



Ю.Г.ФРОЛОВА

## ЛИЧНОСТЬ И БОЛЕЗНЬ (обзор современных зарубежных исследований)

Проблемы возникновения психогенно обусловленных телесных симптомов интенсивно изучаются в психологии и медицине XX в. Об их важности свидетельствует включение в 10-й пересмотр международной классификации болезней (МКБ-10, классификация психических и поведенческих расстройств) разделов "Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства" и "Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами"<sup>1</sup>. В связи с переходом Беларуси в ближайшее время на МКБ-10 перед клиническими психологами встает задача систематического изучения психосоматических заболеваний, разработки методов их психологической диагностики и коррекции.

В изучении психосоматической проблемы можно выделить несколько направлений: 1) влияние личности на возникновение, течение и прогноз органического заболевания; 2) возможности личности справляться с требованиями, вызванными болезнью; 3) возникновение соматических, функциональных симптомов и жалоб (соматоформные расстройства).

В XX в. значительно снизился удельный вес острых инфекционных заболеваний (таких, как оспа, чума, холера). В то же время на первое место среди причин смерти и потери трудоспособности (исключая СПИД и гепатит) вышли хронические недуги (сердечно-сосудистые, онкологические, диабет и пр.). Эти расстройства по своей природе полиэтиологичны, поэтому невозможно утверждать, что какой-то один фактор является главной причиной заболевания, а другие – второстепенными. Установлено, что валидность связи между личностью и болезнью зависит от соблюдения в исследовании нескольких условий<sup>2</sup>.

Во-первых, необходимо точно определить заболевание. Например, понятие "рак" включает в себя более 100 специфических расстройств, которые различаются по этиологии, клинической манифестации и течению. Соответственно личностные факторы будут влиять на эти недуги по-разному. Пациентов с гипертонией также можно разделить на две группы, в зависимости от уровня ренина, и эти группы будут значительно отличаться по показателям подавленной враждебности (которая в психосоматике традиционно считается патогенным фактором возникновения гипертонии).

Во-вторых, данные будут зависеть от рассмотрения личности с позиций "модели черт" или "процессуальной модели". По процессуальной модели поведение рассматривается как продукт взаимодействия между личностными диспозициями и ситуационными факторами<sup>3</sup>. В психосоматике использование процессуальной модели позволяет уделять большое внимание саморегуляции как многоуровневому процессу, который включает в себя взаимные психосоматические и соматопсихические влияния.

В-третьих, необходимо определить, что является причиной, а что – следствием. Это требует тщательной разработки модели исследования. Помимо

лонгитюдных, предлагаются так называемые квазипроспективные модели. Например, лиц, которые должны пройти биопсию, тестируют перед процедурой, а после сравнивают данные тестирования, учитывая показатели биопсии.

Личность может воздействовать на состояние здоровья двумя путями:

I. Оказывая ненаправленное влияние, например способствуя нездоровому образу жизни, нарушению лечебного режима и т. п. Большое количество исследований посвящено связи личностных черт, социального окружения с особенностями питания, использованием медицинской помощи, употреблением лекарств, трудоспособностью. Достаточно отметить, что сам термин "психосоматика" все чаще заменяется термином "психология здоровья" ("health psychology")<sup>4</sup>.

II. Оказывая прямое влияние, т.е. активизируя одну из названных опосредующих физиологических систем. В литературе под такими системами понимают симпатическую, парасимпатическую, иммунную и систему пептидной коммуникации<sup>5</sup>. Например, активность иммунной системы (в частности, киллерных клеток) у больных с большим депрессивным эпизодом меньше, чем у здоровых людей. Более того, внутренний локус контроля ассоциируется с лучшим состоянием иммунной системы<sup>6</sup>. Психологический стресс предлагается рассматривать как патогенный фактор развития инфекционных заболеваний, так как посредством механизма нейроиммуномодуляции он ослабляет активность киллерных клеток<sup>7</sup>.

Исследуется наличие связи личностных особенностей с конкретными хроническими заболеваниями (работа, начатая еще Ф.Данбар, которая выдвинула свою "концепцию констелляции личностных черт"<sup>8</sup>). Особенно активно исследуется "вклад" личности в сердечно-сосудистые и онкологические заболевания. Известно, что смертность после инфаркта миокарда у больных, постоянно испытывающих дистресс, статистически высокая. Эти люди запрещают себе выражать эмоции. Они также больше подвержены депрессии и некоторым вредным привычкам.<sup>9</sup> В настоящее время продолжается изучение "поведения типа А" и причин его возникновения (предлагаются модели самооценки, социального научения, стремления к контролю, соматопсихическая модель)<sup>10</sup>.

Таким образом, от диагностики черт психологи и клиницисты перешли к рассмотрению динамических связей между личностными установками и средой, обуславливающих вредное для здоровья поведение. Личностный тип, предрасположенный к раку, который в свое время выделили Моррис и Грейер<sup>11</sup>, согласно современным литературным источникам, представляет собой не набор отдельных черт, а стиль преодоления жизненных трудностей. Без ответа, однако, остается вопрос: существует ли личность одного типа, склонная к раку, или их несколько? Контрада с соавторами предлагает модель двух путей, облегчающих возникновение рака<sup>12</sup>. Один из них связан с переживанием депрессии, которая вызывает ощущение собственной беспомощности, безнадёжности ситуации. Второй – с избеганием эмоций. Оба пути приводят к снижению активности киллерных клеток и нездоровому поведению (т.е. увеличивают риск рака). Клинические исследования убеждают в том, что психотерапия способна не только повысить качество жизни онкологических больных, но и увеличить ее продолжительность. Это подтверждено исследованиями больных с лимфомой, раком груди и злокачественной меланомой<sup>13</sup>.

В рамках процессуальной модели личности большое значение приобретает понятие саморегуляции. В зарубежной литературе для иллюстрации того, как личность справляется с трудностями и регулирует свое состояние, используется динамическое понятие "копинг" (приблизительный перевод – процесс преодоления стресса (от англ. "cope" – успешно справляться с трудностями). Под копингом понимаются постоянно изменяющиеся когнитивные и/или поведенческие попытки справиться с внешними или внутренними требованиями, которые оцениваются как чрезмерные для потенциала личности<sup>14</sup>. Утверждается, что способы преодоления стресса (в частности, связанного с болезнью и налагаемыми ею ограничениями) оказывают позитивное или негативное воздействие на состояние здоровья<sup>15</sup>. Фолкман разделял

копинг, направленный на проблему, и копинг, направленный на эмоцию<sup>16</sup>. Проблемно-фокусированный копинг предпочтительнее, когда ситуация воспринимается как изменяющаяся, а фокусированный на эмоции – когда ситуация оценивается как неизменная. Основной задачей формирования способности преодоления стресса в онтогенезе является, таким образом, приобретение навыков различения этих двух ситуаций. Так, доказано, что адаптация человека к хронической боли связана с тем, какие копинг-стратегии он использует. Хронический болевой синдром (высокий уровень боли, нетрудоспособности и депрессии) связан с использованием пассивной копинг-стратегии<sup>17</sup>. Интересные данные получены в исследованиях детей и подростков с хроническими заболеваниями. Ощущение собственного контроля над стрессом (активный копинг) улучшает состояние здоровья подростков-диабетиков<sup>18</sup>. Что касается преодоления стрессов, которые процедура лечения налагает на человека (например, хирургические вмешательства, анализы и т. п.), то в этих случаях основными видами используемых копинг-стратегий являются поиск информации о процедуре, подавление своих поведенческих реакций и принятие помощи и поддержки от других<sup>19</sup>. Наличие широкого набора копинг-стратегий повышает как адаптивность поведения больного, так и терапевтический эффект. Отмечается, что дети, которые не имеют необходимых копинг-стратегий, должны получать помощь психолога<sup>20</sup>. Среди замедляющих восстановление здоровья факторов выделяют депрессию и недостаток социальной поддержки<sup>21</sup>.

Методы физиологической документации стрессовых воздействий на организм (частота дыхания и сердцебиений, уровень кортизола в крови) позволяют изучать реакцию на медицинский стресс и у новорожденных. Реакция младенцев на так называемые "агрессивные" медицинские воздействия зависит от культурной среды и от хода социализации. Так, американские и японские дети различно ведут себя во время прививок<sup>22</sup>.

Группа соматоформных расстройств включает в себя психогенную боль, вегетативную дисфункцию, а также множественные соматические симптомы без выявленного повреждения тканей тела (соматизированное расстройство или соматизация)<sup>23</sup>. Традиционно такого рода нарушения объясняли, исходя из понятия депрессии, истерии или невроза (т.е. включали их в более "объемное" психическое заболевание). Однако соматоформные расстройства не совсем совпадают с этими нозологическими категориями. В частности, было показано, что соматизация и депрессия скорее всего вызываются разными причинами<sup>24</sup>. Развитию соматизации способствуют определенные культурные стереотипы. В частности, в связи с прогрессом в медицине и открытием новых видов заболеваний сложились такие социальные установки в отношении здоровья и болезни, которые побуждают индивида усиленно искать помощи врача, особенно если симптомы "непонятные"<sup>25</sup>. Психологические травмы также играют важную роль в этом случае<sup>26</sup>. В рамках концепций психологической защиты соматизированное расстройство можно рассматривать как пример неудавшейся адаптации к стрессовому воздействию<sup>27</sup> (эта традиция идет от Зигмунда Фрейда, заметившего, что невротик – это человек, которому не удалось вытеснение<sup>28</sup>). Интересным для психолога видом в данной категории расстройств является психогенная боль. Многочисленные исследования показывают, что переживание боли связано не только с интенсивностью болевого раздражителя, но и с прошлым опытом человека, особенностями его восприятия и мышления. Упорную, плохо поддающуюся лечению боль связывают со специфическими психотравмами, тревогой, депрессией, индивидуальным стилем преодоления стресса. Данные о том, что хроническая боль в области таза у женщин связана с сексуальным насилием в детстве, свидетельствуют о возможности соматизации болезненных психологических воспоминаний<sup>29</sup>.

Следует коснуться еще одного важного понятия, которое часто используется в психосоматике, – синдрома алекситимии<sup>30</sup>. Он включает в себя когнитивные (ригидность и чрезмерная конкретность мышления), эмоциональные (неумение распознавать свои и чужие эмоции) и поведенческие (скованность, низкая экспрессивность поведения, конфликтность и прямолинейность) компоненты.

Остается открытым вопрос, является ли данный синдром специфическим для психосоматических заболеваний. Имеется слишком мало данных для рассмотрения алекситимии в качестве причины органического заболевания. С другой стороны, она может опосредованно влиять на физическое состояние индивида (приводя к гипертоническому, вредному для здоровья поведению и предрасположенной перцепции в отношении соматических ощущений и симптомов)<sup>31</sup>.

Приведенные в статье данные о научных публикациях свидетельствуют об интенсивных и разносторонних психосоматических исследованиях за рубежом. Успехи современной медицины заставляют клиническую психологию отказаться от простого корреляционного сопоставления личностных типов и физических симптомов и перейти к серьезному изучению механизмов, опосредующих психосоматические связи. Необходимо интенсифицировать изучение телесного "Я", телесного самосознания, единства психического и соматического у здорового человека. Методологические трудности, с которыми сталкивается психосоматика на современном этапе (проблема специфичности и индивидуальной изменчивости), требуют интеграции клинических исследований с общепсихологической теорией.

<sup>1</sup> См.: Международная классификация болезней (10-й пересмотр): Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. СПб, 1994.

<sup>2</sup> См.: Contrada R., Levental H., O'Leary A. Personality and Health // Handbook of Personality: Theory and Research. New York.; London, 1990.

<sup>3</sup> См.: Bandura A. The self-system in reciprocal determinism // American Psychologist. 1978. Vol.33.

<sup>4</sup> См.: Health Psychology in a Changing Europe: Abstracts of Vith European Health Psychology Society Conference. University of Leipzig. Germany. 25-28 August 1992. Leipzig, 1992.

<sup>5</sup> См.: Contrada et al. Op. cit.

<sup>6</sup> См.: From health locus of control to immune control: internal locus of control has a buffering effect on natural killer cell activity decrease in major depression / Reynaert C., Janne P., Bosly A. et. al. // Acta Psychiatr. Scand. 1995. Vol.92. №4.

<sup>7</sup> См.: Biondi M., Zannino L.G. Psychological stress, neuroimmunomodulation, and susceptibility to infectious diseases in animals and man: a review // Psychoter. Psychosom. 1997. Vol.66. №1.

<sup>8</sup> См.: Dunbar H. F. Emotions and Bodily Changes. New York, 1938.

<sup>9</sup> См.: Denollet J., Sys S. U., Brutsaert D. L. Personality and mortality after myocardial infarction // Psychosomatic Medicine. 1995. Vol.56. №6.

<sup>10</sup> См.: Contrada et al. Op. cit.

<sup>11</sup> См.: Morris T., Greer S. A "Type C" for cancer? // Cancer Detection and Prevention. 1980. Vol.3. №1.

<sup>12</sup> См.: Contrada et al. Op. cit.

<sup>13</sup> См.: Spiegel D. Cancer and depression // Br. J. Psychiatry Suppl. 1996. Vol.30.

<sup>14</sup> См.: Folkman D. Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis // Journal of Personality and Social Psychology. 1984. Vol.46.

<sup>15</sup> См.: Compas B. E., Worsham N. L., Ey S. Conceptual and Developmental Issues in Children's Coping with Stress // Stress and Coping in Child Health. New York, 1992.

<sup>16</sup> См.: Folkman D. Op. cit.

<sup>17</sup> См.: Psychosocial factors discriminate multidimensional clinical groups of chronic low back pain patients / Klapow J., Slater M., Patterson T. et. al. // Pain. 1995. Vol.62. №3.

<sup>18</sup> См.: Delamater A. M. Stress, Coping, and Metabolic Control Among Youngsters with Diabetes // Stress and Coping in Child Health. New York, 1992.

<sup>19</sup> См.: Spirito A., Stark L. J., Knapp L. G. Coping with Aversive Medical Treatments // Stress and Coping in Child Health. New York, 1992.

<sup>20</sup> См.: Field T. Infants' and Children's Responses to Invasive Procedures // Stress and Coping in Child Health. New York, 1992.

<sup>21</sup> См.: Social support, depression, and recovery of walking ability following hip fracture surgery / Mutran E. J., Reitzes D. C., Mossey J. et. al. // J. Gerontol. B. Psychol. Sci. Soc. Sci. 1995. Vol.50. №6.

<sup>22</sup> См.: Field T. Op. cit.

<sup>23</sup> См.: МКБ-10.

<sup>24</sup> См.: A Troubled youth: relations with somatization, depression and anxiety in adulthood / Portegijs P. J., Jeuken F. M., van der Horst F. G. et. al. // Fam. Pract. 1996. Vol.13. №1.

<sup>25</sup> См.: Shorter E. Somatization and chronic pain in historic perspective // Clin. Orthop. 1997. Vol.336.

<sup>26</sup> См.: Kinzi J. F., Traweger C., Biebl W. Family background and sexual abuse associated with somatization // Psychoter. Psychosom. Vol.64. №2.

<sup>27</sup> См.: Dissotiation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaptation of trauma / Van der Kolk B. A., Pelcovitz D., Roth S. et. al. // Am. J. Psychiatry. 1996. Vol.153. №7 (Suppl.).

<sup>28</sup> См.: Фрейд З. О клиническом психоанализе. Избр. соч. М., 1991.

<sup>29</sup> См.: Kinzi J. F. et. al. Op. cit.

<sup>30</sup> См.: Sifneos P. E. The prevalence of "alexithymic" characteristics in psychosomatic patients // Psychoter. Psychosom. 1974. Vol.22.

<sup>31</sup> См.: Lumley M. A., Stettner L., Wehmer F. How are alexithymia and physical illness linked? A review and critique of pathways // J. Psychosom. Research. 1996. Vol.41. №6.