

*Прокопенко Ю.О., к.мед.н., доцент кафедри військового навчання та виховання Академії внутрішніх військ МВС України*

## **АНАЛІЗ СУЧАСНОГО СТАНУ ПРОБЛЕМИ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ**

У статті зроблено теоретичний аналіз проблеми генезу психосоматичних розладів. Визначено коло розладів, які мають психосоматичний характер. Описано дві основні групи теорій психосоматичних розладів. У першу групу входять теорії, які пояснюють розлади як цілісну відповідь організму на впливи оточення, а другу утворюють теорії, що обґрунтовують детермінованість конкретних захворювань окремими факторами особистості.

*Ключові слова:* психосоматика, психосоматичні розлади, соматизація, соматоформні розлади.

В статтю представлені результати теоретичного аналізу проблеми генезу психосоматических расстройств. Определен круг расстройств, которые имеют психосоматический характер. Описаны две основные группы теорий психосоматических расстройств. Первую группу составляют теории, которые описывают расстройства как целостный ответ организма на внешние воздействия, а вторую составили теории, которые обосновывают детерминированность конкретных заболеваний отдельными личностными факторами.

*Ключевые слова:* психосоматика, психосоматические расстройства, соматизация, соматоформные расстройства.

**Постановка проблеми.** На сьогодні в суспільстві спостерігається значне поширення соматоформних та психосоматичних розладів, які по праву вважаються «патологією сучасної цивілізації». Так, за даними різних авторів, частота психосоматичних розладів становить від 30% до 57% від загального числа пацієнтів первинної медичної мережі і коливається в загальній популяції населення від 11 до 52% [1]. Такі розходження в даних можуть бути пояснені використанням різних діагностичних критеріїв соматизації психічних порушень.

В практиці лікарів загального профілю різні фахівці називають психосоматичні розлади «психосоматичними», «соматопсихічними», «соматизованими», «соматоформними психічними розладами». Лікарі загальної практики, що насамперед зіштовхуються із психосоматичними розладами, вважають їх клініко-функціональними відхиленнями, які не укладаються в класичні рамки хронічних захворювань внутрішніх органів, погано піддаються медикаментозному лікуванню й мають тенденцію до хроніфікації. Тому лікарі-інтерністи дають подібним хворим характерні назви: «знайомі особи», «хворі, у яких нічого немає», «проблемні хворі», «хронічні ходаки по лікарнях» і т.п.

**Метою** статті є аналіз та узагальнення теоретико-психологічних підходів і концепцій генезу психосоматичних розладів.

Проблема співвідношення «психічного» й «соматичного» з давніх часів є одним із ключових питань медичної, а протягом останніх десятиріч – і пси-

хологічної науки, що пов'язано із пошуком шляхів інтегративної оцінки психосоматичних змін.

Традиційно під поняттям «соматизація» розуміються функціональні розлади тієї або іншої системи без достатньої органічної підстави, але при важливій ролі психологічних і соціальних факторів. Існує інший погляд, у якому підкреслюється наявність реальних органічних змін, що виникають у результаті впливу стресів, але з якими не вдається впоратися на психологічному рівні. У своєму огляді щодо соматизації R. Kellner [2] дає наступне визначення:

«... соматизація позначає один або декілька соматичних симптомів, для яких при відповідних обстеженнях або не знаходять ніякої органічної основи, або фізичні скарги й пов'язані з ними соціальні й професійні обмеження сильно перебільшені в порівнянні з виявленою органічною патологією». Підкреслюється, що діагноз соматоформного розладу може бути поставлений тільки в тому випадку, якщо поряд із соматичними скаргами має місце соціальна, професійна або сімейна дезадаптація і якщо людина відчуває суб'єктивні страждання.

**Виклад основного матеріалу.** Спочатку під психосоматичними розладами в клінічній практиці розуміли порушення функцій органів і систем організму, у походженні й плинні яких провідна роль належить впливу несприятливих психотравмуючих факторів: стресу, різного роду конфліктам, кризовим станам, катастрофам і т.д. [2; 3; 4].

Одне з перших визначень психосоматичних розладів було вперше дане психоаналітиками, зокрема, S.L. Halliday в 1943 році: «Психосоматичним захворюванням варто вважати таке, природа якого може бути зрозуміла тільки із установлення безсумнівного впливу емоційного фактора на фізичний стан». В своєму визначенні автор також підкреслює, що природа психосоматичного захворювання обов'язково включає емоційний фактор й додає, що до психосоматичних захворювань можна застосувати наступну шестичленну формулу: особливості етіології й плинну; тип особистості, тобто підкреслення особистісних особливостей як окремого фактора; особливості статі; взаємодія з іншими захворюваннями; сімейні особливості; фазність плинну.

Сучасне тлумачення терміна «психосоматичний розлад» значно розширилося й вийшло за рамки «класичних психосоматозів». Якщо раніше до психосоматичних захворювань відносили сім нозологічних одиниць: есенціальну гіпертонію, тиреотоксикоз, нейродерміт, бронхіальну астму, деякі форми ревматоїдного артрити, виразковий неспецифічний коліт і виразкову хворобу [2], то нині реєстр психосоматичного реагування значно розширився за рахунок включення в нього захворювань серцево-судинної системи, великого числа шкірних й урогенітальних захворювань, мігрені й ін.

Стани, що відносять до психосоматичних розладів, включають не тільки психосоматичні захворювання в традиційному, вузькому розумінні цього терміна, але і значно більш широке коло порушень: соматизовані розлади (соматоформні стани, соматизовані дистимії та ін), патологічні психогенні реакції на соматичні захворювання, соматопсихічні акцентуації на рівні розладів особистості. В ряду психосоматичних прийнято розглядати психічні розлади, що часто ускладнюються соматичною патологією (нервова анорексія,

булімія, алкоголізм й ін.), а також психічні порушення, що ускладнюють деякі методи лікування (наприклад, депресії й мнестичні розлади, що розвиваються після операції аортокоронарного шунтування; афективні, анксіозні та астеничні стани у хворих, яким назначений гемодіаліз й ін.) (Коркіна М. В., Марілов В. В., 1995).

В межах психосоматичних у ряді досліджень (Смулевич А. Б., 1997; Freeman E., 1980; Tuk B., 1997) інтерпретуються психопатологічні стани, що виникають у зв'язку з генеративним циклом у жінок (синдром «передменструальної напруги» й «передменструальний дисфорічний розлад»; депресії вагітні й післяпологові депресії, інволюційна істерія й ін.). До психосоматичних розладів зараховують також симптоматичні психози – делірій, аменцію, галюциноз й ін.

До числа типових психосоматичних захворювань у країнах Північної Америки і Європи в цей час відносять нервову анорексію й булімію, деякі форми психогенного ожиріння, цукровий діабет, кардіоспазм, нервову блювоту, синдром роздратованого кишечника, імпотенцію, запори, рак й ін.

У найбільше узагальненому вигляді можна дати наступне визначення психосоматичних розладів. Психосоматичні розлади – це збірна група хворобливих станів, що виникають при взаємодії соматичних і психічних патогенних факторів. Цим підкреслюється єдність біологічних і соціально-психологічних механізмів «соми» й «психіки» у походженні яких беруть участь психопатологічні і соматичні розлади. При цьому підкреслюється, що психосоматичні розлади обов'язково пов'язані із соціально-стресовими факторами. Виходячи із цього, психосоматичні розлади можуть розцінюватися як психогенно обумовлені (тобто мають психологічні причини) соматичні порушення в організмі або як соматогенні психічні розлади (соматогенії). Таким чином, під «психосоматичними розладами» варто розуміти як актуальні, так і довгострокові порушення в роботі функціональних систем організму, пов'язані, насамперед, із психоемоційними факторами.

На зміну розповсюдженому терміну «психосоматичні захворювання» в американській діагностичній системі DSM-III в 1980 р. уперше було введено в як самостійну діагностичну категорію поняття «соматоформні розлади». У МКХ-10 термін «психосоматичні» не використовується «через розходження в його використанні на різних мовах і при різних психіатричних традиціях, а також для того, щоб не малося на увазі, начебто при інших захворюваннях психологічні фактори не мають значення в їхньому виникненні».

У закордонній, а останнім часом й у вітчизняній науковій літературі, термін «психосоматичні розлади» активно витісняється сучасним поняттям «соматоформні розлади». Однак термін «психосоматичні розлади» зберігає право на своє існування у вітчизняній літературі. Деякі дослідники й практичні психіатри ототожнюють ці два поняття, підкреслюючи наявність конверсійних механізмів, що лежать в основі їхнього походження. При цьому ставиться знак рівності між соматоформними розладами й такими поняттями, як «функціональні порушення», «психовегетативний синдром», «globus hystericus», «синдром хронічної втоми» й ін. [5]. Однак відповідно до сучасних уявлень, «соматоформні розлади» є лише складовою частиною більш великого поняття «психосоматичні розлади».

Необхідно визнати, що багато проблемних питань психосоматичної медицини в даний момент, як і на початку XIX століття, не мають однозначних відповідей. Насамперед, вимагають перегляду й уточнення границі й критерії диференціальної діагностики психосоматичних розладів. Ряд вітчизняних дослідників [6] у відповідності зі значним розширенням їх класифікаційної рубрифікації в МКХ-10 розширюють рамки психосоматичних розладів настільки широко, що за їхніми межами залишаються хіба що ендогенні й органічні захворювання. Відзначимо також погляд тих закордонних учених [2], які не дотримуються принципів традиційної психосоматичної медицини й вважають, що спроби виділити «підгрупу так званих психосоматичних захворювань не мають під собою об'єктивних підстав». Вони пропагують думку, що психологічні фактори сприяють лише збільшенню плинності соматичного захворювання, але не можуть призвести до їхнього виникнення.

Термін «психосоматика» уперше був застосований на початку XIX ст. J. Heinroth (1818). Через сторіччя в лікарський лексикон було введено поняття «психосоматична медицина» (Deutsch F., 1922), що розглядала захворювання, істотну роль у патогенезі яких грають несприятливі психічні впливи. Етапним моментом у становленні психовісцерального (психосоматичного) напрямку вивчення зазначених розладів є введення Sommer (1894) поняття «психогенія». Стрімка зміна життєвого укладу, характерна для XX століття, поставила психогенію в ранг найважливіших соціальних проблем більшості розвинених країн.

Історично проблема тропності патологічних психовегетативних впливів пов'язується з уявленнями S. Freud (1885) про істеричну конверсію [7]. Його концепція перекладу витиснутих у несвідоме афектів на інші шляхи їхньої реалізації, але вже в символічній формі у вигляді відповідних клінічних синдромів, одержала широке визнання в психосоматичній медицині. Принцип «конверсії на орган» набув значення основного закону психосоматичної медицини, що визначає формування не тільки функціональних, але й органічних змін з боку внутрішніх органів.

Прогрес у дослідженнях цього напрямку пов'язаний з F. Alexander (1953), що у своїй концепції специфічності відмовляється від символічної інтерпретації органічної вісцеральної патології. Вегетативний невроз, що розвивається при конфліктних ситуаціях, розцінюється як фізіологічна відповідь органа на хронічно повторюваний емоційний стан. Передбачається, що афекти, що переважно реалізуються через симпатичну іннервацію, ведуть до розвитку гіпертонічної хвороби, гіпертиреозу, діабету, артритів, тоді як ті, що мають парасимпатичну іннервацію, – до виразкової хвороби й бронхіальної астми [7].

Пізніше психоаналітик F. Dunbar (1954) виділила 11 типів особистості й висунула теорію виникнення психосоматичних розладів на основі цього. У число цих типів особистості входили: виразковий, серцевий, артритичний і т.д. І та, і інша теорія базувалися на одному з факторів, що сприяє виникненню психосоматичних розладів, на ролі особистісних особливостей того або іншого індивідуума у виникненні соматичних розладів у відповідь на психотравмуючий вплив.

Існує теорія «втрати значимих для індивіда об'єктів» (H. Freyberger, 1976), що підкреслювала роль психотравми в генезі соматичних розладів. Взагалі пси-

хоаналітики відзначали роль вираженої, масивної психотравми (у зв'язку із втраченою родича, близької людини, захисника, коханої людини), тобто травми, що, на їхню думку, робила досить сильний вплив на особистість і сприяла виникненню негативних емоцій і, відповідно, психосоматичних розладів.

Теорія десоматизації пояснює виникнення психосоматичних розладів стосовно до дитячого віку (M.Shur, 1953). У ній розглядається психосоматичне реагування дітей на різних вікових етапах і відзначається, що в ранньому дитинстві дитина на психотравмуючий вплив частіше реагує соматично за рахунок недостатності «Я», а з віком роль «Я» зростає, і в дорослого рідше відзначається соматовегетативне реагування на ті або інші впливи, що травмують, тобто ті або інші емоційні порушення менше супроводжуються в нього соматичними змінами. Якщо при десоматизації мова йде про онтогенез, тобто природний розвиток організму із витісненням негативних емоційних проявів у вигляді соматичних розладів, то при ресоматизації дизонтогенез різного плану (психосоціального, органічного, генетичного) сприяє поверненню на більш ранній тип реагування й доросла людина реагує на ті або інші впливи, як дитина, частіше соматичними розладами. Це відноситься, зокрема, до страждаючих істерією. Їхні особистісні особливості, навіть в дорослому віці, нагадують особливості маленької дитини, що вередує. Саме в таких людей частіше відзначаються соматичні (конверсійні) розлади.

Останнім часом одержала розвиток теорія алекситимії (P.Sifneos, 1973). Це теорія “недостатньої вербалізації емоцій”. Було відзначено, що хворі, що страждають на психосоматичні розлади, не можуть описати свої емоційні стани. Вони навіть не можуть охарактеризувати свої хворобливі прояви в достатній мірі повно й це, по припущенню автора теорії, є ознакою, що дозволяє встановити наявність психосоматичних розладів, тобто підтверджує якоюсь мірою діагноз.

Великий внесок у вивчення психосоматичних співвідношень при психічній і соматичній патології належить і таким вітчизняним ученим, як В. М. Бехтерев (1928), що висунув концепцію соматофренії, і В. А. Гіляровський (1949), що розвивав уявлення про катестетичні механізми, що беруть участь у формуванні психопатологічних утворень іпохондричного кола. Особлива увага аналізу взаємин між функціональним й органічним у структурі психічних розладів при соматичних захворюваннях приділяється в роботах К. А. Скворцова (1961, 1964), присвячених соматогеніям.

Сукупність переживань, що виникають у зв'язку з тілесним захворюванням («свідомість і почуття хвороби» по Є. К. Краснушкіну, 1950), А. Р. Лурія (1935) розглядає на двох рівнях: сенситивному (комплекс відчуттів, що виникають у зв'язку із хворобою) і інтелектуальному (уявлення хворого, що відбивають його реакцію на хворобу) Концепція внутрішньої картини хвороби (Лурія А.Р., 1935), яка розширює розуміння психосоматичних співвідношень, залишається й у цей час актуальною.

Відповідно до визначення Дж. А. Уінтера (1988), психосоматичним вважається захворювання, що, по-перше, носить функціональний, а не структурний характер, хоча в наслідку воно може стати причиною структурних змін в організмі; по-друге, викликається неадекватним стимулом; по-третє, являє собою неадекватну реакцію організму на стимул, найчастіше завищену;

по-четверте, зароджується в минулому в момент події, що викликала вкрай хворобливі почуття; по-п'яте, ґрунтується на механізмі фіксованих реакцій: реакція організму на стимул завжди незмінна, тобто у відповідь на психічну травму можуть повторюватися функціональні зміни в одній із систем, і, пошосте, характеризується тимчасовим порушенням свідомості: система координат «тут і зараз» відходить на другий план (хворий деякою мірою живе власним минулим. Нерідко ці хворі згадують психотравмуючі ситуації з минулого і їхня реакція на негативні спогади така ж, як і на неприємність тепер. У деяких людей існує система «зживання афектів», що спрямована проти них. Вони згадують неприємне, щоб зжити його й більше не повторювати, а виходить, що який уже раз самі собі наносять психотравму.

L.Kreisler (1994) вважає, що психосоматична патологія означає органічні розлади, у генезисі й еволюції яких убачається переважна участь психологічних факторів. Ю.Ф. Андропов (2001) вважає, що основну роль у виникненні й плинні психосоматичних розладів грає емоційного фактора, тобто депресивні емоції, депресивний стан. В монографії, що присвячена психосоматичним розладам, В.Д. Тополянським та М.В. Струковською (1986) прямо підкреслюється роль емоцій, вірніше, депресії у виникненні психосоматичних розладів і психосоматичні порушення описуються відповідно до локалізаційного принципу, тобто по різних органах і системах.

L. Chertoc (1982) розглядає два механізми втручання психіки в соматіку: істеричну конверсію та соматизацію. Він вважає, що психосоматичний симптом є асимволічним, і його специфічна спрямованість визначається не психічними, а імунологічними й нейроендокринними механізмами [8].

В.В.Ковальов (1985) виділив період соматовегетативного реагування - у віці від 0 до 3-х років всі психічні розлади виступають у вигляді соматовегетативних проявів. З 4-х до 7 років психічні розлади проявляються у вигляді рухових, моторних порушень. Надалі з 5 до 10 років відзначаються афективні й з 11 до 17 років – емоційно-ідеомоторні прояви психічних розладів.

**Висновки.** Таким чином, при аналізі літератури були виділені дві основні групи теорій психосоматичних розладів. У першу групу входять теорії, які описують розлади як цілісну відповідь організму на впливи оточення, а другу утворюють теорії, що обґрунтовують детермінованість конкретних захворювань тими або іншими факторами особистості.

Однак, незважаючи на численність теорій, що намагаються пояснити етіологію та патогенез психосоматичних захворювань, жодна з них не змогла дати вичерпного пояснення психосоматичних розладів. Тому останнім часом стали говорити про їх мультифакторний генезис, де кожна із запропонованих теорій пояснює одну з ланок патогенезу.

Однак згодом однозначна детермінованість, пов'язана з виникненням психосоматичного напрямку, змінилася протилежною тенденцією категоричного заперечення, незважаючи на численні переконливі докази успішності психотерапевтичного втручання як у дебюті, так і на етапах розвитку захворювання. В остаточному підсумку термін «психосоматичний» був виключений з нині діючої Міжнародної класифікації хвороб (10-й перегляд) відповідно до рекомендацій групи експертів ВОЗ, «тому що його застосування має на

увазі, що психологічний фактор не має ніякого значення у виникненні, плинні або результаті всіх інших хвороб» [9].

### ЛІТЕРАТУРА

1. Бройтигам В. Психосоматическая медицина / В. Бройтигам, П. Кристиан, М. фон Рад. – М. : Гэотар Медицина, 1999. – 376 с.
2. Гельдер М. Оксфордское руководство по психиатрии / М. Гельдер, Д. Гэт, Р. Мейо / Пер. с англ. – Київ : Сфера, 1997. – Т. 2. – 435 с.
3. Вегетативные расстройства : клиника, лечение, диагностика / под ред. А. М. Вейна. – М. : МИА, 2000. – 752 с.
4. Аммон Г. Психосоматическая терапия / Г. Аммон. – СПб. : Речь, 2000. – 237 с.
5. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика : новейший справочник / И. Г. Малкина-Пых. – М. : Эксмо; СПб. : Сова, 2003. – 928 с.
6. Волков В. Т. Личность пациента и болезнь / В. Т. Волков, А. К. Стрелис, Е. В. Караваева, Ф. Ф. Тетенев. – Томск : Сиб. мед. ун-т, 1995. – 328 с.
7. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства / Александровский Ю. А. – М. : Медицина, 2000. – 496 с.
8. Александровский Ю. А. Социально-стрессовые расстройства / Ю. А. Александровский // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева. – 1992. – № 2. – С. 5–10.
9. Белялов Ф. И. Психические расстройства в практике терапевта / Белялов Ф. И. – М. : Медпресс-информ, 2005. – 256 с.

**Рецензенти:** д. біол. н. Перелигіна Л.А., д. психол. н. Кузнецов М.А.

**УДК 159.9.072**

*Радько О.В., аспірантка кафедри загальної психології;*

*Ушакова І.М., к.психол.н., доцент кафедри загальної психології НУЦЗУ*

### **МЕТОДИКА ВИЗНАЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ФАХІВЦІВ СЛУЖБИ ІНКАСАЦІЇ ДЕРЖАВНОЇ СЛУЖБИ ОХОРОНИ ПРИ МВС УКРАЇНИ**

У статті наведено хід розробки індивідуального коефіцієнта ефективності професійної діяльності фахівців служби інкасації ГСО при МВС України. Нами було проаналізовано різні підходи до вивчення ефективності професійної діяльності, на підставі яких ми визначили комплексні показники оцінки ефективності діяльності інкасаторів.

*Ключові слова:* діяльність, професійна діяльність, спільна діяльність, ефективність професійної діяльності, критерії ефективності професійної діяльності.

В статье приведен ход разработки индивидуального коэффициента эффективности профессиональной деятельности специалистов службы инкассации ГСО при МВД Украины. Нами были проанализированы разные подходы к изучению эффективности профессиональной деятельности, на основании которых мы определили комплексные показатели оценки эффективности деятельности инкасаторов.