

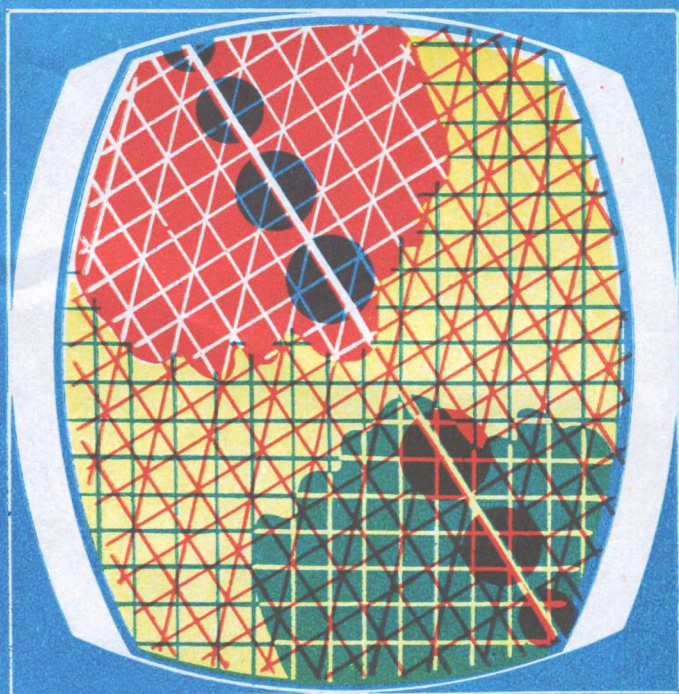


Новое
в жизни,
науке,
технике

Подписная
научно-
популярная
серия

Ю.Б.Тарнавский
ПОД МАСКОЙ
ТЕЛЕСНОГО
НЕДУГА

3'90



МЕДИЦИНА

ЗНАНИЕ

НОВОЕ В ЖИЗНИ, НАУКЕ, ТЕХНИКЕ

ПОДПИСНАЯ НАУЧНО-ПОПУЛЯРНАЯ СЕРИЯ

МЕДИЦИНА

3/1990

Издается ежемесячно с 1967 г.

Ю. Б. Тарнавский,

кандидат медицинских наук

ПОД МАСКОЙ ТЕЛЕСНОГО НЕДУГА

(Проблемы психосоматики)



Издательство «Знание» Москва 1990

ББК 56.1
Т 19

ТАРНАВСКИЙ Юлиан Борисович — кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник Всесоюзного научно-исследовательского института общей и судебной психиатрии им. В. П. Сербского. Автор более 70 научных и научно-популярных работ.

Редактор **ПОЛИКАРПОВ А. И.**

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	3
О различиях в реакции людей на болезнь	4
«Скрытые» неврозы	12
Физиологические и психологические механизмы взаимоотношений между психикой и соматикой	46
Лечение и профилактика психосоматических расстройств	52

Тарнавский Ю. Б.

Т 19 Под маской телесного недуга. — М.: Знание, 1990. — 64 с. — (Новое в жизни, науке, технике. Сер. «Медицина»; № 3).

ISBN 5-07-000752-1

15 к.

В последние годы психиатры все чаще сталкиваются с пациентами, страдающими нервно-психическими расстройствами, связанными с различными соматическими заболеваниями. Об этом неоднократно рассказывалось в брошюрах серии «Медицина». По просьбе наших читателей продолжаем разговор на эту актуальную тему.

Рассчитана на массового читателя.

4101000000

ББК 56.1

ISBN 5-07-000752 1

© Тарнавский Ю. Б., 1990 г.

ВВЕДЕНИЕ

В последние годы психиатры все чаще обращаются к нервно-психическим расстройствам, которые развиваются на фоне различных соматических заболеваний. Наметилась явная тенденция к сближению психиатрии с соматической медициной, что значительно помогает выявлению ранних, начальных расстройств в нервно-психической сфере, стертых форм патологических процессов, состояний «предболезни», по поводу которых люди не считают нужным обращаться к психиатру.

Особого внимания заслуживают нервно-психические заболевания, протекающие под маской той или иной соматической патологии и получившие название «системных» (или «органных») неврозов. Основное место в картине этих заболеваний занимают своеобразные соматические эквиваленты — боли и неприятные ощущения в различных органах, костной системе, коже (существующие длительное время и не поддающиеся какой-либо объективизации), приступы головокружения, тошноты, слабости. Именно эти пациенты становятся объектом бесплодных (часто многолетних) поисков врачами (терапевтами и другими интернистами) соматической болезни.

Поскольку внимание таких пациентов сосредоточено исключительно на вопросах своего здоровья, они высказывают, как правило, лишь соматические жалобы, что затрудняет увидеть психическую природу их страдания. Большая аффективная насыщенность жалоб, невозможность адаптации к тягостному, гнетущему состоянию уже сами по себе позволяют говорить о заболевании, относящемся к кругу нервно-психических. Вместе с тем ощущение внутреннего дискомфорта, мешающего нормальной жизни, этими больными сводится целиком к неприятным физическим переживаниям.

Они обращаются в поликлиники и стационары общего профиля, где длительное время находятся на учете с самыми различными диагнозами и не получают квалифицированной помощи. Отсутствие у врачей-интернистов достаточной осведомленности о существовании подобных форм нервно-психических расстройств приводит к более позднему, чем это необходимо, направлению больных к психиатру (психотерапевту).

В этой работе ставится задача рассказать о разновидностях психопатологических проявлений неврозов, картина которых скрывается за фасадом соматических жалоб. Может быть, автор сможет помочь своевременному обращению таких больных к психиатрам и психотерапевтам, оздоровлению ситуации (созданию психопрофилактической атмосферы) в семье, где живет больной, в коллективе, где он работает. Считаю полезным ознакомить широкий круг читателей со своеобразием протекания указанных форм неврозов, а также рассказать о современных способах их лечения (медикаментозные средства, психотерапия, аутогенная тренировка, методы самовнушения и самокоррекции) и мерах профилактического порядка.

О РАЗЛИЧИЯХ В РЕАКЦИИ ЛЮДЕЙ НА БОЛЕЗНЬ

Возможности сохранения нервно-психического здоровья у человека достаточно велики. И все же под воздействием целого ряда неблагоприятных факторов они могут в той или иной степени снижаться, а это в результате часто вызывает невроз.

В его возникновении играют роль всякого рода психотравмирующие моменты в личной, семейной или общественной жизни. Могут быть как однократные, очень сильные психические травмы, так и более слабые, но длительно действующие. Последние, суммируясь, тоже приводят к развитию невроза.

В одних случаях речь идет об острых психотравмирующих ситуациях и острой психотравме. К ним относятся чаще всего события, резко нарушающие или несущие угрозу нарушения нашего привычного образа жизни (смерть близких, крупные неприятности на работе, семейный разлад и пр.). В других случаях речь идет

о хронической, продолжительное время существующей психотравмирующей ситуации. Перечислять все ее варианты довольно затруднительно, поскольку любое событие, которое долго держит нас в состоянии напряжения или вызывает неприятные, гнетущие переживания, может быть отнесено к этому разряду.

Таким образом, болезненные симптомы, наблюдаемые при неврозах, являются следствием нарушения адаптации человека к изменившимся условиям. Невротические проявления, которые многим приходилось встречать у кого-либо из окружающих или же у самого себя, выражаются в обостренной возбудимости, тревоге, раздражительности, вспыльчивости, подавленном настроении, бессоннице.

Определенную готовность к возникновению состояния дезадаптации создают различные факторы, ослабляющие нервную систему: всевозможные вредности (включая курение и частое употребление алкоголя), перенесенные инфекции, физическое и умственное переутомление. Особую роль играют длительно текущие соматические заболевания.

Уже давно известен факт отражения различных физиологических процессов на психике. Врачам хорошо знакомо влияние, которое оказывает любая соматическая вредность на душевное состояние, причем иногда совсем ничтожная сама по себе и неопасная болезнь приводит к очень существенным сдвигам в психической сфере, выбивает человека из колеи, вызывает у него беспокойство в отношении будущего.

Изменение перспектив на будущее выступает в качестве, пожалуй, самой важной характеристики переживаний человека, узнавшего о постигшем его физическом страдании. Таким людям будущее представляется неясным, болезнь вносит в их жизнь сумятицу и неопределенность, спутывает их планы и мечты. Все это составляет комплекс весьма сложных и драматичных для больного моментов складывающейся у него новой жизненной ситуации, которые обязательно откладывают отпечаток на его эмоциональном состоянии, а часто коренным образом меняют его психический облик.

Исследования показывают, что болезнь может вызвать такого рода «психический резонанс» сама по себе, независимо от возможных ранее расстройств в нервно-психической сфере. Иными словами, те или иные изме-

нения психики могут быть непосредственно обусловлены соматическими сдвигами и только ими. И. М. Сеченов в свое время заметил: «Человек, страдающий болезнью желудка, должен иметь свою особую психологию».

Говоря об этом, следует иметь в виду весьма существенный момент — различное отношение людей к своему физическому недугу.

Болезнь субъективно воспринимается по-разному. Например, обычный бронхит у одного человека никак не отражается на его психике. Другой же считает себя тяжело больным, постоянно думает об этом, переживает, волнуется, испытывает тревогу, теряет сон и аппетит.

Здесь мы имеем дело с состояниями, которые по внешним признакам напоминают невроз, почему и получили название неврозоподобных.

В патогенезе неврозов ведущее значение придается первичным нарушениям высшей нервной деятельности с обязательным вовлечением эмоциональной сферы. Тем не менее врачам (в особенности интернистам) приходится сталкиваться с такими случаями, где основным патогенным моментом является соматическое поражение. В таких случаях речь как раз и идет о неврозоподобных расстройствах. Часто они изменяют течение основного заболевания, значительно «извращают» его клиническую картину.

Соматическое страдание может послужить толчком к развитию нервного срыва. В одних случаях болезнь приводит лишь к незначительному ограничению адаптационных возможностей, которое человеку как-то удается преодолеть. В других же случаях приступ, например, болей в сердце может быть субъективно воспринят как надвигающаяся катастрофа и в результате явиться причиной возникновения стойких расстройств в нервно-психической сфере.

То, как человек реагирует на свою болезнь, как он переносит физические страдания, зависит от многих факторов. В частности, любое соматическое заболевание, внося дезорганизацию, нарушая функциональную деятельность, невольно как бы обнажает разные стороны личности. Сама мысль «я болен» значительно изменяет самооценку, характер поведения, психологические и социальные установки заболевшего, его отношения с окру-

жающими. Происходит постепенное формирование (на фоне изменений физического состояния) невротоподобных расстройств.

Немалая роль принадлежит и реакции заболевшего на свое состояние. Она, в общем-то, понятна. Ведь болезнь приносит с собой много нового, необычного, навязывает человеку свои «нормы» и «порядки». Теперь в связи с болезнью он вынужден ограничивать себя в чем-то, перестраиваться, менять привычки, интересы, подавлять в себе те или иные желания. Необходимость приема лекарств, различных процедур, изменение устоявшегося образа жизни являются по сути своей психогенными факторами.

Но нельзя забывать и о развивающейся при любой болезни определенной недостаточности (органической или функциональной) различных систем, что, вне зависимости от психогенно обусловленных переживаний больного, ведет к значительной перестройке организма. Обнаруживается общий для всех соматических больных симптом — психическая астенизация. Картина имеющихся невротоподобных расстройств как бы окрашивается этой астенией, выражающейся в повышенной утомляемости, истощаемости, дневной сонливости, ослаблении внимания и памяти.

Можно заметить некоторую специфичность клиники невротоподобных расстройств при различных соматических недугах. Так, при патологии желудочно-кишечного тракта преимущественно отмечаются подавленность, безразличие. Сердечно-сосудистые заболевания чаще всего сопровождаются реакциями тревоги, страха, беспокойства. При болезнях печени наблюдаются такие расстройства, как раздражительность, вспыльчивость, гневливость. Длительные астенические состояния с рассеянностью, повышенной утомляемостью, затруднениями памяти, нарушениями функции внимания характерны для болезней почек.

Когда человек не только начинает ощущать появившиеся изменения в организме, но и осознает сам факт своей болезни, соответственно меняется и его поведение.

Это происходит по-разному.

Одни целиком погружаются в себя, в свои внутренние переживания; другие, наоборот, не могут преодолеть постоянной потребности обсудить свое состояние и

возникшие опасения с кем-либо из товарищей или близких. Одни боятся услышать о своей болезни, избегают даже упоминания о ней, другие же всячески стараются расширить познания относительно природы и клинических проявлений своего недуга, копаются в медицинской литературе, посещают специальные лекции и пр. Одни охотно ходят в поликлиники и стремятся к контакту с врачами, педантично выполняют все их советы. Другие же часто меняют врачей, не доверяя им, требуя авторитетных консультаций, назначения новых обследований и новых, самых «модных» лекарств.

Больные с адекватным отношением к возникшему соматическому страданию и вполне трезвой его оценкой встречаются далеко не часто. Нам, врачам, в большинстве случаев приходится иметь дело с неадекватной (неврозоподобной) реакцией личности на болезнь. Психологи выделяют несколько типов реагирования, имеющих под собой неврозоподобную основу: астенический, депрессивный, ипохондрический и анозогнозический.

При астеническом типе отмечаются повышенная утомляемость и истощаемость, вялость, снижение активности, эмоциональная неустойчивость. В состоянии этих людей обращают на себя внимание симптомы раздражительной слабости.

При самых незначительных болевых ощущениях, тех или иных колебаниях самочувствия появляются несдержанность, взрывчатость. В случае малейшей неудачи, возникающей в процессе лечения, больные сразу же теряют веру в эффективность назначаемых врачом лекарств и возможность выздоровления.

У этих людей, стало быть, явно повышен порог чувствительности к неприятным физическим ощущениям. Родственники, друзья, сослуживцы должны проявлять терпимость в отношении к таким людям, не делать излишних замечаний, не предъявлять непомерных требований.

У лиц с депрессивным типом реагирования при возникновении первых же признаков заболевания возникает чувство тревоги, угнетенное настроение, тоска. Свое состояние они рисуют в мрачных тонах, высказывают уверенность в обязательно грозящих им осложнениях.

Ипохондрический тип реагирования — по сути дела, постоянная «жизнь в болезни». Характерными являются стойкая прикованность внимания к своим переживаниям,

преувеличенная трактовка влияния физического неблагополучия на здоровье, которое теперь «навсегда подорвано», стремление выискивать у себя новые болезненные симптомы, невозможность переключиться на что-либо другое.

Особенности ипохондрического реагирования на имеющийся недуг очень ярко отражены в одном из рассказов Виктории Токаревой: «Алевтина полностью была поражена своей болезнью и говорила только о желчном пузыре. Она была погружена также в свое дыхание, пищеварение и, проглатывая кусок очередного суперпродукта, ныряла вместе с куском в свой пищевод, потом доплывала до желудка и слышала, как там начинают действовать желудочные соки, а кусок обрабатывается и переваривается, крутясь, как кофта в барабане сухой химчистки. И выражение лица у Алевтины становилось утробное. Все ее помыслы и стремления были направлены только на то, чтобы поддерживать и обеспечивать свой жизненный процесс».

Ипохондрический тип реагирования часто отмечается у людей, страдающих заболеванием сердца. Тяжесть или сдавливание в левой половине грудной клетки, усиливающиеся после любой незначительной неприятности или волнения, вызывают у них стойкую сосредоточенность внимания на работе сердца, уверенность в неминуемых «страшных» последствиях.

Черты ипохондрического реагирования приходится нередко наблюдать и при патологии желудочно-кишечного тракта. «У людей, страдающих болезнью желудка или кишечника, — отмечает В. А. Гиляровский, — можно видеть значительные изменения психики, иногда складывающиеся в картину своеобразных синдромов. Иногда эти изменения выражаются в понижении настроения, тоскливости, в мыслях о никчемности дальнейшей жизни, о безотрадности существования. Вот типичная характеристика одного такого больного. Он напряжен, не сразу высказывается, более или менее подробно сообщает о себе только после долгих наводящих вопросов. Считает себя погибшим человеком, так как «язва желудка перерождается в рак». Он в этом убежден, поскольку много читал о раке, и, кроме того, ему назначили переливание крови, а это еще больше убеждает его в том, что у него рак; внимание полностью фиксировано на заболевании, прислушивается к каждому движению в сво-

ем организме. Все мысли связаны с ощущениями в области живота».

У этих больных отмечается постоянное чувство настороженности, обусловленное, как они считают, их «тяжелым состоянием». Они боятся самостоятельно двигаться (полагая, что любое неловкое движение может нанести им непоправимый вред), проявляют чрезмерную осторожность в приеме пищи, с опаской ее проглатывают, пунктуально следят за функционированием желудка и кишечника. Любопытно, что эти опасения в дальнейшем утрачивают какую-либо связь с имеющейся соматической болезнью. Часто и в периоде явного улучшения физического состояния остаются прежние ощущения — покалывание, онемение, «сжатие» в области живота. Больные полностью погружаются в мир своих ощущений, «застревают» на них. Характерной для этих людей является непоколебимая уверенность в необходимости придерживаться ими самими придуманного щадящего режима, болезненная фиксация на одних и тех же жалобах.

Чтобы более наглядно показать особенности формирования описываемых неврозоподобных расстройств, приведем вкратце историю болезни одного нашего пациента. У этого 40-летнего мужчины, по характеру отличавшегося тревожной мнительностью, ранимостью, впечатлительностью, был обнаружен анацидный гастрит. Больной получал активную лекарственную терапию. Тяжело переживал наличие физического недуга, был обеспокоен необходимостью постоянно ограничивать себя во всем. Все чаще стали отмечаться раздражительность, вспыльчивость, непереносимость шума, громких звуков, беспричинные состояния недовольства и гневливости.

В один из периодов обострения больной услышал случайно разговор сослуживцев о том, что анацидный гастрит якобы в большинстве случаев переходит в рак. Появились сомнения: «А может быть, у меня рак?» Сразу же пропал аппетит, резко ухудшилось настроение, расстроился сон, стали беспокоить тошнота, слабость, общее недомогание, значительно усилились болезненные ощущения в желудке. Почти постоянно думал о раке, испытывал тревогу за свою жизнь, считал, что теперь он обречен, «все пропало». Больного пришлось стационаризовать в клинику неврозов. Комплексное лечение, направленное на снятие симптомов соматической болезни

и коррекцию нервно-психического состояния (с помощью медикаментозных средств и методов психотерапевтического воздействия), привело к стойкому улучшению. Исчезли всякие опасения и неприятные мысли, нормализовался сон. Больной выписался из клиники, приступил к работе.

//) Несколько слов о людях с анозогнозическим отношением к болезни. Это весьма своеобразный тип личностного реагирования, когда человеку свойственно легкомысленное пренебрежение к замеченным им расстройствам в организме. Игнорируя врачебные советы, эти люди всячески стремятся отбросить мысли о возникшем заболевании до тех пор, пока оно наконец не примет самый серьезный характер. Пренебрежение к своему физическому состоянию приходится, к сожалению, констатировать довольно часто. Пусть у меня возникла какая-то болезнь, рассуждает такой человек, но я не хочу о ней ничего знать. Авось все пройдет само собой. Это крайне затрудняет своевременное выявление и лечение заболевания, поскольку такие люди не желают, как правило, являться к врачам, выполнять их рекомендации и изменять что-либо в своем образе жизни.

Итак, наличие соматического заболевания обуславливает определенное отношение к нему. В каждом случае это отношение отличается своими особенностями, зависящими от типа личностного реагирования.

Известно, что каждый человек обладает тем или иным социальным статусом — положением, которое он занимает в обществе, в семье, на производстве.

В каждом трудовом коллективе соседствуют разные люди. По своему отношению к служебным обязанностям их можно разделить на две категории: имеющие, так сказать, «общественное лицо», и, наоборот, те, о ком обычно говорят: «чем поручать что-то, лучше самому сделать».

Конечно, любая соматическая болезнь вызывает изменение сложившегося статуса. Но все же наблюдения показывают, что повышенное внимание к себе, к своему физическому состоянию чаще отмечается у второй категории лиц. Они настолько привыкли остерегаться всякого рода перегрузок, настолько всегда боялись переутомиться, переволноваться, что невольно у них выработалось сверхценное отношение к своему здоровью.

Важно отметить и то, что у таких людей вызывают

гораздо большие огорчения не физические неудобства, связанные с возникшим заболеванием, а сам факт того, что они больны, а значит, выбиты из привычной колеи. Коренным образом придется изменять жизненный стереотип, впереди ждет полная неопределенность и т. д.

«СКРЫТЫЕ» НЕВРОЗЫ

Человек, страдающий невротическим расстройством, жалуется и на плохое общее самочувствие, и на различные неприятные ощущения со стороны внутренних органов. Следовательно, определенные изменения происходят не только в нервной, но и в других системах — болезнь затрагивает не только наши чувства, мысли, переживания, но и весь организм в целом.

Из всех форм неврозов наиболее распространена неврастения (этот термин в переводе на русский язык означает «нервная слабость»).

...В клинику неврозов поступил больной М., высокий 35-летний мужчина, физически крепкий. Выяснилось, что с некоторого времени его здоровье расстроилось до такой степени, что он превратился в нетрудоспособного человека.

Жалобы, изложенные больным, были весьма многочисленны и разнообразны: «Сначала я обратил внимание, что очень быстро утомляюсь при малейшем физическом напряжении. Работа, которая раньше выполнялась мною шутя, теперь оказывается просто непосильной, появляются слабость, потливость, усиленное сердцебиение. Не только физический, но и умственный труд стал непродуктивным и вызывает моментальную усталость. При чтении не могу сосредоточиться даже на короткое время, «выбиваюсь» из текста, не понимаю содержания, только тупо вглядываюсь в строчки. Возникают головная боль, шум в ушах, слезотечение, перед глазами мелькают какие-то мушки. С досадой бросаю чтение, так как вижу, что ничего не получается. Крайне возбудим, вспыскиваю, как порох. Выматываюсь за день, не нахожу себе покоя и ночью. Ворочаюсь в постели, но не могу заснуть, наступающая дремота прерывается от любого шороха. Лишь под утро ненадолго отключаюсь, но сон очень чуткий. Встаю с тяжелой головой, разбитый и вялый. Ухудшился аппетит, появились тянущие

боли в руках, ногах, пояснице. Заметил у себя ослабление половой деятельности».

При ознакомлении с историей заболевания М. обнаружено, что на протяжении двух последних лет ему приходилось работать с повышенной нагрузкой. Он почти постоянно недосыпал, урывая время для выполнения порученных ему заданий за счет сна. Был вынужден отказаться от очередного отпуска. Спустя некоторое время появились утомляемость, бессонница, стал раздражительным, вспыльчивым, однако не сбавлял темпов работы. Не посоветовавшись с врачом, прибегал к различным снотворным средствам, но они совершенно не помогали. Постепенно стала снижаться продуктивность, не мог выполнить самой простой работы. Чтобы подбодрить себя, повысить тонус, пил по несколько раз в день крепкий чай, много курил. Итог — неврастения.

Болезнь эта развивается медленно, исподволь. Постепенно возникающие расстройства на первых порах, как правило, не обращают на себя внимание и расцениваются как обычная физическая усталость.

Основной симптом неврастения — раздражительная слабость. Она выражается в резкой возбудимости и повышенной истощаемости. Обычные события и явления, до этого мало затрагивавшие человека, теперь начинают вызывать у него выраженную отрицательную реакцию. Любое вроде бы безобидное замечание, сделанное кем-либо из окружающих, любой жест, движение, взгляд — все приводит к возникновению раздражения. Появляется невыносимость к громким звукам, шумам, яркому свету, длительной беседе. Чувствительность у таких больных повышается не только по отношению к внешним воздействиям, но и к ощущениям, идущим от внутренних органов. Отмечаются покалывания в сердце, головная боль, головокружение, расстройство сна.

Все эти явления особенно усиливаются в тот период, когда на человека начинает повторно действовать психотравмирующий фактор. Так, например, если возникновение болезни связано с семейным конфликтом, то человек замечает, что при очередном неприятном разговоре в семье у него усиливаются головные боли, сдавливание в сердце, снижается настроение, становится трудно сосредоточиться, появляются слабость, вялость.

В одних случаях в клинической картине неврастения преобладают повышенная раздражительность и возбу-

димось. Больные крайне вспыльчивы, несдержанны. В силу этого все эмоции они выплескивают наружу, настроение их переменчиво, что создает нервную обстановку для окружающих. Никогда нельзя знать, как поступит такой человек в последующую минуту:отреагирует ли он с юмором на ваше замечание или разразится слезами, воспримет ли ваши слова спокойно или «сорвется» и наговорит чего-нибудь лишнего и обидного.

Больные сами отмечают, что им трудно сдерживать себя, и объясняют это именно «неполадками» в их физическом состоянии. Отношение к раздражительности, взрывчатости у больных остается как к чуждому их личности качеству. Оно расценивается ими как проявление ненормального, болезненного. Важно отметить, что после аффективной вспышки у них не наступает даже кратковременного улучшения; наоборот, наблюдается усиление головной боли, ощущение усталости и резкой слабости.

Страдающий неврастенией постоянно находится в напряжении, усиливающемся при любом незначительном изменении ситуации. Он вдобавок рассеян, не может сосредоточиться на чем-либо. Берется то за одно, то за другое дело, но не в состоянии довести его до конца. Конечно, он понимает болезненность этих проявлений, всячески пытается совладать с собой, но не может.

Нередко внешне он похож на лихорадочного больного: блеск глаз, покраснение лица, временами сменяющееся бледностью, повышенная суетливость, непоседливость, стремление с наскоку справиться с работой. При всей кажущейся энергичности поведения деятельность такого человека вызывает ощущение беспомощности. Бурные вегетативные реакции (учащенный пульс, усиленные сердцебиения, потливость) еще больше подчеркивают сходство с лихорадочным больным.

В других случаях при неврастении преобладают проявления истощаемости. Больной заторможен, медлителен, постоянно испытывает «невероятную усталость». Все валится у него из рук. Даже если как-то с трудом удастся втянуться в работу, он вскоре вынужден прекратить ее. Мимика крайне однообразная. Любая непродолжительная беседа утомляет, внимание быстро истощается.

На короткое время (чаще в середине дня) больной становится несколько более активным. Но это субъективное улучшение неустойчиво, и через час-два вновь

видишь измученного, утомленного человека. Неприятные ощущения в области внутренних органов, постоянная фиксация на этих ощущениях, разговор только о своем тягостном состоянии — все это создает подчас впечатление тяжелого соматического больного. Симптоматика неврастений, по сути дела, скрывается за фасадом соматических жалоб.

Характерны в клинической картине у таких пациентов нарушения со стороны вегетативной системы. Вегетативные дисфункции могут возникать либо как сопутствующие проявления общих нарушений высшей нервной деятельности, либо по типу образования условного патологического рефлекса.

Таким образом, при неврастении могут наблюдаться различного рода сдвиги, относящиеся к соматической сфере и как бы заслоняющие основную невротическую симптоматику (поэтому и говорят в таких случаях о «скрытом» неврозе).

С какими только разновидностями этих функциональных расстройств не приходится встречаться врачу! Красочное их описание дает Анатолий Франс в одной из своих новелл: «Болезнь беспрестанно видоизменяется, облекаясь в самые странные, самые грозные формы: то это ястреб желудочной язвы, то — змей воспаления почек; то она внезапно явит желтый лик разлития желчи, то обнаружит румяные щеки чахотки, то судорожно вцепится в горло страшной дланью удушительницы, вызывая мысль о перерождении сердца; она признак всех болезней, угрожающих человеческому телу...»

Наблюдения показывают, что чаще всего такого рода невротические расстройства имитируют то или иное поражение сердечно-сосудистой системы: возникают различные спазмы, обморочные состояния и т. д.

Вот почему до сих пор, особенно у терапевтов, бытует понятие системного или органного невроза («невроза сердца», «сосудистого невроза», «невроза желудка»). В действительности же эти больные страдают не неврозом какого-то органа, а общей неврастением, отличающейся тем, что центральное место в ее картине занимают жалобы на работу сердца, желудка и пр.

Под маской соматической болезни могут скрываться симптомы и другой формы невроза — {истерии.} Любая неприятность в личной жизни, какая-нибудь ссора, а иногда даже просто обидное слово или ничего не знача-

ший поступок кого-либо из окружающих играют в этих случаях роль сильного психотравмирующего фактора.

Соматические проявления истерии крайне многообразны. Вот человек бьется в припадке. Целая серия неkoordinированных движений, бессвязных выкриков. Он пытается рвать на себе волосы, одежду, разбрасывает предметы, попадающиеся ему под руку, сопротивляется попыткам урезонить его, порывается куда-то бежать.

Другой еле передвигается. У него плохо действуют левая рука и нога. В левой половине тела отмечается мелкая дрожь, мышцы обеих левых конечностей резко напряжены. В таком состоянии больной находится уже несколько месяцев.

У третьего в течение длительного времени отмечают приступы одышки, сопровождающейся хрипами и откашливаниями. Больной постоянно испытывает ощущение комка в горле, мешающего глотать, говорить.

Четвертый страдает расстройствами речи. Он то заикается, то полностью теряет способность произносить слова. Открывает рот, пытается сказать что-то, но не может издать ни одного звука.

И, наконец, больная, которая на протяжении многих лет «разбита параличом». Она самостоятельно не может ни встать, ни сесть, ни ходить, нуждается в посторонней помощи и в семье находится на положении инвалида.

«Какое разнообразие болезненных проявлений! Здесь найдется работа врачам всех специальностей», — сразу же возникает мысль у несведущего человека. Это неверно. Во всех описанных случаях мы имеем дело с одним и тем же заболеванием — истерией.

Но прежде чем это установили, прежде чем врачами была определена истинная болезнь, сколько раз эти люди обращались к различным специалистам, сколько волнений доставили они своим близким, сослуживцам, соседям! Все стремились помочь им, рекомендовали то один, то другой вид лечения, направляли на консультации к светилам, а эффекта в лечении не наступало.

И вот пришла очередь психиатров. После длительного и тщательного обследования, подробнейшего изучения всего жизненного пути больного, его личностных особенностей, условий, в которых впервые проявились патологические симптомы, поставлен окончательный диагноз — истерия. Проведена необходимая терапия, и в

качестве профилактических рекомендаций подсказаны пути поведения больного и отношения к нему со стороны окружающих.

Из приведенных выше примеров видно, какие подчас неожиданные формы принимает этот невроз. Можно смело сказать, что нет буквально ни одного соматического расстройства, которое рано или поздно не появилось бы у больного.

Чем же все-таки вызвано такое разнообразие клинических проявлений и почему столь пестрая картина симптомов наблюдается в рамках одной, строго очерченной формы заболевания?

Истерия наиболее демонстративна в смысле основных закономерностей развития невроза. Здесь со всей очевидностью выступает огромное влияние внешних психотравмирующих факторов, отношения окружающих к заболевшему и, наконец, отношения самого больного к своему состоянию.

Но среди этих общих закономерностей при истерии есть одна особенность, которая никогда не наблюдается при других неврозах. Врачами подмечено, что тот или иной истерический симптом, то или иное расстройство имеет для больного определенную желательность, так как помогает ему найти выход из создавшегося конфликта. Вот эта желательность, своеобразный уход в болезненное состояние от психотравмирующей ситуации и отличают истерию от других неврозов. Это же явление выступает в качестве наиболее важного диагностического критерия, когда приходится решать вопрос, например, каков механизм возникновения паралича (проявление ли это истерии или же паралич имеет в своей основе органические изменения в нервной системе); какова природа глухоты или слепоты (являются ли они следствием поражения соответствующих органов или симптомом истерии)?

Надо сказать, что в расстройствах, характерных для описываемого невроза, обычно отражается представление больного о каком-то определенном физическом страдании — картину этого страдания он и старается воспроизвести. Так, одна больная, поступившая на стационарную трудовую экспертизу после ушиба головы, жаловалась на паралич правой руки и ноги. Она настойчиво добивалась пенсии, связанной с производственной травмой. При обследовании было установлено, что травма головы

носила легкий характер, не сопровождалась потерей сознания и признаками сотрясения головного мозга. Удар пришелся на правую теменную область. Больной не было известно, что в головном мозге наблюдается перекрест двигательных путей, и при травме правой половины головы паралич возникает в левой руке и ноге.

У другого пациента отмечались судорожные припадки, почти идентичные эпилептическим приступам. Находясь на стационарном обследовании рядом с эпилептиками, больной старательно совершенствовал картину своего припадка, который становился по своим проявлениям все больше и больше похожим на эпилептический. Однако он не сопровождался прикусом языка, падением и как следствие этого тяжелыми ушибами (что неминуемо наблюдается при эпилепсии). Припадок возникал только «в подходящих условиях»: либо когда больной лежал на кровати, либо если он мог упасть так, чтобы не получить повреждений.

Нет необходимости перечислять все многообразие симптомов, которые могут наблюдаться при истерии. Эти симптомы носят характер различных припадков, иногда напоминают расстройства болевой чувствительности, органов чувств (слух, зрение, обоняние, вкус), двигательные нарушения. Кроме того, у больных отмечаются эмоциональная неустойчивость, подавленность.

Они твердо уверены в своем серьезном недуге, говорят о предстоящей печальной перспективе «скорого расставания с жизнью», причем во всех высказываниях, опасениях, мрачных предположениях обращают на себя внимание нарочитость и демонстративность. Преследуя цель вызвать сочувствие у врачей, больные стремятся показать главным образом тяжесть своей болезни, беспомощность и физическую несостоятельность. Как правило, они активно добиваются повторных обследований и применения «самых современных» и «самых эффективных» лекарств, при этом стараясь продлить курс лечения и всячески сопротивляясь выписке.

В качестве примера можно привести краткую историю болезни. Врачами наблюдалась больная П., находившаяся на лечении в терапевтической клинике. Поступила с жалобами на приступы кашля и удушья горлового характера. Выяснилось, что в семье конфликтные отношения с мужем: он злоупотребляет алкоголем, часто избивает больную. После пищевого отравления, развив-

шегося за несколько дней до поступления в клинику, у больной возникли тошнота, рвота, боль в животе, жидкий стул. На следующий день после стационарирования все указанные явления стали сглаживаться, после чего внезапно возник приступ удушья. За все время пребывания в отделении больная раздражена, капризна, по каждому самому незначительному поводу проявляет недовольство, своим поведением старается привлечь внимание окружающих, дать им понять, насколько серьезен появившийся у нее недуг, вызвать у них сострадание подробным рассказом о ее несчастной жизни, о «тяжких переживаниях», выпавших на ее долю. Ссылаясь на невероятную слабость, требует, чтобы ее причесывали, одевали, кормили. Приступы удушливого кашля, которые больная называет бронхиальной астмой, каждый раз возникают в качестве протеста на то или иное неудовлетворенное ее требование, причем всегда в присутствии больных. Приступы носят довольно стереотипный характер: вслед за волнениями и рыданиями больная начинает глубокими вдохами с открытым ртом как бы ловить воздух и совершать подряд целую серию кашлевых движений. Приступ продолжается, как правило, 5—10 минут, иногда он сопровождается тоническим выгибанием туловища. Дважды за период пребывания в клинике наблюдались типичные истерические припадки. Больная категорически отказывалась от выписки, настаивала на проведении все новых и новых обследований и анализов. Никаких существенных изменений во внутренних органах не обнаружено. Переведена в клинику невротиков, где был поставлен диагноз истерии. Получила курс лечения транквилизаторами, психотерапией. Выписана в состоянии улучшения.

Еще одной разновидностью расстройств в нервно-психической сфере, также скрывающихся под маской соматической болезни, являются своеобразные депрессии, известные в психиатрической литературе под самыми различными названиями: «скрытые», «соматизированные», «маскированные», «депрессии с соматовегетативным оформлением», «депрессии с проекцией на телесную сферу» и т. п.

Какими особенностями определяются клиническая картина и течение этих депрессий?

Как правило, болезнь развивается незаметно, исподволь. Психогенные факторы носят хронический харак-

тер. Разрешающая психотравма чаще всего незначительна и не выступает в качестве ведущего, основного переживания в клинической картине. Постепенно наступает снижение общего тонуса, больные замечают легкую угнетенность, «неспособность радоваться, как прежде». Исчезают присущие им собранность и активность, они с удивлением обнаруживают, что стали крайне возбудимыми и нервными, часто испытывают неясное, смутное чувство страха. Нередко больные не сознают своего пониженного настроения или же целиком связывают его с физическим недомоганием. Обращает на себя внимание наличие многочисленных соматических ощущений, не укладывающихся в рамки какой-то определенной болезни, а также отсутствие эффекта от различного рода лечебных средств, назначаемых врачами-интернистами.

В дальнейшем становится все более явной связь соматических жалоб с чувством подавленности, тоски и тревоги. Физические ощущения как бы сливаются с практически неотделимыми от них расстройствами настроения. Больные обнаруживают склонность к постоянному анализу своих ощущений и возможных причин их возникновения, выискиванию у себя все новых симптомов соматического неблагополучия. Конечно, они осознают факт снижения настроения, но трактуют его определенным образом — как естественное следствие нераспознанного заболевания какого-то органа. Подавленность и тревога с немотивированными опасениями за свое здоровье, печальные мысли в отношении будущего выбивают этих людей из активной жизни, приводят к значительному снижению их адаптационных возможностей.

Наблюдение за больными дает возможность констатировать у них своеобразную соматизированную депрессию. Она проявляется в чувстве нездоровья и страдания, подкрепляемом целым комплексом неприятных ощущений с направленностью внимания на собственное тело и появлением в связи с этим различных страхов и опасений, постепенно принимающих доминирующий характер.

Существование у больных депрессии (при жалобах исключительно соматического содержания) подтверждается наличием слабо очерченных, но несомненных депрессивных проявлений в общей картине состояния, связью усиления или уменьшения соматических расстройств с

аффективной сферой, отсутствием соответствия между объективным физическим статусом и тяжестью субъективного самочувствия, неэффективностью общесоматической терапии.

Значительный интерес представляют характерологические особенности этих больных. В подавляющем большинстве они обнаруживают такие черты, как гиперактивность, стеничность, непреклонность и непоколебимость своих взглядов и привязанностей, повышенная требовательность к себе и близким, усердие, исполнительность, особым образом понимаемое чувство долга и ответственности, которые в комплексе могут быть определены как своеобразная психическая ригидность.

Во многих случаях выявлена свойственная больным гипертрофированная реакция на психотравмирующие моменты. Всякая мелкая неприятность, любая неполадка или неудача, конфликт на работе, ссора в семье, просто какое-то неосторожное слово из уст окружающих — все это принимало в глазах этих людей особый характер, крайне драматизировалось, вызывало длительные переживания.

Практически у всех больных с соматизированной депрессией среди преморбидных черт обращает на себя внимание чрезмерно настороженное отношение к своему здоровью, часто появляющиеся мысли о грозящем тяжелом заболевании, определенная ипохондричность. Эти люди постоянно присматриваются к себе, «прислушиваются» к работе своих органов. Преувеличенные опасения заболеть вызывают фиксацию на мельчайших изменениях физического состояния (в одних случаях возникают предположения о возможных нарушениях деятельности организма вообще, в других — внимание концентрируется на нарушениях одной какой-то функции, одного органа с более или менее выраженным конкретным предположением о том или ином заболевании).

Отмечается склонность к постепенному накоплению неприятных переживаний и опасений, что способствует созданию определенного фона сензитивности и повышенной ранимости, когда достаточно оказывается незначительного волнения или любой ничтожной соматической вредности, чтобы возникло изменение состояния, появились беспокойство и тревога, мысли о серьезной болезни.

Следует вспомнить в этой связи один существенный

момент. Целым рядом исследований установлено, что совершенно различные по своему характеру отрицательные эмоции (отчаяние, страх, тревога, тоска) сопровождаются довольно однотипными висцеральными сдвигами. В частности, при сильном эмоциональном напряжении возникает определенный комплекс висцеральных изменений. Повышается возбудимость симпатической нервной системы, и, следовательно, повышается секреция адреналина, что, в свою очередь, вызывает учащение сердцебиения и повышение артериального давления, усиление прилива крови к мышцам за счет отлива из брюшной полости, т. е. образуется сложная цепь строго последовательных однотипных изменений в организме в ответ на различные ситуации, объединенные общим признаком — отрицательным характером эмоционального воздействия, переживанием угрозы здоровью. Эта немногочисленность и однотипность реакций организма на различные по своему характеру психогенные факторы и определяют, видимо, общность и некоторое однообразие симптомов, наблюдающихся у описываемых больных.

Отмечающееся же во многих случаях повторение психотравмирующих воздействий («накопление» отрицательных факторов) настолько астенизирует нервную систему, что появление соматических ощущений может быть вызвано не только психогенным влиянием как таковым, но и любой совершенно незначительной соматической вредностью, так как астенизированная кора становится особо чувствительной и к внешним воздействиям, и к интероцептивным сигналам.

Указанные изменения у больных с соматизированной депрессией становятся возможными ввиду наличия у них особых личностных черт. Свойственное им смутное чувство физического дискомфорта обуславливает при определенных воздействиях реализацию болезненных ощущений и их фиксирование.

Необычная импульсация, поступающая из внутренних органов в центральную нервную систему, усиливает эти ощущения, что в конечном счете приводит к формированию патологического состояния. Негативные эмоции висцерального происхождения, таким образом, как бы подкрепляются личностными реакциями этих больных на тот или иной симптом или состояние организма в целом.

Объяснению условий возникновения соматизирован-

ных депрессий в значительной степени может помочь изучение соотношений и связей патологических расстройств с долгосрочной памятью.

Как известно, долгосрочная память, хранящая весь жизненный опыт индивида, — всегда эмоциональная память. Чем ярче эмоции, тем больше вероятность в дальнейшем активации того или иного восприятия или ощущения. В основе долгосрочной памяти лежат процессы стойкого запечатления (и возможного репродуцирования в будущем) следов однократного психофизиологического состояния, развившегося в результате психогенного или соматогенного воздействия и оказавшегося по тем или иным причинам для человека важным, обладающим особым аффективным зарядом. Следовательно, головной мозг способен фиксировать, хранить, а затем при каких-то определенных условиях (например, в случае астении, развившейся под влиянием психогенных факторов) воспроизводить афферентные образы перенесенных на протяжении жизни аномальных состояний с «чувством болезни», выражающимся преимущественно в физических ощущениях. Они оказываются сконцентрированными в органе, наиболее уязвимом и подверженном болезни (в представлении данного индивида).

Все сказанное имеет достаточно прямое отношение к описываемым больным, к их личностным особенностям. Очень существенным является то, что ведущая роль принадлежит здесь не столько действительной тяжести перенесенного страдания, представленного соматическими проявлениями, сколько выраженности вызванных им или случайно совпавших с ним переживаний нервно-психического порядка.

Итак, мы имеем дело с особой формой депрессий, в силу определенных причин обнаруживающих тенденцию к соматизации. В механизмах этой соматизации в первую очередь играют роль личностные особенности больных, наличие у них таких черт, как ригидность, сензитивность и ипохондричность, а также формирование на этом фоне своеобразной внутренней картины соматической болезни.

Речь, следовательно, идет о личностных депрессивных реакциях, приближающихся к невротическим (по крайней мере протекающих на невротическом уровне).

Больные с соматизированными депрессиями (как и больные с упоминавшимися выше другими формами

«скрытых» неврозов) обычно в течение длительного времени остаются вне поля зрения психиатров. А между тем избавления от указанных расстройств можно добиться с помощью использования средств, имеющихся именно в распоряжении психиатра. Больные должны лечиться (и это очень важно) у этого специалиста, а не у какого-нибудь другого. Ведь истоки болезни в таких случаях надо искать не в сердце, не в желудке или кишечнике, не в жалобах, «привязанных» к какому-либо органу, а в эмоциональной сфере. Нередко оказывается достаточно короткого курса психотерапии или же назначения небольших доз психотропных препаратов, чтобы указанные расстройства бесследно исчезли.

Но к сожалению, встречаются еще до сих пор весьма многочисленные примеры, свидетельствующие об отсутствии у врачей-интернистов правильных представлений относительно природы этих расстройств.

Австрийский врач К. Вальхер подчеркивает большую частоту таких случаев. Он наблюдал, например, молодую женщину, страдавшую болями в области живота, по поводу которых ей сначала удалили желчный пузырь, затем аппендикс и, наконец, матку. После каждой операции больной становилось все хуже. Она уже готовилась к очередному, четвертому оперативному вмешательству, но случайно решила посоветоваться с психиатром, который поставил ей совсем не хирургический диагноз — соматизированную депрессию. После проведения курса терапии антидепрессантами все расстройства полностью исчезли. Ранее произведенные больной операции оказались совершенно ненужными.

Специальный анализ, осуществленный английским психиатром Е. Эдгелем, показал, что изученные им 150 больных прошли 740 терапевтических и хирургических обследований, после чего многие из них подверглись хирургической операции. В дальнейшем более чем у половины больных была диагностирована все та же соматизированная депрессия, и в конце концов было назначено адекватное лечение.

«Неэффективность многолетней и подчас массивной терапии таких пациентов, — пишут в книге «Психосоматические расстройства» В. Д. Тополянский и М. В. Струковская, — которые покидают поликлинику или стационар только для того, выйдя из них через одну дверь, тут же войти в другую, наносит неимоверный мо-

ральный ущерб не только отдельным врачам и медицинским учреждениям, но и всей системе народного здравоохранения, дискредитируя в глазах больного и его семьи, его друзей и сотрудников всю медицинскую науку и практику в целом».

Вывод из всего этого один: надо сделать все необходимое, чтобы обеспечить раннюю диагностику соматизированных депрессий, адекватный подбор медикаментозных средств в сочетании с психотерапевтическими методами. Это даст возможность достигнуть положительного лечебного эффекта и в огромной степени поможет реабилитации больных.

Помимо проявлений [мнимой соматической болезни, которые можно отнести к какой-то определенной форме невроза, во врачебной практике встречаются расстройства, тоже маскирующие невротическое состояние, но при этом настолько разнообразные и полиморфные по своей картине, что «уложить» их в жесткие рамки того или иного невроза, как правило, не удастся. Это как раз подчеркивает румынский психиатр А. Пэунеску-Подяну: «Кроме расстройств с ясным, четко обозначенным нозологическим контуром, психические факторы могут вызывать и висцеральные расстройства, причем особого характера, трудно поддающиеся диагностике, трудно включаемые в точные нозологические рамки, трудно объяснимые с точки зрения этиологии, крайне богатые и разнообразные, создающие «трудных больных». Подобные психогенные висцеральные расстройства могут облачатся в самые причудливые, смутные, самые неопределенные маски».

Для описываемых нарушений тем не менее характерна все та же особенность — сужение у больных направленности всех привязанностей и устремлений, которые постепенно оказываются не выходящими за пределы собственного тела; больные сосредоточены исключительно на своем организме, много времени посвящают скрупулезному анализу изменений, якобы происходящих «внутри», остро реагируют на любые незначительные сдвиги самочувствия, почти постоянно говорят о своем тяжелом физическом недуге.

Наиболее распространенными из этих соматических масок невротического состояния являются расстройства, относящиеся к деятельности сердца. Они проявляются в тягостных, мучительных ощущениях заложенности в гру-

ди, замирания сердца, покалывания или сдавливания то спереди, под ключицей, то сзади, под лопаткой. Иногда на короткое время внезапно возникают особенно устрашающие ощущения остановки сердца, «полной пустоты» в грудной клетке.

Вот описание подобного состояния, сделанное самим больным: «Это произошло ночью. Я продремал в каком-то кошмаре часа полтора, потом вдруг почувствовал боль в груди слева, в области сердца. Точнее, это была не боль, а что-то во сто крат тяжелее любой боли. В груди у меня словно все оборвалось, затем как будто молнией пронзило тело. И я уже не мог больше уснуть. На следующий день побоялся подняться с постели, испытывал страх за сердце, хотя умом я понимал, что с сердцем все в порядке, а это, возможно, проявления какой-нибудь межреберной невралгии. Но все равно страх оставался, он исходил откуда-то изнутри, и сразу возникала паническая мысль, что со мной может случиться совсем что-то непоправимое. Эта боль в груди равносильна острой зубной боли, когда трудно различить, болит ли один, два, три зуба или же вся челюсть. Но эта боль еще хуже, потому что на нее накладывается, вернее, с ней суммируется боль душевная, переносить которую невероятно тяжело».

Врачи уже давно отметили, что в отличие от истинных коронарных больных такие люди излишне суетливы и говорливы, у них крайне изменчиво внимание, вследствие чего с ними трудно вести беседу. В широко открытых глазах отражается одновременно и напряженное ожидание, и жалость к себе. Ощущение боли у них отличается неопределенностью, переменчивостью и обязательно сопровождается чувством волнения и страха.

Известна свойственная каждому человеку психологическая оценка сердца как важнейшего органа, ответственного за сохранение жизни. Вместе с тем иметь объективное представление о состоянии своего сердца и о его функции оказывается невозможным (для этого нужны специальные медицинские знания). Поэтому при незначительных изменениях в работе сердца у некоторых людей возникают мысли об опасном заболевании, что в итоге приводит к формированию стойкого страха смерти — кардиофобии. Теперь любое неприятное ощущение (например, легкие перебои), возникшее после волнения, какой-либо умственной или физической перегрузки, вы-

зывает у человека самые серьезные опасения. Боязнь умереть («от сердечного приступа», «от разрыва сердца») является своего рода пассивно-оборонительной реакцией и сопровождается соответствующими изменениями поведения и установок.

Постепенно происходит генерализация кардиофобических расстройств. Она идет в двух основных направлениях. Во-первых, больные стараются ни в коем случае не совершать таких действий, которые могли бы отрицательно повлиять на сердце. Сюда относится категорическое исключение физических нагрузок (в особенности поднятия тяжестей), отказ от курения и приема даже малых доз алкоголя. Во-вторых, больные избегают ситуаций, в которых затруднена возможность оказания немедленной медицинской помощи.

Обращает на себя внимание сверхценное отношение больных к своему сердцу. Они тщательно регистрируют малейшие нарушения его деятельности, часто измеряют пульс и артериальное давление, фиксируются на различных жалобах, которые скорее всего можно объединить общим понятием «сердечный дискомфорт». Он характеризуется неопределенным ощущением сдавливания, постороннего тела в области сердца, «вибрации», «трепетания», «пощипывания». Иногда жалобы определяются ощущением боли, причем иррадиирующей именно в левую руку и лопатку. Боли носят разнообразный характер, чаще — колющий, сжимающий, реже — жгучий. Любопытно (и больные сами это отмечают), что при эмоциональном напряжении и в ситуациях, требующих большой концентрации внимания, боли обычно исчезают.

Надо сказать, что боли (в отличие от тех, которые наблюдаются при стенокардии) не носят кратковременного, приступообразного характера, а продолжаются довольно долго — на протяжении нескольких суток и даже недель. Они не имеют столь типичной локализации, как при стенокардии, не ограничиваются областью сердца, а распространяются по всей грудной клетке. Интенсивность болевых ощущений остается примерно постоянной, боль не снимается ни валидолом, ни нитроглицерином. Сердцебиение усиленное, пульс ритмичный, хорошо прощупывается, тоны сердца звучные, чистые. Физикальное обследование и данные электрокардиограммы, снятой на высоте сердечного приступа, не дают

оснований для диагноза острой или хронической коронарной недостаточности. Клинические анализы крови также не обнаруживают изменений, характерных для стенокардии.

Функциональные расстройства сердечной деятельности в ряде случаев сочетаются с жалобами на нарушение дыхания. Последние чаще всего ограничиваются чувством «нехватки воздуха», спазмами в горле; иногда же возникают тяжелые приступы, выражающиеся в ощущении остановки дыхания и приближения смерти. На самом деле здесь нет ничего общего с нарушением дыхательной функции. Речь идет о гипокании, возникающей вторично как результат переживаемого больным навязчивого страха удушья и развития вследствие этого форсированного дыхания и так называемой невротической одышки. Проявления этой одышки настолько характерны, что не оставляют никаких сомнений в ее чисто функциональной, а не органической природе.

Субъективно больной испытывает чувство сжатия в груди, невозможность свободно дышать. Вдох как бы не дает поступления нужного количества воздуха, из-за чего возникает ощущение «укороченного дыхания», «кома в горле». Больной невольно фиксируется на этом. Сосредоточение внимания на дыхательных движениях сопровождается тревогой, беспокойством.

Поскольку утрачивается ощущение полноценности вдоха, для преодоления этого состояния больные производят более глубокие вдохи, делают попытки более интенсивных дыхательных движений. Тем самым вызывается искусственная гипервентиляция, и возникает комплекс сопутствующих этой гипервентиляции ощущений в виде легкого головокружения, подташнивания, а также своеобразного явления — отсутствия потребности во вдохе, выступающего в качестве следствия избыточного насыщения крови кислородом и снижения возбудимости дыхательного центра. В связи с утратой произвольности дыхания больные начинают постоянно контролировать его, при этом замечают «сбои» в дыхательных движениях, не могут отвлечься от неприятных ощущений, сопровождающих акт дыхания. Они глубоко заглатывают воздух, тем самым стараясь «исправить» нарушенный ритм дыхания, с этой же целью производят дополнительные движения головой, шеей, руками. Обычно отмечается сочетание описанных расстройств с дру-

гой психопатологической симптоматикой (твердая убежденность в серьезности заболевания, мысли о «неполноценности» дыхания, о нарастающем кислородном голодании, чувство тревоги и страха смерти от удушья, подавленное настроение).

При объективном обследовании не выявляется признаков нарушения деятельности дыхательного аппарата. Не удается обнаружить каких-либо препятствий, которые ограничивали бы дыхательные движения или мешали бы нормальной циркуляции воздуха по трахеобронхиальным путям. Кроме того, приходится нередко наблюдать, что тягостные ощущения, сопутствующие акту дыхания, уменьшаются и даже исчезают, когда больной отвлекается на что-либо другое, и вновь возникают, когда внимание сконцентрировано на них. Это несоответствие между субъективными ощущениями и объективным состоянием дыхательной функции (ее полной сохранностью) очень показательно и помогает постановке правильного диагноза.

Несколько слов следует сказать об упоминавшейся выше невротической одышке. Существенная ее особенность — изменение ритма и глубины дыхательных движений. Интенсивность дыхания различна, обращают на себя внимание неодинаковые интервалы между вдохом и выдохом. Дыхание утрачивает свой гармоничный, плавный характер и становится до некоторой степени беспорядочным. Вдох резкий, короткий, затрудненный, выдох длительный, искусственно поддерживаемый. Периодически как бы включается глубокий вдох с последующим продленным выдохом, похожим на стон, после чего дыхание принимает свой первоначальный вид и темп.

Речь, следовательно, идет о расстройствах дыхания. Надо сказать, что во время сна они полностью исчезают (как и ощущение удушья), дыхание становится спокойным, ровным, ритмичным. В состоянии бодрствования, особенно при воздействии отрицательных внешних факторов, эмоциональном напряжении, описанные расстройства появляются вновь.

Отдельного рассмотрения требуют нередко встречающиеся желудочно-кишечные (абдоминальные) маски невротических нарушений. Напомним, что в ходе эволюции сложились определенные взаимосвязи между эмоциональным состоянием и функциональной деятельностью желудка и кишечника, Кому незнакома подкаты-

вающая к горлу тошнота, рвота, расстройства моторики кишечника («медвежья болезнь») при острых стрессах, волнениях и тревоге? Кто хоть раз не испытывал потерю аппетита при тяжелых душевных переживаниях? Наверное, не найдется такого человека.

Психотравмы, всякого рода отрицательные переживания очень часто выступают в качестве причины функциональных нарушений (диспептических, секреторных, моторных) деятельности желудочно-кишечного тракта. Так, например, расстройства, характерные для хронического гастрита (неприятный вкус и горечь во рту, отрыжка, вздутие живота, тяжесть, напряжение и спазмы в эпигастральной области), в большинстве случаев оказываются лишь способом выражения определенных эмоций.

Еще в далекой древности наличие плохого настроения, локализующегося будто бы именно в области эпигастрия, объясняли образованием «черной желчи» и болезнями пищеварительного тракта. Хорошо известен и старый термин «сплин» — мрачное настроение, якобы исходящее из области селезенки.

Учеными установлено, что около 80% всех функциональных расстройств деятельности желудка и кишечника связано с влиянием эмоциональных факторов. Представители психосоматического направления на Западе даже писали в 40—50-х годах нынешнего века об определенных особенностях характера, фатально предрасполагающих к абдоминальным расстройствам. Впоследствии это положение не подтвердилось в полной мере, но все же установлены некоторые личностные черты, которые в значительной степени способствуют развитию функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта. Такие люди отличаются обостренной, болезненной реакцией на любые внешние воздействия, повышенной раздражительностью, дурным настроением, угрюмостью. Они с трудом переносят длительное психическое напряжение, жалуются на хандру, плохо спят, отмечают снижение работоспособности.

Абдоминальные маски невротических состояний могут проявляться в самых различных формах. Это расстройство аппетита, постоянное ощущение подташнивания, однократные или многократные рвоты, боли в области живота, нарушения деятельности кишечника. Описанные симптомы реже наблюдаются изолированно, ча-

ще же в определенном сочетании, давая тем самым картину заболевания того или иного органа брюшной полости.

...Из клиники неврозов выписался больной К. Его история болезни очень характерна, поэтому имеет смысл хотя бы вкратце ее изложить. Впервые болевые ощущения в области желудка возникли у него два года назад после возвращения из длительной командировки в одну из африканских стран. Сначала он не придал этому значения. Однако боль стала беспокоить все чаще, появлялась после еды, иногда ночью при пробуждении, носила тупой, ноющий характер. Пропал аппетит, «не мог даже смотреть на пищу». Похудел, осунулся. Неоднократно обращался к терапевтам, гастроэнтерологам. Последний визит был уже к онкологу, так как у больного возникли мысли о раке. Были проведены все обследования (рентгенологические, ультразвуковые), не выявившие никаких признаков органической патологии желудочно-кишечного тракта. Это несколько подняло настроение К., однако физическое самочувствие его оставалось плохим. В клинику неврозов он был направлен из института гастроэнтерологии. К. был крайне недоволен этим переводом, поскольку всегда считал себя человеком с крепкой нервной системой, эмоционально устойчивым, не нуждающимся в помощи психиатров. С врачом держался холодно, несколько надменно, иронизировал по поводу задаваемых врачом вопросов. Завоевать доверие и расположение пациента удалось не сразу. В процессе подробной беседы выяснилось, что самочувствие его стало ухудшаться еще в то время, когда он находился в командировке. К. неохотно рассказал, что за несколько дней перед приездом домой у него появились мысли о неверности жены. В связи с этим стал раздражительным, несдержанным, беспокойным, нарушился сон. Сразу же после возвращения решил объясниться с женой. По ее реакции и словам понял, что все его подозрения совершенно беспочвенны. Однако чувство подавленности и тревоги не проходило. Именно к этому времени относится появление болей в области желудка, снижение аппетита, слабость, разбитость, потеря в весе. К. рассказал, что состояние его в значительной степени зависит от времени суток («утром очень плохо, никого не хочется видеть, все раздражает, на душе как будто кошки скребут, не могу заставить себя ничего

проглотить, кусок не лезет в горло, тошнит; к вечеру настроение немного лучше, даже появляется желание общаться, замечаю улучшение аппетита, не без удовольствия сажусь за стол, что-то съедаю»).

Несмотря на сопротивление и протесты, все же удалось убедить К. в необходимости лечения. Курс психотерапии, прием небольших доз антидепрессантов сделали свое дело. Через месяц клинику покидал совершенно здоровый человек.

Но вернемся к описанию невротических расстройств, имитирующих заболевания желудочно-кишечного тракта. Каковы их проявления?

Прежде всего это психогенные по своей природе тошнота и рвота. Причины их возникновения — страх, тревога, душевный дискомфорт, печаль, тоска. Некоторые эмоционально неустойчивые школьники или студенты вынуждены подавлять ощущение тошноты перед экзаменом или контрольной работой, артисты — перед выходом на сцену и т. п. Как считают психологи-экзистенциалисты, тошнота прежде всего выражает неприятие, отвращение к чему-либо, выступает как следствие «провала», крушения планов и надежд, «бессмысленности существования». Тошнота выступает в качестве своеобразного эквивалента депрессии у очень многих людей, страдающих неврозом. Она никоим образом у них не связана с погрешностями в диете, локализуется чаще в области пищевода или же «идет от желудка». Наиболее сильное ощущение тошноты бывает по утрам. Как правило, оно усиливается при волнении и исчезает при наличии положительных эмоций.

Картина психогенной рвоты во многом сходна с проявлениями тошноты, однако для ее возникновения требуется значительно более сильный условный раздражитель. Оставаясь, по существу, отражением депрессии, психогенная рвота сочетается иногда с другими клиническими симптомами, характерными для депрессии: расстройством сна, потерей аппетита, быстрой утомляемостью, вялостью, ощущением тяжести в груди, снижением работоспособности.

Бесспорная зависимость расстройств пищеварения от эмоционального состояния человека обнаруживается и при возникновении так называемого синдрома раздраженного желудка. Внимание пациента при этом целиком сосредоточено на боли в поджелудочной области,

которая то оказывается какой-то неопределенной, тупой, сравнительно легко переносимой, то принимает характер сильных колик. Один из наблюдавшихся нами больных на протяжении полугода с примерной периодичностью раз в месяц госпитализировался в хирургическое отделение с подозрением на непроходимость и каждый раз выписывался через два-три дня (диагноз не подтверждался). Отсутствие органической патологии желудка и печени, нормальные биохимические анализы и данные исследования желудочного сока, а также становившиеся все более заметными симптомы депрессии заставили врачей направить наконец больного к психиатру. Проведенный курс психотерапии и психокоррекции способствовал снятию всех имевшихся расстройств.

Синдром раздраженного желудка диагностируется интернистами почти у половины больных с «типичными» жалобами, напоминающими те, которые бывают при хроническом гастрите или язвенной болезни. Поэтому при появлении неприятных ощущений в подложечной области, часто сопровождающихся и другими расстройствами (изжогой, горечью во рту, подташниванием, слабостью и др.), не следует торопиться со всякими подозрениями относительно заболевания желудка или двенадцатиперстной кишки. Больной должен обратиться к гастроэнтерологу, пройти все необходимые обследования, которые дадут возможность определить, носит ли данное расстройство органический или же чисто функциональный (невротический) характер. В том случае, если подтвердится функциональная природа заболевания, человек избавляет себя от ненужного приема лекарственных препаратов, направленных на нормализацию желудочной секреции, моторики и т. д.

Нередко синдрому раздраженного желудка сопутствует синдром раздраженной двенадцатиперстной кишки. Проявления этого расстройства — болезненные ощущения в подложечной области или правом подреберье, чувство распирания в животе, отсутствие аппетита, головная боль, похудание, подавленное настроение. Это также один из вариантов функциональных нарушений, при которых обращаться следует не к врачу по внутренним болезням, а к психиатру или психотерапевту.

И еще об одной характерной патологии следует упомянуть — о синдроме раздраженной толстой кишки. Он наблюдается примерно у 50% лиц молодого и среднего

возраста, предъявляющих жалобы на боли в области живота. Во всех этих случаях обнаруживается тесная связь между возникновением указанных жалоб и тяжелыми эмоциональными переживаниями. Отражением состояния спастической толстой кишки являются прежде всего абдоминальные боли различной интенсивности, локализации и продолжительности. Их характер варьирует от диффузной, тупой, ноющей боли до острой, резкой, длительностью от нескольких минут до постоянного ощущения сдавливания и распираania в животе. Возможны и приступы, напоминающие кишечную колику. Боли усиливаются после обильной еды, бессонной ночи, под влиянием психотравмирующих обстоятельств. Вспоминается больной, у которого описанные жалобы каждый раз исчезали во время очередного отпуска и возобновлялись с выходом на работу в учреждение, где длительно существовала сложная конфликтная ситуация.

Боли в области живота иногда сопровождаются изжогой, отрыжкой, тошнотой. Это вынуждает человека принимать обезболивающие и спазмолитические препараты, но они приносят лишь незначительное, временное облегчение. Следует помнить, что и в данном случае возможна психогенная природа заболевания. Нужно посоветовать этим людям не спешить с приемом таблеток, а попробовать, например, изменить обстановку в семье или на работе или же заставить себя по-другому реагировать на нее. Если это не удастся сделать самостоятельно, так сказать, собственными силами «переделать» свое отношение к окружающим событиям, изменить характер реакций, тогда лучше всего обратиться к врачу, способному оказать психотерапевтическую помощь.

А вот пример еще одного психосоматического расстройства. Как-то мне пришлось наблюдать молодого человека, обращавшего на себя внимание явной желтушностью кожных покровов и склер, что вызывало у врачей уверенность в наличии инфекционного заболевания, именуемого желтухой, или болезнью Боткина. При подробном расспросе выяснилось, что у больного это не первый случай пожелтения кожи и склер, отмечающегося после воздействия психотравмирующего фактора — ссоры и разлада с женой. В связи с внешними проявлениями желтухи он был стационарирован в инфекционную больницу, но на следующий день имевшиеся симптомы самопроизвольно исчезли, а результаты взятых анали-

зов соответствовали норме. Рассказал он мне и о другом случае, когда из-за подозрения на калькулезный холецистит он чуть было не подвергся хирургической операции. Так что психогенная дискинезия желчных путей (а это была именно она) принесла этому человеку немало огорчений.

Речь идет об очередной маске невротического состояния — нарушении проходимости желчных путей. Врачами уже давно подмечено, что изменение тонуса и моторики желчного пузыря и желчевыводящих протоков может наблюдаться у людей с повышенной эмоциональностью вследствие ослабления контроля со стороны коры головного мозга. Поэтому, наверное, не случайно результаты специальных научных исследований показывают, что среди больных с хроническими заболеваниями желчевыводящей системы очень часто встречаются лица с неблагоприятной семейной ситуацией, приводящей к эмоциональным срывам и развитию невротических состояний.

Основное проявление функциональных расстройств желчевыводящей системы — боль в правом подреберье. Она сопровождается чувством постоянной усталости, слабости, ухудшением сна и аппетита, снижением половой функции у мужчин и нарушением менструального цикла у женщин. Явная связь появления жалоб с эмоциональным стрессом, развертывание приступа «печеночной колики» непосредственно после какого-нибудь конфликта в семье или на работе позволяют рассматривать эти состояния как одну из форм «скрытого» невроза. Функциональную природу страдания подтверждают также отсутствие признаков воспалительного процесса в стенке желчного пузыря, нормальные данные, обнаруживаемые при холецистографии и других лабораторных исследованиях.

Необходимо хотя бы в самых общих чертах рассказать об особенностях психосоматических расстройств, которые можно назвать псевдоневрологическими (т. е. имитирующими те или иные неврологические заболевания). Прежде всего здесь следует упомянуть различные по своему характеру головные боли.

Установлено, что примерно 10 процентов жителей земного шара страдают головными болями, по поводу которых они вынуждены обращаться к врачу. На самом деле, конечно, число людей, у которых отмечается го-

ловная боль, значительно больше, так как многие из тех, у кого голова болит лишь эпизодически, обходятся без врачебного вмешательства, помогают себе сами, принимая болеутоляющие средства.

Весьма часто головные боли имеют неврогенное происхождение. Ввиду определенной диффузности наблюдающихся в этих случаях болезненных проявлений, их непостоянства и обратимости они получили наименование функциональных.

Какие «невротизирующие» факторы способствуют возникновению функциональных головных болей? Это — переутомление, недосыпание, вызванные чрезмерным физическим или умственным напряжением. Значительную роль играет и эмоциональное состояние человека: головные боли могут быть следствием всякого рода отрицательных внешних воздействий. Бурная семейная драма, неприятности в служебной сфере, даже просто какая-нибудь случайная ссора рожают соответствующие эмоциональные переживания, поскольку все перечисленные моменты для нервной системы оказываются большими психологическими нагрузками, вызывающими состояние декомпенсации. При этом обязательно страдает и сосудистая система — развивается так называемый невроз сосудов. А результат этого — головная боль. Иногда она наступает не сразу, а спустя некоторое время после того или иного внешнего воздействия.

Болезненные проявления отличаются большим многообразием по своей клинической картине, продолжительности, степени выраженности. Жалобы в этих случаях бывают самые различные: распирающее, стягивающее, ощущение на голове «шлема» или «обруча». Головная боль резко усиливается при мобилизации внимания (например, при длительной беседе, при чтении, просмотре кинофильма, телевизионной передачи и т. п.), при пребывании в душном, плохо проветриваемом помещении.

Больные не могут, как правило, точно охарактеризовать свои ощущения, а тем более указать их преимущественную локализацию. За жалобами на головную боль у этих людей скрываются обычно не столько сильные, сколько крайне неприятные и мучительные ощущения. Головная боль описывается ими часто фигуральным и не совсем понятным языком. Одни из них рассказывают врачу о напряженности и тяжести в черепе, другие —

о резком сдавливании в висках и затылке, третьи жалуются на то, что в голове «как будто что-то разрывается» и т. п.

Боли чаще всего изменчивы и мимолетны. Голова болит то слева, то справа, боль все время «блуждает», переходит с места на место. И интенсивность ощущений, и их характер меняются день ото дня, а порою по прошествии лишь нескольких часов или даже за время короткой беседы с врачом.

Головным болям нередко сопутствуют приступы головокружения, которые также имеют невротическое происхождение. Возникают они после волнений, неприятных переживаний, всякого рода психотравм. Сами больные определяют эти приступы как особые состояния страха, растерянности, неуверенности, «когда земля как бы уходит из-под ног», «перед глазами появляется какая-то пелена», «все вокруг становится нечетким, расплывчатым, предметы теряют свои очертания». Описываемые состояния коренным образом отличаются от системных головокружений, обусловленных органическим поражением центральной нервной системы с вовлечением в патологический процесс вестибулярного аппарата. Основными особенностями такого органического заболевания являются симптомы истинного головокружения (в отличие от своеобразного чувства «внутреннего» головокружения у больных с психосоматическими проявлениями), тошнота, рвота, неустойчивость в позе Ромберга, а также спонтанный нистагм при движениях головы.

Констатируя возможность психогенного развития таких клинических симптомов, как головная боль и головокружение, следует сделать кое-какие пояснения. Возникающее в ответ на ту или иную психогению ощущение головной боли, тяжести в голове, шума в ушах, сдавливания в висках, головокружения характерно для людей с так называемой сосудистой гиперреактивностью — повышенной чувствительностью сосудов к воздействию внешних неблагоприятных факторов. У данной категории лиц по тем же самым психогенным механизмам могут наступать изменения нейровегетативной регуляции деятельности сосудистой системы, следствием чего является повышение или, наоборот, понижение артериального давления.*

Гипертензивный (или же гипотензивный) синдром, случайно выявленный, например, при профилактическом

осмотре или профотборе, далеко не всегда свидетельствует о каком-то соматическом заболевании. Обычно это временное, преходящее, чисто функциональное расстройство, которое врачи обозначают термином «нейроциркуляторная дистония».

В клинической картине нейроциркуляторной дистонии на первый план, как правило, выступают невротические симптомы. Сам факт осознания человеком того, что у него обнаружено повышенное (или же пониженное) давление, неминуемо сопровождается эмоциональными переживаниями. У одних людей эти переживания не фиксируются и не столь интенсивны, чтобы вызвать какие-либо изменения психического состояния. У других, особенно у лиц впечатлительных, тревожно-мнительных, легко ранимых, возникает страх перед возможными отрицательными последствиями «ненормального» кровяного давления, что приводит к психогенной реакции, нередко принимающей длительный характер.

В случаях наличия повышенного артериального давления отмечаются чрезмерная возбудимость, эмоциональная неуравновешенность, головные боли, усталость вплоть до полного изнеможения к вечеру, склонность к тахикардии, потливость, ухудшение аппетита.

При пониженном артериальном давлении невротические расстройства проявляются в приступах головокружения (иногда выступающих в виде своеобразных обморочных состояний), сонливости, вялости, апатии, непереносимости любых физических и умственных нагрузок.

Людам с психогенными колебаниями артериального давления свойственно крайне повышенное внимание ко всем процессам, происходящим в их организме. Самые незначительные изменения физического самочувствия они подвергают сложной интеллектуальной переработке. Это способствует их постоянной настороженности, пониженному настроению, тревоге, расстройству сна, а также формированию разного рода ипохондрических опасений, постепенно порождающих стойкую убежденность в наличии серьезной и трудно излечимой болезни.

Надо вкратце сказать еще об одной категории психосоматических расстройств — об урологических масках невротических состояний.

Как известно, основная функция мочевого пузыря — осуществление акта мочеиспускания. И подобно тому

как связанная с психическими явлениями одышка оказывается нарушением, характерным для дыхательной сферы, а кардиалгии и аритмии — для сердечно-сосудистой, так и вполне адекватной, естественной реакцией урологической сферы в ответ на различные психотравмирующие факторы является нарушение диуреза. Следствием возникающего под воздействием этих факторов эмоционального напряжения может быть, например, повышенная возбудимость мышечного аппарата мочевого пузыря или, наоборот, его атония.

Частое проявление психогенных расстройств — так называемое мочеовое заикание. Выражается оно в свойственной некоторым людям (речь идет, как правило, о личностях с невротическими чертами характера) невозможности помочиться в присутствии посторонних, даже при наличии сильного позыва к мочеиспусканию.

Другая разновидность подобного рода нарушений — резко учащенное мочеиспускание. Оно издавна рассматривалось в качестве очень важного клинического признака раздраженного мочевого пузыря (по аналогии с описанным ранее синдромом раздраженной толстой кишки). Любые отрицательно действующие эмоциональные раздражители, даже просто озабоченность какими-то предстоящими неприятностями могут явиться причиной возникновения симптомов раздраженного мочевого пузыря в виде усиленного диуреза. «Ничто так не вызывает позыва к мочеиспусканию, как вечная мысль о нем», — пишет по этому поводу французский психоневролог П. Дюбуа. Клинические наблюдения обнаруживают любопытные и весьма демонстративные факты, целиком подтверждающие данное высказывание. Например, ипохондрические переживания и тревожные опасения в связи с якобы имеющимся «тяжелым сахарным диабетом» в некоторых случаях приводят к учащению мочеиспускания до 15—20 раз в день (при этом суточное количество мочи не увеличивается).

Люди, страдающие перечисленными расстройствами, предъявляют врачам массу жалоб самого различного содержания. Это ощущение «чего-то режущего» в нижней части живота, ноющая боль, сдавливание, покалывание в надлобковой и паховой областях, промежности, наружных половых органах, зуд в мочеиспускательном канале, напряжение или распирание в мочевом пузыре,

чувство тяжести в почках и т. п. Больные буквально штурмуют урологические кабинеты, настойчиво требуют консультации самых видных и компетентных специалистов, а также все новых и новых урологических обследований. Нередко они подвергаются оперативному вмешательству, которое, вполне понятно, не дает какого-либо положительного эффекта.

Психогенным воздействиям в значительной степени подвержена также и костно-мышечная система. В ней могут наступать расстройства функционального характера, проявляющиеся в самых различных клинических формах. Вот рассказ одного из пациентов, страдающего такого рода расстройствами: «Около трех лет назад я стал испытывать боли в позвоночнике. Постепенно они все больше усиливались, затем к ним присоединились неприятные ощущения напряжения, стягивания, скованности, затруднение при движениях, невозможность напрячь и расслабить мышцы. Стал плохо спать, отмечались трудности засыпания, ранние пробуждения, обусловленные болями. Принимал различные анальгетики, но улучшения не наступало. Решил, что у меня «застарелый радикулит». Обратился к невропатологу, сделал согласно его рекомендациям все необходимые обследования. Данных, свидетельствующих о наличии конкретной болезни, обнаружено не было».

Ознакомившись с результатами анализов крови, спинномозговой жидкости, рентгеноскопии черепа, позвоночника и т. д., врачи никакой патологии не выявили. Со стороны внутренних органов и нервной системы также не обнаруживалось ничего, что могло бы говорить о каких-то проявлениях органического заболевания позвоночника. Больной был направлен на консультацию к психоневрологу. В процессе подробной беседы выяснилось, за последние пять лет он стал быстро уставать при малейшей нагрузке, испытывал резкую слабость, вялость, психическую истощаемость. Снизилось настроение, появились повышенная возбудимость, раздражительность, тревога. Состояние особенно ухудшалось весной и осенью, в эти же периоды больной стал отмечать и усиление тягостных ощущений в позвоночнике. И хотя подобных данных оказалось немного, тем не менее определенные косвенные признаки позволили прийти к выводу о наличии невроза. Проведение курса комбинированного лечения транквилизаторами и психотерапией

способствовало полному исчезновению болезненных симптомов.

Эмоциональные расстройства, внешне проявляющиеся теми или иными функциональными изменениями в костно-мышечной системе, известны давно. Вначале предполагалось, что они обусловлены поражением спинного мозга и периферических нервов. Этому способствовало давнишнее представление о «перераспределении» спинного мозга как одной из основных причин неврозов. Но уже в середине XIX века было установлено, что картина невроза может как бы заслоняться болевыми ощущениями и двигательными расстройствами, напоминающими патологические состояния при болезнях позвоночника. Именно поэтому в старых руководствах мы встречаем такие необычные формы неврозов, как «спинальная невралгия», «травматический невроз», «железнодорожная спина».

Какие же жалобы характерны для такого рода больных?

В первую очередь это чувство тяжести и «усталости» в спине и ногах, которое может усиливаться до резкой боли при попытке напрячь мышцы, ощущения сдавливания, онемения, ползания мурашек. Часто эти ощущения усиливаются в ночные часы. Больные заявляют, что с ужасом ждут наступления ночи: появляются давящие боли, покалывания, «в спине что-то жжет, мозжит», «ноет так, как будто потревожили место ушиба».

Врачи обратили внимание и на отмечающуюся в этих случаях еще одну существенную особенность: психогенные болевые ощущения в позвоночнике возникают обычно в условиях тяжелого эмоционального стресса и исчезают после того, как стрессовая ситуация миновала.

Нередко пациенты прибегают к различным способам самолечения. Будучи убежденными в наличии у них радикулита, ишиаса или люмбаго, они сначала используют народные средства: повязывают шерстяной платок на поясницу, наклеивают перцовый пластырь, применяют специальные болеутоляющие мази с пчелиным или же змеиным ядом. Однако желаемого облегчения не удается достигнуть. Наиболее упорные из них, обращаясь еще и еще раз к врачу, добиваются назначения физиотерапевтических процедур — с использованием различного рода рассасывающих методов, массажа, ванн, элект-

тролечения и пр. Когда же обнаруживается, что и такие методы не дают эффекта, они убеждают врачей в необходимости лекарственного лечения.

Некоторые из этих людей умудряются пройти по несколько курсов амбулаторного и даже стационарного (курсы оказываются длительными и безуспешными) лечения антибиотиками, обезболивающими препаратами и гормонами.

Мне довелось наблюдать одного из таких пациентов. С настойчивостью, достойной иного применения, он на протяжении двух лет принял (самостоятельно себе назначенные) 43 лекарственных препарата. Не достигнув никакого улучшения, он явился на прием с тем, чтобы спросить, не появилось ли новых обезболивающих лекарств. С большим трудом удалось убедить этого человека в отсутствии у него какого-либо органического заболевания и существовании скрытого невротического расстройства. Полная отмена препаратов и назначение короткого курса психотерапии, а также небольших доз лекарств, действие которых направлено на нормализацию нервно-психического состояния, привели к значительному эффекту.

Нередко нарушения в эмоциональной сфере протекают под маской ревматизма. Согласно современным исследованиям диагноз «ревматизм» не подтверждается почти в 50% случаев.

Что же заставляет врачей подозревать у больных ревматический процесс в то время, когда на самом деле он отсутствует? Это в первую очередь жалобы больных на тянущие, дергающие, колющие, жгучие боли в суставах и мышцах конечностей, возникающие без видимой причины, в полном покое и проходящие сразу после небольшой физической нагрузки. Яркой отличительной особенностью таких психогенных болей является их мигрирующий характер: боль переходит из одного сустава в другой в течение нескольких дней или даже часов. Вместе с тем возможна и предпочтительная локализация болевых ощущений в одном каком-то суставе, например коленном или локтевом.

Вспоминается больная, у которой после психотравмы (ссора и развод с мужем) появились ограниченность движений и «хруст» в коленных суставах по утрам. Эти расстройства исчезали во второй половине дня, а затем возобновлялись в ночное время, приводя к бессоннице,

состоянию тревоги и внутреннего напряжения. Поскольку в детстве эта женщина перенесла ревматическую атаку, она абсолютно была убеждена в обострении данного заболевания. Однако при тщательном клиническом, лабораторном и рентгенологическом обследовании ревматизм был исключен. Больная получила курс лечения психотропными средствами, что способствовало снятию всех имевшихся расстройств.

Итак, психогенные нарушения, относящиеся к костно-суставной сфере, отличаются рядом характерных свойств, позволяющих отвергнуть какое-либо заболевание органической природы. Это, во-первых, чрезвычайная стойкость разнообразных неприятных ощущений. Во-вторых, это отсутствие структурных нарушений костной системы. И наконец, в-третьих, полная неэффективность болеутоляющих и противовоспалительных средств (порой даже резкое ухудшение самочувствия после их назначения и заметное улучшение после прекращения приема медикаментов) и наличие явного положительного эффекта при назначении терапии, направленной на коррекцию эмоционального состояния.

Особое значение стрессовых факторов в развитии целого ряда кожных заболеваний известно с давних времен. Любой человек наверняка может вспомнить ситуации, в которых тревога или страх приводили к резкой бледности, появлению «гусиной кожи», чувство стыда — к покраснению лица, шеи и даже мочек ушей. Кто из нас не помнит, как перед трудным экзаменом или выступлением на ответственном совещании лоб покрывается испариной?

Наличие тесной связи между эмоциями и кожными проявлениями вполне понятно. Оно объясняется общим происхождением кожи и нервной системы из одного зародышевого листка — эктодермы. Вот лишь несколько цифр, подтверждающих, что кожа является как бы плацдармом для воздействия со стороны центральной нервной системы. Установлено, что сильный эмоциональный стресс лежит в основе возникновения крапивницы — у 70% больных, красного плоского лишая — почти у каждого второго больного, грибковых поражений кожи — у 40% больных. Этих примеров достаточно, чтобы сделать важный вывод о том, что при развитии болезненного процесса в области кожи в первую очередь следует заподозрить психогенную природу такого стра-

дания. Не случайно, наверное, экзема (одно из очень распространенных кожных заболеваний) рассматривается в качестве типичной разновидности неврозов.

Существует выражение: «Глаза — зеркало души». Клиницисты уверены, что и кожа является зеркалом душевного состояния человека. Кожа очень тонко отражает все нюансы эмоциональных переживаний. Вот больной с тяжелой депрессией. Ему 30 лет, но выглядит он не меньше чем на 45—50. Кожа его «постарела». Она стала сухой, морщинистой, потеряла свою эластичность вследствие изменения кожного тургора. То же произошло и с волосами: они приобрели тусклый, безжизненный оттенок, стали хрупкими, легко ломаются.

Следовательно, между эмоциональными влияниями и развитием кожных расстройств в ряде случаев выявляется тесная связь. При этом появление или же обострение болезненных явлений в области кожи оказывается первым признаком ухудшения душевного состояния.

Довольно часто в практической деятельности приходится сталкиваться с определенной цикличностью в обострении таких кожных заболеваний, как экзема, псориаз, нейродермит. Больные отмечают, что ухудшение в состоянии возникает вдруг, спонтанно (причем преимущественно в весеннее и осеннее время), затем наступает как бы самопроизвольное выздоровление, проявляющееся в полном исчезновении кожных расстройств. Объясняется это на первый взгляд неожиданное и загадочное явление, в общем-то, просто. В основе цикличности процессов, происходящих в коже, лежит так называемое ремиттирующее (т. е. имеющее склонность к периодичности) течение патологических нарушений в аффективной сфере. Таким образом, псориаз, экзема, нейродермит представляют собой не что иное, как «кожные маски» депрессивных состояний. Когда был установлен этот существенный факт, врачи стали с большим успехом практиковать лечение ряда кожных заболеваний психотропными лекарствами, психотерапией, внушением в гипнотическом сне, что дало весьма положительные результаты. Стало быть, многочисленные пациенты, вынужденные в течение длительного времени обращаться к дерматологам и без всякого эффекта принимать назначаемое им местное лечение, стали находить спасение у психиатров и психотерапевтов.

Конечно же, не всегда сыпь на коже, изъязвления,

зуд и т. д. оказываются, так сказать, внешним проявлением аффективных нарушений. Нередко они могут наблюдаться одновременно, например, с депрессией, но без всякой связи с ней. Тем не менее консультация специалиста-психиатра необходима и в этих случаях.

И еще надо сказать об одной проблеме, с которой сталкиваются врачи, занимающиеся лечением лиц с кожными заболеваниями. Речь идет о гипертрофированном чувстве социальной и физической неполноценности, повышенной сензитивности и ранимости, особом отношении к реакциям окружающих, которые свойственны этим больным. Они обычно склонны к уединению, избегают компании сверстников и друзей, с трудом преодолевая неловкость ездят в транспорте, стараются не посещать общественные места (кафе, столовые, магазины, музеи, кино, театры).

Некоторые из таких пациентов буквально атакуют врачей, требуя проведения радикальной операции в связи с даже самыми незначительными кожными дефектами.

Знаю одну больную, которой последовательно по ее настоянию было сделано четыре операции по поводу имевшейся у нее небольшой деформации носа. Операции были крайне травматичны, но больная стойчески их переносила, а затем, спустя некоторое время, вновь предъявляла аналогичные требования.

Основную массу больных с преувеличенными жалобами на то или иное кожное поражение составляют люди эмоционально неуравновешенные, ранимые, тревожно-мнительные, впечатлительные. Совершенно не бросающиеся в глаза юношеские угри, несколько сальная кожа, ослабление блеска волос у женщин, залысины у мужчин приобретают доминирующее значение в сознании таких людей, что с точки зрения психопатологии может расцениваться как своеобразные невротические реакции.

В данном разделе брошюры приведен не весь перечень изменений нервно-психического характера, внешне представленных различными расстройствами со стороны соматической сферы. Однако описание этих состояний уже, наверно, дает читателям возможность составить представление о том, насколько взаимосвязаны наши эмоции со всеми системами организма. В связи с этим еще раз стоит напомнить, что своевременное обращение

в подобных случаях к психиатру или психотерапевту избавит человека от многочисленных ненужных «походов» к другим медицинским специалистам и поможет полностью избавлению от болезненных расстройств.

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ МЕЖДУ ПСИХИКОЙ И СОМАТИКОЙ

Системный невроз (невроз органов, органоневроз), будучи психогенным заболеванием, отличается рядом существенных особенностей. Во-первых, он не сопровождается какими-либо деструктивными изменениями в «страдающем» органе; во-вторых, нарушается не деятельность органа в целом, а лишь одна или некоторые стороны ее, что проявляется в расстройствах чисто функционального характера. В значительной степени это связано с тем или иным психотравмирующим воздействием (так, картина системного невроза может ограничиться только рвотой при отсутствии других явлений со стороны желудка, только тахикардией, только одышкой и т. п.). Переживанию по поводу нарушенной функции непременно сопутствует фиксация внимания на возникшем симптоме и тревога в связи с возможностью возобновления этого симптома. Человек, у которого однажды отмечалась психогенная рвота или же понос, резкая потливость, усиленное сердцебиение, в определенной ситуации начинает опасаться появления болезненного состояния, и оно неизбежно наступает.

Функциональные расстройства деятельности внутренних органов характеризуются довольно неоднородной патогенной структурой. Эти расстройства проявляются измененной интерорецепцией, болевыми раздражениями, дезорганизующими состояние нервной системы, определенными сдвигами в процессах усвоения необходимых организму питательных веществ, многосторонней реакцией личности на болезнь, перестройкой ее взаимоотношений с окружающими людьми. Все это создает непрерывный спиралеобразный поток нарушений от соматического к психическому и, наоборот, от психического к соматическому.

В области системных неврозов сложилась довольно сложная ситуация. Как одно из следствий структурно-

локалистического направления в учении о сущности болезней явилось отделение неврогенных (психогенных) заболеваний внутренних органов от заболеваний, обусловленных местными органическими изменениями. «Такое неоправданное подразделение, — подчеркивал известный невролог М. И. Аствацатуров, — вылилось в диагностическую альтернативу: либо органическое (реальное) заболевание внутреннего органа, составляющее компетенцию интерниста, либо функциональное заболевание — нечто нереальное, «на нервной почве», относящееся к компетенции невропатолога или психотерапевта. Теоретическое выделение психогенных и органических страданий в непереходящие друг в друга категории явлений представляется особенно необоснованным в области симптоматологии заболеваний висцеральных органов, так как эта область является едва ли не наиболее убедительным доказательством того, что психогенное и соматическое представляют собой лишь различные полюсы единого процесса».

Отмечавшийся с годами прогресс науки способствовал тому, что сложные взаимоотношения между соматическими и психическими явлениями постепенно стали рассматриваться в ином аспекте. Ученые пришли к выводу, что проблемы психики нельзя изучать отдельно от проблем соматики, поскольку они едины, неразрывны. Нельзя не согласиться с мнением Р. А. Лурия, писавшего: «Нет никаких только психических и только соматических болезней, а имеется лишь живой процесс в живом организме; жизненность его и состоит именно в том, что он объединяет в себе и психическую, и соматическую сторону болезни. Не только грубые, но и тончайшие процессы (как, например, обмен воды, углеводов, электролитов, регуляция тепла) находятся в самой тесной зависимости от психического состояния человека и регулируются высшими отделами центральной нервной системы, отражая сложные и многогранные колебания в ней».

Нет сомнений в огромном влиянии нарушений в соматической сфере на психику. Это подтверждается многочисленными экспериментальными и клиническими исследованиями.

Существует и обратное явление, выражающееся в воздействии психических процессов на работу внутренних органов. В конце XIX века классические исследования И. Вундта и М. Лемана положили начало эксперимен-

тальному анализу влияния психических факторов на функцию отдельных органов и систем. С тех пор проблема эта изучалась многими психологами и физиологами. Е. Вебер в специальных опытах показал, что аффект неудовольствия вызывает отлив крови из периферии к внутренним органам, а аффект радости — наоборот, прилив крови к периферии. К. Гейером установлено, что путем внушения можно получить на рентгеновском экране резко выраженную картину спастических явлений желудка и кишечника. В ходе рентгеноскопии удавалось наблюдать, как у больных, страдающих опущением желудка, он под влиянием внушения становится на свое обычное место, и наоборот — получить искусственно (путем того же внушения) явления атонии желудка и даже гастроптоз. П. Виттковер изучал влияние психических аффектов на состояние секреторной функции желудка. Определив в течение нескольких дней путем повторных анализов тип секреции желудка у данного человека, ученый подвергал его обследованию после перенесенного душевного волнения (положительного или отрицательного), вызванного в состоянии гипноза. Оказалось, что под влиянием различных аффектов (печаль, страх, гнев, радость и др.) наступало увеличение или же уменьшение кислотности желудочного сока, понижение или повышение секреции.

Влияние психики на висцеральную сферу и обратно — зависимость психики от состояния внутренних органов — издавна замечено житейскими наблюдениями. Такие выражения, как «сердце поет», «сердце радостно подпрыгнуло в груди», «задрожало от страха», обозначающие характер эмоциональных переживаний, имеют в своей основе представление об изменениях в работе того или иного органа под действием соответствующих эмоций. Широко распространена трактовка возникновения раздражительности и гнева под влиянием «разлития желчи» (отсюда выражения «желчность», «желчный характер»), подавленного настроения и апатии — от состояния желудка и т. д.

Взаимную зависимость между психикой и висцеральной сферой можно наблюдать также в области клинических явлений. Уже сам факт признания психогенного развития различных нарушений деятельности внутренних органов свидетельствует о том, что влияние психики на эти органы достигает такой степени, когда проис-

ходит стойкое расстройство их функции. Причины внешнего порядка здесь самые разные. «В качестве психогенных моментов, вызывающих нарушения в висцеральной области, — пишет А. Пэунеску-Подяну, — выступают аффективные воздействия. Порождающими соматические страдания факторами являются в первую очередь «большие» эмоции (которые возникают в результате сильных стрессов, потрясений и т. д.). Однако могут соматически проявляться и небольшие, но частые «шоки», психические микротравмы, накопленные в течение какого-то времени, связанные с общественными, семейными или профессиональными неудачами. Эмоции, вызываемые подобного рода длительным напряжением, многообразны: волнующие чувства и страсти, страх, беспокойство, гнев, огорчение, разочарование, досада, чувство лишения, обиды... Как становится ясным, речь идет о патологических условиях, которые обычно приводят к неврозам. Но они могут проявиться и телесно, соматически, выразиться, образно говоря, на вегетовисцеральном языке».

Уже упоминалось о специфической связи эмоций с отдельными органами. Наличие ее заставляет предполагать прямую зависимость между психическими и соматическими явлениями. При этом имеются основания утверждать возможность соматической природы изменений в нервно-психической сфере, хотя и не исключается вероятность их возникновения все-таки чисто психогенным путем.

Приведем такой пример. Страх смерти во время приступа стенокардии можно на первый взгляд объяснить как психогенный симптом: больной ощущает сдавливание и замирание в области сердца и, сознавая, насколько важным является этот орган для жизни, естественно, испытывает чувство страха. Ясно, что психогенный фактор играет весьма существенную роль в механизме возникновения страха у больного стенокардией. Более того, можно утверждать, что боязнь «остановки сердца» в ряде случаев вызывает развитие приступа стенокардии, превращаясь в одно из звеньев своеобразного порочного круга: страх, имеющий своей причиной приступ стенокардии, сам становится причиной этих приступов.

Однако было бы ошибкой считать, что происхождение описанного состояния страха исключительно психогенное, т. е. что в механизме его возникновения имеет

значение лишь сознание опасности для жизни. Имеются наблюдения из клинической практики, свидетельствующие о том, что страх этот может наблюдаться и без участия сознания.

«Нам неоднократно приходилось слышать от больных грудной жабой, — отмечает М. И. Аствацатуров, — что еще задолго до возникновения у них типичных приступов и до того, как у них появилось какое-либо представление о наличии заболевания сердца, они иногда просыпались по ночам с чувством резко выраженного страха смерти, не испытывая при этом никаких ощущений со стороны сердца. Это одно из проявлений той формы грудной жабы, которую старые врачи обозначали термином «психическая ангина». Таким образом, свойственный грудной жабе страх может возникать соматогенно как непосредственное следствие нарушения деятельности сердца, без всякого представления об опасности для жизни и при полном отсутствии сознания о наличии сердечного заболевания».

Указанный момент, несомненно, очень существен, поскольку в известной мере проясняет сложную проблему психосоматических корреляций. В этом плане представит значительный интерес изложение некоторых физиологических основ взаимоотношений между соматической и психической сферами.

То или иное соматическое неблагополучие проявляется определенными биологическими сдвигами, оказывающими влияние на психику посредством интероцептивных сигналов, которые поступают в кору головного мозга из больного органа. Происходит изменение самоощущений человека, его внутренних переживаний. Интероцептивные сигналы от разных органов различны, но в любом случае они сопровождаются аффективными проявлениями, выражающимися в беспокойстве, тревоге, опасениях за здоровье. Вместе с тем они несут специфическую для данного органа эмоциональную окраску переживаний. Иными словами, эти интероцептивные сигналы являются не только предупреждением, так сказать, общего порядка, но и предупреждением о вреде каких-то конкретных факторов.

Тошнота или рвота после приема определенной пищи, усиленное сердцебиение, вызванное напряженной физической работой, печеночная колика как результат погрешности в диете и т. д. заставляют человека в по-

следующем избегать подобных вредностей. Связи этих интероцептивных сигналов с внешним миром, согласно работам школы К. М. Быкова, очень медленно превращаются в постоянные. Но зато они оказываются практически неподверженными торможению и угасанию — напротив, отличаются инертностью и стойкостью. Отсюда их большое влияние на все психические функции.

Нет нужды доказывать, что соматическая болезнь проявляет астенизирующее воздействие на психику. Астенизация эта выражается в ослаблении и замедлении процессов в коре головного мозга, в ограничении возможностей коркового регулирования функций внутренних органов и ослаблении торможения идущих от этих органов интероцептивных импульсов (описанных выше), являющихся обычно подпороговыми для сознания. Возникает то, что С. С. Корсаков называл гиперестезией в отношении внутренних органов. «Каждый может убедиться на себе, — писал он, — что сосредоточение внимания значительно усиливает чувствительность и дает возможность воспринимать то, что при обыкновенных условиях не воспринимается. Если, например, сосредоточить внимание на пульсации пальца, то через некоторое время человек действительно ощущает пульсацию, которой до этого времени не чувствовал».

Вследствие гиперестезии в сознание проникают — в качестве каких-то необычных — нормальные импульсы, воспринимаемые, однако, больным как сигналы неблагополучия в том или ином органе. Усиленное внимание к его работе способствует понижению порога раздражения в отношении соответствующих интероцептивных импульсов и ведет к проникновению их в сферу сознания.

Правда, имеются случаи, говорящие о том, что описанный механизм оказывается не всегда действенным. Существует немало людей, которые не склонны к болезненной интерпретации проникающих в их сознание интероцептивных сигналов. Возможность (или же невозможность) этой интерпретации зависит от многих условий. Здесь играют роль личностные черты данного человека, сложившиеся у него представления о той или иной болезни, запас знаний, уровень образования, жизненный опыт, характер воспитания, особенности реагирования на различные внутренние ощущения.

ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Функции психиатра и психотерапевта применительно к больным с психосоматическими расстройствами включают постановку диагноза, определение роли и участия «психического» и «соматического» в структуре клинических проявлений у каждого конкретного больного, оказание лечебной и профилактической помощи.

Бесспорным является факт, что на результаты проводимого лечения немалое влияние оказывает характер взаимоотношений, складывающихся между врачом и больным. В современной медицине происходит закономерный процесс специализации и технизации лечебных мероприятий. В этих условиях крайне важным является сохранение непосредственного, живого общения врача с больным. Гуманистические принципы, положенные в основу традиционного для отечественной медицинской науки и практики деонтологического подхода, требуют установления положительного психологического контакта между врачом и пациентом, обратившимся к нему за помощью. Соблюдение этих принципов особенно важно в отношении больных с психосоматическими расстройствами, так как помогает созданию необходимой атмосферы, в огромной степени влияющей на эффективность терапии.

В деонтологическом подходе к больным с психосоматической патологией имеются отличительные черты. Весьма существенным для врача в этих случаях является возможно раннее выяснение всех особенностей собственной «концепции» больного о его физическом недуге (реальном или мнимом), представлений о его причинах и исходе, степени выраженности чувства тревоги, угрозы для будущего, которую, по мнению пациента, заключает в себе болезнь, влияния ее на жизненную ситуацию. С учетом этих данных и особенностей личности больного врач через какое-то время, необходимое для уточнения диагноза, излагает пациенту свое понимание основных проявлений заболевания (стараясь при этом избегать в общении директивного стиля и ни в коем случае не навязывать свою точку зрения), привлекает пациента к совместному обсуждению предполагаемой терапевтической тактики, при этом постепенно приобщая его к активному участию в лечебном процессе.

Отношения врача и больного, таким образом, носят характер сотрудничества — ими коллегиально вырабатывается психологическая установка на избавление от имеющихся расстройств, намечается определенная линия поведения в жизни, соответствующая состоянию физического и психического здоровья пациента.

Указанные принципы и составляют основу проводимой психотерапии. Сама по себе откровенная беседа больного с врачом, понимающим его, приносит ему душевное облегчение. Ведь, как правило, ему совершенно непонятны происхождение и сущность мучающих его тягостных физических ощущений, страхов, различного рода опасений. Кроются они в «эмоциональных комплексах», будоражащих в больном смутную тревогу и беспокойство. Достижимое с помощью врача осознание причин невротических расстройств помогает больному справиться с ними, пересмотреть свои взгляды на окружающее и, что особенно важно, научиться по-другому трактовать свои эмоциональные переживания.

В процессе психотерапевтического воздействия человек получает представление о психологических механизмах своей болезни, начинает четко осознавать факт искаженного восприятия происходящих в организме биологических процессов, что в итоге позволяет ему понять ошибки в его реагировании на те или иные физические ощущения. Большое значение имеет помощь психотерапевта в раскрытии больному причин и содержания имеющегося у него «внутреннего конфликта», в изменении его ценностных ориентаций и установок, в мобилизации его усилий на преодоление существующих трудностей. Проводимое психотерапевтом индивидуально в каждом случае специальное обучение методам сознательного и активного противодействия болезненным расстройствам непременно приносит свои плоды — формирует у человека правильное отношение к испытываемым им ощущениям, помогает (что крайне важно) увидеть перспективу, выработать у себя новые, иные взгляды на свое состояние.

Одним из применяемых методов является рациональная психотерапия. Суть ее состоит в разъяснении, убеждении, отвлечении и успокоении больного. Советы врача всегда исходят из реальных условий жизни, возможностей больного, его привычек и интересов. Надо сказать, что от того впечатления, какое вынесет больной из пер-

вой встречи с врачом, от того, насколько сильным окажется возникший между ними эмоциональный контакт; в огромной степени будет зависеть эффект лечения. Больной должен быть активным помощником врача. Недаром один древнегреческий врач говорил своим пациентам: «Смотри, нас трое — я, ты и болезнь. Поэтому если ты будешь на моей стороне, нам будет легче одолеть ее одну; но если ты перейдешь на ее сторону, я один не в состоянии буду одолеть вас обоих».

Имеющийся при описываемых нами невротических состояниях сложный внутренний конфликт находит свое выражение не только в психосоматических сдвигах и нарушениях внутриличностных связей, но и в изменении отношений с окружающими. Из-за сбуловленных нервным срывом искажений в области социального восприятия больной неверно, предвзято истолковывает мотивы поведения окружающих людей, неадекватно реагирует на разного рода трения и шероховатости, невольно возникающие в процессе общения. Ранее они совершенно не привлекали его внимания и только теперь, когда он находится в состоянии нервного срыва, стали вызывать болезненную реакцию. Учет этого межличностного фактора как одного из аспектов невротических нарушений говорит о целесообразности использования психотерапии не только в индивидуальной, но и в групповой форме.

Особенность групповой психотерапии состоит в том, что она проводится одновременно в группе и при этом формируется коллектив больных, который уже сам по себе оказывает положительное психологическое воздействие на всех членов. Это достигается, конечно же, только в том случае, если в группе царит атмосфера непринужденности, доброжелательности, взаимного стремления помочь друг другу избавиться от болезненных расстройств.

Лечение проводится 1—2 раза в неделю в течение 1 часа. Количество больных, входящих в группу, различно: бывают большие группы (10—15 человек) и малые (2—5 человек). Состав их может быть постоянным (группа закрытого типа) или меняющимся: по мере того как выбывают одни больные, их место занимают другие (группа открытого типа).

При проведении сеансов психотерапевт рассказывает больным о причинах и механизмах возникновения их недуга, объясняя, что заболевание носит временный, об-

ратимый характер и хорошо поддается лечению. Во время сеансов анализируются возможные пути преодоления болезни, показывается огромная важность самовоздействия, выработки способности «гасить» в себе неприятные переживания, ни в коем случае не фиксироваться на всякого рода внутренних ощущениях.

В процессе психотерапии существенное влияние, помимо врача, оказывают также дискуссии, возникающие между членами группы. Высказываемые в ходе такой дискуссии суждения по поводу тех или иных проблем, связанных с имеющейся болезнью, воспринимаются каждым из пациентов не как адресованные специально к нему и преследующие цель успокоить, отвлечь от мрачных мыслей, а как обращенные ко всей группе и поэтому вызывают большое доверие. По мере того как он видит положительные сдвиги, наступающие у других больных в результате лечения, у него повышается уверенность в собственном успехе, в скором выздоровлении, становится все более прочной установка на выполнение врачебных рекомендаций.

Наряду с различными видами рациональной психотерапии врачом проводится также и внушение. Для этого он должен располагать не только глубокими знаниями в области медицины и психологии, но и силой убеждения, непререкаемым авторитетом, весомостью каждого слова, твердой убежденностью в успехе проводимого лечения.

И вот здесь-то и следует сказать об одном из методов, при котором внушение является основой лечебного воздействия. Речь идет о гипнотерапии.

Гипноз — это разновидность сна. Он отличается от обычного сна тем, что является как бы неполным, частичным. В состоянии глубокого гипноза торможение захватывает большую часть коры головного мозга, оставляя бодрствующими некоторые ее участки, которые воспринимают слуховые раздражители — слова гипнотизера. Поскольку представления, вызываемые словами гипнотизера, не встречаются при заторможенном состоянии коры головного мозга никакого противодействия, внушенные образы целиком овладевают психикой больного и превращаются в соответствующее их содержанию состояние или действие. Гипноз оказывает то влияние на психику человека, которое называется внушением.

Человек в гипнозе засыпает под влиянием слов. Мо-

нотонный голос гипнотизера, полумрак и тишина в комнате способствуют засыпанию.

Податливость гипнозу у людей неодинакова: одни на первом же сеансе быстро погружаются в глубокий сон — таких меньшинство; другие засыпают на одном из повторных сеансов, у третьих возможно вызвать только состояние дремоты. Лечебный эффект не всегда зависит от глубины гипнотического сна. Нередко хорошие результаты достигаются и при поверхностном, неглубоком сне. Наиболее подвержены гипнозу и словесному внушению люди «художественного типа», поскольку они особенно восприимчивы к конкретным образным представлениям и к воздействию на эмоциональную сферу.

С помощью гипноза достигается снятие у больного различных расстройств со стороны внутренних органов. Все они имеют в коре головного мозга свои «представительства» — высшие регулирующие центры. Надо сказать, что с помощью внушения в гипнозе устраняются только те отклонения в работе внутренних органов, которые не связаны с патологическими изменениями клеток и тканей и обусловлены лишь функциональными (невротическими) нарушениями.

Итак, методы психотерапевтического воздействия разнообразны. Психотерапия может применяться не только в формах, описанных выше (успокоения, разъяснения, убеждения, внушения в гипнотическом сне), но и в более сложных (например, в форме перемены обстановки, перевоспитания, индивидуальной перестройки личностных позиций и т. д.). Но психотерапия даст эффект лишь тогда, когда лечению будет предшествовать анализ конкретных причин возникновения того или иного невротического состояния.

И еще одно условие крайне необходимо — положительный психический контакт врача с больным, вера больного в применяемое лечение. Если этого нет, то и любой метод окажется недейственным.

У больных с психосоматическими расстройствами психотерапия обычно применяется в комбинации с лечением психотропными препаратами. В этих случаях наиболее выраженное положительное действие оказывают транквилизаторы. Назначение их способствует снятию раздражительности, тревоги, беспокойства, нарушений сна, различных неприятных ощущений, идущих из внутренних органов. При выборе транквилизатора важ-

ное значение имеют такие критерии, как своеобразие невротической симптоматики с особым звучанием отрицательно окрашенных эмоциональных переживаний, преобладание в клинической картине тех или иных расстройств (астенических, фобических, соматовегетативных).

В каждом конкретном случае необходим учет отдельных частных моментов. Так, преобладание в клинической картине повышенной возбудимости, раздражительности, вспыльчивости требует назначения малых доз транквилизаторов, причем преимущественно тормозного действия. Положительный эффект в этих случаях достигается с помощью элениума (10—20 мг в сутки), тазепама (10—20 мг в сутки), феназепама (1—1,5 мг в сутки). При преобладании в клинической картине вялости, заторможенности, подавленности необходимо назначение транквилизаторов со стимулирующим компонентом действия. Таким больным следует рекомендовать триоксазин (300—600 мг в сутки), рудотель (10—20 мг в сутки).

При большой выраженности и интенсивности невротических расстройств показана терапия средними дозами транквилизаторов. Можно констатировать их высокую эффективность при наличии массивной тревоги, выраженного эмоционально-аффективного сопровождения болезненных ощущений. Напротив, у больных с вялой, не имеющей тенденции к динамике и лишенной эмоциональной насыщенности психопатологической симптоматикой терапевтическое действие транквилизаторов оказывается незначительным. Поэтому их следует сочетать со стимуляторами (сиднокарб 10—15 мг в сутки) или нейролептиками «мягкого» действия (френолон 5—10 мг в сутки).

Следует подчеркнуть необходимость особой лечебной тактики по отношению к больным с соматизированными депрессиями. Как правило, назначение только одних антидепрессантов не вызывает совсем или же вызывает лишь частичную редукцию имеющихся расстройств. Поэтому терапию антидепрессантами (амитриптилин 25—50 мг, азафен 50—75 мг, пиразидол 50—75 мг в сутки) нужно проводить в комбинации с вегетотропными препаратами из группы адреноблокаторов (из этой группы наиболее эффективен пирроксан в дозах 30—60 мг в сутки).

Вполне понятно, что все перечисленные виды лечения

должен проводить только врач (психиатр или психотерапевт). Но что делать, если в данном городе или поселке нет такого врача?

Отчаиваться тут не следует. Каждый человек может в довольно короткий срок самостоятельно овладеть искусством саморегулирования, управления процессами, происходящими в организме. Для этого нужно научиться подавлять, заглушать в себе отрицательные эмоции, вызываемые неприятными физическими ощущениями, найти в себе силы для того, чтобы «переделать» свое мышление — попытаться внушить себе другое состояние и ярко представить себя здоровым человеком, спокойным, уверенным, твердым, способным превозмочь любой недуг.

Хороший эффект дают всякого рода переключения: смена вида труда, объекта общения, формы досуга. Можно сослаться на примеры, которые случались в жизни с каждым из нас не раз. Дурное самочувствие, гнетущая тревога, подавленное настроение, а также боли в желудке, боль зубная или головная как-то уходят на задний план, сами по себе исчезают, если человека сразу, без всякой подготовки вовлечь в новое дело, сообщить крайне неожиданную новость — одним словом, заставить его резко изменить привычный жизненный ритм, перевести в какое-то совершенно иное психологическое состояние.

Людям, склонным к фиксации на болезненных переживаниях, показаны периодические эмоциональные взрывы: потрясение от увиденного произведения искусства, прочитанной книги и т. д. В задачу окружающих людей (родственников, друзей, сослуживцев) входит забота о создании вокруг этого человека определенного климата. Не сокрушаться, не сочувствовать излишне, а всячески отвлекать, пригласив в свой дом провести вечер, посетить вместе интересную выставку, фильм или спектакль. В одних случаях следует проявить и строгость, призвать к терпению, выдержке, умению владеть собой, привести поучительные примеры из жизни, из литературы, демонстрирующие стойкость и силу духа человека, не сломленного болезнью, в других — ограничиться разумным советом, без тени сентимента и сострадания.

Но и самому человеку надо уметь справляться со своим состоянием. Ни в коем случае нельзя уходить в болезнь, отравляя жизнь и себе, и окружающим. Здесь, конечно, требуются волевые усилия, направленные на

преодоление навязчивых, мрачных мыслей: «я больной», «я не такой, как все», «я должен соблюдать во всем осторожность», «из-за болезни я лишен многих радостей» и т. п.

Что может помочь предотвращению вживания в болезнь? Нужно напомнить себе, что всякого рода недуги поражают не такое уж малое количество людей. И болеть тоже надо уметь. Взять, к примеру, двух схожих по жизненному статусу и прочим данным людей с одинаковым диагнозом. Но как по-разному они относятся к своему заболеванию! Один переносит его терпеливо, мужественно, не теряя оптимизма, другой — все время прислушиваясь к себе, контролируя каждый свой шаг, часами обсуждая с окружающими все подробности своего состояния.

Если же говорить о людях, страдающих «скрытыми» неврозами (имитирующими тот или иной физический недуг), то, помимо более и неприятных ощущений, в большинстве случаев для них характерно чувство непроходящей усталости, разбитости, практически не покидающее их. У этих людей наблюдается так называемый эффект неотдыхающих мышц. Постоянное мышечное напряжение способно придать лицу некую маску с выражением грусти и уныния. Выход из этого состояния — в руках самого больного. Что надо сделать?

Прежде всего постараться вызвать в памяти события, связанные с пережитыми когда-то радостными эмоциями: приятные встречи, отдых на морском берегу, прогулку за город, праздник в кругу друзей и т. п. Чтобы сбросить эту нажитую маску, следует почаще смотреть на себя в зеркало, заставляя вызывать на лице выражение улыбки. Хорошим лекарем становится живой пример — знакомый вам человек, никогда не унывающий, с забавными манерами, весельчак по характеру. Стоит представить себе в его пересказе какую-нибудь занимательную историю и весь его облик при этом, как сразу повысится настроение, исчезнут вялость, хандра, усталость, мысли о возможной болезни.

Существуют и специальные методы, помогающие правильному реагированию на психотравмы, трудности, неудачи, а также на различные ощущения, идущие из внутренних органов.

Одним из наиболее широко распространенных методов регуляции психической деятельности, получивших в

последние годы большую популярность, является аутогенная тренировка. Контроль за собственными эмоциями, обеспечение гибкости и подвижности в психической сфере — именно те качества, в которых нуждается практически каждый человек.

Аутогенная тренировка помогает также снятию разного рода невротических симптомов (внутреннее напряжение, тревога, подавленное настроение, раздражительность, плохой сон и т. д.).

Известно, что все эмоциональные реакции сопровождаются изменениями со стороны вегетативной нервной системы. Это заметно и по внешнему виду человека, находящегося во власти той или иной эмоции. Его лицо то краснеет, то бледнеет, у человека «сохнет во рту» от ярости или гнева, или же он обливается холодным потом в состоянии страха. Пульс то резко учащается, то, напротив, становится более редким. Кровяное давление тоже обнаруживает колебания — может повышаться или понижаться. Все эти симптомы являются отражением происходящих в вегетативной нервной системе процессов, сопровождающих изменения в эмоциональном состоянии.

Но если постараться изменить характер вегетативных реакций, то по принципу обратной связи можно оказать воздействие и на эмоциональные проявления. Проиллюстрируем это таким примером. Если у вас плохое настроение, сделайте следующее. Вызовите на лице выражение улыбки, улыбайтесь, хотя и насильно, но попытайтесь удержать улыбку достаточно длительное время. Вы сможете убедиться, что постепенно ваше плохое настроение сгладится. Вам не станет весело, но и прежнего чувства подавленности вы уже не будете испытывать.

Состояние тревоги, напряжения, беспокойства по поводу своего здоровья, характерные для описываемых в данной брошюре больных, сопровождаются произвольным мышечным напряжением всего тела (мы уже говорили об этом своеобразном «эффекте неотдыхающих мышц»). Если бы можно было снять в таком эмоциональном состоянии мышечное напряжение, уменьшились бы и расстройства в нервно-психической сфере. И это, оказывается, возможно сделать. Аутогенная тренировка как раз и призвана помочь человеку овладеть способностью контролировать проявления вегетативной нерв-

ной системы и путем самовнушения оказывать влияние на эмоциональные реакции. Она помогает обрести навык свободного владения произвольными процессами — телесными и душевными. Ведь управлять мы можем только теми явлениями, которые подвластны нашей воле (ходьба, еда, чтение и т. п.). Однако если взять и попробовать заставить сердце биться чаще или прогнать вмиг дурное настроение, то это сразу не получится. Но этими навыками можно овладеть.

Прежде всего надо научиться с помощью специальных упражнений погружаться в такое состояние расслабленности, в котором происходящие в нашем организме произвольные процессы гораздо больше податливы самовнушению, чем в период бодрствования. Для этого очень важно выработать специальную позу, в которой лучше всего погружать себя в «переключение». Эта поза называется «кучер дрожек»: вы сидите на стуле, раздвинув колени и положив предплечья на бедра так, чтобы кисти рук свешивались, не касаясь друг друга. Корпус не должен сильно наклоняться вперед, он как бы «висит» на позвоночнике, спина не касается спинки стула. Все тело расслаблено, голова опущена на грудь, глаза закрыты.

В этом и состоит вводное занятие — в выработке навыка овладения описываемой позой. Она отрабатывается в течение недели, трижды в день, в одно и то же время. Тренировки продолжаются по 5—10 минут. Отрабатывать позу — значит научиться автоматически принимать ее, а в последующем выходить из нее в обычное состояние.

На первом занятии основное место отводится определенному упражнению — вызыванию чувства тяжести. Нужно принять уже знакомую позу и повторять про себя: «Моя правая (левая) рука тяжелая». Повторить это 6 раз и после этого произнести: «Я совершенно спокоен». Продолжая заниматься самостоятельно дома трижды в день (по 3—5 минут), нужно добиться того, чтобы за неделю научиться вызывать чувство тяжести во всем теле.

На втором занятии обретается умение вызывать чувство тепла. Это упражнение «наслаивается» на предыдущее. Ощувив тело тяжелым, вы «прибавляете» в правую (левую) руку еще и тепло («Мои руки, ноги, все тело тяжелые, я совершенно спокоен, моя правая рука

тяжелая и теплая»; «я совершенно спокоен» произносится 1 раз, остальное — 6 раз).

Третье занятие посвящено регуляции деятельности сердца. Для состояния переключения важно почувствовать удары своего сердца, «прибавить» пассивное сосредоточение на сердечном ритме к фиксации внимания на ощущении тяжести и тепла. Формула имеет следующий вид: «Мои руки, ноги, все тело тяжелые и теплые; сердце бьется ровно и спокойно» — повторить 6 раз и «я совершенно спокоен» — 1 раз.

На четвертом занятии вырабатывается способность регулировать дыхание. Задача — пассивно сконцентрироваться на дыхательных движениях, настроиться на них, ни в коем случае не «нажимая» на дыхательную деятельность произвольно. Формула: «Мои руки, ноги, все тело тяжелые и теплые; сердце бьется спокойно; дыхание ровное» (6 раз) и «я совершенно спокоен» (1 раз).

Цель пятого занятия — научиться регулировать работу органов брюшной полости. Прodelав прежние 4 упражнения, нужно пассивно сосредоточиться на солнечном сплетении, представляя его себе посредине между пупком и мечевидным отростком грудины — в верхней половине брюшной полости. Формула: «Мои руки, ноги, все тело тяжелые и теплые; сердце бьется спокойно и ровно; дыхание спокойное; в солнечном сплетении разливается тепло» (6 раз) и «я совершенно спокоен» (1 раз). Постепенно возникает ощущение прогревания и расслабления органов брюшной полости.

Шестое занятие посвящено регуляции сосудов головы. Нужно вызвать у себя ощущение прохлады в области лба, похожее на то, которое вызывает легкий прохладный ветерок. Формула: «Мои руки, ноги, все тело тяжелые и теплые; сердце бьется спокойно и ровно; дыхание спокойное; в солнечном сплетении разливается тепло; лоб приятно прохладен» (повторить 6 раз) и «я совершенно спокоен» (1 раз).

Эти 6 упражнений, с помощью которых достигается состояние переключения, есть начальная стадия аутогенной тренировки. После выработки достаточных навыков в выполнении указанных упражнений можно переходить к сеансам, направленным непосредственно на ликвидацию неприятного эмоционального состояния. Так, можно внушить себе, что вы не испытываете тревоги, на-

пряжения, беспокойства, скованности, ощущения боли или дискомфорта в том или ином внутреннем органе. И эти явления действительно в процессе занятий постепенно уменьшаются, а впоследствии и совсем исчезают. Аутогенная тренировка помогает полной нормализации нервно-психического состояния.

Важное место в борьбе с психосоматическими расстройствами занимают мероприятия по их профилактике. Все, что приводит к ослаблению нервной системы (чрезмерное и длительное перенапряжение, отсутствие четкого режима труда и отдыха), способствует возникновению такого ее состояния, при котором любая незначительная психотравма может спровоцировать развитие болезненных нарушений.

Ослабление нервной системы может происходить различными путями. И если в одних случаях наши усилия в борьбе с болезнью не играют существенной роли (например, когда речь идет об органическом процессе), то в других (например, в случаях нервного срыва) мы вполне можем предотвратить возникновение заболевания.

Огромную роль в этом играет физическая культура, которая должна стать неотъемлемой частью режима дня. Она снимает нервную возбудимость и раздражение, физическую и умственную утомляемость, способствует лучшему взаимодействию всех органов и систем.

«На первое место, — пишет профессор Н. М. Мухарьямов, — несомненно следует поставить двигательную активность, так как нет иного, более простого, доступного и в то же время надежного и эффективного средства профилактики многих заболеваний. Сейчас все знают такое модное слово, как «гипокинезия». Этот термин означает ограничение подвижности, обусловленное пассивным образом жизни. Гипокинезия стоит первой среди причин, которые приводят к самым различным болезням. Очень часто на страницах газет и журналов встречаются публикации типа: был болен (приводится перечень недугов), начал заниматься физическими упражнениями, бегом, лыжами, аэробикой — стал здоров... Наивно? Но, представьте себе, я допускаю такую возможность. Ведь человек обратился к физкультуре с верой и надеждой в исцеление. Уже само решение надеть спортивную форму и начать тренироваться —

первая победа над собой. А дальше — отказ от вредных привычек, упорядочение режима питания, образа жизни. Победа следует за победой. Укрепляется вера в свои силы. Вот и получается, что физкультура действительно целительна! В поединке с болезнью человек, который дружит с физкультурой, духовно богатый, целеустремленный, обязательно выйдет победителем».

Необходимо помнить также о вреде всякого рода перегрузок. Если в результате интенсивного труда появились повышенная утомляемость, вялость, раздражительность, ухудшение сна, неприятные ощущения в сердце, желудке, это должно насторожить его и заставить сразу же снизить нагрузки. В таких случаях обязательно нужен отдых, смена обстановки. Выезд за город, туристский поход в выходные дни подарят вам не только бодрость, но и хорошее настроение, поскольку физическое состояние человека неразрывно связано с душевным настроением.

Научно-популярное издание

Юлиан Борисович ТАРНАВСКИЙ
ПОД МАСКОЙ ТЕЛЕСНОГО НЕДУГА
(Проблемы психосоматики)

Главный отраслевой редактор А. Нелюбов
Редактор А. Поликарпов
Мл. редактор Л. Щербакова
Худож. редактор М. Бабичева
Техн. редактор А. Красавина
Корректор Е. Альшевская
ИБ № 10667

Сдано в набор 22.12.89. Подписано к печати 01.02.90. А 01852. Формат бумаги 64×108¹/₃₂. Бумага тип. № 2. Гарнитура литературная. Печать высокая. Усл. печ. л. 3,36. Усл. кр.-отт. 3,68. Уч.-изд. л. 3,52. Тираж 294 735 экз. Заказ 2217. Цена 15 коп. Издательство «Знание». 101835, ГСП, Москва, Центр, проезд Серова, д. 4. Индекс заказа 906203.
Типография Всесоюзного общества «Знание». Москва, Центр, Новая пл., д. 3/4.

Дорогой читатель!

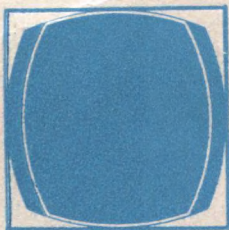
Брошюры этой серии в розничную продажу не поступают, поэтому своевременно оформляйте подписку.

Подписка на брошюры издательства «Знание» ежеквартальная, принимается в любом отделении «Союзпечати».

Напоминаем Вам, что сведения о подписке Вы можете найти в «Каталоге советских газет и журналов» в разделе «Центральные журналы», рубрика «Брошюры издательства «Знание»

ЗНАНИЕ

Цена подписки
на год
1 руб. 80 коп.



Наш адрес:
СССР,
Москва,
Центр,
проезд Серова, 4