

**ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ  
РАССТРОЙСТВА  
В ПРАКТИКЕ ТЕРАПЕВТА**



Санкт-Петербург  
СпецЛит

Авторы:

**Винокур Владимир Александрович** — профессор кафедры медицинской психологии Санкт-Петербургской медицинской академии последиplomного образования;

**Гриневиц Владимир Борисович** — профессор, заведующий кафедрой терапии Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова, главный гастроэнтеролог Вооруженных сил;

**Ильяшевиц Инна Геннадиевна** — доцент кафедры терапии и клинической фармакологии Санкт-Петербургской медицинской академии последиplomного образования;

**Курпатов Владимир Иванович** — профессор, заведующий кафедрой психотерапии Санкт-Петербургской медицинской академии последиplomного образования;

**Ледовая Алла Васильевна** — доцент кафедры терапии и клинической фармакологии Санкт-Петербургской медицинской академии последиplomного образования;

**Оганезова Инна Андреевна** — профессор, заведующая кафедрой пропедевтики внутренних болезней Северного государственного медицинского университета;

**Порошина Елена Григорьевна** — доцент кафедры терапии и клинической фармакологии Санкт-Петербургской медицинской академии последиplomного образования;

**Потапова Ирина Валентиновна** — доцент кафедры терапии Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова;

**Рунова Влада Владимировна** — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры психотерапии Санкт-Петербургской медицинской академии последиplomного образования;

**Симаненков Владимир Ильич** — профессор, заведующий кафедрой терапии и клинической фармакологии Санкт-Петербургской медицинской академии последиplomного образования, главный терапевт Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, заслуженный работник высшей школы РФ;

**Успенский Юрий Павлович** — профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И. И. Мечникова

Рецензенты:

**Н. П. Вангакова** — доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой педагогики с курсом психосоматической медицины Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова;

**В. П. Медведев** — доктор медицинских наук, профессор кафедры подростковой медицины Санкт-Петербургской академии медицинской последиplomного образования

**Психосоматические расстройства в практике терапевта : руководство**  
П86 для врачей / под ред. В. И. Симаненкова. — СПб. : СпецЛит, 2008. — 335 с. : ил.  
ISBN 978-5-299-00376-5

Первое отечественное мультидисциплинарное руководство по психосоматической медицине написано коллективом специалистов в области медицинской психологии, психотерапии и клиники внутренних болезней. Хотя книга имеет четкую ориентацию на нужды терапевтической практики, в ней в систематизированном виде представлены психологические и физиологические основы психосоматических расстройств. Детально рассматриваются функциональные и органические психосоматические расстройства отдельных висцеральных систем: сердечно-сосудистой, пищеварительной, бронхолегочной. Ряд глав посвящен лечению конкретных психосоматических расстройств. В отдельной главе излагаются вопросы клинической психофармакотерапии психосоматических расстройств. Подробно рассматриваются возможности применения антидепрессантов, а также особенности взаимодействия лекарственных средств.

Книга предназначена для терапевтов, врачей общей практики, медицинских психологов, психотерапевтов и психиатров.

УДК 616-01/09

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Условные сокращения .....	5
Предисловие (В. И. Симаненков) .....	7
Введение (В. И. Симаненков) .....	9
<b>Глава 1. История развития психосоматической медицины (В. Б. Гриневич, И. В. Потапова) .....</b>	<b>19</b>
<b>Глава 2. Психологические основы психосоматических расстройств .....</b>	<b>32</b>
2.1. Психологические факторы в генезе психосоматических расстройств (В. А. Винокур) .....	32
2.2. Ятрогенные личностные расстройства (И. В. Потапова, В. И. Симаненков) .....	49
2.3. Личностные расстройства в практике терапевта (В. И. Симаненков) ..	53
<b>Глава 3. Физиологические основы психосоматических расстройств (Ю. П. Успенский, И. А. Оганезова) .....</b>	<b>65</b>
<b>Глава 4. Психосоматические механизмы развития и течения сердечно-сосудистых заболеваний (В. А. Винокур) .....</b>	<b>84</b>
<b>Глава 5. Психосоматические аспекты заболеваний бронхолегочной системы ..</b>	<b>126</b>
5.1. Функциональные расстройства бронхолегочной системы и бронхолегочные расстройства при неврозах (И. Г. Ильяшевич) .....	128
5.2. Бронхиальная астма (И. Г. Ильяшевич) .....	134
5.3. Соматопсихические расстройства при заболеваниях бронхолегочной системы (И. Г. Ильяшевич) .....	155
<b>Глава 6. Психосоматические расстройства и заболевания пищеварительной системы .....</b>	<b>166</b>
6.1. Функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта (В. И. Симаненков, В. Б. Гриневич, И. В. Потапова) .....	166
6.2. Психосоматические аспекты язвенной болезни (И. А. Оганезова, Ю. П. Успенский) .....	199
6.3. Психосоматические особенности больных с неспецифическим язвенным колитом (В. Б. Гриневич, И. В. Потапова) .....	223
6.4. Психосоматические и соматопсихические особенности больных с хроническими панкреатитами (В. Б. Гриневич, И. В. Потапова) .....	229
6.5. Психосоматические и соматопсихические расстройства при диффузных заболеваниях печени (В. Б. Гриневич, И. В. Потапова) .....	236
<b>Глава 7. Психотерапия в соматической клинике (В. А. Курпатов, В. В. Рунова) ..</b>	<b>250</b>
7.1. Основные направления психотерапии .....	254
7.2. Основные методы психотерапии .....	271
7.3. Эффективность психотерапии .....	276
<b>Глава 8. Фитотерапия и психофармакотерапия при психосоматических расстройствах (Е. Г. Порошина) .....</b>	<b>288</b>
8.1. Фитотерапия .....	289
8.2. Психофармакотерапия .....	295
<b>Литература .....</b>	<b>331</b>

## Глава 1. ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

История психосоматики во многом отражает историю развития медицины с античных времен и до настоящего времени. Практическая медицина при лечении болезней всегда учитывала как «телесное», так и «душевное». На этапе, который можно условно назвать клинико-эмпирическим, представление о болезни являлось результатом наблюдений врача за больным. Правда, есть мнение, что греческие медицинские школы не придавали большого значения психической жизни, уделяя основное внимание натурализму, то есть соматизму, охватывая этим всю патологию. Так, например, Гиппократ понимал истерию как болезнь матки. Однако он же подходил к больному как к единому целому, части единой природы. Являясь основоположником принципа индивидуального подхода к больному, в противоположность механистической, органно-ориентированной книдской школе, Гиппократ исходил из определяющего влияния факторов окружающей среды на формирование телесных (конституция) и душевных (темперамент) свойств человека. Выделяя основные типы темпераментов, Гиппократ, по словам И. П. Павлова, «уловил в массе бесчисленных вариантов человеческого поведения капитальные черты».

Выделение типов телосложения и душевного склада имело практическое значение: каждый тип по Гиппократу предрасположен к определенным болезням. Гиппократ, а затем Гален отмечали, что люди с разными видами темпераментов склонны к различным страданиям: например, флегматики склонны к заболеваниям желчевыводящих путей. Проблема целостности души и тела человека рассматривалась и таким философом античности, как Платон. Он писал: «...Величайшей ошибкой в лечении болезней является то, что есть врачи для тела и врачи для души... От них ускользают столь многие болезни. Они никогда не видят целого. К целостности должны они обратить свои заботы, ибо там, где целое чувствует себя плохо, часть его не может быть здоровой» (цит. по: Бройтигам В. [и др.], 1999).

В дальнейшем это положение развивалось, превратившись в принципиально важное характерологическое направление психосоматики середины XX века, разработанное Фларенс Данбар (F. Dunbar), о работах которой сказано ниже.

Впервые термин «психосоматическая медицина» ввел в 1818 г. немецкий психиатр Иоганн Гейнрот (J. Heingroth). Десятью годами позже М. Якоби (M. Yacobi) употребил понятие «соматопсихическое» для подчеркивания противоположного, доминирующего телесного в возникновении некоторых психических заболеваний. Однако преимущественно натуралистический характер медицины того времени, уровень развития естествознания, химии, физики, физиоло-

гии не дал возможности укорениться понятию «психосоматическая медицина». Термин «психосоматика» был вновь введен в научный обиход в 20-е годы XX века венским психоаналитиком Феликсом Дейчем (F. Deutch), сформулировавшим основную концепцию психосоматики. В дальнейшем Дейч эмигрировал в США и начал издание первого специального журнала «Психосоматическая медицина». Все это позволяет считать его одним из отцов американской психосоматической медицины, первоначально ориентированной преимущественно психоаналитически.

Какие бы изменения не претерпевала концепция психосоматики в процессе исторического развития медицины, она постоянно была представлена двумя конкурирующими направлениями — материалистическим и идеалистическим.

Развитие психосоматики в отечественной медицине происходило преимущественно в русле материалистических традиций. Идея целостного подхода к пациенту, учитывающая как состояние морфофункциональных систем организма, так и специфику личности, выдвигалась и обосновывалась отечественными клиницистами М. Я. Мудровым, Г. А. Захарьиным, С. П. Боткиным в качестве фундаментального терапевтического принципа. Развитие И. М. Сеченовым, И. П. Павловым, Н. Е. Введенским теории нервизма, подчеркивающей принципиальное значение нервной регуляции соматических процессов, позволило создать для этого подхода экспериментальную естественно-научную базу.

Понятие «нервизм» введено И. П. Павловым (рис. 1.1). Однако идеи об особой, главенствующей роли нервной системы в организме высказывались значительно раньше. Вплоть до XIX века в науке были распространены виталистические представления о нервном флюиде как «части мирового эфира», который якобы воздействует на организм через нервную систему. Материалистическая интерпретация концепции нервизма в значительной степени связана с развитием экспериментальной физиологии, обосновавшей выдвинутый еще Р. Декартом рефлекторный принцип как универсальный в деятельности нервной системы.

Исключительное значение для развития теории нервизма имело изучение трофической функции нервной системы, вскрывшее ее ведущую роль в регулировании обменных процессов в организме. Идея о влиянии нервной системы на трофические процессы была впервые высказана Ф. Magendie (Ф. Мажанди) еще в 1824 г., однако наиболее полное развитие она получила в дальнейшем в работах И. П. Павлова и его учеников: Л. А. Орбели, А. Д. Сперанского, а также в работах школы С. В. Аничкова.

Важнейший этап нервизма как сложившейся научной концепции связан с исследованиями И. М. Сеченова и с применением их результатов в клинической практике С. П. Боткиным. В своих работах они опирались на традиции отечественной науки в области изучения влияния нервной системы на здоровье человека, восходящие к И. Е. Дядьковскому, Н. И. Пирогову.

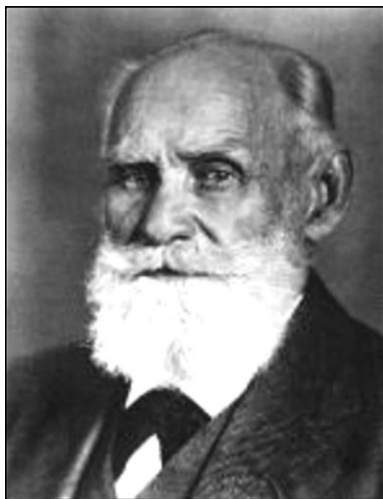


Рис. 1.1. Великий русский физиолог Иван Петрович Павлов

Открытие центрального торможения, явлений суммации, постоянных регулирующих влияний высших отделов нервной системы на низшие позволило выявить важнейшие закономерности деятельности нервной системы и, в особенности, головного мозга. Главным вкладом И. М. Сеченова в нейрофизиологию и концепцию нервизма явилось открытие рефлекторных механизмов деятельности полушарий головного мозга. Это привело к формулировке фундаментального закона, по которому все акты сознательной и бессознательной жизни по происхождению суть рефлексы. Применение учения И. М. Сеченова в клинической практике подтвердило справедливость его основных положений и позволило С. П. Боткину и его ученикам сформулировать неврогенную теорию патологии. В этой теории авторы исходили из первостепенной роли рефлекторного механизма и центров головного мозга. С. П. Боткин считал, что ведущим звеном патогенеза многих заболеваний являются нарушения «регуляторных нервных аппаратов», прежде всего центров головного мозга. Им было высказано предположение о существовании нервных центров (управляющих различными функциями организма), ряд которых был открыт в экспериментальных исследованиях. Неврогенная теория патологии получила подтверждение и развитие в трудах В. А. Манассеина, В. П. Образцова, А. Я. Кожевникова, С. С. Корсакова. В схему универсального рефлекторного механизма было добавлено такое важное звено, как корковые центры.

Всесторонне концепция нервизма была представлена в трудах В. М. Бехтерева, который создал целостное учение о роли нервной системы и ее отделов (1903), прежде всего головного мозга, регулирующего и поддерживающего жизнедеятельность организма и представляющего собой аппарат, благодаря которому устанавливается целесообразное отношение организма к окружающему миру. Для этого этапа становления нервизма было характерно акцентирование внимания не только на роли нервной системы в регуляции актов жизнедеятельности, но и на ее интегративных функциях — объединении организма и всех его систем и органов в одно целое.

Содержание павловского этапа нервизма заключалось в установлении значения нервной системы как сложной, иерархической системы и функциональной структуры, обеспечивающей руководящую роль в регуляции процессов жизнедеятельности, а также в формировании учения о высшей нервной деятельности как аналитико-синтетической деятельности коры и подкорки в процессах регуляции функций.

Концепция нервизма получила плодотворное развитие в клинической медицине. Начиная с попыток И. П. Павлова и его ближайших учеников объяснить механизм возникновения неврозов, многие отечественные клиницисты развивали неврогенные теории ряда заболеваний: Н. Д. Стражеско — патологии органов брюшной полости, А. И. Яроцкий — язвенной болезни, Г. Ф. Ланг и А. Л. Мясников — гипертонической болезни, атеросклероза, Д. Д. Плетнев — сердечно-сосудистых заболеваний.

Сам И. П. Павлов указывал на ограниченную возможность перенесения экспериментальных данных, полученных в опытах с животными, на человека. В силу методических трудностей И. П. Павлов не мог оценивать субъективные переживания, воображаемый внутренний мир обследуемых и последовательно выступал в роли физиолога, т. е. ограничивался ролью объективного наблюдателя, имеющего дело исключительно с «внешними проявлениями и их связями».

Несмотря на эти методические трудности, школа И. П. Павлова, его экспериментальные исследования, модель безусловных и условных рефлексов интересны и важны для формирования психосоматической теории. На основании результатов экспериментов И. П. Павлова построена концепция теории научения с установлением принципов научения, разъясняющих происхождение человеческого поведения; указаны возможные методы его изменения.

Идеи нервизма развивались в двух направлениях: кортико-висцеральной и психосоматической медицины, причем кортико-висцеральное направление представляется одним из путей выявления физиологической (нейродинамической) основы психосоматических взаимосвязей.

Основы теории кортико-висцеральных взаимоотношений, представляющей схему функционирования коры головного мозга и «подчиненных» ей подкорковых структур как единую систему, подтверждают закономерности всеобщих связей в деятельности нервной системы и исполнительных органов. Представление о личности и организме как о взаимосвязанных элементах единой системы «человек — среда» позволяет в условиях строгого физиологического эксперимента осуществить проверку некоторых аспектов психосоматической проблемы. Работы кортико-висцеральной школы дали положительный ответ на вопрос о возможности развития органической хронизированной патологии внутренних органов при первичном нарушении деятельности центральных регуляторных систем. Профессор Ю. М. Губачев указывает, что кортико-висцеральное направление имеет громадный по объему экспериментальный материал, который позволяет перевести на точный физиологический язык некоторые важные и необъяснимые с позиций психологии положения теории психосоматических соотношений.

В дальнейшем представители этой школы — И. Т. Курцин и его последователи — сочли возможным построение концепции развития многих соматических заболеваний без привлечения данных психологических исследований. Учение о личности, психогениях и эмоциональном стрессе было замещено в этих построениях учением о закономерностях высшей нервной деятельности и экспериментальных неврозах, то есть невроз стал считаться обязательной функциональной стадией органических заболеваний. Определяющее значение в патогенезе заболеваний, по мнению сторонников кортико-висцеральной теории, играют исходные физиологические особенности высшей нервной деятельности (например, слабый тип высшей нервной деятельности). На сегодняшний день можно утверждать, что клиническая практика эту гипотезу не подтвердила и выявила методологическую несостоятельность подобных теоретических построений.

История развития учения о нервизме является ярким примером преемственности идей, отражением взаимопроникновения теоретической медицины и философских материалистических и эволюционных идей (единство и целостность организма, взаимосвязь организма с окружающей средой, единство структуры и функции).

Одним из направлений развития психосоматических представлений явился разработанный Зигмундом Фрейдом (S. Freud) (рис. 1.2) и его последователями метод изучения неосознаваемых психических процессов — метод психоанализа.

Психоанализ возник в результате модификации З. Фрейдом способа лечения истерии, предложенного венским врачом Ж. Брейером (J. Breuer) в 80-х годах XIX века. При использовании гипноза у больных с истерией достигался феномен катарсиса («очищение души»), представлявший собой освобождение от болез-

ненных симптомов при воспроизведении пациентами под гипнотическим воздействием переживаний, в прошлом оказавших травмирующее влияние на психику. Фрейд отказался от гипноза, заменив его методом «свободных ассоциаций», заключающимся в произвольном изложении пациентом своих мыслей, описании сновидений, а также в изучении врачом ошибочных действий (опiski, оговорки) больного. По его мнению, это дает врачу материал для установления связи между прошлыми психотравмирующими ситуациями и переживаниями, которые вытеснены в сферу бессознательного и выражены в каких-либо симптомах болезни. Фрейд открыл, что вытесненное из «сознательного» оказывает существенное «динамическое» воздействие на всю личность. Система бессознательного недоступна познанию непосредственно, но ее можно ввести в сознание с помощью анализа. Благодаря защитным механизмам, переживания из сознания вытесняются и становятся неопасными потому, что вследствие этой конверсии «сумма возбуждения» переводится в соматическую сферу. Для формирования этого процесса необходима «соматическая готовность» организма. Суть концепции Фрейда заключается в том, что символически представленный травмирующий конфликт изживается в его импульсивно-динамических проявлениях в виде симптомов конверсии. В истории развития психосоматических представлений понятие конверсии можно расценивать как первую модель психосоматического процесса.

«Психическую энергию» вытесненного и динамику механизма «симптомообразования» Фрейд обозначал как либидо и понимал под этим энергию сексуальных побуждений. Согласно теории Фрейда, в развитии человека имеются различные сексуальные фазы. Чувство удовлетворения, ощущаемое грудным ребенком при кормлении грудью, было отнесено Фрейдом к оральной фазе сексуальности. В качестве анальной была обозначена фаза приучения к опрятности, в которой выделительные функции воспринимаются маленьким ребенком окрашенными удовольствием, а попытки «дрессировки» со стороны родителей — «фрустрирующими», то есть запретительными и окрашенными неудовольствием. В конфликтных ситуациях человек может возвращаться в одну из этих фаз — «регрессировать».

Психоаналитические представления о том, что истерические пациенты фиксированы на фаллическом уровне, обсессивные — на анальном, а депрессивные — на оральном, возникли из того факта, что взрослые пациенты с этими заболеваниями вновь и вновь настойчиво возвращались к воспоминаниям детства. Таким образом, использовался лишь ретроспективный подход. Эти воспоминания предполагали прохождение через фазы, в которых они, испытывая одновременно и тревогу, и наслаждение, были озабочены своими гениталиями или функциями кишечника, а в случае депрессивных пациентов — испытывали нос-

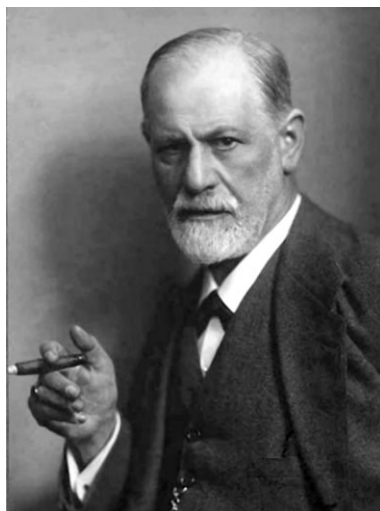


Рис. 1.2. Зигмунд Фрейд — основатель психоаналитического направления в психосоматике



тальгию по некоему забытому блаженству, и предметом их непонятной озабоченности был рот.

Выходя в своем исследовании за пределы содержания сознания, психоанализ пытался охватить личность человека в ее глубине. Создание иерархии психических структур, разделение на «Оно» — «Я» — «Сверх-Я» было позднее принято многими психологическими школами под другими обозначениями. В историческом плане важен тот факт, что психоанализ открыл возможность лечения психосоматических расстройств.

В 20-е годы XX века Г. Гроддек (G. Groddeck) распространил конверсионную модель Фрейда на соматические заболевания и сформулировал представление о «психической обусловленности органических страданий». Согласно концепции Гроддека, соматические симптомы выражают нечто символическое; бессознательное «Оно» является источником прямого воздействия на орган.

В области соматической медицины к пионерам психосоматики относятся Густав Бергман (G. Bergmann), Лудольф Крель (L. Krehl), Виктор Вайцзеккер (V. Weizsacker), создавшие свои теории в 30–40-х годах XX века. Фундаментальный труд Г. Бергмана «Функциональная патология» был опубликован на русском языке в 1936 г. Эти клиницисты, в основном интернисты, находясь под влиянием психоанализа, вышли за его рамки, объединив глубинно-психоаналитический подход к соматическому заболеванию с естественно-научными потребностями медицины.

Важным этапом в истории психосоматической медицины, оказавшей на развитие «классической психосоматики» значительное влияние, явилась теория «профиля личности» американской исследовательницы, врача-психиатра Фларенс Данбар. Обобщая двадцатилетний опыт работы психиатром в больнице общего профиля, результаты своих непосредственных клинических наблюдений, Данбар определила у 80 % людей, имевших повторные травмы, характерный личностный профиль, названный ею «личность, склонная к несчастьям». Автор обращает внимание на связь особенностей личности, ее «профиля» с высокой вероятностью развития у человека различных соматических заболеваний. Основную задачу обследования больных Данбар видит в выявлении условий, при которых эмоциональное напряжение становится хроническим и фиксированным. Эмоциональные же реакции расцениваются как производные от особенностей личности пациента.

Детально описав личность людей с рядом заболеваний внутренних органов, Данбар сформулировала концепцию «персональной специфики», или «персонального личностного профиля», специфичного для каждого психосоматического заболевания. Например, в соответствии с данной концепцией, специфическими ulcerогенными свойствами обладают такие личностные характеристики, как вытесненная склонность к самопожертвованию, тенденции к чрезвычайной зависимости и чрезмерности личностной реакции на психологический конфликт.

В своей работе «Психосоматическая диагностика» (1948) Данбар представляет психосоматическую историю болезни с обязательным четким сопоставлением медицинских данных и дат событий личной жизни пациента. При этом методика обследования больного перестает и по форме, и по сути непосредственно соприкасаться с психоаналитическими приемами. И только в трактовке некоторых результатов психоанализ используется как дань исторической преемственности.

Выделенные Ф. Данбар типы личности легли в основу многочисленных дальнейших работ, связанных с изучением личностной типологии. Интерес к психосоматической медицине возрастал. Уже в 1945 г. Данбар приводила список, состоящий примерно из 5000 публикаций по психосоматической проблематике. В современной медицине применение подхода Данбар к проблеме психосоматических заболеваний привело к привлекающей большое внимание концепции типологии «личностей риска». В качестве примера можно привести работы М. Фридмана и Р. Розенмана, выделивших так называемое поведение типа А, предрасполагающее к развитию инфаркта миокарда.

В историческом аспекте значение теории Данбар заключается в том, что ею впервые был разработан для определенных болезней тип личности, объединяющий в себе соматическое и психическое. В дальнейшем эта теория подвергалась критике, в частности, в связи со статичным характером определенных признаков, с неточностью оценок ретроспективно выявляемых личностных типологий. Тем не менее следует признать, что работы Данбар, ее теория «профиля личности» во многом определили ведущую доминанту многих психосоматических исследований второй половины XX века — специфику личности больного.

К середине XX века на развитие идей психосоматической медицины существенное влияние оказали теории неопрейдизма. Изменились представления о том, что в основе психосоматических заболеваний лежит исключительно сексуальный конфликт. Сексуальная природа конфликта стала либо отрицаться, либо сексуальный конфликт стал пониматься в трансформированном, сублимированном виде. Профессор Франц Александер (F. Alexander) (рис. 1.3), директор Института психоанализа в Чикаго, предложил в 1950 г. теорию объяснения психосоматических связей, в которой психодинамические психологические процессы связывались с патофизиологическими, соматическими изменениями. Находясь под влиянием идей Кэннона и Фрейда, Александер и его ученики разработали теорию «специфического эмоционального конфликта», на новом уровне возродили патогенетическую модель актуальных неврозов, разработанную Фрейдом. Ряд психосоматических заболеваний, которые Фрейд определял как актуальные неврозы, был заново оценен Александером, во многом заложившим основы современной психосоматики.

Согласно Ф. Александеру, психосоматическое заболевание — это физиологическое выражение хронического или периодически повторяющегося эмоционального напряжения, представляющего собой проявление глубоко личностного конфликта и различной степени его подавления и вытеснения. Александер различал конверсионные симптомы и вегетативный невроз. Так же как и Фрейд, Александер видит в конверсионных симптомах символическое выражение конфликтного чувства, которое подавляется и вытесняется. Тело, органы служат при этом символическим выражением происходящего. Он выделил психосоматиче-



Рис. 1.3. Франц Александер — автор теории специфических психологических конфликтов

ские болезни (например, язвенная болезнь), а также чисто функциональные нарушения без поражения органов и отграничил их от конверсионных симптомов.

Основное внимание Александер уделит вопросу эмоциональной специфичности вегетативных неврозов. Симптомы вегетативного невроза являются, согласно автору, не попыткой выражения подавленного чувства, а физиологическим сопровождением определенных эмоциональных состояний. Ссылаясь на Кэннона, он пишет: «... повышение желудочной секреции под влиянием прочувствованной потребности в пище есть выражение и сброс этих чувств, это адаптивная подготовка желудка к приему пищи».

Ф. Александер считает, что срыв вегетативных функций связан с эмоциональным состоянием в определенных конфликтных ситуациях в большей мере, чем с типологией личности в прошлом. Например, в случае язвенной болезни гораздо правильнее стремиться не к выявлению определенного личностного профиля как общей характеристики пациента, но к установлению специфической конфликтной ситуации, которая может развиваться среди множества различных личностных типов. Желание остаться в зависимой инфантильной ситуации (быть любимым и опекаемым) находится у людей с язвенной болезнью в конфликте со взрослым «Я», его гордостью, стремлением к независимости и достижениям. Готовность войти именно в данный конфликт и неспособность разрешить его адекватным путем расцениваются как личностный фактор.

По мнению Ф. Александера, для каждого вегетативного невроза имеется динамическая основополагающая схема. У пациентов с язвенной болезнью отказ от орально-рецептивных желаний приводит к орально-агрессивным реакциям, которые, в свою очередь, вызывают чувство вины и страха. Это компенсируется выраженным стремлением к деятельности, которая усиливает неосознанное оральное стремление к зависимости.

Не вдаваясь в подробности представлений Александера о симпатической и парасимпатической готовности, отметим, что, согласно его взглядам, в случае отсутствия реализации тенденции пассивного поиска помощи парасимпатическая готовность остается не востребованной. Вегетативные реакции манифестируют в извращенном виде. Это, по мнению данного автора, является показателем повышенного парасимпатического возбуждения. Зона их действия, в частности, желудочно-кишечный тракт. Особенно четко это было показано Александером на примере пациента с язвенной болезнью.

Ф. Александер описывал типы конфликтных ситуаций как специфичные для всех пациентов с данной нозологической формой. Его модель часто обозначается «теория специфических для болезни психодинамических конфликтов». Александер не ограничился формулировкой теоретических моделей. Им опубликованы результаты важных эмпирических исследований, стимулировавших в дальнейшем выполнение многих ценных работ по психосоматике, не потерявших своей актуальности и поныне.

Теория Александера и его учеников вызывает критику; положение о строгом различении симпатической и парасимпатической готовности, разделение болезней выражения и вегетативного невроза, так же как и принцип специфичности конфликта, подвергаются сомнению в психосоматической литературе. Согласно современным воззрениям, описанные им болезни представляются не психосоматически едиными, а являются совокупностью психологически и физиологически гетерогенных подгрупп.

После Второй мировой войны Александр попытался связать психоаналитические, физиологические и терапевтические знания, накопленные к тому времени, в единую всеобъемлющую психосоматическую концепцию. Будучи исследователем и клиницистом, он искал новые пути и явился примером сотрудничества психоаналитиков и интернистов. Психосоматика превратилась в междисциплинарную область исследований, что явилось важным обстоятельством для ее будущего развития.

В то время как Ф. Александр и его школа уделяли особое внимание проблеме специфичности и «выбору органа», ряд психоаналитически ориентированных исследователей пошли иным путем.

Парижская школа Р. Marty и М. de Muzan (1963) придавала большее значение общим проявлениям, характерным для многих больных с психосоматической симптоматикой. У таких пациентов отмечены ограничение способности фантазировать, трудности в словесном выражении, сообщении о своих внутренних переживаниях. Психосоматическая структура личности характеризовалась наличием «алекситимии». Этот термин введен в широкое употребление Р. Sifneos (1973) (от греч. *alexia*: отрицательная приставка *a-* + *lexis* — слово; *thymos* — чувство). Концепция алекситимии критически оценивается рядом авторов, однако это направление, противоположное теории Александра, позволило получить новые эмпирические данные и представляется интересным не только в плане исторического развития психосоматических исследований и теорий. Эта концепция, оживленно обсуждаемая с 1970-х годов, рассматривается некоторыми авторами как современная версия типологии личности, которую разрабатывала в 1930-х годах Ф. Данбар. Ряд исследований, посвященных роли алекситимии при психосоматических расстройствах, был выполнен и в последние годы. Результаты некоторых из них представлены в главе, посвященной психосоматическим расстройствам сердечно-сосудистой системы.

Еще в исследованиях, проведенных в 1940-х годах, Х. Вольфф (H. Wolff) показал, что сильные чувства напряжения, тревоги, обиды, гнева сопровождаются изменением характера секреторной и моторной деятельности желудка. При этом у одного человека реакции на угрожающие ситуации могут приводить к психосоматическому заболеванию — язвенной болезни, у другого же — иметь характер защитной реакции в форме рвоты и кардиоспазма.

Развитию психосоматических представлений способствовало создание концепции стресса Гансом Селье (H. Selye) (рис. 1.4), проводившим исследования общего адаптационного синдрома.

Согласно концепции Уолтера Кеннона (рис. 1.5), созданной в 1939 г., «организмы, хотя и состоят из материала, отличающегося максимальной неустойчивостью и нестабильностью, как-то научились сохранять постоянство и стабильность в условиях, которые, как можно было бы ожидать, должны вызвать существенные повреждения».

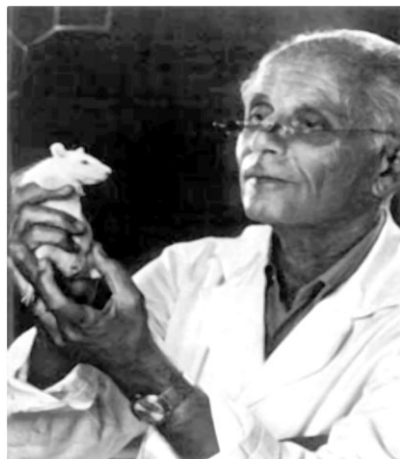


Рис. 1.4. Ганс Селье — автор теории стресса, описал общий адаптационный синдром



Рис. 1.5. Уолтер Кеннон — основатель психоэндокринологии

У. Кеннон определил, что экстремальные ситуации готовят организм на «борьбу», «бегство», «отступление». Определенные аффекты вызывают определенные вегетативные сдвиги. При реакции на экстремальную ситуацию эмоциональное переживание соединяется с сопровождающими соматическими реакциями. Введение Кенноном в свою концепцию эмоций отличает его представления от рефлекторной модели.

Ганс Селье, описавший патогенез стресса, расширил представления Кеннона учением об адаптационном синдроме. Согласно Селье (1946), общий адаптационный синдром является неспецифической реакцией, в которой различают фазы тревоги, сопротивления, истощения. Общий адаптационный синдром протекает различно в зависимости от того, в какой исходной ситуации находится организм.

В фазе сопротивления осуществляется собственно адаптация организма, далее наступает истощение и может произойти «поломка», «срыв» регулирующих процессов в организме с органическими изменениями.

Работы Селье способствовали дальнейшему развитию психосоматической медицины, так как в них был указан путь к экспериментальному изучению патогенных влияний среды на организм человека, в частности на его болезни. При этом болезнь возникает как продукт взаимодействия внешнего окружения и реакции данного, индивидуального, организма. Через модель стресса появилась возможность перекинуть мост между физиологией, с одной стороны, и психологией, а также психоанализом — с другой, что привело к стимулированию психосоматических исследований.



Рис. 1.6. Профессор Юрий Михайлович Губачев — автор концепции патогенетической гетерогенности психосоматических расстройств

К 1970–1980-м годам в связи с возрастающей дифференциацией медицинских наук, все более узкой специализацией врача, развитием диагностических методов исследования до «молекулярной медицины», появлением и принятием в качестве закона «схем» и «стандартов» в лечении психосоматических болезней возникли и усилились кризисные явления в области психосоматических исследований, разработки проблем психосоматических заболеваний. Тем не менее именно в эти годы сформировалась одна из оригинальных отечественных психосоматических школ, основателем которой является профессор Юрий Михайлович Губачев (рис. 1.6).

В работах Ю. М. Губачева и его учеников (профессора В. И. Симаненков, В. М. Дорничев, В. А. Винокур) разрабатывалась концепция патогенетической гетерогенности психосоматических расстройств, изучались нейрофизиологические и психоэндокринные психосоматические паттерны, характерные для ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии, язвенной болезни. Еще в начале 80-х годов XX века им были выделены такие варианты развития психосоматических заболеваний, как ситуационный, личностный, психопатологический, церебральный, соматический. На этой базе в конце 1990-х годов В. И. Симаненковым была разработана онтогенетическая теория психосоматического процесса.

С 1990-х годов наблюдается усиление интеграционных тенденций как естественной реакции на углубляющуюся специализацию медицины, проявляющихся все возрастающим интересом к проблеме функциональных заболеваний. Особенно интенсивно проблема функциональных расстройств висцеральных систем разрабатывалась в гастроэнтерологии. Теоретической базой международных консенсусов функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта (Римские критерии II) является биопсихосоциальная модель D. Drossman. Такой концептуальный подход имеет глубокие исторические корни.

Одним из активно развивающихся в последние десятилетия направлений психосоматических исследований является изучение качества жизни соматических больных. В 1947 г. американский ученый В. Karntsky впервые предложил нефизиологические методы оценки состояния больных раком. Эта работа положила начало исследованиям по всестороннему изучению функционирования личности, страдающей соматическим заболеванием. Вторым шагом в этом направлении считается предложенная Е. Engel в 1980 г. биопсихическая модель медицины. Используя теорию единства систем, автор рекомендовал учитывать психосоциальные аспекты при изучении медицинских понятий и при оказании специализированной помощи, что, по его мнению, должно превратить медицину в более «человечную» науку. Результатом такого активного интереса к психосоциальным сторонам медицины и явилась наука о качестве жизни.

Очевидно, что универсального определения качества жизни не может существовать. По мере развития человеческого общества отношение к этому понятию будет меняться. Каждое последующее поколение будет определять критерии «нормальности» и «качественности» жизни, выдвигая свои требования. Однако бесспорно то, что организм является инструментом, которым пользуется личность для реализации своих целей, и чем лучше функционирует этот инструмент, тем легче человеку удовлетворить свои потребности. В США под качеством жизни понимают интегральную характеристику физического, психологического и социального функционирования человека. В современной зарубежной медицине широкое распространение получил термин «качество жизни, связанное со здоровьем».

Согласно определению ВОЗ, «здоровье — это состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов». Другими словами, хорошее состояние здоровья индивидуума и его жизненное благополучие есть отражение удовлетворения его потребностей и его адаптации в физической, психологической и социальной сферах.

ВОЗ была проделана большая исследовательская работа по выработке основополагающих «критериев качества жизни» человека конца XX века. К ним относятся:

- физические (сила, энергия, усталость, боль, дискомфорт, сон, отдых);
- психологические (положительные эмоции, мышление, концентрация внимания, самооценка, внешний вид, негативные переживания);
- уровень самостоятельности (повседневная активность, работоспособность, зависимость от лекарств и лечения);
- общественная жизнь (личные взаимоотношения, общественная ценность субъекта, сексуальная активность);
- окружающая среда (благополучие, безопасность, быт, обеспеченность, доступность и качество медицинского и социального обеспечения, доступность информации, возможность обучения и повышения квалификации, досуг, экология).

Именно эти критерии лежат в основе современных представлений о качестве жизни. Иначе говоря, качество жизни — степень самооценки комфортности существования человека как внутри себя, так и в рамках своего общества. Под качеством жизни, обусловленным состоянием здоровья, понимают интегральную характеристику физического, психологического, социального и иного функционирования человека, основанную на его субъективном восприятии (Новик А. А. [и др.], 1999).

Итогом активной работы международных исследовательских групп на протяжении последних десятилетий стал консенсус, касающийся стандартизированного сбора мнений пациентов о своем здоровье как мониторинга результатов здравоохранения. Следует признать, что сегодня целью любой здравоохранительной инициативы является достижение более эффективной жизни пациентов наряду с сохранением ими работоспособности и хорошего самочувствия.

Сбор стандартных ответов на стандартные вопросы оказался самым эффективным методом оценки качества жизни человека и чрезвычайно облегчил работу исследователей. На настоящий момент в медицине существует более 400 инструментов, измеряющих различные аспекты качества жизни. Все они представляют собой специальные опросники. Часть из них — обобщенные меры качества жизни, применяемые для оценки жизненного благополучия в целом и общего состояния здоровья, например опросник качества жизни ВОЗ (WHOQoL-100), 36-Item Short-Form (SF-36), EuroQol Index (EQ-5D). Другие — это болезнь-специфические меры качества жизни, используемые при определенных группах заболеваний или отдельных нозологических формах. Например, опросник Irritable Bowel Syndrom Quality of Life (IBSQoL) предназначен для оценки качества жизни пациентов, страдающих синдромом раздраженного кишечника. Исследование качества жизни позволяет получить ценную информацию, необходимую для более глубокого понимания влияния клинических проявлений соматического страдания на общее состояние больных, а также дает возможность оценить эффективность применяемых методов терапии. Наиболее многочисленны исследования качества жизни у пациентов, страдающих заболеваниями сердечно-сосудистой и пищеварительной систем.

Понятен высокий интерес к показателям качества жизни как ведущим критериям, по позитивной динамике которых можно сделать заключение об эффективности различных лечебных подходов и фармакологических препаратов. При всей значимости проблемы качества жизни следует подчеркнуть, что методиче-

ский аппарат для ее изучения требует дальнейшей разработки. Это, прежде всего, относится к нашей стране. Ведь на сегодняшний день единственный адаптированный и валидизированный для России опросник — это SF-36.

Подводя итоги развития психосоматической медицины в XX веке, можно с определенной долей условности выделить ряд основных направлений исследований и ведущих концепций:

1. Классические психоаналитические исследования процессов конверсии вытесненных в бессознательное комплексов и конфликтов.
2. Теории специфических личностных профилей, или радикалов.
3. Концепции специфических личностных или эмоциональных конфликтов.
4. Теория стрессогенных поражений висцеральных систем.
5. Кортико-висцеральная теория.
6. Концепция патогенетической гетерогенности психосоматических расстройств.
7. Нейрофизиологическое направление.
8. Теория патологических функциональных систем.
9. Теория нейроэндокринного и психоиммунного «обеспечения» поведенческих реакций.
10. Биопсихосоциальное моделирование.
11. Изучение качества жизни психосоматических больных.
12. Онтогенетические концепции психосоматических процессов.

В данной главе не все эти направления были детально рассмотрены. Представляется, что это существенно увеличило бы ее объем. Кроме того, настоящее руководство предназначено, прежде всего, для практических врачей, поэтому авторы сочли возможным ограничиться рассмотрением лишь ключевых направлений, определивших лицо психосоматической медицины в начале XXI века.



## Глава 2. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

### 2.1. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ В ГЕНЕЗЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

В докладе ВОЗ в качестве одной из задач первостепенной важности на ближайшую перспективу приводится положение о необходимости своевременной диагностики и адекватной терапии пограничных психических расстройств, активно связанных с соматическими расстройствами, которую пациент должен получать там, куда он чаще всего обращается за медицинской помощью, т. е. прежде всего в учреждениях общей врачебной практики.

Во многих исследованиях показана важная роль стресса как одного из ведущих психологических факторов развития психосоматической патологии. Для формирования стрессорных расстройств особенно важно, что при их реализации происходят изменения во всей многоуровневой системе регулирования психофизиологических соотношений. На разных уровнях системы регулирование осуществляется преимущественно психологическими или преимущественно физиологическими механизмами. Для формирования психосоматических расстройств при эмоциональном стрессе существенны изменения на каждом из этих взаимосвязанных уровней, а подходы к терапии психосоматических расстройств должны учитывать эти изменения.

Слово «стресс» (производное от лат. *stringere* — натягивать, стеснять, напрягать) впервые ввел в употребление в 1303 г. английский поэт Роберт Маннинг (Robert Manning), описавший этим термином переживания героев известного библейского сюжета, скитавшихся по пустыне в течение многих лет и переживавших при этом различные опасности, бедствия, трудности и лишения («И эта мука была манной небесной, которую господь послал людям, пребывавшим в пустыне сорок лет и находившимся в большом стрессе»). В течение долгого времени под стрессом понимали воздействие на человека экстремально тяжелых и обязательно негативных факторов внешней среды. В настоящее время он понимается как реакция, как процесс постоянного взаимодействия индивида с окружающей средой. Понятие стресса в медицину ввел Г. Селье, позаимствовав его из сферы техники, в которой этим словом в XIX веке описывали физические процессы, происходившие в технических объектах при оказании на них давления, нажима, температурного воздействия и т. д. В 1936 г. Г. Селье опубликовал статью «Синдром, вызываемый разными повреждающими агентами» и сформировал в более поздних работах представление об общем адаптационном

синдроме, или «общей неспецифической нейрогормональной реакции организма на любое предъявленное ему требование» (Селье Г., 1979).

С одной стороны, стресс является защитной адаптивной реакцией, мобилизующей организм на преодоление разнообразных, прежде всего конфликтных и фрустрирующих ситуаций, в которых он ограничен в возможности удовлетворения важнейших биологических и социальных потребностей. «Репертуар» психологических реакций человека в ответ на воздействие стрессирующего фактора включает либо избегание, либо, если оно невозможно — приспособление, адаптацию к новым требованиям среды. При первичном воздействии стрессора возникает стресс-реакция, которая часто бывает неадаптивной, не обеспечивающей организму эффективного и устойчивого приспособления к среде. Устойчивая адаптация, характеризующаяся высокой резистентностью к различным стрессам, формируется лишь в результате неоднократной «встречи» организма с такими факторами. Поэтому адаптивный эффект стресс-реакции состоит в мобилизации и перераспределении различных функциональных ресурсов организма, в частности, мобилизации кровообращения и дыхания, стимуляции интенсивности секреции различных гормонов, изменения процессов метаболизма глюкозы, липидов, циклических нуклеотидов, аминокислот и др.

С другой стороны, в условиях как острых и тяжелых, так и умеренных по интенсивности, но длительно протекающих конфликтных ситуаций у людей, обладающих генетической или приобретенной в процессе жизни дефектностью стресс-реализующих систем, а также определенной личностной структурой и поэтому предрасположенных к развитию неадаптивных вариантов стресса, он превращается в свою противоположность. В таких случаях стресс становится патогенным фактором развития психофизиологических и соматических расстройств, поскольку все ведущие адаптивные эффекты стресс-реакции могут при ее избыточно высокой интенсивности, затягивании во времени или дефиците индивидуальных ресурсов защиты трансформироваться в повреждающие. Первичными реакциями на стресс являются изменения в лимбико-ретикулярных структурах головного мозга (Судаков К. В., 1981), поэтому можно считать, что описанный Г. Селье общий адаптационный синдром отражает уже вторичные вегетативно-соматические реакции организма на эмоционально значимые ситуации. При этом происходит избирательное нарушение механизмов саморегуляции отдельных, по разным причинам наиболее ослабленных и, соответственно, наиболее уязвимых функциональных систем. Поэтому в развитии стресса, кроме общих неспецифических механизмов, участвуют и специфические гормональные, метаболические, гемодинамические и другие механизмы соматического реагирования. Понимание этих механизмов позволяет не только прогнозировать степень устойчивости к стрессу, но и формировать пути ее коррекции. В рамках психосоматической «идеологии» постоянно стоит задача разрешения противоречий в понимании физиологических и патологических процессов, вызванных психогенными факторами, которые часто рассматривают как совершенно различные, даже противоположные друг другу. Вместе с тем общие физиологические процессы лежат в основе и нормальных, и патологических явлений, и нет ни одного патологического процесса, который не имел бы своего прототипа в норме. Поэтому если считать, что психосоматические заболевания развиваются вследствие взаимодействия внешних и внутренних причин, то внутренние должны быть первичными, они должны быть заложены в нормальном организме, и у них

должна быть физиологическая основа. Поэтому В. В. Николаева (2003), анализируя проблему психологии телесности, отмечает необходимость выделения «нормальных психосоматических феноменов», формирующихся в условиях активного влияния самого человека и его социального окружения на их развитие и преобразование.

Эффективность адаптивной реакции на стресс и, соответственно, вероятность возникновения патогенетически связанных с ним различных расстройств обусловлена, помимо интенсивности и длительности действия самого стрессорного фактора, еще и особенностями реагирующего на него человека. Эти характеристики могут быть обусловлены генетически и могут меняться в процессе индивидуального развития. Интенсивность и связанная с ней патогенность стрессорной реакции характеризуются такими важными показателями, как:

- чувствительность — минимальная сила раздражителя, вызывающая психическую и соматическую реакцию (порог реакции);

- реактивность — степень изменения определенных физиологических параметров после воздействия. Например, чем сильнее возрастает ЧСС или повышается артериальное давление в сравнении с покоем, тем сильнее стрессовая реакция;

- скорость развития и угасания стресса — два зачастую наиболее важных параметра. В ряде экспериментов показано, что время угасания физиологических реакций на стресс может не зависеть от длительности (скорости) нарастания этих реакций, так же как и от других параметров стресса — чувствительности и реактивности. Это положение имеет большое значение для понимания роли психогенного (в значительной степени стрессогенного) фактора в патогенезе многих соматических заболеваний.

Все указанные характеристики стресса могут не зависеть друг от друга. Таким образом, следует иметь в виду, что устойчивость или чувствительность к стрессу может определяться различными параметрами стресса и, соответственно, разными подходами к его коррекции.

Сейчас в понятие стресса все активнее включают не столько само по себе внешнее воздействие на человека, сколько его восприятие происходящего, отношение к ситуации, ее субъективное восприятие и когнитивную оценку. R. Lazarus (1981) определяет стресс как реакцию на особенности взаимодействия между личностью и средой. Этот процесс в очень большой степени является продуктом когнитивных процессов человека, его образа мыслей, нередко включающих иррациональные идеи и установки, оценку ситуации и собственных возможностей и ресурсов по адаптации в стрессовой ситуации. Такая когнитивная оценка представляет собой основной регулирующий фактор реакции человека на стресс, являясь важнейшим медиатором психологических и физиологических процессов (схема 2.1). Главным фактором, который должен присутствовать, чтобы реакция организма рассматривалась как стрессорная, является новизна или неожиданность ситуации, неготовность к ней. Психологическое значение предсказуемости ситуаций, которых человек старается избежать, аналогично их контролируемости и управляемости. В этом заложен адаптивный биологический смысл, поскольку при более точных представлениях об окружающей реальности возможностей для выживания в ней больше, нередко вне зависимости от объективной контролируемости или тяжести ситуации.

Эффективность преодоления стрессорной ситуации зависит не только от ее особенностей или личностных характеристик, но и от того, каковы критерии

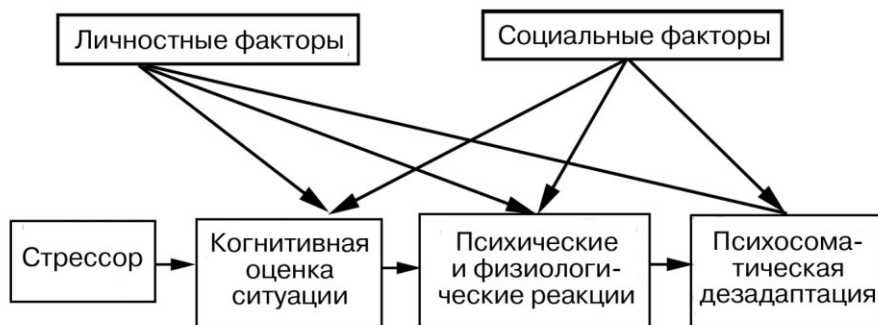


Схема 2.1. Структура стрессового события

успешного и, соответственно, какова модель практического совладания с фрустрацией у данного человека: снижение тревоги и чувство психического комфорта, достижение социально значимой и одобряемой цели или сохранение здоровья. Поэтому преодоление стресса, успешное с точки зрения социального положения человека (например, достижение престижного социального статуса) может оказаться неуспешным с точки зрения адаптации в соматической сфере.

Поскольку стресс связан с переживанием потенциальной угрозы и одновременно с когнитивной оценкой имеющихся личностных ресурсов как недостаточных для его преодоления, центральным и облигатным элементом стресса является **тревога**. Она переживается как ощущение неясной, неопределенной угрозы, беспокойства, волнения, эмоционального напряжения. Это закономерная психическая и физиологическая реакция на неизвестный, неопределенный стимул внешней среды. В своей основе тревога имеет адаптивный характер, она необходима для выживания, поэтому аффект тревоги рассматривают как один из наиболее универсальных и базовых способов реагирования человека на развивающуюся фрустрацию. «Познание тревоги — приключение, которое должен испытать каждый человек, чтобы не погибнуть. Тот, кто научился тревожиться надлежащим образом, научился самому главному в жизни» (С. Кьеркегор).

Однако во многих случаях тревога становится одним из важных звеньев патогенеза соматических расстройств, поскольку утратила свою первоначальную адаптивную целесообразность. Например, отмечены активные взаимоотношения интенсивности соматизации тревоги и уровня повышения артериального давления, что наблюдается уже на стадии транзиторной гипертензии и сохраняется при ее стабилизации. Тревога относится к наиболее значимым эмоциональным состояниям, приводящим к развитию вазоспастических реакций при стенокардии, которые отмечаются у  $\frac{1}{3}$  больных с типичной стенокардией (Березин Ф. Б. [и др.], 1998). Показано активное включение тревоги в патогенез и других психосоматических заболеваний (язвенной болезни, бронхиальной астмы, ревматоидного артрита и др.). Это послужило основанием для аргументации правомочности существования термина «психосоматическая тревога». Вместе с тем, анализируя психогенные механизмы развития тревожных состояний и реакций, реализующихся во многих случаях за счет вегетативных и соматических реакций, нельзя не отметить и наличие наследственной предрасположенности к высокому уровню тревожности, поскольку она является признаком, контролирующим

щимся монолокусным рецессивным аллелем N с частотой проявления около 75 % (Панин Л. В., 1997). Такие люди представляют группу риска возникновения психосоматических расстройств.

Когнитивная переработка стрессорирующей ситуации как одно из ключевых звеньев в структуре адаптации к стрессу нередко создает пессимистический объяснительный стиль, который существенно снижает устойчивость к стрессу. Объяснительный стиль — это индивидуальная особенность человека, влияющая на его отношение к различным событиям в его жизни, прежде всего стрессорирующим. С. Peterson [et al.] (1988), проводившие 35-летнее лонгитудинальное наблюдение за пациентами с различными соматическими заболеваниями, рассматривают такой стиль как фактор риска возникновения соматических расстройств у людей, использующих иррациональные и, главное, пессимистические объяснительные стили для адаптации к стрессовым событиям. Прочная взаимосвязь между пессимистическими когнитивными оценками и состоянием физического здоровья отмечалась в этом исследовании даже спустя десятилетия после первичного обследования.

Роль пессимизма как «предвестника» повышенной смертности от физических расстройств подтверждается и другими исследователями. Т. Maguta [et al.] (2000) в течение 30 лет наблюдали 839 пациентов общей врачебной практики. Среди больных, у которых по данным психологической диагностики определялся пессимизм, смертность была на 19 % выше, чем у оптимистов. Отмечено негативное влияние пессимистического объяснительного стиля на содержание IgA в организме человека, что позволяет рассматривать пессимизм как один из психологических факторов развития иммунодефицитных состояний. Показано также, что оптимистично настроенные пациенты с хронической обструктивной болезнью легких в процессе многолетнего наблюдения и неоднократных исследований функции внешнего дыхания демонстрируют существенно более благоприятные показатели по сравнению с «пессимистами»; в частности, у «оптимистов» выше объем форсированного выдоха за 1 секунду и жизненная емкость легких. При этом такая связь была независимой от курения. Вместе с тем психосоматические механизмы реализации установленных в этих исследованиях взаимосвязей во многом остаются неясными.

К. Matthews [et al.] (2004) отметили связь оптимистической жизненной установки не только с повышением качества жизни и более активным совладанием со стрессами, но и со снижением риска атеросклероза периферических сосудов. Они обследовали 209 здоровых женщин среднего возраста и наблюдали их в течение 13,5 лет, включая 5-летний период после наступления менопаузы. Результаты наблюдения показали, что выраженность пессимизма прямо и значимо коррелирует с интенсивностью атеросклеротического поражения сонных артерий. Для оптимистичных участниц этого обследования была отмечена обратная зависимость. Установка, которую можно условно выразить фразой «Лучше считать, что стакан наполовину полон, чем наполовину пуст», может рассматриваться как защитный фактор в отношении развития ИБС. Анализ ряда работ, посвященных значению оптимизма/пессимизма в развитии соматической патологии, позволяет связать их также и через активное влияние этого психологического фактора на приверженность пациентов к проводимой лекарственной терапии, что может существенно влиять на эффективность лечения хронических соматических заболеваний.

Характер объяснительных стилей, поддерживающий уровень хронического эмоционального напряжения и тесно связанный с ним комплекс физиологических расстройств, заслуживает внимания также в связи с тем, что отражает относительно устойчивую личностную направленность. Поэтому когнитивные стили человека, переживающего стресс, вне зависимости от его реальной тяжести могут в определенной степени служить прогностическим показателем склонности к развитию психофизиологических и соматических расстройств. В качестве иллюстрации этой связи можно отметить хорошо известный факт активной секреции кортикостероидных гормонов в условиях стресса. Помимо стимуляции широкого спектра физиологических реакций, эти гормоны, проникая через гематоэнцефалический барьер, начинают действовать на корково-подкорковые структуры головного мозга. Период полураспада этих гормонов может достигать нескольких дней, поэтому могут сохраняться их высокая концентрация и длительная циркуляция в крови в условиях поддерживающегося эмоционального напряжения, связанного с неадаптивными когнитивными стилями и другими личностными особенностями.

Физиологические реакции при эмоционально негативных и позитивных состояниях принципиально не различаются. Важным в регуляции стрессорных реакций является отсутствие гормонов, которые тормозят стресс, поэтому многие заболевания, в патогенезе которых стресс играет существенную роль, возникают в результате того, что на физиологическом (соматическом) уровне стрессорные реакции продолжают развиваться даже после исчезновения стрессогенного стимула. Это нередко является прямой причиной многих психосоматических заболеваний. Также важно, что кортикостероиды относятся к тем гормонам стресса, которые имеют прямой доступ к геному нейронов, и поэтому они могут создавать условия для хронизации стресса на физиологическом уровне даже после окончания явного действия стрессоров.

Согласно прогнозу школы здравоохранения Гарвардского университета, основанному на данных экспертов ВОЗ, депрессия, которая в 1990 г. занимала четвертое место по тяжести среди ведущих заболеваний, к 2020 г. выйдет на второе место после ИБС. При этом по показателям нетрудоспособности она более чем в два раза опережает такие распространенные причины инвалидизации, как анемии, заболевания суставов или хроническая обструктивная болезнь легких. Многоцентровое международное эпидемиологическое исследование показало, что заболеваемость депрессией в общей популяции составляет 4,8–7,4 %, тогда как среди больных общесоматической сети она достигает 10 %. На долю депрессивных расстройств в этой сети приходится 10–23 % часто обращающихся пациентов. Среди пациентов, страдающих соматическими заболеваниями, распространенность депрессивных расстройств еще выше — 22–33 %.

Проведенное в России исследование КОМПАС, в рамках которого был обследован 10 541 пациент амбулаторной и стационарной общесоматической сети из 35 городов (средний возраст  $48,3 \pm 15,0$  лет, работающих — 79,2 %), показало, что расстройства депрессивного спектра у них отмечаются в 45,9 % случаев, при этом собственно депрессивные состояния отмечены у 23,8 % пациентов, что сопоставимо с другими данными литературы (Оганов Р. Г. [и др.], 2004). При этом распространенность депрессивных состояний при сахарном диабете составила 35,2 %, у больных с ИБС — 30,9 %, с хроническими обструктивными заболеваниями легких — 30,2 %, с язвенной болезнью — 29,0 %, с артериальной гипер-

тензией — 27,6 %. Депрессии существенно увеличивают длительность пребывания больных в соматическом стационаре.

В эпидемиологических исследованиях депрессивные состояния часто сравнивают с айсбергом. Его вершину образуют клинически выраженные «эндогенные» формы, лечение которых проводится психиатрами. Однако большинство депрессий находятся в более глубоких, скрытых зонах «айсберга». Это так называемые стертые, атипичные, соматизированные, ларвированные депрессивные расстройства. Их частота превышает распространенность типичных депрессий у людей всех возрастов, особенно среднего, в 10–20 раз. По этому поводу пациенты очень часто обращаются в общесоматическую сеть. Поэтому депрессии в настоящее время рассматриваются как одна из важнейших проблем не только в психиатрии, но и в общей врачебной практике.

В последние десятилетия внимание многих исследователей привлекают взаимосвязи психологических факторов и онкологических заболеваний, в частности, связи депрессии и рака. Установлено, что рак молочной железы чаще встречается у женщин с истерическими и невротическими чертами характера, но особенно часто — у меланхолических женщин. Рядом авторов даже отмечалась возможность определенного патогенетического родства депрессивных расстройств и онкологических заболеваний. Впоследствии разными исследователями была показана связь социальных и психологических факторов, прежде всего депрессии, в развитии злокачественных опухолей, которые реализуют механизм «пассивного самоубийства» (Hamilton A., 1999). У мужчин, страдающих психическими расстройствами, риск развития рака поджелудочной железы существенно выше, чем у психически здоровых людей. Еще более активно подчеркивается связь депрессии и рака в работе В. Penninx [et al.] (1998), которые показали, что депрессивное состояние, длящееся свыше 6 лет, повышает риск возникновения рака независимо от его локализации.

В 1981 г. R. Shekele [et al.] обследовали с помощью опросника ММРІ свыше двух тысяч мужчин. При их повторном обследовании через 17 лет была установлена достоверная связь смертности от рака различной локализации и наличия депрессии в начале наблюдения. При этом было исключено влияние таких факторов, как возраст, наследственная отягощенность, профессия, курение, употребление алкоголя. Во многих работах, посвященных изучению механизмов, по которым депрессия способствует опухолевому росту, отмечается возможность нарушения противоопухолевого иммунитета, о чем может свидетельствовать, например, повышение при депрессии содержания кортикостероидных гормонов, подавление цитотоксической активности естественных киллеров, нарушения функции цитокинов (Володин Б. Ю. [и др.], 2004). Показано, что при депрессии нарушается способность клеток восстанавливать ДНК, поврежденную под действием канцерогенов, а также что депрессивные состояния повышают риск развития рака за счет оксидантного повреждения ДНК лейкоцитов. Депрессии могут влиять на онкогенез и через снижение качества сна, поскольку при этом также наблюдаются расстройства иммунной системы. Подтверждением связи депрессий и онкологической патологии могут служить наблюдения, показавшие, что психофармакотропная терапия депрессий у больных раком, сочетающаяся с социальной реабилитацией, не только снижает выраженность депрессии и повышает качество жизни, но и улучшает функционирование системы иммунитета. Эти и другие данные обосновывают представление С. Монтгомери (2000) о том,

что «... сложные, но глубинные влияния разума на организм, особенно, на иммунную систему, предоставят психоонкологам перспективу для работы в XXI веке».

Важным аспектом этой проблемы является также и то, что пациенты, страдающие депрессией, нередко долго не обращаются за медицинской помощью, что приводит к более поздней диагностике у них злокачественных новообразований. Часто в таких случаях депрессия приводит и к снижению комплайенса в отношении медицинских рекомендаций и назначений, что также неблагоприятно отражается на течении онкологического заболевания.

При анализе роли психологических факторов патогенеза психосоматических заболеваний необходимо отметить высокую коморбидность тревоги и депрессий, поэтому многими авторами они часто рассматриваются как составляющие общего тревожно-депрессивного расстройства. Показаны многие общие нейробиологические процессы тревоги и депрессии. К ним относится, в частности, то, что при тревоге наблюдаются гиперактивация норадренергических эффектов и растормаживание ингибирующих эффектов ГАМК-ергических нейротрансмиттерных систем. В случаях хронизации тревоги такая активность моноаминовых систем приводит к снижению концентрации серотонина и в результате — к депрессии. Тревога и депрессия контролируются не столько абсолютными уровнями серотонина и норадреналина, сколько балансом их содержания и активности. Хронический гиперкортицизм, который рассматривается как состояние хронического стресса, также свойственен и для тревоги, и для депрессии.

Соматические эффекты тревожно-депрессивных расстройств реализуются целым рядом патофизиологических механизмов:

- гиперактивация симпатoadреналовой системы;
- гиперсекреция кортизола и гипореактивность глюкокортикоидной системы;
- инсулинорезистентность и развитие метаболического синдрома;
- нарушение функционирования ГАМК-ергической системы;
- гипофункция эндорфинной системы;
- расстройства биоритмов, сцепленные с мелатониновой дефицитарностью;
- хронические болевые синдромы;
- нарушения свертываемости крови;
- эндотелиальные дисфункции.

Участие депрессии в развитии гиперактивации симпатoadреналовой системы и связанных с этим разнообразных соматических расстройств подтверждается результатами антидепрессантной терапии. Показано, что на фоне лечения и редукции депрессивной симптоматики нормализуются показатели variability сердечного ритма, что свидетельствует об усилении парасимпатического и снижении симпатического тонуса. Поскольку variability ритма сердца тесно связана с риском развития сосудистых катастроф, включая внезапную смерть, можно полагать, что коррекция депрессии позволит снизить риск возникновения осложнений у больных с ИБС.

Сочетание тревоги и депрессии приводит к целому ряду неблагоприятных соматических эффектов:

- утяжеляет клиническую картину соматического заболевания;
- повышает риск осложнений и хронизации заболевания;
- осложняет коммуникацию врач — пациент и тем самым снижает приверженность к проводимому лечению;



- снижает эффективность проводимой соматотропной терапии;
- усиливает социально-психологическую дезадаптацию пациента и этим еще более ухудшает течение соматического заболевания.

В последние годы все большее внимание привлекают характеристики контроля личности над событиями в окружающей физической и социальной среде, а также характеристики личностно-средового взаимодействия у людей, страдающих психосоматическими расстройствами. Эти факторы, тесно связанные с когнитивной переработкой стрессорирующих ситуаций, существенным образом влияют на процесс совладания со стрессом и на исход адаптации. В медицинской и социальной психологии они получили название уровня субъективного контроля (УСК) или локуса контроля. Этим термином обозначают склонность человека воспринимать явные или ожидаемые события как находящиеся либо под личным (интернальным) контролем человека, либо под контролем внешних (экстернальных) факторов. Люди с высоким интернальным локус-контролем более уверены в себе, более оптимистичны, спокойны и доброжелательны, более личностно зрелые; они прилагают больше усилий для успешной адаптации в социальной среде, активнее и инициативнее в межличностных коммуникациях, испытывают меньше враждебности к окружению и успешнее противостоят воздействию стресса за счет более развитой у них системы социальной поддержки. Интернально ориентированные личности при столкновении с фрустрирующими ситуациями испытывают меньше тревоги и реже демонстрируют депрессивные расстройства. В ряде исследований (Рван А. А., 1998; и др.) отмечены взаимосвязи экстернальности с высокой тревогой и депрессией, а также с более высокими уровнями враждебности и агрессивности, что можно рассматривать как комплекс психологических факторов риска развития психосоматических заболеваний.

Поскольку локус личностного контроля определяет сферы максимальной эмоциональной включенности и, соответственно, сферы наибольшей уязвимости, именно с ними связываются различные вегетативные и соматические расстройства. Склонность к высокой эмоциональной включенности в ситуацию при снижении ее субъективной контролируемости нередко ведет к увеличению количества и разнообразия эмоционально значимых и повышающих тревогу стимулов. При этом также возрастает чувствительность к различным рассогласованиям в системе человек — социальная среда, что ведет к развитию фрустрации даже объективно малозначимых потребностей. Показано, что чувство субъективного контроля над ситуацией улучшает психическое состояние человека, снижает уровень эмоционального напряжения, поэтому локус контроля закономерно рассматривается в связи с риском развития соматической патологии.

При анализе уровня субъективного контроля у пациентов с соматическими заболеваниями было отмечено влияние его изменений на течение заболевания и эффективность терапии. Исследования, связывающие интернальность/экстернальность с межличностными отношениями, показали, что у интернально ориентированных людей более активная и поэтому более адаптивная позиция по отношению к своему здоровью, они лучше информированы о своем заболевании, чаще обращаются за профилактической помощью и более конструктивны в выполнении врачебных рекомендаций, что повышает эффективность проводимого лечения. Чем выше уровень субъективного контроля, тем реже у пациентов развиваются ипохондрические и истерические установки. М. Murray [и др.] (1993),