Ю. Фролова

Гендерный аспект психосоматических расстройств

**Гендерный подход в психологических исследованиях и консультировании:
Материалы конференции. – Мн.: ЕГУ, 2002. – С. 35-43.**

Психосоматические расстройства принято рассматривать как типично женскую форму психической патологии. В некоторых случаях соответствующие данные о заболеваемости среди мужчин вообще не приводятся (см., напр.: Каплан Г., Сэддок Дж., 1998). Чем можно объяснить столь значительную гендерную диспропорцию? Анализ публикаций позволяет выделить несколько вариантов ответа.

1. К женщинам и мужчинам в процессе социализации предъявляются различные требования. Идеальный образ мужчины включает в себя такие характеристики, как активность, рациональность, высокая мотивация достижения, смелость, сексуальность и т.п. От женщины ожидают более осторожного поведения, эмоциональности, теплоты, заботы о близких, умения сглаживать или предотвращать межличностные конфликты, аккуратности, внешней привлекательности. Проявления агрессии у мужчин поощряются, женщины же должны сдерживать свой гнев. С одной стороны, в результате действия этих требований женщины менее подвержены несчастным случаям, больше интересуются информацией о сохранении здоровья. С другой стороны, постоянная необходимость сдерживать выражение негативных эмоций, отказываться от своих желаний ради блага семьи приводит к тому, что женщины в жизни чаще, нежели мужчины, испытывают состояние стресса и фрустрации, в результате чего у них возникают психосоматические расстройства. Эти особенности социализации женщин рассматриваются как возможные факторы возникновения рака (Contrada R.G. et al., 1990).

2. Изначально диспропорции в уровне заболеваемости не существует, она возникает в результате политики «навешивания ярлыков» психически больных представителям обоих полов, чье поведение не соответствует закрепленным в обществе представлениям о «нормальности». Наличие предрассудков относительно «типично женских» и «типично мужских» психических особенностей характерно не только для сферы обыденного сознания, но и для научного (в частности, психиатрического) мышления. В отношении женщин бытует предубеждение об их излишней эмоциональности, чувствительности, склонности все глубоко и тяжело переживать и даже об отсутствии у них способностей к логическим суждениям. При этом те же особенности, которые признаются типичными для женщин, одновременно рассматриваются и как патологические. Неудивительно, что женщинам чаще ставится диагноз эмоционального либо психосоматического расстройства, ведь как «болезненные» классифицируются даже обычные для них состояния. Особенно

часто сторонники такой точки зрения указывают на послеродовую депрессию и предменструальный синдром (Ussher G.M., 1997).

3. Существуют биологические (например, гормональные) различия между полами, которые и объясняют преобладание той или иной патологии у женщин. В подтверждение этой точки зрения приводятся в пример расстройства настроения и тревожные расстройства (Ussher G.M., 1997). Интересно, что в последнее время в дискуссиях о положении женщины в обществе для доказательства «истинности» того или иного сексистского предубеждения приводятся «биологические» объяснения. Например, известный телеведущий в пылу дискуссии заявляет известной феминистке, что у женщин вообще не функционирует левое полушарие. Следует отметить, что, согласно данным научных исследований, преобладание женщин среди лиц, страдающих тем или иным психосоматическим расстройством, не всегда удается объяснить биологическими факторами. Исследования женщин, которым был поставлен диагноз предменструального синдрома, не выявили у них какой-либо отчетливой патологии организма, которая могла бы объяснить возникновения этих нарушений (Pearlstein T., 1998).

Заметим, что психологические концепции, которые могли бы объяснить гендерные различия в распространенности психосоматических расстройств, пока не разработаны, возможно, потому, что академическая психология вообще мало чувствительна к гендерным различиям.

Для феминистского подхода характерно подчеркивание роли социальных факторов в развитии психосоматических расстройств. Во многих феминистских текстах прослеживается отчетливая тенденция обсуждать эти синдромы как следствие насилия/власти над женщиной либо как результат присвоения женщиной ценностей «мужского» мира. Феминистские авторы отмечают, что негативное воздействие на здоровье женщины оказывают не только сами требования, которые предъявляет к ней общество, но и их противоречивость. Например, современной женщине вменяется в обязанность быть не только женой и матерью, но и получать образование, работать и т.п. От нее требуют стройности, но при этом подчеркивается, что материнство – обязательное условие женского счастья. Между тем у рожавшей женщины гораздо меньше шансов, чем у нерожавшей, соответствовать жесткому канону красоты (знаменитым «90-60-90»). При этом женщины, которые способны понять, что они не могут достичь всего сразу, и выбирают для себя какую-либо одну цель, высмеиваются обществом как «синие чулки» или «наседки». Очень популярной в феминистской литературе является концепция патологизации женщины в психиатрии. Несмотря на серьезные основания, лежащие в основе феминистской интерпретации психосоматических расстройств, отметим, что, на наш взгляд, необходимо четко разделить в научных исследованиях феминизм как политическое движение и использование идей феминизма в психологических исследованиях с целью преодолеть вопиющую гендерную нейтральность академической психологии. В последнем случае необходимо, наконец,

отказаться от декларативных и, по сути, политических заявлений в пользу более обоснованного с точки зрения клинической практики феминистского подхода. На наш взгляд, необходимо интерпретировать психосоматические расстройства у женщин не только в терминах власти/насилия над женщиной, но и в терминах женской власти/насилия. Для того чтобы пояснить нашу точку зрения, мы рассмотрим два психосоматических синдрома, которые считаются высоко специфичными для женщин: нервную анорексию и соматизированное расстройство¹.

Нервной анорексией страдает в 20 раз больше женщин, нежели мужчин (Wardle J., 1997). Наиболее характерными особенностями этого синдрома являются навязчивое стремление обрести стройную фигуру (в соответствии с избранным самой больной идеалом) и расстройство менструального цикла (или торможение полового созревания) (МКБ-10, 1994). Последнее нарушение делает невозможным наступление беременности. Если описать нервную анорексию в терминах «социального давления», то можно сказать, что патологическое влияние на больных оказывают требования всегда быть стройными и контролировать свой вес (Wardle J., 1997). Нетрудно заметить, что эти культурные нормы противоречат другим нормам, в частности, норме материнства/фертильности и норме «сексуально привлекательного» женского тела. Возможно, что именно противоречивость данных требований создает высокое нервное напряжение у женщины. При изучении историй болезни пациенток, страдающих нервной анорексией, в некоторых случаях можно обнаружить, что «толчком» к развитию дисморфофобического синдрома послужили изменение у них массы тела в период полового созревания и сопутствующие этому насмешки и упреки со стороны родственников и знакомых. У мужчин синдром нервной анорексии развивается чаще всего в рамках шизофрении и существенно отличается по клинической картине от аноректического синдрома у женщин (М.В.Коркина и др., 1986).

Социальное давление должно было бы вызывать нервную анорексию практически у всех полных людей. Однако это не так. В качестве объяснения того факта, что на больных нервной анорексией социальные нормы оказывают более серьезное влияние, чем на другие категории женщин, используются указания на преморбидные личностные особенности пациенток: мнительность, обидчивость, упорство в достижении целей, самолюбие, перфекционизм, гиперсоциальность (Коркина М.В. и др., 1986; Томэ Х., 1998).

Однако больные продолжают отказываться от пищи даже в том случае, когда их внешний вид не вызывает у их близких никаких чувств, кроме ужаса и сострадания. Когда женщины в результате лечения слегка набирают вес, окружающие начинают положительно оценивать их внешность, что приводит больных в отчаяние. Характерно, что пациентки, как показывают клинические данные, часто не стремятся походить на каких-либо определенных женщин, не

¹ Здесь и далее в тексте статьи названия психопатологических синдромов приводятся в точном соответствии с 10-м пересмотром Международной классификации болезней (МКБ-10, 1994).

следят за своей внешностью в целом (даже когда она начинает резко отклоняться от типичного канона красоты: секутся волосы, выпадают зубы, кожа приобретает нездоровый оттенок). Больные беспокоятся только о своем весе. «Идеальный» вес, который они для себя устанавливают, значительно ниже соответствующих показателей у манекенщиц и фотомоделей: обычно до 40-45 кг при среднем росте 160-170 см (Коркина М.В., 1986).

Некоторые радикально настроенные феминистские авторы утверждают, что оценка нервной анорексии как психического расстройства является неправомерной. Отказ женщины от еды может являться вполне оправданной (хотя своеобразной и не очень удачной с точки зрения физического здоровья) формой протеста против навязываемых извне требований (например, материнства) (Baerveldt С., Voestermans Р., 1998). В понимании нервной анорексии как протеста против материнской роли, навязываемой женщинам, можно заметить определенную созвучность феминистской и психоаналитической позиций. Однако для психоаналитиков подобное поведение женщины является глубоко патологическим и может быть истолковано как «медленный суицид» (Томэ Х., 1998). Возражение, которое можно выдвинуть в отношении гипотезы протеста против нормы материнства/фертильности, заключается в следующем. Аменорея как один из типичных симптомов нервной анорексии, многих больных оставляет равнодушными (Коркина М.В. и др., 1986). Кроме того, нервная анорексия обычно возникает в подростковом возрасте, когда социальная норма фертильности не является, на наш взгляд, для женщин столь актуальной, как в более зрелом возрасте, особенно в западной культуре. Учитывая современные данные о том, что в действительности люди знают о своем здоровье и о телесных функциях, вызывает сомнение тот факт, что подростки в массе своей вообще связывают наличие/отсутствие менструаций со способностью иметь детей.

Некоторые авторы указывают на такой возможный фактор развития нервной анорексии, как стремление к тотальному контролю над своим телом, страх потери власти над своими желаниями (в частности, над чувством голода), боязнь всего спонтанного и непосредственного (Baerveldt С., Voestermans Р., 1998; Томэ Х., 1998). Больные испытывают удовольствие не столько от внешних оценок их фигуры, сколько от последовательного приближения к избранному телесному идеалу. Поражает упорство, с которым пациентки отказываются от приема пищи, все те ухищрения, на которые они идут, чтобы сбросить свой вес (многие люди, желающие изменить свою внешность, не способны на подобные усилия, и быстро отказываются даже от безобидной диеты). Эта последняя гипотеза предлагает логичное объяснение того, каким именно образом социальные факторы могут воздействовать на женское тело. Контроль над внешностью рассматривается в большинстве культур как специфически женская задача: «It's your duty to be beautiful», как поется в известной песне А. Леннох. Способность управлять своими желаниями, сдерживать их также высоко оценивается в обществе. Женщина, обладающая стройным телом, получает

социальное одобрение не только за свой привлекательный внешний вид, но и за свои волевые качества.

Можно предложить еще одно объяснение большей распространенности нервной анорексии среди женщин. Существует такая область человеческой жизни, в которой женщина практически во всех известных нам обществах властвует безраздельно. Женщина (мать) царит у домашнего очага (где кипит кастрюля). Именно женщина определяет, как питаются все члены семьи, она может манипулировать ими при помощи питания, а также, изменяя свой собственный рацион, реализовывать какие-либо желания, лежащие вне данной сферы. Еда может рассматриваться как самое доступное – и чаще всего самое дешевое – средство компенсации неудовлетворенных потребностей. Практически у всех пациенток с анорексией в анамнезе отмечаются особые пищевые привычки, характерные для их родительской семьи: культ еды, культ особой диеты, закармливание ребенка и т.п. (Коркина М.В. и др., 1986).

Синдром нервной анорексии приводит к драматическим последствиям для здоровья женщины и поэтому широко обсуждается в обществе. Однако гораздо более распространенным и одновременно трудноизлечимым является соматизированное расстройство. Г.Каплан и Б.Сэдок (1998) указывают, что данный синдром встречается у 1-2 % женщин (при этом случаи заболевания у мужчин чрезвычайно редки). В руководстве по консультированию пациентов с соматизированными расстройствами Д. Сандерс (1996) приводит более высокие показатели: в зависимости от конкретного синдрома, 7-20 % случаев заболеваний во всей (независимо от пола) популяции. Возможно, что реальные эпидемиологические показатели гораздо выше, поскольку не все люди с психосоматическими нарушениями обращаются к врачу, и еще меньше таких пациентов терапевты «переадресуют» психиатрам и психологам.

Важно отметить, что сам термин «соматизированное расстройство» появился в научной литературе относительно недавно и для многих психиатров является синонимом термина «истерия»: «Расстройство в виде соматизации было сначала известно как истерия ...и описывало точно такой же синдром, каким он является сейчас» (Каплан Г., Сэдок Б., 1998, С. 426). Феминистская критика концепции истерии основывается на том, что в качестве этиологических факторов данного синдрома психиатры (причем не только те, кто ориентирован на психоанализ) рассматривают естественные сексуальные переживания женщин и особенности их эмоциональной сферы (Ussher J.M., 1997). Действительно, в психиатрии, на наш взгляд, сохранилось особое отношение к истерии с позиций господствующей в обществе морали: «[Больные] описывают свои жалобы в драматической, эмоциональной манере... Часто они одеты в духе эксгибиционизма... Их рассматривают как зависимых, эгоцентричных, жаждущих признания и похвалы и склонных к манипуляции окружающими» (Каплан Г., Сэдок Б., 1998. С. 427-428). Не правда ли, суровая характеристика? Телесное страдание пациенток лишается статуса «истинности» и начинает называться «жалобами с целью манипуляции», «фантазиями» и т.п. Сами же они

рассматриваются как неудобные, неискренние и конфликтные, то есть как настоящие «истерички» в обыденном (вульгарном) смысле этого слова. Между тем демонстративное поведение больных, как и их фантастические представления о собственном телесном состоянии можно рассматривать как вторичную реакцию на некорректное и невнимательное отношение к ним врача либо на проявленные ранее грубые ошибки в ходе лечения (Sanders D., 1996).

До сих пор не существует четкого определения термина «соматизированное расстройство», поскольку диагностические критерии, приводимые в МКБ-10, являются недостаточно определенными и описывают лишь его внешние признаки. Д.Сандерс (1996) указывает на три возможных подхода к определению соматизированного расстройства:

- 1) соматизация психической травмы;
- 2) синдром, необъяснимый с точки зрения биологической медицины;
- 3) синдром, выражающийся в необоснованно высоком уровне тревоги по поводу обыденных физических ощущений.

В отличие от нервной анорексии, в отношении которой выдвигается много альтернативных психоанализу теорий, соматизированное расстройство до сих пор рассматривается преимущественно с позиций психодинамического подхода. Интересно, что этот подход утвердился даже в биологически ориентированной англо-американской психиатрии. Сам термин «соматизация» является откровенно фрейдистским и означает, как и в 1895 г., когда впервые была опубликована работа З.Фрейда «О психотерапии истерии», произвольное символическое выражение на языке тела какого-либо психического содержания. Одной из наиболее распространенных в настоящее время психологических концепций соматизированного расстройства является концепция ранней травмы. Так, гинекологические боли у женщин связывают с перенесенным в детстве сексуальным насилием (Manu P., 1998; Van der Kolk B. et al., 1996). В результате сексуального насилия определенные телесные области (матка, анус) маркируются как «плохие» и «грязные», что вызывает неосознаваемое желание «наказать» их болью. Действием этого же фактора (довербальной травмы) Д. Сандерс (1996) объясняет характерную для данных пациентов невозможность осознавать и обсуждать психологические причины телесных нарушений.

В отношении концепции ранней травмы можно выдвинуть ряд существенных возражений:

- ранняя травма, согласно классикам психоаналитического подхода, должна вызывать значительные психологические проблемы; однако далеко не все психоаналитики согласны с тем, что психосоматические больные имеют столь же значительные нарушения психики, как и больные с пограничным расстройством личности (Томэ Х., Кэхеле Х., 1996);

- эта концепция ограничивает сензитивный период для развития соматизированного расстройства ранним детством, игнорируя тот факт, что подобный синдром может впервые появиться у взрослого человека (Sanders D., 1996);

- утверждается, что синдром соматизации связан с единичной (хотя и очень сильной) травмой, при этом игнорируются перманентно влияющие на индивида факторы (тяжелая болезнь одного из членов семьи, особенности семейного уклада).

Следует учитывать, что в некоторых случаях соматизированное расстройство приносит отчетливую «вторичную выгоду», позволяя женщинам избежать неприятных для себя обязанностей в семье (например, выполнение работы по дому становится невозможным из-за постоянных болей в области сердца, аналогичным образом ограничиваются сексуальные контакты с мужем). Болезнь предоставляет женщинам «законный» повод для отдыха, которого они часто лишены.

Симптомы, необъяснимые с медицинской точки зрения, встречаются не только у женщин, но и у мужчин. Их возникновение можно рассматривать как телесную реакцию на особые (бездушные, формальные) отношения между врачом и пациентом в современной технологизированной медицине и как следствие игнорирования личности больного в процессе лечения (Varbour A., 1995). Очевидно, что женщина, для которой более свойственно оценивать свое физическое и психическое состояние, исходя из характера межличностных отношений (Marks D. et al., 2000), более чувствительна к этим негативным влияниям.

В последнее время все более популярной становится трактовка соматизированного расстройства как следствия патологически заостренного внимания к нормальным телесным ощущениям. Точнее было бы сказать, что это не столько «нормальные» ощущения, сколько «нормальные» (с точки зрения физиологии эмоций) корреляты тревоги. Когда внимание человека фиксируется на этих ощущениях и обозначает их как «симптомы» (признаки какой-либо патологии), его тревога возрастает, что приводит к дальнейшему усилению чувства дискомфорта. Попытки выяснить причину симптомов у врача ни к чему не приводят, и это, в свою очередь, усиливает тревогу. Таким образом, возникает порочный круг. Большинство психологических интерпретаций этого порочного круга осуществляются в русле когнитивной или же поведенческой психологии. В первом случае обращается внимание на способы восприятия и осмысления телесных ощущений. Во втором – на процессы научения, которые играют важную роль в последующем автоматическом воспроизведении определенного поведения в ситуации болезни, характерного для одного из близких родственников пациента (Sanders D., 1996).

Большую распространенность соматизированного расстройства у женщин можно объяснить и по-другому. В различных культурах четко зафиксированы требования к женщине как к хранительнице домашнего очага, отвечающей не только за порядок и уют в доме, но и за здоровье членов семьи. Именно мать впервые распознает и обозначает как «нормальные» или «патологические» ощущения и телесные реакции ребенка. Ее телесный словарь становится телесным словарем ее ребенка. Кроме того, женщины подвергаются большим

экономическим, эмоциональным и физическим лишениям, нежели мужчины, поэтому состояние их здоровья хуже. Женщины чаще посещают врача и больше времени проводят в больнице. (Marks D. et al., 2000). Соответственно опыт болезни (своей и чужой) у женщин более обширен по сравнению с мужчинами, они имеют также более разработанную систему категорий для интерпретации телесных ощущений.

В проведенном нами в 1999/2001 гг. исследовании отношения к здоровью у студентов высших учебных заведений г. Минска (Ю.Г.Фролова, 2001) было обнаружено, что субъективно воспринимаемый риск болезни и несчастных случаев у женщин выше, чем у мужчин. Женщины более склонны оценивать риск возникновения болезни как высокий, независимо от медицинских критериев. Они также более склонны нарушать предписанный режим лечения, что может быть связано с недостатком внимания со стороны врачей. Женщины, согласно нашим данным, чаще, чем мужчины, оценивают врачей как «невнимательных» и считают их ошибки причиной возникновения болезней. При этом они имеют более дифференцированные представления о здоровье, чем мужчины, например, называют больше признаков здоровья и болезни.

Интересны различия в атрибуции ответственности за свое здоровье у женщин и у мужчин. Женщины в качестве причины болезни чаще называют «судьбу», а мужчины – «случайность». Несмотря на кажущееся сходство этих двух причин, в них отражаются различные способы отношения к миру: пассивно-страдательный (судьба) и весело-беспечный (случайность). Последняя причина не связана с чьей-то виной и не несет в себе изначально ничего трагического. Возможно, именно эти особенности определяют и другие гендерные различия в отношении к здоровью.

Таким образом, для более точного понимания гендерной специфики психосоматических расстройств необходимо учитывать не только фактор социального давления, но и наличие специфических для женщин способов установления контроля над жизнью и особенностей атрибуции ответственности.

Литература:

1. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия: в 2 т. Т. 1. М., 1998.
2. Коркина М.В., Цивилько М.А., Мариллов В.В.. Нервная анорексия. М., 1986.
3. Международная классификация болезней (10-й пересмотр): Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. СПб., 1994.
4. Томэ Х., Кэхеле Х. Современный психоанализ: в 2 т. Т. 2: Практика. М., 1996.
5. Томэ Х. О психотерапии пациентов, страдающих нервной анорексией // Московский психотерапевтический журнал. 1998. № 2.

6. Фролова Ю.Г. Психологические факторы безопасного поведения студенческой молодежи. Автореф. дис. ...канд. психол. наук: 19.00.01. Мн., 2001.
7. Contrada R.J, Levental H., O'Leary A. Personality and Health // Handbook of Personality: Theory and Research / Ed. by Pervin L.A. New York,London, 1990. P. 638-669.
8. Baerveldt C., Voestermans P. The body as a selfing device // The Body and Psychology / Ed. by H.J.Stam. London, 1998. P. 160-181.
9. Barbour A. Caring for patients: A critique of the medical model. – Stanford: Stanford University Press, 1995.
10. Van der Kolk B.A., Pelcovitz D., Roth S. e.a. Dissotiation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaptation of trauma. // American Journal of Psychiatry. 1996. Vol. 153. N. 7 (Suppl.).
11. Manu P. Functional Somatic Syndromes: Exsploring Common Denominators // Functional Somatic Syndromes: Etiology, Diagnosis and Treatment / Ed. by P.Manu. Cambridge, 1998. P. 272-294.
12. Pearlstein T. Premenstrual Syndrome // Functional Somatic Syndromes: Etiology, Diagnosis and Treatment / Ed. by P.Manu. Cambridge, 1998. P. 80-97.
13. Sanders D. Counselling for psychosomatic problems. London, 1996.
14. Ussher J.M. Gender issues and women's health // Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine. Cambridge: Cambridge University Press, 1997. P. 110-112.
15. Wardle J. Anorexia nervosa and bulimia // Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine. Cambridge, 1997. P.363-366.