

## СТРАТЕГИЯ И ТАКТИКА ПСИХОТЕРАПИИ В СЛУЧАЯХ КОНВЕРСИОННЫХ И ОБСЕССИВНО-ФОБИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ: СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Простомолотов В.Ф. - докт. мед. наук, профессор, Кафедра клинической психологии Института инновационного и последипломного образования Одесского национального университета им. И.И. Мечникова

### Резюме

В статье описаны клинические варианты конверсионных и обсессивно-фобических расстройств, основой которых, как правило, являются соответствующие типы характера, патологического или акцентуированного: истерический/демонстративный - в первом случае и психастенический/ананкастный - во втором. В соответствии с конституциональной основой (циклоидной, шизоидной, эпилептоидной), из которой, по мнению автора, развивается истерический и психастенический характер, клинические проявления могут заметно отличаться, что затрудняет диагностику, установление и поддержание психотерапевтического контакта, проведение адекватной психотерапии. Трудности на этом не заканчиваются. Принятые в теории, описанные в учебниках и монографиях т.н. классические типы и формы пограничных психических расстройств в клинической реальности оказываются редкими, значительно уступая смешанным. В настоящей работе сделана попытка «примирить» эти два взгляда, теорию и практику, что возможно только при детальном описании новых подтипов, подвариантов, используя старые классические модели.

**Ключевые слова:** истерия, психастения, психотерапия, интегративный.

### Summary: The strategy and tactics of psychotherapy in cases of conversion disorder and obsessive-phobic disorders: a comparative study

The clinical variants of conversional and obsessive-phobic disorders are described in the article, their base, as a rule, are appropriate types of character, pathologic and accentual: hysterical/defiance - in the first case, psychasthenic/ anancast - in the second. According to the statical base (cycloid, schizoid, epilep-toid), from which, in author's opinion, develops hysterical and psychasthenic characters, clinical developing can notably differ, what makes diagnostics, determination and maintenance of the psychotherapeutic contact, conduction of the adequate psychotherapy harder. Difficulties are not completed here. Acceptable in the theory, described in textbook, and treatises, classical types and forms of the borderline mental disorders in the clinical reality are uncommon, considerable stand down in favour of mixed mental disorders. In the very article was made an effort to put up this two opinion, theory and practice, that is possible just in detalic description of the new subtypes, subversions, using the old classical prototypes.

**Key words:** hysteria, psychasthenia, psychotherapy, integrative.

### Rezumat: Strategia și tactica psihoterapiei în cazurile de tulburări de conversie și obsesiv-fobice: studiu comparativ

Acest articol descrie tipurile clinice de tulburări de conversie și obsesiv-fobice, la baza cărora, de regulă, sunt tipurile corespunzătoare de caractere, patologice sau accentuate: isteric/demonstrativ - în primul caz și psihoastenic/ anancast în al doilea caz. În conformitate cu baza constituțională (cicloid, schizoid, epileptoid), din care, din opinia autorului, se dezvoltă caracterul isteric și psihoastenic, manifestările clinice pot varia. În mod semnificativ, ceea ce face dificil de diagnosticat, stăbilitatea și menținerea contactului psihoterapeutic și efectuarea psihoterapiei adecvate. Dificultățile nu se termină aici. Acceptate în teorie, descrise în manuale și monografiile tipurile clasice și formele de tulburări psihice tranzitorii, în practica clinică sunt rareori întâlnite, cedând tipurilor mixte. În această lucrare a fost efectuată o încercare de a "combina" aceste două concepții, teorie și practica, care este posibilă numai în descrierea detaliată a subtipurilor noi, a subvariantelor, folosind vechile modele clasice.

**Cuvinte-cheie:** isterie, psihastenie, psihoterapie, integrativ.

### Введение

Среди жалоб пациентов психотерапевта/клинического психолога одними из наиболее частых фигурируют симптомы, относимые к кругу истерических и психастенических проявлений, при этом они же указывают, как правило, и на соот-

ветствующий тип личности. Подобное указание, имеющееся практически во всех монографиях и учебниках, усвоилось специалистами настолько прочно, что, будучи, в принципе, верным, часто, как это ни выглядит парадоксально, затрудняет диагностику и терапию. И не только потому, что при

серьезной неврологической и даже нейрохирургической патологии - например, рассеянном склерозе, объемных образованиях и др. - на начальном этапе болезни могут выступать ее фасадом истерические и психастенические симптомы, маскируя таким образом основную болезнь на многие месяцы. Круг обсуждаемых в статье клинических проявлений сплошь и рядом манифестирует при церебрально-органической и эндогенной психической патологии, протекаемой ларвированно. К тому же следует признать, что принятые в теории, описанные в учебниках классические типы и формы пограничных психических расстройств, в первую очередь расстройства личности, в клинической реальности оказываются редкими, значительно уступая смешанным. Сравнительное сопоставление истерических и психастенических проявлений, выступающих обычно изолированно друг от друга, позволяет эти два пласта невротических и психопатических симптомов исследовать рельефно.

Что касается смешения этих симптомов, то в наиболее частых, типичных случаях приходится наблюдать его в минимальных клинических и субклинических полутонах. При этом у истерических, демонстративных личностей часто обнаруживаются вкрапление таких психастенических симптомов, как повышенной тревожности, неуверенности, сомнений, фобий, обычно ипохондрического содержания.

Принято считать, что, если истерики - это люди, жаждущие признания, а психастеники - боящиеся признания и всего того, что как-то демонстрировало бы их намерения, стремления и т.д. Что касается признания, то, известно, что значительная часть психастеников не лишена честолюбия и, следовательно, наравне со всеми людьми обнаруживают стремление быть признанными. Другое дело, что их стремление к признанию в корне отличается от истерического тем, что, будучи обстоятельными и часто совестливыми людьми, вкладывая себя в какое-либо дело, они лелеют надежду/мечту о признании своих трудов и тяжело переживают, если этого не происходит; при этом соматические болезненные проявления, - обычно вегетативные дисфункции - как правило, загоняются во внутрь. Истерические же, демонстративные личности перманентно, буквально ежеминутно, именно жаждут признания, используя для его достижения весь арсенал средств своей незрелой, поверхностной, непостоянной, лживой натуры. Не получив удовлетворение своим притязаниям, истерическая личность тут же разряжается демонстративной реакцией, которую можно

отнести к какому-либо варианту «двигательной бури» или «мнимой смерти» Кречмера [10]. Тонко подмеченный К.Ясперсом [21] стиль жизни истериков — «казаться, а не быть» - определяет их искусственность, фальшивость, лживость, ибо что значит «не быть, а казаться», как не жить, постоянно обманывая.

По моим наблюдениям, демонстративное поведение у психастеников, отнюдь, не является редкостью. Следует, однако, признать, что в типичных случаях оно выполняет защитную функцию в социуме, когда демонстрируемая беспомощность смягчает у контрагента эмоциональный напор, отвращая грубость и силу, вызывая ответно вежливость, такт, понимание; а также является выражением гиперкомпенсации, когда психастеник демонстрирует себя супер уверенным, чуть ли не нагловатым. Во многих случаях нетерпеливый психастеник может квалифицироваться как капризность и даже реакция по типу «двигательной бури», когда психастеник сильно раздражен; а занудная психастеническая ипохондрия может выглядеть, как демонстративное поведение. Весьма схожие тики лица неорганической природы могут наблюдаться в структуре и психастении, и истерии, представляя в ряде случаев дифференциально-диагностические трудности. Свойственные психастеникам аккуратность и чистоплотность в одежде, конечно же, обращают на себя внимание, но никогда они не бывают демонстративно вычурными.

Смешение выраженных - мажорных, гротескных, шаржированных - истерических и психастенических симптомов весьма патогномично при дефектных состояниях органического и особенно эндогенного генеза, указывая на расщепленность психических процессов, т.е. на шизофрению.

При диагностике расстройств личности надо иметь ввиду прежде всего выраженность и стабильность обостренных черт характера, пронизывающих тотально личность со времени возникновения в детском возрасте. Истериками и психастениками - это надо всегда иметь в виду при диагностике акцентуации и патологии личности - не становятся в 20-30 лет и старше.

Истерические черты и поведение видны уже в раннем детском возрасте, чему способствуют соматическая болезненность, индукция реакций и поведения истеричных окружающих, а воспитание типа «кумира семьи» или «золушки» закрепляют развитие.

Психастенические черты и поведение обычно обнаруживаются к началу школьного перио-

да [Личко, 12], чему способствует соматическая, особенно хроническая, патология и воспитующее влияние по типу гиперпротекции, индуцирующее влияние воспитателей, особенно патологически тревожных бабушек и дедушек.

Что касается распространенности истерических и психастенических личностей среди женщин и мужчин, явно патологических и только акцентуированных (замечу, разграничение этих двух степеней заостренных черт характера не всегда является простой задачей и зачастую не имеющей практического значения; признание же акцентуации тождественной «латентной психопатии» Ганнушкина [4] нередко и вовсе снимает этот вопрос), то, согласно литературным данным, при истерии доминируют женщины; Б.Д.Карвасарский [6], например, определяет это как 10/1. Согласно проведенным мной исследованиям [16], это соотношение больше - 15/1. Что касается психастении, то во всех известных мне источниках [1,2,3,19,21], отмечается преобладание мужчин. Косвенным подтверждением этого факта являются приводимые в монографиях и учебных пособиях клинические наблюдения, в которых истерия описывается, как правило, у женщин, а психастения - у мужчин. По моим наблюдениям, при психастении соотношении числа женщин к мужчинам обратное тому, что наблюдается при истерии [16]. Разделяемая и клиницистами [10], и нейрофизиологами [14] точка зрения о подкорковой, эмоциональной доминации при истерии и кортикальной, мыслительной деятельности при психастении, подтверждает предпочтительность первой пограничной психической патологии у женщин и второй у мужчин.

В соответствие с исторической традицией, трудов классиков пограничной психиатрии (Кречмера, Ганнушкина, Кербилова, [11,4,7] др.), а также и особенно исходя из клинической реальности, рассматриваю три основных конституциональных типа личности и соответственно им - расстройств личности: сангвиничный-аффективный, шизотимный-шизоидный, авторитарный-эпилептоидный (что бы ни говорили, а всех пациентов на приеме психиатра/клинического психолога можно систематизировать в плане синтонности-экстраверсии,отчужденности-интраверсии, авторитарности-эксплозивности). Каждая из конституциональных аномалий личности биполярна: гипертимная - гипотимная (циклоидная как промежуточная); сенситивная - экспансивная, возбудимая -эпилептоидная.

Экзогенные факторы, в т.ч. воспитание, могут способствовать в решающей степени фор-

мированию демонстративного (истерического) или тревожно-мнительного (психастенического) типов характера той или иной степени выраженности. При этом в зависимости от того, на какую конституциональную основу (аномалию) или их смешение накладывается тот или иной вышеуказанный тип характера, будет разнообразие оттенков демонстративного (истерического) или тревожно-мнительного (психастенического) типов. Клиницистам, врачам и психологам, это уже давно известно, что закреплено в терминологии подобных типов: истероидный циклоид, истероидный шизоид, истероидный эпилептоид (истероциклоид, истерошизоид, истероэпилептоид), а также аналогично - психастеноидный циклоид, шизоид, эпилептоид.

Далее, продолжая рассмотрение разнообразия вариантов особенностей личности, в т.ч. ее патологии, отмечу, что опытным специалистам, давно работающим в области пограничной психиатрии, известно, что находит подтверждение в научных исследованиях (Ковалев В.В., 1972[8]; Александровский Ю.А., 2000 [1]; др.), что органическое поражение головного мозга - не редкость. У 10-15% пациентов с жалобами на симптомы пограничных психических расстройств выявляется (клинически, параклинически, анамнестически! церебрально-органическая дефицитарность. Церебрально-органическая отягощенность, проявляясь в вегетативной и эмоциональной неустойчивости с преобладанием астенических симптомов в одних случаях, возбудимости и эксплозивности — в других, расторможенности влечений - в третьих, вялости и апатичности - в четвертых при наложении на тот или иной тип конституциональной аномалии личности и рассматриваемых в статье психопатических развитии способствует изменению и/или усложнению их статики и динамики.

#### **Истерический (демонстративный) тип**

А.Н.Молохов,1932, [13] рассматривал истерический характер только как развитие личности под влиянием среды, с чем трудно не согласиться. В зависимости от конституциональной почвы, из которой вырастает демонстративный (истерический) характер - аффективной, шизоидной, эпилептоидной или их смешения - личностный рисунок, клинические проявления и динамика аномалии будут выглядеть по-иному.

Так, например, демонстративно-аффективная личность, общительная и в известных пределах синтонная, в зависимости от знака аффекта будет, как чеховская попрыгунья, либо искриться демонстративным счастьем, успехом, гиперсексу-

альностью в гипертимной фазе, либо плаксиво-пасмурным видом вызывать к себе жалость или же быть дисфорично конфликтной в гипотимной фазе. При всем при этом букет демонстративных (истерических) проявлений, основанных на жажде внимания, стремлении казаться, но не быть, эгоцентризме и др., цветет, хотя и с разными оттенками, во всех случаях. В то же время замечено, что аффективная конституция привносит демонстративной (истерической) личности, по сравнению с двумя другими, определенную мягкость и эмоциональную неустойчивость.

Демонстративно-шизоидные личности отличаются болезненной капризностью, отстраненностью, холодностью. Часто именно эти варианты смотрятся наиболее демонстративными (истеричными), манерными, театральными. Сенситивные и экспансивные шизоидные черты придают демонстративным личностям свои характерные оттенки: сверхчувствительность, мимозоподобие, ранимость, в пышном обрамлении конверсионных расстройств в первом случае (*hysteria mimosa* старых авторов) и высокомерие, холодный эгоцентризм, демонстративную деятельность - во втором.

Демонстративно-эпилептоидные личности отличаются высокой стеничностью, экспрессивностью, властностью. Их претенциозность и застреваемость лежат в основе борьбы за власть, за «справедливость», при этом они, истинные интриганы, не брезгают ничем из арсенала демонстративных личностей (ложь, наговоры, сплетни, анонимки и т.д.). Определение «*hysteria stervosa*» старых психиатров касается, в первую очередь, этого типа расстройства личности. Грубые диссоциативные и конверсионные расстройства (фуги, сумеречное помрачение сознания, функциональные параличи, др.) здесь часты.

Впрочем, наложение черт демонстративных личностей на основные и смешанные конституциональные типы может придать самые разнообразные оттенки личности, учитывая ту или иную физическую, художественную, интеллектуальную одаренность/посредственность и др. индивидуальные особенности.

Среди проявлений динамики расстройства личности истерического типа наиболее распространенными являются реакции, имеющие тенденцию к повторению и протрагированию, а также развития (до тяжелой степени, а также паранойальное и ипохондрическое).

Соответственно конституциональной основе наблюдаются фазы, длящиеся от нескольких месяцев до нескольких лет: депрессивные, сенестоипохондрические.

### Психастенический тип

Основные черты психастенической личности [в патологии - ананкастное (обсессивно-компульсивное) р. л., F60.5; Тревожное (уклоняющееся) р. л., F60.6;] - крайняя нерешительность, тревожная мнительность, боязливость и склонность к сомнениям. Это люди аналитического ума, самоанализа, нравственного самокопания и самоедства. Сомнения и опасения - эти нормальные проявления любой личности - у психастеников носят форму болезненной навязчивости, в основе которой находится высокий уровень личностной тревоги, обусловленной анатомо-физиологическими особенностями высшей нервной деятельности. Воспитание в атмосфере повышенной ответственности и тревожности, а также астенизация способствует формированию этого типа аномалии. Тревожному (уклоняющемуся) варианту свойственна мягкость, боязливость, сомнения, носящие навязчивый характер. Известный российский психиатр А.С.Суханов эту аномалию личности описывал как «тревожномнительный характер». Ананкастному варианту свойственно пристрастие к порядку, чистоте, педантизм, перфекционизм, обсессивно-компульсивные расстройства, упрямство и энергичная деятельность.

С 1965 года по настоящее время - очевидно, под влиянием разделяемых мной конституциональных воззрений Э. Кречмера [11] - так и не пришлось встретить пациентов с тревожномнительным характером, что называется, в чистом виде, чтобы даже массивная психастеническая симптоматика скрывала конституциональный тип: обычно сенситивно-шизоидный, аффективно-дистимический, гиперсоциально-эпилептоидный, часто в смешанных вариантах. Умеренная общительность, скромность и мягкость в обращении способны увести взгляд диагноста, особенно при первичной консультации, в сторону от вышеуказанных конституциональных типов. Последующее выявление сенситивности, дистимических эпизодов, ригидности, упорства, характерных увлечений, а также конституциональных телесных особенностей, по Кречмеру: форма головы и лица, шеи, затылка, цвет кожных покровов, оволосение, состояние мышечной системы, размер кистей рук и др. [11], а также исследование наследственности пациента (со слов его и близких, изучение принесенных им семейных фотографий, что, замечу, обогащает исследование личности и чем, кстати, сам Кречмер широко пользовался) - все это возвращает видение конституционального типа.

В зависимости от конституциональной почвы - шизоидной, эпилептоидной, аффективной или их смешения, - из которой вырастает психастенический характер, личностный рисунок, клинические проявления и динамика аномалии будут выглядеть заметно по иному, несмотря на одно общее, выраженное, определяющее - тревожную мнительность. Что, скажем, общего между литературными персонажами, чьи характеры - это обязательно надо учитывать - гротескно изображены писателями: Гоголем - Акакий Акакиевич в «Шинели», Чеховым - Беликов в «Человеке в футляре», Червяков в «Смерти чиновника» и реальными людьми, в данном случае гениальными:

Ч.Дарвиным, И.П.Павловым, А.П.Чеховым? Беглая и поверхностная оценка может привести к отрицанию схожести, особенно если учитывается значение последней тройки великих людей для развития человечества. Если же проанализировать основные черты характера великой тройки, то их высокая тревожность, болезненная щепетильность, совестливость, аккуратность, ипохондричность, навязчивые сомнения, предрасположенность к мыслительной деятельности при ее доминировании над художественной - все это уже не покажется малым для идентификации с рассматриваемым характером психастенического типа.

Кречмер [11] находил у Чарльза Дарвина все внешние и внутренние конституциональные признаки аффективного типа: в телосложении - форма головы, лица, лысины, бороды - вариант пикника, в научном направлении - эмпирическая деятельность в области биологии. Что касается характерологических особенностей, то биографические, особенно автобиографические, сведения со всей очевидностью демонстрируют у великого биолога явно заниженную самооценку. Себя среди своих однокашников он видел ничем не выделяющимся, уступающим им по многим основным качествам, в первую очередь, меньшими способностями. Великий ученый, перевернувший у человечества представление о себе и о мире, постоянно был обуреваем сомнениями, в числе которых сакраментальное - а все ли изложено так, как должно быть - привело к тому, что, написав свой основной труд «Происхождение видов», он 20 лет (!) не решался его опубликовать. Всю жизнь он страдал от ипохондрических страхов. Чтобы принять решение о женитьбе, ему понадобилось тщательно сопоставить все «за» и «против» по колонкам на листе бумаги. В число «против» входило и то, что время на занятие научной деятельностью придется, к сожалению, ограничить, так как необходимо будет уделять его жене, а потом и детям. «За» женитьбу

указывалось и весьма заземленное - когда заболею, будет кому подать стакан воды. В заключение аналитического сопоставления на бумаге, которое было необходимо из-за недостаточности чувственности, он принял решение жениться, но в реальной жизни для этого потребовалось еще несколько лет. Самые замечательные проявления характера Дарвина прослеживаются в его практической деятельности ученого биолога, аккуратно, педантично, тщательно фиксирующего великое множество анатомо-физиологических особенностей у представителей флоры и фауны во время кругосветного плавания на паруснике «Бигль». Очевидно, что человек, не обладающий вышеуказанными обостренными чертами характера, едва ли смог бы так тщательно собрать материал, обосновывавший теорию эволюции жизни на Земле.

Ивана Петровича Павлова можно причислить к неврологам и психиатрам (П.Жане, А.С.Суханов и др.), внесшим свой значительный вклад в выделение психастении как личностного расстройства [14]. Будучи нейрофизиологом, Павлов экспериментально научно обосновал этот тип обостренного и патологического характера. Отличительной особенностью психастении является ее развитие у личностей, относимых Павловым к кортикальному, мыслительному типу высшей нервной деятельности (у истериков он находил полную противоположность - художественность, доминацию подкорки). Лично себя Павлов характеризовал, и мотивированно, как психастеника, приводя примеры из своей личной жизни, особенности своего мышления и психологической защиты. Как-то в очень беспокойном 1919 году, когда они с женой рано легли спать, - время было голодное и холодное - старшая дочь еще не вернулась домой. Жена уснула быстро, а он долго не мог уснуть из-за навязчивых опасений и представлений. Все мерещилось, что с дочерью приключилось несчастье: «может быть, попала под трамвай (дикая вещь!), может быть, схватит ее какой-нибудь мошенник». Уставши от навязчивых опасений и представлений, понимая их болезненный характер, он стал защищаться от них весьма типичным для психастеника способом. «Вот, - думал он, - мне хочется отнести навязчивые опасения и представления к проявлениям моей интуиции возможного с дочерью несчастья, но ведь у матери эта чувственная сфера развита несравненно сильнее, а она спит. Значит, нет никаких оснований для излишних беспокойств, спи, - приказал он себе». Так доверяется своему слуху слепой, а зрению - глухой. Следует отметить, что в отличие от типич-

ных психастеников, Павлов был достаточно деятельным и энергичным. Очевидно, этому может быть объяснение и в определенной органичности его ЦНС: во-первых, он был левшой, во-вторых, в детстве перенес серьезную травму, из-за чего был вынужден позже пойти в школу и научиться писать правой рукой.

Антон Павловича Чехова многие авторы относят к личностям тревожным, шепетильным, сомневающимся, с пониженной самооценкой, стеснительным, с проблемами в личной жизни и др. качествами характера психастенической личности. Приводимый фрагмент из жизни Антона Павловича, по воспоминаниям М.Горького, ярко иллюстрирует это. Оба они, еще молодые, но уже известные писатели, как-то посетили Л.Т.Толстого. Во время их совместной прогулки Лев Николаевич вдруг в упор неожиданно спросил у Чехова: «А как у Вас складываются дела с женщинами?» «Антон Павлович, - замечает Горький, - как-то ступевался, покраснел и замялся с ответом». «А я в молодости, - продолжал Толстой - был неутомимый ё...». «Произнесенное великим классиком литературы соленое мужицкое слово, - пишет Горький, - повергло Чехова в шок, он весь залился красной краской. Я же, - продолжает Горький, - подумал, как велик Толстой, одним простым народным словом передавший всю гамму отношений и чувств». Здесь необходимо заметить, что великий классик и просветитель был среднего роста, 174 см, но обладал атлетическим телосложением и, будучи офицером, крестился двухпудовой гирей; а Чехов с Горьким, оба астеничного телосложения, были длиннее его более, чем на полголовы.

Что касается вышеприведенных литературных персонажей, то из них Акакий Акакиевич наиболее чувствительный (здесь просматривается чувствительно-шизоидная конституциональная основа), учитель греческого языка Беликов - футлярно-отгороженный (здесь - шизо-эпилептоидная), а Червяков - аффективно боязливый (аффективно-дистимическая). При этом у всех троих доминирующими проявлениями характера выступают патологически высокая тревожность и навязчивые сомнения при дефиците чувственного компонента в их жизни. Необходимо учитывать также интеллектуальный и социальный уровень психастеника, ибо эти грани личности существенно влияют на восприятие психологического портрета в целом.

К психастеникам тесно примыкают некоторые типы чувствительных шизоидов, дистимиков и даже высоконравственных эпилептоидов. Среди

демонстративных также встречаются тревожные и неуверенные в себе натуры. Однако тревожная мнительность, нерешительность и боязливость выступают во всех вышеназванных типах характера, в отличие от психастеников, не как определяющая черта, а как элемент некоторой мозаичности их характера, в связи с чем их еще называют психастеноидными шизоидами (циклоидами, эпилептоидами и т.д.).

Динамика психастенического расстройства личности характеризуется состояниями декомпенсации - компенсации. При декомпенсации усиливаются навязчивости (навязчивые сомнения, фобии, компульсии и др.), которые обычно сопровождаются вегетативными дисфункциями. С учетом конституциональной основы, аффективной/циклоидной, шизоидной или их смешения у психастеников нередко бывают депрессивные фазы.

#### Терапия

В лечении и профилактике психастении и истерии психическое взаимодействие профессионального психотерапевта с пациентом является ведущим. Принятое среди психиатров и психологов мнение, берущее начало во времена патриархов зарождающихся пограничной психиатрии и психотерапии (ПТ), что истерические пациенты тяготеют к гипносу-суггестивным методам (как бы более простым), а психастенические - к рациональным, познавательным, аналитическим (как бы более сложным), на мой взгляд, должно быть пересмотрено. За 170 лет развития научной психотерапии стало ясно, что простых пациентов не бывает. Как правило, в каждом пациенте намешано множество соматических, в т.ч. церебрально-органических, неблагополучий и предрасположенностей с психическими факторами (наследственностью, болезненным и сложным характером, дефектами воспитания, окружения, травматичным жизненным путем и мн.мн.др.). Часто простое на вид невротическое расстройство при профессионально внимательном и глубоком исследовании оказывается сложным, сочетанием тяжелого органического поражения головного мозга с функционально-невротическим расстройством у личности со смешанной структурой характера и неблагоприятным социальным окружением. Если при обнаружении тяжелой органической патологии у пациента с функционально-невротическим фасадом, психотерапевт отправляет его назад к врачу-соматологу (неврологу, онкологу, др.), не продолжая психологически, психотерапевтически помогать больному, это будет не правильно,

не профессионально. Чаще бывает наоборот. Например, пациентка демонстрирует студенчески классическую картину истерического гиперкинеза (афонии, пареза, икоты и т.д.) в сопровождении соответствующего камуфляжа поведения, в т.ч. чередующихся рыданий со смехом. Каждому специалисту, мало-мальски знакомому с невротическими расстройствами, тут же становится ясно, что перед ним истерическая пациентка, поэтому, не долго думая, приступают к лечению. Мой опыт показывает, что те случаи, когда каждому участковому терапевту, каждой медсестре тут же становится ясно, благодаря демонстрируемой больной шаржированной истерической симптоматике, что - это истерия, всегда необходимо особенно тщательно исследовать больную. Шаржированная истерия, как правило, - это подтвердили последние десятилетия, благодаря высоко объективизирующей болезненные проявления техники, например, компьютерной томографии и др. - не бывает без церебрально-органического или наследственного психического отягощения. Однако, обнаружив органику или эндогенную психическую патологию, психотерапевт, если он психиатр, назначает лекарственную терапию или советуется с коллегой, что более эффективное назначить, продолжая и углубляя психотерапию. Психотерапевт-психолог должен направить больную к психиатру, с которым работает в контакте (лучше, если присутствует на консультации), продолжая оказывать психотерапевтическую помощь.

Что касается методов психотерапии, применяемых при лечении истерических расстройств, то они все те же, что применяются в отношении пациентов с остальными невротическими расстройствами, и укладываются в несколько направлений: 1) пациент должен понять, что и почему с ним (и с другими людьми в подобных ситуациях) происходит; 2) пациент должен научиться владеть мышечной, эмоциональной и вегетативной саморегуляцией (для этого вовсе не обязательно применять стандартный аутотренинг или гипноз); 3) пациент должен научиться жить, а не лечиться, реализовать свой потенциал человека и гражданина в контексте общечеловеческих ценностей.

Все это невозможно реализовать вне добротного, близкого, теплого психотерапевтического контакта, установлению и поддержанию которого, наверное, можно научиться, но, как показывает опыт патриархов и корифеев психотерапии, никто их этому не учил, зато искреннее желание помочь страждущему невротическому пациенту направляло их врачебное и психологическое умение в нужном направлении. При установление контакта

с истерической пациенткой необходима большая эмоциональность с обязательным учетом ее конституциональных особенностей.

Так, например, при аффективной/циклоидной основе, учитывая общительность, реализм, склонность к юмору, уместны шутки, цитирование стихов, быстрая смена темы обсуждения, обращение к здравому смыслу.

При шизоидной основе никоим образом нельзя разрывать ту дистанцию, на которой вас держит пациентка. Тон и темп беседы заметно ниже. Здесь уместно обсуждение философских проблем, вопросов психологии и парапсихологии, некоторая теоретичность обсуждения вообще.

При эпилептоидной основе вообще нужно больше слушать и соглашаться на первых порах, только затем солидно, с ссылкой на толстые книги на полках обосновывать свои объяснения вопросов этиопатогенеза и психотерапии.

Мешать установлению продуктивного контакта может испытываемое некоторыми психотерапевтами неприятие, небрежение или даже отвращение к демонстративному, фальшивому поведению истеричек. Высоко интуитивные пациентки обязательно почувствуют это, даже если профессиональным вниманием и вежливостью попытаться скрыть свое личное негативное отношение к ним.

Если контакт установлен и сложились теплые доверительные отношения с пациенткой необходимо в доступной и принимаемой пациенткой форме развенчать истерию как проявление слабости, незрелости, компрометирующей ее в обществе. В ряде случаев этому может способствовать, заручившись ее согласием, суггестивное провоцирование у пациентки истерических расстройств, что демонстрирует следующее типичное клиническое наблюдение.

Пациентка К., 28 лет, учительница младших классов, ребенку 7 лет, с мужем прапорщиком часто конфликтует из-за его пристрастия к выпивке и ревностных упреков с его стороны. Жалобы на сердечные приступы, когда внезапно начинает колотиться сердце, не хватает воздуха, всю начинает трясти, сводит судорогой руки, немеют губы. Больна полгода, лечилась под наблюдением терапевта, кардиолога, невролога. Промучившись, по словам пациентки, полгода, т.к. еженедельно приходилось вызывать СМП, наконец, решила обратиться к психотерапевту. Кардиологические и неврологические обследования отрицают органическую патологию; определена вегето-сосудистая дистония по кардиальному типу. Лекарственная терапия оказалась неэффективна.

С самого начала консультации удалось разговаривать пациентку, личность сангвиничного темперамента, обсуждая ее приступы, вызовы СМП попеременно с ее студенческой юностью, успешным участием в художественной самодеятельности. «Так, значит, вы были здоровой и успешной девушкой?» - спросил я. «Еще какой! - услышал я ответ - Я и теперь здоровая, да, вот, что-то с сердцем приключилось, хотя врачи говорят, что оно в порядке, всему виной нервы.» «Нервы или переживания?» - уточнил я. «Переживания», - с горечью в голосе согласилась пациентка и рассказала о своих ухудшившихся в последний год отношениях с мужем. Выслушав ее откровенный рассказ о семейных отношениях, поняв ее проблемы, я в упор в интригуяще уверенном тоне спросил: «А хотите вы, чтобы приступы прекратились и больше не повторялись?» «Конечно, хочу», - был ответ. Я объяснил пациентке, что для этого придется вызвать у нее здесь и сейчас приступ и тут же его купировать. «Но это будет ваш последний приступ, последний! Ясно?! Помашите ему ручкой!» - заявил я, нагнетая эмоции. Затем энергично провел стандартные пробы на внушаемость, оказавшиеся, как и ожидалось, высокими. Затем, подведя пациентку к кушетке и попросив медсестру придержать ее, когда она начнет падать, внушением свалил ее.

Далее, приказав пациентке сильно прижать руки к туловищу, ногу к ноге, все более нагнетая эмоции, я заявил, что буду считать до 20 и, когда скажу 20, у нее возникнет приступ. В других подобных случаях большой эффект приносит тихий вкрадчивый голос, вызывающий ассоциации «страшного приступа». В приводимом наблюдении у пациентки развился современный истерический припадок в форме тотального тремора тела с демонстративной одышкой. В несколько минут приступ был купирован с помощью исключительно психических средств, при этом я несколько раз выразительно подчеркивал - «без лекарств, без лекарств», а также высказывал удовлетворение поведением пациентки - «молодец, смелая, решительная женщина; избавилась, наконец, от призрака болезни».

После того, как пациентка успокоилась и нормализовался ритм дыхания и сердца, с ней был проведен часовой интегративный сеанс ПТ, направленный на осознание ею механизмов развития ее невротического расстройства с позиций Сеченова-Павлова и современных достижений нейрофизиологии и информационных технологий. Показана связь внушаемости с психосоматической проводимостью, значение заостренных черт

характера при этом. Кратко дал свою негативную оценку ее форме невротического расстройства: «Стыдно быть истеричкой!»

Пациентка активно участвовала в сеансе/занятии. Ей было предложено продолжить ПТ: аналитическую, тренинг, но она не явилась.

Месяца через два я случайно встретил пациентку на улице. Поинтересовался, как она себя чувствует, почему не пришла в назначенное время, на что услышал бодрый ответ:

«В. Ф., если приступ можно вызвать внушением, неужели после того, что вы мне разъяснили, показали и научили, я не в состоянии справиться с ними сама?!» Пациентка прекрасно выглядела. Я навел справки у участкового терапевта - с тех пор она не обращалась в поликлинику.

Психотерапия психастении, особенно в состоянии декомпенсации, когда больного буквально изнуряют массивные обсессивно-фобические и компульсивные расстройства, - об этом знает каждый опытный специалист - представляет собой весьма нелегкий труд, требующий терпения и призвания. Нередко лечение в этих случаях надо начинать с лекарственной терапии, используя умеренные и малые дозы современных антидепрессантов и нейролептиков. Случаи соматоформных вегетативных дисфункций у психастеничных мужчин, в т.ч. ларингоспазм, дисфагия (относимые преимущественно к истерическим синдромам и наблюдаемые обычно у женщин), по моим наблюдениям выгодно отличаются эффективностью психотерапии, проведение которой имеет свои особенности [18].

Въедливые по натуре психастеничные пациенты, чтобы поверить психотерапевту, должны убедиться, во-первых, в том, что он их понимает, и, во-вторых, - что психотерапевт в его проблеме является большим специалистом. Здесь никакие понты, никакие внешние эффекты не способны положительно повлиять на пациента, скорее наоборот. Поэтому, работая с психастеником, нужно заранее запастись терпением и временем, чтобы совместно с пациентом разгребать ворох его проблем. Подобный подход способен привести к хорошему результату, если умело сочетать, подобно П. Дюбуа [5], своеобразные бутерброды из разъяснений-убеждений с внушениями (прямыми и косвенными/вооруженными). Будучи людьми мыслительного, кортикального типа, анализирующими все и вся, психастеники тем не менее хорошо усваивают внезапно брошенные, вызывающие состояние оторопи, короткие внушения. Лучше всего это получается, применяя разработанную мной психотерапию на контакте [17,18].



Обычно психастеники негативно относятся к гипнотерапии и к тому же малогипнабельны. Но если с ними проводится глубокая комплексная психотерапия, достигнут хороший контакт, то в целях усиления седативного и стимулирующего эффекта можно применить гипнотерапию. Однако вначале психастеник должен в полной мере получить информацию о гипнозе как природной защите с позиций Павлова-Данилевского, о производных гипноза: медитации и аутотренинге. Иногда пациенту надо дать почитать соответствующую литературу. Только после всего этого можно приступить к проведению гипнотерапии, загружая при этом все сенсорные системы пациента и его воображение. Такой подход, по моим наблюдениям, способствует повышению гипнабельности и общей эффективности психотерапии пациентов с психастеническими расстройствами.

Серьезно и надолго помочь погрязшему в трясине навязчивых сомнений психастенику едва ли возможно, не занимая, не переключая его внимание работой (Консторум С.И., [9]), физкультурой, путешествием, хобби, творчеством, не оживляя его эмоций. В этом отношении представляет интерес терапия творческим самовыражением Бурно [2].

Психастеники тяготеют к здоровому образу жизни, поэтому надо всячески стимулировать их к занятиям физкультурой. Мой опыт в этом отношении указывает на то, что регулярные пешие прогулки в парках, по хорошо проветриваемым проспектам, водные процедуры типа моржевания и др., улучшая общее физическое состояние пациента, - по принципу «mens sano in corpore sano» - улучшают и стабилизируют их психическое состояние.

В заключении хочу отметить, что несмотря на, казалось бы, такие существенные различия в клинике и патогенезе психастении и истерии, обусловленные кортикальностью первой и субкортикальностью второй, у них много общего, что, очевидно, объясняется и общими конституциональными корнями, что, в свою очередь предполагает, наряду с различиями, и много общего в лечении, в т.ч. психической терапии и профилактике.

#### Библиография

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: уч.пос. - М.: Медицина, 2000. - 496 с.

2. Бурно М.Е. Терапия творческим самовыражением. - М.: Медицина, 1989. - 304 с.
3. Бурно М.Е. О характерах людей (психотерапевтический очерк). - 2-е изд., испр. и доп. М., 1998. - 80 с.
4. Ганнушкин П.Б. Избранные труды. - М.: Медицина, 1964. - 292 с.
5. Дюбуа П. (Dubois P.) Психоневрозы и их психическое лечение / Пер. с фр., 1912. - 382 с.
6. Карвасарский Б.Д. Неврозы. - М.: Медицина, 1990.-596 с.
7. Кербилов О.В. Избранные труды. - М.: Медицина, 1971. -312 с.
8. Ковалев В.В. Некоторые общие закономерности клиники пограничных состояний у детей и подростков // Журн. невропатол. и психиатр. - 1972. - № 10. - С. 1520-1525.
9. Консторум С.И. Опыт практической психотерапии. - 2-е изд., М., 1962. - 224 с.
10. Кречмер Э. (Kretschmer E.) Об истерии / Пер. с нем. - М.-Л: Госиздат, 1928. - 160 с.
11. Кречмер Э. (Kretschmer E.) Строение тела и характер /Пер. с нем. - М., 1930. - 304 с.
12. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. - Л.: Медицина, 1983. - 256 с.
13. Молохов А.Н. Об истерическом развитии личности. -Сов. невропатол., психиат. и психогиг., 1932, т. 1, № 12, с. 829-832.
14. Павлов И.П. Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных. - М.: Наука, 1973. - 508 с.
15. Простомолотов В.Ф. Суггестивное провоцирование истерических симптомов // Сб. науч./практ. конф. «Эмоционально-стрессовая психотерапия: теория, методики, опыт», Одесса, 1985. - С.49.
16. Простомолотов В.Ф. К сравнительной характеристике неврозов и пограничных состояний у женщин и мужчин (частота, особенности клиники и динамики) // Curier Medical MS RM. - 1995. - № 4. - С. 43-47
17. Простомолотов В.Ф. Психотерапия на контакте // Н/пр. журнал «Новое в науке и практике», Одесса, 2000, № 1 (7). - С.30.
18. Простомолотов В.Ф. Психосоматические расстройства:Руководство для врачей и психологов. - Одесса, 2007.-296 с. (с. 178-182; с.81-96).
19. Шостакович Б.В. Клинические варианты расстройств личности (пси хопатические расстройства) // 1. Александровский Ю.А. ППР, с. 189-215.
20. Якубик А. (Jakubik A.) Истерия / Пер. с польск. - М.: Медицина, 1982. - 344 с.
21. Ясперс К. (Jaspers K.) Общая психопатология / Пер. с нем. - М.: Практика, 1997. - 1056 с.