

УДК 615.851

МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

О.С. Зиматкина

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Приводится обзор основных психосоматических теорий и роль личностных особенностей в механизмах формирования определенных психосоматических расстройств.

Ключевые слова: психосоматические расстройства, особенности личности, стресс.

The review of the main psychosomatic theories and the role of personality in the mechanisms of certain psychosomatic disorders formation are presented.

Key words: psychosomatic disorders, personality, stress.

Термин «психосоматика» впервые был применен в начале XIX в. немецким психиатром J. Heinroth (1818), который предположил психогенное происхождение многих соматических болезней. Столетие спустя во врачебный лексикон было введено понятие «психосоматическая медицина» (Deutsch F., 1922), объединяющая соматические заболевания, в патогенезе которых существенную роль играют неблагоприятные психические воздействия. Под понятием «психосоматические» первоначально стали объединять такие заболевания, как ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, бронхиальная астма, псориаз и др. К числу научных концепций, оказавших существенное влияние на развитие психосоматической медицины, принадлежат теория нервизма И.М. Сеченова, психофизиологическое учение И.П. Павлова, психосоматическая теория S. Freud, а также теория стресса Н. Selye. Прогресс исследований в этой области связан в первую очередь с именем F. Alexander (1932), последовательно развивавшего представления о роли психических факторов в генезе соматической патологии. Он считал, что причиной многих заболеваний является возбуждение симпатoadrenalовой системы при невозможности выразить негативные установки (конкуренция, агрессия, враждебность) путем отреагирования борьбой или бегством [7, 13]. Кроме того, эти исследования связаны с именами F. Dunbar (1935) - автора одного из первых руководств по психосоматической медицине, которая выделила определенный личностный профиль у людей, имевших повторные несчастные случаи [7] и I. Wolf - автора монографии «Стресс и болезнь» (1953) и одного из основоположников психофизического направления в психосоматической медицине, который рассматривает болезнь как реакцию на угрозу со стороны социального окружения [22].

В современной медицине понятие «психосоматика» включает не только психосоматические заболевания в традиционном понимании этого термина (Holy seven: ЯБ двенадцатиперстной кишки, язвенный колит, эссенциальная гипертония, ревматический артрит, гипертиреоз, нейродермит и бронхиальная астма), но и значительно более широкий круг патологических состояний: соматизированные расстройства, патологические психогенные реакции на соматическое заболевание, соматоформная симптоматика в рамках астенической психопатии (врожденная склонность к разного рода соматоформным реакциям, присущая личности на протяжении большей части жизни) [10]. Но в современную МКБ-10 не включен термин «психосоматический» в связи с рекомендациями группы экспертов ВОЗ, «так как его применение подразумевает, что психологический фактор не играет никакой роли в возникновении, течении или исходе всех остальных болезней» [9]. Таким образом, если клиницист, пользующийся данной классификацией, желает показать связь между психологическим состоянием или фактором и соматической проблемой, используются 2 кода – один для болезни, другой для психологического фактора (например, F-54 – психологические и поведенческие факторы, связанные с болезнями или расстройствами, кодированными где-либо еще) [5].

Для лучшего понимания ныне используемых терминов уместно привести наиболее часто используемую в литературе классификацию состояний, которые обнаруживают общий признак, а именно – перекрывание расстройств психической и соматической сферы:

1. Психические реакции (соматоформные реакции), формирующиеся без участия соматической патологии в рамках невроза, проявляющиеся соматическими симптомами (т.е. первичен невроз, который может привести к функциональному со-

матическому расстройству).

2. Психиатрические последствия соматического заболевания: реактивные состояния, возникающие в результате экзогенных воздействий (интоксикация, гипоксия) либо психотравмирующего воздействия самого факта болезни (первично соматическое заболевание).

3. Реакции по типу симптоматической лабильности – психогенно провоцированная, связанная с взаимодействием социальных и ситуационных факторов манифестация проявлений соматического заболевания (психосоматические заболевания в традиционном узком понимании термина: стресс первичен, возникновение или обострение заболевания вторично).

4. Случайное совпадение во времени психического расстройства и соматического заболевания.

5. Соматические осложнения психических нарушений (намеренное самоповреждение, злоупотребление алкоголем и некоторыми другими веществами, расстройства приема пищи) [4, 10].

Далее следует рассмотреть наиболее значимые на сегодняшний день точки зрения на то, каким образом и почему выбирается в качестве мишени тот или иной орган или система. Предполагается, что на более ранних стадиях развития дети, у которых недостаточно развито понимание и способность непосредственного вербального выражения психологического дистресса, более склонны проявлять свои чувства другими, более опосредованными способами. Поскольку психологический дистресс обязательно сопровождается соматическими проявлениями, соматические жалобы у подростков могут быть одним из способов переживания эмоционального дистресса и сообщения о нем. Подобное происходит и у маленьких детей, у которых множество других примитивных и регрессивных поведенческих реакций обычно рассматриваются как сигналы разных видов эмоционального дискомфорта. Считается, что процесс соматизации эмоционального дистресса является типичным, если не универсальным, механизмом реагирования в детском возрасте.

Со своей стороны психоаналитические модели пытаются вскрыть лежащие за поверхностью наблюдаемой симптоматики внутренние психологические конфликты, проблемы и фиксации, идущие, как правило, из раннего детства пациента. К основным можно причислить конверсионную модель S. Freud, модель вегетативного невроза F. Alexander, модель двухэшелонной линии обороны А. Mitscherlich, модель отказа от веры в будущее («giving up» и «given up») G. Engel и А. Schmale,

модель борьбы за свое тело P. Kutter.

Так, согласно конверсионной модели S. Freud [8], смещение психического конфликта (конверсия) и попытка разрешить его через различные симптомы в области тела – соматические, моторные (например, различного рода параличи) или чувственные (например, утрата чувствительности или локализованные боли) – приводит к «отделению либидо» [12, 17] от бессознательных, вытесненных представлений и преобразованию этой либидонозной энергии в соматическую энергию.

Модель вегетативного невроза F. Alexander [13] предполагает, что каждой эмоциональной ситуации соответствует специфический синдром физических изменений, психосоматических реакций, таких, как смех, плач, покраснение, изменение в сердечном ритме, дыхании и т.п., и, более того, эмоциональные воздействия могут стимулировать или подавлять работу любого органа. Далее длительно существующее неосознаваемое эмоциональное напряжение будет поддерживать изменения в работе физиологических систем, приводя к нарушению их нормальной работы и в конечном итоге провоцируя развитие болезни. Причем, поскольку при различных психических состояниях наблюдаются различные физиологические сдвиги, то и результатом будут разные патологические процессы. F. Alexander делал упор именно на бессознательное эмоциональное напряжение, так как именно оно, по его мнению, является более патогенным и не может найти выход в сознательных действиях.

В соответствии с моделью двухэшелонной линии обороны А. Mitscherlich, сдвиг в сторону соматических защитных сил происходит, когда психических сил недостаточно для того, чтобы справиться с происходящими событиями [21]. Это подтверждается регрессом невротических симптомов при возникновении телесных расстройств.

G. Engel и А. Schmale [16] в модели отказа от веры в будущее («giving up» и «given up»), признавая генетическую предрасположенность заболевания, в то же время видели символическое обусловливание места возникновения нарушения. Например, экзема и другие кожные заболевания, по их мнению, могут быть символически связаны с нарушениями контакта с другими людьми, прежде всего с матерью на первом году жизни. Считали, что развитию заболевания после стресса способствует состояние беспомощности, когда окружающее воспринимается более опасным, не доставляющим удовольствия, а человек чувствует себя покинутым. В то же время, если социальная среда

разделяет оценки индивида и мнения, обеспечивает эмоциональную поддержку, то вероятность болезнетворного действия эмоционального стресса уменьшается. Особенно важно это для детей, т.к. социальное окружение чаще всего представляют родители, и отсутствие или деформация привязанности и эмоционального контакта приводит не только к ситуативной тревожности, но и к дальнейшему недостатку жизненных социальных качеств.

Предиктором психосоматических расстройств ряд авторов считают алекситимию, т.е. ограниченные способности к сопереживанию, скудность словарного запаса, невозможность вербализировать содержание психологических конфликтов при относительно неплохом приспособлении и чувстве удовлетворения жизнью [6].

Так, согласно модели борьбы за свое тело П. Куттера [18, 19] имеет место нарушение коммуникации психосоматического больного со своим телом. Пациент не воспринимает сигналы от своего тела, например, вовремя не реагирует на утомление или внутреннее истощение. П. Куттер исходит из гипотезы, что психосоматический больной недостаточно «любит» свое тело.

Как выбирается свой симптом, остается по большому счету загадкой, но можно выдвинуть следующие предположения: знакомое расстройство, т.е. ранее пережитое при реальном соматическом заболевании, заимствование у других (например, из-за идентификации с родителями ребенок так же, как и они, может переживать тревогу и страхи), как метафора психосоциальной ситуации и т.д.

Кроме того, ряд авторов считают, что повреждающий эффект психоэмоционального стресса локализуется избирательно в той висцеральной системе или органе, который более всего уязвим в представлении данного индивидуума, наиболее важен для жизнедеятельности организма и его существования [11]. Выбор органа-мишени зависит также от эффекторного пути, который в данный момент оказался наиболее предпочтительным для «выхода» психоэмоционального возбуждения на периферию, от нервной конституции человека, его индивидуальной «стрессоустойчивости» и прошлого жизненного опыта [3].

Факторы развития в свою очередь оказывают значительное влияние на клиническую картину расстройств. Одним из аспектов человеческого развития является то, что дети и подростки характеризуются зависимостью, в значительной мере повторяя основные паттерны «обусловленного болезнью поведения» взрослых [20]. Это поведение

предполагает способы реагирования на симптоматику, включая интенсивность обращения за медицинской помощью и степень изменения стиля жизни. Mary Eminson [15] выделяет ряд факторов, способствующих развитию психосоматических заболеваний со стороны семьи, а именно – наличие у многих членов семьи соматических симптомов (генетический компонент?), недостаточное вербальное выражение эмоциональных переживаний, включая поведение в конфликтных ситуациях, «обусловленные взаимоотношения» с ребенком, недоверие к медицине, наличие в анамнезе родителей соматоформных расстройств, тревоги или депрессии, трудности в установлении поведенческих ограничений для детей и со стороны ребенка – факторы темперамента, включая добросовестность, эмоциональную лабильность, ранимость и чувство собственной неполноценности, жестокое эмоциональное отношение к ребенку в прошлом, низкий коэффициент умственного развития, затруднения в социальных отношениях.

Кроме того, в литературе выделяют определенные личностные черты, присутствующие в большей или меньшей мере у людей, страдающих определенной нозологией. Например, у пациентов с сердечно-сосудистой патологией достоверно более высокий уровень тревожности, напряженности, невротизации, присутствует так называемая «эмоциональная жвачка» (склонность после любых событий проигрывать их заново, причем даже с большей эмоциональностью, чем первоначально), склонность к «сверхбыстрому извлечению из памяти прошлого эмоционального опыта» [11], повышенная мнительность, страх, раздражительность, самоосуждение и т.д. Возникает вопрос, что из вышеперечисленного является следствием уже длительно текущего заболевания, а что присутствовало изначально.

Еще в 1943 году F. Dunbar высказала гипотезу о корреляции характера патологии с определенными личностными профилями [7], т.е. предположила, что изначально присутствующие у человека определенные черты личности, а соответственно и тип эмоционального реагирования способствуют развитию в дальнейшем вполне определенной патологии, а уже затем длительно текущее заболевание способствует обострению уже имеющихся особенностей характера и, возможно, появлению новых.

В продолжение этой теории F. Alexander предположил, что у взрослого человека между характером и предрасположенностью к определенному заболеванию может находиться и промежуточное

звено – специфический образ жизни, к которому склонны люди с определенным характером: так, если они почему-либо склонны к профессиям с высоким уровнем ответственности, непосредственной причиной заболевания могут стать профессиональные стрессы, а не сами по себе свойства характера [1].

Стресс – это феномен осознания, возникающий при сравнении между требованиями, предъявляемыми к личности, и ее способностью справиться с этими требованиями. Отсутствие баланса вызывает стресс и ответную реакцию на него. Но конечный результат у ребенка в первую очередь зависит от присутствия и/или деятельности других лиц (в первую очередь родителей или других близких людей), способных усилить стресс или уменьшить его патогенное действие поддержкой переживающего, укреплением его чувства собственного достоинства.

Эмоциональные стрессы по своему происхождению, как правило, социальны. Однако развитие у ребенка первых клинически выраженных симптомов заболевания зависит от ряда дополнительных условий. Это психические и биологические особенности индивида, социальное окружение и характеристики событий, вызывающих серьезные эмоциональные реакции.

Такие положения позволяют считать, что наиболее актуальным является изучение особенностей личности детей и подростков. Это связано с тем, что компонент специфического образа жизни (исходя из предположений Ф. Александера) у них можно не принимать во внимание (вероятнее всего образ жизни ребенка соответствует не его представлениям, а представлениям родителей). Кроме того, исходя из особенностей детской психики, можно предположить, что имеющиеся отклонения по шкале здоровья не успели оказать существенное влияние на личностные особенности. Следовательно, ряд особенностей в поведении и реагировании гораздо легче скорректировать именно в раннем возрасте.

Литература

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение. - М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2004. - 336 с.

2. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: пер. с нем. - М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. - 376 с.
3. Волков В.Т., Стремес А.К., Караваева Е.В., Тетенов Ф.Ф. Личность пациента и болезнь. - Томск, 1995. - 138 с.
4. Гельдер М., Гэт М., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии. - Киев, 1999. - Т. 1-2.
5. Гиндикин В.Я. Соматогенные и соматоформные психические расстройства (клиника, дифференциальная диагностика, лечение). - М.: Триада-Х, 2000. - 256 с.
6. Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей: руководство для врачей. - СПб: Издательство "Питер", 2000. - 512 с. - (Серия "Современная медицина")
7. Канарейкин К.Ф., Бахур В.Т. Эволюция психосоматической медицины // Клиническая медицина. - 1989. - № 12. - С. 16-21.
8. Лапланш Ж., Понталис Ж. - Б.: Словарь по психоанализу: Пер. с франц. - М.: Высшая школа, 1996. - 243 с.
9. Сарториус Н. Понимание МКБ-10. Классификация психических расстройств. Карманный справочник. - Киев, 1997. - 104 с.
10. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Козырев В.Н. и др. Психосоматические расстройства (клиника, эпидемиология, терапия, модели медицинской помощи)//Ж.Н.П., 1999.- № 4.- С. 4-16.
11. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. - М.: Медицина, 1986. - 384 с.
12. Фрейд З. О клиническом психоанализе. Избранные сочинения. М.: Медицина, 1991. - 453 с.
13. Alexander F. Psychosomatische Medizin - 2. Aufl. - Berlin, New York.: de Gruyter, 1950. - 267 p.
14. Alexander F. Psychosomatic Medicine: Its Principles and Application. - New-York, 1953. - 213 p.
15. Eminson M. Соматизированные расстройства у детей и подростков. Advances in Psychiatric Treatment 2001; vol. 7, P. 388-398.
16. Engel G.L., Schmale A.H. Eine psychoanalytische Theorie der somatischen Störung// Psyche. - 1967. - Bd. 23. - S. 241-261.
17. Freud S. Studien über Hysterie// GW. - 1985. - Bd. 1. - 212 s.
18. Kutter P. Der Basiskonflikt der Psychosomatose und seine therapeutischen Implikationen// Jahrbuch Psychoanalyse. - 1981. - Bd. 13. - S. 93-114.
19. Kutter P. Moderne Psychoanalyse: eine Einführung in die Psychologie unbewußter Prozesse. - 2. Aufl. - Stuttgart: Klett-Cotta. - 1992. - S. 187.
20. Mechanic D. The concept of illness behaviour// Journal of Chronic Disorders. - 1962. - vol. 15. - P. 189-194.
21. Mitscherlich A. Krankheit als Konflikt. Studien zur psychosomatischen Medizin. - Frankfurt: Suhrkamp, 1966. - 262 S.
22. Wolff H.G. Stress and Disease. - Springfield: Thomas, 1953. - 187 p.

Resume

THE MECHANISMS OF PSYCHOSOMATIC DISORDERS FORMATION

Zimatkina O.S.

Grodno State Medical University

The review of main psychosomatic theories is presented. The pathogenic and pathoplastic role of personality in certain psychosomatic disorders development is emphasized. This role is most clearly manifested in childhood. It is concluded that therapeutic measures besides the stressor reduction have to be directed to personality alignment.