

В.Э. Медведев *

ФГОУ ВПО «Российский университет дружбы народов», кафедра психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии, г. Москва

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: КОНЦЕПЦИИ И СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ

Резюме

В статье представлен обзор основных концепций развития психосоматических расстройств. Приведены описания наиболее часто встречающихся в общей медицинской практике психических расстройств непсихотического уровня.

Ключевые слова: психосоматические заболевания, депрессия, тревога.

Abstract

The article presents review of main conceptions of psychosomatic disorders' development. The most common mental disorders of non-psychotic level in general practice are described.

Key words: psychosomatic disorders, depression, anxiety.

ПСЗ — психосоматические заболевания, ИБС — ишемическая болезнь сердца, АГ — артериальная гипертензия.

Данные медицинской статистики свидетельствуют, что до 70% пациентов, обращающихся к врачам общей практики, страдают психосоматическими заболеваниями. На современном этапе развития медицины доказано влияние личностных (характерологических) свойств и психопатологических расстройств пациентов на предрасположенность к развитию более 40 соматических заболеваний, среди которых наиболее распространёнными являются ИБС, АГ, сердечные аритмии (экстрасистолия, тахикардия, фибрилляция предсердий), бронхиальная астма, сахарный диабет, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, ревматоидный артрит, различные виды дерматитов и дерматозов и онкологической патологии.

Психические расстройства и соматические заболевания могут взаимно влиять на клинико-динамические характеристики друг друга: каждое из этих состояний утяжеляет течение другого. Соматическое заболевание может явиться причиной развития и видоизменения течения психопатологических расстройств. В свою очередь аффективные и тревожные расстройства рассматриваются как независимый фактор риска соматических болезней: они могут оказывать неблагоприятное воздействие на формирование симптоматики и течение соматического страдания (рецидивирующие, продолжительные приступы стенокардии, нарушения сердечного ритма, высокая частота коронарных катастроф и т.п.). В связи с этим в последние годы значительно возрос интерес к изучению структуры коморбидных соотношений психических и соматических расстройств, играющих роль не только в возникновении и течении ПСЗ, но и психо-

патологических симптомокомплексов, манифестирующих на фоне соматического недуга.

В рамках *соматоцентрического подхода* (А.М. Вейн и соавт., 1981; В.И. Маколкин и соавт., 1995; I.G. Hislop, 1971; R.F. Harvey и соавт., 1987; W.R. Lovallo и соавт., 2003) в качестве первичной в генезе ПСЗ рассматривается исключительно органическая патология.

Большинство психологически ориентированных концепций отражают *психоцентрический подход*. Исследователи (F. Alexander, 1946; F. Dunbar, 1955; A. Zanchetti и соавт., 1977; O. Tetsuya и соавт., 2001) считают, что психоэмоциональные влияния (психологические конфликты, стрессовые ситуации) являются важными компонентами патогенетических механизмов, приводящих к развитию ПСЗ. Кроме того, психогенные факторы рассматриваются не только как предрасполагающие, но непосредственно провоцирующие и влияющие на течение ПСЗ и прогноз.

Согласно *теории «специфических конфликтов»* (концепция вегетативного невроза Т.М. French, F. Alexander) вид ПСЗ определяется типом конфликта, сопровождаемого теми или иными эмоциональными состояниями. К примеру, J.A. Blumenthal и соавт. (1995) сообщают, что у лиц, занятых на ответственных должностях, уровень *артериального давления* в течение дня и во время проводимого в лаборатории опыта с повышенной умственной нагрузкой значительно выше, чем у людей с менее ответственной работой. Ряд исследований также свидетельствуют о том, что «рабочее напряжение» («job strain»), заключаю-

*Контакты. E-mail: melkorcard@mail.ru. Телефон: (495) 350-28-75

Журнал «Архивъ внутренней медицины» уже не раз затрагивал проблему психосоматических заболеваний, и не случайно: терапевты в своей практической деятельности сталкиваются с ними достаточно часто. Именно распространённость данных состояний, сложность диагностики и довольно низкая информированность медицинских работников подвигли нас принять решение о том, чтобы сделать рубрику «Психосоматическая медицина» постоянной. Нынешняя статья посвящена современному взгляду на проблему психосоматических заболеваний, классификации психопатологических расстройств. По мнению автора, психические расстройства и соматические заболевания могут взаимно влиять на клинико-динамические характеристики друг друга: каждое из этих состояний утяжеляет течение другого. Обращаем ваше внимание, что вы можете стать соавторами рубрики: свои вопросы, а также клинические случаи просим вас отправлять на электронные адреса редакции editor@medarhive.ru и info@medarhive.ru. Будем разбираться вместе!

щееся в высоких психологических требованиях и недостатке свободы решений на работе могут иметь большое количество последствий, касающихся состояния здоровья, включающих формирование различных ПСЗ.

Личностно ориентированные психосоматические модели рассматривают те или иные личностные особенности, черты характера в качестве предикторов ПСЗ.

Первые систематизированные научные изыскания на предмет выделения особых форм характера и его влияния на состояния соматического здоровья были проведены в 1935–1948 гг. На основании полученных данных были сделаны заключения о наличии прямой взаимосвязи между развитием ПСЗ и таких свойств характера человека, как выдержанность, последовательность в поступках, целеустремленность, высокая мотивация достижения поставленных целей.

Надо заметить, что по мере накопления научной информации, исследователи стали осторожнее подходить к описанию целостных характеров, ответственных за развитие той или иной болезни. В большинстве случаев теперь авторы указывают на отдельные черты личности, наличие которых в характере человека способствует развитию ПСЗ. Так, по мнению приверженцев *концепции «токсических компонентов»*, существенным условием для формирования и длительного сохранения отрицательных эмоций (патологического аффекта), отвечающего за развитие ПСЗ, может быть наличие отдельных личностных черт (эмоциональная вязкость, склонность к фиксации эмоциональных переживаний и т.д.).

В 1974 г. учёные М. Фридман и Р. Розенман обследовали более 3500 пациентов с *ишемической болезнью сердца* и выяснили, что 70% из них имеют сходные характерологические черты, которые авторы объединили в «характер» или «личность типа А», а также описали её антипод — «личность типа В».

Личность типа А («синдром спешки») характеризуется энергичным стилем поведения (неумение отдыхать, неспособность расслабиться, нетерпеливость, нетерпимость, настроенность на достижение цели); чрезмерным контролем времени («жизнь по часам», постоянные попытки сделать как можно больше в минимальный интервал времени); ускоренными движениями (бы-

стрые речь, ходьба, еда, активная жестикуляция); одно-моментным занятием несколькими делами, размышлением о нескольких проблемах одновременно, попытками принятия решений сразу по многим вопросам; дихотомическим мышлением типа «или – или», «чёрное – белое», «правильно – неправильно». Дополнительно выделяют такие свойства личности типа А, как стремление во всем к совершенству (перфекционизм), к лидерству, нетерпение по отношению к непохожим на тебя людям, обостренное чувство соперничества, стремление, жажда признания и карьерного роста, амбициозность, подавляющее окружающих поведение, предприимчивость. В течение жизни личности типа А более предрасположены к созданию и попаданию в стрессовые ситуации, во время которых активизируются гормональные процессы. Повторяясь, эти процессы негативно влияют и на частоту сердечных сокращений, уровень артериального давления, холестерина и глюкозы в крови, показатели свёртываемости, в результате чего в дальнейшем развиваются не только ИБС, но и другие психосоматические заболевания (*аритмии, гипертоническая болезнь, сахарный диабет и т.п.*).

Противоположный личности А характер типа В отличается относительно низким уровнем мотивации, избеганием жизни «по часам» и ситуаций соперничества, малой заинтересованностью в карьерных достижениях, лёгкостью делегирования полномочий, стремлением к расслабленности, неформальным стилем (*casual-стиль*) поведения, терпеливостью, неторопливостью, позитивным отношением к собственным достижениям и достижениям других людей. Личности типа В последовательны в своих решениях, поведении, принятии решений. Они работают над одной проблемой, полностью погружаясь в процесс, лишь затем переходят к другой. В отличие от типа А, такие личности обычно пунктуальны. В них не обнаруживается тенденций к перфекционизму.

В течение последующих лет в дополнение к личности типа А был выделен ещё один характерологический профиль, влияющий на развитие ИБС и её осложнений (*нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, сердечная недостаточность*), — тип D («*distressed personality*», «кризисная», дистресс-личность). Люди, имеющие личностный тип D, склонны «сканировать» окружающий мир в предчувствии надвигающихся неприятностей. Структура личности типа D характеризуется противоречи-

востью тенденций испытывать отрицательные (негативные) эмоции в разных ситуациях и/или сохранять их на протяжении длительного времени, а также сдерживать, подавлять, не выражать эти негативные эмоции в межличностных контактах из-за боязни вызвать конфликт с другими людьми.

У потенциальных гипертоников в течение жизни часто портится настроение, отмечаются потребность в одобрении со стороны окружающих, повышенная раздражительность, возбудимость, невротическая тревога. Как правило, гипертоники вспыльчивы, очень настойчивы, упрямы, любят всех поучать. По данным учёных Колумбийского университета, главную роль в возникновении АГ играют вытесненный (подавленный) гнев, раздражение и агрессивность. Также гипертония нередко возникает по причине самоуверенного желания человека взять на себя непосильную нагрузку, трудиться без отдыха, потребности во что бы то ни стало оправдать ожидания окружающих людей, остаться значимым и уважаемым в их лице, в связи с чем происходит вытеснение собственных эмоций и потребностей.

Психоэмоциональный склад, как считает ряд зарубежных авторов, имеет значение в возникновении *язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки*: ею в несколько раз чаще страдают люди эмоциональные или те, чьи реакции на события жизни оказываются связаны с повышенным уровнем тревоги, с нервным перенапряжением. Язвенники обычно раздражительны, обостренно реагируют даже на мелкие неприятности, глубоко их переживая, хотя не всегда показывают это окружающим. Возникновение язвенной болезни объясняют и такими личностными чертами, как стремление к зависимости, трудности при принятии решений, взятия на себя ответственности. При этом в зрелом возрасте желание получить помощь от другого вызывает у такого человека чувство тревоги, стыда, длительное раздражение и «замещается» нарушениями пищевого поведения (переедание — булимия, несоблюдение режима питания, отказ от пищи — анорексия), что также способствует обострению гастрита и образованию язвы.

Некоторые исследователи выделяют черты характера, способствующие развитию *онкологических заболеваний* (поведение типа С). Таким людям свойственны депрессивность, обидчивость, тревога, страх одиночества, робость, скованность, покорность перед неприятностями. Они не доверяют людям и не пытаются поделиться с ними своими чувствами, мыслями, страхами и радостями, предпочитая в одиночку переносить выпавшие на их долю неприятности. Внешне они кажутся стойкими и негибкими, но в глубине души страдают от обид, разочарований и безнадёжности.

Болезни суставов — артриты, как замечено, поражают людей, которые не могут сами сказать «нет», ответить отказом на просьбу, а потом испытывают чувство обиды и обвиняют других в том, что их «нещадно эксплуатируют». Кроме того, люди, страдающие ревматоидным

артритом, по наблюдению Франца Александера, в молодости отличаются задиристым характером. Затем они приучаются сдерживать агрессивность. Но хроническое мышечное напряжение, вызванное постоянными агрессивными импульсами, остаётся. Артритик всегда готов «атаковать», но подавляет в себе это стремление.

Сахарный диабет также нередко развивается у эмоциональных, легко возбудимых, словоохотливых, но быстро утомляющихся, склонных к быстрой смене настроения людей. У них бывают приступы гнева, во время которых им нельзя возражать.

Больные, склонные к развитию *гиперфункции щитовидной железы*, стремятся к независимости от всех, подвержены частым сменам настроения, внезапным вспышкам ярости и длительным приступам депрессии. Некоторые психологически ориентированные исследователи предполагают у пациентов с гипертиреозом подсознательный страх смерти.

Специфический склад характера и у людей, страдающих одним из видов головной боли — *мигренью*. Им свойственны высокий уровень притязаний, активность, обидчивость, требовательность к себе и нетерпимость к ошибкам других. Они очень чувствительны к стрессам, склонны к тревожно-депрессивным реакциям.

Другим важнейшим аспектом современной психосоматической медицины является влияние ПСЗ на развитие различных психопатологических расстройств (нозогении и соматогении).

Нозогении («реакция на болезнь», симптомокомплексы патологического поведения в болезни) — психогении, возникающие в связи с психотравмирующими ситуациями, связанными с соматическим заболеванием. В формировании нозогений соучаствуют психогенная (стресс, связанный с тяжёлым ПСЗ, дискомфорт в ситуации больничной обстановки, диагностических процедур; реакция деморализации с осознанием безнадёжности, бесперспективности лечения, собственной беспомощности перед болезнью) и биологическая составляющие. Нозогении чаще формируются при тяжёлом (как в объективной, так и в субъективной оценке пациента) течении заболевания.

Клиническая картина нозогений разнообразна. При *ипохондрических (тревожно-фобических)* реакциях или развитиях состояние пациентов определяется тревожными опасениями за своё здоровье с ипохондрическими фобиями (онко-, кардио-, танатофобия и др.). На первом плане — страх повторного ухудшения состояния, опасения «перенапрячься».

Диссоциативные реакции, как правило, не сопровождаются выраженными расстройствами сознания (псевдодеменция, феномен отчуждения — отрицания реального соматического заболевания). Поведение пациентов чаще характеризует синдромом «прекрасного равноду-

ция» (диссоциация между проявлениями скрытой соматизированной тревоги — тахикардия, дрожь, потливость и напускной бравадой с пренебрежительным отношением к лечению, прогнозу и исходу заболевания). На первом плане — нарочитое отрицание беспокойства по поводу проявлений и исхода болезни. При этом симптомы соматического заболевания больные зачастую интерпретируют как «временные» и «несущественные». К признакам демонстративного поведения относятся курение, злоупотребление алкоголем, игнорирование врачебных назначений и режима терапии. Однако за фасадом наигранного оптимизма выявляется страх, связанный с нарушением сердечной деятельности. Такие пациенты охотно прислушиваются к разговорам о заболевании, нередко (в тайне от врачей) просят родственников принести им специальную литературу, наводят справки о возможности изменения трудовой деятельности, снижения нагрузок.

Сутяжные реакции (развитие) чаще всего формируются у больных с расстройствами личности паранойального круга. Эти реакции ассоциируются с двумя видами мотивационных установок: рентными (установка на материальную компенсацию ущерба, причинённого соматической болезнью) и эквитными (установка на выявление ущерба, причинённого действиями медицинского персонала).

Соматогении — психические расстройства, непосредственно связанные с патофизиологическими процессами, обусловленными соматическими вредностями. К соматогениям относятся, в частности, психозы (делирий) и соматогенные (сосудистые) депрессии. *Соматогенные психозы*, как правило, кратковременны (от нескольких часов до 2–3-х суток). Редукция психопатологических нарушений и восстановление нормального уровня сознания происходит параллельно с улучшением соматического статуса. После завершения психоза, как правило, отмечают полную амнезию как на реальные события, так и на психопатологические расстройства в период психоза.

В ряду провоцированных соматическим заболеванием аффективных расстройств выделяются нозогении (депрессивные реакции, дистимии), соматогенные и эндоморфные депрессии; эндогенные депрессивные фазы (манifestация или экзацербация биполярного аффективного расстройства и шизофрении).

Нозогенные депрессии чаще манифестируют при выраженных признаках ПСЗ. В ряде наблюдений интенсивность аффективных расстройств коррелирует с тяжестью соматического состояния. Клиническую картину нозогении определяют симптомы ипохондрической депрессии: подавленность, пессимистическое восприятие болезни, гипертрофированная оценка её последствий, страх смерти или неминуемой инвалидизации. Обострённое самонаблюдение с регистрацией малейших изменений самочувствия сочетается с массой жалоб, иногда не имеющих достаточного соматического обоснования. Значитель-

ное место среди других составляющих депрессивного расстройства занимают конверсионные («ком» в горле, тремор, онемения конечностей по типу «перчаток» и др.) и астенические (повышенная истощаемость, снижение активности и жалобы на слабость) симптомокомплексы. Обратное развитие нозогенных депрессий совпадает с периодом реконвалесценции (происходит минимизация опасности летального исхода, восстановление двигательной активности, снижение уровня тревоги).

Маскированные депрессии. Депрессии, выявляемые в общей медицинской практике, далеко не всегда имеют синдромально очерченную, завершённую форму. Преобладают стёртые проявления: основные признаки — подавленность, тоска, идеи виновности выражены слабо. Наиболее часто наблюдаются агрипнический (прерывистый сон с неприятными сновидениями, раннее пробуждение с затруднённым, требующим волевого усилия, мучительным подъёмом) и аноректический (утренняя тошнота, запоры, отсутствие аппетита и отвращение к пище, сопряжённые с похуданием) типы маскированных депрессий.

Стойкие алгии — одна из наиболее распространённых «масок» депрессий. Их регистрируют при *соматизированных депрессиях*. Хроническая боль как проявление маскированной депрессии может локализоваться в любой части тела. Сложность выявления психопатологических расстройств усугубляет и то обстоятельство, что клиническая картина таких депрессий включает ряд соматовегетативных симптомов, характерных как для аффективного, так и для соматического страдания (астения, нарушения сна, тахикардия/брадикардия, повышение артериального давления, диспноэ, тремор, алгии и др.). Распознавание маскированных депрессий опирается в первую очередь на установлении отдельных, но наиболее значимых симптомов депрессий, таких как тоска, идеи самообвинения, суицидальные мысли, ремитирующее либо, напротив, затяжное, хроническое течение гипотимии. Важным критерием при диагностике маскированных депрессии часто служит суточное (циркадианное) изменение самочувствия больных.

Соматогенные депрессии непосредственно связаны с сосудистой патологией, её неблагоприятным течением. Интенсивность гипотимии (тревожно-дисфорический аффект, апатия, плаксивость) при соматогенной депрессии коррелирует с тяжестью соматического состояния. Среди других психопатологических проявлений на первом плане астенические симптомокомплексы (общая слабость, непереносимость нагрузок, выраженная сонливость в дневное время в сочетании с ранней инсомнией). Другая составляющая таких соматогений — когнитивные расстройства (снижение памяти на события прошлого, ограничение возможности осмысления и запоминания новой информации, нарушения концентрации внимания). (А)

Авторы заявляют, что данная работа, её тема, предмет и содержание не затрагивают конкурирующих интересов.