой.
На обложке картина Павла Юрьевича Черносвитова.

Дизайнер обложки Оксана Яблокова
Художник Павел Черносвитов

© Екатерина Самойлова, 2023
© Евгений Черносвитов, 2023
© Оксана Яблокова, дизайн обложки, 2023

ISBN 978-5-4474-8368-5
Создано в интеллектуальной издательской системе Ridero

Часть 4. Феноменология общей психопатологии. Сома

«Человек-растение... Сорняки это то, что хочет быть цветами
или плодоносить!»
(навеяно просмотром фильма «*La Naissance du jour*»)

Глава 1. Сердечно-сосудистые заболевания

А) Внутренняя картина болезни

«Внутренняя картина болезни» – древнее понятие. Его можно встретить и во врачебных записках Жюльен Офре де Ламетри, и у С. П. Боткина, особенно у врачей разных стран и школ в XX-ом веке. Для одних «внутренняя картина болезни» это то, что отражается в жалобах больного (Ламетри). Для других, это «понимание своей болезни» (С. П. Боткин). Взгляды авторов XX-го века обобщил советский психолог Р. А. Лурия в книге «Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания», которая вышла несколькими изданиями. (См. 13-е издание. М. 2002 г.). Большинство авторов (врачей и психологов) признают, что внутренняя картина болезни зависит от преморбидных особенностей личности, ее компенсаторных и психологически защитных механизмов, характера возникновения и течения заболевания и факторов социального окружения, в котором оказывается больной. По существу, со знакомства с внутренней картиной болезни и начинается процесс лечения. Концепция «внутренней картины» болезни наиболее адекватно раскрывается через категорию отношения больного к самому себе, заболеванию и ближайшему окружению.

Есть клинико-психологический анализ жалоб больных, как обращение к непосредственно-достоверному, субъективно значимому материалу. Этот анализ и обнаруживает внутреннюю картину болезни. В нем, естественно, доминирует *симптоматический* и *синдромологический* подходы и к больному, и к болезни. Ниже, приводя в качестве примеров истории болезни, мы это покажем.

Есть феноменологический анализ Общей психопатологии того или иного заболевания. При этом феномены имплицитно содержат и все, «участвующие в болезни» психофизиологические характеристики больного. Это не только «преморбид», но и *stigma, pathos, nozos, character, vercion, habitus et cetera, et cetera*.

Как в первом случае, так и во втором случае, за основу берется такая константа больного человека, как *жалоба*. Здесь мы представим жалобы больных с невротическими и невротоподобными состояниями, которые прошли курсы лечения у нас в общесоматическом стационаре. Первое заключение о феноменологии Общей психопатологии *внутренней картины болезни* было сделано на основании и обследованных и пролеченных 3660 больных. Соотношение мужчин и женщин было одинаковым. Больные были с различными соматическими заболеваниями. Сердечно-сосудистая патология выявлена у 1200 больных (600 больных гипертонической болезнью 11 стадии и 600 – ишемической болезнью сердца – ИБС), желудочно-кишечная патология – у 1300 (750 – с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки и 550 – с хроническим неспецифическим колитом), патология дыхательной системы – 1160 (600 больных бронхиальной астмой, 560 – хронической пневмонией). Возраст пациентов в момент обследования варьировал от 25 до 60 лет.

Выяснение корреляций между различными соматическими заболеваниями и сопутствующими им Общими психопатологическими феноменами, особенно на ранних стадиях рас-

стройств, является возможным, как в отношении своевременной и правильной диагностики, так и – проведения адекватной терапии, в том числе психотерапии. Нечеткость синдромологической структуры и скорее универсальность симптоматики психопатологических состояний, встречающихся в общесоматической клинике, маскированность и соматизация психопатологических явлений, с одной стороны, и высокий удельный вес в их патогенезе субъективного фактора, с другой стороны, заставляют искать объяснение этих корреляций в преморбидных особенностях личности.

Клиническое проявление взаимосвязи между соматическими расстройствами и сопутствующими им Общими психопатологическими феноменами анализировалось преимущественно по нозологическому признаку. Но учитывая, что синдромологическая картина самых различных заболеваний (сердечно-сосудистых, желудочно-кишечных, мочеполовых, дыхательной системы и др.) и связанных с ними психопатологических расстройств, подчас одна и та же. И, ограничивается теми или иными ведущими симптомокомплексами. Поэтому, представляется целесообразным изучение этих корреляций на синдромологическом уровне. Это особенно наглядно, когда ведущим синдромом выступает не какой-нибудь психопатологический симптомокомплекс (астенодепрессивный, тревожно-фобический, истероипохондрический, тревожно-ипохондрический, обсессивно-фобический), а «стойкий болевой синдром» в структуре нечетко выраженных астенических, депрессивных, тревожных, ипохондрических или фобических явлений.

В настоящее время в самых различных областях клиники все больше внимания уделяется преморбидным особенностям личности. В этом, не только проявление новой качественной определенности клинического подхода к больному человеку, но выражение специфики выяснения «внутренних условий», в которых возникает и реализуется болезненный процесс.

В преморбидных особенностях отражаются два момента:

- 1) то, что предшествует возникновению заболевания,
- 2) то, что способствует его возникновению и развитию.

В преморбиде обращает на себя внимание еще одна важная сторона – определение границы «нормы» и «патологии».

Итак, в преморбидных особенностях личности можно выделить следующие моменты:

- 1) то, что предшествует заболеванию и способствует его возникновению;
- 2) психосоматическое единство, проявляющееся клинически в наличии коррелятов между соматогенными и психогенными явлениями в психическом статусе;
- 3) отсутствие резкой границы между психической нормой и психосоматическим дисбалансом (М. В. Коркина, 1983);
- 4) преморбид, как выражение биологической предрасположенности (почвы) к тому или иному соматическому заболеванию.

Для большинства работ, касающихся выяснения взаимоотношения преморбидных особенностей личности и психопатологических расстройств, характерных для различных заболеваний, важно нечто общее. А, именно: описываемые преморбидные особенности часто оказываются теми или иными редуцированными синдромами или отдельными симптомами, «проецированными» на доболезненные особенности личности. В связи с этим возникает весьма сложный вопрос о дифференцировании «преморбида», «постморбида» и состояния личности (по психическому статусу) в межприступный период. Ответов на этот вопрос, как и освещения этой проблемы, в доступной нам литературе мы не обнаружили. Отсутствие ясных взглядов на возможность четкой дифференцированности между преморбидом и постморбидом, частично отражает саму природу преморбидного состояния, имеющую неустойчивый характер к условной психической «норме».

Таким образом, анализируя проблему взаимосвязи преморбидных особенностей личности и психопатологических явлений, при самых различных заболеваниях, психических и сома-

тических, и на самых разных стадиях патологического процесса, мы вплотную подходим к необходимости исследовать эти корреляции с клинических позиций, не теряя из виду Общую психопатологию. И все – в аспекте знания психологической структуры личности, предшествующей болезни, но ясно обнаруживающей свои особенности лишь на начальных стадиях заболевания.

«Понятие невротии тесно примыкало к понятию нервно-психической дегенерации... При таком понимании невротия представляет собой на вегетативной (соматической) почве то, чем является психопатия в области аффективно-волевой, то есть в сфере поведения человека как члена общества» (Иоганнес Генрих Шульц (Schultz, Юрий Владимирович Каннабих). Такое представление о соматогениях позволяло заявить, что «психиатрия теперь вовсе не учение о „помешательстве“, а учение обо всех патологических реакциях человеческой психики и давно уже вышла из башен сумасшедших домов в повседневную жизнь». (Они же) Да, лучше о знамени Общей психопатологии и не скажешь! Нужно только добавить, что к «патологическим реакциям человека» великие психиатры отнесли также преступность. В русле этого Общей психопатологии, клиницисты-психиатры развивали также концепцию «невротической конституции». Это предшествовало Общей психопатологии К. Ясперса.

Правда, вскоре, термин «невротия» был заменен термином «неврастения». Развитие представлений о неврастении пошло по направлению, сближающему ее с «конституциональной (врожденной) нервностью». «Конституциональная нервность» и «неврастения» сразу же стали популярными, ибо «неврастеники», как люди с «конституциональной нервностью», выходили из сферы компетенции психиатров в область общей медицины и, в определенном смысле, социокультурных отношении» (Николай Михайлович Попов). Вместе с тем, во взглядах на «конституциональную нервность» вслед за Освальдом Бумке, все четче отделились стороны представления о «биологически выявленной социальной несостоятельности личности». То есть, идеи биологического и социокультурного вырождения.

Таким образом, в истории становления взглядов на неврозы и клинически сходные с ними неврозоподобные состояния, наряду с медико-биологическим подходом, значительную роль играли различные концепции, вульгаризирующие социокультурные закономерности, влияющие на жизнедеятельность человека. Но, это не относится к Общей психопатологии.

Функциональное расстройство может «маскировать» собственно психопатологическую симптоматику. Некоторые авторы считают, что неврозоподобные состояния с выраженными функциональными расстройствами, являются не этапом развития соматической болезни и не формой проявления невроза, а самостоятельной нозологической единицей – «псевдоневрозом». Действительные трудности – в дифференциальной диагностике психогенных и соматогенных неврозоподобных состояний, в которых ведущим синдромом выступает функциональное расстройство той или иной системы организма. Их преодоление актуально не только в теоретическом, но и, прежде всего, в практическом плане. Например, для решения такой важной в практике повседневной работы психиатра общесоматического стационара задачи, как прогнозирование, профилактика и определение инвалидизации. На это, как на первостепенную задачу указывали выше названные психиатры.

К психосоматической проблеме относится также важный вопрос, какова взаимосвязь определенных характерологических особенностей человека с возникновением того или иного соматического заболевания? Сердечно-сосудистого, ИБС, или, например, язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Обратной стороной этого вопроса, является зависимость типологических свойств личности больного от нозологической формы соматической болезни. И, более того, конкретной локализации болезненного процесса. Какова структура неврозоподобного состояния (на самом деле феноменов Общей психопатологии) при этом? Например, соотношение астении, депрессии, тревоги, страха, тоски, эйфории и т. д. Как структурируется

направленность и глубину воздействия болезни на личность? (Наталья Александровна **Смольникова**).

Психосоматический подход к болезни может строиться на определении фундаментального звена в цепочке патогенетических явлений. То есть, как феноменология Общей психопатологии. Так, в психосоматической основе сближаются клинически различные феномены – астения, депрессия и сенестопатия. Если при этом внимание больного фиксирует снижение «жизненного тонуса», то диагностируется астения. Если же – момент снижения настроения, то клинически выявляется депрессия. При общей ипохондричности, когда больной фиксирован на нарушении «гармонии общего чувства», то, вскоре, возникают сенестопатии или клинически схожие с ними тягостные, мучительные и болезненные ощущения, связанные с работой того или иного органа: сердца, печени, желудка, кишечника, мочевого пузыря и др..

Перед психиатром, работающим в общесоматическом стационаре, постоянно возникают вопросы, что это?

- 1) «Личностная реакция на болезнь или заболевание соматогенно обусловленное?»
- 2) «Невротическое расстройство, вызванное психогенной причиной или начало соматического заболевания на этапе функциональной патологии, когда еще неизвестна органическая основа болезни?»
- 3) «Каковы механизмы маскирования психопатологических пилений грубыми функциональными расстройствами?»
- 4) «Каковы механизмы маскирования соматической патологии выраженными невротоподобными явлениями?»
- 5) «Каковы патогенетические взаимоотношения между „психогенной“, „преморбидной“ и „соматогенной“ сторонами невротоподобного состояния?»
- 6) «Соответствуют ли границы нормы и патологии – „пределам“ личностной реакции и явным признакам болезни, особенно, в инициальный период соматической болезни?»

Выбор нами больных не случаен, с точки зрения Общей психопатологии. Это, следующие болезни: ИБС, гипертоническая болезнь, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, хронический неспецифический колит, хроническая пневмония, бронхиальная астма, хронические аднекситы, бесплодие I – II стадии, дисфункции яичников, опущение стенок влагалища, хронический простатит, стойкие цисталгии. Именно эти больные общесоматического стационара в первую очередь нуждаются в специализированной психиатрической помощи. А, психиатры – в знании Общей психопатологии.

Сферы психогении мы распределили по следующим группам:

- 1) Микросоциальный конфликт – 63% (производственный – 23%, бытовой – 40%)
- 2) Межличностный конфликт – 37%, принимающий форму «психологической несовместимости» (в трудовом коллективе – 17%, в семье – между супругами – 10%, между «отцами и детьми» – 10%. Конечно, это разделение весьма условно и основывается на содержании психотравмирующих переживаний. При глубоком психологическом анализе, к тому же, нередко обнаруживается, что наиболее актуальным моментом всех психогений является внутрличностный конфликт.

На основании нашего клинического опыта работы в общесоматическом стационаре мы выделили следующие критерии необходимости специализированной психиатрической помощи соматическим больным:

- 1) наличие жалоб на соматическое недомогание при отсутствии актуальной соматической патологии;
- 2) несоответствие жалоб обнаруженной соматической патологии или чрезмерная утрированность жалоб, по отношению к имеющимся органическим нарушениям.
- 3) Резистентность жалоб основному соматотропному лечению, возникающий и нарастающий «разрыв» между купируемой соматической патологией и некупируемыми жалобами.

4) наличие выраженных невротоподобных явлений: эмоциональной лабильности, тревоги, страха, колебания настроения, стойкой бессонницы, общего недомогания, болезненных фиксаций и т. д.

5) Игнорирование явной соматической патологии (например, обострения ИБС с частыми стенокардическими приступами или язвенной болезни) за счет утрирования жалоб иного функционального характера (например, на расстройство менструального цикла, бесплодие или болезненные эрекции); 6) «утрата» трудоспособности, при купировании соматической патологии.

Это только «нюансы» невротоподобных феноменов, вызвавших их «пограничных ситуация» в Общей психопатологии.

Б) Жалобы больных с невротическими и невротоподобными состояниями с точки зрения общей психопатологии (на материале общесоматического стационара)

Невротические и невротоподобные состояния были наиболее выражены у лиц среднего и пожилого возраста. Длительность соматического заболевания до 1 года отмечена у 1250 человек, более 5 лет – у 1200, более 10 лет – у 1210 больного. В момент обследования все соматические заболевания были в стадии обострения. У 1330 больных диагностировались невротические состояния с выраженным психогенным компонентом, не находящимся в прямой связи с основным заболеванием и по времени предшествующим его обострению (служебные конфликты – у 730 больных, бытовые – у 600). В 2330 случаях отмечались невротоподобные соматогенно обусловленные расстройства, без выраженного психогенного фактора. Разделение на невротические и невротоподобные состояния в определенной степени условно, ибо в каждом случае выявлялись и психогения (например, в качестве реакции на соматическое заболевание и связанные с ним личностно-социальные проблемы), и соматогения (заболевание приводило к астенизации личности).

При указанных соматических заболеваниях были выделены следующие синдромы: астенодепрессивный – у 790 больных, тревожно-фобический – у 730, тревожно-ипохондрический – у 710, истероипохондрический – у 730, обсессивно-фобический – у 700 больных.

Во всех случаях учитывались преморбидные особенности личности и соответственно выделились следующие типы акцентуаций: истерическая – у 570, циклотимическая – у 610, аффективно-неустойчивая – у 570, тревожно-мнительная – у 650, астеническая – у 5500, эпилептоидная – у 310, паранойяльная – у 210, шизотимная – у 19 больных. В 2400 наблюдениях период катамнеза составил 2—3 года, в 1260 случаях – 4—5 лет.

Были выделены 4 типа жалоб, которые были определены как *конкретно-чувственные, аффективные, концептуализирующие, оценочно-эстетизирующие*.

Жалобы конкретно-чувственного типа касались «неприятных», «тягостных», «болезненных», «мешающих», «мучительных» ощущений. Они легко объединялись одним словом – «боль» и всегда четко локализовались в той или иной области (голове, за грудной, под лопатками, в эпигастральной области и т.д.). Эта боль была всегда конкретной. В жалобах больных никогда не отмечалось вычурности или нелепости, они хорошо вербализовались и всегда четко обозначались («жжение», «похолодание»). Жалобы не сопровождались выраженными аффектами, в них отсутствовали элементы сверхценности и навязчивости. Вместе с тем больные, очерчивая жалобы, стараются до деталей и нюансов передать то, что чувствуют, и придают этому особое значение. Однако при этом они никогда не прибегают к какому-либо рода домыслам и не требуют от врача объяснений, почему они испытывают эти ощущения. Пациенты легко забывают о своей болезни (даже если соматическое заболевание протекает тяжело), как только их перестают мучить эти ощущения (купируемые медика-

ментозно-седативными, транквилизирующими препаратами или анальгетиками, а также при помощи психотерапии). Больные, как правило, хорошо дифференцируют эти неприятные ощущения с истинными болями, связанными с обострением соматического заболевания (например, со стенокардической болью при ишемической болезни сердца (см. ниже) или эпигастральной при язвенной болезни желудка). Больные с жалобами конкретно-чувственного типа легко вступают в контакт, вполне доступны общению, охотно беседуют на различные темы, когда отвлекаются от своих неприятных ощущений. Эти больные мало интересуются своим заболеванием, не обнаруживают никакой осведомленности в нем, не выражают явного беспокойства по поводу лечения и исхода болезни. Они соглашаются на любые терапевтические процедуры и часто не знают, какими лекарствами их лечат. Врача они, как правило, просят об одном – избавиться от этих мучительных ощущений. Данные больные нередко страдают расстройствами сна: больные долго не могут уснуть, так как «боль» усиливается именно перед засыпанием, часто просыпаются ночью. Неприятные ощущения при этом иногда «чрезвычайно интенсивны». Однако они быстро купируются анальгетиками или транквилизаторами. Неприятные ощущения усиливаются и в период просыпания утром, но при этом больные редко испытывают ощущение разбитости и общее недомогание. Они, как правило, отмечают, что сон все-таки принес бодрость и свежесть и «если бы не боли», можно было бы считать себя вполне здоровым». Следует еще раз подчеркнуть, что истинные боли, связанные с основным соматическим страданием, никогда не бывают столь «чувственно насыщенными», как эти мучительные ощущения: первые «можно терпеть», вторые «нельзя, ибо они изматывают». Клинико-психологический анализ, тщательное феноменологическое изучение высказываний больных с конкретно-чувственными жалобами не позволили найти какие-либо основания для разделения невротических (психогенных по преимуществу) и неврозоподобных (соматогенных) ощущений. Во всех случаях (при самых различных заболеваниях и преморбидных особенностях личности) они были достаточно однообразными.

Жалобы аффективного типа в отличие от описанных выше носят скорее абстрактный характер и часто выражаются одним словом «плохо» («плохое настроение», «плохое самочувствие», «плохой аппетит», «плохой сон», «плохое лечение» и т.п.). Часто больные жалуются на «общее недомогание», «какой-то дискомфорт», «общую слабость», «разбитость», «отсутствие свежести и бодрости». Часто это «плохое состояние» раскрывается как «какое-то общее беспокойство», «какая-то внутренняя дрожь», «внутренняя скованность», «душевная тяжесть», «постоянный неопределенный страх», «предчувствие чего-то неприятного и мучительного» и т. д. Внешне больные производят впечатления неусидчивых, беспокойных, несобранных, внутренне напряженных или испуганных, активно ищущих помощи. Они всегда стремятся к контакту, обнаруживают полную доступность. Тем не менее в общении они трудны, ибо требуют к себе особого внимания. К советам врача они, как правило, не прислушиваются. Именно в силу этой невнимательности больные не знают хорошо ни свое заболевание (даже если страдают им много лет), ни проводимое лечение. Тем не менее они всецело поглощены «своим плохим состоянием» и просят «избавить» от него. Их трудно переключить на постороннюю тему, но и само заболевание, которым они страдают, для них «посторонняя тема». Они впечатлительны и внушаемы, но ненадолго. В жалобах на плохое самочувствие у них часто обнаруживаются нестойкие фобии (канцерофобия, кардиофобия, страх приступов удушья и т.д.). Такими же нестойкими могли быть и некоторые навязчивости. Несмотря на жалобы на «плохой сон» или «плохой аппетит», данные больные объективно редко обнаруживают расстройство того и другого. Как и в 1-й группе, жалобы при невротических и неврозоподобных состояниях были весьма схожи и весьма субъективно значимы в отличие от клинических явлений, сопровождающих основное заболевание (так даже приступ желудочно-кишечной колики при язвенной болезни или приступ удушья при бронхиальной астме

не вызывают того беспокойства, какое обнаруживается при «общем недомогании», обозначаемом словом «плохо»).

Жалобы концептуализирующего типа отличались склонностью к концептуализации переживаний в некое представление о «болезни» и в буквальном смысле не были жалобами. Такие больные сразу же говорят врачу свой диагноз, как правило, предполагая у себя тяжелое заболевание (единицы создают концепцию, отрицающую у них болезнь, даже острый инфаркт миокарда или перфоративную язву желудка). Они свободно манипулируют медицинскими терминами, выявляют определенную эрудированность в медицине. Так, на обычный вопрос, что их беспокоит, они отвечают: «Атеросклероз с коронарокардиосклерозом и хроническая ишемическая болезнь сердца с частыми приступами стенокардии при физических и эмоциональных нагрузках» или «язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки с деформацией луковицы» и т. п. Иногда они определяют свой недуг одним словом «сердечная», «нервная», «склеротическая», «астматическая» болезнь или просто «общее заболевание», «истощение нервной системы». В своих жалобах эти больные развертывают законченную концепцию болезни, в которой логически правильно укладываются «причины», «механизмы», «исходы» заболевания, о котором у них сложилось собственное представление. Ими же предлагаются и способы лечения болезни (иногда они просто навязываются врачу). Больные, как правило, редко выслушивают врача, часто перебивают его объяснения, порой упорно не соглашаются с его мнением, навязывают свое представление о болезни. Они редко жалуются на собственные боли. Страдают они не от того, что болеют тем или иным заболеванием (порой протекающем в тяжелой форме), а от того, что их «не понимают», «врач не учитывает их мнение в отношении болезни и способов лечения». Они могут подолгу и упорно спорить с врачом, и эту дискуссию не может прервать ни приступ стенокардических болей, ни приступ удушья (при бронхиальной астме). Не случайно такие больные часто недовольны врачами и лечением и склонны менять то и другое. Четко определяя симптомы своей болезни, эти больные формально правильно связывают их в концепцию заболевания. При этом никогда не обнаруживают ни истинного резонанса, ни паралогизмов.

Жалобы оценочно-эстетизирующего типа выявляют склонность больных к оценочным и эстетическим суждениям и различного рода интерпретациям своих переживаний (часто в таких смысловых контекстах, как «жизнь и смерть», «вина и наказание», «добро и зло», «красота и уродство», «великое и ничтожное», «надежда и отчаяние», «бог», «судьба», «счастье и горе» и т.д.). В последние десятилетия их лексикон изрядно обогатился эзотерическими понятиями. Эти всегда сугубо индивидуализированные оценки своего состояния хорошо вписываются в один из указанных контекстов и обнаруживают направленность мышления больного к какой-то «высшей» и «последней по степени значимости» (чем болезнь) и даже жизнь, ценности. В такого рода жалобах всегда отражается попытка осмысления своего болезненного состояния и самого себя как больного человека с точки зрения общечеловеческих «норм» (прежде всего этических и эстетических, но также правовых и религиозных). Пациенты, объединенные в эту группу, редко жалуются на «боль» или какое-то неприятное ощущение или плохое самочувствие, так всему этому не придают большого значения. Они не склонны к аффективным разрядам и не обременены грузом негативных эмоций. Они не «копаются в причинах болезни (даже если сами врачи!), предоставляя это лечащим врачам». Не ищут объяснения своему состоянию с точки зрения причинно-следственных отношений и не читают медицинскую литературу о своем заболевании. Они и себя не называют «больными» (как бы объективно тяжело ни было бы их состояние). Они скорее всего «несчастные», «калеки», «дефективные», «неполноценные», «горемыки», «изгои», «мутанты» и т. д. Заболевание свое они расценивают как «случай» или «судьбу», «несправедливость», «наказание», «искупление», «нарушение всеобщей гармонии», «безобразия», «карму» и т. п. Болезнь для них не иначе как «итог жизни» №, «символ чего-то сокровенного», «событие, когда переоцениваются цен-

ности», «неотъемлемая часть биографии» и т. п. К ним вполне приложимы слова В. Брюсова: «Но есть упоенье в позоре и есть в унижении восторг!». Ибо страдая, они демонстративно и упоенно «наслаждаются своим недугом, как заслуженным», считают болезнь свою и «позором», и «унижением», и «наградой». В своих переживаниях они «ищут смысл», стараются понять их «символическое, а не обыденное значение». Пытаются таким образом «оправдать» болезнь, даже если она «закончится смертью или инвалидностью». Это им принадлежит: «И в могиле надежда не умирает!» В своих высказываниях, стараясь точнее и полнее передать свои «муки», они нередко прибегают к афоризмам и притчам. Но как бы ни образны, ни отвлечены, ни эстетизированы ни были эти жалобы, в них всегда проступает ипохондричность, тревога по поводу своего состояния, болезненная, утрированная озабоченность своим состоянием и чрезмерная эгоцентричность (так, они тщательно могут следить, чтобы сестра, не дай бог, пропустила бы хоть одну таблетку, назначенную ими врачом, первыми приходят для сдачи анализов, «любят» консультантов и т.п.).

Таким образом, описанные четыре типа жалоб соматических больных имеют одну, весьма характерную особенность – они выступают на переднем плане клинической картины невротических и неврозоподобных расстройств. Их актуальность и острота находится в прямой зависимости от выраженности Общих психопатологических феноменов. Они в одинаковой степени встречаются при различных названных выше синдромах (астенодепрессивном, тревожно-фобическом и др.). Установлено, что эти жалобы непосредственно не отражают истинного состояния больного, но в то же время они раскрывают феноменологию внутренней картины заболевания, ибо позволяют проникнуть в мир переживаний больного, выявить тип его отношения к себе (аутоидентичность и аутоидентификацию) своему состоянию (предмету переживаний) и окружающему (определить версию субъективности). По мере купирования психопатологических расстройств (даже при сохранении остроты соматической патологии) эти жалобы уходят на второй план и постепенно начинают исчезать. Можно проследить определенную связь этих жалоб с общим состоянием больного организма, так как при компенсации они изменяют свой характер и больные их высказывают в меньшей степени. Выступая на переднем плане клинической картины заболевания, жалобы маскируют проявление истинного болезненного расстройства, отвлекая внимание пациента от основного страдания. Отсюда нередко эти субъективно значимые переживания больного являются причиной диагностических ошибок и мешают врачу наметить правильную тактику проведения всего комплекса лечебных мероприятий.

Знание подлинной сути этих высказываний больного дает возможность врачу правильно ориентироваться во внутреннем мире пациента, подобрать деонтологически верный и психотерапевтически эффективный подход к нему. А Общему психопатологу понять, как *говорит Сома*.

В) Феноменология невротических и неврозоподобных состояний у больных острым инфарктом миокарда

Вопрос о роли психического и соматического факторов в патогенезе, проявлениях и течении острого инфаркта миокарда привлекает к себе пристальное внимание психиатров и кардиологов вот уже больше 100 лет (см. библиографию). Можно выделить следующие основные направления этих исследований: выяснение особенностей личности, характеризующейся так называемым «коронарным поведением»; изучение психологических реакций на болезнь; анализ эффективности лечения и изучение патоморфоза острого инфаркта миокарда под влиянием различных факторов; выявление связи между патогенетическими и психопатологическими механизмами развития острого инфаркта миокарда; изучение влияния соматических факторов на психическое состояние больных; изучение роли психотропных препаратов в ком-

плексном лечении острого инфаркта миокарда. Для психиатров наибольший интерес представляют особенности психических нарушений, возникающих при остром инфаркте миокарда. Однако соответствующие работы немногочисленны и недостаточно систематизированы.

В течение 20 лет в условиях общесоматического стационара нами было обследовано 4000 больных (2600 мужчин и 1400 женщин) 50—60 лет с впервые возникшим острым инфарктом миокарда. Длительность ишемической болезни сердца до развития инфаркта миокарда в наших наблюдениях колебалась от 1 года до 5 лет у 500 больных, от 5 до 10 лет у 1000, от 10 до 15 у 1500, свыше 15 у 1000. Следует обратить внимание на то, что все обследованные до заболевания, были работающими и их деятельность была связана с длительными стрессами и эмоциональными перегрузками.

Особенностью изученной группы пациентов была передняя локализация инфаркта. Заболевание не сопровождалось тяжелыми нарушениями сердечно-сосудистой деятельности. Острый период болезни длился от 1 недели до 10 дней и сопровождался болевым синдромом разной степени выраженности.

Психическое состояние больных изучалось последовательно в остром и более отдаленном от момента инфаркта периоде соответственно в отделениях интенсивной терапии, кардиологическом и реабилитационном.

Изучение особенностей психического состояния наблюдавшихся пациентов позволило отметить те или иные его изменения во всех случаях. Можно было выделить следующие психопатологические синдромы: астено-депрессивный (1700 человек), тревожно-фобический (900 человек), тревожно-ипохондрический (750), истеро-ипохондрический (550), обсессивно-фобический (100).

В зависимости от преобладания в механизме развития психических расстройств психогенных или соматогенных факторов оказалось возможным выделить группы больных с невротическими и невротоподобными нарушениями. В первом случае речь шла о психогенно обусловленных реакциях на болезнь и возникших в связи с ней социально-личностных проблемах. Во втором случае в развитии психических расстройств основную роль играли вызванные инфарктом миокарда соматические нарушения (болевого синдрома, гемодинамические, обменные сдвиги и т.п.), то есть в их генезе доминировала соматогения. В тех случаях, когда среди соматогенных факторов на первый план выступали расстройства сердечной функции, мы говорили о кардиогении (кардиогения в этом случае является более узким по отношению к соматогении понятием). В группе невротоподобных расстройств была выделена также подгруппа соматогенно спровоцированных эндогенных нарушений. Это были главным образом субдепрессивные состояния.

Невротические состояния.

В группу пациентов с невротическими состояниями вошло 1500 больных (1100 мужчин и 400 женщин) в возрасте от 50 до 60 лет. По длительности ишемической болезни сердца до момента инфаркта они распределялись следующим образом: от 1 года до 5 лет – 200 больных, от 5 лет до 10 лет – 350, от 10 до 15 лет – 900, от 15 лет – 50.

Наблюдались следующие психопатологические синдромы: астено-депрессивный у 450 больных, тревожно-фобический у 400 больных, тревожно-ипохондрический у 350, истеро-ипохондрический у 250, обсессивно-фобический у 50.

Среди различных проявлений болезни независимо от типа синдрома наиболее частым было снижение настроения – субдепрессия. Развивающуюся психогенную субдепрессию больные довольно четко дифференцировали как особое состояние, характеризуя его такими определениями, как «душа болит», «душа вещает», «камень на сердце» и т. п. Для этих состояний были характерны также внезапно возникающие на фоне пониженного настроения кратковременные страхи. Они чаще возникали у больных ночью и носили овладевающий характер. Больные при этом начинали стонать, просили зажечь яркий свет. Как правило, они не могли объяс-

нить причину страха. Страхи быстро исчезали без всякого медикаментозного вмешательства. На ЭКГ, сделанной тотчас после приступа страха, эта реакция не отражалась. Приступообразные ночные страхи были особенно характерны для больных с преморбидными особенностями личности в виде повышенной тревожности. Кроме того, такие реакции наблюдались нами у пациентов в периоде неблагоприятной социально-психологической ситуации. Особенностью наблюдавшейся нами психогенной субдепрессии являлось отсутствие суицидальных тенденций.

В патогенезе невротических реакций при остром инфаркте миокарда можно выделить два основных момента: наличие преморбидных особенностей личности (в виде психопатических или акцентуированных черт, по тревожному, истерическому, психастеническому, аффективно-неустойчивому типу) и обусловленное заболеванием изменение социально-психологической ситуации. Особенности последней определяются полом, возрастом, семейным положением больного, характером отношения к нему родственников, служебной ситуацией (возможность сохранения или утрата прежней работы и др.). Взаимосвязь этих факторов определяет выраженность, длительность, особенности течения и эффективность лечения невротических реакций при остром инфаркте миокарда. Клиническая картина психических нарушений определяется связью личностно значимых переживаний с тяжестью инфаркта миокарда. В случаях, когда социально-психологическая ситуация во время болезни усложняется (например, неприятности в семье и на работе), нередко наблюдается переход невротических реакций в невротическую депрессию с тенденцией к затяжному течению. В тех случаях, когда социально-психологическая ситуация в период болезни была благоприятной, даже при выраженном проявлении болезни (стойком болевом синдроме, нарушении сердечного ритма и др.) невротическое состояние оказывалось менее стойким и относительно быстро поддавалось психотерапевтической и медикаментозной коррекции.

При благоприятной социально-психологической ситуации в клинической картине рассматриваемого невроза всегда четко различался ведущий синдром – астено-депрессивный, тревожно-фобический и др., который не изменяется по своей структуре в процессе всего течения острого инфаркта миокарда. Даже в тех случаях, когда под влиянием лечения происходит купирование психических нарушений, при возникновении их рецидива (обычно это бывает в случае ухудшения соматического состояния), как правило, выявляется имевшая место ранее симптоматика. Но в некоторых случаях в процессе течения инфаркта миокарда динамика невротических реакций характеризовалась трансформацией синдромов на разных этапах болезненного процесса. Так, преобладающие в остром периоде тревожно-фобические явления могут в подостром периоде смениться ипохондрическими или истероформными, нередко с отчетливыми субдепрессивными компонентами. Но в рассматриваемой группе больных это было связано не столько с особенностями течения инфаркта миокарда, сколько с характером социально-психологической ситуации, ее тенденцией к разрешению или усложнению.

Неврозоподобные состояния.

Эти состояния были диагностированы у 2500 больных (1500 мужчин и 1000 женщин) в возрасте от 550 до 650 лет. По длительности ишемической болезни сердца до инфаркта они распределялись следующим образом: от 1 года до 5 лет – 300 больных, от 5 до 10 лет – 650, от 10 до 15 – 600, от 15 – 950.

Синдромально неврозоподобные нарушения распределялись следующим образом: астено-депрессивный синдром – 1250 больных, тревожно-фобический – 500, тревожно-ипохондрический – 400, истеро-ипохондрический – 300, обсессивно-фобический – 50. Приведенные данные показывают, что в этой группе значительно чаще, чем в первой, встречался астено-депрессивный синдром (у 500 и 30% пациентов соответственно) и несколько реже тревожно-ипохондрический (160 и 23%), остальные синдромы встречались практически с одинаковой частотой.

Среди невротоподобных нарушений также частыми были субдепрессивные и смешанные (по Вильгельму Гризингеру) состояния (5000 больных). У наблюдавшихся больных они либо непосредственно предшествовали острому инфаркту миокарда (на основании анамнестических данных), либо возникали вслед за острым инфарктом миокарда, когда сердечно – сосудистые нарушения сопровождаются гипотонией, нарушением сердечного ритма, явлениями сердечной недостаточности и выраженным болевым синдромом. В первом случае связь с циклотимическим преморбидом более очевидна, ибо и до развития инфаркта миокарда имели место угнетенное настроение, «снижение жизненного тонуса», «общий упадок сил» и т. п. Во втором случае отсутствие циклотимического радикала в анамнезе и четкая зависимость психических сдвигов от соматического статуса говорят в пользу кардиогенных невротоподобных угнетений настроения.

У 250 больных с невротоподобными состояниями имели место элементы психопатоподобного поведения в виде негативного отношения к лечению, анозогнозии, жалоб на плохое отношение к ним медицинского персонала, «неправильное лечение», «невнимание к их страданиям», «отсутствие сочувствия родственникам» и т. п. Негативное отношение больных к вмешательствам лечебного и диагностического характера проявлялось в возражении против проведения ЭКГ и других исследований, несоблюдение постельного режима, отказе от приема лекарств.

Больные с анозогнозией, не сознававшие тяжести соматического состояния или отрицавшие его, постоянно нарушали режим, не выполняли рекомендаций врача, бывали грубыми с медицинским персоналом, иногда требовали немедленной выписки «под расписку». Они настраивали соответствующим образом родственников. В таких случаях перед врачом встает серьезная этическая и деонтологическая проблемы, ибо попытка удержать больного в отделении и убедить его в необходимости лечения может пациентом и его родственниками неправильно интерпретироваться, с одной стороны, как свидетельство «тяжести» заболевания, а с другой – как «насилие над личностью». Психопатоподобное поведение с негативизмом и анозогнозией, а также элементы кверулянтства, по нашим наблюдениям, возникают чаще всего на этапе купирования болевого синдрома.

Кардиогенные невротоподобные состояния в отличие от невротических находятся в прямой зависимости от изменений в соматическом статусе. Улучшение последнего, как правило, приводило к исчезновению психопатологических явлений. Но иногда невротоподобные нарушения (астения, ипохондричность, угнетенно-подавленное настроение) могут сохраняться и после нормализации соматического состояния.

Лечение невротических и невротоподобных состояний при остром инфаркте миокарда проводилось с учетом этиопатогенетических и клинических особенностей психосоматических нарушений. При невротических нарушениях наибольший эффект достигался в результате целенаправленного психотерапевтического воздействия на структуру и содержание переживаний больного (рационально-корректирующая, суггестивная, гипносуггестивная психотерапия). Психотропные препараты в данных случаях играют второстепенную роль. По нашим данным, сочетание бензодиазепинов (седуксена, грандаксина, тазепама) и небольших доз (до 25 мг в сутки) amitriptилина давало благоприятный эффект. В лечении невротоподобных состояний также использовались бензодиазепины. Но у больных с выраженным депрессивным компонентом они не всегда были достаточно эффективными. Благоприятный эффект давало комбинированное применение небольших доз антидепрессантов (до 25 мг amitriptилина в сутки) и таких нейрорептиков, как эглонил (до 100 мг. в сутки), френолон (5—10 мг. в сутки), сонпакс (до 30 мг в сутки),

Следует подчеркнуть, что пограничные психические феномены у больных с ишемической болезнью сердца, осложненной инфарктом миокарда, требуют консультации психиатра (психопатолога) с целью определения характера нарушений (невротические, невротоподобные

состояния), особенностей их генеза, что должно являться основой для разработки терапевтических мероприятий. И, конечно, знаний Общей психопатологии нашего времени.

Г) Феноменология общей психопатологии при сердечно-сосудистых заболеваниях

В настоящее время роль личности, психологических и средовых факторов в возникновении и динамике сердечно-сосудистых заболеваний, прежде всего ишемической болезни сердца (ИБС) и гипертонической болезни общепризнанна. Широко изучаются особенности психопатологии сердечно-сосудистых заболеваний – «психический статус» ИБС и гипертонической болезни – взаимосвязь аффективных и сердечно-сосудистых расстройств, нейрофизиологические и психологические механизмы психосоматических взаимодействий, анализируются роли психосоматического и субъективного факторов в клинике, а также терапии и профилактике этих болезней. В содержание понятия «клиника», «клиническая картина» того или иного сердечно-сосудистого заболевания (что также характерно и для ряда других болезней, которые будут рассматриваться ниже) на современном этапе практической медицины непременно входят медико-психологические и социально-психологические аспекты. Учитывать их необходимо для решения любых вопросов повседневной медицинской практики, будь то задачи дифференциального диагноза (например, для разграничения психогенного и соматогенного функционального расстройства при невротоподобной патологии ИБС или гипертонической болезни), адекватной терапии (например, подбор и сочетание психотропных препаратов и нитратов, а также – психотерапевтической коррекции кардиоалгического синдрома) или прогноза.

Из такой трактовки клинической картины мы исходим при исследовании обще психопатологических соматогенных состояний.

Прежде чем перейти к анализу клинического материала сердечно-сосудистой патологии приведем несколько общих положений.

Мы выбрали ИБС и гипертоническую болезнь как наиболее распространенные заболевания сердечно-сосудистой системы, встречающиеся в общесоматической практике. Эти же заболевания являются объектами наиболее тесного взаимодействия общетерапевтических и психиатрических подходов. ИБС – собирательное понятие, не отражающее нозологической патологии. Гипертоническая болезнь (эссенциальная или первичная гипертония) в нозологическом отношении лишь указывает, что повышение АД не связано с каким-либо заболеванием внутренних органов. В обоих случаях профилактические и лечебные мероприятия строятся на основании патогенетических данных. Этиологический момент не определяет собой общетерапевтическое лечение. Психиатрические подходы к сердечно-сосудистым заболеваниям преследуют цель восполнить этот пробел. Они основываются на этиопатогенетических механизмах, где особый акцент ставится на этиологическом моменте. Поясним сказанное.

Возьмем ИБС. Обострение этого заболевания определяется по возникновению и учащению приступов стенокардии. Но последняя не имеет специфических объективных признаков – никаким объективным методом подтвердить ее вне приступа нельзя, точно также нельзя ее прогнозировать на основании каких-либо органических изменений в сердечной мышце или сосудах сердца: «Можно обладать резко выраженным склерозом, дожить до 70 лет и ни разу не испытывать приступа грудной жабы. Второй вывод тот, что можно умереть от приступа грудной жабы, не обладая ни малейшими изменениями в сосудах» (Д. Д. Плетнев, 1936, см. выше). Внезапная смерть от острой сердечно-сосудистой недостаточности обуславливает патологоанатомический диагноз ИБС без каких-либо органических изменений в сердце. В случаях, когда приступ стенокардии заканчивается благоприятно и отсутствует патология в сердце, выставляется диагноз «психогенной стенокардии» или «ангионевротический синдром». При одних и тех же этиопатогенетических механизмах клиническая и патологоанатомическая оценки будут

различны. Терапевтическая тактика должна учитывать, что взаимоотношение психических и соматических факторов весьма динамично и может изменяться на разных стадиях одного и того же заболевания, при этом причинно-следственные связи нередко становятся диаметрально противоположными. Этиопатогенетические механизмы представляют собой единство взаимодействия психосоматических и соматопсихических факторов. Клиническое проявление такого взаимодействия сложное. Так, кардиоваскулярные и психопатологические синдромы могут быть обусловлены одной какой-то причиной – «психогенной» (экстремальность, ситуация или конфликт), но также соматогенной (например, коронарной недостаточностью). Они же могут находиться и в другом этиопатогенетическом соотношении. Так, психопатологические явления могут быть обусловлены гемодинамическими расстройствами на инициальном этапе развития невротоподобного состояния. А на стадии учащения приступов стенокардии и появления стенокардии покоя гемодинамические нарушения могут быть обусловлены аффективными расстройствами. Рассматривая психогенные и соматогенные причины заболевания в едином психосоматическом комплексе, для верной клинической оценки этих этиопатогенетических механизмов необходимо прежде всего определить, какому влиянию принадлежит патопластическая роль и какие факторы выступают в качестве ведущих. Это необходимо для верной терапевтической тактики.

Практика лечения сердечно-сосудистых заболеваний на современном клиническом уровне требует конкретного содержания представлений о психосоматическом взаимоотношении как основном этиопатогенетическом механизме. Детальное изучение особенностей психической, эндокринной и метаболической адаптации здорового человека, больных ишемической болезнью сердца и гипертонической болезнью позволило выделить пять групповых признаков, объединенных в синдром психоэмоционального напряжения. Этот синдром отражает особенности межсистемных взаимодействий в организме человека, находящегося в состоянии тревожности в различных социальных и экологических условиях:

1. клинические – личностная и реактивная тревожность, снижение эмоциональной стабильности;
2. психологические – снижение степени самооценки, уровня социальной адаптированности и фрустрационной толерантности;
3. физиологические – преобладание тонуса симпатической нервной системы с изменением гемодинамики;
4. эндокринные – повышение активности гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы;
5. метаболические – увеличение в крови содержания липидов, торможение трансформации ЛПОНП в ЛПВП, накопление в крови атерогенных форм липопротеидов – ЛПНП и ЛПОНП.

Отмеченные признаки находятся в различных причинно-следственных взаимоотношениях. Динамика психопатологических явлений (в частности, при ИБС) позволяет судить о характере психосоматических нарушений, прежде всего об осложнении течения заболевания (например, аритмиями, синдромом Морганьи-Эдемса-Стокса, миокардиодистрофией и т. д.), а также – наслоении опосредованных болезнью психогений. Клинически это проявляется в трансформации ведущих синдромов – астенических, депрессивных, тревожно-фобических, ипохондрических и т. д. На основании клинико-динамического изучения психического статуса в трудных случаях, когда объективные методы оказываются безрезультатными (велоэргометрия, ангиография, лабораторные данные и др.), можно дифференцировать функциональную и органическую стадии сердечно-сосудистой болезни (ИБС, гипертонической болезни), функциональную стадию сердечно-сосудистого заболевания и психическую патологию. При этом необходимо учитывать, что жесткой границы, как известно, между органопатологией и функциональными («чисто невротическими») расстройствами нет. Это подчеркивают мно-

гие кардиологи. Так, например, «жаба Принцметала» является промежуточной стадией «невротической кардиалгии» и «истинной стенокардии покоя», обусловленной атеросклерозом коронарных сосудов, Ia стадия гипертонической болезни по А. Л. Мясникову (1952) включает в себя вегетососудистую дистонию с повышением АД как особенностью реакций личности на психотравмирующую причину.

В этиопатогенетических подходах к сердечно-сосудистым заболеваниям «эмоциональному фактору» отводится главная роль. Так, 25-летний опыт изучения особенностей ИБС у молодых показал, что в генезе этого заболевания фактор эмоционального стресса является основным. Он в качестве такового присутствует во всех звеньях этиопатогенетических механизмов. Об этом, в частности, можно судить на основании динамики психического статуса больных гипертонической болезнью в процессе ее длительного лечения. Но эмоциональный стресс (рассматриваемый в диапазоне аффективной патологии – напряженность, тревога, депрессивность, аффективная лабильность с тенденцией к повышенной раздражительности, эксплозивности, дисфоричности) определяет разнообразие в интенсивности, длительности и тяжести коронарной патологии или в подъемах, характере и изменчивости АД лишь в непосредственной связи с личностной структурой. Необходимо клинико-психологическое различение преморбиды и актуального состояния личности у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. «Личностные особенности» – понятие структурно сложное. В нем можно выделить следующие компоненты, которые в определенных случаях выступают в качестве преморбидных факторов:

- 1) мотивы деятельности;
- 2) характерологические черты;
- 3) психологически защитные механизмы;
- 4) патологические привычки.

Так, по личностным (феморбидным особенностям выделяется тип «А» или личность «коронарным поведением». Предполагается, что личность определяет характерные типы поведения, а тем самым – повторяемость функциональных изменений в организме. К типу «А» относятся пациенты, которые отличаются «ангажированностью» с проблемами окружающей среды, «внутренним» эмоциональным переживанием конфликтных ситуаций, низкой толерантностью к фрустрациям, повышенными чувствами ответственности и вины и пренебрежением собственными интересами. У них часто обнаруживаются тенденции к созданию и преодолению стрессовых ситуаций. Личностные психологические методики тестирования обнаруживают у этих пациентов экстравертированные черты при интропунитивном типе поведения. Тип «А» – это определенный психологический профиль кардиологических больных. Весь комплекс черт, характерных для «коронарного поведения», еще не ведет фатально к ИБС или гипертонической болезни. Необходимы для этого средовые механизмы и неблагоприятные модификации реакций личности на объективные социальные обстоятельства. Интересно, что для больных с поведением типа «А» характерно раннее поражение атеросклерозом коронарных сосудов. Но этот факт сам по себе также не определяет частоту, например инфарктов миокарда, у данных больных.

Повышенная активность характерна для поведения больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. Однако у больных ИБС гиперактивность, как правило, сочетается с ригидностью, склонностью к сверхценным образованиям и обсессивным расстройствам, тогда как у пациентов с ГБ отмечается сочетание демонстративных и психастенических черт, стремление привлечь внимание к своим проблемам с высоким волевым и социальным контролем. В тех случаях, когда при активном «коронарном поведении» все же не возникают сердечно-сосудистые расстройства, по-видимому, имеет место адаптация к средовым влияниям благодаря психологически защитным механизмам. Есть определенное взаимоотношение фрустрационной напря-

женности с интеграцией поведения и психологически защитными механизмами у больных ИБС и гипертонической болезнью.

Кардиалгический синдром, как и повышение АД, сами по себе не являются ведущими признаками ИБС и гипертонической болезни. Они всегда выступают в той или иной структуре синдрома комплекса психических и соматических расстройств. Так, в зависимости от структуры синдрома комплекса необходимо говорить об «истинной стенокардии» (болевым синдромом включается в структуру неврозоподобных явлений, обусловленных органической патологией), «ангионевротической алгии» (болевым синдромом включается в структуру психогенного функционального расстройства с сенестоалгическими компонентами), «имитационной стенокардии» (болевым синдромом включается в структуру функциональных расстройств, сопровождающих психическое заболевание, например, острую пароксизмальную дистимию в виде кардиофобического раптусса). Во всех случаях изменения ЭКГ, нарушение сердечного ритма, колебание АД могут быть идентичны. Для дифференциального диагноза особо сложными являются случаи стенокардических болей при маскированных психопатологических расстройствах. Так, можно выделить следующие клинические варианты:

- 1) псевдостенокардические боли при маскированной депрессии на фоне ИБС при отсутствии истинной стенокардии;
- 2) сочетание псевдостенокардических и истинно стенокардических явлений на этапе функциональных расстройств при незначительных органических изменениях в миокарде;
- 3) псевдостенокардические боли конверсионного характера при маскированных психопатологических расстройствах без органической патологии миокарда.

Итак, мы рассмотрели основные моменты взаимосвязи преморбидных, «причинных» (психогенных и соматогенных) и клинических проявлений психосоматических корреляций при сердечно-сосудистых заболеваниях, некоторые специфические особенности этой взаимосвязи при ИБС и гипертонической болезни. Была также затронута проблема функциональной и органической патологии и психического статуса сердечно-сосудистых нарушений. Анализ наиболее интересных на наш взгляд точек зрения проводился с позиций этиопатогенетического подхода, под углом зрения вопросов тактики лечения, профилактики и, прежде всего, дифференциального диагноза.

В связи с вышеизложенным, проблема неврозоподобных состояний сердечно-сосудистой болезни представляет особую актуальность: достаточно указать на то, что «психический фактор» играет здесь главенствующую роль на всех этапах соматической патологии (включен во все «звенья» сложного этиопатогенетического механизма). Клинико-психологический анализ возникновения, динамики и редукции неврозоподобных явлений имеет не только прикладное значение (для решения вопросов повседневной практики), но и большой теоретический смысл.

Переходим к нашему исследованию, для которого мы выбрали ИБС, гипертоническую болезнь I – II ст., а также кардиопатии с выраженным кардиалгическим синдромом и вегетососудистой дистонией с пароксизмами гипертонии. Первые два заболевания имели под собой определяемую объективными методами (клинически, ангиографически, с помощью велоэргометрии, с учетом ЭКГ в динамике, лабораторных исследований) органическую патологию. К кардиопатиям были отнесены случаи, когда органическая патология (морфологически и биохимически) отсутствовала.

В клинике кардиологических болезней ведущими психопатологическими синдромами неврозоподобных состояний являются:

- 1) **астенодепрессивный** (20—25%),
- 2) **тревожно-фобический** (15—20%),
- 3) **тревожно-ипохондрический** (15—20%),
- 4) **истероневротический** (10—15%),

- 5) **истероипохондрический** (10—15%),
- 6) **астеноипохондрический** (5—10%),
- 7) **обсессивно-фобический** (5—10%).

По типу акцентуаций различаются:

- а) **циклотимическая** (30—35%),
- б) **тревожно-мнительная** (20—25%),
- в) **паранойяльная** (15—20%),
- г) **эпилептоидная** (10—15%),
- д) **аффективно-неустойчивая (возбудимая)** (10—15%),
- ж) **астеническая** (5—10%) и
- з) **шизотимная** (5%).

Катамнез в 50% от 3 до 5 лет, в 50% – от 5 до 10 лет. Жалобы больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями (вне зависимости от рассматриваемых нами болезней (ИБС, гипертоническая болезнь или кардиопатии) разделяются на четыре типа, которые нами определены как конкретно-чувственный, аффективный, концептуализирующий, оценочно-эстетизирующий. Прежде чем раскрыть характер этих жалоб, необходимо сказать несколько слов об этой субъективной стороне заболеваний.

Жалобы – основной элемент сложной структуры внутренней картины заболеваний. Проблема последней является одной из актуальных в современной клинической медицине. В жалобах отражаются преморбидные особенности личности, характер ее компенсаторных и психологических защитных механизмов, а также особенности возникновения и течения заболевания и субъективных реакций на этот патологический процесс. По существу со знакомства с жалобами больного и начинается общение с ним врача. В жалобах наиболее адекватно раскрывается характер отношения больного к самому себе, заболеванию и ближайшему окружению, а также к лечебному процессу в целом. Клинико-психологический анализ жалоб больных в плане изучения внутренней картины болезни имеет важное значение, так как обращается к непосредственно-достоверному, субъективно значимому материалу. Однако именно здесь в нашей медицинской литературе отмечается существенный пробел.

Итак, жалобы конкретно-чувственного типа касались «неприятных», «тягостных», «болезненных», «мешающих», «мучительных» ощущений. Они легко объединялись одним словом – «боль» и всегда четко локализовались в той или иной области (за грудиной, под лопатками, в левом плече, суставах, в эпигастральной области или промежности и т. д.). Эта боль была всегда конкретной. В жалобах больных никогда не отмечалось вычурности или нелепости, они хорошо вербализовались и всегда обозначались («жжение», «похолодание», «покалывание», «чувство тяжести», «сдавление», «сжатие», «распирание» и т. д.). Жалобы не сопровождалась выраженными аффектами, в них отсутствовали элементы сверхценности и навязчивости. Вместе с тем больные, очерчивая жалобы, стараются до деталей и нюансов передать то, что чувствуют, и придают этому особое значение. Однако при этом они никогда не прибегают к какому-либо домыслу, и не требуют от врача объяснений, почему они испытывают эти ощущения. Пациенты легко забывают о своей болезни (даже если соматическое заболевание протекает тяжело), как только их перестают мучить эти ощущения (купируемые медикаментозно-седативными, транквилизирующими препаратами или анальгетиками, а также при помощи психотерапии). Больные, как правило, хорошо дифференцируют эти неприятные ощущения с истинными болями, связанными с обострением соматического заболевания. Особенно это важно для дифференцирования истинных стенокардических болей с подобными неприятными ощущениями, локализуемыми в области сердца. Остановимся на этом несколько подробнее.

Поскольку никакими объективными данными подтвердить стенокардию вне приступа нельзя, постольку особое значение придается описанию больными своих ощущений, манере рассказывать о них и, в целом, поведению во время болевого приступа.

Стенокардические боли характеризуются следующими признаками:

- 1) приступообразность;
- 2) кратковременность;
- 3) конкретность – «сжимающие», «давящие», «кинжальные» и т. п.;
- 4) четкая локализация (в верхней части, середине или основании грудины);
- 5) иррадиация (в левое плечо, лопатку, надключичную область);

б) боли усиливаются при движении и изменении, поэтому они «парализуют больного», «приковывают к одному месту».

Вот как описывает стенокардические боли Гебердер, выделивший 200 лет назад стенокардию (*stenokardia* – сжатие сердца) как самостоятельный синдром: «При ходьбе, особенно в гору, или вскоре после еды возникают сильные боли в груди: больному кажется, что он вот-вот лишится жизни, если боль усилится или продлится еще минуту. Как только больной оставлен, боль прекращается. Вне этих признаков больной чувствует себя совершенно здоровым. Боль локализуется иногда в верхней части, иногда в середине или у основания грудины. Боли могут усиливаться при ходьбе против ветра, на холоде. Пульс на лучевой артерии во время припадка не изменяется, болезнь не имеет ничего общего с одышкой».

Неприятные ощущения конкретно-чувственного типа могут включать в себя первые пять признаков, характерных для стенокардических болей. Шестой признак здесь резко отличительный: во-первых, псевдостенокардические боли никогда не усиливаются ни при движении, ни при изменении позы – они всегда одни и те же; во-вторых, даже если эти боли не сопровождаются двигательным беспокойством (хотя возможен и ажитированный вариант), все равно больные двигательны активны – при описании этих ощущений они, как правило, прибегают к жестуляции, мимика их подвижна и передает все нюансы тягостных ощущений (лицо больного, испытывающего стенокардическую боль, выражает одно сильное страдание, даже страх, который они при этом могут испытывать, едва улавливается, настолько перекрывает все физическая боль), больные пальцами показывают, где болит и как болит – «сверлит», «сжимает» и т. п. Интересно и то, что псевдостенокардические боли, локализуемые в области грудины, не столько иррадируют (хотя просматривается и подлинная иррадиация), сколько «блуждают», возникая то в той, то в другой области, правда, никогда при этом полностью не покидая область грудины. Но самое главное, что болезненные ощущения, о которых сообщает больной в конкретно-чувственных жалобах, непереносимо тягостные, они «мешают», от них непременно нужно избавиться. В силу этого они могут быть более мучительными, чем даже истинная стенокардическая боль (так, на высоте стенокардического приступа со всеми характерными изменениями ЭКГ, пульса, колебаниями АД и другими клиническими проявлениями больной может жаловаться на боли в эпигастральной области, промежности или яичке и только при тщательном расспросе после приступа можно выяснить, что имели место и стенокардические боли, но они «не так мучительны, к ним можно даже привыкнуть», последнее невозможно при «неприятных ощущениях»).

Больные с **жалобами конкретно-чувствительного типа** легко вступают в контакт, вполне доступны общению, охотно беседуют на различные темы, когда отвлекаются от своих неприятных ощущений. Эти больные мало интересуются своим заболеванием, не обнаруживают никакой осведомленности в нем, не выражают явного беспокойства по поводу лечения и исхода болезни. Они соглашаются на любые терапевтические процедуры и часто не знают, какими лекарствами их лечат. Врача они, как правило, просят об одном – избавиться от этих болезненных ощущений. Данные больные нередко страдают расстройствами сна: они долго не могут уснуть, так как «боли» усиливаются именно перед засыпанием, часто просыпаются

ночью из-за «боли». Неприятные ощущения при этом иногда «чрезвычайно интенсивны», именно они не дают потом уснуть вновь. Такая взаимосвязь со сном клинически сближает эти расстройства со стенокардией покоя, для которой также характерно возникновение болей при засыпании и во время сна, и невозможность, уснуть при боли ночью. Задача осложняется тем, что стенокардические боли покоя также не провоцируются неловким движением или изменением положения в постели, и, кроме того, при них больные могут быть двигательными – искать наиболее щадящее положение. Часто единственно достоверным критерием, дифференцирующим эти два рода болей, является применение лекарств: стенокардические боли купируются нитроглицерином, ночные неприятные ощущения в области сердца – внутримышечным раствором седуксена (иногда требуется введение 1,0 раствора тизерцина или аминазина внутримышечно для того, чтобы больной мог уснуть).

Неприятные ощущения усиливаются и в период просыпания утром, но при этом больные редко испытывают чувство разбитости и общее недомогание. Они, как правило, отмечают, что сон все-таки принес бодрость и свежесть и «если бы не боли», можно было бы считать себя «вполне здоровым». Следует еще раз подчеркнуть, что истинные стенокардические боли никогда бывают столь «чувственно насыщенными» и не предстают в таком широком диапазоне разнообразных ощущений, как эти мучительные явления: первые «можно терпеть», вторые «нельзя, они изматывают». Клинико-психологический анализ, тщательное феноменологическое изучение высказываний больных и их самоописаний, касающихся конкретно-чувственных жалоб, не позволили найти какие-либо основания для разделения этих ощущений при ИБС, гипертонической болезни или функциональных (психогенных по преимуществу) вегетососудистых дистониях с кардиалгией или колебаниями АД в сторону повышения. Не обнаружено также какой-либо избирательности этих жалоб по отношению к преморбидной акцентуации. Во всех случаях (при различных заболеваниях и преморбидных особенностях личности) они были достаточно однообразными.

Жалобы аффективного типа в отличие от описанных выше носят скорее абстрактный характер и часто выражаются одним словом «плохо» («плохое настроение», «плохое самочувствие», «плохой аппетит», «плохой сон», «плохой стул» и т. д.). Часто больные жалуются на «общее недомогание», «какой-то дискомфорт», «общую слабость», «разбитость», «отсутствие свежести и бодрости». Часто это «плохое состояние» раскрывается как «какое-то общее беспокойство», «какая-то внутренняя дрожь», «внутренняя скованность», «душевная тяжесть», «постоянный неопределенный страх», «предчувствие чего-то неприятного и мучительного» и т. д. Внешне больные производят впечатление неусидчивых, беспокойных, несобранных, внутренне напряженных или испуганных, активно ищущих помощи. Они всегда стремятся к контакту, обнаруживают полную доступность. Тем не менее в общении они трудны, ибо требуют к себе особого внимания. К советам врача они, как правило, не прислушиваются. Именно в силу этой невнимательности больные не знают хорошо ни свое заболевание (даже если страдают им много лет), ни проводимое лечение. Тем не менее, они всецело поглощены «своим плохим состоянием» и просят «избавить» от него. Их трудно переключить на постороннюю тему, но и само заболевание, которым они страдают, для них «посторонняя тема». Они впечатлительны и внушаемы, но ненадолго. В жалобах на плохое самочувствие у них часто обнаруживаются нестойкие фобии (кардиофобия, страхи приступов сердечной боли, головной боли, головокружения или удушья, иногда страх смерти). Такими же нестойкими бывают и некоторые навязчивости. Несмотря на жалобы на «плохой сон» или «плохой аппетит», данные больные объективно редко обнаруживали расстройство того и другого. Как и в 1-й группе, жалобы при всех исследуемых заболеваниях и этапах (органической или функциональной) патологии были весьма схожи и весьма субъективно значимы в отличие от клинических явлений, сопровождающих основное заболевание: даже приступ истинной стенокардической боли не вызывает такого страдания и беспокойства, какое обнаруживается при «общем

недомогании», обозначаемом словом «плохо». Так, для данных больных весьма характерно постоянно измерять себе пульс и АД, часто обращаться к зеркалу, чтобы «следить за окраской кожных покровов и нет ли цианоза губ». И это они не прекращают делать и во время стенокардической боли (что может существенно усложнить диагностику приступа, когда, например, необходимо «замирание в одной позе со страхом пошевелиться»).

Жалобы концептуализирующего типа отличались склонностью больных к концептуализации переживаний в некое представление о «болезни» и в буквальном смысле не были жалобами. Такие больные сразу же говорят врачу свой диагноз, как правило, предполагая у себя «крайнюю степень выраженности заболевания». Они свободно манипулируют терминами, выявляют определенную эрудированность в медицине. Так, на обычный вопрос, что их беспокоит, они отвечают: «Атеросклероз с коронарокардиосклерозом, хроническая ишемическая болезнь сердца с частыми приступами стенокардии при физических и эмоциональных нагрузках», «мелкоочаговый инфаркт», «гипертонический криз» или «плохая ЭКГ – подъем сегмента ST при увеличенном T» и т. д., и т. п. Иногда они определяют свой недуг одним словом «сердечная» или «склеротическая» болезнь. В своих жалобах эти больные развертывают законченную концепцию болезни, в которой логически правильно укладываются «причины», «механизмы», «исходы» заболевания, о котором у них сложилось собственное представление. Ими же предлагаются и способы лечения болезни (иногда они просто навязываются врачу). Больные, как правило, редко выслушивают врача, порой упорно не соглашаются с его мнением, навязывают свое представление о болезни. Они редко жалуются на истинные боли (сердечные или головные). Страдают они не от того, что болеют тем или иным заболеванием (порой протекающим в тяжелой форме), а от того, что их «не понимают», «врач не учитывает их мнение в отношении болезни и способов лечения». Они могут подолгу и упорно спорить с врачом, и эту дискуссию не может прервать ни приступ стенокардической боли, ни гипертонический криз. Не случайно такие больные часто недовольны врачами и лечением и склонны менять то и другое, определяя симптомы своей болезни, эти больные формально правильно связывают их в концепцию заболевания. При этом никогда не обнаруживают ни истинного резонерства, ни паралогизмов.

Жалобы оценочно-эстетизирующего типа выявляют склонность больных к оценочным и эстетическим суждениям и разного рода интерпретациям своих переживаний (часто в таких смысловых контекстах, как «жизнь и смерть», «вина и наказание», «добро и зло», «красота и уродство», «счастье и горе», «надежда и отчаяние» и т. д.). Эти всегда сугубо индивидуализированные оценки своего состояния хорошо вписываются в один из указанных контекстов и обнаруживают направленность мышления больного к какой-то «высшей» и «последней по степени значимости» (чем болезнь) ценности. В такого рода жалобах всегда отражается попытка осмысления своего болезненного состояния и самого себя как больного человека с точки зрения общечеловеческих «норм» (прежде всего этических и эстетических, но также правовых и религиозных). Пациенты, объединенные в эту группу, редко жалуются на «боль» или какое-то неприятное ощущение или плохое самочувствие, так как всему этому не придают большого значения. Они не «копаются в причинах болезни, предоставляя это врачам». Не ищут объяснения своему состоянию с точки зрения причинно-следственных отношений и не читают медицинскую литературу. Они и себя не называют «больными» (как бы объективно тяжело ни было их состояние). Они скорее всего «несчастливые», «калеки», «дефективные», «неполноценные», «горемыки», «изгои от недуга» и т. д. Заболевание свое они расценивают как «случай» или «судьбу», «несправедливость», «наказание», «искупление», «испытание», «нарушение всеобщей гармонии», «безобразия» и т. п. Болезнь для них не иначе как «итог жизни», «символ чего-то сокровенного», «событие, когда переоцениваются ценности», «неотъемлемая часть биографии» и т. п.

Описанные 4 типа жалоб соматических больных имеют одну общую весьма характерную особенность – они выступают на переднем плане клинической картины неврозоподобных состояний. Их актуальность и острота находятся в прямой зависимости от выраженности психопатологических расстройств. Они в одинаковой степени встречаются при различных названных выше синдромах (астенодепрессивном, тревожно-фобическом и т. д.). Эти жалобы непосредственно не отражают истинного состояния больного, но в то же время они раскрывают внутреннюю картину заболевания, ибо позволяют проникнуть в мир переживаний больного, выявить тип его отношения к себе, своему состоянию и окружающему. По мере купирования психопатологических расстройств (даже при сохранении остроты соматической патологии) эти жалобы уходят на второй план и постепенно начинают исчезать. Выступая на переднем плане клинической картины заболевания, жалобы маскируют проявление истинного болезненного расстройства, отвлекая внимание пациента от соматического страдания. Отсюда нередко эти субъективно значимые переживания больного являются причиной диагностических ошибок и мешают врачу наметить правильную тактику проведения всего комплекса лечебных мероприятий.

Еще раз подчеркнем, что знание подлинной сути этих высказываний больного дает возможность врачу правильно ориентироваться во внутреннем мире своего пациента, подобрать деонтологически верный и психотерапевтически эффективный подход к нему.

В результате многолетнего наблюдения и лечения наших больных в общесоматическом стационаре обнаружена определенная избирательность типа вышеописанных жалоб к тому или иному заболеванию. Таким образом, представление (высказанное одним из авторов ранее – В. Ф. Матвеев, Е. В. Черносвитов, 1984), что **каждый тип жалоб встречается при любых соматических** (здесь – ИБС, гипертоническая болезнь, функциональные кардиалгии и гипертонии при кардиопатиях и вегетососудистых дистониях) **расстройствах и что эти расстройства** не влияют на стереотип жалоб, претерпело существенное развитие.

Приведем в процентах отношение каждого типа жалоб к тому или иному заболеванию (при прочих одинаковых условиях – ведущих психопатологических синдромах и характере преморбидной акцентуации): ИБС – «конкретно-чувственный» – 50%, «оценочно-эстетизирующий» – 25%, «аффективный» – 12,5%, «концептуализирующий» – 12,5%. Мы не встречали ни одного больного, у которого наблюдалось бы какое-либо «смешение» данных типов. При повторных и неоднократных обострениях соматической патологии всегда актуализировались одни и те же жалобы (длительный, около десяти лет катамнез подтверждает это достаточно убедительно). При гипертонической болезни – «аффективный» – 30%, «оценочно-эстетизирующий» – 30%, «концептуализирующий» – 26% и «конкретно-чувственный» – 15%. Интересно, что функциональные расстройства сердечно-сосудистой деятельности (вегетососудистые дистонии с кардиалгическим синдромом или гипертониями) дают точно такое же соотношение типов жалоб, что и клинически схожие с ними заболевания. А именно – кардиалгии при кардиопатиях в этом совпадают с ИБС, а вегетососудистые дистонии с повышением АД по типу кризов (без характерного изменения сосудистого рисунка сетчатки и гипертрофии левого желудочка) – с гипертонической болезнью.

Попытка рассматривать тип жалоб, отражающих внутреннюю картину заболевания, как вербальное выражение (поведение) психологической защиты, вновь возвращает нас к «Философии духа» Гегеля, где он определяет сердце как «комплекс ощущений». Ощущения, связанные с деятельностью сердца – наиболее значимы для человека. Они имеют конкретный и переносный (символический) смысл. С одной стороны, это ощущение «биения» сердечной мышцы и боли при ее ишемии. Но с другой стороны, всякие неполадки в сердечной деятельности сигнализируют нам о смертельной опасности (ведь сердце – жизненно важный орган): боль как бы символизирует возможную (сиюминутную!) гибель. «Ограниченная в своей свободе жизнь», – так определил болезнь К. Маркс, и это прежде всего касается сердечно-сосудистых заболе-

ваний. Клиника неврозоподобных состояний при сердечно-сосудистых расстройствах с обилием конкретно-чувственных и оценочно-эстетизирующих жалоб словно подтверждает глубокие и тонкие определения, данные «сердцу» Гегелем и «болезни» К. Марксом.

При гипертонической болезни «аффективный» и «оценочно-эстетизирующий» типы выступают предпочтительно двум другим и в равном друг к другу процентном соотношении (30%).

В этом мы видим отражение этиопатогенетических закономерностей данного заболевания. А именно: 1) главенствующую роль «эмоционального фактора» в возникновении и развитии расстройства (как «причины» патологического повышения АД); 2) повышение АД обусловлено нарушением прежде всего работы сердца (а не каких-либо других органов, как при симптоматической гипертонии). «Эмоциональный фактор», по-видимому, и обуславливает возникновение жалоб аффективного типа (в своих жалобах, где отражается внутреннее состояние, больной как бы рассказывает нам о подлинных «причинах» заболевания – неупорядоченных эмоциях, «издержках» эффективности). «Сердце – комплекс ощущений» при гипертонической болезни предстает в своем переносном смысле, определяя характер оценочно-эстетизирующих жалоб (ибо нет стенокардической боли, значит и нет конкретно-чувственных мучительных переживаний).

Такой подход к жалобам больных успешно используется нами в повседневной практике. Он позволяет разобраться в сложных механизмах психологической защиты и выработать согласно особенностям ее функционирования наиболее адекватную психотерапевтическую тактику. Понимание собственного (конкретного или переносного – символического) смысла жалоб как выражения психологически защитных реакций личности необходимо и для решения вопросов, связанных с реабилитацией, в частности, с субъективной адаптацией к условиям болезни и ее последствиям.

Приведем для иллюстрации типов жалоб больных с неврозоподобными состояниями, обусловленными сердечно-сосудистыми заболеваниями, выписки из историй болезни.

Больная Т. Е. Л., 1942 г. р., врач-терапевт. Направлена в стационар с диагнозом «обострение ишемической болезни сердца, учащение приступов стенокардии напряжения». Психопатологическая отягощенность не выявляется. Больная считает, что по характеру похожа на мать – «выдержанная, немногословная, тем не менее с людьми сходится легко». Росла и развивалась без особенностей. По-видимому, «по причине чрезмерной доверчивости часто была обманута теми, с кем хотела дружить», «настоящих друзей, наверное, нет». В 17 лет окончила школу, училась ровно, средний балл «4», «за пятерками не гналась и тройки получала не переживая». Больше интересовали литература и история, но лучшие оценки имела по математике и физике. Сразу же поступила в институт, почему выбрала профессию врача – не знает. В институте училась также ровно. Менструация с 12 лет, установилась сразу, через 25—27 дней, регулярная. Половая жизнь с 15 лет («рано созрела!»), первая беременность в браке, в 22 года, «хотя никогда не предохранялась», закончилась медицинским абортom – «не хотели иметь детей по причине бытовой неустroенности». От второй беременности сын, которому сейчас 20 лет. С мужем отношения «нормальные», считает, что «личная жизнь, в общем, сложилась». В течение последних 3 лет неоднократно обращалась к врачам по поводу приступов интенсивной боли в области сердца, тахикардии. Ставила себе диагноз (на основании клиники приступов и динамики ЭКГ): «ИБС, приступы стенокардии напряжения». Старается не заниматься самолечением – «может серьезно ошибиться», поэтому обращается к коллегам, лечилась до настоящего времени амбулаторно, как правило, на больничном листе находилась 3—5 дней после возникновения приступов, в дальнейшем принимала лекарства и продолжала работать. Сообщила, что «коллеги не всегда ставили диагноз ИБС, были и такие диагнозы, как кардионевроз, кардиопатия с вегетососудистой дистонией и кардиалгией». К психиатрам не обращалась. Наряду с нитроглицерином, нитронгом, сустакom, нитросорбидом и др. кардиолитиками помо-

гали также и транквилизаторы – седуксен, элениум, грандаксин. Заболевание сердца связывает с постоянными эмоциональными перегрузками на работе (работает на полторы ставки). Два года тому назад стала замечать, что с трудом дорабатывает неделю, ждет с нетерпением выходного дня, чтобы «отдохнуть и отоспаться!», но считала это «естественным» и с болезнью не связывала. Только 2—3 месяца назад вдруг обратила внимание, что участились состояния повышенной тревоги за здоровье. Тогда впервые обратила внимание, что изменился характер болей в области сердца, наряду со стенокардическими болями периодически появлялись другие, «непонятные», к которым «стала прислушиваться», только тогда впервые по-настоящему осознала, «как мучительно может болеть сердце!». Впервые такие «новые» боли появились и на другой день после похорон коллеги – заведующего отделением, где она работала – умер внезапно, ночью, во время приступа стенокардии. Она длительное время была неоднократно свидетелем его приступов, а также первым врачом, кто оказывал ему помощь – «он крайне пренебрежительно относился к своему здоровью, на замечание, что может внезапно умереть, только отшучивался», Смерть его «по-настоящему потрясла ее, сильно плакала». Активно участвовала в организации похорон, при этом «ничего не беспокоило – сердце работало без перебоев».

Резюме. Диагноз ИБС не вызывает сомнения: подтверждается клинически и данными ЭКГ в динамике и при нагрузке. Сложность дифференциальной диагностики в отношении приступов боли в области сердца для быстрой и правильной терапии (в одном случае применение нитропрепаратов, в другом – психотропных средств, в третьем – назначение и тех, и других в комбинации), а также для целенаправленной психотерапии, учитывающей структуру переживаний больной и механизмы психологической защиты, удельный вес психогенного (связь психопатологических расстройств с психотравмирующей причиной – смертью сослуживца), и соматогенного факторов и для выработки мер по трудовой и психологической реабилитации. «Наплывы» мучительных ощущений конкретно-чувственного характера здесь могут полностью маскировать собственно болезненные расстройства, связанные с приступом стенокардии (не исключено, что они могут «стереть» и картину развития острого инфаркта миокарда). Больная в преморбиде личность стеничная, активная и экспрессивная. Эти преморбидные особенности, проявляющиеся вкуче обилия жалоб конкретно-чувственного характера, разнообразных и ярких, могут клинически быть расценены как истероневротические реакции, особенно учитывая наличие такого значимого психотравмирующего момента, как смерть товарища по работе. Но если рассматривать жалобы больной как вербальный способ психологической защиты, где переживания выступают не столько в прямом, сколько в переносном смысле (некоторая эротическая окраска «навязчивых ощущений» указывает на определенный характер отношений больной со своим умершим товарищем – это она подтвердила весьма доверительно), то представление о клинике здесь расширяется и существенно изменяется: синдром тревожной ипохондричности приобретает психологический смысл утраты. Неврозоподобное состояние является клиническим выражением фрустрационной напряженности (Березин, 1986) и дезинтегрирует поведение больной. Психосоматические корреляции в данном клиническом случае представлены в неразрывном единстве психогенного и соматогенного факторов этиопатогенеза. По преморбидным особенностям больная может быть отнесена к типу «А» (кстати, как и, по-видимому, ее умерший скорострительно товарищ).

Больной А. М. В., 1914 г. р., преподаватель истории в ВУЗ-е, кандидат педагогических наук, доцент. Направлен поликлиникой в связи с гипертоническим кризом. Психопатологической отягощенности не выявляется. Родился в семье рабочих, рано потерял родителей (умерли, когда ему было 6 лет), ничего о них сказать не может. Воспитывался в детском доме. Рос и развивался физически крепким. В школе учился хорошо, увлекался историей и математикой. По окончании школы работал на заводе. Участник ВОВ, после войны закончил вечерний педагогический институт. В последующем без отрыва от работы занимался научной работой.

Написал и успешно защитил кандидатскую диссертацию. Последние 10 лет преподает в ВУЗе. Женат, имеет двоих взрослых детей. Считает, что жизнь удалась, не будь войны – мог бы достигнуть большего. Себя характеризует как целенаправленного человека, никогда не останавливался перед трудностями, если этого требовала дело. Всю жизнь любил одну женщину – свою жену и никогда ей не изменял (другие женщины никогда не вызывали сексуального влечения, а с женой прожил 40 лет и она по-прежнему волнует и желанна), снижения половой активности не замечает.

Гипертонической болезнью страдает свыше 20 лет. Последние 5 лет часто госпитализируется по поводу гипертонических кризов – АД повышается до 220/140, при рабочем 160/90 мм рт. ст. Тем не менее старается не снижать рабочей активности, имеет большие планы по научной деятельности. Гипертонические кризы возникают без каких-либо «внешних» причин: дома все хорошо, работа удается. Правда, к концу рабочего дня чувствует себя; перенапряженным, нуждается в тишине, спокойном отдыхе. Но час-два вечернего отдыха «в своем домашнем кабинете, среди книг» полностью восстанавливает работоспособность – готов работать до глубокой ночи. Засыпает с большим трудом, сон поверхностный, тревожный – «голова продолжает работать». В течение 5 лет постоянно принимает гипотензивные препараты, а также седуксен, тазепам, эуноктин (последние с целью «снять напряжение и хорошо выспаться», что не всегда удается). Просыпается, как правило, «разбитым», пересиливает себя, чтобы заняться физзарядкой (что делает каждое утро, даже если ночью совершенно не спал), обливается холодной водой. С трудом «приходит в себя». Хорошо знает, что АД повышается от переутомления, но изменить ритм и объем работы, принятые много лет назад, «посчитаться с годами» не может – «внутренне не чувствует себя стариком – каким себя знаю с молодости, таким и остаюсь, в зеркало стараюсь не смотреть». Точно диагностирует уровень АД, но не потому, что начинает болеть или кружиться голова и появляется в ней шум, а потому, что «все вдруг предстает в мрачном свете: возникает банальный вопрос – к чему все это, суета, работа, недуги, сама жизнь и смерть?» Именно в такие периоды начинает пересматривать вновь и вновь события своей биографии, размышлять о прожитом и пережитом, о неизбежности «старости, дряхлости и смерти». «Всегда философствую, когда болею».

Резюме. Здесь диагноз не вызывал сомнения, в том числе психиатрический: «соматогенное неврозоподобное состояние». Лечащего врача насторожило высказывание «суицидальных мыслей», это послужило основанием для консультации психиатра. В клинко-психопатологической картине на переднем плане обилие своеобразных жалоб ипохондрического характера и «психологически понятное» беспокойство о своем состоянии. Больной в преморбиде – активная, стеничная личность, целенаправлен и внутренне собран. Действительно, если бы не война (он, кстати, имеет много боевых орденов и медалей), он бы достиг большего, может быть стал крупным ученым, историком или математиком, написал больше интересных книг. Вся его жизнь подчинена духовному началу – его «внутреннему идеалу». Он обрел «себя» и это чувство вело его по жизни и помогало ему ориентироваться в сложных объективных ситуациях. Только болезнь смогла поколебать это самочувствие «интегрированной» личности. Гипертоническая болезнь вызвала нарушение психосоматического баланса, что клинически выразилось развитием неврозоподобного состояния, а психологически – появлением мрачных жалоб. Последние в любом отношении (и эмоционально, и интеллектуально) адекватны объективному состоянию больного: самое страшное для него – «стать развалиной», «беспомощным, неспособным продуктивно работать», то есть инвалидизация – реальные вещи (катамнез показывает, что так и случилось). Жалобы – здесь попытка осмыслить свое болезненное состояние и его неизбежные последствия в каком-то «высшем», общечеловеческом контексте. Это необходимо, чтобы как-то «примирить себя с болезнью». Иначе – наиболее адекватное решение – «смерть» (подчеркиваем, что наш пациент – активная и стеничная личность, в любом случае стремится овладеть ситуацией, а не пассивно ей подчиниться). «Я готов к смерти, но необхо-

димо жить, ибо к ней не готовы родные», – вот суть его психологической защиты. И она помогла ему до конца – даже после очередного тяжелого криза, потребовавшего лечения больше месяца, больной смог «собраться» и продуктивно, творчески работать (результат – научно-популярная брошюра на весьма злободневную тему).

Этот «клинический случай», на наш взгляд, ставит остро ряд медикоэтических и деонтологических вопросов, таких, в частности, как позиция врача в отношении к больным, страдающим тяжелыми, с «плохим» прогнозом (инвалидизация, смерть) заболеваниями, критерии «естественного желания умереть», психологически адекватного болезненному состоянию и клинически «суицидальных мыслей», тактика психотерапевта и др. Эти и подобные вопросы широко дискутируются в зарубежной литературе, где вновь актуализировалась «проблема» эвтаназии. В нашей медицинской, психологической и философской литературе данная проблема получила соответствующее критическое рассмотрение (Г. В. Морозов, Г. И. Царегородцев, 1983; Г. И. Царегородцев, 1984; Е. В. Черносвитов, 1984, 1985 и др.). Вместе с тем было подчеркнуто, что современный этап практической и теоретической медицины обусловил возникновение ряда новых эτικο-деонтологических проблем, связанных, в частности, с медицинской генетикой, нейропсихологией, онкологией, реаниматологией и геронтологией. В ряду этих проблем находятся и задачи психоделической психотерапии. Высказано требование «пересмотреть понятие смерти, ее критериев, которые сложились еще во время Гиппократов и средневековья», для того, чтобы избежать случаев, «когда победа над смертью может превращаться в своего рода насилие над жизнью». Ведь «возвышенно-эпический взгляд на смерть не должен быть чужд врачу» (Морозов, Царегородцев, 1983).

Итак, этими клиническими примерами мы попытались не только проиллюстрировать своеобразие выделенных нами четырех типов жалоб (конкретно-чувственного, аффективного, концептуализирующего и оценочно-эстетизирующего), но и рассмотреть эти стереотипы вербального поведения больных с сердечно-сосудистыми расстройствами как выражение психологически защитных механизмов. В этом основном ключе мы старались показать внутреннюю связь жалоб больного, с одной стороны, с преморбидными особенностями – теми или иными «акцентированными» чертами характера, а с другой стороны – с особенностями клинического проявления соматической болезни, в частности, с механизмом маскирования психопатологических расстройств. Обилие данных жалоб затрудняет постановку верного и полного диагноза, где бы в этиопатогенетической последовательности находились соматические и функциональные, и психопатологические явления. Так, конкретно-чувственные жалобы могут имитировать приступ стенокардии, а жалобы любого типа – его частично или полностью маскировать. Эти жалобы «отвлекают» больного от своего сердечно-сосудистого расстройства, принуждают его игнорировать истинное проявление болезни. Это, с одной стороны, «нормальное» (адекватное) проявление психологической защиты, с другой же стороны – «болезненное» выражение соматогенного психопатологического состояния. Врач, подбирающий и сочетающий медикаментозное и психотерапевтическое лечение, должен учитывать единство и неразрывность этих двух аспектов субъективной стороны болезни.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.