

Агеенкова Е.К. Психосоматические аспекты развития сердечно-сосудистых заболеваний. (История вопроса). -Веснік Беларускага дзяржаўнага ўніверсітэта. -Серыя 3. -1999. -№2. -С. 56-60.

Психосоматические аспекты развития сердечно-сосудистых заболеваний. История вопроса.

Е.К.Агеенкова

Психосоматика - одно из современных направлений в психологии и медицине. Оно изучает, во-первых, механизмы взаимодействия двух систем организма человека - психической, имеющей информационную или неинерционную структуру, и телесной, материально проявляющей себя, во-вторых, психологические причины возникновения и развития болезней тела.

В настоящее время психосоматика не является еще окончательно сформировавшимся научным направлением. Однако, несмотря на трудности, она имеет определенные достижения.

В данной статье рассматривается история развития некоторых теоретических аспектов и экспериментальных подходов в изучении этой проблемы.

Г.Ф.Ланг в 1938 г. писал в отношении гипертонии: “Повседневное наблюдение обнаруживает с несомненностью очень сильное влияние психической сферы центральной нервной системы на вышесомоторные центры. ... Большое значение психического фактора в патогенезе гипертонии не подлежит во многих случаях никакому сомнению” (Г.Ф.Ланг, 1938, с.348).

Однако под психологическим фактором часто подразумеваются различные понятия. Анализ литературных данных позволяет выделить два направления в его изучении: исследование “внутренних”, или личностных, факторов, а также “внешних” или информационных.

Сторонники действия личностного фактора на развитие заболевания называют в качестве “виновных” в их возникновении внутреннюю психологическую структуру человека, особенности организации его нервно-психических процессов, характер его отношений к окружающему миру и личностные особенности в целом.

К “внешним” факторам развития психосоматических заболеваний относят неблагоприятные воздействия на человека некоторых физических условий среды, бытовых, семейных, производственных и других социальных неурядиц, которые принято называть эмоциональным

стрессом, а также большого объема перерабатываемой современным человеком информации.

Исследование последнего среди упомянутых факторов связывается с исследованиями М.М.Хананашвили (1978), который является автором теории “информационного невроза” и обосновавшего ее экспериментальными данными. Он установил, что у животных возникают функциональные срывы в условиях решения ими трудных задач в условиях дефицита времени.

Данный фактор имел широкий круг исследований как причина развития гипертонической болезни (ГБ) и ишемической болезни сердца (ИБС). Работы Г.И.Сидоренко с соавт. (1982, 1984), Б.А.Сидоренко, В.Н.Ревенко (1984) показывают, что информационная нагрузка является достаточным тестом на выявление гипертензивных реакций и ишемии коронарных сосудов на ранних стадиях развития этих заболеваний. Г.И.Сидоренко высказано предположение, что сердечно-сосудистые заболевания являются своего рода “платой” за переработку большого объема информации (Г.И.Сидоренко с соавт, 1982).

К патогенетическим факторам внешнего или информационного характера можно отнести и негативные воздействия внешней среды, вызывающие отрицательные эмоции и психические травмы. Так, например, Е.В.Цыбулина (1977) установила, что у 68,3% больных, перенесших инфаркт миокарда (ИМ), болезни предшествовали нервно-психические травмы как производственного, так и семейно-бытового характера. По данным И.П.Прокофьевой и Н.К.Смирнова (1981), у 85% больных наблюдается сочетание нарушения социальной адаптации в нескольких сферах. Для женщин наибольшую патогенность имеют нарушения адаптации в семейно-личностной, коммуникативной и бытовой сферах, для мужчин - в учебно-трудовой, общественно-политической и коммуникативных сферах.

С другой стороны, устойчивость к влиянию информационных факторов определяется внутренней психологической структурой человека. Б.Д.Карвасарский (1990) писал по отношению к неврозам, что “интенсификация производственных процессов, так же как и самой жизни, сама по себе не является патогенной. ... Неврозы возникают не в обстановке трудового творческого напряжения, а лишь при наличии психотравматизации личностного характера, обусловленной нарушением отношений личности со средой”.

Такие же выводы делает и Ю.М.Губачев (1979), который утверждал, что при “личностном варианте” развития соматического заболевания “главным инструментом формирования патологии является ... деформированная, акцентуированная, нередко психопатоподобная личностная структура, которая обуславливает затяжной гипертрофированный или извращенный тип реагирования на жизненную обстановку, а также воссоздает конфликтную ситуацию своим отношением к окружению” (с.77).

Кроме того, сам стресс по мнению Г.Селье (1972, 1979), является необходимым жизни каждого человека и, в определенных пределах, оказывает положительное влияние на жизнедеятельность организма. Он ввел понятие “перекрестной резистентности”: под действием стрессора, направленного на определенную функцию организма, она, как и весь организм в целом может стать более резистентной по отношению к неблагоприятным воздействиям среды.

В настоящее время среди различных версий, объясняющих механизмы влияния психической сферы на патологическое переформирование деятельности физиологических систем организма наибольшую значимость, на наш взгляд, имеют следующие.

Психосоматическая концепция З.Фрейда, который в своих работах “Психоневрозы защиты” и “Исследование истерии” ввел понятия “конверсии” и “символического языка органов”. Он рассматривал отклонения в деятельности физиологических систем организма как символы определенных вытесненных неосознаваемых переживаний или разрешение психического конфликта через заболевания тела, при возникновении которых наступает эмоциональное облегчение.

Развитие идей З.Фрейда в области психосоматики было осуществлено Ф.Александром, который обнаружил связь психологических конфликтов со специфическими эмоциональными физиологическими способами их разрешения. Согласно его теории “специфичности конфликта”, конфликты орального, анального или фаллического характера проявляются в заболеваниях соответствующих систем организма. По его мнению развитие соматического заболевания обусловлено тремя факторами: индивидуальными особенностями личности, на фоне которых формируются интрапсихические неосознанные конфликты; наличие психотравмирующих ситуаций; конституционально-предопределенная ранимость определенных органов вегетативной

системы, т.е. наличие в структурах тела генетически обусловленного “слабого органа” / 22/.

Эти версию имеет практическую значимость в случае терапии невротических функциональных нарушений. Однако психоанализ малодейственен при лечении патологических изменений физиологического функционирования организма и не объясняет сам механизм преобразования психологического состояния в его организменный аналог - болезнь тела.

Согласно взглядам Engel и Roessler, активизацию определенных систем организма можно рассматривать как временную психофизиологическую переменную по отношению к стимулу особой интенсивности и характера, соотнесенную к настоящему (на момент действия стимула) состоянию субстрата.

Наибольшее распространение, возможно, в связи с возможностью использования тестовых методов, получила теория “профиля личности” или “соматотипов” Данбар (Dunbar, 1948), которая обнаружила высокую вероятность развития различных соматических заболеваний у лиц с определенными личностными особенностями. Ею выделены различные личностные соматотипы: коронарный, гипертонический, аллергический, травматический или склонный к повреждениям.

В рамках последней теории большую значимость приобрели работы бихевиористов Фридмана и Розенмана (Friedman, Rosenman, 1959), которые выявили, что наиболее часто заболевают ИБС лица с типом поведения, который они обозначили как “тип А”. Для данных лиц характерно постоянное стремление к продвижению и склонность к состязанию. Они берутся за множество дел и проявляющийся дефицит времени компенсируют ускорением темпа жизни и работы. В ходе проспективного эпидемиологического исследования ими установлено, что лица с заранее установленным “типом А” примерно в 4 раза чаще заболевают ИБС, чем лица с противоположным типом поведения, названным данными авторами “типом В”. Многими исследованиями была подтверждена корреляция между типом “А” и вероятностью заболевания инфарктом миокарда, ИБС, стенокардией, атеросклерозом (Rosenman, 1965; Rosenman et oth., 1966; Rosenman et oth., 1975; Jenkins, 1976; 1982; Zyzanski et oth, 1976; Frank et oth., 1978.)

Однако дальнейшие исследования не всегда обнаруживали эту закономерность и иногда даже выявлялась и обратная тенденция - большая часть больных ИБС относилась к “типу В” (Keith et oth, 1965).

Независимые исследования, проведенные в бывшем СССР также выявили у больных ИБС и ГБ в одних случаях стеничную, активную личностную структуру (И.Е.Ганелина, 1975; Г.П.Цейтина с соавт., 1977; К.С.Вирсаладзе с соавт., 1984 и др.), в других - вязких, тревожных, не склонных к активной деятельности (Е.С.Авербух, 1965; З.В.Косенко, Э.Г.Парамонова, 1967 и др.).

Вероятно, ближе к истине те авторы, которые не настаивают на наличие у больных определенного соматотипа, а рассматривают динамику развития заболевания у лиц с различными личностными особенностями. Наиболее интересны, с нашей точки зрения, выводы Г.К.Тарасова (1960), который в своей небольшой статье выделил среди больных АГ два противоположных преморбидных личностных типа: а) с астеничными и психастеничными чертами и б) со стеничными. У больных первого типа он обнаружил в преморбиде черты чувствительности, ранимости, психической гиперстезии, эмотивной лабильности с меняющимся настроением в сторону подавленности, тоски, тревожности, мнительности, неуверенности в себе, склонности к ипохондрическим опасениям. Больные второй группы отличаются сдержанностью, стойко переносят трудности, “переживают в себе”, энергичны, целеустремленны, работоспособны. У больных первой группы болезнь проявляется постепенно с нарастанием симптоматики, у больных второй группы - остро.

Подобная двойственность личностных тенденций, близкая к континиуму “тип А - тип В”, была обнаружена Ф.Б.Березиным с соавт.(1974) у каждого отдельного больного. По его данным, больные АГ, с одной стороны, тревожны, склонны колебаться при необходимости выбора, с другой - у них высокий уровень внутреннего стандарта, стремление быть в центре внимания окружающих.

Ю.М.Губачев (1973) сделал еще более подробный анализ личностных особенностей больных ИБС с применением факторного анализа, он выделил в их преморбиде пять психологических типов. Первый составляют больные с психоподобной личностной структурой, с извращенным типом реагирования на жизненные обстоятельства и способные создавать конфликтные ситуации. Они составляют 24% всех больных этих больных. Ко второму типу относится 16% больных. Это люди с высоким чувством ответственности, зрелыми и управляемыми эмоциями, однако развитое самолюбие, стремление доминировать, высокий уровень притязания могли способствовать формированию конфликтов, отягчающих и интенсифицирующих рабочее напряжение. К

третьему типу, составляющему 29%, относятся лица с невротической структурой и которым по своим служебным обязанностям приходится брать на себя большую ответственность. Четвертый тип, к которому относится 10% больных, включает в себя лиц, у которых жизненные обстоятельства сложились так, что им постоянно приходится преодолевать лишения, обиды, неуспех. Для них характерны подавленность, горечь обиды, зависть, сочетающиеся с сарказмом, иногда злобой. К пятому типу, составляющему 22% больных относятся люди, у которых нет никаких жизненных проблем, это спокойные, удовлетворенные собой и окружающими люди с размеренным ритмом труда и отдыха.

В рамках теории “профиля личности” проведено множество исследований с личностными методиками. Наиболее популярным среди них является тест ММРІ. Большинство исследований с применением этой методики выявили у больных ИБС и ГБ повышение по сравнению со здоровыми уровня шкал ипохондрии, истерии, психастении. Для них было характерно наличие так называемой “конверсионной пятерки”. Часто обнаруживались повышения, кроме указанных, уровня шкал депрессии и тревожности. (В.П.Зайцев, 1975; А.А.Гоштаутас, Ю.М.Шлежайте, 1979; И.К.Шхвацабая с соавт., 1980; Т.А.Айвазян, 1980 и др.). Эти данные указывают на наличие в структуре личности больных ИБС и ГБ тревоги и невротизации.

Наличие невротических и психотических особенностей в структуре личности больных внутренними заболеваниями побудили многих авторов искать причину соматической патологии в неврозах и маниакально-депрессивном психозе (МДП). Однако исследования не дали положительных результатов. Они показали, что наличие невроза и МДП не усиливает склонности к развитию ИБС и АГ (Е.С.Авербух, 1959, Н.А.Кручинина, Я.М.Краевский, 1971; Н.А.Кручинина, С.В.Черниговская, 1973; Ю.М.Губачев, 1973,1978; Ю.М.Губачев, Е.М.Стабровский 1981; Е.Н.Панченко с соавт., 1982).

Необходимо отметить, что выявление профиля личности проводилось обычно при исследовании уже заболевших людей, поэтому в этих условиях неправомерно говорить о том, что выявленные черты провоцируют развитие заболевания. Возникает предположение, что именно наличие болезни изменяет личностную структуру. Исследования Н.П.Олиферко (1994) показали, что в первые дни после начала инфаркта миокарда больные, обследованные по методике ММРІ, имеют профиль личности, характерный для здорового человека. Лишь через две недели

после начала заболевания в их личности появляются “классические” болезненные проявления. Данные о том, что именно осознание болезни изменяет личностную структуру имеются также и в наших исследованиях (Е.К.Агеенкова, 1986, 1995).

Анализ литературных источников показывает, что изучение психовегетативных взаимоотношений, хотя и имеет длительную историю и разнонаправленность, однако не привело к настоящему времени к определенности, хотя все же позволило найти во многих случаях достаточно эффективные психокоррекционные подходы в работе с больными соматическими заболеваниями. Возможно, с нашей точки зрения, в данном вопросе произошло излишнее “застывание” на теме поиска психологического соматотипа конкретных заболеваний. Скорее всего проблема кроется во внутренних интимных механизмах перекодирования информации конкретного психологического состояния в патологический процесс физиологического функционирования организма. Однако, по нашему мнению, теоретическое и экспериментальное подходы к этим аспектам находятся только на начальных стадиях своего развития.

Литература

- 1.Агеенкова Е.К. Особенности психологической структуры личности и психосоматических соотношений у больных гипертонической болезнью и ишемической болезнью сердца (по материалам скрининговых исследований). - Автореф. канд. дисс.. -Л., 1986. -21 с.
- 2.Агеенкова Е.К. Психосоматические взаимоотношения при сердечно-сосудистых заболеваниях./ В.М.Бехтерев и современная психология. Тез. междунар.конф.. -Казань, 1995. -С. 107.
- 3.Авербух Е.С. Нервные и психические нарушения при гипертонической болезни. /Профилактика нервно-психических нарушений. -Л.:Медгиз, 1959. -С.308-315.
- 4.Авербух Е.О. Психика и гипертоническая болезнь. -Л.: Медицина, 1965. -175 с.
- 5.Айвазян Т.А. Клинико-психологические соотношения при гипертонической болезни в связи с особенностями ее течения и терапии. -Автореф. канд. дисс.. -М., 1980. -18 с.
- 6.Березин Ф.Б., Айвазян Т.А., Бжилянский М.А. и др. Исследование психологических соотношений некоторых психосоматических заболеваний. /Состояние здоровья и работоспособности студентов ВУЗов. -М., 1974. -С.219-222.
- 7.Вирсаладзе К.С., Кавтарадзе Г.В., Иванова Е.Н., Мамамтавришвили М.О. О психологическом профиле больных ишемической болезнью сердца и его связи с некоторыми экзогенными факторами. -Кардиология. -1984. -N2. -С.73-76.

8. Ганелина И.Е. Ишемическая болезнь сердца и индивидуальные особенности организма. -Л.: Наука, 1975. - 43с.

9. Гоштаутас А.А., Шлежайте Ю.М. Некоторые психологические особенности больных стенокардией./ Проблемы ишемической болезни сердца. -Вильнюс: Мокслас, 1979. -С.66-70.

10. Губачев Ю.М. Психосоматические соотношения при ишемической болезни сердца и некоторых нервно.психических заболеваниях. -Автореф. докт. дисс.. -Л., 1973. -30 с.

11. Губачев Ю.М. Психосоматические соотношения при гипертонической болезни и ишемической болезни сердца. Лекция по терапии для врачей-курсантов. -Л., 1978. -28 с..

12. Губачев Ю.М., Стабровский Е.М. Клинико-физиологические основым психосоматических соотношений. -Л.: Медицина, 1981. -214 с..

13. Губачев Ю.М. Психотерапия в системе лечения соматических заболеваний. /3-й Международный симпозиум социалистических стран по психотерапии. -Л., 1979. - С.76-78.

14. Зайцев В.Л. К вопросу о “спонтанной” динамике психического состояния больных инфарктом миокарда по данным ММПІ.-Кардиология. 1975. -N2. -С.66-72.

15. Карвасарский Б.Д. Неврозы. -М.: Медицина, 1990. -576 с.

16. Кручинина Н.А., Краевский Я.М. К вопросу о влиянии неврозов на развитие гипертонической болезни и ишемической болезни сердца. -Кардиология. -1971. -N7. - С.47-53.

17. Кручинина Н.А., Черниговская С.В. К вопросу о роли маниакально-депрессивных состояний в развитии ишемической болезни сердца. -Кардиология. - 1973. -N3. -С.56-61.

18. Ланг Г.Ф. Гипертоническая болезнь. -Л.: Медицина, 1960.

19. Ланг Г.Ф. Избранные труды. -Л.: Медицина, 1975. -232 с.

20. Ланг Г.Ф. Учебник внутренних болезней. -Л.: Медгиз, 1938. -Т.1, ч.1. -428 с.

21. Косенко З.В., Парамонова Э.Г. Психика и коронарная болезнь. -М.: Медицина, 1967. -244 с.

22. Александер Ф., Селесник Ш. Человек и его душа: познание и верования от древности до наших дней, -М.: Прогресс - Культура, 1995. -608 с.

23. Олиферко Н.П. Психофизиологические изменения у больных инфарктом миокарда на стационарном этапе лечения. -Автореф, канд. дисс..-М., 1994. -25 с.

24. Панченко Е.Н., Налга И.Ф., Бондаренко Л.В. Неврогенные сосудистые синдромы. -Киев: Здоров’я, 1982. -152 с..

25. Прокофьева И.П., Смирнов Н.К. Об оценке нарушений социальной адаптации как патогенного фактора. /Предболезнь, болезнь, выздоровление. Тез. XVIII Всесоюзн. съезда терапевтов. -М., 1981. -С.98-99.
26. Селье Г. На уровне целостного организма. -М.: Наука, 1972. -122 с..
27. Селье Г. Стресс без дистресса. -М.: Прогресс, 1979.-124 с..
28. Сидоренко Б.А., Ревенко В.Н. Применение психоэмоциональной пробы у больных ишемической болезнью сердца. -Кардиология. -1984. -N5. -С.80-84.
29. Сидоренко Г.И. и др. Психофизиологический тест (информационная проба) и его возможности использования в кардиологии: (информационное письмо). -Мн.: МЗ БССР, 1982. -10 с.
30. Сидоренко Г.И. и др. Новый психофизиологический тест “информационная проба” и возможность его использования в кардиологии. -Кардиология. -1984. -N8. -С.63-67.
31. Тарасов Г.К. Нервно-психические особенности больных гипертонической болезнью. /Психологические нарушения при гипертонической болезни и других сосудистых заболеваниях. -М.: Медицина, 1960. -С.5-13.
32. Хананашвили М.М. Информационные неврозы. -Л.: Медицина, 1972. -142 с.
33. Цейтина Г.П., Тонконогий И.М., Гурвиц Т.В., Иовлев Б.В. О личности больного с церебральной формой гипертонической болезни. -Клиническая медицина. 1977. -N9. -С.48-58.
34. Цибулина Е.В. К вопросу о значении стресса в развитии инфаркта миокарда. \Модели и методы изучения экспериментальных эмоциональных стрессов. -Волгоград. 1977. -С.321-322.
35. Шхвацабая И.К. Зайцев В.П., Айвазян Т.А. Особенности личности больных гипертонической болезнью. -Кардиология. -1980. -N5. -С.37-41.
36. Dunbar F.H. Psychosomatic diagnosis. -New York, London, 1948.
37. Frank K.A., Heller S.S., Konfeld D.S. tn oth. . Type A Behavior Pattern and Coronary Angiographie Findings. -JAMA. -1978. -240. -P.761-763.
38. Friedman M., Rosenman R.H. Association of Specific Overt Behaviour Pattern with blood and Cardivascular Findings. -JAMA. -1959. -169. -P.1286-1296.
39. Jenkins C.D. Resent Evidence Supporting Psychologic and social Risc Factors for Coronary Disesease. New Engl. J.Med.. -1976.-294. -P.987-994.
40. Keith R.A., Lown B.L., Stare F.J. Coronary Heart Disease and Behavior Patterns. -Psychosomatic Medicine. -1965. -27. -5. -P.424-434.
41. Rosenman R.H. The Role of Personality and Behavior Patterns in the Genesis of Coronary Heart Disease. -Journal of the American Medical Woven,s Association. -1965. -20. -P.161-167.

42. Rosenman R.H., Brand R.H., Jenkins C.D. et oth.. Coronary Heart Disease in Western Collaborative Group Study. Final follow-up experientct of 8 1/2 years. -JAMA. -1975. -233. -8. -P.872-877.

43. Rosenman R.H., Friedman M., Straus R. et oth.. Coronary Heart Disease in the Western Collaborative Group Study. -Jama. -1966. -195. -2. -P.82-88.

44. Zyzanski S.J., Jenkins C.D., Ryan T.J. et oth. Psychological Correllates Angiographic Findings. -Arch. Intern. Med. -1976. -136. -P.1234-1237.