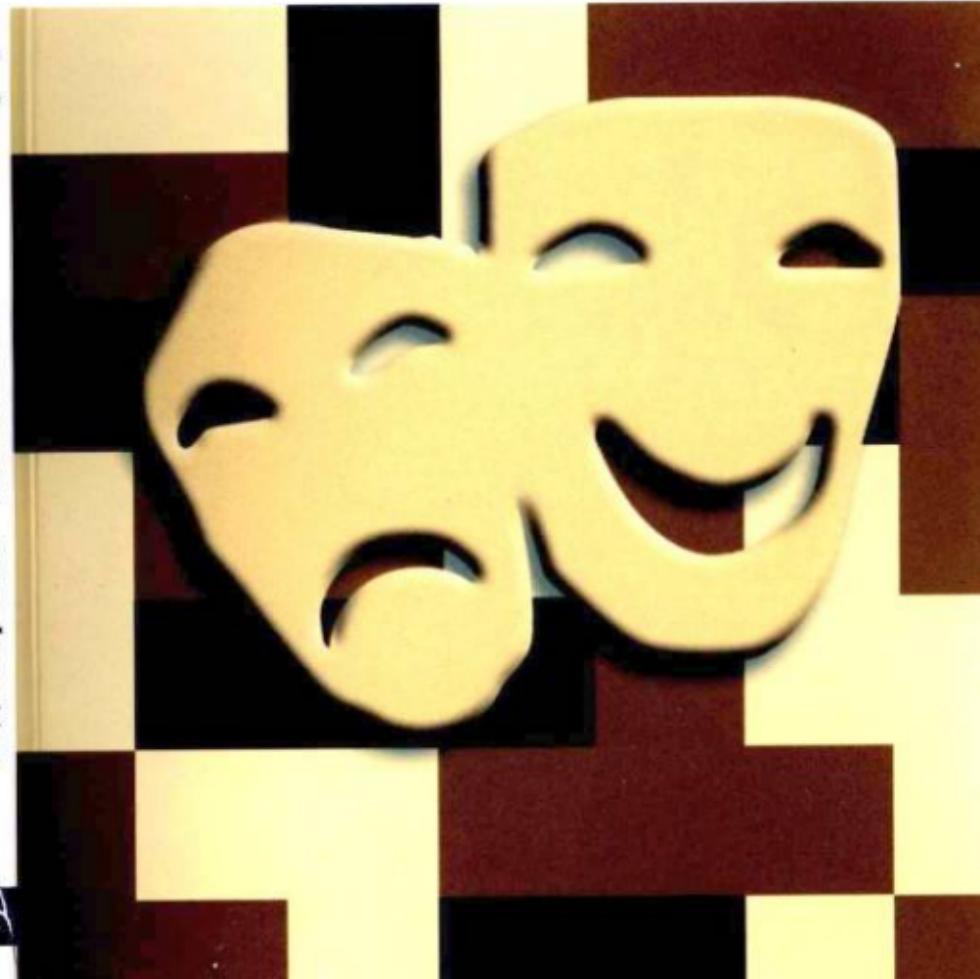


Л.Д. Фирсова
Психологический портрет язвенной болезни

Л.Д. Фирсова

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ



Л.Д. Фирсова

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Москва



2009

УДК 616.33/34-002.44
ББК 54.13
Ф 62

Серия «Очерки современной гастроэнтерологии».
Издание одобрено Ученым Советом
Центрального научно-исследовательского института гастроэнтерологии

Под редакцией директора ЦНИИГ
профессора Л. Б. Лазебника

Ф 62 Психологический портрет язвенной болезни /
Л. Д. Фирсова. — ООО «Пи-Ар Медиа Групп», 2009. — 120 с. — 500 экз. —
ISBN 978-5-901352-93-9

*«Лечить не болезнь, а больного», кому не известно это высказывание?
И найдется ли хоть один врач, пытающийся оспорить эту истину?
Но на практике медицина «для тела» и медицина «для души» существуют отдельно друг от друга. Соединение этих направлений — первостепенная задача данной монографии.
Книга написана врачом, имеющим дополнительное высшее психологическое образование. Это позволило автору представить материал в форме диалога врача и психолога, обсудив наиболее значимые для практической деятельности аспекты изучаемого вопроса.
Книга адресована клиницистам, интересующимся взаимоотношением соматических и психических аспектов развития хронических заболеваний, клиническим психологам, психотерапевтам.*

ISBN 978-5-901352-93-9
ISBN 5-901352-24-6 (серия)

УДК 616.33/34-002.44
ББК 54.13

© Л. Д. Фирсова, 2009
© ООО «Пи-Ар Медиа Групп», 2009
© ООО «Анахарис», 2009

*Посвящается Учителю и Другу —
профессору Елене Дмитриевне Соколовой*

1. CP

Properties of benzene
are due to the presence of a delocalized system of electrons.

ПРЕДИСЛОВИЕ

Писать эту книгу было одновременно трудно и легко. Трудности были связаны с необходимостью простого изложения сложных вещей, а легкость рождалась из представления о том, что она может оказаться полезной для врачебной деятельности. По мнению автора, обсуждение поднимаемых вопросов способно не только объяснить некоторые особенности поведения больных и тем самым облегчить взаимодействие с ними, но и внести дополнительный интерес в работу врача, осветив одну из наименее изученных граней болезни.

У этой книги есть соавтор — профессор Елена Дмитриевна Соколова. Идея книги и многое из того, что в ней изложено, задумывались вместе с Еленой Дмитриевной, каждое слово рукописи на уровне внутреннего восприятия сверено с ее мнением. Вне всякого сомнения, книга была бы глубже при наличии возможности обсудить с Еленой Дмитриевной ее окончательный вариант.

Этот труд никогда не увидел бы свет без участия директора ЦНИИГ профессора Леонида Борисовича Лазебника. Ему принадлежит идея названия книги, которая повлияла и на ее содержание, и на стиль изложения.

Искренняя благодарность профессору Юрию Васильевичу Васильеву, под руководством которого автор трудился в течение тридцати лет, и сотрудникам отделения заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта ЦНИИГ, с пониманием относившимся к интересу, направленному на исследование внутреннего мира больных.

Хочется поблагодарить тех пациентов, которые в беседе приоткрыли свою душу и тем самым помогли понять недоступное клиническому наблюдению. Особая признательность тем из них, чьи рисунки были использованы для понимания процессов, происходящих во внутреннем мире человека во время болезни.

Изложение материала время от времени прерывается ответами психолога на вопросы врача. Будучи на самом деле внутренним диалогом самого автора, такая форма изложения позволила сделать акцент на вопросах, наиболее важных в практическом отношении.

Врач:

«В последние годы достигнуты значительные успехи в лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДК). Это связано в первую очередь с введением в практику лечения этой категории больных антихелико-бактерной терапии. В результате не только снижается заболеваемость, но наблюдается патоморфоз болезни. Ушли в прошлое столь характерные для этого заболевания ночные боли; более того, прием антисекреторных препаратов нового поколения позволяет полностью купировать болевой синдром в очень короткие сроки (на третий-четвертый день лечения), а иногда и раньше. Стали редкостью нарастающие симптомы стенозирования выходного отдела желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки; практически не встречается упорный болевой синдром, характерный для пенетрирующих язв. Вышесказанное является доказательством того, что проблема приближается к ее разрешению. Зачем еще раз возвращаться к психосоматическим аспектам данного заболевания — вчерашнему дню в представлениях о патогенезе ЯБДК?»

Психолог:

«Книга посвящена не патогенетическим аспектам проблемы, а вопросам лечения больных. Несмотря на существенный сдвиг клинических проявлений ЯБДК в сторону более легкой степени выраженности, у многих страдающих язвенной болезнью сохраняется представление о себе как об очень больном человеке. Возможно, это обусловлено тем, что обострения заболевания в большинстве случаев связаны со стрессовыми ситуациями и наслаждение

на эмоциональный дискомфорт физических симптомов создает своеобразную “стрессовую композицию болезни”, в которой тесно переплетаются и физическая, и душевная боль».

Врач:

«Взаимодействие соматических и психических симптомов достаточно хорошо изучено, и нет никаких сомнений в их взаимосвязи».

Психолог:

«Действительно, психосоматические аспекты язвенной болезни в теоретическом плане являются хорошо изученным вопросом, но на практике “медицина для тела” и “медицина для души” продолжают существовать отдельно друг от друга. Изменения, происходящие в психике больного человека, если и принимаются во внимание, то рассматриваются в качестве второго заболевания, а цель лечения больных ЯБДК ограничивается рубцеванием язвы и эрадикацией *Helicobacter pylori* (*Hp*). Понимание внутреннего мира больных приблизит врачей к практической реализации представления о том, что лечить надо не болезнь, а больного».

Врач:

«Существует два варианта язвенной болезни: язvенная болезнь двенадцатиперстной кишки и язvенная болезнь желудка. Насколько известно, роль стресса более характерна для развития обострений ЯБДК».

Психолог:

«Действительно, роль нарушений психической адаптации в патогенезе язвенной болезни двенадцатиперстной кишки настолько очевидна,

что ее относили к классическим психосоматическим заболеваниям. Поэтому объектом данного исследования были больные ЯБДК. Но, как показало психологическое тестирование больных язвенной болезнью желудка, многие из них также связывают заболевание с негативными эмоциями. Особенно это касается больных молодого возраста. Их психический статус практически ничем не отличался от такового у больных ЯБДК. Но этой теме будут посвящены дальнейшие исследования. Данная работа базируется на результатах исследования больных ЯБДК».

Глава 1

ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О СИСТЕМНОМ ПОДХОДЕ К ЗАБОЛЕВАНИЮ

В настоящее время суть язвенной болезни связывают с местными изменениями в больном органе. Основным признаком заболевания считается наличие язвы в луковице двенадцатиперстной кишки (ДПК), в большинстве случаев сопровождающееся появлением болей в верхних отделах живота и диспептических расстройств.

В патогенезе болезни в течение многих лет центральное место также уделялось локальным изменениям в слизистой оболочке ДПК (нарушению равновесия между факторами агрессии и защиты). К местным патогенетическим факторам можно отнести и *Helicobacter pylori* — инфекцию в слизистой оболочке желудка, изучению которой в последние годы было уделено огромное внимание. В соответствии с данными взглядами целью лечения больных ЯБДК является рубцевание язвы и эрадикация *Hp*.

Теория *Hp*-инфицированности оттеснила на второй план, но не отвергла полностью представление о роли негативных эмоций в развитии ЯБДК. И врачи в своей практике, и сами больные наблюдают связь обострений заболевания с эмоциональным стрессом. По данным разных авторов, стрессовые ситуации предшествуют обострению ЯБДК в 80–95 % случаев.

В настоящее время при изучении роли эмоционального стресса в развитии заболевания выделяют два вида его влияния: триггерное (роль пускового механизма) и модулирующее (изменение течения заболевания). При этом ни у кого не вызывает сомнений, что появление физических страданий усугубляет эмоциональные нарушения, вызвавшие обострение заболевания, формируя своеобразный «порочный круг» (рис. 1).

Свои ощущения и переживания человек стремится обозначить словами, озвучить их. Посредством слов он передает информацию о своем самочувствии врачу. Эта модальность звучит и во внутреннем мире — человек обдумывает происходящее с ним, строит предположения о прогнозе заболевания, реагирует на информацию, полученную от врача,

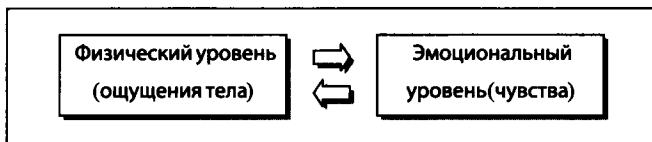


Рис. 1. Взаимодействие клинических проявлений заболевания и эмоциональных нарушений

и т. д. В связи с этим правомочно ввести еще один уровень развития болезни — когнитивный, то есть уровень размышлений, слов, обсуждения темы болезни (рис. 2).

Все три уровня взаимосвязаны. Болевые ощущения и связанные с ними эмоции дают почву для размышлений. По типу обратной связи навязчивые мысли могут усиливать тревогу, а конструктивное обдумывание ситуации — уменьшать эмоциональное напряжение.

По сути, на этих уровнях происходит сбор информации о болезни: на физическом уровне информация поступает в виде телесных ощущений, на эмоциональном — информацию несут чувства, на когнитивном — носителем информации являются мысли. На основании ощущений, переживаний и размышлений у человека рождается общее представление о ситуации, то есть происходит интеграция информации, которая проявляется в принятии решения «я болен» или «я здоров». В связи с этим можно выделить еще один уровень болезни — интегративный (уровень оценки состояния) — рис. 3.

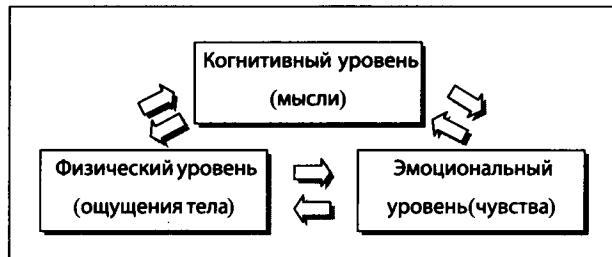


Рис. 2. Три уровня развития заболевания

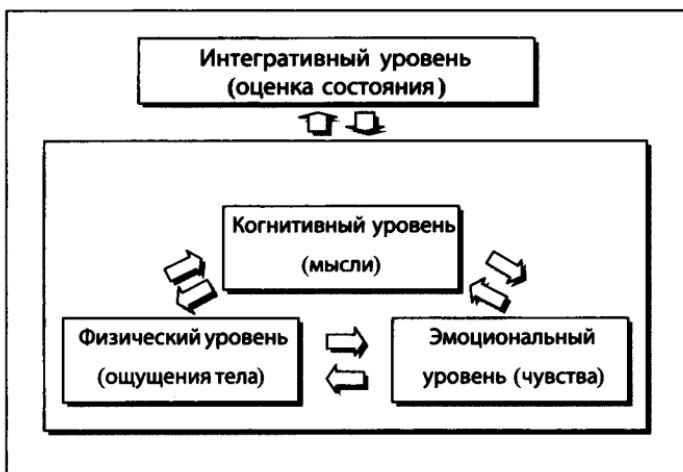


Рис. 3. Четырехуровневая структура проявлений болезни

Врач:

«Почему выделены именно четыре уровня, а не два или, скажем, пять?»

Психолог:

«Во-первых, представленный выше эмпирический путь рассуждений приводит к описанию именно четырех уровней. Когда, кроме клинических симптомов болезни, учитываются вызываемые ею эмоции, размышления на тему болезни и общее представление о ситуации, описание получается полным. Кроме того, в медицинских трактатах далекого прошлого присутствуют знания об анатомическом описании человека как сложной структуре, состоящей из "тонких" тел (в частности, четырех, сформированных энергиями различных стихий)».

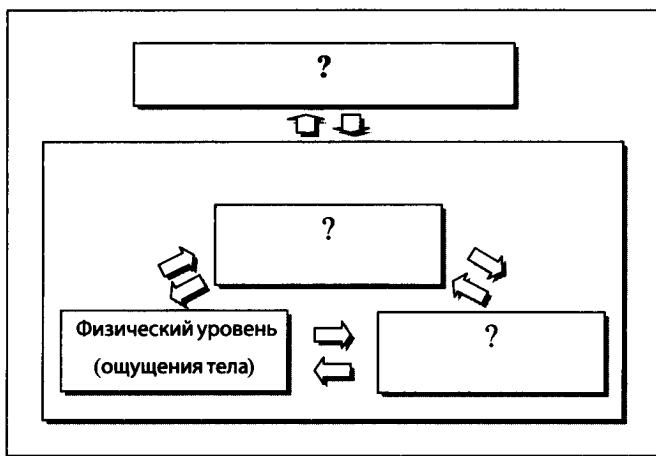


Рис. 4. Взгляд на болезнь, ограниченный физическим уровнем проявлений заболевания

Представление болезни в виде многоуровневой структуры базируется не только на знаниях далекого прошлого, но и соответствует современной методологии — системному подходу к изучаемому объекту.

Системный подход предложен Л. Берталанфи в 1969 г. К настоящему времени данная методология нашла широкое применение в самых различных областях научных исследований — технике, экономике, физике, биологии, социологии, психологии. Наиболее важная сфера его применения — междисциплинарные исследования, что оправдывает применение метода в данном исследовании (изучении больного человека с позиций двух наук — медицины и психологии).

Под «системой» Л. Берталанфи понимал комплекс элементов, находящихся во взаимодействии. Фундаментальными категориями системного подхода являются понятия структуры и функции системы (В. О. Чернышев, 1992). Под структурой подразумеваются упорядоченность системы, то есть определенный набор элементов со связями между ними (в нашем случае это находящиеся во взаимодействии уровни болезни). Благодаря наличию связей между элементами, система приобретает свойство целост-

ности. Целостность не является простой суммой отдельных частей системы, это новое качество (в данном исследовании — больной человек).

Главное требование к системе состоит в том, что ни один из ее элементов в отдельности не имеет всех присущих ей свойств. Это относится и к физическому уровню, поэтому рассмотрение болезни только с позиций ее клинических проявлений является односторонним и неполным (рис. 4).

Врач:

«С учетом представленных рассуждений системный подход нельзя не признать и физический уровень — это действительно одностороннее рассмотрение болезни. Но, может быть, это нормально, если врач ограничивает свою работу соматическим планом болезни, а психическими уровнями проявлений заболевания занимаются соответствующие специалисты?»

Психолог:

«Это разумное утверждение. Профессионально работать с проявлениями болезни на эмоциональном, когнитивном и интегративном уровнях могут только специалисты — например, психологи, психотерапевты или врачи, получившие дополнительное психологическое образование. Но в большинстве лечебных учреждений таких специалистов просто нет. И независимо от того, признает врач наличие разноплановых проявлений болезни или отвергает эту идею, обращает внимание на внутреннее состояние больного или оставляет его вне поля своего зрения, все равно перед ним человек, который не только жалуется на боли, но переживает, думает, принимает значимые для него решения. И хочет врач того

или не хочет, его профессионализм напрямую связан с умением слышать, видеть и понимать больного».

Врач:

«Допустим, врач признает идею развития болезни на четырех уровнях. Что он может сделать для диагностики и, главное, лечения болезни на всех уровнях ее проявлений?»

Психолог:

«Диагностика нарушений осуществляется с помощью клинического наблюдения и психоаналитического обследования. В лечение врач может внести свою лепту даже при наличии психолога или психотерапевта, тем более в ситуациях отсутствия этих специалистов. Имеется в виду деонтологическая работа с учетом особенностей проявлений данного заболевания и, при необходимости, грамотное назначение психофармакологических препаратов».

ГЛАВА 2

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ С ПОЗИЦИЙ МЕТОДОЛОГИИ СИСТЕМНОГО ПОДХОДА К ЗАБОЛЕВАНИЮ

Врач:

«Действительно ли у ЯБДК свое “лицо”, с которого можно написать портрет? И если да, то насколько сильно этот портрет отличается от изображений других болезней?»

Психолог:

«Теоретически (учитывая принципы системного подхода) ответ на этот вопрос должен быть положительным. Проявления разных заболеваний на психологических уровнях должны также отличаться друг от друга, как и их клинические проявления».

С целью проверки этого утверждения обследованы 173 больных ЯБДК. Среди них было 111 мужчин и 62 женщины в возрасте от 17 до 60 лет, средний возраст $30,86 \pm 0,89$ года. Преобладающее число больных (150) обследованы во время их пребывания на стационарном лечении в ЦНИИГ по поводу обострения заболевания. Из них у 76 больных (43,9 %) заболевание диагностировано впервые и у 74 больных (42,8 %) поводом для госпитализации послужило повторное обострение ЯБДК. Больные, находящиеся в стойкой ремиссии заболевания (23; 13,3 %), обследованы амбулаторно (продолжительность ремиссии заболевания у этих больных не менее 5 лет).

Наиболее подходящей группой сравнения для изучения ЯБДК являются больные неязвенной диспепсией. Обследованы 60 больных неязвенной диспепсией (НД) (понятие трактовалось достаточно широко — от чисто функциональных заболеваний желудка до неэрозивных вариантов хронического гастрита). Группа состояла из 33 мужчин и 27 женщин в возрасте от 16 до 58 лет, средний возраст $29,1 \pm 1,24$ года. Большинство из них (52)

находились на стационарном лечении в ЦНИИГ. Психологическое обследование части больных этой группы (8 больных) было проведено амбулаторно в период, когда они не предъявляли гастроэнтерологических жалоб.

Контрольную группу (73 человека) составили лица, не имеющие жалоб на боли в верхних отделах живота или диспептические расстройства, а также хронических заболеваний, традиционно считающихся психосоматическими (бронхиальная астма, пароксизмальная тахикардия и т. п.). В их числе были 42 мужчины и 31 женщина в возрасте от 15 до 56 лет, средний возраст $32,67 \pm 1,32$ года.

Проявления ЯБДК изучались на основании клинических данных (жалобы больного, данные анамнеза, эндоскопическая картина в момент обследования) и с помощью анкетных методов психодиагностики. Клинико-психологический метод использовался в виде беседы, направленной на сбор психологического анамнеза. В ходе беседы фиксировались психотравмирующие события и обстоятельства жизни, которые находились в центре переживаний больных. Особое внимание уделялось событиям, которые, по мнению больных, вызвали данное обострение язвенной болезни.

Для оценки психического статуса пациентов были применены следующие психодиагностические методики: 16-факторный личностный опросник Кеттелла (Sixteen Personality Factor Questionnaire — R. B. Cattell, 1970), ММИЛ — Методика многостороннего исследования личности (Minnesota Multiphasic Personality Inventory в модификации Ф. Б. Березина и М. П. Мирошникова, 1976), тест Я-структур ISTA (Ich-Structur-Test der Aggression, Angst und Ish-Abgrenzung — G. Ammon, 1972), опросник ЛОБИ «Определение психологического типа отношения к болезни» (Ленинградский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева, 1987).

Сбор данных, полученных в ходе исследования, и их обработка производились с помощью СУБД MSSQL 2000 и средств OLAP. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета SPSS 10.0. Достоверность межгрупповых различий определялась с помощью t -критерия Стьюдента, а для малых групп — при помощи W -статистики Вилкоксона.

ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕТОДИКИ

16-факторный опросник Кеттелла

Изменение значений факторов теста Кеттелла показывает особенности личности испытуемых. В традиционной трактовке показатели 5 или 6

считаются средними. Увеличение показателей выше 6 свидетельствует о чрезмерной выраженности данной черты, а снижение ниже 5 — о ее слабом проявлении. Принимались во внимание следующие значения личностных факторов:

Фактор А (проявленность эмоций). При низких значениях фактора эмоции человека незаметны для окружающих; человек кажется скрытым, сдержаным, осторожным, отгороженным от других людей. Для высоких значений фактора характерны богатство и яркость эмоциональных проявлений, естественность и непринужденность поведения, открытость и готовность к сотрудничеству.

Фактор В (приближенная оценка вербального интеллекта). Человек, имеющий низкие оценки по фактору В, склонен к медленному обучению, с трудом усваивает новую информацию, все понимает буквально и конкретно. Высокие оценки имеют лица с хорошим уровнем интеллектуального развития, легко воспринимающие новые знания и быстро обучающиеся.

Фактор С (способность к выстраиванию целостного, внутренне не противоречивого поведения). Низкие значения фактора С встречаются у лиц, отличающихся капризами, непостоянством, слаборазвитым чувством ответственности. Их действия непредсказуемы, межличностные контакты с ними затруднены. Высокие значения фактора С свойственны лицам эмоционально зрелым, уверенным в себе. Они осознают требования действительности, реально оценивают свои возможности и достигают своих целей, не ущемляя интересов других людей.

Фактор Е (стремление к лидерству). Человек, имеющий низкую оценку по фактору Е, послушен, не умеет отстаивать свою точку зрения, не верит в себя и свои способности, поэтому часто оказывается зависимым. Высокие показатели по фактору Е свидетельствуют о властности, стремлении к независимости. Эти лица отстаивают свои права на самостоятельность, действуют энергично и активно, стремятся организовать действия вокруг себя в соответствии с собственными правилами и соображениями.

Фактор F (степень свободы поведения, зависящая от физического состояния человека). Низкие оценки свидетельствуют о скованности и застороженности в движениях, сдержанности, склонности все усложнять, ко всему подходить слишком серьезно и осторожно. Высокие оценки характерны для лиц бодрых, активных, способных действовать одновременно в нескольких направлениях. Значения фактора F можно охарактеризо-

вать как различную степень проявления «энергии поведения»: при низких значениях — это скованность и заторможенность, при высоких — высокая активность, легко реализуемая в разных направлениях.

Фактор G (интериоризация социальной нормы). Человек, имеющий низкую оценку по фактору G, ленив, недобросовестен, небрежен в обыденной жизни. Ему свойственно повторство своим желаниям и презрительное отношение к моральным ценностям. На полюсе высоких значений фактора находятся такие черты, как обязательность, ответственность, стойкость моральных принципов, порядочность.

Фактор H (эрго тропный тонус, чувствительность вегетативной нервной системы к угрозе). Личности с низким значением фактора обладают слабым энергетическим потенциалом, поэтому они не уверены в своих силах, осторожны, медлительны, не способны поддерживать контакты с широким кругом людей. Высокие значения фактора H свидетельствуют о высоком энергетическом потенциале, позволяющем достигать своей цели независимо от настроения других людей.

Фактор I (тонкость эмоциональных переживаний). Низкие значения характерны для лиц реалистичных, суровых, практических. Они больше верят рассудку, чем чувствам, не доверяют впечатлениям, а интуицию подменяют расчетом. Высокая оценка по фактору является показателем мягкости, романтического, многообразия оттенков эмоций, развитого воображения и образности в восприятии мира.

Фактор L (отношение к окружающим). При низких значениях фактора проявляются такие черты, как доверие к людям, открытость, уступчивость, отсутствие зависти и стремления конкурировать с другими людьми. Лица с высокими значениями по фактору L с самого начала подходят ко всем людям с предубеждением, настороженно. Зачастую они считают, что их недооценивают, страдают от ревности и зависти.

Фактор М (ощущение значимости индивидуальных потребностей). Низкие оценки свойственны людям, ориентирующимся в отношениях на ожидания других людей, забывающих о собственных потребностях и желаниях, строго соблюдающих общепринятые нормы, ставящих общественные интересы выше личных. Высокие значения свойственны людям эгоистичным, поглощенным своими идеями и ориентирующимся на собственные желания.

Фактор N (ориентация на воспитанный стереотип). Низкие значения свидетельствуют о недостатках воспитания. Поступки таких людей

определяются эмоцией, побуждением и не проходят контроль сравнения с общепринятыми нормами. При высоком факторе характерна ориентация на приобретенный (чаще всего в детстве) стереотип. Эти люди обычно держатся корректно, вежливо, ко всему подходят разумно и осторожно.

Фактор О (осознанная удовлетворенность ситуацией и своим положением в ней). Низкая оценка по фактору О отличает людей жизнерадостных, довольных жизнью независимо от фактического положения вещей, уверенных в успехе и своих возможностях управлять ситуацией. Высокая оценка свидетельствует о тревожно-депрессивном фоне настроения, подавленности, неуверенности в себе. Эти люди считают себя неспособными воздействовать на ситуацию.

Фактор Q-1 (консерватизм–радикализм). Низкие оценки характерны для лиц консервативных, не любящих перемен, придерживающихся уставшихся мнений и не стремящихся к получению новых знаний. Люди с высокими значениями фактора не боятся перемен. Они настроены на получение новой информации, спокойно воспринимают неустоявшиеся взгляды, способны менять свое мнение под влиянием изменившихся фактов.

Фактор Q-2 (самодостаточность). Низкие оценки свидетельствуют о несамостоятельности, зависимости, привязанности к группе. Эти люди нуждаются в постоянной опоре, поддержке окружающих, в совете и одобрении. Лица с высокими оценками независимы, самостоятельны, принимают ответственность за свои действия на себя. Нельзя считать, что они не любят людей, просто они не нуждаются в посторонней поддержке.

Фактор Q-3 (самоконтроль). Лица с низкими значениями не умеют организовать свое время и порядок выполнения дел, поэтому их жизнь неупорядоченна, хаотична. Самоконтроль касается и контроля эмоций — люди с низким самоконтролем несдержаны. Высокие оценки свидетельствуют об умении хорошо контролировать свои эмоции и поведение. Человек с высоким показателем Q-3 обладает высокой чувствительностью к социальному одобрению, хорошо осознает социальные требования и старается их аккуратно выполнять. Заботясь о впечатлении, которое он производит на окружающих, он контролирует проявление своих эмоций.

Фактор Q-4 (frustrационное напряжение). Лица с низкими значениями расслабленны, удовлетворены любым положением дел, не стремятся к переменам и достижениям, безразличны к удачам и неудачам. При высоких оценках на первый план выступает напряженность, возбуждение,

недовольство ситуацией. Действия человека не приносят результата и не дают ему удовлетворения. Для этого состояния характерны эмоциональная неустойчивость с преобладанием пониженного настроения, раздражительность и нетерпеливость.

Факторы индивидуально-психологических особенностей личности второго порядка

Фактор F-1 (эмоциональное напряжение). Низкие значения фактора соответствуют спокойному состоянию, удовлетворенности происходящим. При высоких показателях для человека характерно отрицательно окрашенное переживание внутреннего беспокойства, озабоченности, взбудораженности.

Фактор F-2 (экстраинтроверсия). При низких показателях (интроверсия) человек не испытывает потребности в общении. При необходимых контактах общение не приносит удовольствия из-за скованности, стеснительности, неумения отстаивать собственные интересы. При высоких показателях фактора (экстраверсия) человек стремится к общению, ощущает полноту жизни.

Фактор F-3 (порог фruстрации). Порог фрустрации — минимальный уровень нарушения взаимодействия между индивидуумом и средой, необходимый для возникновения состояния фрустрации (то есть блокады или затруднения удовлетворения актуальной потребности). Низкий порог фрустрации свидетельствует о неустойчивости психической адаптации. При прочих равных условиях чем выше порог фрустрации, тем больше стабильность психической адаптации.

Фактор F-4 (фактор независимости). Это независимость мыслительной деятельности, а следовательно, и независимость поступков. При низких значениях человек зависит от чужого мнения, при высоких — обладает независимостью мыслей и поступков.

МЕТОДИКА МНОГОСТОРОННЕГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЛИЧНОСТИ

В описании личности в тесте ММИЛ использованы клинические представления о типах психопатий, или, точнее, о синдромах дисгармоничного развития личности.

Первая шкала (шкала ипохондрии). Степень подъема графика на первой шкале отражает выраженность ипохондрической тенденции: подъем на уровне средних величин свидетельствует о повышенном интересе к функционированию своего организма и склонности к жалобам, высокие значения шкалы подтверждают постоянную озабоченность своим физическим состоянием, пессимизм и неверие в успех медицинской помощи.

Вторая шкала (шкала депрессии). Подъем на второй шкале свидетельствует о снижении настроения, неуверенности в себе, внутренней напряженности, той или иной степени выраженности тревоги. Характер профиля позволяет дифференцировать преобладание тревоги или депрессии. Изолированное и умеренное повышение уровня профиля по второй шкале и отсутствие одновременного снижения на девятой шкале обычно свидетельствует в большей степени о тревоге, чем о депрессии. Снижение профиля на девятой шкале при одновременном повышении профиля на второй шкале свидетельствует о развитии депрессивной тенденции, проявляющейся утратой интересов, безразличием, недостатком побуждений к активной деятельности и затруднением межличностных связей.

Третья шкала (шкала истерии). Подъем на третьей шкале свидетельствует о склонности к возникновению в условиях стресса невротических защитных реакций конверсионного типа. При этом все признаки социальных причин тревоги вытесняются из сознания, а дезадаптация ощущается как соматическое заболевание. Это не притворство, а устойчивый бессознательный способ психической адаптации. При умеренной выраженности описанного механизма он может способствовать успешной адаптации, облегчать межличностные контакты и деятельность, требующую широких и относительно коротких контактов с другими людьми.

Если описанные особенности достигают клинической выраженности, поведение становится бесцеремонным, без правильной оценки впечатления, производимого на окружающих. Эти лица стремятся быть в центре внимания и добиваться признания любым путем.

Четвертая шкала (шкала асоциальной психопатии). Подъем профиля на четвертой шкале отмечается у лиц, отличающихся нарушением принятых норм поведения и неспособностью к коррекции этих нарушений под влиянием собственного негативного опыта. Высокие оценки харак-

терны для лиц несдержанных, агрессивных, конфликтных, пренебрегающих социальными нормами и обычаями окружающих людей.

Пятая шкала (шкала мужественности–женственности). Шкала измеряет степень идентичности испытуемого с ролью мужчины или женщины, предписываемой культурой и обществом. Мужчины с высокими оценками по шкале чувствительны, мягки, склонны к волнениям, уделяют много внимания самоанализу и внутренним переживаниям. Женщины с высокими оценками по пятой шкале решительны, чрезмерно уверены в себе, обладают трезвым складом ума, склонны к мужским занятиям.

Шестая шкала (шкала паранояльности). Умеренный пик профиля на шестой шкале указывает на аффективную ригидность, склонность к подозрительности, тенденцию к настороженному обдумыванию действий других людей. При высоком подъеме профиля — повышенное себялюбие, гордость своей ценностью, враждебное или презрительное отношение к окружающим.

Седьмая шкала (шкала психастении). Предназначена для диагностики лиц с тревожно-мнительным типом характера. Умеренное повышение профиля свидетельствует о чувствительности, склонности к сомнениям, нерешительности и боязливости. При значительном повышении профиля в клинической картине отчетливо проступает хроническое чувство тревоги. Повышенная тревожность обычно сочетается с полным неверием в свои возможности, боязнью, что в нужный момент не хватит сил для того, чтобы справиться с жизненными трудностями. При этом неудачи и опасности, существующие только в воображении, пугают больше, чем происходящие в действительности.

Восьмая шкала (шкала шизоидности). Подъем профиля на восьмой шкале свидетельствует об углубленном самонаблюдении, погруженности в свои переживания. Внимание этих людей направлено только на интересующие их проблемы, вне рамок которых они проявляют полное безразличие и неосведомленность.

Девятая шкала (шкала гипомании). Лица с умеренным повышением по девятой шкале активны, деятельны, энергичны и жизнерадостны. У них высокая потребность в общении, они успешны в деятельности, связанной с контактами с другими людьми. Значительное повышение профиля по девятой шкале сочетается с отвлекаемостью, ухудшением концентрации внимания, переоценкой своих возможностей и нереалис-

тичным планированием (из-за этого эффективность любой деятельности снижается).

Нулевая шкала (шкала социальной интроверсии). Снижение уровня профиля на нулевой шкале отражает стремление к межличностным контактам и интерес к людям.

ТЕСТ Я-СТРУКТУРЫ

Методика дает представление о базовых функциях ядра личности (агрессия, страх, нарциссизм).

Базовая Я-функция агрессии. Характеризует активность человека (в терминах Г. Амона — «агрессию»). Г. Аммон выделяет три формы проявлений агрессии: конструктивную (КА), деструктивную (ДА) и дефицитарную (ДФА). Конструктивная агрессия реализуется в активной деятельности в разных сферах жизни и умении ладить с окружающими при достижении своих целей. Во внутреннем мире этому соответствует интерес к различным видам деятельности и потребность во взаимодействии с другими людьми. При дефекте развития КА энергия действия превращается в ДА. Во внешнем мире ДА проявляется в достижении цели путем давления и напора, без учета интересов окружающих. В большинстве случаев такой характер проявления активности является разрушительным (деструктивным) и для внешней ситуации, и для внутреннего мира человека. Защитой от разрушающего действия ДА является переход активности в дефицитарную фазу (ДФА). При преобладании в структуре агрессии дефицитарного компонента человек теряет интерес к жизни, что сопровождается резким снижением внешней активности, а во внутреннем мире — потерей интереса к жизни.

Базовая Я-функция страха. Страх — базовая функция, основанная на инстинкте самосохранения. Г. Аммон выделяет три формы страха: конструктивный (КС), деструктивный (ДС) и дефицитарный (ДФС). Обоснованный страх, возникающий перед реальной опасностью и призывающий человека быть более внимательным и осторожным, является конструктивным. Деструктивный страх возникает неадекватно ситуации, является чрезмерно эмоционально насыщенным и наполненным деструктивным содержанием. Человек не способен противостоять захватывающему его страху, освободиться от него. Появление деструктивного страха

активизирует психологические защиты, при их чрезмерном включении способность чувствовать страх может оказаться сниженной или полностью блокированной. Отсутствие страха — ДФС может выражаться в различных реакциях — например, человек может чувствовать себя усталым, ленивым или внутренне опустошенным (своего рода «эмоциональное небытие»).

Границы личности. Границы личности — это одна из первичных функций, на которой базируются отношения «Я» и окружающих людей. Выделяют наружные и внутренние границы личности. Нормальные наружные Я-границы (НГ) означают развитую способность контактировать с другими людьми и в то же время сохранять целостность своего «Я». Жесткие (усиленные) границы означают контактный барьер в отношениях с другими людьми, отсутствие адекватного переживания событий окружающего мира. Размытые (ослабленные) границы проявляются в неумении держать дистанцию между собой и другими людьми.

При нормальных внутренних границах человек допускает и переживает чувства, но умеет противодействовать «половодью чувств» (страхи, эйфория). Жесткие (усиленные) внутренние границы приводят к изолированности человека от мира неосознанных чувств и фантазий, в результате чего утрачивается способность испытывать тонкие чувства и различать оттенки чувств. Размытые (ослабленные) границы означают трудности дифференциации чувств. При этом человек не способен отличить главное от второстепенного, не может дифференцировать свои собственные чувства от ожиданий других людей, переживания настоящего момента и навеянные воспоминаниями.

Базовая Я-функция нарциссизма. Функция нарциссизма характеризует отношение к себе, оценку себя в собственных глазах, внутреннюю картину своего «Я».

Конструктивный нарциссизм (КН) — это способность находиться в согласии с самим собой, своим подсознанием и Я-функциями. Собственная телесность, интересы и идеи оцениваются позитивно и переживаются как подлинное «Я». Конструктивно нарциссичный человек находится в тесной связи с чувством собственного достоинства, что является необходимым условием развития личности. Различают два отклонения в функции нарциссизма: деструктивный нарциссизм (ДН) и дефицитарный нарциссизм (ДФН). Деструктивный нарциссизм — непреодолимое

желание находиться в центре внимания других людей, которые должны постоянно подтверждать его успехи. Дефицитарный нарциссизм — оценка себя как человека, имеющего только недостатки и изъяны, стремление быть в тени, оставаться незаметным.

Врач:

«Насколько известно, существует большое количество самых разнообразных психологических тестов. Почему для обследования больных выбраны именно эти методики?»

Психолог:

«Данный набор психодиагностических методик полностью соответствует задачам исследования. Представление об особенностях личности дает тест Кеттелла, характеристику базовых черт личности — ISTA, психический статус на момент обследования — ММИЛ. И очень важный момент для данного исследования — работа с опросником “Определение психологического типа отношения к болезни”. В результате получаем всестороннюю психологическую характеристику больного».

Оценка проявлений болезни на разных уровнях проводилась по всем, без исключения, показателям используемых в исследовании психодиагностических методик. Статистическая обработка данных показала, что значимые различия между исследуемыми группами получены по следующим показателям тестов:

Физический уровень

1. Общая физическая активность (фактор Н теста Кеттелла, 9-я шкала ММИЛ)
2. Степень интереса к своему соматическому состоянию (1-я шкала ММИЛ)

Эмоциональный уровень

1. Степень эмоционального напряжения (общий уровень профиля ММИЛ по клиническим шкалам и значения факторов Q-4 и F-1 теста Кеттелла)
2. Тревога (7-я шкала ММИЛ) и появление патологических форм страха (ДС и ДФС теста ISTA)
3. Депрессивные тенденции (2-я шкала ММИЛ)
4. Проявления эмоций вовне или сдержанность эмоций (фактор А теста Кеттелла)

Когнитивный уровень

1. Способность к решению логических задач (фактор В теста Кеттелла)
2. Трудности вербализации чувств (фактор I теста Кеттелла, внутренние границы теста ISTA)
3. Отношение к ситуации (фактор О теста Кеттелла)
4. Отношение к себе (ДН теста ISTA)

Интегративный уровень (уровень поведения)

1. Отношение к другим людям (факторы М, Q-2, F-4 теста Кеттелла, наружные границы теста ISTA)
2. Характер проявлений активности (факторы С и Q-1 теста Кеттелла, ДА теста ISTA)
3. Самоконтроль эмоций и поведения (фактор Q-4 теста Кеттелла)
4. Отношение к болезни (тип отношения к болезни по тесту «Определение психологического типа отношения к болезни»)

При анализе изменений на разных уровнях системы у больных ЯБДК и НД в сравнении с контрольной группой выявлены признаки заболевания, присутствующие в обеих группах больных. Соответствующие данным признакам показатели психодиагностических методик представлены в табл. 1.

Таблица 1

Признаки заболевания и соответствующие им показатели психодиагностических методик, общие для больных ЯБДК и НД

Признаки заболевания	Показатели психодиагностических методик
----------------------	---

Физический уровень

Снижение физической активности	Фактор Н теста Кеттелла
Повышение внимания к своему соматическому состоянию	1-я шкала ММИЛ

Эмоциональный уровень

Степень эмоционального напряжения	— уровень усредненного профиля ММИЛ; — фактор Q-4 теста Кеттелла; — фактор F-1 теста Кеттелла
Тревога и повышенная готовность к возникновению тревожных реакций	7-я шкала ММИЛ
Деструктивный страх	ДС теста ISTA

Когнитивный уровень

Замена чувственного восприятия анализом	Фактор I теста Кеттелла
Трудности вербализации оттенков своих чувств	Внутренние границы личности по тесту ISTA
Снижение способности к логическому мышлению	Фактор В теста Кеттелла

Интегративный уровень

Возрастание потребности в защите

Факторы Q-2, F-4 и M теста Кеттелла

Поскольку данные признаки являются общими для двух заболеваний, можно предположить, что они не связаны с семантикой диагноза, а являются реакцией психики человека на сам факт болезни. На основании этих данных схему неспецифических проявлений заболевания можно представить следующим образом (рис. 5).

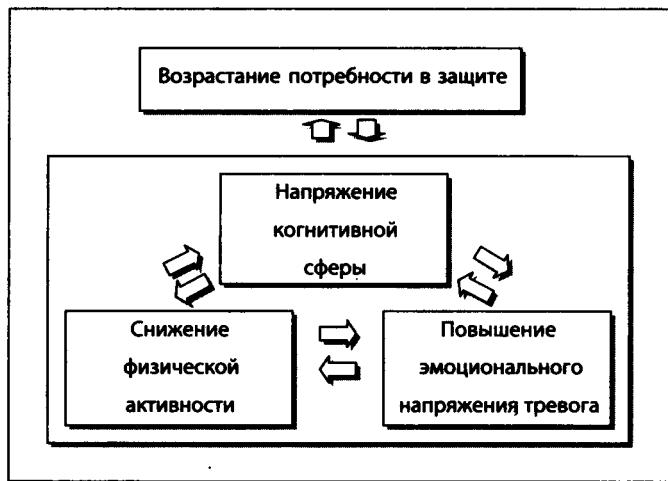


Рис. 5. Неспецифические признаки заболевания

Кроме общих признаков, при сравнительном анализе двух групп были выявлены различия в проявлениях заболевания у больных ЯБДК и НД. Они представлены в табл. 2.

Таблица 2

Признаки заболевания и соответствующие им показатели психодиагностических методик, отличающиеся в группах больных ЯБДК и НД

Признаки заболевания	Показатели психодиагностических методик
----------------------	---

Физический уровень

Характер болевого синдрома и диспептических расстройств	Оценивается клинически
---	------------------------

Эмоциональный уровень

Тревога и повышенная готовность к возникновению тревожных реакций	7-я шкала ММИЛ
Дефицитарный страх	ДФС теста ISTA
Снижение настроения	Сопоставление уровней 2-й и 9-й шкал ММИЛ

Когнитивный уровень

Сосредоточенность на событиях внутреннего мира	8-я шкала ММИЛ
Отношение к ситуации и своему положению в ней	Фактор О теста Кеттелла
Склонность к самообвинению	ДФН теста ISTA

Интегративный уровень

Характер активности	ДА теста ISTA
Стремление к изменению ситуации	Фактор Q-1 теста Кеттелла
Самоконтроль эмоций и поведения	Фактор Q-4 теста Кеттелла

Различия в проявлениях заболевания на разных уровнях системы между больными ЯБДК и НД были следующими (табл. 3).

Таблица 3

Различия проявлений язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и неязвенной диспепсии

Уровни	Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки	Неязвенная диспепсия
Физический	Чаще сильные, локальные боли, реже диспептические явления	Чаще разлитые боли умеренной интенсивности, шире диапазон диспептических жалоб
Эмоциональный	Чаще деструктивный и дефицитарный страхи	Чаще тревога, снижение настроения
Когнитивный	Чаще сосредоточенность на событиях внутреннего мира, изменение самооценки, склонность к самообвинению	Чаще недовольство ситуацией
Интегративный	Чаще деструктивная агрессия, высокий самоконтроль	Чаще пассивность, отсутствие стремления к изменению ситуации

Таким образом, определенные различия существуют между язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и неязвенной диспепсией не только

на физическом, но и на эмоциональном, когнитивном и интегративном уровнях заболевания.

Рисуя обобщенный портрет больного язвенной болезнью, правомочно изобразить человека, в глазах которого виден внутренний конфликт, связанный с поиском причины нереализованной активности, человека язвительного по отношению к самому себе, одновременно тревожного и бесстрашного.

Врач:

«Как показывает опыт, многие больные ЯБДК совершенно не похожи на представленный образ».

Психолог:

«Да, это так. Но преобладание данных черт у больных язвенной болезнью в сравнении с контрольной группой и больными неязвенной диспепсией статистически достоверно. Поэтому этот образ назван обобщенным».

Врач:

«Подтверждает ли это теорию “специфического личностного профиля”,нского профиля”, свойственного больным различными психосоматическими заболеваниями?»

Психолог:

«В данном утверждении речь идет об изменениях в психике больного язвенной болезнью, возникших наряду с его соматическим страданием, а не о преморбидных особенностях личности, соответствующих тому или иному личностному профилю».

Врач:

«Может ли “портрет” язвенной болезни со временем измениться?»

Психолог:

«Теоретически не только может, но должен измениться. Поворот медицинской науки в сторону абсолютного признания роли Нр в развитии язвенной болезни, кардинальное изменение лечения и патоморфоз заболевания не могут не отразиться на восприятии болезни самими больными. Если изменения в психическом статусе больных будут существенными, это станет неоспоримым доказательством того, что реакции на болезнь существенно важнее приписываемых больным язвенной болезнью личностных особенностей».

ГЛАВА 3

ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ

Внутренняя картина болезни (ВКБ) — это «все то, что испытывает и переживает больной, вся масса его ощущений... его общее самочувствие, само-наблюдение, его представление о своей болезни, о ее причинах... весь тот огромный мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм» (Р. А. Лурия, 1977, цит. по В. В. Николаевой, 1987).

Для формирования внутренней картины болезни имеют значение уровень интеллектуального развития больного, его представление о здоровье, степень информированности о проявлениях болезни и ее лечении.

Представление о ВКБ можно получить в клинической беседе. Но есть и другие способы психодиагностики, например рисуночные тесты.

Врач:

«Непонятно, как рисунки больных могут стать психодиагностическими тестами?»

Психолог:

«Рисуночные тесты основаны на известном свойстве человеческой психики воспринимать происходящее не в соответствии с объективной реальностью, а через призму собственного содержания (это качество называется проекцией, поэтому второе название рисуночных тестов — проективные методики). По характеру изображения можно увидеть индивидуальные качества рисовавшего человека. Характер изображения одного и того же объекта у разных людей различен, поскольку они проецируют на воспринимаемый объект особенности своей личности».

Термин «проективные» был впервые использован Л. Френком в 1939 г., хотя попытки изучения рисунков для оценки психического состояния человека применялись и ранее. Посредством анализа изображенного на тестовом рисунке образа можно понять сущность личности, взаимосвязь ее психических и телесных проявлений. Эти методики позволяют создать «психофизический» портрет индивидуальности на основе представлений человека о своей болезни.

Врач:

«По каким признакам рисунка проводится психодиагностика?»

Психолог:

«Оценивается довольно большое количество признаков: расположение изображения на рисунке (по центру или по периферии листа), его размеры и форма, наличие выделенных участков, цветовая гамма и т. д. Имеет значение и такой показатель, как общее ощущение от рисунка».

«ОБРАЗ БОЛЕЗНИ» В ПРЕДСТАВЛЕНИЯХ БОЛЬНЫХ

Изучение представлений больных о своем заболевании проводилось следующим образом: больному предлагалось нарисовать свое представление о болезни в виде «образа болезни». При этом задание не конкретизировалось, в результате чего были получены рисунки в произвольной форме. При анализе полученных рисунков оказалось возможным выделить два основных варианта изображения.

Вариант 1. Рисунки больного органа.

Больные рисовали язву в двенадцатиперстной кишке, проявляя достаточно хорошее знание анатомии или отсутствие такового. Некоторые больные при этом пытались выразить свои эмоции — например, рисуя плачущую язву.

Вариант 2. Сложные, абстрактные рисунки.

Эти изображения были, как правило, яркими по эмоциональной насыщенности. Их аллегорическое содержание в целом было понятным,

но все-таки для уточнения требовало некоторых пояснений. Например, одна из больных изобразила эрозии в желудке в виде змей, порвавших мешок, и в пояснении к рисунку связала данное изображение с рвущимися наружу эмоциями негативного содержания. Другая больная представляла болезнь в виде дерева, одна половина которого, с листьями, купающимися в лучах солнца, олицетворяла для нее жизнь без боли; а вторая, с опавшими листьями при свете луны, свидетельствовала о грустном периоде обострения заболевания.

Таким образом, рисунки помогали больным выразить то, что они не всегда могли сказать словами. По настроению, с которым больные выполняли эти задания, было видно, насколько они готовы «раскрыться» и видят ли смысл в продолжении психологической работы.

ОТНОШЕНИЕ К ЗАБОЛЕВАНИЮ

Врач:

«Термин “внутренняя картина” болезни понятен. Но что такое “отношение к заболеванию” или “отношение к болезни”? В этом словосочетании есть что-то обыденное, совсем ненаучное».

Психолог:

«Тем не менее это психологический термин. В частности, он используется в опроснике “Определение психологического типа отношения к болезни”».

Врач:

«Известно, что этот опросник применяется очень давно, с 1987 г. В чем секрет того, что эта методика не устаревает уже 20 лет?»

Психолог:

«Данный опросник имеет большое преимущество перед многими другими психодиагностическими методиками, поскольку может быть

*использован в работе врачами, не имеющими
психологического образования».*

Врач:

*«Врач перегружен работой. Перед ним конкретные задачи — купирование болевого синдрома, рубцевание язвы, эрадикация *Helicobacter pylori*, а также соответствие обследования больного принятым стандартам и выполнение такого показателя, как койко-день. Зачем загромождать работу представлениями об отношении больного к его болезни?»*

Психолог:

«Если лечить не болезнь, а больного, то знание его отношения к заболеванию является важным моментом».

С позиций системного подхода к изучению больного человека отношение к болезни является одним из аспектов интегративного уровня. Оно заключается в принятии решения «я здоров» или «я болен» и поэтому скавывается на всех аспектах, связанных с болезнью: отношении к лечению, прогнозу заболевания, взаимодействию с медперсоналом и т. д. Кроме того, отношение к болезни дает представление о том, насколько нарушенной представляется больному система его социальных отношений, то есть выявляет наличие дезадаптации человека в социальной среде в связи с развитием заболевания.

В опроснике «Определение психологического типа отношения к болезни» выделяется 12 типов отношения к заболеванию. Гармоничный тип (тип Г) характеризуется трезвой оценкой своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть, но и без недооценки серьезности болезни. Доминирующей чертой в отношении к болезни при эргопатическом типе (тип Р) является подчеркнутое стремление не принимать во внимание ограничения, которые накладывает болезнь, и придерживаться прежнего образа жизни. Центральное звено анозогнозического типа (тип З) отношения к болезни — активное отбрасывание мысли о ней, следствием чего является легкомысленное отношение к лечению. Основная характеристика

реакции на болезнь у больных с тревожным типом (тип Т) — непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, при этом отмечается повышенный интерес к объективным методам исследования, дающим представление об особенностях течения заболевания у данного больного. Больных с ипохондрическим типом (тип И) характеризует сосредоточенность на субъективных болезненных ощущениях и выискивание у себя все новых и новых симптомов болезни. Основная черта неврастенического типа (тип Н) — поведение по типу «раздражительной слабости», когда на фоне сниженного настроения внезапно проявляются вспышки беспричинного раздражения. Больных с меланхолическим типом (тип М) отличает от других удрученность болезнью и неверие в выздоровление. Обязательная черта апатического типа (тип А) — полное безразличие к исходу болезни и нежелание предпринимать какие-либо действия, способствующие выздоровлению. Сенситивный тип (тип С) отличается от других сильным эмоциональным включением в болезнь, при этом спектр эмоций характеризуется переживаниями своей неполноты и ущербности. При взаимодействии с другими людьми внимание больного фиксировано на знаках, которые, по его мнению, подтверждают данное представление. Эгоцентрический тип (тип Я) означает «уход в болезнь» со стремлением вызвать к себе особое внимание как к больному человеку. Паанояльный тип (тип П) характеризуется присутствием стойкого представления о том, что болезнь является следствием чьего-то злого умысла. Основная черта дисфорического типа (тип Д) — доминирование в общей гамме эмоций мрачно-озлобленного настроения и зависти к здоровым людям.

Результат исследования может выявить «чистый» тип отношения к болезни, а также смешанный и диффузный варианты, означающие одновременное присутствие признаков двух или трех типов отношения к болезни при смешанном и более трех — при диффузном варианте.

В опроснике «Определение психологического типа отношения к болезни» предлагается разделить выявляемые типы отношения к заболеванию на три блока в зависимости от влияния болезни на адаптацию больного в социальной среде.

1-й блок включает в себя три типа отношения к болезни: гармоничный (тип Г), эргопатический (тип Р) и анозогнозический (тип З). Эти варианты отношения к болезни характеризуются наименьшей выраженностью нарушений адаптации человека в социальной среде в связи с заболеванием.

2-й и 3-й блоки шкал характеризуются наличием личностной дезадаптации в связи с заболеванием, при этом дезадаптация имеет разную направленность. 2-й блок включает типы реагирования на болезнь с интрапсихической направленностью. Клинически это выражается в угнетенном эмоциональном состоянии и «ходе в болезнь». Это типы: тревожный (тип Т), ипохондрический (тип И), неврастенический (тип Н), меланхолический (тип М) и апатический (тип А). К 3-му блоку относятся типы реагирования на болезнь с интерпсихической направленностью. В этих случаях реакции больных характеризуются дезадаптивным поведением, нарушающим межличностное взаимодействие больных с другими людьми. Это типы: сенситивный (тип С), эгоцентрический (тип Я), паранойяльный (тип П) и дисфорический (тип Д).

В современных исследованиях (М. Ю. Дробижев, 2000; Д. Н. Исаев, 2001) отношение к болезни рассматривается с позиций нозогений. Но-зогении — психогенные реакции, обусловленные психотравмирующим воздействием соматического заболевания. Выделяют два типа патологического реагирования на болезнь:

- гипонозогнозические реакции, характеризующиеся недооценкой симптомов болезни, игнорированием болезни, отсутствием беспокойства по поводу своего состояния, завышением ожидаемых результатов лечения;
- гипернозогнозические реакции, проявляющиеся эмоциональной напряженностью связанных с болезнью переживаний, преувеличением тяжести заболевания, неверием в успех лечения.

В данной терминологии нормонозогнозической реакцией на болезнь считается адекватное отношение к заболеванию, состоящее в готовности выполнять врачебные рекомендации, хорошем контакте с врачом, реальной оценке симптомов болезни и ее прогноза. Однако при четком теоретическом понимании этого вопроса психотерапевтические подходы к лечению патологических форм нозогнозических реакций разработаны недостаточно.

Врач:

«При достаточном опыте общения с больными реакцию на болезнь можно определить по тому, что и как говорит больной во время

обсуждения его болезни. Зачем нужно психологическое тестирование?»

Психолог:

«В большинстве случаев это действительно видно внимательному взгляду врача. Но есть больные, скрывающие свои эмоции, сознательно или неосознанно. Кроме того, чрезвычайно важен момент обсуждения теста — это установление контакта с больным на совершенно другом уровне взаимопонимания».

По нашему мнению, распределение типов отношения к болезни (по опроснику ЛОБИ) в соответствии с нозогнозическими реакциями может выглядеть следующим образом:

- эквивалентом нормонознозических реакций, характеризующихся достаточно серьезным отношением к заболеванию, без преувеличения ее значимости, является гармоничный тип отношения к болезни;
- к гипонознозическим реакциям можно отнести анонознозический и эргопатический типы отношения к болезни, так как им свойственно стремление к отрицанию значимости заболевания;
- гипернознозические реакции, вызывающие нарушения адаптации во всех сферах жизни больного (работа, отношения в семье и т. д.), могут проявляться оставшимися девятью типами отношения к болезни.

Врач:

«Почему возможны различные варианты реакций на болезнь?»

Психолог:

«Болезнь — это всегда в той или иной мере выраженная стрессовая ситуация. Развившаяся в ответ на нее реакция зависит от эффективности актуализировавшихся психологических защит».

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАЩИТЫ И НАРУШЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ

Психологическая защита — перестройка системы установок, направленная на устранение чрезмерного эмоционального напряжения и предотвращающая дезорганизацию поведения.

Впервые термин «защита» (*defense*) ввел основатель психоаналитического направления в психологии З. Фрейд в конце XIX века. В последующем это понятие раскрывалось автором в ряде других работ, в которых психологическая защита описывалась как способ борьбы «Я» против болезненных и невыносимых для личности идей и аффектов.

Большой вклад в изучение защит внесла дочь З. Фрейда, Анна Фрейд. В частности, она выделила 12 ранее неизвестных психологических защит, что существенно расширило научные представления о механизмах психической компенсации.

В советский период в нашей стране происходило активное неприятие идей психоанализа, которое коснулось и самого понятия «психологическая защита». В связи с этим в работах 50–70-х годов термин «защита» подменялся понятиями «психологический барьер», «защитная реакция», «смысловой барьер», «компенсаторные механизмы» и т. п.

Среди отечественных ученых большой вклад в разработку проблемы психологической защиты внес Ф. В. Басин. При исследовании данной тематики он пришел к выводу, что психологическая защита является нормальным, повседневно работающим механизмом человеческого сознания.

В настоящее время термины «психологическая защита» и «механизмы защиты» используют почти все психотерапевтические школы, считая активизацию защитных механизмов нормальными психическими реакциями. Однако среди исследователей нет единой точки зрения не только на их четкие определения, но даже на общее количество защит, которое, по данным различных авторов, колеблется от 10 до 31. Это объясняется разницей концептуальных подходов к их определению. Наиболее признанным является мнение о том, что существует лишь небольшое число основных психологических защит, а их различные классификации являются разными названиями одних и тех же защитных механизмов или их комбинаций.

У каждого человека свой набор психологических защит, спектр которого зависит от многих факторов, в частности, врожденного темперамента, природы стрессов, пережитых в раннем детстве; примера

родителей, своего собственного жизненного опыта с закреплением механизмов компенсации, оказавшихся успешными в преодолении последствий стресса.

РЕАКЦИИ НА ЗАБОЛЕВАНИЕ В СОПОСТАВЛЕНИИ С ОСОБЕННОСТЯМИ ПРОЯВЛЕНИЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Результаты сравнения нозогностических реакций у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки на разных стадиях заболевания представлены в табл. 4.

Таблица 4

Частота различных вариантов отношения к болезни у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки на разных стадиях заболевания

Отношение к болезни		Стадии ЯБДК			
		обострение (n = 150)		ремиссия (n = 23)	
Тип Г	=	33 (22 %)	* 98 (65,3 %)	6 (26,1 %)	22 (95,7 %)
Типы З и Р	<	65 (43,3 %)		16 (69,6 %)	
Типы Т, И, Н, М, А	>	8 (5,3 %)	* 52 (34,7 %)	1 (4,3 %)	1 (4,3 %)
Типы С, Я, П, Д		7 (4,7 %)		—	
Смеш. и диф. типы		37 (24,7 %)		—	

Обозначения: = нормонозогностические реакции, < гипонозогностические реакции, > гипернозогностические реакции; * отмечены достоверные различия, $p < 0,05$.

В период обострения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки только каждый четвертый больной (22 %) имел адекватное отношение к своему заболеванию — нормонозогностические реакции на болезнь.

У 65 больных (43,3 %) были выявлены типы отношения к болезни с гипонозогнозическими реакциями, когда болезнь не принималась всерьез и соответственно лечению не уделялось должного внимания. Два возможных варианта подобного отношения к болезни выявлялись примерно с одинаковой частотой: аноногнозический тип (активное отбрасывание мысли о болезни) — в 20,7 % (31 больной) случаев и эргопатический тип (подчеркнутое стремление отрицать влияние болезни на жизненный уклад) — в 22,7 % случаев (34 больных).

Гипернозогнозические реакции на болезнь выявлены у 52 больных (34,7 %). При этом типы отношения к болезни 2-го блока (с нарушением интрапсихической адаптации, то есть чрезмерным напряжением во внутреннем мире) были выявлены у 8 больных (5,3 % случаев). Во всех этих случаях имело место искажение внутренней картины болезни: у трех больных отношение к болезни характеризовалось патологическим сосредоточением на субъективных болезненных ощущениях и преувеличением их тяжести (ипохондрический тип), у трех — чрезмерной фиксацией на определяемых эндоскопическим исследованием проявлениях болезни и тревогой по поводу размеров и глубины язвы (тревожный тип) и у двух больных (1,1 %) болезнь отражалась в поведении «раздражительной слабостью», когда на фоне сниженного настроения возникали вспышки раздражения (неврастенический тип).

Отношение к болезни с признаками интерпсихической дезадаптации (нарушением взаимодействия с другими людьми) было выявлено у 7 больных (4,7 %). Во всех случаях это был сенситивный тип отношения к заболеванию, когда больные рассматривали себя с позиций неполноты и считали, что окружающие придерживаются такого же мнения о них.

Смешанные и диффузные типы отношения к болезни, характеризующиеся одновременным присутствием разнонаправленных реакций, были выявлены у 37 больных (24,7 %).

Врач:

«Можно ли такой большой процент гипонозогнозических реакций на болезнь объяснить тем, что больные считают язвенную болезнь “несерьезным” заболеванием?»

Психолог:

«Нет, это не так. Характер реакции на болезнь свидетельствует об успешности механизмов психической компенсации. Как показывает опыт общения с больными, это может быть результатом не только эффективного, но и чрезмерно сильного действия психологических защит. Поэтому в период обострения болезни гипонозогностическую реакцию следует отнести к патологическим формам реагирования на заболевание».

В периоде ремиссии заболевания частота нормонозогностических реакций практически не меняется, составляя соответственно 22 и 26,1 %.

При этом возрастает число больных с гипонозогностическими реакциями, отрицающими болезнь (по сравнению со стадией обострения заболевания) с 43,3 до 69,6 %, различия достоверны, $p < 0,05$. При отсутствии клинических проявлений заболевания это не вызывает вопросов.

У больных в стадии стойкой ремиссии заболевания не было связанных с болезнью нарушений адаптации, за исключением одного больного с тревожным типом отношения к болезни (4,3 %).

Врач:

«Непонятно, как в этом случае нарушения адаптации могут быть связаны с болезнью, если обострений ЯБДК не было в течение нескольких лет».

Психолог:

«В этом случае тревога больного была связана не непосредственно с состоянием здоровья, а с тем, будет ли он освобожден от армии в связи с наличием у него в анамнезе ЯБДК (больной поступил в стационар с направлением из районного поликлиники, так как в детском возрасте перенес обострение язвенной болезни с наличием эндоскопически подтвержденной язвы в луковице ДПК). Этот случай демонстрирует тесную

связь отношения к болезни с особенностями жизненной ситуации».

Логично предположить, что отношение к заболеванию у больных с впервые выявленной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и больных с повторными обострениями заболевания будет различным. Результаты сравнения отражены в табл. 5.

Таблица 5

Частота различных вариантов отношения к болезни у больных с впервые выявленной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и с повторными обострениями заболевания

Отношение к болезни		Обострение ЯБДК			
		первое (<i>n</i> = 76)		повторное (<i>n</i> = 74)	
Тип Г	=	15 (19,7 %)	47 (61,8 %)	18 (24,3 %)	51 (68,9 %)
Типы З и Р	<	32 (42,1 %)		33 (44,6 %)	
Типы Т, И, Н, М, А	>	3 (3,9 %)	29 (38,2 %)	5 (6,8 %)	23 (31,1 %)
Типы С, Я, П, Д		2 (2,7 %)		5 (6,8 %)	
Смеш. и диф. типы		* 24 (31,6 %)		13 (17,5 %)	

Обозначения: = нормонозогнозические реакции, < гипонозогнозические реакции, > гипернозогнозические реакции; * отмечены достоверные различия, *p* < 0,05.

При повторных обострениях ЯБДК по сравнению с больными с впервые выявленным заболеванием нарушения психической адаптации (гипернозогнозические реакции на болезнь) имеют тенденцию к снижению (с 38,2 до 31,1 %), однако различия между группами недостоверны. При этом отмечается возрастание числа очерченных психопатологических

реакций при одновременном достоверном снижении числа смешанных типов отношения к болезни (с 31,6 до 17,5 %), $p < 0,05$.

Врач:

«Казалось бы, при переходе болезни в хроническую форму отношение к болезни должно стать более тревожным, а результаты сравнения дают другой результат».

Психолог:

«Полученные данные объясняются уменьшением тревоги и формированием более определенного отношения к своему заболеванию на основании приобретенного опыта болезни. Можно сказать, что болезнь становится "привычной"».

Проведено сопоставление частоты различных типов отношения к болезни в разных фазах рецидива язвенной болезни (табл. 6).

Таблица 6

Частота различных типов отношения к болезни в сопоставлении с клиническими (боль) и морфологическими (наличие язвы в луковице) данными

Признаки обострения ЯБДК		Реакции на болезнь			Всего
		=	<	>	
Боли	есть	* 32 (26 %)	* 45 (36,6 %)	* 46 (37,4 %)	123 (100 %)
	нет	1 (3,7 %)	20 (74 %)	6 (22,3 %)	27 (100 %)
Язва в луковице	есть	25 (22,3 %)	50 (44,7 %)	37 (33 %)	112 (100 %)
	нет	8 (21 %)	15 (39,5 %)	15 (39,5 %)	38 (100 %)

Обозначения: = нормонозогнозические реакции, < гипонозогнозические реакции, > гипернозогнозические реакции; * отмечены достоверные различия, $p < 0,05$.

Из 123 больных с наличием свойственных обострению ЯБДК болей нормонозогнозические реакции выявлены в 26 % случаев, гипонозогнозические (отрицание болезни) — в 36,6 %, гипернозогнозические (дезадаптация в связи с болезнью) — в 37,4 % случаев. В случаях, когда к моменту психологического обследования боли были купированы приемом противоязвенных препаратов (27 больных), отмечалось снижение частоты гипернозогнозических реакций до 22,3 % и почти полное исчезновение нормонозогнозических реакций, которые оставались только у одного больного, что составило 3,7 %. Соответственно резко (в два раза) возросла частота гипонозогнозических реакций.

Врач:

«Почему возрастает процент не нормальных, а гипонозогнозических реакций на болезнь, которые также являются патологическими?»

Психолог:

«Исчезновение болевого синдрома сопровождается переходом гипернозогнозических реакций в свою противоположность — отрицание болезни (гипонозогнозию), поскольку продолжают активно действовать психологические защиты».

Различий в реакциях на болезнь в группах больных, отличающихся характером эндоскопической картины луковицы двенадцатиперстной кишки (язва или рубец на месте бывшей язвы), не выявлено.

Врач:

«На врачебный взгляд, должны быть различия в этих группах больных».

Психолог:

«Эти данные подтверждают тот факт, что нарушения психической адаптации более ригидны, чем динамика заболевания по эндо-

скопическим данным, поэтому достоверных отличий в этих группах больных не выявлено».

Данные сопоставления длительности заболевания и частоты различных нозогенетических реакций представлены в табл. 7

Таблица 7

Длительность язвенного анамнеза в сопоставлении с различными вариантами отношения к болезни

Длительность заболевания, лет	Реакции на болезнь			Всего
	=	<	>	
До 2	4 (22,2 %)	8 (44,4 %)	6 (33,4 %)	18 (100 %)
От 2 до 5	6 (31,6 %)	7 (36,8 %)	6 (31,6 %)	19 (100 %)
От 5 до 10	3 (21,4 %)	6 (42,9 %)	5 (35,7 %)	14 (100 %)
Больше 10	4 (17,4 %)	12 (52,2 %)	7 (30,4 %)	23 (100 %)

Обозначения: = нормонозогенетические реакции, < гипонозогенетические реакции, > гипернозогенетические реакции.

Как видно из представленной таблицы, формирование различных нозогенетических реакций на болезнь не зависит от длительности заболевания. Видимо, главное в реагировании на болезнь — особенности личности больного.

Исследование показало также, что выявление различных типов нозогенетических реакций не зависит от характера рецидивирования заболевания. При этом обращает на себя внимание, что частота легкомысленного отношения к болезни, ее лечению и прогнозу (гипонозогенетические реакции) в группе больных с ежегодными обострениями заболевания не отличалась от показателей группы в целом (39,1 и 40,7 %).

Врач:

«Это удивительно».

Психолог:

«Можно предположить, что у данных больных недостаточно серьезное отношение к болезни является одной из причин частого рецидивирования заболевания».

ОТНОШЕНИЕ БОЛЬНЫХ К ФАКТУ ИНФИЦИРОВАННОСТИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА *HELICOBACTER PYLORI*

Анализ высказываний больных и наблюдение за невербальными признаками проявления эмоций во время разговора о необходимости проведения антитхеликобактерной терапии свидетельствует о том, что больных, как правило, не пугает информация о наличии инфицированности *Hr*. Большинство наблюдавших больных (42 из 63; 66,7%) восприняли эту информацию как факт, не вызвавший значимых эмоциональных реакций. Тревога в связи с выявлением *Hr*-инфекции появилась у 8 больных (12,7%). У трех из них она была связана с возможностью инфицирования детей в семье. Пять больных осознавали свою тревогу, но не могли объяснить, что именно их беспокоит. Часть больных (13; 20,6%) восприняли информацию о наличии *Hr*-инфекции позитивно, объяснив свою позицию тем, что наступившая ясность в происхождении болезни вносит перспективу полного излечения.

Данные сравнения отношения к болезни у мужчин и женщин отражены в табл. 8.

Таблица 8

Частота различных вариантов отношения к болезни в сопоставлении с полом больных

Пол больных	Реакции на болезнь			Всего
	=	<	>	
Мужчины	26 (27,7 %)	43 (45,7 %)	25 (26,6 %)	94 (100 %)
Женщины	7 (12,5 %)	22 (39,3 %)	27 (48,2 %)	56 (100 %)

Обозначения: = нормонозогнозические реакции, < гипонозогнозические реакции, > гипернозогнозические реакции.

У мужчин чаще, чем у женщин, определялись нормонозогнозические реакции на болезнь (соответственно 27,7 и 12,5 %, различия достоверны, $p < 0,05$) и реже гипернозогнозические реакции (соответственно 26,6 и 48,2 %, $p < 0,05$).

Врач:

«Очевидно, эти различия объясняются свойственной женщинам более выраженной эмоциональностью».

Психолог:

«Да, это так».

При анализе частоты различных вариантов отношения к заболеванию в период обострения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки в группах больных, отличающихся по возрасту (табл. 9), обращала на себя внимание группа больных молодого возраста (до 20 лет). У этих больных адекватные реакции на болезнь встречались значительно реже, чем отклонения в реагировании на заболевание. При этом в данной группе больных оказался самый высокий процент гипернозогнозических реакций (46,7 %).

Таблица 9

Частота различных вариантов отношения к болезни у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в разных возрастных группах

Возраст больных, лет	Реакции на болезнь			Всего
	=	<	>	
До 20	4 (13,3 %)	12 (40 %)	14 (46,7 %)	30 (100 %)
От 20 до 29	17 (27,4 %)	26 (41,9 %)	19 (30,7 %)	62 (100 %)
От 30 до 39	5 (26,3 %)	6 (31,6 %)	8 (42,1 %)	19 (100 %)

50 ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Возраст больных, лет	Реакции на болезнь			Всего
	=	<	>	
От 40 до 49	4 (13,8 %)	16 (55,2 %)	9 (31 %)	29 (100 %)
От 50 до 59	3 (30 %)	5 (50 %)	2 (20 %)	10 (100 %)

Обозначения: = нормонозогнозические реакции, < гипонозогнозические реакции, > гипернозогнозические реакции.

Врач:

«Эти результаты неожиданны. Казалось бы, молодежь более легкомысленна по отношению к болезни».

Психолог:

«Факты свидетельствуют о другом. Наличие гипернозогнозического отношения к болезни объясняется интенсивной психологической реакцией на развитие хронического заболевания в молодом возрасте. Эти данные имеют большое практическое значение».

У больных старше 50 лет частота гипернозогнозических реакций сравнительно невелика, что, видимо, можно связать с тем, что наличие хронического заболевания в этом возрасте представляется больным более естественным.

В группе больных от 40 до 49 лет наблюдался самый высокий процент гипонозогнозических реакций (чаще всего за счет эргопатического типа отношения к болезни, когда болезнь отрицалась из-за концентрации внимания на работе и карьере).

**ОТНОШЕНИЕ К ЗАБОЛЕВАНИЮ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В СРАВНЕНИИ С БОЛЬНЫМИ
НЕЯЗВЕННОЙ ДИСПЕПСИЕЙ**

Определение отношения к болезни в обеих группах больных проводилось во время их пребывания на стационарном лечении. Результаты сопоставления представлены в табл. 10.

Таблица 10

Частота различных вариантов отношения к болезни у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и больных неязвенной диспепсией

Отношение к болезни		Нозологические формы			
		ЯБДК (n = 150)		НД (n = 52)	
Тип Г	=	33 (22 %)	98 (65,3 %)	8 (15,4 %)	25 (48,1 %)
Типы З и Р	<	65 (43,3 %)		17 (32,7 %)	
Типы Т, И, Н, М, А	>	8 (5,3 %)	* 52 (34,7 %)	7 (13,4 %)	27 (51,9 %)
Типы С, Я, П, Д		7 (4,7 %)		—	
Смеш. и диф. типы		* 37 (24,7 %)		20 (38,5 %)	

Обозначения: = нормоизогнозические реакции, < гипонизогнозические реакции, > гиперизогнозические реакции; * отмечены достоверные различия, $p < 0,05$.

Достоверных отличий в частоте нормо- и гипонизогнозических реакций на болезнь у больных ЯБДК и больных НД не выявлено. Гиперизогнозические реакции, сопровождающиеся нарушениями адаптации в связи с заболеванием, у больных ЯБДК встречались реже, чем у больных НД (соответственно 34,7 и 51,9 %), $p < 0,05$.

Врач:

«Эти данные несколько неожиданны — в представлениях врача диагноз “язвенная болезнь” гораздо более серьезен, чем “неязвенная диспепсия” или “хронический гастрит”».

Психолог:

«Оказалось, что мнение больных не совпадает с врачебным. Приобретенный опыт свидетельствует о том, что больные “не любят” неопределенности диагноза, а ее больше в случае неязвенной диспепсии».

Для психотерапевтической работы важно выделение больных со смешанными и диффузными типами отношения к болезни, характеризующимися одновременным присутствием признаков нескольких патологических типов. Среди больных ЯБДК смешанные и диффузные типы отношения к болезни были выявлены у 37 больных (24,7 %), в группе больных с НД — у 20 больных (38,5 %), различия достоверны, $p < 0,05$. Эти данные подтверждают, что отношение к болезни у больных неязвенной диспепсией более неопределенно, «запутанно».

Ряд авторов считают характерным для язвенной болезни присутствие черт сенситивности, то есть чрезмерной озабоченности тем впечатлением, которое производит на окружающих факт заболевания, чувства стыда и неловкости, которые больные испытывают из-за связанных с болезнью ограничений (например, необходимости соблюдения диеты). В проведенном исследовании сенситивный тип отношения к болезни, проявляющийся доминированием сенситивности, был выявлен у 7 больных ЯБДК. Кроме того, черты сенситивности присутствовали в 86,5 % случаев смешанных и диффузных типов отношения к болезни.

При психологическом обследовании больных неязвенной диспепсией сенситивный тип отношения к болезни не был выявлен ни в одном случае, но в составе смешанных и диффузных типов отношения к болезни черты сенситивности определялись в 85 % случаев, то есть практически с такой же частотой, как у больных ЯБДК.

Врач:

«Удивительно, что существует такой тип реагирования на язвенную болезнь. С точки зрения врача, в этом заболевании нет ничего такого, чего можно было бы стыдиться».

Психолог:

«Тем не менее у ряда больных существует другое мнение, и об этом надо знать».

Таким образом, на основании изучения психологических реакций на болезнь сложилось следующее представление об отношении к заболеванию у больных ЯБДК. В период обострения только у каждого четвертого больного (22 %) отношение к болезни является адекватным. Для большинства больных (43,3 %) характерно недостаточно ответственное отношение к заболеванию (гипонозогнозические реакции), в то же время у трети больных (34,7 %) представление о болезни нарушает их адаптацию во внешней среде (гипернозогнозические реакции). В период стойкой ремиссии заболевания, связанные с болезнью нарушения адаптации, являются редкостью.

У больных с повторными обострениями заболевания по сравнению с больными с впервые выявленной язвенной болезнью частота гипернозогнозических реакций на болезнь имеет отчетливую тенденцию к снижению — с 38,2 до 31,1 %, при этом достоверно (с 31,6 до 17,5 %) снижается частота смешанных и диффузных типов отношения к болезни с максимальной дезадаптацией во внешней среде. Это свидетельствует о формировании определенного отношения к своему заболеванию на основании приобретенного опыта болезни.

На развитие реакций на болезнь влияет наличие болевого синдрома. Когда боли исчезают под влиянием противоязвенного лечения, отмечается резкое (до 74 %) увеличение частоты гипонозогнозических реакций.

Исследование показало, что у больных ЯБДК реже, чем у больных НД, отмечаются гипернозогнозические реакции на болезнь, в том числе смешанные и диффузные типы отношения к своему заболеванию (соответственно 34,7 и 51,9 %, 24,7 и 38,5 %). Видимо, это можно объяснить определенностью диагноза у больных ЯБДК и возможными опасениями относительно достоверности диагноза и его прогноза у больных НД.

ГЛАВА 4

ИПОХОНДРИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Прием антисекреторных препаратов нового поколения позволяет полностью купировать болевой синдром при обострении ЯБДК в первые же дни лечения, а иногда и раньше. Зачастую этот эффект достигается при амбулаторном приеме лекарств, и больные поступают в стационар без клинических проявлений заболевания. Но только некоторые из них при этом чувствуют себя практически здоровыми. У большинства не только периодически возобновляются симптомы язвенной болезни, но имеют место многочисленные жалобы на функционирование других систем организма. В ряде случаев такой настрой доминирует, имея в своей основе представление о себе как об очень больном человеке, нуждающемся во всестороннем обследовании и лечении. Если результаты проведенных исследований не подтверждают предполагаемых заболеваний, правомочен диагноз «ипохондрический синдром» или «ипохондрическое состояние». Этот диагноз тем более вероятен, если известие об отсутствии органической патологии обследуемых органов вызывает у больного раздражение, формируя лишь недоверие к врачу и скептическое отношение к лечению. Взаимодействие с такими больными представляет для врача определенные трудности, так как сопровождается неудовлетворенностью результатами своей работы.

Врач:

«*Ипохондрический синдром и ипохондрическое состояние — в чем отличия этих терминов?*»

Психолог:

«*Отличий нет, это синонимы*».

Врач:

«Многие врачи в соответствии со своим врачебным опытом считают, что вылечить “ипохондрика” практически невозможно.

Так ли это?»

Психолог:

«Да, это очень сложная задача и в ряде случаев действительно невыполнимая. Это касается тех больных, для которых ипохондрическое состояние — образ жизни, по большому счету, устраивающий больного, поэтому он и не настроен его менять».

Врач:

«В таком случае зачем тратить время на невыполнимую задачу?»

Психолог:

«Во-первых, есть часть больных, которым помочь можно. Во-вторых, даже в тех случаях, когда лечение заведомо безрезультатно, диагностика ИС и его клинического варианта дает возможность лучше понять больного и тем самым облегчить взаимодействие с ним».

Суть ипохондрического синдрома становится ясной, если рассмотреть заболевание с точки зрения системного подхода, дающего целостное представление о больном. Структура ипохондрического синдрома при таком изображении будет выглядеть следующим образом (рис. 6).

Как видно из представленного рисунка, при ИС многочисленные соматические жалобы (физический уровень) сопровождаются постоянной тревогой за состояние своего здоровья (эмоциональный уровень) и фиксацией мыслей на теме болезни (когнитивный уровень). Все это вместе взятое создает представление о себе как об очень больном человеке,

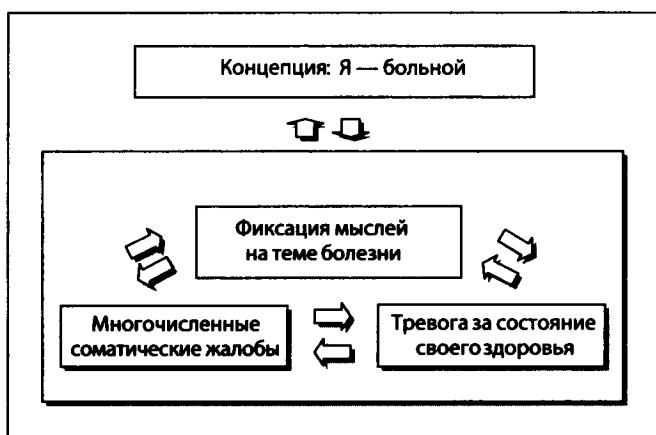


Рис. 6. Проявления ипохондрического состояния на четырех уровнях

что сказывается и на отношениях с другими людьми, и на внутрисемейной атмосфере, и в поведении на пути профессионального роста.

ДИАГНОСТИКА ИПОХОНДРИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Диагноз ипохондрического синдрома можно предположить, когда в общении с врачом больной предъявляет большое количество жалоб, проявляет признаки преувеличенной тревоги по поводу своего состояния и выражает необоснованные сомнения в успехе лечения.

Для подтверждения этого диагноза проводится психодиагностическое обследование больного. В большинстве случаев достаточно проведения обследования с помощью ММИЛ (Minnesota Multiphasic Personality Inventory в модификации Ф. Б. Березина и М. П. Мирошникова, 1976) или сокращенного варианта данной методики — СМОЛ (в модификации В. П. Зайцева, 1981). Порядок работы и принципы расшифровки полученных результатов подробно представлены в монографии Ф. Б. Березина и соавт. «Методика многостороннего исследования личности» (1994).

При трактовке полученного профиля оценивают десять клинических шкал, при ипохондрическом синдроме имеют значение восемь из них.

В первую очередь обращают внимание на высоту подъема профиля на 1-й шкале, отражающей степень выраженности ипохондрической тенденции. Подъем на уровне средних величин свидетельствует о повышенном интересе к функционированию своего организма и склонности к жалобам, высокие значения шкалы подтверждают постоянную озабоченность своим физическим состоянием, пессимизм и неверие в успех медицинской помощи. О наличии у больного ипохондрического синдрома свидетельствуют значения 1-й шкалы выше 70 Т-баллов.

При обследовании больных с помощью ММИЛ ипохондрический синдром был выявлен у 59 из 150 (39,3 %) больных, поступивших в стационар по поводу обострения ЯБДК.

Врач:

«Удивительно, что этот процент такой большой — даже больше, чем каждый третий больной».

Психолог:

«Это подтверждает важность психодиагностического тестирования. При заполнении теста больные часто отмечают такие нарушения в функционировании своего организма, которые не предъявляют врачу в качестве жалоб».

Врач:

«Чем обусловлено формирование различных вариантов ИС?»

Психолог:

«Это зависит от включения различных психологических защит, с помощью которых восстанавливается психическая адаптация».

Врач:

«Зачем нужно выделение вариантов ИС?»

Психолог:

«Это важно для индивидуального подхода к психотерапевтическому лечению больных».

Врач:

«Как диагностируются различные варианты ИС?»

Психолог:

«Вариант ипохондрического синдрома определяется по второму по высоте подъему графика ММИЛ, свидетельствующему о том, какие психологические защиты (механизмы компенсации в условиях тревоги) активизированы у данного больного».

По характеру графика ММИЛ можно диагностировать активизацию следующих психологических защит (*табл. 11*):

- замена активности депрессией;
- вытеснение факторов, вызывающих тревогу;
- реализация эмоциональной напряженности в непосредственном поведении;
- концептуализация;
- реализация тревоги в непосредственном поведении;
- фиксация тревоги и ограничительное поведение;
- интровертированность и дистанцирование от окружающих;
- отрицание тревоги.

Активизация той или иной психологической защиты (и соответственно формирование того или иного варианта ипохондрического синдрома) обусловлена конституциональной предрасположенностью, врожденным темпераментом, жизненным опытом больного в ходе его индивидуального развития с закреплением защит, оказавшихся успешными в устранении тревоги.

Таблица 11

Варианты ипохондрического синдрома в сопоставлении с различными типами психологических защит

Подъемы на шкалах ММИЛ	Психологические защиты	Вариант ипохондрического синдрома
1–2	Замена активизации депрессий	ИС с депрессивными проявлениями
1–3	Вытеснение факторов, вызывающих тревогу	ИС с демонстративным поведением
1–4	Реализация эмоциональной напряженности в непосредственном поведении	ИС с выраженным протестными реакциями
1–6	Концептуализация	ИС с формированием концепции болезни
1–7	Фиксация тревоги и ограничительное поведение	ИС с тревожными расстройствами
1–8	Аутизация и дистанцирование от окружающих	ИС с интровертированностью и своеобразием восприятия соматических ощущений
1–9	Отрицание тревоги	ИС с гипертимным аффектом

Примечание: 5-я и 0-я шкалы ММИЛ не имеют значения для диагностики ИС

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ИПОХОНДРИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Самым частым вариантом (28,8 %) является ипохондрическое состояние с тревожными расстройствами. Характерный признак этого состояния —

выраженная тревога за состояние своего здоровья, которая проявляется в поведении больных.

Врач:

«*Тревога и тревожность — это одно и то же?*»

Психолог:

«*Нет. Тревожность — это личностная черта, наклонность к формированию тревожных реакций. Тревога — это актуальное психическое состояние. Тревога может быть неопределенной или связанной с какой-то конкретной причиной.*

При изложении жалоб больные, боясь пропустить в своем рассказе что-то важное, буквально утопают в мелочах. Для них характерно упорное стремление получить у врача предельно точную информацию, касающуюся всех аспектов диетических рекомендаций: список нежелательных продуктов, оптимальное время приема пищи, предпочитаемый способ приготовления блюд и т. д. На основании полученной информации больные разрабатывают для себя систему правил своего питания, которые они в дальнейшем неукоснительно соблюдают. Ежедневно выполняя эти правила (например, обязательная овсяная каша на завтрак или стакан кефира на ночь, полное исключение из рациона ряда продуктов и т. д.), больные чувствуют себя более спокойными за свое здоровье. Концентрация внимания на организации питания и соблюдении диеты может стать стилем жизни. При любом нарушении обычного режима у таких больных пропадает ощущение подконтрольности ситуации и вновь возникает тревога. С течением времени пациенты исключают из рациона все большее количество пищевых продуктов. Попытки расширить диету встречают отказ: любое, даже незначительное отклонение от сложившегося стереотипа питания сопровождается усугублением гастроэнтерологической симптоматики. Страхи у больных язвенной болезнью обычно не фигурируют в числе активных жалоб, но в той или иной степени выражены практически у всех больных с тревожными реакциями. Содержание страхов зачастую связано с возможностью развития осложнений язвенной болезни.

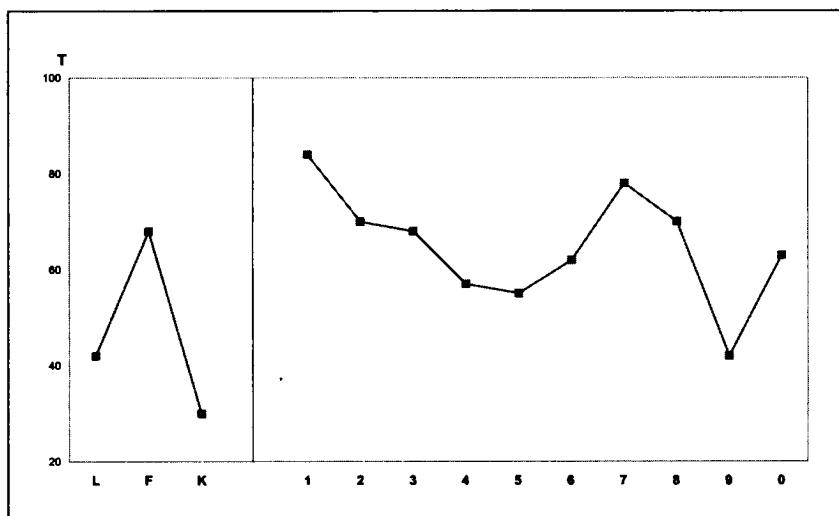


Рис. 7. Пример графика ММИЛ при ипохондрическом синдроме с тревожными расстройствами

В профиле ММИЛ данному расстройству соответствует подъем на 1-й шкале выше 70 Т-баллов, следующий по высоте подъем профиля отмечается на 7-й шкале. Кроме того, отмечается подъем общего уровня профиля (рис. 7).

Тревожные расстройства чаще развиваются у больных с повышенной готовностью к возникновению тревожных реакций. Психологической защитой при этом состоянии является фиксация тревоги и организация ограничительного поведения, то есть создание системы правил, в рамках которых больные чувствуют себя спокойно. При ограничительном поведении тревога относится к конкретному обстоятельству (выходу за рамки ограничительного поведения), в результате чего она переносится легче, чем неопределенные опасения. Соблюдение диеты у больных язвенной болезнью полностью соответствует паттерну ограничительного поведения. По-видимому, именно этим объясняется тот факт, что сочетание ипохондрических жалоб и тревоги является самым частым вариантом развития ипохондрического состояния.

Вторым по частоте (25,4 %) является ипохондрическое состояние с интровертированностью и своеобразием восприятия соматических ощущений.

Врач:

«Что означает эта формулировка?»

Психолог:

«Интровертированность — это устремленность внутрь, то есть интерес к процессам, происходящим во внутреннем мире. Своеобразие восприятия соматических ощущений проявляется в их необычной эмоциональной окраске».

Обычно о наличии у этих больных большого количества жалоб можно только догадываться по особенностям их поведения. Их отличают от других людей чрезмерная скромность, застенчивость, погруженность в себя. Они, как правило, не предъявляют жалобы при первом разговоре с врачом и только после установления доверительного контакта рассказывают о беспокоящих их ощущениях. В таком случае свои жалобы они излагают подробно, некоторые больные для описания своих ощущений разрабатывают свою собственную терминологию.

Чаще всего данное состояние диагностируется не по особенностям поведения, а по характеру профиля ММИЛ. В профиле ММИЛ это отражается подъемом на 1-й шкале выше 70 Т-баллов, вторым по высоте является пик на 8-й шкале (рис. 8). В редких случаях единственный выраженный пик профиля (кроме подъема на 1-й шкале) определяется на 0-й шкале, в таких случаях он приравнивается к подъему на 8-й шкале ММИЛ.

Развитие ипохондрического состояния по пути интровертированности возникает у больных, имеющих повышенный интерес к происходящему в их внутреннем мире и склонность к уединению. Длительное самона блюдение приводит к тому, что порог чувствительности в восприятии ощущений понижается и, как следствие этого, больные начинают замечать то, что недоступно обычному человеку. Они фиксируют разные

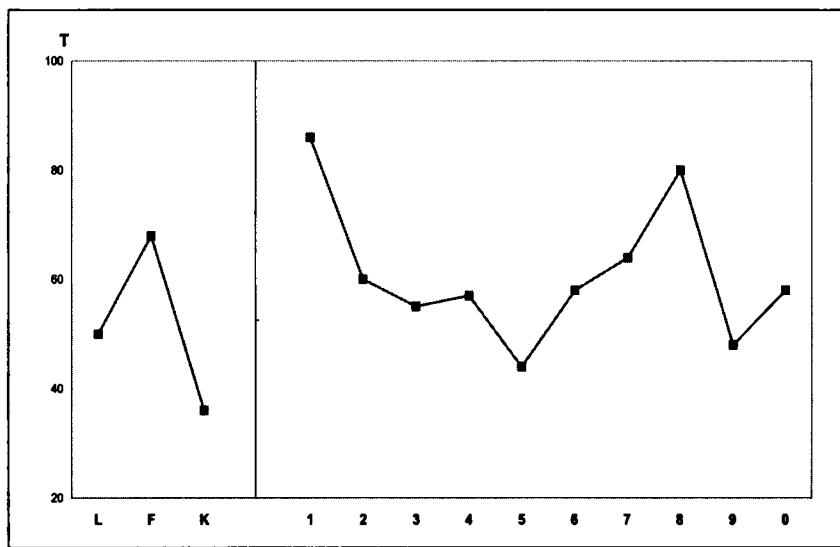


Рис. 8. Пример графика ММИЛ при ипохондрическом синдроме с интровертированностью и своеобразием восприятия соматических ощущений

оттенки ощущений, смену их локализации, различия в интенсивности. Со временем эти ощущения приобретают яркость и наполняются образами, иногда для обозначения их больные разрабатывают специальную терминологию. Незаметно для больных все их внимание перемещается во внутренний мир, потому что там происходит самое интересное и значащее для них. В этом причина их постепенного отдаления от других людей. Редкие проявления раздражительности и гнева объясняются тем, что эти больные бывают спокойными только снаружи, а внутренне напряжены и легко ранимы.

Ипохондрическое состояние с демонстративным поведением выявляется у 23,8 % больных. Клинические признаки демонстративности на фоне ипохондрического состояния проявляются в чрезмерной красочности и образности при описании имеющихся жалоб и в попытках извлечь «вторичную выгоду» из своего заболевания, оказывать давление на окружающих.

Врач:

«*Есть ли разница между демонстративностью и агравацией?*»

Психолог:

«*В том и другом случае это преувеличение тяжести имеющихся симптомов, но при агравации — сознательное, а при демонстративном поведении — не осознаваемое больным.*»

У больных язвенной болезнью демонстративное поведение, как правило, не бывает вызывающим, а носит оттенок «тонкой демонстративности». В некоторых случаях больные чрезмерно подчеркивают трудности, которые возникают у них из-за необходимости соблюдения диеты и организации режима питания. Демонстративность зачастую проявляется в невербальных признаках проявления эмоций, живых и несколько театральных мимике и жестикуляции. При дальнейшем обследовании в ряде случаев выявляется несоответствие между эндоскопической картиной и тяжестью клинических проявлений в сторону преувеличения последних.

В профиле ММИЛ наличие демонстративных тенденций в поведении находит отражение в «конверсионной V», когда пик на 3-й шкале сочетается с подъемом на 1-й шкале, а уровень 2-й шкалы снижен: уровень профиля в таких случаях приобретает форму римской цифры V. Присутствие оттенка «тонкой демонстративности» подтверждается высокими показателями по шкале К, выявляемыми наряду с подъемом на 3-й шкале (рис. 9).

Подобное психопатологическое состояние возникает у больных с повышенной потребностью в признании. Эта потребность есть у всех людей, но степень ее выраженности индивидуальна и колеблется в значительных пределах. Акцент на необходимости признания может привести к ситуации, когда человек стремится быть в центре внимания любой ценой и не замечает, какой характер носит это внимание — интерес, недоумение или даже неодобрение. В этих случаях болезнь может становиться фактором привлечения к себе внимания.

Ипохондрическое состояние с депрессивными тенденциями выявляется в 13,5 % случаев. У этих больных большое количество ипохондрических жалоб сопровождается жалобами на снижение настроения,

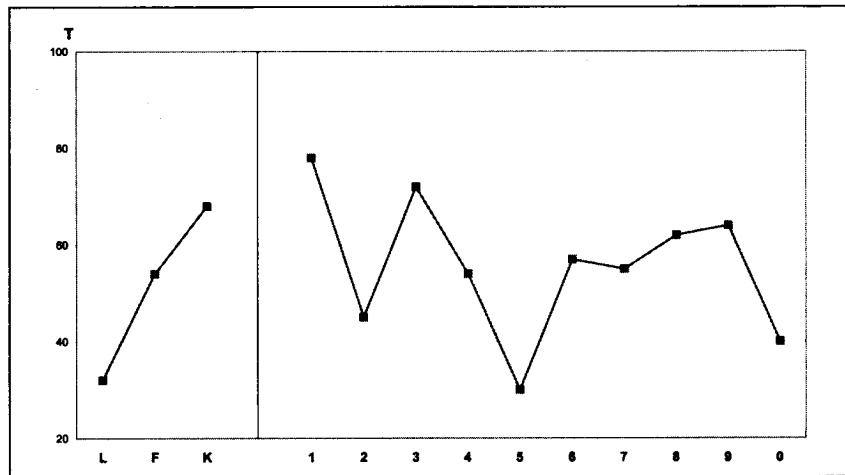


Рис. 9. Пример графика ММИЛ при ипохондрическом синдроме с демонстративным поведением

апатию. Оценка результатов лечения заболевания и его прогноза носит выраженный пессимистический характер. Изменение настроения кажется больным само собой разумеющимся в связи с болезнью. Наличие депрессии можно предположить и по присутствию невербальных признаков сниженного настроения: тихий, монотонный голос; однообразная мимика, сгорбленная спина, сниженный темп речи и замедленная реакция в ответе на вопросы.

Врач:

«По каким признакам проводится дифференциальный диагноз с эндогенной депрессией?»

Психолог:

«Для исключения эндогенного генеза депрессии стоит подробнее расспросить больного об особенностях нарушений настроения. Если не прослеживается четкая связь ухудшения настроения с периодами обострения язвен-

ной болезни, но имеет место суточный ритм эндогенной депрессии (плохое самочувствие и снижение настроения в утренние часы), стоит проконсультировать больного у психиатра».

В профиле ММИЛ депрессивные явления находят отражение в плато на 1-й и 2-й шкалах с одновременным снижением профиля по 9-й шкале или плато профиля на 7-й и 8-й шкалах (рис. 10).

Депрессивные тенденции в развитии ипохондрического состояния проявляются в тех случаях, когда наклонность к снижению настроения и пессимистической оценке перспективы является характерологической чертой. В таких случаях депрессия рассматривается как один из вариантов компенсаторно-приспособительных механизмов. Происходящий при этом срыв в системе вегетативного регулирования жизнедеятельности организма делает невозможным функционирование в активном режиме, и человек получает время на восстановление жизненных сил.

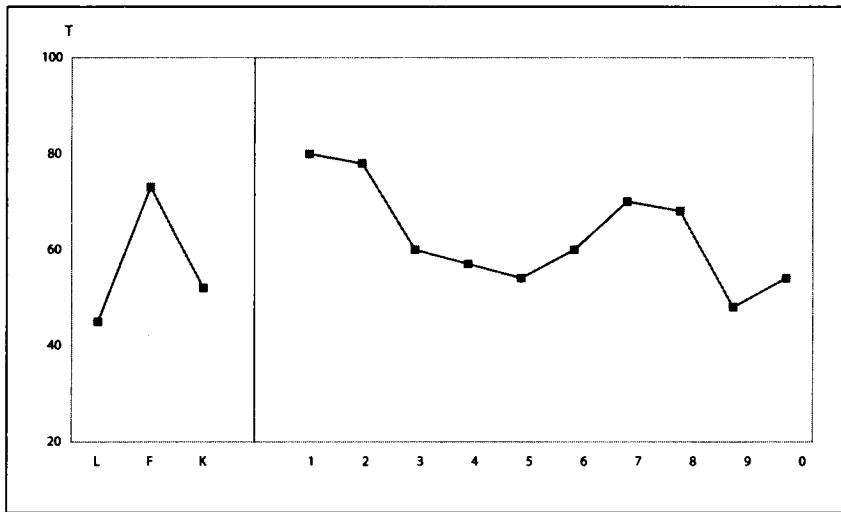


Рис. 10. Пример графика ММИЛ при ипохондрическом синдроме с депрессивными тенденциями

Депрессивная тенденция при ипохондрическом состоянии, развивающемся на фоне язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, может иметь и соматогенную природу, то есть развиваться вторично, сопровождая прогрессирование заболевания. Можно предположить, что до появления лекарств нового поколения (антагонистов H_2 -гистаминовых-рецепторов и ингибиторов протонной помпы) депрессия встречалась значительно чаще из-за нарушения сна вследствие сильных болей в ночное время.

Ипохондрическое состояние с формированием концепции болезни наблюдается в 5,1 % случаев. Больные в соответствии с имеющейся концепцией стремятся к установлению щадящего режима с особым распорядком дня, соблюдению диеты, облегчающей функционирование желудочно-кишечного тракта. Все медицинские назначения и рекомендации выполняются неукоснительно. Во всех случаях присутствует идея ликвидации причин заболевания. Больные стараются усилием воли «переломить» ход событий, положительно повлиять на течение и исход заболевания путем специальных комплексов физических упражнений, наращиванием нагрузок, рациональным питанием и т. д. Все это отнимает у больных массу времени и фактически превращается в самоцель.

У ряда больных присутствует устойчивое негативное мнение относительно приема фармакологических препаратов, поэтому они стараются обходиться «народными средствами». При этом они не только испытывают недоверие к фармакотерапии, но стараются обосновать его, например, опасениями возможного проявления побочных действий. В данном случае надо понимать, что страх перед приемом лекарств является разновидностью фобий, то есть проявлением тревожного состояния.

Отрицательно сказывается концепция и в том случае, если развитие язвенной болезни было связано с действием генетического фактора, проявившегося осложненным течением заболевания у ближайших родственников. В этих случаях она вносит оттенок бесперспективности и пессимизма в настроение больного.

Врач:

«От чего зависит степень негативного влияния концепции на жизнь больного?»

Психолог:

«От степени ригидности концепции. При наличии ригидной концепции человек воспринимает только то, что подтверждает его мнение, и совершенно закрыт для новой информации».

В профиле ММИЛ ригидные ипохондрические концепции проявляются подъемом на 1-й шкале выше 70 Т-баллов и вторым пиком на 6-й шкале (рис. 11).

Такое состояние развивается у лиц, склонных к оформлению своих представлений в концепцию. В данном случае концепция объясняет больному особенности развития его заболевания. Концептуализация может расцениваться как одна из форм психологической защиты. Действия в рамках объясняющей концепции снимают неопределенность положения и тем самым уменьшают тревогу.

Ипохондрическое состояние с выраженными реакциями протеста в качестве основного психологического содержания синдрома встречается редко, хотя сами по себе протестные реакции часты.

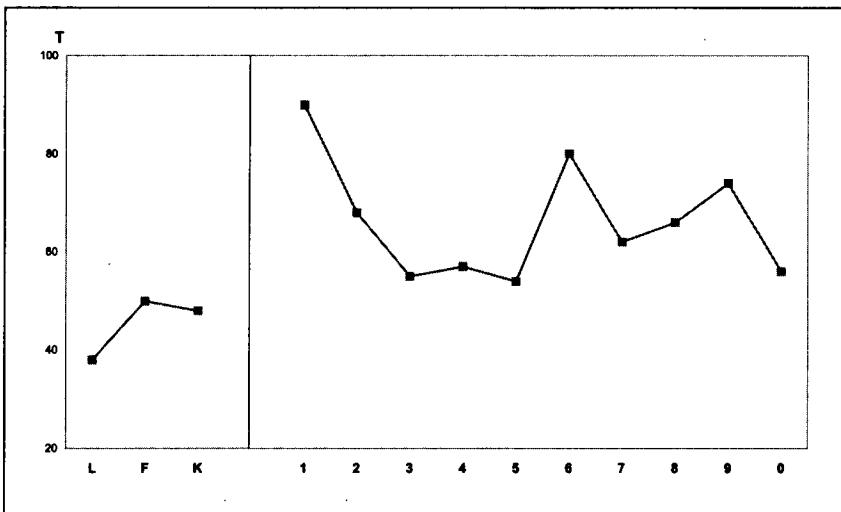


Рис. 11. Пример графика ММИЛ при ипохондрическом синдроме с формированием концепции болезни

Врач:

«Как выражаются протестные реакции?»

Психолог:

«Протестные реакции могут проявляться в открытой форме в виде гнева или агрессии. Но могут быть и скрытыми, когда больные рассказывают о своем недовольстве ситуацией, раздражении, постоянном внутреннем монологе обвиняющего содержания только после наводящих вопросов».

Обычно реакции протesta носят характер «канализированной» агрессии, когда больные связывают развитие своего заболевания с ситуацией в семье и обвиняют в своем неблагополучии конкретное лицо из внутрисемейного окружения. Соматические жалобы в таких случаях отличаются большим постоянством.

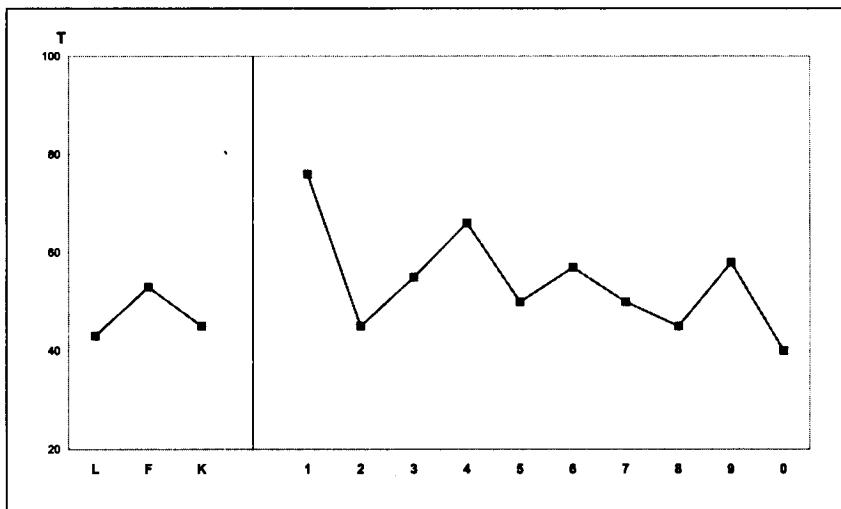


Рис. 12. Пример графика ММИЛ при ипохондрическом синдроме с выраженным протестами

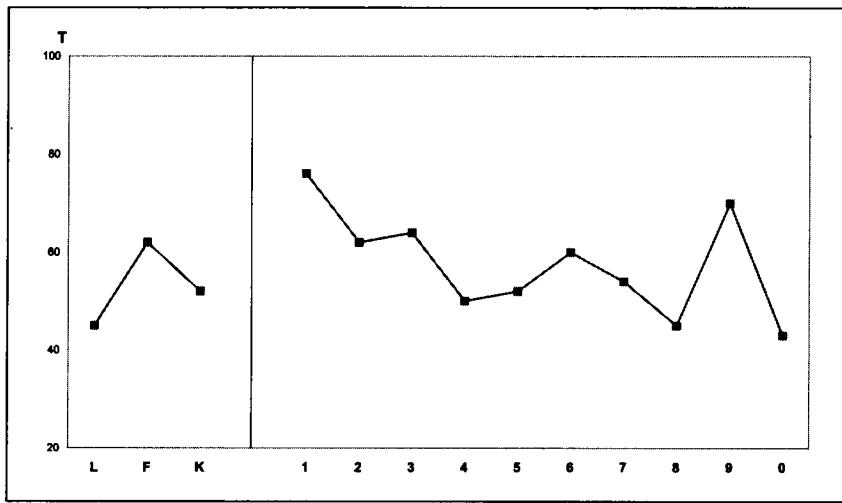


Рис. 13. Пример графика ММИЛ при ипохондрическом синдроме с гипертимным аффектом

Протестные реакции при психодиагностическом обследовании отражаются в пике профиля ММИЛ на 4-й шкале, который является вторым по высоте после подъема профиля на 1-й шкале выше 70 Т-баллов (рис. 12).

Ипохондрическое состояние с гипертимным аффектом встречается в единичных случаях, так как объединяет в себе две противоположные тенденции. Наличие сочетания ипохондрического состояния и гипертимного аффекта подтверждается пиками на 1-й и 9-й шкалах ММИЛ, превышающими значение в 70 Т-баллов (рис. 13).

Большое количество ипохондрических жалоб у таких больных сочетается с повышенной активностью, которая проявляется в многократном посещении разных врачей и поиске «лучшего метода» лечения. Их опыт включает многочисленные процедуры по оздоровлению организма (очистительные клизмы с целью очищения организма от шлаков, лечебное голодание). Любые новые идеи воспринимаются с восторгом и энтузиазмом; процедуры, требующие затрат времени или даже физических сил, совершенно не пугают, а, наоборот, вызывают волну энтузиазма. При этом лечение отличается непоследовательностью и, как правило, не завершается успехом.

Врач:

«Чем данный вариант ипохондрического синдрома отличается от концептуальной ипохондрии здоровья?»

Психолог:

«В отличие от проявлений концептуальной ипохондрии здоровья здесь нет сверхценной идеи оздоровления — все оздоровительные мероприятия являются непродуманным и не-последовательным стремлением к новым методам лечения».

Психологическая защита в данном случае позволяет снизить уровень тревоги за счет отрицания негативных сигналов, идущих извне. Снижение уровня тревоги во внутреннем мире по механизму обратной связи открывает возможности дальнейшему росту внешней активности.

Особенности проявлений ипохондрического синдрома у больных впервые выявленной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и больных с повторными обострениями заболевания

Ипохондрический синдром диагностируется у больных впервые выявленной язвенной болезнью и больных с повторными обострениями заболевания примерно с одинаковой частотой (соответственно 40,8 и 37,8 %). Однако присутствуют отличия в частоте различных вариантов ипохондрического синдрома (табл. 12).

При впервые выявленной болезни ипохондрическое состояние сопровождалось интровертированностью у 38,7 % больных, при повторных обострениях заболевания интровертированность встречалась реже — 10,7 % случаев (различия с группой больных впервые выявленной язвенной болезнью достоверны, $p < 0,05$). Кроме того, у больных с повторными обострениями заболевания чаще отмечалось демонстративное поведение (32,1 и 16,1 % случаев), различия достоверны, $p < 0,05$.

При впервые выявленной ЯБДК частыми являлись ипохондрический синдром с интровертированностью (38,7 % больных) и ипохондрический синдром с тревожными расстройствами (29,1 %). Это легко объяснимо.

72 ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Таблица 12

Частота различных клинических вариантов ипохондрического состояния у больных впервые выявленной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и у больных с повторными обострениями заболевания

Ипохондрическое состояние	Подъемы на шкалах ММИЛ	ЯБДК	
		первое обострение	повторные обострения
С депрессивными проявлениями	1–2	3 (9,7 %)	5 (17,9 %)
С демонстративным поведением	— * 1–3	5 (16,1 %)	9 (32,1 %)
С выраженнымми протестными реакциями	1–4	1 (3,2 %)	—
С формированием концепции болезни	1–6	1 (3,2 %)	2 (7,1 %)
С тревожными расстройствами	1–7	9 (29,1 %)	8 (28,6 %)
С интровертированностью и своеобразием восприятия соматических ощущений	* 1–8	12 (38,7 %)	3 (10,7 %)
С гипертимным аффектом	1–9	—	1 (3,6 %)
Всего		31	28

Обозначения: * достоверность различий < 0,05.

Впервые заболевшие пристально прислушиваются к изменению своего состояния, многое из происходящего вызывает тревогу. Демонстративное поведение в структуре ипохондрического состояния встречалось довольно редко (16,1 % больных).

У больных с повторными обострениями заболевания значительно (с 38,7 до 10,7 %) снижается частота интровертированности. Это также

объяснимо — проявления болезни становятся знакомыми и привычными. Повышенный уровень тревоги за состояние своего здоровья сохранился у 28,6 % больных.

На первое место по частоте у этой категории больных выходит ипохондрический синдром с демонстративным поведением (32,1 % больных). Это свидетельствует о том, что почти каждый третий больной язвенной болезнью в сочетании с ипохондрическим синдромом со временем находит ту или иную «вторичную выгоду» в ситуации хронического заболевания.

Объяснимо и возрастание признаков депрессивности (с 9,7 до 19,7 % по сравнению с больными впервые выявленной язвенной болезнью) — повторяющиеся обострения заболевания создают предпосылки к снижению настроения, пессимистической оценке перспективы.

Ипохондрический синдром в сопоставлении с признаками обострения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки

Данные о частоте ипохондрического синдрома в сопоставлении с проявлениями язвенной болезни представлены в табл. 13.

Таблица 13

Частота ипохондрического синдрома у больных с различными клинико-морфологическими проявлениями заболевания

Проявления ЯБДК		Ипохондрический синдром	Количество больных
Боли	есть	51 (41,5 %)	123
	нет	8 (29,6 %)	27
Язва в луковице	есть	44 (39,3 %)	112
	нет	15 (39,5 %)	38

При наличии характерных для язвенной болезни болей в животе состояние фиксации на соматических ощущениях и повышенное беспокойство по поводу своего здоровья присутствует почти у каждого второго

больного (41,5 % случаев). Когда болевой синдром купируется приемом противоязвенных препаратов, частота ипохондрического состояния, естественно, снижается (29,6 %).

Врач:

«Как можно объяснить ситуацию, когда "язвенных" болей уже нет, а болевые ощущения ипохондрического свойства, сопутствующие обострению язвенной болезни, еще сохраняются?»

Психолог:

«ИС — это одно из проявлений психической дезадаптации. Полученные данные свидетельствуют о том, что дезадаптация не только предшествует обострению заболевания, но и исчезает в более поздние сроки, чем само обострение ЯБДК».

Не отмечено зависимости частоты ипохондрического состояния от морфологического состояния луковицы двенадцатiperстной кишки (наличие открытой язвы или постъязвенного рубца на месте бывшей язвы). Но чаще повышенная фиксация на состоянии своего здоровья выявлена у больных с большими размерами язвы (44,1 % по сравнению с 31 % в группе больных с небольшими язвами).

Особенности проявлений язвенной болезни двенадцатiperстной кишки и ипохондрический синдром

При сопоставлении данных о длительности язвенного анамнеза и частоты ипохондрического синдрома получены следующие результаты (табл. 14).

Ипохондрическое состояние чаще диагностировалось у больных с длительностью язвенного анамнеза больше 5 и особенно 10 лет (различия с группами больных с меньшей продолжительностью заболевания достоверны, $p < 0,05$).

Таблица 14

Частота ипохондрического синдрома у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в сопоставлении с длительностью заболевания

Длительность ЯБДК, лет	Частота ИС	Всего
До 2	4 (22,2 %)	18 (100 %)
От 2 до 5	4 (21,1 %)	19 (100 %)
От 5 до 10	6 (42,9 %)	14 (100 %)
Больше 10	14 (60,9 %)	23 (100 %)
Всего	59	150

При ежегодно рецидивирующем течении заболевания ипохондрическое состояние встречалось чаще (57,1 %), чем при более редких обострениях язвенной болезни (37,8 %), различия достоверны, $p < 0,05$.

Врач:

«Клинический опыт подтверждает эти данные — чем дольше и тяжелее болеет человек, тем у него больше шансов стать ипохондриком».

Психолог:
«Да, это так».

Ипохондрический синдром в сопоставлении с полом и возрастом больных

Ипохондрический синдром чаще диагностировался у мужчин (42,6 %), чем у женщин (33,9 %), но различия между этими группами недостоверны. На основании полученных данных можно считать, что пол не является определяющим фактором в формировании ИС.

Влияние возраста на частоту развития ИС более определено (табл. 15).

Таблица 15

Частота ипохондрического синдрома у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в разных возрастных группах

Возраст больных, лет	ЯБДК	
	ИС	Всего
До 20	14 (46,7 %)	30 (100 %)
От 20 до 29	18 (29 %)	62 (100 %)
От 30 до 39	7 (36,8 %)	19 (100 %)
От 40 до 49	14 (48,3 %)	29 (100 %)
От 50 до 59	6 (60 %)	10 (100 %)

Реже всего ипохондрический синдром выявлялся у больных в возрасте от 20 до 39 лет. Большая частота ипохондрического синдрома у больных старше 40 и особенно 50 лет легко объяснима и понятна. В то же время достаточно высокий процент (46,7 %) ипохондрического синдрома в группе больных молодого возраста (до 20 лет) вызывает удивление.

Врач:

«Пожалуй, данные о большой частоте ИС у больных молодого возраста подтверждают важность психодиагностического обследования. Клинические проявления ИС у молодых чаще всего завуалированы».

Психолог:

«Это действительно важно».

Ипохондрический синдром у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в сравнении с больными неязвенной диспепсией

В период обострения заболевания ипохондрический синдром выявлен в двух группах больных примерно с одинаковой частотой (39,3 % у больных ЯБДК и 32,7 % у больных НД). Результаты сравнения особенностей развития ипохондрического синдрома у больных этих групп отражены в табл. 16.

Таблица 16

Частота различных вариантов развития ипохондрического синдрома у больных ЯБДК и больных НФД

Ипохондрическое состояние	Подъемы на шкалах ММИЛ	Заболевания	
		ЯБДК	НД
С депрессивными проявлениями	* 1–2	8 (13,5 %)	6 (35,3 %)
С демонстративным поведением	** 1–3	14 (23,8 %)	1 (5,9 %)
С выраженным протестными реакциями	1–4	1 (1,7 %)	—
С формированием концепции болезни	1–6	3 (5,1 %)	1 (5,9 %)
С тревожными расстройствами	1–7	17 (28,8 %)	4 (23,5 %)
С интровертированностью и своеобразием восприятия соматических ощущений	1–8	15 (25,4 %)	4 (23,6 %)
С гипертимным аффектом	1–9	1 (1,7 %)	1 (5,9 %)
Всего:		59 (100 %)	17 (100 %)

Обозначения: * высокая достоверность отличий ($p < 0,05$), ** $p < 0,15$.

В группах больных ЯБДК и НД присутствовали общие черты — это ипохондрический синдром с тревожными реакциями (28,8 % у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и 23,5 % больных неязвенной диспепсией) и ипохондрический синдром с интровертированностью (25,4 % у больных ЯБДК и у 23,6 % больных НД). В то же время у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки реже, чем у больных неязвенной диспепсией, развитие ипохондрического состояния приобретало депрессивный оттенок (соответственно 13,5 и 35,3 %) — различия достоверны, $p < 0,05$, а демонстративные черты в поведении проявлялись чаще (соответственно 23,8 и 5,9 %).

Подводя итог, можно сказать следующее. У больных ЯБДК ипохондрический синдром выявлялся только в период обострения заболевания, развитие его не было отмечено у больных в стадии стойкой ремиссии болезни. Клиническая картина наблюдавшегося у больных ЯБДК ипохондрического синдрома была неоднородной. Самым частым вариантом развития был ипохондрический синдром с тревожными реакциями (28,8 %). Почти с такой же частотой отмечались ипохондрическое состояние с интровертированностью и своеобразием восприятия соматических ощущений (25,4 %) и ипохондрическое состояние с демонстративными тенденциями в поведении (23,8 %). Остальные варианты развития ипохондрического синдрома отмечались реже.

При впервые выявленной болезни ипохондрическое состояние сопровождалось интровертированностью у 38,7 % больных, при повторных обострениях заболевания интровертированность встречалась реже (10,7 % больных). Кроме того, у больных с повторными обострениями заболевания чаще отмечалось демонстративное поведение (32,1 % случаев в сравнении с 16,1 % случаев в группе больных с впервые выявленной язвенной болезнью).

Ипохондрическое состояние чаще отмечалось у больных с длительностью язвенного анамнеза больше 10 лет и у больных с частым рецидивированием язвенной болезни, а также у больных с наличием свойственных язвенной болезни болей в животе в момент обследования. Развитие ипохондрического состояния не связано с морфологическим состоянием луковицы двенадцатиперстной кишки.

В группах больных ЯБДК и НД присутствовали общие черты — это ипохондрическое состояние с тревожными реакциями (28,8 и 23,5 %

больных) и ипохондрическое состояние с интровертированностью (25,4 и 23,6 % больных). У больных ЯБДК реже, чем у больных НД, развитие ипохондрического состояния приобретало депрессивный оттенок (соответственно 13,5 и 35,3 %), а демонстративные черты в поведении проявлялись чаще (23,8 и 5,9 %).

Частота развития ипохондрического синдрома не зависела от пола пациентов. Чаще всего его развитие отмечалось у больных старшего возраста (старше 50 лет). Однако стоит отметить, что достаточно высокая частота (46,7 %) ипохондрического состояния была выявлена в группе больных молодого возраста.

Диагностика ипохондрического синдрома у больных, поступивших в стационар по поводу обострения язвенной болезни, имеет большое значение для лечения пациентов.

ВЛИЯНИЕ НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ

Было проведено сравнение психического статуса больных (по данным ретроспективной оценки результатов психоdiagностических исследований, проведенных при поступлении в стационар, то есть в начале лечения) в двух группах: с успешным лечением (90 больных) и с недостаточно эффективным лечением (22 больных). Эффективность лечения больных считалась недостаточной в случаях, когда не удавалось достичь полного рубцевания язвы или рядом с постъязвенным рубцом появлялись эрозии, которых не было при первичном эндоскопическом осмотре.

Оказалось, что в группе больных с недостаточно эффективным лечением ИС присутствовал при поступлении в стационар у 12 из 22 больных (54,6 %), при успешном лечении — у 32 из 90 (35,6 %). Различия между группами достоверны ($p < 0,05$). Таким образом, наличие ИС является неблагоприятным фактором для прогноза результатов лечения обострения заболевания.

Как показал дальнейший анализ, реакции на болезнь на результатах противоязвенного лечения не отражаются (табл. 17).

Таблица 17

Частота различных вариантов реакций на болезнь в группах больных, отличающихся эффективностью противоязвенной терапии

Эффективность лечения	Реакции на болезнь			Кол-во больных	
	с наличием НА (>)	без НА			
		=	<		
Недостаточная	7 (31,8 %)	5 (22,7 %)	10 (45,5 %)	22 (100 %)	
Достаточная	32 (35,6 %)	18 (20 %)	40 (44,4 %)	90 (100 %)	

*Обозначения: = нормонозогнозические реакции, < гипонозогнозические реакции, > гипернозогнозические реакции; * отмечены достоверные различия, p < 0,05.*

Врач:

«Эти данные кажутся удивительными — ведь кажется естественным, что состояние тревоги (гипернозогнозические реакции на болезнь) должно замедлять рубцевание язв».

Психолог:

«Нозогнозические реакции сказываются на качестве жизни больных, но при этом действительно могут не влиять на сроки рубцевания язв. Например, тревожный больной буквально по часам принимает лекарства, и это благотворно отразится на рубцевании язвы, хотя у него может сохраняться масса жалоб. И наоборот, у больного с гипонозогнозическими реакциями, совершенно не ощущающего никаких связанных с болезнью неудобств, язва, к его удивлению, может не зарубцеваться. Это обусловлено нерегулярностью приема лекарств».

Итак, результаты исследования показали, что реакции на болезнь не влияли на эффективность лечения. Тем не менее оставалось ощущение, что какая-то связь между этими параметрами должна существовать. И тогда пришла идея проанализировать реакции на болезнь у больных ИС и сопоставить полученные результаты с эффективностью лечения больных.

Частота различных реакций на болезнь у больных ИС отражена в табл. 18.

Таблица 18

Частота различных реакций на болезнь у больных ИС

	Реакции на болезнь			Всего	
	с наличием НПА (>)	без НПА			
		=	<		
ИС	27 (45,8 %)	13 (22 %)	19 (32,3 %)	59 (100 %)	

Обозначения: > гипернозогнозические реакции, = нормонозогнозические реакции, < гипонозогнозические реакции.

Представленные данные показывают, что кажущиеся естественными для этого состояния гипернозогнозические реакции на болезнь выявлялись меньше чем у половины больных (45,8 %).

Реакции на болезнь оказались адекватными у 22 % больных ипохондрическим состоянием (они были фиксированы на своем физическом состоянии, внимательно следили за возникающими соматическими ощущениями, но верили в успех лечения, ответственно выполняли все назначения лечащего врача).

У 19 больных (32,3 %) отмечалось парадоксальное сочетание постоянной обеспокоенности состоянием своего здоровья (на эмоциональном плане) и несерьезного отношения к болезни на уровне поведенческих реакций, проявлявшегося в отказе от соблюдения врачебных рекомендаций, безответственном отношении к приему лекарств, нарушении больничного режима.

Врач:

*«Как объяснить такое странное сочетание:
ИС и гипнозогнозическая реакция на болезнь?
Может быть, это всего лишь дефект исследо-
вания?»*

Психолог:

*«Нет. Из исследования были исключены боль-
ные с недостоверными результатами ММИЛ,
а также больные со значениями фактора
В теста Кеттелла ниже 3 баллов, свидетель-
ствующими о низком интеллектуальном
уровне».*

Объяснение может быть в следующем: эти больные вследствие недостатка ясности в осознании себя, своего душевного состояния по-разному отвечают на однотипные вопросы. Это может свидетельствовать о нарушениях психической адаптации. Если признать, что ипохондрический синдром — это в основном показатель физического уровня, а отношение к болезни — показатель интегративного уровня, то одновременное присутствие гипнозогнозических реакций на болезнь и ипохондрического синдрома можно назвать дисгармонией между различными уровнями системы. Видимо, это один из ранее неописанных вариантов нарушений психической адаптации.

Сопоставление с эффективностью лечения показало, что больных с одновременным присутствием ипохондрического синдрома и гипнозогнозических реакций на болезнь было по 7 в обеих группах. Однако в процентном отношении (учитывая различия в количестве больных в этих группах: 22 и 90), разница была большой — 31,8 и 7,8% соответственно.

С учетом этих данных лечение больных должно быть направленным не только на все уровни проявления заболевания, но и на гармонизацию системы в целом.

ПСИХОФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ В ЛЕЧЕНИИ ИПОХОНДРИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Одним из признаков нарушенной психической адаптации у больных язвенной болезнью можно считать отсутствие клинического эффекта от проводимого соматотропного лечения. Хороший результат у данной категории больных может быть достигнут при включении в комплексную терапию психотерапевтических и психофармакологических мероприятий.

Психотерапевтическое воздействие у больных с гипернозогнозическими реакциями должно быть направлено на уменьшение тревожных реакций и помочь в организации поведения, помогающего справиться с обострением заболевания. Клиническими признаками улучшения в результате проведенной психотерапевтической работы является выбор наиболее рациональной тактики поведения относительно своей болезни.

Нарушения психической адаптации могут быть транзиторными, связанными только с периодом обострения язвенной болезни. В этом случае они могут пройти самостоятельно по мере исчезновения симптомов обострения заболевания. Лечение больных с выраженным эмоциональными нарушениями представляет непростую задачу. Главный принцип работы с такими больными — это соблюдение золотой середины, так как при отсутствии должного внимания к их жалобам у больных исчезает доверие к врачу, а при потакании они способны отнимать у врача огромное количество времени для разговоров, не приносящих практической пользы.

Индивидуально решается вопрос о назначении психофармакологических препаратов. С одной стороны, психосоматические больные нуждаются в препаратах данной группы, зачастую настаивают на их назначении. С другой — они обычно находятся в тревожном ожидании возможных побочных действий этих лекарств и при появлении малейшего дискомфорта тут же отказываются от их дальнейшего приема. В связи с этим рекомендуется начинать лечение с назначения фитопрепаратов.

Успокаивающий и антифобический эффекты фитопрепаратов выражены слабо, зато реже, чем при назначении психофармакологических средств, возникают побочные действия (миорелаксация) и, что особенно важно, отсутствует психическая зависимость.

В ряде случаев лечение фитопрепаратами усиливается психотерапевтическим эффектом: сам факт приготовления настоя и подбор индивиду-

альной дозы может быть полезен для лиц с ипохондрическим состоянием. Для многих больных важно и то, что лечение растительными средствами значительно дешевле.

Наиболее популярными седативными фитопрепаратами являются валериана, пустырник пятилопастный, мятة перечная, калина обыкновенная, пион уклоняющийся, ноготки лекарственные, шишкы хмеля. Из них наиболее эффективной является валериана лекарственная. Хороший эффект обеспечивается не только ее седативным, но и мягким сомнолентным, спазмолитическим и желчегонным действиями.

Валериана выпускается в таблетках, содержащих 0,02 г густого экстракта валерианы (1–2 табл. на прием). Кроме того, она является основным компонентом таких эффективных препаратов, как Персен и Ново-Пассит. Персен представляет собой комбинацию из трех целебных трав: валерианы, перечной мяты и мелиссы. Препарат выпускается в двух лекарственных формах: таблетках (прием по 2 табл. 2–3 раза в день) и капсулах (прием по 1–2 капс. 2–3 раза в день). Ново-Пассит — сложный экстракт валерианы, боярышника, хмеля, зверобоя, мелиссы, страстоцвета, бузины. Назначается по 5 мл 2–3 раза в день.

Спазмолитическим действием обладает валериановая кислота, которая входит в состав следующих широко известных препаратов: Корвалол (этиловый эфир валериановой кислоты, фенобарбитал, масло мяты перечной), Валокордин (аналогичный корвалолу немецкий препарат), Валосердин (этиловый эфир альфа-бромизовалериановой кислоты, масло мяты перечной, масло душицы, фенобарбитал), Капли Зеленина (настойка валерианы, настойка ландыша, белладонна, ментол), Валокормид (настойка валерианы, настойка ландыша, настойка красавки, натрия бромид). Все эти препараты легко дозировать, что важно при подборе индивидуальных доз. Они особенно эффективны при сочетании язвенной болезни и дисфункции желчевыводящих путей.

Наиболее выраженным лечебным действием обладает свежеприготовленный настой валерианы. Готовят его следующим образом: две столовые ложки корня валерианы кладут в эмалированную или стеклянную посуду, заливают одним стаканом кипящей воды и ставят в кипящую водяную баню на 15 минут; затем настаивают под закрытой крышкой в течение 30–40 минут, перед приемом процеживают. Настой принимают по 1–2 ст. ложки три–четыре раза в день.

Валериана входит в состав большинства так называемых «успокоительных» сборов. Из них популярны следующие: «Успокоительный сбор» (валериана, листья мяты перечной, трилистника водяного и шишек хмеля) и успокоительный чай «Нервофлюкс» (корень валерианы, шишки хмеля, корень солодки, цветы лаванды, листья мелиссы, цветы померанца).

Больным целесообразно рекомендовать ванны с настоями лекарственных растений. Ванны оказывают благоприятное седативное и общеукрепляющее действие на организм, которое опосредуется местным воздействием активных ингредиентов лекарственных растений и влиянием на весь организм летучих фитохимических веществ.

Для приготовления лекарственной ванны полотняный мешочек со 100 г лекарственных растений кладут в стеклянную или эмалированную посуду, заливают 2 литрами кипятка и плотно закрывают крышкой. После настаивания в течение 2–3 часов настой выливают в ванну с температурой воды 36–37 градусов. Во время приема ванны (12–15 минут) натираются мешочком с лекарственными травами. Рекомендуется принимать ванны ежедневно или через день, курс лечения от 8 до 12 процедур.

Сбор для ванны может быть следующим: по три части корня валерианы, травы пустырника пятилопастного, листьев аира болотного и по две части травы тимьяна ползучего, травы сушеницы топянной, свежей хвои сосны обыкновенной. Возможны и другие варианты сборов для лекарственных ванн.

Фитотерапевтические средства со стимулирующим действием используются реже, чем седативные препараты. Показанием к их назначению является ипохондрический синдром с депрессивными проявлениями. Наиболее популярным препаратом этой группы является зверобой продырявленный. Он может быть применен в виде настоя или таблеток сухого экстракта травы: Деприм и Гелариум Гиперикум. Эти препараты повышают настроение, поднимают жизненный тонус, восстанавливают эмоциональное равновесие.

В ряде случаев эффективными оказываются адаптогены — препараты, сочетающие в себе седативное и антидепрессивное действия. Наиболее распространенным из них является Танакан (экстракт из листьев реликтового дерева гингко билоба). Препарат уменьшает эмоциональную лабильность, вялость, снижает уровень тревоги, в том числе болезненную фиксацию на соматических симптомах. Считается, что этот препарат осо-

бенно эффективен при вегетативных дисфункциях с парасимпатической гиперактивацией — состояниях, свойственных ЯБДК.

К адаптогенам можно отнести и Мелаксен — препарат, содержащий 3 мг мелатонина, полученного из аминокислот растительного происхождения. При приеме данного препарата эмоциональное состояние улучшается вследствие нормализации биоритмов.

В случаях отсутствия эффекта от терапии фитопрепаратами назначают фармакологические средства.

Предубеждение больных (а зачастую и самих врачей) об опасности данных лекарств все еще является достаточно стойким, поэтому необходимы осторожность и последовательность в проведении психофармакотерапии. Полученный нами опыт позволяет дать следующие рекомендации:

— прежде чем назначать психофармакологические препараты, надо обязательно получить согласие больного на прием данного лекарства. Это достаточно легко сделать, объяснив больному необходимость лечения и указав на отсутствие привыкания к данному препарату. Свои слова можно подтвердить демонстрацией результатов психоdiagностического обследования больного. При отказе следует осведомиться о причине этого отказа;

— когда согласие больного получено, встает вопрос о выборе дозы препарата и времени его приема. При принятии решения необходимо опираться на данные анамнеза, касающиеся опыта больного относительно приема психофармакологических препаратов в прошлом;

— если такого опыта нет, то целесообразнее начинать с половинной дозы лекарства. Такой подход объясняется тем, что первый прием препарата может сопровождаться сонливостью (в более редких случаях — возбуждением). Это может усилить тревогу больного как признак «вредного» или неконтролируемого влияния и послужить поводом для отказа от приема препарата;

— если опыт приема психофармакологических препаратов существует, то стоит поинтересоваться, является ли этот опыт позитивным или негативным;

— в случае позитивного опыта назначать сразу полную разовую дозу и достаточно быстро (в течение 3–5 дней) увеличить ее до суточной дозы;

— при негативном прошлом опыте надо осведомиться, какие именно препараты принимал больной и на что опирается его негативная

реакция на лекарства. С учетом полученной информации необходимо еще раз объяснить безопасность проводимой терапии. При этом в разговоре акцент ставится на современных препаратах, одним из преимуществ которых является отсутствие привыкания к ним. Как показывает опыт, именно страх психологической зависимости, то есть потребности приема лекарства при малейшей тревоге по любому поводу, останавливает больных и врачей на пути назначения психофармакологических препаратов даже в тех случаях, когда показания к их назначению очевидны.

В гастроэнтерологической практике могут быть применены психофармакологические препараты трех групп: транквилизаторы, нейролептики и антидепрессанты.

Транквилизаторы

Препараты этой группы широко и успешно применяются в гастроэнтерологической практике в течение многих лет. Наиболее известной врачам является группаベンзодиазепинов: Феназепам, Реланиум (Диазепам, Седуксен, Сибазон); Нозепам (Тазепам); Мезапам (Медазепам, Рудотель, Нобриум); Лоразепам (Мерлит, Ативан); Алпразолам (Ксанакс). Наряду с хорошим терапевтическим действием у препаратов данной группы возможен эффект психологической зависимости, поэтому в последнее время отдается предпочтение препаратам других групп. Среди них стоит особо отметить Гидроксизин (Аттаракс), полностью лишенный привыкания к его приему, но обладающий быстро достигаемым и стойким анксиолитическим эффектом. У препарата присутствует холинолитическое действие, в связи с чем аттаракс усиливает эффективность противоязвенной терапии. Но есть и отрицательный момент — по этой же причине его длительное применение противопоказано больным с глаукомой и аденомой предстательной железы. Сигналом превышения дозы является сухость во рту.

При работе с больными ипохондрическим синдромом следует помнить, что на фоне общего повышения тревожности больные очень боятся диагностических процедур. В первую очередь это относится к эндоскопическим исследованиям. В связи с этим целесообразно назначение транквилизаторов в целях премедикации перед исследованиями, вызывающими у пациентов усиление тревоги.

Нейролептики

Из препаратов этой группы целесообразно назначение Сульпирида (Эглонила, Бетамакса, Бетакса). Его влияние на центральную нервную систему не «седативное» (как такового седативного эффекта нет), а «регулирующее», то есть умеренное снижение возбудимости сочетается с некоторым антидепрессивным и стимулирующим действием. Все эти три эффекта чрезвычайно благоприятны для больных ипохондрическим синдромом.

Кроме того, эглонил обладает протекторным действием на слизистую оболочку желудка, что является благоприятным для больных язвенной болезнью. Будучи близким по строению к метоклопромадиду, он, подобно этому препарату, обладает противорвотным действием. Необходимо следить за тем, чтобы назначение эглонила не совпало с приемом метоклопрамида, так как одновременный прием этих препаратов усиливает вероятность возникновения экстрапирамидных расстройств, являющихся наиболее опасными побочными действиями нейролептиков. Разовая доза составляет 50 мг (в некоторых случаях может быть увеличена до 100 мг), препарат обычно принимается три раза в день. Благоприятной является возможность его внутримышечного введения.

Антидепрессанты

При наличии депрессивных расстройств желательно провести консультацию психиатра для исключения эндогенной депрессии и целесообразности назначения того или иного препарата, а также подбора его дозы.

Различают антидепрессанты с седативным действием (Амитриптилин, более современные препараты — Леривон, Реверон), антидепрессанты стимулирующего действия (Мелипрамин, Прозак) и антидепрессанты сбалансированного действия (Коаксил, Паксил).

При назначении антидепрессантов следует помнить, что начальный эффект может наблюдаться через 7 дней после начала лечения, однако полный эффект обычно достигается через 2–4 недели. Курс лечения должен быть достаточно длительным, с постепенной отменой препарата. В идеальном варианте больные находятся одновременно под наблюдением гастроэнтеролога и психиатра ввиду опасности развития побочных действий антидепрессантов.

ГЛАВА 5

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЯБДК

Среди методов работы, затрагивающих эмоциональный, когнитивный и интегративный уровни язвенной болезни, можно выделить следующие направления: деонтологическая работа с больными, занятия в «Школе больного язвенной болезнью», индивидуальная психотерапия.

ДЕОНТОЛОГИЧЕСКАЯ РАБОТА С БОЛЬНЫМИ ЯБДК

Деонтологическая работа — это все аспекты взаимодействия врача и больного по вопросам болезни. Существует большое количество высказываний великих врачей прошлого о том, что в успехе лечения имеют большое значение не только сама болезнь и больной, но и врач. Например, Парацельсу приписывают такие слова: «Три вещи образуют медицину: болезнь, врач и больной». При этом определяющим во взаимодействии врача и больного является их поведение.

Клинические наблюдения показали, что существуют различные варианты поведения больных во время болезни. Некоторые больные активны — проходят обследование, получают рекомендации врача и аккуратно их выполняют. Есть больные, которые много переживают, даже плачут, фантазируют на темы исхода заболевания, при этом они могут быть совершенно бездеятельны в плане каких-либо конкретных действий. И, наконец, есть больные, которые много говорят о своей болезни — рассказывают о ее проявлениях родственникам и друзьям, размышляют о причинах болезни и ее лечении, читают популярную медицинскую литературу. Чаще всего, конечно, элементы этих состояний присутствуют в той или иной мере одновременно или сменяют друг друга. С позиций системного подхода, можно говорить об активизации разных уровней болезни: физического (активное действие), эмоционального (переживание) и когнитивного (обсуждение). Степень выраженности этих явлений тесно

связана с принятым на интегративном уровне решением относительно своего состояния. При этом само решение может осознаваться больным лишь частично.

Эти различия в поведении больных навели на мысль об их рассмотрении с точки зрения одной из теорий психологии человеческих взаимоотношений — трансакционного анализа Э.Берна. Цель трансакционного анализа (трансакцией называется единица общения) — выяснить, какое из состояния «Я» активизировано у участников взаимодействия.

В соответствии с этой теорией у каждого человека можно обнаружить три типа поведения в зависимости от подсознательных механизмов, определяющих набор поведенческих схем: Ребенок, Родитель и Взрослый. В каждый момент времени человек обнаруживает один из стилей поведения, в процессе общения переходя из одного состояния в другое.

Состояние Ребенка

По Э.Берну, эта модель поведения формируется в возрасте от 2 до 5 лет, когда ребенок впервые сталкивается со сложными ситуациями, не имея опыта их разрешения. Это состояние может оставаться на всю жизнь незрелым, копирующим детское восприятие — тогда в ситуациях неопределенности человек теряется, как ребенок. Проявлением этого состояния могут быть неопределенная тревога, обида, страх, слезы.

По нашим наблюдениям, у взрослого человека состояние Ребенка может быть не только незрелым, но и развитым. Это объяснимо следующим. Данная модель поведения формируется в тот период жизни, когда когнитивная сфера еще не функционирует и в восприятии происходящего с ним ребенок ориентируется на ощущения физического тела и вызывающие их эмоции. Можно предположить, что ориентиром для этого состояния является ощущение «базовой безопасности», то есть безопасности в окружающей среде в целом. Первым признаком отсутствия базовой безопасности является неопределенная, то есть не связанная с конкретной причиной, тревога.

Если взрослый человек в какой-то момент времени ощущает происходящее с ним без включения когнитивной сферы, это будет та же энергетическая модальность, как и у ребенка. Поэтому, например, интуитивное понимание сути, то есть понимание без анализа происходящего, будет развитым состоянием Ребенка.

Нельзя не согласиться с тем, что все больные, без исключения, в какой-то момент времени находятся в состоянии Ребенка. Это становится понятным, если представить себя на месте впервые заболевшего человека, не имеющего опыта болезни, не представляющего дальнейшего хода развития событий. Это состояние усугубляется плохим самочувствием или настораживающими результатами анализов. Если ситуация болезни не только нова, но угрожающая, у больного могут появиться похожие на детские, зачастую необоснованные, страхи.

Позитивные моменты развитого состояния Ребенка — возрастание внимания к своему телу, акцент на нормализации удовлетворения физических потребностей (сон, еда, отдых), интуитивное понимание того, что надо сделать для выздоровления (например, бросить курить).

Естественно, что врач, как любой другой человек, может находиться в состоянии Ребенка. Более того, развитая составляющая этого состояния необходима в работе врача. Это интуиция — то, что делает работу врача искусством, а не ремеслом. В деонтологическом взаимодействии это интуитивное понимание внутренних проблем больных людей и их страхов, а также умение выразить свое сочувствие без слов.

К сожалению, нельзя не признать, что проявления Ребенка у врача возможны и в незрелом варианте. Предрасполагающими факторами к незрелым проявлениям Ребенка являются личностные характеристики врача, вследствие которых он не научился справляться со своими собственными проблемами, а также особенности его жизненной ситуации, подрывающие ощущение уверенности в собственных силах (болезнь, переутомление, семейные неурядицы и т. п.).

Состояние Родителя

Этот тип поведения Э. Берн назвал Родителем, потому что в формах выражения человек зачастую говорит и действует так, как это делали его родители, когда он был маленьким ребенком. Наблюдение за детьми, копирующими родителей, показывает, что эта модель поведения также воспринимается в детстве. При этом ясно, что дети еще не понимают происходящего и просто копируют непрекращающийся родительский тон. Во взрослой жизни это состояние может остаться копией увиденного в детстве. Тогда в состоянии Родителя человек воспринимает своего собеседника как несмышленого ребенка, не имеющего права на свое соб-

ственное мнение. Ответная реакция другого человека не имеет значения и потому совсем не воспринимается или не принимается во внимание.

В соответствии с нашими наблюдениями у этого варианта также есть развитая составляющая. В развитом варианте состояние Родителя — это принятие ответственности на себя и видение перспективы, из которых вытекают уверенность в себе, а также внутреннее ощущение своего права на лидерскую позицию, то есть оправданное право быть Родителем.

Предпосылками к формированию поведения Родителя у больного являются его личностные особенности и приобретенные им знания о болезни. К значимым личностным особенностям можно отнести лидерские наклонности, привычку принимать ответственность на себя, преувеличение важности собственного мнения. Знания о болезни включают в себя не только переживание ее симптомов, но и результаты предшествующих курсов лечения, особенно действия тех или иных лекарств, а также опыт общения с медицинским персоналом.

Имеет значение и информация, полученная пациентом при общении с другими больными. У части из них приобретенные знания формируют «концепцию болезни», в рамках которой они объясняют себе не только причины развития заболевания, но и необходимые меры по борьбе с ним. Это может выражаться в собственном представлении о плане обследования и необходимом лечении. Чем более ригидной является концепция, тем более ярко проявляется в поведении больного состояние Родителя.

Это состояние может вызвать неуважительное отношение к врачу, а также требование проведения обследований без понимания их сути. В состоянии Родителя больные могут прийти к врачу со списком необходимых, по их мнению, обследований и назначений.

Но есть и «конструктивная» составляющая этого состояния — принятие ответственности за свою болезнь на себя, соблюдение режима приема лекарств и необходимых диетических ограничений.

У врача состояние Родителя может проявляться как спокойная уверенность в себе и своих знаниях. Они вытекают из профессионализма врача, а также его права на составление плана обследования и назначение тех или иных лекарств.

При недостатке внутренней культуры признание своего лидирующего положения во взаимодействии с больным может проявляться чувством превосходства и ощущением права на диктат.

Состояние Взрослого

Состояние Взрослого начинает формироваться с момента включения когнитивной сферы, то есть позднее, чем два предыдущих. Само название свидетельствует о том, что это наиболее развитое состояние, приобретаемое человеком на основании своего собственного опыта и поэтому от него зависящее. Взрослый имеет свое собственное мнение, которое отличается от ригидной концепции тем, что оно корректируется в зависимости от поступающей информации. Эмоции и тем более поступки находятся под контролем разума. В этом состоянии человек взаимодействует с другими людьми на равных.

У больного состояние Взрослого дает объективное отношение к болезни — признание ее серьезности без преувеличения значимости. Больной имеет свое мнение, но прислушивается к рекомендациям врача как человека, более компетентного в медицинских вопросах.

Для врача состояние Взрослого является фоновым. Оно помогает ему использовать в работе не только свои знания, но также опыт своих коллег.

Все три состояния (Ребенок, Родитель, Взрослый). — нормальные психологические феномены, одинаково важные для функционирования. Каждое из них неповторимо, является значимой стороной личности и по-своему делает жизнь человека полноценной.

По-видимому, каждый человек имеет привычный для него набор схем поведения. Однако во взаимодействии врача и больного можно выделить несколько типичных ситуаций, в которых наиболее часто включаются те или иные состояния.

ТРАНСАКЦИОННЫЙ АНАЛИЗ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ВРАЧА И БОЛЬНОГО

Когда встречаются два человека (в нашем примере врач и больной), включаются шесть состояний их «Я» (по три у каждого). Разберем возможные схемы взаимодействия врача и больного.

1. Врач в состоянии Взрослого

При этом возможны три варианта ответа больного.

1-а. *Взрослый (врач) — Взрослый (больной)*

Врач информирует больного о плане обследования, сообщает ему результаты анализов, отвечает на вопросы — другими словами, он видит перед собой взрослого человека, адекватно относящегося к своему заболеванию и имеющего право на осознанное участие в процессе лечения.

Больной в состоянии реально оценить ситуацию, доверяет врачу, не боится (видя взрослуую позицию врача) высказать свое мнение.

1-б. Взрослый (врач) — Ребенок (больной)

Обращаясь к больному из состояния Взрослого, врач может получить в ответ встревоженную реакцию Ребенка больного. Эта ситуация является частой. Задача — перевести больного в состояние Взрослого, что сделает дальнейшее взаимодействие конструктивным. Это не всегда легко, так как отсутствие эмоционального сопереживания со стороны врача может вызвать у больного представление о непонимании и усугубить его тревогу (углубить состояние Ребенка).

1-в. Взрослый (врач) — Родитель (больной)

Находясь в состоянии Взрослого, врач может «столкнуться» с Родителем больного. Искусство врача должно проявиться в целенаправленном переводе больного в состояние Взрослого. К сожалению, в этой ситуации есть все предпосылки для перехода самого врача в незрелые состояния Родителя или Ребенка.

2. Врач в состоянии Родителя

Если у врача ярко выражено состояние Родителя, у больного, как правило, активизируется состояние Ребенка.

2-а. Родитель (врач) — Ребенок (больной)

Если врач в состоянии Родителя проявляет черты, традиционно ожидаемые больными (уверенность в себе, заботу о больных), больной, как маленький ребенок, просто безоговорочно доверяет врачу. При этом, скорее всего, включается психологическая защита идеализация, часто встречающаяся в детстве по отношению к родителям. Это конструктивная работа: уверенный в себе врач и полностью доверившийся ему больной. Некоторые больные сами декларируют готовность быть послушным ребенком следующими словами: «Доктор, я Вам полностью доверяю и буду безоговорочно выполнять все Ваши рекомендации».

Если Родитель врача проявляется негармонично, Ребенок больного может обидеться.

2-б. Родитель (врач) — Взрослый (больной)

Если в ответ на родительскую позицию врача у больного активизируется его Взрослый, взаимодействие также является конструктивным. Больной не бездумно слушается врача во всех вопросах, а для лучшего понимания своего состояния просит информировать его о ходе обследования и лечения. При этом к врачу он относится как к авторитетной фигуре, безусловно, лучше его разбирающейся в ситуации.

2-в. Родитель (врач) — Родитель (больной)

Трансакция этого типа является совершенно неконструктивной, поскольку делает взаимопонимание невозможным. Врач, непоколебимо находясь в состоянии Родителя, может считать, что больной не имеет права на общение с позиций Родителя во взаимодействии с ним. Больной, не получая ожидаемого ответа на свои притязания, пишет жалобы (активный вариант) или просто уходит из стационара, недовольным результатами обследования и лечения (пассивный вариант). Эта трансакция не может разрешиться благополучно до тех пор, пока один из участников не перейдет в другое состояние.

3. Врач в состоянии Ребенка

Это состояние у врача приемлемо только в развитом варианте, как основа для интуитивного понимания сути болезни и состояния больного. Незрелые проявления Ребенка даже в отдельные моменты взаимодействия означают отсутствие врачебного профессионализма. Отголоском этого состояния является представление о каком-то больном как «вредном» и т. п., что свидетельствует о том, что врач не справляется с ситуацией взаимодействия с данным больным.

3-а. Ребенок (врач) — Родитель (больной)

Такой тип трансакции имеется в опыте практически всех врачей в начале их трудовой деятельности, когда они действительно чувствовали себя детьми, имея большую разницу в возрасте со своими пациентами. В дальнейшем подобная ситуация может возникнуть с больными, обладающими определенными личностными особенностями, в случаях, когда они требуют невыполнимое, а врач в ответ на упреки больного обижается или сердится.

3-б. Ребенок (врач) — Ребенок (больной)

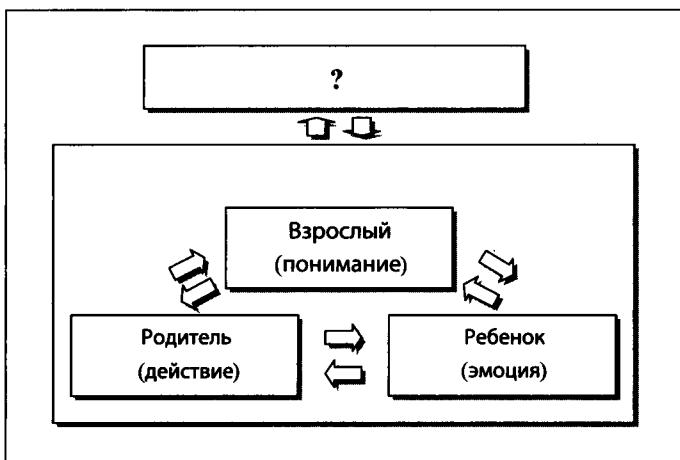


Рис. 14. Сопоставление понятий трансакционного анализа и системного подхода к изучаемому объекту

В неразвитом варианте этот тип трансакции свидетельствует о полном непонимании и взаимных обидах. Обида у врача может возникнуть в ряде ситуаций — например, если больной нарушил режим, причинив при этом врачу служебные неприятности. Следствием может стать плохо написанная выписка (взрослая позиция врача не позволила бы этого сделать — выписка в любом случае должна быть качественной). Естественно, находясь в этом состоянии, врач может дать много поводов для ответных обид больного.

3-в. Ребенок (врач) — Взрослый (больной)

Недопустимая, но, к сожалению, встречающаяся в жизни ситуация. Врач напоминает своим поведением невоспитанного ребенка. Во взаимодействии лидирует больной, проявляя качества взрослого человека.

С точки зрения системного подхода к изучаемому объекту состояния Ребенка, Родителя и Взрослого можно связать со следующими уровнями поведения (рис. 14). Родитель — это действие; при включении данного состояния больше всего активизирован физический план. В состоянии Ребенка лидирующее положение принадлежит эмоциональному плану, а в состоянии Взрослого — когнитивному.

В соответствии с представленной схемой становится ясно, что должно быть еще одно состояние — интегративное, то есть объединяющее в себе все три уровня поведения.

Если все состояния развиты, то в свете теории Э.Берна его можно было бы назвать, например, Мудрецом, так как в нем интегрированы интуиция Ребенка, уверенность Родителя и понимание Взрослого. При отсутствии должного уровня развития интеграции не происходит. Именно это, видимо, и дает перекосы в поведении.

Для больного интегративное состояние означает одновременное присутствие способности Ребенка быть в контакте со своим телом (интуитивное восприятие нарушений функционирования организма), ответственность Родителя (принятие ответственности за выбор в ходе лечебного процесса на себя, например, согласие или несогласие на предложенную врачом операцию), развитого интеллекта Взрослого (способность адекватно воспринимать информацию о болезни).

Для врача интегративное состояние создает предпосылки для объективной оценки ситуации, дающей возможность гибкого поведения с больными. Взрослая позиция позволяет фиксировать моменты перехода в состояния Родителя и Ребенка, которые неизбежно возникают в процессе общения с больными. Баланс между состояниями Ребенка и Родителя, в частности, дает силы не обижаться на больных даже в случаях явной несправедливости и мудро выходить из конфликтных ситуаций.

Поскольку в наших рассуждениях было введено четвертое состояние, то нельзя не описать еще один вариант взаимодействия, который является идеальным. Это взаимодействие обоих участников трансакции в интегративном состоянии, наиболее развития форм взаимодействия.

Задача врача — из интеграционного (осознанного) состояния понять, что важнее в каждый конкретный момент взаимодействия с больным — оставаться Взрослым, проявить уверенность Родителя или интуитивное участие Ребенка.

В данном исследовании представлено теоретическое обоснование применения трансакционного анализа в деонтологической работе врача. Предлагаемые схемы были применены при общении с больными, что, на наш взгляд, повысило эффективность деонтологической работы.

«ШКОЛА БОЛЬНОГО ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ»

В последние годы «Школы...» для больных получили достаточно широкое распространение. На основании проведенных исследований была разработана программа для «Школы больного язвенной болезнью», организованной в ЦНИИГ.

Врач:

«Почему называется «Школа...»?»

Психолог:

«Потому что в существующих моделях «Школ...» основной задачей является передача знаний, обучение (как в обычной школе).»

Врач:

«Теоретически и практически (как показывает опыт работы с больными) определенная польза от занятий больных в «Школе...» есть. А может ли быть вред?»

Психолог:

«Да, может. Поэтому в каждом индивидуальном случае должны учитываться противопоказания к занятиям в «Школе...».

Врач:

«У врачей обычно очень много работы. Можно ли поручить проведение занятий в «Школе...» медсестре?»

Психолог:

«Нет, нельзя. Занятия должен проводить врач, поскольку в процессе занятий могут возникать самые разнообразные вопросы, при ответе на которые нужен определенный уровень подготовки. Кроме того, ведущий занятия

должен быть внимателен к реакциям больных на передачу информации. Поэтому в идеале это врач, имеющий дополнительную подготовку по психологии».

На занятиях «Школы...» присутствовали больные, находящиеся на стационарном лечении в ЦНИИГ. Занятия проводились в форме групповой работы. Количество участников группы составляло 7–12 человек. Опыт показал, что оптимальное время начала занятий — 12–13 часов, поскольку тогда больные не пропускали занятия из-за необходимых для них диагностических процедур. Продолжительность занятия — от 45 до 60 минут. Число занятий зависело от особенностей сложившейся группы, обычно оно составляло 5–6. Для занятий было отведено специальное помещение, где участники могли удобно расположиться на стульях, поставленных в круг, что создавало в общении максимальный психологический комфорт.

В соответствии с разработанной программой «Школы...» каждое занятие состояло из трех частей: вступление — основная часть — заключение. Во вступительной части больные информировались о теме занятия, в соответствии с которой выяснялись интересующие их вопросы. Основная часть проводилась в форме заранее подготовленной беседы, однако в течение этой беседы больные активно привлекались к высказыванию своего мнения по поводу обсуждаемых вопросов. Активное участие больных в работе группы было особенно важным в заключительной части занятия, когда врач проводил обобщение материала с акцентом на практическом применении полученных знаний.

Разработан следующий план занятий «Школы больного язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки».

Тема 1-го занятия: «Анатомия и физиология верхних отделов желудочно-кишечного тракта»

Во вступлении больные информируются о цели создания группы, которая состоит в помощи больным язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в организации образа жизни, способствующего профилактике обострений заболевания. Основная часть занятия посвящается обсуждению анатомии пищевода, желудка и луковицы двенадцатиперстной

кишки, после чего даются краткие сведения о физиологии желудочной секреции. Как показывает опыт, больные интересуются понятиями «язва», «постъязвенный рубец», «рубцово-язвенная деформация луковицы двенадцатиперстной кишки» и т. д., поскольку хотели бы понимать медицинские термины, с которыми им приходится сталкиваться в процессе болезни. В ряде случаев появляются вопросы относительно патологии, зачастую сопутствующей язвенной болезни (гастрит, недостаточность кардии, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы и т. д.).

В заключительной части занятия ведущий отвечает на вопросы, выясняет интересующие больных темы для последующих бесед, после чего назначает день и час следующей встречи.

Тема 2-го занятия: «Диетическое питание больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки»

Поскольку, как правило, на второе занятие приходят не только участники первой встречи, но и новые больные, во вступительной части происходит краткое повторение материала первого занятия. Это важно, поскольку принципы диетического питания больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки напрямую связаны с особенностями желудочной секреции.

Основная часть посвящается обсуждению диетических рекомендаций. Рекомендуется следующая последовательность изложения материала: сначала ведущий излагает общие принципы диетического питания, состоящие в механическом, химическом и термическом щажении слизистой оболочки верхних отделов желудочно-кишечного тракта, затем обсуждение касается пользы или возможного для больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки вреда конкретных продуктов. Особое внимание уделяется необходимости соблюдения режима питания.

В заключительной части происходит обмен опытом больных, например, по приготовлению диетических блюд.

Тема 3-го занятия: «Диагностические процедуры при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки»

На это занятие обычно приходят вновь поступившие больные, поэтому во вступительной части в краткой форме повторяется материал преды-

дущего занятия. Эффективной является форма «вопрос — ответ», когда часть информации сообщают больные, уже участвовавшие ранее в обсуждении диетических рекомендаций.

Темой основной части является обсуждение диагностических процедур, которые проводятся в гастроэнтерологическом стационаре. Наибольшее внимание уделяется эндоскопическому и рентгенологическому методам исследования верхних отделов желудочно-кишечного тракта, интрагастральной pH-метрии, так как с ними приходится сталкиваться практически всем больным язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Вопросы больных могут касаться и других исследований. Например, чаще всего больных интересует правильная подготовка к ирригоскопии, ректоскопии и т. д.

Опыт показывает, что в работе «Школы...» из соображений врачебной этики не должны обсуждаться результаты обследования, которое больной проходит в настоящее время. Тем более это относится к обсуждению целесообразности назначения того или иного лекарственного препарата. Со всеми вопросами больному предлагается обращаться к лечащему врачу. Задача «Школы...» — обучение больного профилактике обострений заболевания, а не дублирование работы лечащего врача.

Тема 4-го занятия: «Отношение к болезни как важный фактор выздоровления»

Обобщая во вступлении опыт предыдущих занятий, ведущий делает акцент на том, что практическое использование полученных знаний и эффект лечения зависят еще от одного фактора — отношения к болезни.

Основная часть занятия начинается с рассказа ведущего о различных вариантах отношения к болезни (нормонозognозические, гипонозогнозические и гипернозогнозические реакции на болезнь). Опыт показывает, что в группе всегда присутствуют представители всех трех возможных вариантов эмоциональных реакций на болезнь, поэтому рассказ ведущего может быть иллюстрирован высказываниями участников группы об их собственном отношении к болезни и ее лечению. При трактовке ответов рекомендуется обращать внимание на невербальные признаки проявления эмоций у больных при обсуждении темы болезни (вздох, «выражающая усталость» скрученная спина или, наоборот, шутки и неуместно веселый тон разговора) и демонстрировать их участникам группы. Для большинства больных

это совершенно новая, представляющая интерес информация. Как показал опыт, ее обсуждение в группе всегда проходит оживленно.

В заключительной части ведущий сообщает о том, что первый этап работы группы закончен, и обобщает результаты проведенных занятий. При этом при необходимости, о чем свидетельствуют высказывания больных, могут быть проведены дополнительные занятия с ответами на возникшие у них вопросы. Далее он говорит о существовании еще одной важной темы, которой в группе пока не касались, — роли негативных эмоций в развитии заболевания. Обычно больные охотно откликаются на эту тематику, поскольку связь эмоционального перенапряжения и обострения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки в большинстве случаев очевидна. Ведущий обращает внимание присутствующих на то, что для эффективной профилактики заболевания недостаточно признания роли эмоций. Успешными могут быть только работа по выявлению ошибок эмоционального реагирования и выработка правильного поведения в конфликтных ситуациях. Эти две задачи решаются при индивидуальной психотерапии или на занятиях в психотерапевтической группе.

Психотерапевтическая работа в группе становилась возможной после того, как ведущий подготовил группу к психотерапевтическому взаимодействию, выполнив ряд задач, а именно:

- было достигнуто доверие группы к ведущему и между членами группы;
- создана доброжелательная атмосфера;
- члены группы стали способны проявлять инициативу и достаточную степень открытости в своих высказываниях.

С целью определения возможности продолжения работы в психотерапевтической группе проводилось психodiагностическое обследование ее участников. Данная задача особенно важна, так как существует категория больных, которым групповая психотерапевтическая работа противопоказана. Противопоказания для работы в психотерапевтической группе следующие:

- возраст старше 60 лет (данное ограничение связано с возрастным снижением компенсаторных и адаптивных возможностей личности);
- психопатические черты в структуре личности пациента;
- чрезмерно низкий интеллектуальный уровень;
- актуальные психологические проблемы (например, больной с обострением язвенной болезни после утраты близкого человека может чувствовать-

вать себя в группе неуютно, такой больной нуждается в индивидуальной психотерапии).

Кроме того, ведущий должен ознакомиться с историей болезни, с тем чтобы оценить соматическое состояние больного (наличие и степень выраженности болей в животе, размеры язвы по данным эндоскопического исследования, особенности клинического течения болезни). В ходе занятий ведущий продолжает врачебное наблюдение за больными для выявления признаков возможного при перенапряжении эмоциональной сферы ухудшения их физического состояния.

Для успеха психотерапевтической работы чрезвычайно важна мотивация. Она формировалась у больных в процессе обсуждения роли эмоциональных факторов в развитии заболевания. После беседы о влиянии отношения к болезни на ход заболевания больным предлагалось заполнить тест «Определение психологического типа отношения к болезни». Заполнение теста было добровольным, и, кроме диагностического значения, сам факт его выполнения являлся проверкой на наличие мотивации. Таким образом, на следующее занятие приходили только те больные, которые имели настрой на продолжение работы с эмоциями.

Психотерапевтическая работа проводилась в закрытой группе, то есть новые участники в группу не принимались. Всем вновь поступившим больным, желавшим принять участие в работе «Школы...», предлагалось начать занятия в параллельно работающей вновь созданной группе.

В структуру психотерапевтической групповой работы включались обучение приемам релаксации, работа с эмоциями с целью повышения стрессоустойчивости в напряженных жизненных ситуациях. В каждой группе занятия проходили по предварительно разработанному плану, который зависел от особенностей группы.

Анализ накопленного к настоящему времени опыта свидетельствует о том, что занятия в «Школе больного язвенной болезнью» вызывают у больных большой интерес и помогают более успешной профилактике обострений язвенной болезни.

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Психотерапия — это вид лечения, осуществляемый психологическими воздействиями. Ее задачи — восстановить нарушенную адаптацию,

научить больного самостоятельно справляться с трудностями, связанными с болезнью.

Врач:

*«Этот этап психотерапии по своим целям совпадает с деонтологической работой врача.
В чем отличия?»*

Психолог:

«Психотерапия в отличие от деонтологической работы — это применение специальных психотерапевтических методик, набор которых индивидуален в каждом конкретном случае».

Применяемые на современном этапе психотерапевтические методики крайне разнообразны: психодрама, гештальт-терапия, психоанализ, телесно-ориентированные техники, трансперсональная, личностно-ориентированная, а также групповая психотерапия. При этом в большинстве случаев применяются интегративные психотерапевтические техники, сочетающие в себе элементы различных направлений.

Организации психотерапевтической помощи больным во время их пребывания в стационаре, в том числе по поводу обострения язвенной болезни, в последние годы уделяется все большее внимание. В связи с этим встает вопрос не только о показаниях к психотерапии, но и о противопоказаниях к данному виду лечения. В существующей литературе ответы на эти вопросы разноречивы. Так, если С. Л. Соловьева (2002) считает стадию обострения заболевания (особенно в острой или подострой фазах рецидива) противопоказанием для проведения психотерапевтических мероприятий, то В. И. Симаненков (1992) относит период рецидива язвенной болезни к чрезвычайно полезному времени для проведения психотерапевтического лечения. При этом автор указывает на качественные различия психотерапии в разные периоды заболевания. По его мнению, в стадии обострения заболевания психотерапия является преимущественно симптоматическим лечебным методом, а в фазе ремиссии — патогенетическим средством второй профилактики заболевания. В соответствии с выводами автора психотерапия у больных

с обострением язвенной болезни двенадцатиперстной кишки не только уменьшает выраженность признаков психосоциальной дезадаптации, но и способствует редукции клинической симптоматики.

Наши наблюдения и опыт работы с больными свидетельствуют о том, что проведение психотерапии в период рецидива язвенной болезни не только возможно и полезно, но, более того, максимально эффективно по сравнению с другими периодами жизни. Это объясняется тем фактом, что именно во время обострения клинической симптоматики актуализируются характерные для данного больного нарушения эмоциональной сферы, с которыми связана язвенная болезнь. Единственным предсторожением является необходимость индивидуального, «дозированного» подхода к психотерапевтическому воздействию, так как при слишком интенсивной работе возможно обострение клинических проявлений язвенной болезни. Но, поскольку работа проводится во время пребывания больного в стационаре, возникшие нарушения могут быть скорректированы усилением противоязвенной терапии. С точки зрения психотерапевта, ухудшение состояния даже к некоторому смысле «полезно», так как свидетельствует о точном «попадании» в суть проблемы, вызывающей нарушения психической адаптации с последующим ухудшением самочувствия.

На основании приобретенного опыта представляется целесообразным разделение психотерапевтического процесса на три этапа, стержнем каждого из которых является работа с болезнью, а отличия заключаются в направленности психотерапевтического воздействия. Первый этап включает формирование адекватного отношения к заболеванию, на втором этапе осуществляется психотерапия последствий эмоционального конфликта, который, по мнению больного, вызвал данное обострение язвенной болезни, и психотерапевтическая коррекция нарушений психической адаптации; задачей третьего этапа является развитие личности с целью повышения стрессоустойчивости и способности противостоять болезни.

Первый этап. Формирование адекватного отношения к болезни

Психотерапии предшествует клиническая беседа, в ходе которой определяется уровень осведомленности больного о своем заболевании. Кроме того, выясняется наличие опасений по поводу исхода заболевания, воз-

можности развития осложнений, отношение больного к приему лекарств; собирается информация о том, какие ограничения накладывает болезнь на бытовую и профессиональную деятельность больного; определяется элемент сенситивности по отношению к заболеванию, наличие снижения настроения, идей беспомощности перед лицом болезни и бесперспективности лечения.

Врач:

«Имеют ли значение особенности проявлений ЯБДК?»

Психолог:

«Конечно. Внимание обращается на степень выраженности болевого синдрома, длительность течения заболевания, наличие в анамнезе осложнений и оперативных вмешательств по поводу язвенной болезни, наличие или отсутствие язвы в луковице двенадцатиперстной кишки на момент обследования».

Для формирования представления о личности больного и его актуальном психическом состоянии используются результаты психоdiagностических методик. Кроме того, учитываются пол, возраст и интеллектуальный уровень пациента.

При проведении индивидуальной психотерапии на этом этапе особое внимание обращается на выявленный при психоdiagностическом обследовании тип отношения больного к заболеванию, так как методы психотерапевтической работы у больных с гипнозогнозическими и гипернозогнозическими реакциями на болезнь имеют свои особенности.

При работе с больными с гипнозогнозическими реакциями на болезнь воздействие направляется на формирование более серьезного отношения к болезни, поскольку их реакция характеризуется склонностью к отрицанию болезни, нивелировкой негативных аспектов заболевания, легкомысленным отношением к приему лекарств, демонстративным нарушением диеты.

На основании собственного опыта работы можно дать следующие рекомендации для психотерапевтической работы с больными при гипонозогнозических реакциях на болезнь:

- при аноногнозическом типе отношения к болезни наиболее эффективной является психодраматическая работа, которая создает пространственную ситуацию соотношения больного и его болезни, позволяющую больному увидеть свою проблему со стороны. Изъяны в восприятии болезни и их отражение в поведении становятся яснее, что имеет психотерапевтический эффект;
- при эргопатическом типе отношения к болезни в большинстве случаев работа ограничивается когнитивным уровнем, то есть обсуждением актуальных проблем больного. При необходимости эффект психотерапии усиливается психодраматическим методом.

При работе с больными с гипернозогнозическими реакциями на болезнь воздействие фокусируется на высокой значимости для таких больных их заболевания. Состояние больных характеризуется напряженным обдумыванием ситуации болезни и наличием интенсивных эмоций с преобладанием негативных переживаний. Представление о серьезности болезни сказывается на поведении больных во всех сферах их жизни.

Психотерапевтическая работа проводится с учетом специфики реакций на разных уровнях организации гипернозогнозического отношения к болезни. Реакция на болезнь на когнитивном уровне связана с потребностью больного понимать происходящее с ним, так как именно непонимание и отсутствие способности оценить ситуацию создает ощущение угрозы. В связи с этим психотерапия на когнитивном уровне включает индивидуальную разъяснительную беседу, то есть сообщение больному необходимых для него знаний об особенностях проявлений болезни и ответы на интересующие его вопросы. Обычно обсуждение касается диетических рекомендаций и вопросов профилактики заболевания. Естественно, реакция когнитивной сферы в большей степени выражена у больных с впервые выявленной язвенной болезнью, потому что их знание о болезни является недостаточным. При проведении когнитивной работы учитывается эмоциональная реакция больных на сообщаемую информацию. Психотерапевтическая работа на эмоциональном уровне включает в себя помочь по осознанию и выражению эмоций. Большое значение для больных имеет эмпатически выраженная психологическая поддержка.

Свои особенности имеет и психотерапевтическая работа с больными с различными типами отношения к болезни. Так, точкой приложения психотерапевтического воздействия при сенситивном типе отношения к болезни, характеризующемся повышенной чувствительностью пациентов к теме болезни, является сфера, в которой проявляется повышенная чувствительность больного. Наиболее часто встречающимися вариантами являются необходимость соблюдения диеты, предубеждение об изменившемся в связи с болезнью отношении родственников, наличие *Нр*-инфекции. Работа с элементами сенситивности проводится в зависимости от особенностей больного и на эмоциональном, и на когнитивном уровне организации болезни.

У больных с тревожным типом отношения к болезни, характеризующимся сочетанием повышенного уровня тревоги и стремления получить объективную информацию о состоянии своего здоровья, работа проводится и на когнитивном, и на эмоциональном уровне, потому что за желанием тревожных больных получить максимум объективной информации о состоянии своего здоровья стоит страх. Сообщаемая информация содержит ответы на все вопросы больных, при этом по возможности исключается информация, потенциально усиливающая страх.

Наиболее сложной является работа с больными со смешанными и диффузными типами отношения к болезни. В этих случаях особое внимание уделяется индивидуальному подходу к больному. При составлении плана психотерапевтических мероприятий имеет значение, какие именно типы отношения к болезни формируют гипернозогнозическую реакцию на болезнь. Наибольшие трудности возникают, когда у больного одновременно присутствуют признаки гипер- и гипонозогнозических реакций, что свидетельствует о низком уровне осознанности его эмоций и поведения. Таким примером может быть сочетание неврастенического и эргопатического типов реагирования, когда у больного при устойчивом стремлении придерживаться прежнего образа жизни, не принимая во внимание вызываемые болезнью ограничения, периодически возникают вспышки беспричинного раздражения.

Врач:

«*Какова тактика психотерапевта при выявлении у больного нормонозогнозических реакций на болезнь? Можно ли считать, что такой больной не нуждается в психотерапии?*»

Психолог:

«В определенном смысле это так, но только в отношении реакций на болезнь. Но поскольку речь идет о больном хроническим заболеванием, связанном с нарушениями психической адаптации, психотерапия может оказать определенную пользу и в данном случае».

На первом этапе психотерапевтической работы, связанной с формированием адекватного отношения к болезни, большое значение имеет наличие или отсутствие ипохондрического синдрома, а при его наличии — клинический вариант синдрома.

Надо сказать, что психотерапия больных ипохондрическим синдромом — чрезвычайно трудная задача. Трудности прежде всего связаны с тем, что для многих больных их состояние соматизированной тревоги — психологическая защита и они совсем не намерены расставаться с положением больного человека. В связи с этим конструктивная работа возможна только в одном случае — если больной сам настроен изменить расстановку акцентов в своей жизни.

На основании собственного опыта можно дать ряд рекомендаций по работе с больными с ипохондрическим синдромом в зависимости от особенностей его развития.

Врач:

«Ипохондрический тип отношения к болезни и ипохондрическое состояние — это одно и то же?»

Психолог:

«Нет, это разные понятия. Больной ипохондрическим синдромом необязательно имеет ипохондрический тип отношения к болезни. У него, конечно, будут присутствовать какие-то черты ипохондрического типа, но доминирующим может оказаться, например, сенситивный тип отношения к болезни, когда ИС сочетается с повышенной чувствитель-

ностью и обидчивостью в вопросах, касающихся болезни».

Психологическая помощь больным ипохондрическим синдромом с тревожными реакциями зависит от степени выраженности фиксации на диете и щадящем режиме. В ряде случаев помощь состоит в поддержке по организации правильного режима питания и диеты. При наличии чрезмерно акцентуированного внимания к вопросам питания, наоборот, необходимо объяснить больному, что постоянные строго соблюдаемые ограничения усиливают тревогу. Обсуждая с больными вопросы соблюдения диеты, важно не углубить их страх перед нарушением диетических рекомендаций.

Психотерапия больных ипохондрическим синдромом с интровертированностью состоит в расширении сферы интересов больного, развитии коммуникативных навыков, помощи в организации удовлетворяющего больного взаимодействия с близкими ему людьми.

В психологической работе с больными ипохондрическим синдромом с демонстративными тенденциями в поведении необходимо помнить, что демонстративное поведение является неосознанным. Новое видение самого себя должно быть представлено больному очень деликатно. Признание больным вторичной выгоды от болезни как ведущего мотива его поведения может стать переломным пунктом в его болезни.

В работе с больными ИС могут помочь рисуночные тесты. Они облегчают демонстрацию таких аспектов внутреннего мира больного, которые он не в состоянии выразить прямо, и позволяют сориентироваться в сложных свойствах личности, не поддающихся точной оценке. Кроме того, рисунки помогают продемонстрировать самому больному особенности его восприятия болезни — именно поэтому они решают не только психодиагностическую, но и терапевтическую задачу.

В качестве примера обсуждаются рисунки больной ИС с многообразием восприятия соматических ощущений и сенестопатиями.

Больная предъявляла большое количество самых разнообразных жалоб, которые варьировали по своему характеру и локализации, в ряде случаев были необычными и даже вычурными по описанию. Больная постоянно прислушивалась к изменению симптомов, обстоятельно и с видимым удовольствием рассказывала о них. Больной были предложены три рисуночных теста: «Дом», «Дерево» и «Фантастическое животное».

Все три рисунка в изображении больной были яркими, выразительными, изобиловали деталями. По их стилю было видно, что все они нарисованы одним человеком. Кроме того, они бесспорно свидетельствовали о том, что образность, склонность к детализации и хорошо развитая фантазия являются неотъемлемыми чертами данной больной. Демонстрация этих качеств, особенно в сравнении с не столь выразительными рисунками других пациентов, дали больной возможность увидеть себя со стороны. Она поверила в то, что ее восприятие преувеличено ярко, в результате чего она фиксирует внимание на оттенках соматических ощущений, которые являются обычными для других людей. Осознание этой особенности в сочетании с комплексом рекомендаций по отвлечению внимания от болевых ощущений позволило снизить уровень тревоги.

Второй этап. Психотерапевтическая работа с последствиями эмоциональных конфликтов

Связь проявлений обострения болезни с эмоциональным стрессом существует, по нашим данным, у 92,5% больных ЯБДК. Как показывает опыт, чаще всего конфликты больных ЯБДК связаны с семьей и партнерскими отношениями. Сферой эмоциональных конфликтов может быть работа или учеба. Относительно редко конфликт является достоянием внутреннего мира больного и касается внешних проявлений его жизни только косвенно.

Психотерапевтическая работа начинается с выяснения, связывает ли больной развитие заболевания с перенапряжением эмоциональной сферы. В случае положительного ответа уточняются особенности произошедшего эмоционального конфликта, сфера жизни больного, с которой связан данный конфликт, и т. д. Беседа с больным может быть дополнена проведением проективных тестов, что в большинстве случаев помогает диагностировать наличие хронической стрессовой ситуации или актуального для больного эмоционального конфликта.

Психотерапевтическая беседа может быть дополнена созданием «образа» сложившейся ситуации путем ее «выстраивания» с помощью имеющегося у психотерапевта демонстрационного материала. В качестве последнего обычно используются игрушки из детских «киндер-сюрпризов». Диагностическая психодрама проводится следующим образом: во время беседы с больным ему предлагается иллюстрировать свой рассказ игруш-

ками из заранее подготовленного демонстрационного набора. Выбирая игрушки, «исполняющие роли» участников эмоционального конфликта, больной создает композицию, отражающую его видение происшедшего. В это время психотерапевт внимательно наблюдает за невербальными признаками состояния больного (мимикой, позой, жестами). Работа с игрушками по своей сути представляет взаимодействие с образами, потому что пациент выбирает ту или иную игрушку, исходя из имеющихся у него представлений о людях. Язык образов — это язык подсознания, поэтому образы помогают выразить то, что нельзя сказать словами. Свои наблюдения психотерапевт использует для диагностики наиболее уязвимой зоны внутреннего мира больного. Диагностика зоны эмоциональной уязвимости позволяет провести психодиагностику с большей достоверностью и за более короткий срок, чем в психотерапевтической беседе, а также выбрать направление индивидуальной психотерапевтической работы.

Проводя параллель с представлениями Э. Берна о ролевом поведении, можно считать, что при проведении рисуночных тестов или тем более «игрушечной» психодраматической расстановки у больных актуализируется состояние Ребенка (по неизбежной в подсознании связи игрушек с периодом детства). Именно это состояние, как обсуждалось выше, связано с эмоциями, поэтому данные методики являются максимально эффективными в диагностике реакций на стресс.

Как показывает опыт, у части больных к моменту их поступления в стационар переживания по поводу конфликтов, приведших к обострению заболевания, еще не уходят в прошлое и являются актуальными для них.

Среди больных, которые считают конфликт уже исчерпанным, во время психотерапевтической беседы могут проявиться их переживания, иногда неожиданно для самих пациентов. В ряде случаев это требует проведения дополнительной психотерапевтической работы для нивелирования возникшего усиления тревоги.

Психотерапевтическая работа проводится индивидуально, по плану, составленному в соответствии с проблематикой больного и особенностями его личности. Уменьшение уровня тревоги является первой задачей данного этапа работы, поскольку для тревожных больных характерны эмоциональная неадекватность и тенденция к отрицательной оценке существующей ситуации. Только потом можно переходить к непосред-

ственной работе с эмоциональным конфликтом. В психотерапевтической работе обычно применяются когнитивно-бихевиоральные методики, психодрама, элементы гештальт-терапии.

Третий этап. Психотерапевтическое развитие личностного ресурса

По мнению И. А. Кассирского (1970), деятельность врача призвана «не только способствовать лечению болезней, но и открывать людям правильную дорогу, способ достойного поведения и самоусовершенствования». Проблемам личностного роста в результате переживаний, связанных с болезнью, придают большое значение и психотерапевты, однако подобный подход к больному не получил еще своей полной реализации.

Психотерапевтическая работа на этом этапе включает в себя обсуждение путей повышения физической активности, укрепления уверенности в себе, уменьшения чрезмерной зависимости от других людей. Все рекомендации подкрепляются ссылками на результаты тестов у данного больного, что повышает их терапевтическую значимость. Часть ситуаций проигрывается в психодраматическом варианте. При этом акцент ставится на дальнейшее развитие мотивации к самопознанию, обсуждается тот опыт, который дает больному язвенная болезнь. Во всех случаях работа сопровождается демонстрацией направлений возможного развития личности, которые в дальнейшем больной может продолжить самостоятельно.

Есть смысл проводить этот этап работы только с теми больными, которым свойственны самопознание, интерес к саморазвитию, что хорошо видно в психотерапевтической беседе. Их отличительной чертой является интерес к процедуре тестирования и особенно обсуждению результатов тестов. Как показывает опыт общения с такими больными, для них интересна информация не только о них самих, но и о том, какие черты личности свойственны тем больным, которые смогли справиться с болезнью и достичь стойкой и длительной ремиссии заболевания. Содержанием психотерапевтической работы является развитие сильных личностных черт или укрепление «слабых звеньев» в структуре личности с целью повышения способности противостоять физическим, эмоциональным и информационным перегрузкам.

Поскольку психотерапия третьего этапа требует длительного взаимодействия и не может уложиться во временные рамки пребывания больного в стационаре, работа в этом направлении проводится с больными в ограниченном объеме.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Врач:

Психотерапия во всех случаях должна быть индивидуальной, в этом ее основное условие. Но ведь могут быть общие рекомендации для отдельных групп больных?»

Психолог:

«Да, поскольку выявлены особенности психического статуса у больных на разных стадиях (обострение, ремиссия) и у больных с различной продолжительностью язвенного анамнеза, то можно дать некоторые общие рекомендации для проведения психотерапии в этих группах больных».

Особенностью нозогнозических реакций у больных с впервые выявленной язвенной болезнью является большой процент смешанных и диффузных типов отношения к заболеванию с доминированием в спектре эмоций сенситивных оттенков восприятия болезни. Это свидетельствует о необходимости проведения разъяснительной работы, которая в ситуации впервые появившегося заболевания имеет психотерапевтический эффект. У больных с впервые выявленной язвенной болезнью успешной бывает работа в условиях психотерапевтической группы. У большинства больных наблюдается связь первого проявления болезни или ее обострений с предшествующей стрессовой ситуацией. Клинический опыт и результаты психодиагностического исследования (снижение частоты низких показателей фактора А теста Кеттелла) свидетельствуют о том, что больные с впервые выявленной язвенной болезнью не склонны скры-

вать свои переживания. Это является важным фактором, позволяющим надеяться на успех психотерапевтических воздействий.

Психотерапия у больных с повторными обострениями язвенной болезни в ряде случаев не отличается от работы с больными впервые выявленной язвенной болезнью, поскольку, как показали результаты исследований, «реакция обострения» в обоих случаях не имеет принципиальных отличий, за исключением менее выраженной яркости. Однако у ряда больных психотерапия повторных обострений имеет существенные отличия от ситуации впервые развившегося заболевания. Это связано с тем, что при повторных обострениях язвенной болезни двенадцатиперстной кишки развитие ипохондрического состояния чаще имеет черты демонстративных тенденций в поведении, поэтому в психотерапевтическом взаимодействии встает вопрос о наличии вторичной выгоды от болезни. Наиболее трудной и важной является психотерапевтическая работа с больными, у которых развились осложнения язвенной болезни, особенно в случаях необходимости проведения оперативного вмешательства.

В случаях длительной ремиссии заболевания вопросы язвенной болезни в психотерапевтическом обсуждении редко выходят на первый план. Однако при наличии выраженных эмоциональных реакций на стресс, подтверждаемых изменениями психоdiagностических методик, необходимо рекомендовать больным проведение профилактического противоязвенного курса лечения.

Подводя итог проведенным исследованиям, следует сказать, что работа с больными, выходящая за рамки соматических проявлений заболевания, является полезной не только с практический точки зрения. Она интересна и значима для самого врача, так как общение с больными из одноплатформенного превращается в многогранное взаимодействие, способствующее постоянному самосовершенствованию врача.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В соответствии с системным подходом к любому объекту у этой книги можно выделить четыре уровня. Она напечатана, и это ее физический план. В работу над ней вложено большое желание помочь врачам и больным (эмоциональный план), она содержит информацию (когнитивный план). Объединяя сказанное в единое заключение (интегративный план), хочется сказать следующее: профессионализм врача заключается не только в глубоких знаниях о болезни, но и видении перед собой не ее отдельных симптомов и даже не просто «больного», а больного человека во всей сложности его личностных проявлений.

В работе над книгой автор сознательно актуализировал три составляющие своего собственного «Я»: Взрослый поделился полученным опытом, приобретенным за годы, посвященные изучению рассматриваемых проблем; Родитель позволил внести ноту уверенности в некоторые утверждения и оформить их в виде рекомендаций; Ребенок с интересом разглядывал рисунки больных.

Осталось выразить надежду, что Взрослый читателя задумывался над книгой, Родитель не протестовал, а Ребенок улыбался. Это будет означать, что у предлагаемого направления исследований есть будущее.

СПИСОК ПРИНЯТЫХ СОКРАЩЕНИЙ

ВКБ	внутренняя картина болезни
ДА	деструктивная агрессия
ДН	деструктивный нарциссизм
ДПК	двенадцатiperстная кишка
ДС	деструктивный страх
ДФА	дефицитарная агрессия
ДФН	дефицитарный нарциссизм
ДФС	дефицитарный страх
ИС	ипохондрический синдром (ипохондрическое состояние)
КА	конструктивная агрессия
КН	конструктивный нарциссизм
КС	конструктивный страх
НГ	наружные границы
НД	неизвестная диспепсия
НПА	нарушения психической адаптации
ММИЛ	методика многостороннего исследования личности
ЦНИИГ	Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии
ЯБДК	язвенная болезнь двенадцатiperстной кишки
<i>Hp</i>	<i>Helicobacter pylori</i>
ISTA	тест оценки «Я-структуры»

СОДЕРЖАНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ	5
Глава 1.	
ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О СИСТЕМНОМ ПОДХОДЕ К ЗАБОЛЕВАНИЮ	9
Глава 2.	
ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ С ПОЗИЦИЙ МЕТОДОЛОГИИ СИСТЕМНОГО ПОДХОДА К ЗАБОЛЕВАНИЮ	15
Глава 3.	
ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ	33
«Образ болезни» в представлениях больных	34
Отношение к заболеванию	35
Психологические защиты и нарушения психической адаптации	40
Глава 4.	
ИПОХОНДРИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ	54
Диагностика ипохондрического синдрома	56
Особенности клинических проявлений ипохондрического синдрома у больных ЯБДК	59
Влияние нарушений психической адаптации на результаты лечения больных	79
Псилофармакологические препараты в лечении ипохондрического синдрома	83
Глава 5.	
ПСИХОТЕРАПЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ	89
Деонтологическая работа врача с больными ЯБДК	89
«Школа больного язвенной болезнью»	98
Индивидуальная психотерапия	103
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	116
СПИСОК ПРИНЯТЫХ СОКРАЩЕНИЙ	117

Л. Д. Фирсова
Психологический портрет язвенной болезни

Издатель О. В. Пелипас
Выпускающий редактор О. В. Стефанюк
Корректор Л. А. Зелексон
Макет и верстка Д. Л. Жаровский
Оформление обложки Д. Л. Жаровский

*Пожелания по качеству наших изданий,
информацию о замеченных ошибках
присылайте по e-mail: printGM@anakharsis.ru
руководителю отдела допечатной подготовки
Д. Л. Жаровскому.*

ООО «Анахарсис»
ООО «Пи-Ар Медиа Групп»,
125171, г. Москва, Ленинградское ш., д. 18, стр. 1.,
тел. (495) 988 1837

Подписано к печати 06.02.2009
Формат 60x90/16. Гарнитура Minion Pro.
Печать офсетная. Бумага офсетная. Усл. печ. л. 7,5.
Тираж 500 экз.

Отпечатано в ордена Трудового Красного Знамени
типографии им. Скворцова-Степанова ФГУП Издательство «Известия» УД П РФ
Генеральный директор Э.А.Галумов
127994, ГСП-4, г. Москва, К-6, Пушкинская пл., д. 5
Контактные телефоны: 694-36-36, 694-30-20 e-mail: izd.izv@ru.net
Заказ 9047