

УДК 368.183:2 (575.2) (04)

## АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ВЗАИМОВЛИЯНИЯ ЛИЧНОСТИ И БОЛЕЗНИ

*М.Р. Сулайманова*

Отражены основные направления изучения взаимовлияния личностных особенностей и соматической болезни, проблемы диагностики и коррекции данных взаимосвязей, важность включения данных вопросов в образовательные программы для врачей общесоматической сети и работу мультидисциплинарных команд (МДК).

*Ключевые слова:* психосоматика; особенности личности; личностно-средовое взаимодействие; коморбидность; интернальная медицина.

Связь особенностей личности (ОЛ) с соматическими заболеваниями известна еще со времен античного периода, когда наряду с идеей “разделения” человека на тело и душу с приписываемым ей свойством бессмертности, Аристотелем выдвигается так называемая холистическая идея единства души и тела, а Сократом, Платоном, Гиппократом, Галеном, Авиценной описывается связь темперамента, эмоций и заболеваний.

Начало истории современных исследований положено наукой психосоматикой (термин предложен Хейнротом в 1818г.), изучающей тесную связь между индивидуальными психологическими и конституциональными особенностями человека, личностно значимыми, вызывающими стресс событиями в его жизни и определёнными заболеваниями и отражено в работах знаменитых Фрейда, Брейера, Александра, Селье и др. В работах известных российских и советских интернистов С.П.Боткина, Г.А.Захарьина, Г.Ф.Ланга, Л.И.Фонгельсона, А.Л.Мясникова, Н.Д. Стражеско, В.С.Нестерова и др. наряду с клиническими характеристиками симптомов и объективных функциональных показателей организма пациента постоянно встречаются описания его эмоционального состояния и личностных переживаний.

На сегодняшний день изучение взаимодействия и взаимовлияния личности и соматической болезни (СБ) ведётся в следующих направлениях: исследование ОЛ, как фактора, способствующего развитию или усилению соматических расстройств и СБ как фактора, провоцирующего личностные сдвиги и запускающего соматогенную динамику личностных нарушений. Соотношение психологических, личностных и поведенческих особенностей индивида и

конституционально-биологической природы с индивидуальным набором конституционально-генетических, морфологических и биохимических признаков обеспечивает человеку энергетический базис с определенными компенсаторными возможностями и метаболическим резервом. Последние обеспечивают эргические возможности реализации ответов на многочисленные стимулы и сигналы, как источники, способ общения и адаптации человека в окружающем мире, а на эту основу в процессе жизни накладывают свой отпечаток внешние экономические, социальные, культуральные, религиозные и целый ряд других детерминант [15,17,18].

Предполагается, что чрезмерная выраженность тех или иных черт характера, так называемые акцентуации, по Леонгарду [15] (“статический” либо “импульсивный” тип) в сочетании с неблагоприятными жизненными условиями, может способствовать физиологическому “срыву” компенсаторных возможностей организма и далее – развитию того или другого соматического расстройства. На основе психологического предрасположения к отдельным формам соматической патологии выделяются “коронарный”, “язвенный”, “артритический”, “раковый” (типы А и D) и другие типы личности [2,14]. При изучении роли в возникновении ишемической болезни сердца (ИБС) типа личности А, характеризующегося агрессивностью, враждебностью, амбициозностью, честолюбием, хроническим чувством нехватки времени, не было выявлено повышение риска осложнений в отличие от типа D, характеризующегося тенденцией подавлять эмоциональный дистресс, ассоциировавшегося с повышением риска осложнений [2]. М. Fried-

тап и др. [18] у пациентов с типом личности А в течение 14 месяцев проводили консультативную поддержку, направленную на уменьшение чувства враждебности и нехватки времени, а после повторного 24-часового мониторингирования ЭКГ установили, что число ишемических эпизодов сократилось с 6,6 до 3,1 за сутки. Исследования влияния ЛО на развитие и течение сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) выявили, что психастенические черты определялись в 38%, тревожность – в 33,9%, склонность к “застреванию аффекта” (ригидность) – в 33,9%, демонстративные черты – в 26,4%, субдепрессивные – в 23,1% и 20,6% составили “нонконформисты”. У пациентов с установленными диагнозами ИБС и артериальной гипертензии (АГ) в начальных стадиях заболевания наиболее часто наблюдались астенические, тревожные, а также демонстративные ипохондрические либо анозогнозические реакции. Субклинические депрессивные проявления отмечены у 20–23% всех участников. При сопоставлении с результатами дальнейших наблюдений и обследования этих лиц создалось впечатление, что болезненные эмоциональные расстройства возникают и эволюционируют в зависимости от преморбидных конституционально-психологических особенностей будущего пациента [12,16,18].

У пациентов, страдающих бронхиальной астмой (БА), А.Е.Личко обнаружил большую частоту “неврастенического” и “эгоцентрического” типов отношений [8]. Согласно В.Т.Волкову, для больных БА в преморбиде характерны такие черты, как повышенная тревожность, эгоцентризм и инфантилизм [5]. При исследовании влияния психопатологических и патохарактерологических личностных расстройств (ЛР) и приверженности пациентов противоастматической терапии на уровень контроля БА и его динамику [13] у 42,4% больных определялось наличие ЛР. Среди больных с ухудшением контроля БА чаще встречались лица с параноидным (21,7%), шизоидным (13%), шизотипическим (17,4%), тревожным (17,4%) и истерическим (17,4%) ЛР.

Ф. Alexander [4] рассматривает наличие таких личностных черт, как сенситивность и ранимость, враждебность к окружающим, беспомощность, зависимость, излишняя самокритичность, низкая самооценка, отчаяние и склонность к фрустрациям, как предрасполагающие к возникновению психосоматических желудочно-кишечных заболеваний (ЖКЗ). Больные часто угрюмы, ворчливы, брюзгливы, настроение их снижено. Преморбидные личностные черты будто за-

стреются при ЯБЖ [16]. При исследовании ЛО [18] отмечено преобладание циклоидных (58%), эпилептоидных (54%) черт с “негибким” способом реагирования на стресс у больных с ЯБЖ и ДПК. Отмечено, что тревожно-мнительные пациенты при ЯБ зачастую неспособны отличить ощущение боли от чувства тоски, тревоги, страха. В 68% случаев ЯБ развивается у людей, в представлении которых желудок является наиболее значимым органом. Для больных хроническим холециститом характерны раздражительная слабость, склонность к самоанализу, “уход в болезнь”, у 86% пациентов отмечается повышенная возбудимость, пониженная адаптация, неустойчивое настроение, скрытая агрессия, стремление к зависимости, “замаскированное” под стремление к независимости [28]. Высокий уровень личностной и реактивной тревожности выявлен у 76,1% таких пациентов, причём подчёркивается, что это является их стабильной чертой [4]. В значительной части случаев “вектор агрессии” у пациентов с ЖКЗ направлен не на внешние обстоятельства, а на самого себя, что сопровождается внутренним напряжением и способствует переходу психических страданий в соматическое русло. При исследовании роли аффективных нарушений, ЛО и возможностей перехода функциональных нарушений в органические, клинически выраженные заболевания [10], оказалось, что при гастралгиях тревожность встречается в 31,2%, депрессия – в 6,6%, невротизм – в 17,8%, враждебность – в 22%; те же “поведенческие факторы риска” при гастритах встречались в 28,3%, 6,1%, 15,4% и 21,1%, а при ЯБЖ – в 25,6%, 5,4%, 13,5% и 20% соответственно. Таким образом, по мере развития психосоматического процесса и нарастания в болезни органического радикала вследствие соматизации аффекта степень выраженности аффективных компонентов личности снижается, и вследствие этого психологическое превращается в органическое [10,22].

Альтернативный подход к рассматриваемой проблеме представлен взглядами, соответствующим которым СБ выступает как фактор дезадаптации, сказывающийся на функциональном состоянии психической деятельности, и поэтому речь идёт о болезни, как серьёзной препятствии к самоактуализации, что может провоцировать личностные нарушения и запускать соматогенную динамику психопатий [14,15,18]. Этот подход отражен главным образом в рамках психологических концепций: аномального поведения в болезни [30], психосоциальных реакций на

СБ [24,26], аутопластической картины болезни [6], внутренней картины болезни [9,15], поведения в болезни по типу приспособления к ней (coping style) [14, 21, 23]. А.Б.Смулевичем и др. [14] на основе наблюдения пациентов с кардиологической, дерматологической и онкологической патологией выделено 7 типов ипохондрического развития личности (РЛ) и определены закономерности их формирования. При оценке вклада конституционально-личностной и соматической патологии в клинические проявления динамики различных типов РЛ установлено, что в одних случаях РЛ и СБ действуют “на равных” – либо один, либо другой (ипохондрическое развитие по типу невротической и маскированной ипохондрии), в других – обнаруживается четкий параллелизм во влиянии соматического фактора и конституционального предрасположения (паранойальный тип, развитие личностной патологии по типу аберрантной или сверхценной ипохондрии), либо симптоматика ипохондрического развития личности полностью определяется соматическим фактором (развитие по типу “новой жизни”, ипохондрической дистимии). При этом если у пациентов с заболеваниями дерматологического спектра не нарушается кардинальным образом их социальная адаптация, то у пациентов с сердечно – сосудистыми расстройствами (ИБС, ГБ, мерцательной аритмией), протекающими с сердечными (инфарктом миокарда, пароксизмами мерцательной аритмии) и сосудистыми катастрофами в 53,3% случаев обнаруживались признаки снижения трудоспособности и профессионального стандарта, у больных с онкологической патологией с угрозой летального исхода – в 81,2%.

Выдающийся учёный современной кыргызской психиатрии В.В.Соложенкин в концепции личностно–средового взаимодействия (ЛСВ) описал формы взаимодействия человека с самим собой и с окружающим миром в условиях болезни, где большую роль играют как адаптационный аспект, так механизмы психической адаптации и аффективные расстройства (страх, тревога, депрессия) – *типы взаимодействия с болезнью* (ТВБ) [14]. В отношении влияния соматического заболевания на личностные и поведенческие сдвиги заслуживают внимание, прежде всего, дезадаптивные ТВБ: невротический, психосоматический, промежуточный (аффективный), условно-адаптивный, смешанные формы [15,17]. Следовательно, личностные изменения, как и расстройства аффективного спектра, могут быть связаны с повышением риска развития соматических болезней и неблагоприятным их течением.

Таким образом, оценка психосоматических соотношений, складывающихся при манифестации психопатологических расстройств, провоцированных соматическим заболеванием, на современном уровне знаний проводится в рамках так называемого системного подхода [14,19,31]. Наибольшее распространение получила биопсихосоциальная модель [1,10,15], согласно которой реакция личности на соматическую болезнь определяется совокупностью факторов биологических, психических и социальных.

На сегодняшний день все более отчетливо прослеживается тенденция выхода психопатологии пограничного уровня за рамки психиатрического поля. В этой связи обсуждается важность взаимодополняющего сотрудничества психиатров и интернистов, сближение позиций специалистов различного профиля, конструктивный обмен научно-практической информацией, повышение уровня грамотности врачей различных специальностей в вопросах психического здоровья, равно как и психиатров в клинике внутренних болезней, создание мультидисциплинарных команд (МДК) для оказания помощи пациентам с психическими расстройствами вне психиатрического стационара. В последние годы в Кыргызстане лечение пациентов с аффективными расстройствами легкой и средней степени тяжести врачами общесоматической сети стало возможным благодаря внедрению в клиническую практику качественно новых психотропных препаратов. Вместе с тем врачи общесоматической сети не уделяют должного внимания личности как значимому фактору в развитии болезни, причём нередко ОЛ ими рассматриваются как “затрудняющие” коммуникацию и терапию данных пациентов. В доступных публикациях клинические аспекты провоцирования соматической патологией личностных нарушений не получили достаточно полного освещения, а данных по коррекции взаимовлияния ОЛ и соматической патологии в условиях общесоматической сети, к сожалению, нами не найдено.

Таким образом, проблемы, обуславливающие подобную ситуацию, должны дополнительно исследоваться, а получаемые результаты внедряться в повседневную клиническую работу в виде проведения регулярных образовательных тренингов-семинаров для врачей общесоматической сети, более широко развивая мультидисциплинарное взаимодействие и интегративные подходы в медицине, что, естественно, повлечёт за собой повышение качества помощи пациентам.

**Литература**

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. М., 2000.
2. Белялов Ф.И. Психосоматические связи при заболеваниях внутренних органов // Клиническая медицина. 2007. №3. С. 21–24; №4. С. 20–23; №6. С.19–21.
3. Вейн А.М., Колосова О.А. Эпидемиология вегетативных расстройств. Синдром вегетативной дистонии и его особенности при целереброваскулярной патологии // Неврол. и психиат. 1991. Т.91. №11. С. 11–14.
4. Волевич Л.В., Планида Я.Ю. Психоэмоциональные особенности больных хроническим холециститом // Сиб. журн. гастроэнтер. гепатол. 2001. №12. С. 134–135.
5. Волков В.Т. и др. Личность пациента и болезнь. Томск, 1995.
6. Гольшейдер А.С. Диагностика болезней нервной системы. Руководство к исследованию нервных больных / Под ред. и пер. Оршанского. СПб: Изд-во журнала “Практическая медицина”, 1898.
7. Ким А.С., Сулайманова М.Р., Нелюбова Т.А. Актуальность психосоматического подхода в оценке симптома и синдрома в общесоматической сети // Вестник КPCУ. 2010. Т. 10. № 4. С.125–127.
8. Личко А.Е. Подростковая психиатрия. М., 1985.
9. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. М., 1944.
10. Марилов В.В. Переход функционального расстройства в органический психосоматоз // Неврологии и психиатрии. 2006. Вып.106. №1. С. 21–23.
11. Мосолов С.Н., Калинин В.В. Некоторые закономерности формирования, коморбидность и фармакотерапия тревожно-фобических расстройств // Тревога и обсессии / Под ред. А.Б. Смулевича. М., 1998. С. 217–228.
12. Недоступ А.В., Фёдорова В.И., Соловьёва А.Д., и др. Психо-вегетативные соотношения в кардиологии и значение их медикаментозной коррекции // Тер. Архив. 2007. Вып. 1. С. 68–73.
13. Овчаренко С.И., Акулова М.Н., Дробижев М.Ю., Смулевич А.Б. Влияние психосоматических соотношений и расстройств личности на динамику контроля течения бронхиальной астмы // Врач. 2009. №10. С. 72–74.
14. Смулевич А.Б., Волель Б.А. Расстройства личности и соматическая болезнь (проблема ипохондрического развития личности) // Неврол. и психиат. 2008. Вып. 108. № 5. С. 4–12.
15. Соложенкин В.В. Психологические основы врачебной деятельности. М., 1997.
16. Спринц А.М., Ерышев О.Ф., Шатова Е.П., Филиппова И.Н. Психотические и невротические расстройства у больных с соматической патологией. СПб., 2007.
17. Сулайманова М.Р., Ким А.С. Типологические особенности симптома и синдрома при соматоформных психосоматических расстройствах // Вестник КPCУ. 2009. Т. 9. № 10. С.127–129.
18. Телкова И.Л., Репин А.Н. Эмоциональные, поведенческие, личностные факторы в патогенезе ишемической болезни сердца: исторические и современные взгляды с позиции кардиолога // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2008. №7(6)6. С.105–114.
19. Циммерман Я.С., Циммерман И.Я. Депрессивный синдром в гастроэнтерологии: диагностика и лечение // Клиническая медицина, 2007. №5. С.15–23.
20. Antonovsky A. The structure and properties of the sense of coherence scale. Social Science Med 1993. №36. P. 725–733.
21. Besber R.J., Rodney W.M. Psychosomatics, 1984. №25. 3. 39–46.
22. Donnellan C., Hevey D., Hickey A., Neill D. Defining and quantifying coping strategies after stroke: a review. J Neurol Neurosurg Psychiat 2006. № 77. P. 1208–1218.
23. Groen J.J. Social change and psychosomatic disease. Society, stress and disease. L.Levi (ed.). London-New York-Toronto 1971. № 1. P. 91–109.
24. Keily W.F. Coping with severe illness. Adv Psychosom Med 1972. № 8. P 105–118.
25. Lazarus R.S. Stress and Emotion: A New Synthesis. New York: Springer 1999.
26. Larson S.L., Owens P.L., Ford D., Eaton W. Depressive disorder, dysthymia, and risk of stroke. Thirteen-year follow-up from the Baltimore Epidemiologic Catchment Area Study. Stroke, 2001. № 32; № 9, 1979.
27. Lipowski Z.J. Am.J. Psychiatry., 1988, №145. P. 1358–1368.
28. Ma J., Vaillancourt R., Boddam R. Et al. Assotiation between antidepressant use and prescribing of gastric acid suppressants. Can. J Psyhhiatry, 2006. № 51(3). P. 178–184.
29. Messini P. Psicomatica della patologia del fegata e delle vie billiari. Clinica e terapia. Clin.. Ter. 1983. № 104. P. 195–204.
30. Pratt L.A., Ford D.E., Crum R.M. et al. Depression, psychotropic medication, and risk of myocardial infarction: prospective data from Balti-

*Медицина*

---

- more ECA follow-up. *Circulation*, 1996. № 94. P. 3123–3129.
31. *Pilowsky I.* Hypochondriasis, abnormal illness behavior and social context. In: V. Starcevic, D.R. Lipsitt. *Hypochondriasis. Modern perspectives on an ancient malady.* Oxford University Press 2001. P. 249–262.
32. *Selye H.* *The Stress of life.* New York: McGraw-Hill, 1984.