
ЛЕКЦИЯ

УДК 616.891

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: РЕШЕННЫЕ И НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ

М. Е. Волчанский, В. В. Деларю, В. В. Болучевская

*Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра общей и клинической психологии*

В лекции рассмотрены актуальные проблемы психосоматической медицины (что относится к психосоматическим заболеваниям, механизмы их формирования и развития, вопросы классификации и лечения).

Ключевые слова: психосоматические заболевания.

PSYCHOSOMATIC DISEASES: SOLVED AND UNSOLVED PROBLEMS

M. E. Volchanskyj, V. V. Delaru, V. V. Boluchevskaya

The paper discusses urgent problems of psychosomatic medicine: what constitutes a psychosomatic illness, the mechanism of its development, issues of its classification and management.

Key words: psychosomatic disease.

Психосоматические расстройства исключительно широко встречаются у населения, но достаточно разработанная и разрабатываемая на теоретическом уровне психосоматика пока не приобрела популярности в здравоохранении, медленно внедряясь в жизнь и практику обслуживания больных.

Что относить к психосоматическим заболеваниям? Термин «психосоматика» предложил в 1818 г. немецкий психиатр J. Ch. A. Heinroth, высказавший мысль, что внутренний душевный конфликт порождает соматические заболевания. Однако во врачебный лексикон термин «психосоматика» был введен лишь спустя столетие, когда вопросы возникновения и течения любого патологического процесса начали рассматриваться с позиций единства психической и физической сущности «Я» (в настоящее время также часто используется термин «психосоматоз», который, фактически, является синонимом понятия «психосоматическое заболевание»).

Уже на заре возникновения психосоматики стали выделять так называемую «святую семерку» психосоматических заболеваний («holy seven»; которую благодаря F. Alexander еще называют «чикагской семеркой») эссенциальная гипертония, бронхиальная астма, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, сахарный диабет, ревматоидный артрит, неспецифический язвенный колит, нейродермит (в отечественной литературе их еще очень часто называют «болезнями цивилизации» или «болезнями стресса»). Данные расстройства признаны классическими психосоматическими заболеваниями

(хотя иногда понятие «классическое» психосоматическое заболевание означает, что просто имеется органическое поражение той или иной системы).

Естественно, что представления о психосоматических заболеваниях претерпевали и претерпевают изменения, в первую очередь, за счет расширения их списка. Но попытки включения ряда нарушений типа патологических психогенных реакций на соматическое заболевание; соматопатий как соматопсихических акцентуаций; психических расстройств, осложняющих некоторые методы лечения (мнестические расстройства после наркоза, депрессии и мнестические расстройства после операции аорто-коронарного шунтирования и т. д.); психопатологических состояний, возникающих в связи с генеративным циклом у женщин («предменструальное дисфорическое расстройство», «инволюционная истерия» и др.); соматических психозов (делирии, аменции, галлюцинозы и прочие психические расстройства, соответствующие реакциям экзогенного типа K. Bonhoeffer) признания не получили. С другой стороны, как психосоматические заболевания все чаще рассматриваются ишемическая болезнь сердца, тиреотоксикоз, мигрень, некоторые урогенитальные заболевания, синдром раздраженной толстой кишки, а также миома матки; к числу типичных психосоматических заболеваний, особенно в странах Северной Америки и Западной Европы, стали относить нервную анорексию, нервную булимию, кардиоспазм и некоторые формы психогенного ожирения.

Концепции психосоматической медицины. Хотя психосоматические заболевания большинство исследова-

телей относят к психогенным расстройствам, в настоящее время можно выделить более 300 разноуровневых концепций психосоматической медицины [5], которые условно могут быть «сведены» в следующие основные группы:

1. Психоаналитические концепции (S. Freud, F. Alexander), в которых конверсионная модель приписывает телесным нарушениям функцию символического выражения подавленных интрапсихических (внутриличностных) конфликтов.

2. Характерологически-ориентированные (F. Dunbar, M. Friedman, R. Rosenman), ставящие своей задачей объяснение природы возникновения психосоматических заболеваний через характерологические особенности.

3. Психофизиологические (H. Wolff, J. Lassy), основанные на психофизиологических интерпретациях специфичности болезней.

4. Гомеостатические (M. Spierling, G. Engel, M. Mahler, M. Hofer, Э. Г. Эйдемиллер, В. В. Юстицкас), исходящие из гомеостатического подхода в психологии, объединяющего теоретические построения self-психологии, теории патологии раннего развития, теории объектных отношений, согласно которым функционирование человеческой психики можно понять с точки зрения межличностных связей — как их развития, так и возможных нарушений.

5. Концепции, связанные с развитием индивида, в первую очередь, его защитных механизмов, зрелостью или регрессией, взаимодействием с внутренними факторами (J. Ruesch, A. Mitscherlich, M. Schur, P. Sifneos).

6. Нейрогуморальные теории (W. Cannon, H. Selye, R. Lazarus), доказывающие, что психосоматическая патология является проявлениями общего неспецифического адаптационного синдрома и объясняющие болезни нарушениями внутренней среды организма.

7. Физиологические, среди которых можно выделить кортико-висцеральную теорию К. М. Быкова и И. Т. Курцина.

8. Представления о повышенной тревожности как основы развития психосоматических заболеваний (Ю. А. Александровский); в последние годы в данном контексте чаще говорится о неотреагированных отрицательных эмоциях.

9. «Комплексные» («системные»), подчеркивающие сложность патогенеза психосоматических заболеваний и учитывающие как психологические факторы, так и соматические (среди них концепции А. Б. Смулевича, Д. Н. Исаева, онтогенетическая концепция структурного аттрактора болезни Б. Г. Ананьева и др.).

В целом, развитие психосоматической медицины происходило от создания однолинейной модели к системным, учитывающим взаимодействие множества физиологических и психосоциальных факторов. Также необходимо отметить, что ни одна из разработанных теорий не позволяет достоверно объяснить все звенья в развитии нарушений, тем более, что данные разных исследователей, особенно касающиеся психологических особенностей больных, достаточно противоречивы. Со-

ответственно, ключевая проблема психосоматики — проблема специфичности, установления конкретных психосоматических механизмов для каждого заболевания не решена и, скорее всего, решена быть не может.

Спорным остается вопрос и о возможности перехода функциональных нарушений в «классическое» психосоматическое заболевание. Например, В. В. Мариллов [4] на примере больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки аргументирует, что переход функционального в органическое в рамках единого психосоматического процесса принципиально возможен и разделяет подход ряда зарубежных исследователей (в первую очередь, F. Alexander), считающих, что функциональные психосоматические нарушения, являясь этапом или стадией общего психосоматического процесса, предшествуют развитию органической патологии. В то же время, по мнению Б. Д. Карвасарского, трансформации невротических расстройств внутренних органов в соответствующие «классические» психосоматические заболевания не наблюдается [1].

Эпидемиология и классификация психосоматических заболеваний. Единой, общепризнанной классификации психосоматических расстройств в настоящее время нет. Для практической деятельности представляется достаточно адекватной предложенная более 50 лет назад классификация М. Блейлера, который выделил 3 вида психосоматических расстройств [2]:

1. Заболевания, в возникновении и течении которых решающее или существенное значение имеют психические факторы («классические» психосоматические заболевания).

2. Расстройства, обычно трактуемые как функциональные невротические реакции. Согласно современной терминологии, это, в первую очередь, конверсионные и ипохондрические, а также соматоформные расстройства. Их часто обозначают как «соматически необъяснимые симптомы» или как «апофатические» (apophatic — отрицательные) расстройства. Основные дифференциально-диагностические признаки «соматически необъяснимых симптомов», в большинстве случаев имеющие в своей основе истерический механизм [3, 7]:

— атипичность, необычность проявлений, включая локализацию;

— гротескность, чрезмерная яркость жалоб, демонстративность, преувеличенность страданий;

— особая динамика (изменчивая подвижность, внезапность появления и исчезновения), связанная с наличием конфликтной ситуации;

— возникновение или усиление симптоматики в присутствии эмоционально значимых лиц;

— понятность с позиций принципа «условной желательности расстройств» — позволяют больному достичь реальной или мнимой выгоды, разрешить конфликтную ситуацию в свою пользу.

3. В широком смысле к психосоматическим расстройствам можно отнести нарушения здоровья вследствие особенностей поведения, взглядов, отношения

(повышенный травматизм, ожирение, курение, употребление алкоголя и психотропных средств и др.).

В МКБ-10 психосоматические расстройства представлены в различных кластерах, в первую очередь, в F40-F48 «Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства» как «соматоформные расстройства» и др.; в F50-F59 «Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами» как «расстройства приема пищи» и в классах МКБ-10, характеризующих соматические болезни (гипертоническая болезнь, бронхиальная астма, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки и др.).

Обобщая данные разных авторов, можно считать, что частота психосоматических расстройств среди населения колеблется от 15 до 50 %, среди пациентов амбулаторной практики — в пределах 30—60 %; среди контингента многопрофильных больниц — в пределах 50—60 %; причем за последние 25—30 лет отмечается резкое увеличение численности больных с психосоматической патологией (это касается, прежде всего, заболеваний желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, хронических неспецифических болезней и эндокринных расстройств).

Общее число «классических» психосоматических заболеваний среди населения трудоспособного возраста колеблется в пределах от 50 до 70 % (распространенность артериальной гипертонии составляет 30—40 % населения, язвенной болезни — 6—10 %, сахарного диабета — 5—7 %, бронхиальной астмы — 1—5 % и ревматоидного артрита — 1 %).

Лечение. Само понятие «психосоматическое» расстройство предполагает воздействие не только на соматическую, но и на психическую сферы. Однако если «соматическая» терапия при гипертонической болезни, язвенной болезни и других психосоматических заболеваниях в том или ином объеме обязательно проводится, то коррекция психических / психологических нарушений осуществляется лишь в отдельных случаях путем психофармакотерапии (транквилизаторами, особенно обладающими анксиолитическим действием, антидепрессантами, легкими нейролептиками типа тiorидазина). В то же время хорошо известна высокая эффективность при данных нозологиях психотерапевтической и/или психологической помощи, причем применимы практически все существующие методы и техники (психодинамическая, поведенческая, когнитивная, телесно-ориентированная, семейная психотерапия, суггестивные методики, антистрессовые методики релаксации и снятия напряжения, тренинги эмоциональной экспрессии, психолого-лингвистический театр и другие вплоть до так называемой «психосоматической групповой психотерапии»). Однако на практике психотерапевтическая/психологическая помощь, как правило, не

оказывается вследствие как крайне ограниченного количества психотерапевтов и медицинских (клинических) психологов в общесоматических учреждениях здравоохранения, так и настороженно-негативного отношения населения к указанным специалистам и представлений о второстепенности психотерапевтической / психологической помощи в массовом сознании населения (последнее относится и к значительной части врачей). Есть мнение, что по данным катамнеза эффект психофармакотерапии более стоек и превосходит эффективность психотерапии [6], однако справедливость подобного подхода, по меньшей мере, вызывает сомнение, поскольку в отличие от психофармакотерапии психотерапия (психологическая помощь) позволяет учитывать (и корректировать) конкретные индивидуально-личностные особенности пациентов негативно (прямо или опосредованно) влияющие на динамику патологического процесса (не говоря уже о возможности воздействия психотерапевта / медицинского психолога на ближайшее социальное окружение пациентов). В результате, после окончания лечения больные часто «выходят через одну дверь, чтобы тут же войти в другую».

Поэтому современный подход к организации помощи при психосоматических заболеваниях предполагает активное участие в лечебно-реабилитационном процессе не только врача-интерниста, но и психотерапевта и/или медицинского психолога.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клиническая психология: Учебник / Под ред. Б. Д. Карвасарского. — СПб: Питер, 2008. — 960 с.
2. *Конечный Р., Боухал М.* Психология в медицине. — Прага, 1983. — 407 с.
3. *Лакосина Н. Д., Сергеев И. И., Панкова О. Ф.* Клиническая психология: Учебник для студентов медицинских вузов. — М.: МЕДпресс-информ, 2005. — 416 с.
4. *Марилев В. В.* // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2006. — Т. 106, № 1. — С. 21—24.
5. *Сидоров П. И., Новикова И. А.* // Медицинская психология в России: электронный научный журнал. — 2010. — № 1. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru)
6. *Смулевич А. Б., Сыркин А. А., Козырев В. Н. и др.* // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1999. — Т. 99, № 4. — С. 4—16.
7. *Смулевич А. Б., Сыркин А. Л., Львов А. Н.* // Психические расстройства в общей медицине. — 2010. — № 3. — С. 4—15.

Контактная информация

Болучевская Валентина Викторовна — к. психол. н., доцент кафедры общей и клинической психологии, Волгоградский государственный медицинский университет, e-mail: boluchevskaya@yandex.ru