

УДК 616.89:616-092

*М.Ю.Коломосць, Н.Д.Павлюкович, В.М.Ходоровський, Є.П.Ткач***ТЕОРІЇ ТА КОНЦЕПЦІЇ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ**Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб (зав. – проф. М.Ю.Коломосць)
Буковинського державного медичного університету, м.Чернівці

Резюме. У статті висвітлені сучасні уявлення про психологічні та фізіологічні механізми формування психосоматичних розладів.

Ключові слова: психосоматичні захворювання, теорія розвитку, стрес.

Психосоматична медицина – це концептуальний підхід до здоров'я та хвороби, що розглядає психосоматичні стани як взаємодію психологічних, соціальних і біологічних чинників [1, 4, 10]. Такий підхід принципово відрізняється від традиційної біомедичної моделі хвороби як суто фізичної аномалії, спричиненої впливом фізико-хімічних чинників. Тому багато лікарів вбачають у психосоматичному підході здорову реакцію на деперсоналізовану медицину, що є результатом вужчої спеціалізації та технізації, які глибоко змінюють стосунки „лікар-хворий”. Гуманізація медицини, впровадження в широку клінічну практику ідей і методів медичної психології та психотерапії, реалізація загальномедичної концепції реабілітації орієнтує лікарів різного профілю на особистісний підхід до пацієнта.

Термін „психосоматика” походить від грецького „psyche” – душа й “soma” – тіло і вперше був запропонований у 1818 р. німецьким психіатром С. Хейнротом [8]. У сучасному розумінні психосоматична медицина – метод лікування і наука про взаємовідношення психічних і соматичних процесів, які тісно пов'язують людину з навколишнім середовищем [4]. Принцип єдності тілесного та душевного є основою медицини. Він забезпечує правильний підхід до хворого, що є необхідним не лише в якійсь одній медичній спеціальності, а й у всіх сферах доклінічного та клінічного обстеження і лікування [12].

Частота психосоматичних розладів серед населення досить висока і коливається від 15 до 50 %, а в загальномедичній практиці – від 30 до 57 % [5, 6, 18].

Серед багатьох психосоматичних захворювань традиційно виділяють найбільш досліджувану групу із семи захворювань, до якої належать: виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки, неспецифічний виразковий коліт, бронхіальна астма, тиреотоксикоз, артеріальна гіпертензія, ревматоїдний артрит, нейродерміт. Однак у виникненні більшості соматичних захворювань можна виділити в тій чи іншій мірі роль психоемоційного чинника.

Походження психосоматичних розладів слід розглядати з позицій психосоматичної парадигми. В їх етіології провідну роль відіграють три групи чинників [5]:

Спадково-конституційні чинники. Тут необхідно виділити конституційно-типологічні особ-

ливості центральної нервової системи (ЦНС) і особистісно-акцентуаційні особливості.

Психоемоційні (або психогенні). Це гострі чи хронічні зовнішні впливи, що опосередковані через психічну сферу, і мають як когнітивне, так і емоційне значення, у силу чого відіграють роль психогенії.

Органічні. До них відносять різного роду преморбідну органічну (травматичну, інфекційну, токсичну, гіпоксичну тощо) скомпроментованість інтегративних церебральних систем надсегментарного рівня, перш за все лімбіко-ретикюлярного комплексу.

Проблема формування психосоматичних захворювань давно привертала увагу видатних науковців, починаючи від Сократа, який стверджував: „Неправильно лікувати очі без голови, голову без тіла, тіло без душі”. М.Я. Мудров вважав, що є душевні ліки, які лікують тіло [1]. В.М. Бехтерев говорив про можливість розвитку соматичних розладів під впливом психічних змін [4, 16, 23].

У результаті чисельних різнопланових досліджень виникли різні теорії та концепції психосоматичних захворювань.

З початку ХХ ст. особливого поширення набули психоаналітичні концепції. Їх прихильники пов'язують розвиток психосоматичних захворювань із раннім розвитком індивіду, дитячими психотравмами (у тому числі й сексуальними), з конфліктами. Так, З. Фрейд створив конверсійну модель психосоматичних розладів на прикладі істеричних симптомів паралічу руки, анестезії, афективного нападу [9, 10]. Ряд дослідників вважає, що частим варіантом невротичного хворобливого розвитку є прегенітальні розлади, пов'язані з дозріванням: їх виникнення і подальший перебіг призводить до психосоматичного синдрому [3, 4].

Ф. Alexander вперше пояснив виникнення психосоматичних розладів зв'язком психологічних механізмів з органічною патологією. На його думку, ці механізми лежать в основі довільної поведінки, експресивних проявів вегетативних вісцеральних і судинних реакцій, тобто всіх процесів, що зумовлюють підтримання гомеостазу, а також підготовку до боротьби чи втечі в небезпечній ситуації [5].

Згідно з нейрогуморальною теорією розвитку психосоматичної патології більшість психосоматичних захворювань – це реакції на перевантаження, підвищені вимоги, порушення внутріш-

ньої рівноваги (гомеостазу), які є проявами загального неспецифічного синдрому адаптації – „стресу” [4].

Фізіологічні теорії тлумачать фізіологічні механізми розвитку психосоматичного процесу порізному. L.W. Nargis пов'язував патологічні процеси при психосоматичних розладах з діяльністю гіпоталамо-гіпофізарної системи і ретикулярної формації стовбура мозку [25, 18]. R.B. Grinken надавав основного значення у формуванні взаємодіювання тіла і психіки функції гіпоталаму-са [цит. за 30].

Витоки кортиковісцеральної теорії можна знайти в працях І.М. Сеченова про рефлекторні основи психічної діяльності, про єдність соматичних і психічних проявів. І.П. Павлов розкривав мотивацію підкріплення, намагаючись проникнути в суть психічних проявів, зрозуміти фізіологічні основи поведінки з його соматичними і вегетативними проявами. Завершивши дослідження механізму харчового рефлексу, він поширив принципи рефлекторної діяльності на вісцеральні системи.

К.М. Быковым та И.Т. Курцином [4] висунута гіпотеза про кортиковісцеральне походження психосоматичних захворювань. Виникнення останніх вони пов'язували з первинним порушенням кіркових механізмів керування внутрішніми органами, зумовленими перенапруженням процесів збудження і гальмування в корі головного мозку. Ними створені експериментальні моделі неврозу серця, судин, шлунка, кишечника, виразкової хвороби, синдромів коронарної недостатності тощо. Пусковими механізмами психосоматичних розладів, на думку цих дослідників, можуть бути чинники зовнішнього та внутрішнього середовища чи порушення екстеро- та інтероцептивної сигналізації, що призводять до конфліктної ситуації між збудженням і гальмуванням у корі та підкірці мозку, що в кінцевому результаті призводить до психосоматичного захворювання.

Н. Пезешкіан [цит. за 2, 6] запропонував теорію позитивної психотерапії в психосоматичній медицині. В основі його концепції лежить точка зору, що кожна без винятку людина володіє двома базовими здатностями: до пізнання (когнітивність) і до любові (емоційність), а також чотирима способами переробки конфліктів: тіло/відчуття, фантазія/майбутнє, діяльність та контакти, які формують чотири реакції „втечі” (втеча в хворобу – соматизація, втеча в роботу – раціоналізація, втеча у фантазію – заперечення, втеча в спілкування чи самотність – ідеалізація чи знецінення).

У середині ХХст. А.Р. Лурія увів термін – „внутрішня картина хвороби” (ВКХ), яким позначають всі думки, переживання, почуття, які є в людини стосовно її захворювання [1]. Від того, якою буде ця картина, залежить дуже багато. ВКХ має свою структуру, яка є універсальною у всіх людей, незалежно від характеру захворювання. Вона складається з чотирьох рівнів:

Сенсорний рівень (рівень відчуттів). Як правило, динаміка становлення ВКХ починається з

відчуттів, які з'являються в два етапи. На першому етапі відчуття виникають у вигляді первинного усвідомлення якогось неблагополуччя, дискомфорту. Людина ще не може сказати, що з ним не так („щось зі мною не те”), оскільки його відчуття ще не визначені. Закінчується цей етап тоді, коли вони отримують свою назву і визначення. Настає другий етап сенсорного рівня, коли відчуття стають ознаками хвороби людини („я відчуваю сильну слабкість і запаморочення”).

Когнітивний рівень (рівень пізнання і розуміння). Щоб відчуття в тілі були сприйняті як симптоми захворювання, повинна існувати когнітивна модель захворювання. Когнітивна модель визначає, до якої моделі віднести відчуття і проводить вибір хвороби, під яку будуть підходити соматичні відчуття. Найважливішим моментом на цьому рівні є оцінка загрози хвороби. Чим сильнішою вона буде, тим гострішою може бути емоційна реакція людини.

Емоційний рівень. Спектр можливих емоційних реакцій людини дуже широкий. Від анозонозії (заперечення хвороби – „Ні, цього не може бути, я не хворий”) до іпохондричних реакцій (пошук і знаходження в себе ознак хвороби у всіх своїх відчуттях – „Сьогодні я кашлянув тричі – у мене рак легень”).

Рівень мотивації. Тут мова йде про суть, яку людина вкладає у свою хворобу. Суть хвороби може змінити образ „я” людини, його самовідношення, відношення з іншими людьми й навколишнім середовищем. Хвороба може стати перешкодою втілення основних життєвих мотивів людини, і тоді хворий перш за все намагається позбавитися свого захворювання. Але іноді хвороба може набути суті певного „помічника” у вирішенні складних життєвих ситуацій (вторинна користь хвороби), наприклад, якщо хвороба перешкоджає руйнуванню сім'ї чи не дозволяє відчувати складності та проблеми в певній галузі. Найчастіше трапляється амбівалентне ставлення до хвороби: з одного боку – людина хоче її позбавитись, а з іншого – знаходить у ній вигоду.

Дослідження, проведені в галузі соматоцентричної парадигми, спрямовані в основному на вивчення досить обмеженого кола психічних розладів (симптоматичні психози). Так, у рамках концепції „екзогенного типу психічних реакцій” як психофізіологічний механізм виникнення розладів розглядали вплив на мозок соматичної шкідливості, що спричинює маніфестації певного суворого обмеженого набору психопатологічних синдромів.

Значний внесок у розвиток соматоцентричної парадигми належить дослідженням В.А. Гіляровського (1973), за результатами яких визначена роль патології вегетативної нервової системи і порушень інтрацепції, що беруть участь у формуванні психопатологічних утворень іпохондричного кола.

Однак незважаючи на наявність численних теорій, що намагаються пояснити етіологію і па-

тогенез психосоматичних захворювань, жодна з них не дає вичерпного пояснення психосоматичних розладів. Тому останнім часом з'явилися гіпотези про їх мультифакторний генез, де кожна із запропонованих теорій пояснює одну з ланок патогенезу (Платонов К.К., 1972; Коркіна М.В., Марілов В.В., 1995; Гиндікин В.Я., 2000; Макаров В.В., 2000).

Тісне переплетення і взаємовпливів психічних і соматичних розладів дозволяє виділити в межах патології цього кола п'ять типів станів, що відображають різну структуру психосоматичних співвідношень [5, 11, 12]:

Соматизовані психічні реакції — соматоформні розлади, що формуються внаслідок емоційно-психосоматичної патології в рамках утворень невротичного або індивідуально-конституціонального регістрів (невротичні розлади, невропатії й особистісні розлади).

Психогенно-особистісні реакції (нозогенії), що виникають у зв'язку із соматичним захворюванням (останнє виступає як психотравмуюча подія, як чинник суб'єктивно мимовільний, незалежний від волі, що істотно впливає на якість життя хворого), — вторинні невротичні розлади гострого і затяжного типів.

Органні чи системні соматичні ураження психосоматичного характеру, що виникають у відповідь на вплив соціально-психогенних, особистісно- і біоконституційних чинників (у формі „відповіді” органа чи системи-мішені) — *locus minoris resistentia*.

Реакції екзогенного типу (соматогенії), що розвиваються внаслідок нейротоксичного ефекту соматичного захворювання у вигляді неврозподільної чи психотичної органічної симптоматики.

Соматопсихічна коморбідність — відносно незалежний паралельний перебіг соматичного захворювання і патології психічної сфери.

Як видно із вказаного вище, всі запропоновані концепції розвитку психосоматичної патології походять із суто психологічних чи з фізіологічних передумов. Між тим, психосоматичні розлади характеризуються саме поєднанням тих та інших чинників у своєму генезі.

Література

1. Гиндікин В.Я. Соматогенные и соматоформные психические расстройства: Справочник. — М.: Триада-Х, 2000. — 256 с.
2. Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей. — СПб.: Питер, 2000. — 512 с.
3. Кискер К.П., Фрейбергер Г., Розе Г.К., Вульф Э. Психиатрия, психосоматика, психотерапия / Пер. с нем. — М.: Алетейа, 1999. — 504 с.
4. Кришталь В.В. Психосоматическая патология: генез и подходы к коррекции // Междунар. мед. ж. — 2001. — Т. 7, № 1. — С. 37-40.
5. Михайлов Б.В. Психосоматические расстройства как общесоматическая проблема // Доктор. — 2002. — № 6. — С. 9-13.
6. Михайлов Б.В., Сарвір І.М., Баженов О.С., Мирошніченко Н.В. Соматоформні розлади — сучасна загальномедична проблема // Укр. мед. часопис. — 2003. — № 3. — С. 73-76.
7. Смулевич А.Б., Дробіжєв М.М. Современные проблемы психокardiологии // Врач. — 2004. — № 6. — С. 4-8.
8. Смулевич А.Б., Сыркин В.Н., Козырев В.Н. и др. Психосоматические расстройства (клиника, эпидемиология, терапия, модели медицинской помощи) // Ж. неврол. и психиатрии. — 1999. — Т. 99, № 4. — С. 4-15.
9. Фрейд З. Психология бессознательного. — М., 1990. — 169 с.
10. Фрейд З. Психология и защитные механизмы. — М., 1993. — 120 с.
11. Чабан О.С., Хаустова О.О. Психосоматичні розлади: нові аспекти розуміння, діагностики та лікування // Нова медицина. — 2004. — № 5. — С. 26-30.
12. Хаустова О.О. Психосоматичні розлади в практиці сімейного лікаря // Ліки України. — 2005. — № 9. — С. 15-18.
13. Grassi L., Mangelli L., Fava G.A. et al. Psychosomatic characterization of adjustment disorders in the medical setting: some suggestions for DSM-V // J. Affect. Disord. — 2007. — V. 101 (1-3). — P. 251-254.
14. Samuels M.A. The brain-heart connection//Circulation. — 2007. — V. 116 (1). — P. 77-84.
15. Flammer E., Alladin A. The efficacy of hypnotherapy in the treatment of psychosomatic disorders: meta-analytical evidence // Int. J. Clin. Exp. Hypn. — 2007. — V. 55 (3). — P. 251-274.
16. Salmon P., Humphris G.M., Ring A. et al. Primary care consultations about medically unexplained symptoms: patient presentations and doctor responses that influence the probability of somatic intervention // Psychosom. Med. — 2007. — V. 69 (6). — P. 571-577.
17. Dundas B., Harris M., Narasimhan M. Psychogenic polydipsia review: etiology, differential, and treatment // Curr. Psychiatry Rep. — 2007. — V. 9 (3). — P. 236-241.
18. Nau J.Y. Psychophysiological disorders and their management // Rev. Med. Suisse. — 2007. — V. 3 (111). — P. 1273-1285.
19. Nau J.Y. Management of psychophysiological disorders // Rev. Med. Suisse. — 2007. — V. 3 (110). — P. 1211-1223.
20. Thiel A., Zipfel S. Health concepts and coping with disease and symptoms//Psychother. Psychosom. Med. Psychol. — 2007. — V. 57 (5). — P. 193-194.
21. Tam W.H., Chung T. Psychosomatic disorders in pregnancy//Curr. Opin. Obstet. Gynecol. — 2007. — V. 19 (2). — P. 126-132.
22. Feldmann C.T., Bensing J.M. Worries are the mother of many diseases: general practitioners and refugees in the Netherlands on stress, being ill and prejudice // Patient Educ. Couns. — 2007. — V. 65 (3). — P. 369-380.
23. Fava G.A., Fabbri S., Sirri L. et al. Psychological factors affecting medical condition: a new proposal for DSM-V // Psychosomatics. — 2007. — V. 48 (2). — P. 103-111.

24. Lorber W., Mazzoni G., Kirsch I. Illness by suggestion: expectancy, modeling, and gender in the production of psychosomatic symptoms // *Ann. Behav. Med.* – 2007. – V. 33 (1). – P. 112-126.
25. McCaffery J.M., Snieder H., Dong Y. et al. Genetics in psychosomatic medicine: research designs and statistical approaches // *Psychosom. Med.* – 2007. – V. 69 (2). – P. 206-216.
26. Hange D., Bengtsson C., Sundh V. et al. The natural history of psychosomatic symptoms and their association with psychological symptoms: observations from the Population Study of Women in Gothenburg // *Eur. J. Gen. Pract.* – 2007. – V. 13 (2). – P. 60-66.
27. Linden M., Muschalla B. Anxiety disorders and workplace-related anxieties // *J. Anxiety Disord.* – 2007. – V. 21 (3). – P. 467-474.
28. Shorter E. Hysteria and catatonia as motor disorders in historical context // *Hist. Psychiatry.* – 2006. – V. 17 (68). – P. 461-478.
29. Persaud R. Patients do not demand and doctors do not misunderstand – how medically unexplained symptoms become medicalized // *Psychosom. Med.* – 2006. – V. 68 (6). – P. 993-997.
30. Meissner W.W. Psychoanalysis and the mind-body relation // *Psychosomatic perspectives.* – 2006. – V. 70 (4). – P. 295-315.

ТЕОРИИ И КОНЦЕПЦИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

М.Ю.Коломоец, Н.Д.Павлюкович, В.М.Ходоровский, Е.П.Ткач

Резюме. В статье представлены современные представления о психологических и физиологических механизмах развития психосоматических расстройств.

Ключевые слова: психосоматические заболевания, теория развития, стресс.

THEORIES AND CONCEPTIONS OF PSYCHOSOMATIC DISORDERS

M.Y.Kolomoiets, N.D.Pavliukovych, V.M.Khodorovskiy, Y.P.Tkach

Abstract. Modern ideas about mental and physiological mechanisms of forming psychosomatic disorders are elucidated in the paper.

Key words: psychosomatic disorders, theory of development, stress.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Рецензент – проф. О.І.Федів

Buk. Med. Herald. – 2008. – Vol.12, №1.–P.141-144

Надійшла до редакції 22.11.2007 року

УДК 616.-233-002.-089.9:616.345-008.87

К.В.Рихліцька¹, О.В.Білецька², Н.А.Куса²

ОСОБЛИВОСТИ МІКРОЕКОЛОГІЇ ПОРОЖНИНИ ТОВСТОЇ КИШКИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ОБСТРУКТИВНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ У ЛІТНЬОМУ ВІЦІ

Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб (зав. – проф. М.Ю.Коломоець)
Буковинського державного медичного університету¹, м. Чернівці
Обласна санітарно-епідеміологічна станція², м. Чернівці

Резюме. В огляді літератури наведені особливості видового складу та популяційного рівня мікроорганізмів порожнини товстої кишки на тлі хронічних обструктивних захворювань легень в осіб літнього віку. Зазначені провідні патогенетичні механізми обтяження кліні-

чного перебігу основного захворювання, напрямки оптимізації фармакотерапії.

Ключові слова: хронічне обструктивне захворювання легень, дисбактеріоз товстої кишки, пробіотики, ендотоксин, літній вік.

Хворий літнього віку – це унікальний клінічний феномен з точки зору наявності та поєднання різноманітної за характером та перебігом патології, яка має неоднаковий вплив на якість життя, соціальну активність, прогноз та вимагає нестандартного підходу до вирішення проблеми раціональної фармакотерапії [13].

Більшість клініко-епідеміологічних досліджень свідчить про те, що в осіб літнього віку

відбувається «накопичення захворювань»: після 60 років майже у кожній людині спостерігається 4-6 захворювань, кількість яких збільшується протягом наступних десятиліть [17]. Хронічні обструктивні захворювання легень (ХОЗЛ) нерідко трапляються в осіб старших вікових груп внаслідок тривалої дії чинників ризику (тютюнокуріння, атмосферні поллютанти, ксенобіотики) на дихальні шляхи в поєднанні з віковими змінами