

МЕДИЦИНСКАЯ (КЛИНИЧЕСКАЯ) ПСИХОЛОГИЯ — ЭТО ЦЕЛАЯ ФИЛОСОФИЯ...

«Если больному после разговора с врачом не становится легче, то это не врач».

В.М.Бехтерев

Данная статья не преследует цель открыть новые горизонты в области практической медицины. Она скорее еще раз подчеркивает множество жизненно важных сведений из тех областей знаний, в которых непременно должен ориентироваться каждый цивилизованный человек, независимо будь то врач, психолог, либо просто пациент, повышая тем самым уровень культуры здоровья. Это необходимо, чтобы более ясно представлять устройство и механизмы нормального функционирования своего организма и иметь возможность долгие годы поддерживать его в полном здравии.

Характерология, практическая психология и медицина не являются взаимонезависимыми науками. Между ними существует глубокая внутренняя связь. К примеру, многие соматические и нервно-психические заболевания обусловлены чертами характера человека, манерами его поведения. С другой стороны, наше питание, нарушение баланса в организме тех или иных микроэлементов, витаминов и кислот обуславливают определенные черты характера, состояние нервной системы, во многом предопределяют психологию поведения.

При подготовке настоящей статьи базовым литературным источником, имеющим большое число систематизированных аспектов, раскрывающих взаимосвязь и взаимозависимость характерологии, практической психологии и медицины, послужило произведение, выпущенное по государственному заказу, «Характер — здоровье — судьба» (автор — профессор Сухарев В.А.), которое вобрало в себя наиболее ценную информацию об этих областях знаний, содержащуюся в отечественных и зарубежных изданиях.

Посвящается моим уважаемым пациентам, друзьям и коллегам

Филологически эрудированный читатель может обратить внимание на то, что в предлагаемой статье не употребляется слово «больной», а только — «пациент» (закономерное повторение). Пациент (от лат. *patiens* — страдающий, терпящий, нуждающийся в помощи) — лицо, обратившееся за медицинской помощью и/или находящееся под медицинским наблюдением. Альтернативное предпочтение «пациенту» — не случайная «филологическая ошибка», а принципиально важная форма отношений в психологии общения медицинского работника и пациента. Различным аспектам общения людей посвящена серия книг Дейла Карнеги, переведенных на русский язык и ставших, в некоторой степени, настольными. Из множества его рекомендаций мы выделим лишь следующую: **облегчает контакты знание имени человека, к которому мы обращаемся, собственное имя — всегда самое приятное для него слово и т.д.** С учетом этой приведенной выше рекомендации Карнеги, следует подчеркнуть, что нередко напряжение между медицинским работником и пациентом возникает из-за обезличивания человека, обратившегося за помощью. Ему приписывается имя «больной». В отделениях, поликлиниках мы слышим: «Больной, идите к врачу», «Больной, не вставайте с постели», «Больной, где ваши анализы» и т.д. Обращение к пациенту по имени или имени и отчеству укрепляет его чувство самоуважения, подчеркивает ваше уважительное к нему отношение, является, на наш взгляд, одним из важнейших моментов в профилактике отрицательных реакций. В то же время обращение по имени, если такое используется, не должно иметь оттенка фамильярности.

В процессе общения медицинского работника с пациентом возникает сложная и весьма деликатная проблема взаимоотношений двух людей, двух личностей, правильное решение которой определяет очень многое. Один ждет от другого помощи, облегчения своих страданий, другой изыскивает пути более рационального оказания ее.

Любая болезнь вызывает определенные изменения в психологии заболевшего, которые необходимо знать каждому медицинскому работнику, чтобы наметить правильную (адекватную) тактику беседы, поведения и лечения. Но как показывает практика, и на сегодняшний день, к большому сожалению, меди-

цинские работники далеко не всегда учитывают личностные особенности пациентов и возможные невротические наслоения, что нередко усложняет взаимоотношения между ними. Помимо заболевания каких-либо органов и систем, медицинский работник, прежде всего, должен видеть Человека с его болью и его тревогой за свое здоровье. В психологических особенностях больного человека нельзя разобраться без знания основных вопросов общей психопатологии. Характер изменений в психике заболевшего может быть самым различным — от слабо выраженных невротических и неврозоподобных до кратковременных психотических, существенно изменяющих клиническую картину болезни. Нередко эти изменения и их выраженность неразрывно связаны с особенностями личности пациента, и разобраться в них без знания основ медицинской (клинической) психологии очень трудно. Между тем, по данным Американской психиатрической ассоциации и ряда зарубежных авторов, каждый пятый пациент общеклинической сети нуждается в психолого-психотерапевтической помощи, а каждый десятый общесоматических стационаров — в психологическом обследовании.

Каждому современному врачу в процессе его профессиональной деятельности приходится входить в контакт со многими людьми, психическое состояние которых отягощено болезнью. Успех общения врача и пациента во многом зависит от того, насколько врач владеет искусством психотерапевтического воздействия. Нередко тревога и страх главенствуют в картине болезни, поэтому разумнее всего начинать лечение именно с психотерапевтического воздействия. Ведь часто болезнь так доброкачественна, что нет смысла применять к пациенту сильнодействующие, зачастую небезопасные средства: выздоровление наступит само по себе даже без лекарств, если успокоить и приободрить пациента. Если же врач не в состоянии полностью устранить причину заболевания, то обязан снять или хотя бы уменьшить психические напластования, которые усугубляют болезнь и нередко более тягостны для пациента, чем само заболевание.

Врач занимает в современном обществе такое положение, что каждый ожидает от него психотерапии. Оказывая в любом случае сильное влияние на психику пациента, он способен решить, будет ли это

влияние на пользу или во вред пациенту. Важны не только пузырек с микстурой или коробочка с таблетками, но и та манера, с которой врач прописывает их пациенту. Во многих случаях прибегают к помощи врача не потому, что требуется основательное лечение, а для того, чтобы он помог пациенту и его семье изжить связанные с болезнью негативные эффекты: боязнь, неопределенность, ипохондрию, безнадежность. Не случайно некоторые врачи не любят лечить себя сами, а предпочитают обращаться за помощью к своим коллегам. Подсознательно каждый врач ощущает исходящее от него психотерапевтическое воздействие, которое вместе с фармакологическим и дает целебный эффект. В этой связи вызывает удивление тот факт, что многие наши современные (отечественные) врачи редко используют в своей практике психотерапию сознательно, активно и постоянно.

Как правило, для любого пациента большое значение имеет первый контакт с врачом, ибо врач — это тот человек, которому он вверяет свое здоровье, а в некоторых случаях и саму жизнь. Создающееся у него впечатление от врача является фундаментом будущего психотерапевтического влияния. Недаром известное изречение знаменитого нейроморфолога, нейрофизиолога, невропатолога, психолога и психиатра В.М.Бехтерева гласит: «Если больному после разговора с врачом не становится легче, то это не врач». (В.М.Бехтерев, опираясь на учение И.М.Сеченова, развил и построил «объективную психологию». Рефлекторная теория стала прочной основой понимания как нормальных, так и патологических психических явлений).

Пациент, как правило, считает, что хороший врач целиком отдает себя своей профессии, поэтому у него нет ни времени, ни интереса следить за новинками моды: врач должен быть одет скромно и просто. Кроме того, он должен быть опрятен и чистоплотен и в одежде, и в прическе, и на рабочем месте, ведь медицина всегда ассоциируется с чистотой.

В беседе с пациентом с первых же слов надо создать впечатление приветливости, участия, готовности помочь. Равнодушный тон, сухое обращение, невнимательность здесь губительны. Если пациент взволнован и страдает от боли, одышки, необходимо сначала успокоить его. При этом уместны, например, слова: «Сейчас я постараюсь вам помочь, только сначала я должен вас осмотреть, послушать, задать несколько вопросов, так что немного потерпите». Даже если врач торопится, ни в коем случае нельзя допустить, чтобы пациент почувствовал это. Нельзя показывать и свою усталость, даже если вы дежурили целую ночь. Каждый пациент имеет право получить полноценную помощь.

Нецелесообразно выслушивать подробный рассказ пациента, не направляя его в нужное русло. Позвольте пациенту в течение двух-трех минут свободно рассказывать о том, что он считает нужным. При этом вы можете оценить его память, интеллект, уровень развития, особенности характера, что позволит выбрать подходящий тон в дальнейшей беседе, а возможно, и метод лечения. Затем надо начать задавать четкие и простые вопросы. Возможно, сначала пациент, недовольный тем, что его перебили, кратко и неохотно ответит на ваш вопрос и попытается вновь вернуться к своему повествованию. Тогда ему уместно сказать: «Погодите, не торопитесь. Мне все-таки очень нужно выяснить несколько важных деталей». Если, например, пациент жалуется на сердце, то выясните, было ли нарушение ритма (перебои, сердцебиение, характер пульса), или это приступ стенокардии (сжа-

тие за грудиной, холодный пот), или приступ острой левожелудочковой недостаточности (одышка, кашель, хрипы в груди), или приступ острой мышечно-скелетной боли (невозможность глубоко вздохнуть и переменить положение).

Чем конкретнее задаваемые врачом вопросы (какая была боль — постоянная или схваткообразная; при головокружении пошатывало или кругом все вращалось; какого цвета была мокрота...), тем быстрее пациент убедится, что врач ищет что-то важное, и с доверием станет помогать ему. Кстати, постоянный интерес к конкретным деталям и особенностям каждого случая является важнейшим способом приобрести то знание естественного хода болезни, которое позволяет опытному врачу ставить диагноз уже во время расспроса.

Вопросы всегда должны быть ясными и простыми, иначе пациент, не поняв чего-то и постеснявшись переспросить, даст неправильный ответ и тем самым собьет врача с правильного пути. Нередко пациенты отвечают на вопрос утвердительно просто потому, что им кажется: врач ждет от них именно такого ответа. Часто дать правильный ответ помогает вопрос, поставленный в альтернативной форме.

Ознакомление во время беседы с диагнозами болезни, поставленными другими врачами, с психологической точки зрения нецелесообразно, ибо, поддавшись чужому авторитету, врач невольно сокращает свою диагностическую активность и рискует пойти по неправильному пути. Он должен сформировать свое собственное мнение о болезни, а потом уже выяснить, что думают по этому поводу другие врачи. И если его выводы окажутся другими, он с особой тщательностью должен провести диагностирование и разобраться, на чьей стороне истина. Кстати, такой подход всегда импонирует пациенту и резко повышает в его глазах рейтинг лечащего врача.

Во время беседы нежелательно делать записи, поскольку это снижает степень психотерапевтического воздействия на пациента. Получив общее представление о болезни, врачу бывает нетрудно связать воедино все факторы и сделать затем короткую запись в карте пациента. Ни в коем случае нельзя осуждать ошибки предыдущих врачей, даже если они очевидны. Осуждая своих коллег, психологически мы не прибавляем авторитета себе. Пациент справедливо посчитает, что если ошибались прежние врачи, то и нынешнему не стоит сильно доверять.

Необходимо задать несколько вопросов, которые бы помогли раскрыть личность пациента. Ведь известно, что такие факторы, как одиночество, неудачный брак, потеря или тяжелая болезнь близкого человека, сильнее всего сказываются на душевном состоянии человека и не только существенно изменяют картину болезни, но и диктуют особенности ее лечения. Воздействие психогенных факторов даже на явно соматические заболевания огромно.

Обычно считают, образование холестериновых бляшек на стенках сосудов — это медленный и непрерывный процесс, вроде образования накипи или ржавчины. Однако эксперименты на животных показывают, что этот процесс может идти скачкообразно и резко ускориться под воздействием сильных отрицательных эмоций. В частности, вполне вероятно возникновение стенокардии и других сердечных заболеваний спустя несколько месяцев после большой психологической травмы. В связи с этим нелишне вспомнить, что пожилые люди «разваливаются» и умирают от той или иной болезни не сразу после

утраты близкого человека или иного горя, когда, казалось бы, нервное потрясение особенно велико, а обычно спустя несколько месяцев. Значит, горе и тоска могут вызывать не только незамедлительную реакцию в виде спазма артерии, бронхов или желчных протоков, под влиянием душевного надлома начинает быстро прогрессировать атеросклероз, либо расстраиваются механизмы иммунной защиты, либо нарушается гормональная регуляция. Чтобы проявились последствия этих глубинных процессов, требуется определенное время.

Часто пациенты с уже перенесенным инфарктом отмечают, что их стенокардия напряжения становится гораздо легче, когда они живут на даче или в санатории: там они свободно совершают длительные прогулки и ходят гораздо быстрее, чем в городе. Объяснять это только «чистым воздухом» было бы неверно. Причина заключается скорее в снятии тревоги, спешки, раздражительности, т.е., в хорошем настроении. Даже спокойное воспоминание о давно пережитом тяжелом эпизоде, не говоря уже о сильных отрицательных эмоциях — отчаянии, гневе — способно вызвать у человека повышение артериального давления. Любой врач знает, что первично измеренное давление у пациента оказывается обычно выше, чем при повторных измерениях, это объясняется волнением.

Беседа с пациентом после установления диагноза имеет свой выраженный психологический аспект. Пациент хочет поскорее узнать диагноз и название болезни, ведь ничто так не питает страх, как неизвестность и неопределенность. Он хочет также знать, что ему самому нужно сделать, чтобы выздороветь: каковы режим, лекарства, процедуры, сколько времени продлится лечение, каковы перспективы на выздоровление. Наконец, он жаждет ободрения, успокоения, хочет услышать, что его болезнь не так уж страшна.

При сообщении диагноза надо говорить простым, ясным языком, помня, что некоторые термины имеют в просторечии зловещий, устрашающий оттенок и потому нежелательны. Так, вместо диагноза «астма»*, означающего мучительную и трудноизлечимую болезнь, полезнее назвать «бронхит с астматическим компонентом». Разница между этими заболеваниями не так уж велика, а лечение практически одинаково. Можно напомнить пациенту, что в периоды ремиссии (например, летом) у него не бывает одышки и кашля. Значит, несмотря на солидный стаж заболевания, еще не наступили органические необратимые изменения в легких.

При наличии у пациента стенокардии лучше сказать ему о спазме сосудов сердца. Слово «спазм» помогает объяснить пациенту пользу нитроглицери-

на, который многими применяется неохотно из-за ассоциаций с названиями таких грозных состояний, как инфаркт и ишемическая болезнь. Если у пациента нет диабета, который особенно ускоряет развитие атеросклероза, а боли беспокоят в основном утром или при смене погоды, то ему следует пояснить, что главную роль в его заболевании играет спазм сосудов, а не склероз. При склерозе боли возникали бы всякий раз при быстрой ходьбе. Поэтому бороться со спазмом сосудов гораздо легче, чем со склерозом.

Если пациент с опаской сообщает вам, что уже перенес четыре инфаркта, то после осмотра ему полуслушно можно возразить: «Ваш опыт свидетельствует о том, что инфаркт — не такая уж страшная болезнь, раз вы перенесли ее столько раз, а общее состояние ваше вполне приличное».

Избегать устрашающих диагнозов следует любой ценой. Хотя пациент хочет знать всю правду, но смягчить правду милосердием — это достойное средство. Такт и человечность должны стоять на первом месте у любого дипломированного медработника, что, к сожалению, как показывает практика в частности и жизнь в целом, наверное, зависит от природы, от Бога, а не от имеющегося специального образования. «Смягчать» диагноз нужно тактично, не кривя при этом душой: это все-таки должна быть правда, просто одобренная участием и дальновидной заботой о будущем пациента, ибо его мужество и воля к выздоровлению — ценнейшие козыри в борьбе с болезнью.

При тромбозе коронарных сосудов лучше сказать о сердечном приступе. Раковую опухоль лучше называть новообразованием. Невроз тревоги желательно классифицировать как нервные головные боли. Эти слова не только мягче, но они и более понятны.

Общий тон беседы обязан быть серьезным, но спокойным и уверенным: убедите пациента, что вы все взвесили и хорошо знаете, чем он болен, что болезнь эта вас не обескураживает, и вы ясно представляете, что нужно делать.

Нередко приходится иметь дело с пациентом, у которого имеется ранее поставленный диагноз. К примеру, у пациента диагноз ишемической болезни сердца: боли в левой половине груди, отдающие в руку. При расспросе выясняется, что боли длительные, чаще возникают либо под утро, либо к вечеру, а не во время физической нагрузки, нитроглицерин не оказывает быстрого действия, пациент может без одышки и боли подбежать к остановке городского транспорта.

Пациенту нужно объяснить, что любой большой орган особенно страдает во время нагрузки: при ангине больно глотать; при воспаленном коленном суставе больно ходить. При физической работе сердце должно подавать особенно много крови к работающим мышцам. Если оно больное, то именно в это время появляется боль, одышка, перебор и другие симптомы. При симптомах же пациента боль лишь располагается в области сердца, но болит не оно. Об этом говорят возможность бежать без одышки, звучность тонов, отсутствие шумов, пульс хорошего наполнения, отсутствие отсков и застойных хрипов в легких, увеличенная печень. Боли под утро, возможно, обусловлены неудобным положением во сне, что напрягает и утомляет некоторые мышцы и суставы позвоночника. Настоящий приступ стенокардии должен четко проходить через две-три минуты после приема нитроглицерина. Такая беседа прочно и надолго освободит пациента от страхов, и он безбоязненно расширит свою активность.

ДМИТРИЙ БОРИС, окончание в следующем номере

* Автор этой статьи сам в молодости страдал «бронхиальной астмой», поэтому знаком с этим заболеванием не понаслышке и теоретическим медицинским знаниям, а на собственном опыте борьбы с этим недугом. Что же касается путей и способов излечения бронхиальной астмы, то не получив действенного результата от представителей ортодоксальной (син.: современной, научной) медицины, он был вынужден обратиться к многолетнему опыту восточной медицины. Дважды пройдя обучение и клиническую стажировку в медицинских вузах и лечебно-профилактических учреждениях Китая, автор смог не только преодолеть свою болезнь, но и овладеть различными методами традиционной китайской медицины, тем самым повысить свои личные профессиональные возможности в практике лечения, профилактики и реабилитации многих болезней населения. — Прим. авт.

МЕДИЦИНСКАЯ (КЛИНИЧЕСКАЯ) ПСИХОЛОГИЯ — ЭТО ЦЕЛАЯ ФИЛОСОФИЯ... *

Вслед за сообщением диагноза болезни врач должен дать соответствующие рекомендации относительно жизненного режима. Они очень важны для пациента, ведь после встречи с врачом он вновь остается наедине со своей болезнью. Пациент заранее хочет знать, как поступать в той или иной ситуации, что ему можно, а чего нельзя. Например, можно ли делать физзарядку, ходить в бассейн, какой груз можно носить (поднимать), можно ли париться в бане (сауне), ездить в командировку, какая нужна диета, какие принимать лекарства и т.д. Медикаментозных назначений и расплывчатых рекомендаций вроде «щадящего режима» или «не перегружать себя» обычно бывает недостаточно.

Психологически гораздо легче запретить, нежели разрешить. Не секрет, что некоторые врачи лишний раз предпочитают перестраховать себя разного рода запретами и ограничениями в жизни пациента. Любое ограничение морально угнетает пациента, подтачивает его волю к борьбе с болезнью. И наоборот, всякое расширение режима как бы показывает, что болезнь не очень страшна. По этой причине врач-либерал полезнее врача-перестраховщика. Главным ориентиром при назначении режима должен служить принцип обеспечения пациенту условий жизни, максимально приближенных к обычным, то есть к имевшим место до болезни. Поэтому в беседе врач должен поинтересоваться условиями жизни пациента и определить, что конкретно ему дозволяется, а что нет.

Ко всяким запретам и ограничениям следует относиться критически, ибо нередко они обусловлены рутинной. В этом смысле очень наглядна, к примеру, эволюция запретов при остром инфаркте миокарда. Раньше пациент должен был две недели лежать неподвижно на спине, через 3 недели ему разрешали садиться, а первые шаги он делал на 4-5 неделе. В настоящее время режим таких пациентов намного более активный.

Хорошо известно, что любая боль имеет психологический компонент: тревога и страх необычайно обостряют ее восприятие. В результате пациент еще больше страдает и из-за этого старается лежать неподвижно, шадит дыхание, боясь усилить и без того невыносимую боль. Как следствие возрастает опасность возникновения пневмоний, тромбозов, повышения артериального давления. Всякое оптимистическое заключение врача не только снимает мучительную тревогу пациента, но и предупреждает вышеназванные негативные эффекты.

Одышка, усиленное сердцебиение, усталость — сигналы о том, что работа сердца приближается к предельной норме. Стало быть, все нагрузки, которые не вызывают этих явлений, вполне допустимы в режиме пациента. Некоторые виды нагрузок можно допускать, но при более медленном темпе движений.

В диетологии имеется совсем немного твердо установленных запретов. Так, избыток поваренной соли способствует задержке жидкости в организме и повышению артериального давления, поэтому пациент с отеками и гипертонией нуждается в ограничении потребления соли, хотя современные салуретики сделали эту проблему менее острой. Малокалорийное питание со строгим ограничением рафинированных углеводов является основой лечения сахарного диабета. При выраженной почечной недостаточности вреден избыток белков в пище. Уже установлено, что ни одна из многочисленных диет не смогла доказать своего лечебного значения при лечении язвенной болезни. Сейчас лечат таких пациентов, оставляя их на привычной диете, практически без ограничений.

* Окончание, начало в № 1 2008

Любое ограничение в диете не только тягостно психологически, но и небезопасно для здоровья. Исключая из рациона тот или иной продукт, мы невольно увеличиваем вероятность нехватки витаминов или микроэлементов. Таким образом, даже если приходится прибегать к диетическим ограничениям, то делать это надо на короткий срок и по возможности скупо.

При осуществлении лекарственных назначений, как правило, возникает проблема психологического характера — доверия к лечащему врачу. Допустим, при инфекции нужно назначить антибиотик эритромицин. Средняя суточная взрослая доза препарата составляет 1,5 грамма, то есть десять таблеток по 0,15 грамма. Пациенту кажется, что это «лошадиная» доза, и он начинает принимать лекарство в значительно меньшей дозе, снижая тем самым эффективность лечения.

При многих хронических заболеваниях требуется длительный и регулярный прием лекарств. Психологически это очень трудно, пациент устает и часто прекращает лечение или нарушает его режим, не веря в эффективность такого лечения. Но если он видит, что врач по-настоящему убежден в важности своих назначений (что надо уметь показать пациенту), то вероятность успеха лечения резко возрастает. И наоборот, если врач при назначении рецепта скажет равнодушным голосом, не смотря пациенту в глаза: «Принимайте по одной таблетке три раза в день месяца два», то такое лечение заранее обречено на неудачу: пациент либо забросит лекарство через несколько дней, либо вовсе не будет лечиться у такого врача. Точно так же обстоит дело и в хирургии. Нередко трагические отказы пациентов от операции объясняются неспособностью хирурга психологически убедить их в жизненной необходимости операции.

Современная медицина располагает большим арсеналом лекарственных средств. Зачастую это приводит к тому, что пациенту прописывают сразу много лекарств. Однако каждое медикаментозное средство имеет свои противопоказания и побочные действия. При совместном приеме ряда лекарств вероятна их несовместимость. Если такие реакции возникают, то бывает очень трудно решить, что же произошло, усилились ли проявления самой болезни, или же в ухудшении состояния повинны конкретные лекарственные средства.

К тому же следует заботиться о психологической приемлемости медикаментозной терапии: обычно немногие пациенты соглашаются послушно принимать несколько различных лекарств одновременно и либо самовольно уменьшают их дозу, либо вовсе отказываются от приема каких-то средств. При этом «за бортом» могут оказаться наиболее ценные из них. Следовательно, требуется разумная осмотрительность при назначении лекарств. Как правило, из «букета» имеющихся заболеваний нужно уметь определить главное и приложить все силы на его излечение.

К примеру, у пожилого человека установлены гипертония, стенокардия, недостаточность кровообращения, аденома предстательной железы, лейкоцитурия (мочевая инфекция), атонический запор, церебральный атеросклероз (шум в голове, снижение памяти, неустойчивая походка). Лечение каждого из этих состояний хорошо разработано. При недостаточности кровообращения показаны сердечные гликозиды, мочегонные средства, а также рибоксин и препараты калия; при стенокардии — нитраты, антагонисты кальция; при гипертонии — различные гипотензивные средства; при церебральном атеросклерозе — средства улучшающие мозговой кровоток и метаболизм в нервных клетках (циннаризин, пирацетам и др.); при мочевой инфекции —

антибактериальные средства; при запорах — слабительные. Лечение одновременно от всех болезней невозможно, поскольку потребует от пациента ежедневного приема нескольких десятков таблеток.

Патогенетически из всех перечисленных заболеваний самое главное — гипертония. Пока не будет облегчена работа сердца, нельзя добиться хорошей компенсации кровообращения и уменьшить стенокардию. Значит, на первый план нужно поставить гипотензивные средства. Предпочтение можно отдать мочегонным препаратам: они избавят пациента от отеков, уменьшат застой в легких и, стало быть, одышку. (Конечно, в каждом конкретном случае, врач-специалист назначает те препараты, которые наиболее, на его взгляд, уместны и эффективны с учетом индивидуальной клинической картины заболевания). От ряда антисклеротических средств можно отказаться из-за сомнительной их эффективности. Что касается лейкоцитурии, то, пока есть препятствия для оттока мочи (аденома простаты), полностью ликвидировать мочевую инфекцию, как правило, невозможно. Для борьбы с запорами лучше посоветовать пациенту есть пищу, богатую грубой клетчаткой, и побольше двигаться. Ведь давно известно, например, что почталоны запорами не страдают.

При клинической апробации новых лекарственных средств неизменно наблюдается эффект плацебо: часть пациентов благоприятно реагирует не на реальное лекарство, а на индифферентное вещество, предлагаемое под видом лекарства для контроля; например, на обычный физиологический раствор. По-видимому, эффект плацебо особенно выражен у пациентов, у которых психологическое напластование на соматические заболевания выражено сильнее, чем у других. Это обстоятельство объясняет те поразительные результаты, которых нередко добиваются с помощью неортодоксальных методов лечения (экстрасенсорика, голодание и т.п.). В основе «чудесных» исцелений лежит неосознанный психотерапевтический эффект. Не случайно также, что этот эффект особенно заметен при его первичном использовании и значительно ослабляется при повторных применениях. Плацебо — эффект наиболее часто проявляется при таких патологических состояниях, как головная боль, мигрень, невроты, ревматизм, рассеянный склероз, а также некоторых других расстройствах психогенного характера. Практически не наблюдается при бессоннице.

Тяга пациентов к нетрадиционным методам лечения говорит о глубинной потребности человека в психологической помощи и поддержке. И если представители официальной медицины, не понимая этого, бездумно ограничиваются простым выписыванием рецептов, то разочарованный пациент уходит к народному целителю или экстрасенсу и там сполна получает то, что ему недодали в официальном медицинском учреждении.

Среди пациентов всегда имеется категория таких, кто постоянно требует из-за боли введения ему обезболивающих препаратов. У врачей при этом возникают подозрения о пристрастии пациентов к наркотикам. Для проверки этого пациенту вводят физиологический раствор вместо обезболивающего средства. Если при этом пациент успокаивается, значит, у него не было сильных соматических болей. Просто-напросто он нуждается в психотерапевтической помощи.

Любая инъекция в глазах пациента является более эффективным средством, чем таблетки. Ночью, когда одиночество и отсутствие отвлекающих факторов делают боль особенно тягостной и невыносимой, пациент жаждет срочной помощи — просит укола. Если реальная боль не столь значительна, то помогает и инъекция того же физиологического раствора.

В процессе обучения главное внимание будущих

врачей направлено преимущественно на соматические болезни, а функциональные расстройства и невроты рассматриваются лишь бегло. Это приводит к такому психологическому настрою в процессе практической (профессиональной) деятельности, когда доминирует стремление выявлять «настоящие болезни». Однако при таком подходе многие пациенты оказываются «непонятными». Головная боль не укладывается в обычные рамки мигрени, невралгии тройничного нерва или менингита; при болях в животе нет симптомов язвенной болезни, холецистита, колита, непроходимости; при болях в сердце не удается диагностировать ни стенокардию, ни перикардит, ни миоцит. По привычке диагностическая мысль устремляется на поиски заболевания соответствующего органа. И если при этом удается обнаружить даже незначительные отклонения в анализах, прогноз болезни из предполагаемого переводится в ранг доказанных. Дело запутывается еще сильнее, если назначенное лечение дает хоть какой-нибудь эффект. Теперь диагноз считается бесспорно правильным. Однако улучшение, возможно, наступает не потому, что врач правильно распознал болезнь, а потому, что любое лечебное назначение оказывает, кроме своего прямого, еще и психотерапевтическое воздействие. И если суть болезни заключается преимущественно в невротическом расстройстве, а пациент уже созрел для психотерапии, то ему поможет любая таблетка, будь то антибиотик, желчегонное или спазмолитическое средство, срабатывает все тот же эффект плацебо.

Статистика показывает, что от 40 до 60 процентов всех обращений к врачу обусловлено невротическими расстройствами, а не соматическими заболеваниями. И это не удивительно. Чем сложнее орган, тем вероятнее его поломка. А нервная система имеет чрезвычайно сложную структуру. Конечно, нередко имеет место сочетание двух независимых заболеваний — соматического и невротического — либо осложнение органического заболевания невротической реакцией.

Для диагностики невротического заболевания не столь важно, имеются органические изменения или нет. Здесь нужны психологические методы: беседа и наблюдение за поведением пациента.

В клинической практике, естественно, следует остерегаться и такой крайности, когда преобладает стремление выявить невротические заболевания в ущерб диагностированию соматических болезней. Нужно иметь в виду, что ряд соматических болезней, особенно на ранней стадии, протекает с неврозоподобными симптомами. Среди них — рак, туберкулез, диабет, миастения, рассеянный склероз, красная волчанка и некоторые другие. Залогом правильного лечения является сбалансированный диагноз, учитывающий удельный вес как органических изменений, так и психо-психических наслоений у каждого конкретного пациента.

В заключение нелишне подчеркнуть, что прочитанное должно восприниматься с учетом накопленного человечеством опыта, полученного воспитания и образования, особенностей психики каждого конкретного человека, в определенных случаях критически...

А своим уважаемым пациентам, друзьям и коллегам я хочу напомнить слова великого Гиппократа: «Человек носит врача в себе, надо только уметь помочь ему в его работе», и искренне пожелать здоровья и долголетия.

Искренне Ваш, ДМИТРИЙ БОРИС

P.S. Обучение и практическую подготовку по медицинской психологии и психотерапии автор проходил на базе Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева МЗ РФ и Федерального научно-методического центра по психотерапии и медицинской психологии Минздрава России.