

Психосоматична патологія

Сьогодні у світі спостерігається стрімке поширення захворювань психіки, нерозривно пов'язаних із соматичними недугами, причини яких криються у взаємодії факторів тілесності та психіки. В реаліях нашого часу в Україні ця проблема набуває актуального звучання. Пропонована книга покликана допомогти масовому читачу і спеціалістам з охорони здоров'я систематизувати знання про сучасний стан психосоматичної патології, її історію та перспективи. У популярній формі: • розкрито етіопатогенетичні механізми формування соматопсихічних та психосоматичних розладів, методи й критерії їх діагностики; • наведено загальні засади принципів класифікації, що застосовуються у психосоматиці, зокрема висвітлено особливості МКХ-10 та МКХ-11; • актуалізовано різноманітні аспекти їх фармакологічного й психотерапевтичного лікування; • подано комплекс тестів для використання фахівцями практичної медицини та клінічними психологами, які займаються ранньою діагностикою психосоматичних розладів. Книга буде корисна читачам, які досліджують «мову тіла» і «загадки душі», лікарям та психологам, які навчаються і практикують, студентам медичних закладів вищої освіти, а також усім, хто зацікавлений у поліпшенні власного самопочуття, здоров'я дітей та близьких.

P.I. ICAKOV



ПСИХО- СОМАТИЧНА ПАТОЛОГІЯ

ЗАТВЕРДЖЕНО
до видання вченою радою
Полтавського державного медичного
університету як монографію
(протокол № 6 від 08.03.2023)

Київ
ВСВ «Медицина»
2023

УДК 616.89-02:616.1/9

ББК 56.14

I-85

*Затверджено до видання вченою радою
Полтавського державного медичного університету як монографію
(протокол № 6 від 08.03.2023)*

Автор — *Рустам Ісроїлович Ісаков*, доктор медичних наук, професор кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Полтавського державного медичного університету

Рецензенти:

Н.Г. Пишук — доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри медичної психології та психіатрії Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова;

М.В. Маркова — доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри сексології, психотерапії та медичної психології Навчально-наукового інституту післядипломної освіти Харківського національного медичного університету;

А.М. Скрипніков — доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Полтавського державного медичного університету

З огляду на швидкий розвиток медичної науки, лікарям-практикам слід проводити незалежну перевірку діагнозів і дозування лікарських засобів та опиратися на власний досвід і знання під час оцінювання та застосування методів діагностики й лікування, результатів експериментів та будь-яких даних. Автори, редактори, видавці та розповсюджувачі не несуть відповідальності за наслідки використання матеріалів, представлених у цій праці. Книга розрахована на фахівців-медиків, майбутніх професіоналів, магістрів, тому усім, хто не має відповідної підготовки, категорично не рекомендується застосовувати будь-яку інформацію, подану в книзі, без консультації з лікарем.

Ісаков Р.І.

I-85 Психосоматична патологія : монографія / Р.І. Ісаков. — К. : ВСВ «Медицина», 2023. — 167 с.
ISBN 978-617-505-940-1

У книзі досліджено теоретичні та практичні аспекти психосоматичної медицини, проаналізовано і представлено етапи історичного розвитку, предиктори формування й етіопатогенетичні механізми психосоматичних розладів. Висвітлено актуальні питання та проблеми сучасних класифікацій, системні принципи терапії. Видання призначене для науковців, лікарів-практиків, медичних психологів, психотерапевтів, викладачів і студентів медичних закладів вищої освіти, а також широкої аудиторії фахівців, зацікавлених у вивченні складних феноменів психосоматичних взаємодій.

УДК 616.89-02:616.1/9

ББК 56.14

ISBN 978-617-505-940-1

© Р.І. Ісаков, 2023

© ВСВ «Медицина», оформлення, 2023

Зміст

ВСТУП	5
Глава 1. ІСТОРІЯ ПСИХОСОМАТИКИ	7
Глава 2. ОСНОВНІ ДЕФІНІЦІЇ ТА ПРИНЦИПИ КЛАСИФІКАЦІЇ	12
Місце психосоматичних розладів у сучасних класифікаціях	15
Глава 3. СОМАТОГЕНІЇ	19
Принципи класифікації соматогеній.....	19
Клінічні прояви соматогеній.....	20
Глава 4. ОСОБИСТІСТЬ І ХВОРОБА	30
Внутрішня картина здоров'я	30
Внутрішня картина хвороби.....	30
Механізми формування внутрішньої картини хвороби.....	35
Динаміка переживання хвороби	37
Вікові особливості внутрішньої картини хвороби.....	39
Глава 5. НОЗОГЕНІЇ	40
Класифікація нозогеній	40
Етіопатогенез	41
Клінічні прояви	42
Невротичні синдроми нозогеній.....	43
Афективні синдроми нозогеній	45
Патохарактерологічні синдроми нозогеній.....	46
Нозогенії (диснозогнозії) у осіб із психічною патологією	46
Глава 6. ПСИХОЛОГІЯ ОСІБ ІЗ ВАДАМИ ЗОВНІШНОСТІ	51
Типологія реакцій на вади зовнішності	52
Психологічні та психіатричні аспекти реконструктивної хірургії	55
Психотерапевтична тактика стосовно пацієнтів із вадами зовнішності	58
Глава 7. ЕТІОПАТОГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ	63
Предиктори психосоматичних розладів	63
Патогенетичні механізми психосоматичних розладів.....	68

Глава 8. МАСКОВАНІ ДЕПРЕСІЇ.....	79
Діагностика маскованих депресій.....	81
Класифікація.....	84
Клінічні прояви	85
Глава 9. СОМАТОФОРМНІ ТА ДИСОЦІАТИВНО-КОНВЕРСІЙНІ РОЗЛАДИ.....	92
Глава 10. ПСИХОСОМАТОЗИ.....	105
Психологічні аспекти психосоматозів	105
Глава 11. СИНДРОМ ПОДРАЗНЕНОГО КИШКІВНИКА	109
Історичні аспекти	109
Епідеміологія	110
Діагностика	111
Етіопатогенез	117
Місце СПК у сучасних класифікаціях	122
Клінічні прояви	123
Терапія.....	126
Глава 12. СУЧАСНА ТЕРАПІЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ	130
Фармакотерапія у психосоматиці	131
Психотерапія у психосоматиці.....	138
Додаток. ДІАГНОСТИЧНІ ШКАЛИ У ПСИХОСОМАТИЦІ	144
Госпітальна шкала тривоги і депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)	144
Опитувальник особистісної та реактивної тривожності Спілбергера (State-Trait Anxiety Inventory, STAI)	147
Самоопитувальник стану здоров'я пацієнта (Patient Health Questionnaire, PHQ)	150
Методика визначення стресостійкості та соціальної адаптації (Т.Н. Holmes, Р.Н. Rahe, 1967).....	155
Шкала для комплексної оцінки ступеня психосоціальної дезадаптації у різних сферах (Ісаков Р.І., Герасименко Л.О., 2021).....	159
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	163

Вступ

Кожна людина потребує цілісного сприйняття свого «Я», але розвиток віртуального продукту тілесності у вигляді психіки призвів до виникнення феномена гносеологічного роздвоєння самосприйняття. Свідомість людини набула здатності займати відсторонене ставлення до власного тіла, сприймаючи його як автономну частину зовнішнього доступного спостереженню фізичного світу.

У результаті сама тілесність зазнала «роздвоєння», і тепер її зовнішня частина є як частиною власного «Я», так і елементом соціального функціонування, адже вісцеральні переживання людини не тільки здатні справляти соціальний вплив, транслуючись назовні зокрема у вигляді вегетативних реакцій, але і разом із ментальними процесами можуть вербалізуватись і напряду брати участь у створенні феномена культурного середовища. У той же час область інтерцептивних переживань лишається глибоко інтимною, не доступною для соціалізації чи порівняння із досвідом інших людей.

Внутрішня гармонійність такої конструкції постійно перебуває під загрозою внаслідок своєї залежності від об'єктивного і суб'єктивного компонентів існування, що мають усвідомлюватися як єдине ціле. У сучасному світі спостерігається стійка тенденція до наростання психологічних навантажень у межах ускладнення соціальних відносин, до чого виявляються не готовими сталі системи захисного регування. Психологічне пристосування до умов середовища набуло набагато більшого значення ніж сила м'язів чи функціональні можливості легень. Все частіше вирішальним патогенним фактором стає слово. Виникнувши первинно як елемент адаптації, нині емоції все частіше вимушено пригнічуються, витісняються або спотворюються знову-таки в інтересах соціальної адаптації, задля дотримання все більш вимогливих суспільних канонів.

Вразливість та складність психосоматичних взаємодій призводить до формування великого різноманіття розладів цієї сфери, що є надзвичайно складними для діагностики і класифікації.

Психосоматика перетворилася на міждисциплінарний науковий напрямок, що не лише є суто медичною галуззю знань, але й постає предметом фізіології, у рамках психології досліджує поведінкові реакції, визначає способи модифікації деструктивних форм емоційного реагування, а у соціальному контексті виявляє зв'язок психосоматичних розладів із культурними тенденціями. Образно кажучи, психо-

соматична медицина починається там, де людину починають розглядати як єдину систему, а не носія проблемного органа.

Психосоматичні розлади набули надзвичайного поширення, особливо у розвинених країнах. За даними ВООЗ на сьогодні уже близько 40 % пацієнтів лікарів загальної практики можуть класифікуватись як психосоматичні хворі, що визначає специфіку допомоги, яка їм надається.

У пропонованій монографії зроблено спробу інтегрувати накопичений досвід теорії та практики психосоматики, подавши його як систему поглядів на основні значимі аспекти складних процесів взаємодії соматичної та психічної у здоровому та хворому організмі. Сподіваюся, що ця робота отримає живий відгук і стане в нагоді не тільки безпосередньо причетним фахівцям, а й усім, кого цікавить визначене коло питань на науково-популярному рівні.

Глава 10

ПСИХОСОМАТОЗИ

Широко відомим є такий сталий вислів, що походить із народної китайської медицини: гнів з'їдає печінку і жовчний міхур, страх — нирки, печаль і туга — легені і товсту кишку; журба — шлунок і підшлункову залозу; тривога — серце і тонку кишку. Ці твердження були сформовані на підставі емпіричних спостережень лікарів давнини, але сучасні наукові дослідження доводять їх небезпідставність на прикладі ролі емоційних переживань у виникненні та перебігу психосоматичних захворювань.

Психосоматози — органічного рівня патологічні трансформації соматичних структур організму, у розвитку яких ініціальну та патопластичну (не етіопатогенетичну) роль відіграють тривало існуючі психогенно обумовлені функціональні розлади.

Саме розвиток об'єктивно існуючих структурних змін внутрішніх органів є визначальною відмітною рисою істинних психосоматозів від конверсійних та соматоформних розладів.

У сучасній психодинамічній концепції вони займають проміжне становище між неврозами і психозами, не будучи тотожними лише конверсійними механізмами розвитку.

Історично виділяли сім класичних психосоматозів: есенціальна гіпертонія, бронхіальна астма, виразкова хвороба, неспецифічний виразковий коліт, нейродерміт, ревматоїдний артрит і гіпертиреозидний синдром («чиказька сімка» за F. Alexander, 1961). З того часу відповідний список значно розширився і нині включає 14 захворювань: стенокардія, аритмії; бронхіальна астма; хвороби з'єднувальної тканини (ревматоїдний артрит, системний червоний вовчак); мігрень; гіпертонія; гіпотонія; синдром гіпервентиляції в рамках панічного і тривожного розладу; запалення кишківника (неспецифічний виразковий коліт, синдром подразненого кишківника); хвороби ендокринної системи (цукровий діабет, тиреотоксикоз та ін.); нейродерміт; ожиріння; остеоартрит; виразка дванадцятипалої кишки; алергійні реакції.

Психологічні аспекти психосоматозів

Гіпертонічна хвороба. Підвищення артеріального тиску є універсальною біологічною реакцією, але в контексті психосоматичних розладів гіпертонія переважно розглядається як елемент переживання гніву. Психологічними передумовами схильності до гіпертонії є

суперечності між агресивними спонуканнями та залежністю від думки оточуючих, орієнтацією на прямоту і щирість та самоусвідомленням себе як людини вихованої і коректної. Прагнення триматися зовні виважено і спокійно вимагає значних зусиль від людей, які відзначаються вразливістю, імпульсивністю та ригідністю психічних переживань. Не зважаючи на бажання публічно проявляти недобррозичливість і конфліктність, їх поведінка характеризується як надміру адаптивна, орієнтована на соціальні очікування, побудована на переконанні, що втрата контролю над власними емоціями може мати катастрофічні наслідки для соціального функціонування. Але постійне стримування власних соціально неприйнятних спонукань з боку таких людей призводить до накопичення у них невідреагованої люті і почуття провини за власну ворожість, яка може викликати осуд з боку авторитетних осіб, керівників. Підвищення артеріального тиску є частиною нормального комплексу фізіологічних реакцій, що супроводжують фізичні механізми вирішення конфліктних ситуацій. Але внаслідок психологічного зусилля і опанування потенційно соціально неприйнятною поведінкою відбувається розбалансування еволюційного механізму реагування, виникає дисонанс між фізіологічними та психологічно-поведінковими сценаріями.

Стенокардія. У класичному варіанті F. Dunbar (1948) описує «коронарну особистість» як агресивно-компульсивну із високим рівнем амбіцій, прагненням до лідерства і домінування, змагальністю, концентрацією на кар'єрному зростанні та здобутті авторитету. У процесі соціальної взаємодії такі люди обирають стратегію ворожнечі і суперництва, і така конфліктна поведінка супроводжується тривалим емоційним напруженням, під час якого відбувається підвищення концентрації у крові кортикостероїдів та холестерину, що сприяють атеросклерозу коронарних судин. У американській медицині для позначення поведінки коронарної особистості широко вживається термін «поведінка типу А».

Бронхіальна астма. Центральною темою внутрішньоособистісного конфлікту є суперечність між «прагненням ніжності» та «страхом ніжності» у стосунках. Напади задухи символічно відображають фрустрацію, де нестача повітря постає аналогом нестачі теплоти у стосунках і нездатністю «випустити гнів». Психологічний профіль таких пацієнтів характеризується істеричними та іпохондричними рисами характеру. Їх відзначає залежність від значимої фігури, підвищена неусвідомлена потреба у захисті та турботі, сформована на базі стосунків із матір'ю (її заміником у дорослому житті).

Виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки. Окрім *helicobacter pylori* у розвитку захворювання вагома роль належить неспецифічному стресу, що обумовлює гіперактивність шлунка та гіперсекрецію пепсину. Психологічною базою такого стресу постає конфлікт між сформованою у дитинстві свідомою установкою на до-

сягнення самодостатності, успішності та незалежності, та обумовленою життєвими невдачами потребою у захисті та турботі. Виділяють пасивний та гіперактивний типи таких хворих. Пасивні пацієнти відкрито декларують свою потребу в залежності, шукають опіку, переважно перебувають у субдепресивному настрої. У гіперактивних хворих потреба в турботі та допомозі є неусвідомленою і активно заперечується. Конфлікт взаємовиключних потреб супроводжується хронічною фрустрацією, стресогенним підвищенням тону парасимпатичної нервової системи, вагусною активністю, гіперсекрецією та специфічним «голодом».

Функціональні системи, що формуються під впливом емоційного стресу, принципово не відрізняються від аналогічних у патогенезі ішемічної хвороби серця, але мішенню виступає травний тракт. У подальшому психосоматичні механізми захворювання можуть розвиватись двома шляхами: формуванням виразкової хвороби на базі передумов інфекційного характеру або депресивно-іпохондричних розладів під «масками» функціональних розладів травлення.

Другий варіант перебігу може набувати форми розладів апетиту (анорексії чи булімії, психогенної нудоти, блювання), закрепів та діареї.

Нудота (блювання) постає як крайній прояв неприйняття чогось або страху на тлі тривожної депресії. Про психогенний характер скарг свідчать труднощі пацієнта із їх вербалізацією (душу тягне, вивертає, мутить). Симптоматика загострюється зранку, під час або після їжі, не залежно від кількості чи якості спожитого. Блювання не дає полегшення. При детальному обстеженні можна виявити приховані ознаки депресії.

Функціональні закрепи та діарея часто виникають на тлі іпохондричних переживань та проявів істерії.

Виразковий коліт. Психосоматичні механізми захворювання обумовлені неусвідомленими агресивними почуттями пацієнта до близьких людей, від яких він залежить. Інтрапсихічний конфлікт стає джерелом тривоги, сорому, провини за свої агресивні бажання. Побоюючись, що про це стане відомо, і уникаючи усвідомленої агресивної поведінки зі свого боку, хворі несвідомо ініціюють розрив стосунків. Сепарація переживається як тяжка утрата, за значимістю рівна загрозі існування, і стає причиною депресивних реакцій. На цьому тлі й відбувається маніфестування захворювання, що стає своєрідним еквівалентом горювання.

Особистісний профіль таких пацієнтів характеризується ознаками компульсивності, вони надзвичайно охайні, пунктуальні, прагнуть системності та порядку, намагаються завжди стримувати свої емоції, особливо гнів. У них низька самооцінка і вони дуже чутливі до невдач. Часто походять із сімей, де щирість стосунків відсутня, про почуття говорити не заведено.

Гіпертиреоз. До характерологічних особливостей пацієнтів даного профілю можна зарахувати прагнення до гіперкомпенсації, приховування страху і слабкості шляхом перевиконання завдань і життєвих цілей. Руховий і внутрішній неспокій, збудливість і дратівливість є наслідком гіперсекреції гормонів щитоподібної залози. Джерелом психологічного конфлікту є розрив у дорослому віці надміру сильного дитячого зв'язку із матір'ю, компенсувати виникаючу фрустрацію намагаються надмірним показним самоствердженням.

Цукровий діабет. Психічні фактори можуть прямо і опосередковано впливати на рівень цукру в організмі. Були описані «діабет біржовиків» і «діабет банкірів» як захворювання, у генезі яких роль професійних психічних перенавантажень виділялася особливо. Хворі на цукровий діабет мають особистісну структуру з домінуванням таких рис як висока вимогливість та хронічна незадоволеність собою, егоцентризм, дратівливість, примхливість і нестриманість, поєднання шизоїдних рис характеру з «параноїчною готовністю», явною чи прихованою тривожністю, відрізняються підвищеною сумлінністю, серйозністю, низькою здатністю до керованої релаксації.

Алергійні реакції. Хворі характерологічно вирізняються тривожністю, незадоволеною потребою у любові і захисті, конфліктним поєднанням прагнення до опіки й автономності, гіперсексуальністю (свербіж як символічна форма мастурбації).

Нейродерміти психосоматичного походження включають екзему і псоріаз. Хворі характеризуються пасивністю, мають труднощі зі самоствердженням.

Описаний феномен, коли протягом життя у хворих на психосоматичні розлади відбувається передислокація (трансформація) соматичних відчуттів у процесі під впливом терапії. Іноді цей процес набуває ознак стадійності та завершується формуванням психічного розладу психотичного рівня, що обумовлює становище психосоматозів як проміжної нозології між неврозами та психозами.

ridmi
ТВІЙ УЛЮБЛЕНИЙ КНИЖКОВИЙ

КУПИТИ