

Психодинамические и аффективные аспекты в генезе психосоматических расстройств аутоиммунного спектра

О. С. Шубина, Е. Н. Загоруйко, Л. А. Уколова

Psychodynamic and affective aspects in the genesis at psychosomatic diseases of autoimmune disorders

O.Shubina, E.Zagoruiiko, L.Ukolova

Резюме

Статья посвящена исследованию психодинамических и эмоциональных особенностей пациентов лежащих в основе формирования психосоматической патологии с аутоиммунным поражением. Исследованы психосоматические соотношения при аутоиммунных заболеваниях суставов с учетом гендерного фактора. Установлено, что уровень психоэмоционального напряжения у женщин с аутоиммунными заболеваниями суставов достоверно выше, чем у мужчин. Интенсивность боли у женщин не была связана с активностью процесса, продолжительностью заболевания, психологическими факторами. Активность процесса у пациенток зависела от функциональной недостаточности. У мужчин интенсивность болевого синдрома находилась в отрицательной корреляционной связи с качеством жизни и социальной удовлетворенностью. Степень активности болезненного процесса у мужчин была связана с уровнем социальной фрустрированности, которая в свою очередь была связана с уровнем депрессивного фона настроения. Гендерный анализ особенностей отношения к болезни продемонстрировал превалирование у женщин тревожного типа реагирования на болезнь, а у мужчин – паранойяльного.

Ключевые слова: психосоматический аспект аутоиммунных заболеваний

Summary

The paper is dedicated to psychosomatic links in autoimmune diseases of joints taking into account gender factor. It was found that psychoemotional tension in group of women was significantly higher then in group of men. The pain intensity in women group didn't depend on activity of disease, functional failure, length and psychological factors. Negative correlations between pain intensity and quality of life in men's group was found. Level of activity in this group was linked with social frustration connected with depression level.

Key words: psychosomatic diseases of autoimmune disorders.

Введение

«Взаимосвязь тела и психики всегда двусторонняя. Как все соматические расстройства имеют свои психологические «корни», так и любые психологические проблемы всегда приносят психосоматические «плоды». Разница только в том, какая именно сторона внутриспсихологического конфликта – душевная или соматическая – выходит на первый план»

Марк Сандомирский

Согласно основному постулату психосоматического направления в медицинской науке, в основе психосоматического заболевания лежит реакция на эмоциональное

переживание, сопровождающаяся функциональными изменениями и патологическими нарушениями в органах. Соответствующая предрасположенность может повлиять на выбор поражаемого органа или системы и характер формирующегося процесса. Любая физиологическая дисфункция человеческого организма так или иначе связана с психологическими влияниями и эмоциональным состоянием человека. У лиц в состоянии переживания тяжелой утраты выявлена депрессия функции Т-клеток [3]. Исследования показали специфические изменения функции Т-клеток у лиц, перенесших тяжелый стресс [8]. Другими словами, скорбь, стресс, также как и другие эмоции могут влиять на функцию иммунной системы и на способность бороться с болезнью. В. Wolman [11] полагает, что пролонгированная депрессия, воздействуя на гипоталамо-питуитарно-адреналовую ось, подавляет устойчивость иммунной системы

Ольга Сергеевна Шубина, кандидат медицинских наук.
ГУ НИИ Молекулярной биологии и биофизики СО РАМН

Елена Николаевна Загоруйко, кандидат медицинских наук.
ГУ НИИ Молекулярной биологии и биофизики СО РАМН

Любовь Анатольевна Уколова, кандидат медицинских наук.
ОГУЗ «Государственная Новосибирская областная клиническая больница»

и способствует патологическим изменениям аутоиммунной природы, в том числе с поражением суставов. Не вызывает сомнения, что биохимическая структура и физиологическая функция иммунной системы генетически детерминированы. Более того, биологические ритмы организма зависят от генетических факторов. Вместе с тем, человеческий организм и его поведение не являются стопроцентно устойчивыми, негибкими и неизменяемыми. Человеческая жизнь – процесс изменений, вызванных множеством факторов, и социопсихологические события играют значительную роль в этих изменениях. Иммунная система не является изолированной. На ее функционирование оказывает влияние система отношений личности, особенности эмоционального реагирования и другие личностные черты, также как и особенности взаимодействия организма с внешней средой. В результате исследований в области психосоматической и бихевиоральной медицины стало ясно, что не существует большого организма или гомеостатического защитного механизма, которые не являлись бы субъектами для влияния взаимодействий между психологическими и физиологическими событиями [1]. Сложные механизмы, лежащие в основе этих взаимодействий и связей с органическим заболеванием недостаточно изучены. Как и все другие физиологические системы, участвующие в формировании гомеостаза, иммунные процессы чувствительны к влиянию нервной системы. Иммунная система должна являться медиатором влияния психологических факторов на предрасположенность, проявление и сохранение органического заболевания. Ревматоидный артрит относится к заболеваниям, которые нельзя назвать классическими психосоматозами, но психологические факторы играют при этом заболевании существенную роль в этиологии, тяжести протекания и прогнозе. Роль психологического фактора в этиологии, особенностях протекания и прогнозе болезней суставов аутоиммунной природы не оспаривается [4,5,9,10]. Повышенный тонус околосоуставных мышц и болевые симптомы возникают не только при постоянных однообразных нагрузках, но и при длительном психическом напряжении. Известно, что из 100% пациентов, предъявляющих жалобы на болевой симптом суставного характера, у 10% имеют место артриты, у 50% артрозы, а у 40% патологических изменений суставов нет. Тонус и активность мышц тесно связаны

с функциональным состоянием центральной нервной системы, особенно, с эмоциональным статусом. И.М. Сеченов писал, что движение является конечным выражением всякого психического акта. Еще в 20-х годах нашего столетия Джекобсоном было показано, что определенному типу эмоционального напряжения и возбуждения соответствует сокращение определенной мышечной группы. Вместе с тем, заинтересованность мышечного тонуса в развитии и поддержании болевого суставного синдрома также является неопровержимым фактом. Многие авторы описывают особенности личности больных распространенным аутоиммунным заболеванием – ревматоидным артритом. Так R.N.Moos, G.F.Solomon [7] отмечают такие черты больных ревматоидным артритом как добросовестность и ригидность. Многие из них, чувствуя себя отвергнутыми собственными родителями, стремятся к самопожертвованию, доходящему до мазохизма. Согласно данным, полученным R.Ader, N.Cohen [1], почти во всех случаях РА встречалось отчуждение между родителями, развод, смерть одного из родителей или близкого родственника. Пациенты с быстро прогрессирующим заболеванием нередко обнаруживают выраженное тревожное или депрессивное состояние. Часто они склонны рассматривать свою жизнь как бесконечную цепь стрессовых событий. F.Alexander, G.W.Flagg [2] отмечают, что в подростковом возрасте женщины с болезнями суставов ведут себя как «мальчишки-сорванцы». В зрелом возрасте контроль над эмоциональными реакциями становится чрезмерным, он распространяется и на детей, к которым предъявляются высокие требования, но при этом воспитание носит гиперпротективный и потакающий характер. Ведущим качеством больных с заболеваниями суставов является комбинация тенденции к доминированию и мазохистическая потребность угождать другим. Многие женщины с артритом отвергают свою женственность. Они соперничают с мужчинами и, рассматривая свою женскую роль как субмиссивную и унижительную, склонны выбирать в качестве партнеров пассивных мужчин. Инициация психосоматического процесса и начало аутоиммунного расстройства может быть связано с несколькими значительными факторами: 1. Болезнь начинается, когда неосознанная враждебность и бунт против мужчин усилились из-за определенных ситуаций и угрозы прорваться наружу, когда

пациентка брошена мужчиной, с которым она чувствовала себя в безопасности, или он начал самоутверждаться вместо того, чтобы оставаться покорным.

2. Происходят события, которые усиливают чувство враждебности и вины, которые могут также спровоцировать начало болезни. Чувство вины за свою агрессивность может быть мобилизовано, когда пациентка не может мазохистично искупать свою вину, угождая другим.

3. Ситуации, когда женщину заставляют принять свою женскую роль, против которой она реагирует все возрастающим мужским протестом могут спровоцировать начало аутоиммунного заболевания. Хотя маскulinные протестные реакции - наиболее выраженный мятеж, застарелое ограничивающее, враждебное состояние можно проследить в ранних семейных взаимоотношениях, состоящих из доминирующей, требовательной матери и зависимого, подчиняемого отца. В такой атмосфере в девочке развивается страх и зависимость от агрессивной матери, но в то же время она скрывает сильную мятежность, которую она не осмеливается проявить из-за страха перед отторжением. Такие запретные мятежи против матери формируют ядро враждебных импульсов, которые они переносят на мужчин и на каждого члена семьи. Когда женщины сами становятся матерями, они «переворачивают» ситуацию и контролируют своих детей, так, как их контролировали в прошлом. Предрасполагающие личностные факторы расстройств аутоиммунной природы resultируются из ограничивающих родительских влияний, которые исключали свободное проявление фрустраций ребенком. Когда из-за «карательных мер» эмоциональная разрядка становится связанной со страхом наказания или виной, этот психологический «бронези-лет» переходит во взрослую жизнь. Пациенты с психосоматическими расстройствами пытаются реализовать агрессию через мышечную активность (например, спорт) и облегчать ограничивающие влияния повышенной совестливости излишним стремлением угождать другим людям. Если этот баланс разрушается чем-либо, что блокирует проявление враждебности или облегчающие вину поведенческие паттерны (помощь и контроль над другими одновременно), хронически ингибированная агрессия, ведущая к возрастанию мышечного тонуса может усилить или запустить психосоматический (например, артритический) про-

цесс. Определенной спецификой обладают и паттерны семейных отношений у больных с заболеваниями суставов. Ряд авторов [1,2] описывают противоречивое поведение матерей больных, как склонных к самопожертвованию, строгим моральным запретам и вместе с тем проявляющих кокетливое, соблазняющее поведение. Они, по Alexander & Flagg [2], имеют следующие характеристики: 1. глубокая эмоциональная депривация в детстве; 2. выраженная склонность к депрессии; 3. чрезвычайная преданность в отношениях; 4. значительные трудности в проявлении чувств, как позитивных, так и негативных. Для подобных семей характерно непоследовательное поведение отцов, которые, будучи мягкими и спокойными, могли внезапно становиться немотивированно гневливыми. Связь эмоционального отреагирования с чувством страха перед наказанием и вины транслируется во взрослую жизнь детей. В результате такого воспитания, пациенты с ревматоидным артритом имеют тенденцию рассматривать свое тело как наполненное агрессивными импульсами. Разыгрывание в теле схемы конфликта между проявлением и подавлением раздражения провоцирует повышение мышечного тонуса. Кроме того, пациенты придают необычную значимость своему телу и бессознательно желают его обнажать, но тщательно прячут это желание и жалуются на робость и застенчивость. У пациентов с далеко зашедшим болезненным процессом, инвалидизированных, заметны стоические и оптимистические проявления. F.Alexander [2] и его чикагские коллеги выявили схожие хронически ингибированные мятежные состояния у пациентов-мужчин, но обнаружили, что они более сильно реагируют против бессознательных пассивно-зависимых или женских черт, вследствие которых такие пациенты на поведенческом уровне гиперкомпенсируют агрессивные импульсы. Ингибирование агрессивных импульсов создает психодинамическую картину, подобную той, что наблюдалась у женщин. P.P.Katz и L.A.Criswell [6] при анализе сообщений, полученных при лонгитюдном экспертном исследовании пациентов с ревматоидным артритом показали различие между мужчинами и женщинами при индивидуальной оценке состояния организма, например, при оценке степени выраженности боли. Был проведен их анализ с учетом социодемографических, клинических и психологических характеристик. По данным неадап-

тированного анализа, женщины были больше, чем мужчины склонны оценивать свои симптомы как тяжелые. Адаптация к социодемографическим и клиническим характеристикам изменила эти результаты незначительно. Проведенное исследование предполагает, что женщины впервые сообщают о уже более тяжелой симптоматике, и эти различия скорее могут соответствовать более тяжелому течению болезни, чем тенденции усиливать свои симптомы или переоценивать их тяжесть.

Материалы и методы исследования

Исследования гендерных различий клинических проявлений и особенностей психосоматического реагирования пациентов с ревматоидным артритом и болезнью Бехтерева были проведены нами на базе Научно-исследовательского института молекулярной биологии СО РАМН и Областной клинической больницы г.Новосибирска. Контингентом исследования послужили пациенты, страдающие ревматоидным артритом и болезнью Бехтерева (N - 41), находившиеся на стационарном лечении в ревматологическом отделении. Из них 26 пациентов с ревматоидным артритом (19 женщин в возрастном диапазоне от 30 до 68 лет, 7 мужчин в возрастном диапазоне 31 - 70лет), 15 пациентов с болезнью Бехтерева (8 мужчин в возрасте от 17 до 34 лет, 7 женщин в возрасте 23 -47 лет). Основным методом исследования был клинический, включающий параклинические методы диагностики, а также клиничко-психологическое интервьюирование. Психологические методы исследования были представлены шкалой для оценки уровня тревоги Бэка, шкалой Спилбергера-Ханина (реактивная и лич-

ностная тревожность), шкалой социальной фрустрированности Вассермана, шкалой для оценки уровня алекситимии TAS-20, тестом для оценки типа отношения к болезни Бехтеревского института (ЛОБИ). Интенсивность и качество боли оценивалось с помощью визуальной аналоговой шкалы, оценка качества жизни проводилась с помощью шкалы SF-36. В ходе исследования был проведен гендерный анализ особенностей восприятия боли, психологических характеристик, типа отношения к болезни у мужчин и женщин, страдающих заболеваниями суставов аутоиммунной природы.

Результаты исследования

Анализ полученных данных позволил продемонстрировать (табл. 1), что у женщин отмечались достоверно более высокие показатели по шкалам депрессии ($13,44 \pm 11,58$ у мужчин и $22,48 \pm 11,6$ у женщин, $P < 0,05$), реактивной ($45,8 \pm 10,4$ - у мужчин, $50,52 \pm 11,05$ - у женщин, $P < 0,05$), личностной тревожности ($43,06 \pm 10,75$ - у мужчин, $49,69 \pm 7,89$ - у женщин, $P < 0,05$), интенсивности болевого синдрома ($44,56 \pm 25,86$ - у мужчин, $63,89 \pm 19,15$ - у женщин, $P < 0,05$) и степени социальной фрустрированности. ($1,22 \pm 0,05$ у мужчин, $2,00 \pm 1,9$ - у женщин, $P < 0,05$). Таким образом, уровень психического напряжения у женщин был достоверно выше, чем у мужчин. Корреляционный анализ позволил проследить связь между интенсивностью болевого синдрома и психологическими факторами, продолжительностью заболевания, активностью процесса, степенью функциональной недостаточности у мужчин и у женщин. Интенсивность боли у женщин не была связана с активностью

Таблица 1. Анализ данных психологического обследования пациентов.

	Уровень депрессии по шкале Бэка	Уровень реактивной тревожности по Спилбергеру	Уровень личностной тревожности по Спилбергеру	ВАШ	Социальная фрустрированность
Мужчины	$13,44 \pm 11,58$	$45,8 \pm 10,4$	$43,06 \pm 10,75$	$44,56 \pm 25,86$	$1,22 \pm 0,5$
Женщины	$22,48 \pm 11,6$	$50,52 \pm 11,05$	$49,69 \pm 7,89$	$63,89 \pm 19,15$	$2,00 \pm 1,9$
P*	$P < 0,05$	$P < 0,05$	$P < 0,05$	$P < 0,05$	$P < 0,05$

процесса, продолжительностью заболевания, психологическими факторами. Активность процесса у пациенток зависела от функциональной недостаточности. У мужчин интенсивность болевого синдрома находилась в отрицательной корреляционной связи с качеством жизни. Степень активности болезненного процесса у мужчин была связана с уровнем социальной фрустрированности, которая в свою очередь связана с уровнем депрессии. Таким образом, психосоциальный фактор вносит вклад в развитие болевого синдрома у мужчин при отсутствии этой связи у лиц женского пола.

В ходе исследования был проведен гендерный анализ особенностей отношения к болезни у мужчин и женщин, страдающих заболеваниями суставов аутоиммунной природы. Тип отношения к болезни у мужчин и женщин с хроническим суставным синдромом различается. У женщин преобладает тревожный тип, у мужчин - паранойяльный. Паранойяльный тип отношения к болезни проявляется в недоверии к рекомендованным фармакологическим препаратам и лечебно-реабилитационным процедурам, стремлении приписывать возможные осложнения неправильной тактике терапевтического вмешательства. Такие пациенты часто самостоятельно изучали литературу медицинского характера, касающуюся их заболевания, аннотации к препаратам, подвергая сомнению правильность их назначения лечащим врачом. Проявляли конфликтность путем обвинений медицинского персонала в личной невнимательности и низкой профессиональной квалификации.

Тревожный тип реагирования пациентов женского пола проявлялся в постоянном беспокойстве и мнительности в отноше-

нии неблагоприятного исхода течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности проводимой терапии. Поиск новых способов лечения, жажда дополнительной информации о болезни, вероятных осложнениях, методах лечения, непрерывный поиск "авторитетов" также был характерен для тревожного типа. Особенное беспокойство у этих лиц вызывали побочные эффекты медикаментозной терапии. Тем не менее, пациенток больше интересовали объективные данные о болезни (результаты анализов, заключения специалистов), чем собственные ощущения, что отличало их от лиц с ипохондрическим типом реагирования. Фон настроения, как правило, был тревожным и угнетенным.

Обсуждение

Таким образом, в процессе данного пилотного исследования была показана связь клинических проявлений заболеваний суставов аутоиммунной природы с психологическими факторам и гендерными особенностями психосоматических соотношений при данных заболеваниях.

В связи с вышеизложенным, исследование психосоматических механизмов, лежащих в основе хронических заболеваний аутоиммунной природы, является полезным и актуальным при разработке новых интегративных подходов, включающих не только медикаментозные, но и психотерапевтические и биоповеденческие методы терапии. Таким образом, индивидуальные терапевтические маршруты психосоматических больных должны разрабатываться с учетом личностных, поведенческих, гендерных и эмоциональных характеристик пациентов.

Литература:

1. Ader R, Cohen N. Behavior and the immune system // In: W.D.Gentry (Ed.) Handbook of behavioral medicine - New York: Guilford Press, 1984 -p.117-173.
2. Alexander F., Flagg G.W. Psychosomatic approach // In: B.B.Wolman (Ed.) Handbook of clinical psychology - New York: McGraw-Hill, 1965 -p.895-947.
3. Bartrop R.W. Depressed lymphocyte function after bereavement // Lancet, 1977 -1-p.834-836.
4. Cakirbay H., Bilici M., Kavakci O., Cebi A., Guler M., Tan U. Sleep quality and immune functions in rheumatoid arthritis patients with and without major depression.// Int. J. Neurosci., 2004 - 114(2) - p.245-256.
5. Dickens C., Creed F., Dickens C. The burden of depression in patients with rheumatoid arthritis.// Rheumatology - Oxford, 2001 - 40(12)- p.1327-1330.
6. Katz P.P., Criswell L.A. Arthritis Care Res.// University of California, San Francisco, 1996 - 9(6) - p.441-448.
7. Moos R.N., Solomon G.F. Social and personal factors in rheumatoid arthritis; Pathogenic consideration // Clinical medicine, 1966 -73- p.19-26.
8. Rogers M.P., Dubey D., Reich P. The influence of the psyche and the brain on immunity and disease susceptibility: A critical review // Psychosomatic medicine, 1979 - 41 - p.147-164.
9. Ruger U., Schussler G. The psychosomatic aspects and results of rheumatoid arthritis and fibromyalgia // Z. Psychosom. Med. Psychoanal., 1994 - 40 (3) - p.288-304.
10. Wells H.J., Pincus T., McWilliams E. Information processing biases among chronic pain patients and ankylosing spondylitis patients: the impact of diagnosis.// Eur. J. Pain 2003;7 (2): p105-111.
11. Wolman B.B. Psychosomatic disorders // Plenum publishing corporation, 1988 - 312 p.