

ВЗАИМОСВЯЗЬ ТЕЛЕСНОГО И ДУШЕВНОГО ПРИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ

Черкасов Д.Н. (Москва, Россия)

В данной статье описывается взаимосвязь между телесным и психосоматическим феноменами. Приведен краткий обзор возможности и необходимости рассмотрения феномена телесности с разных точек зрения. В качестве актуальности и перспективности исследований отражены ряд подходов, придающие характер более глубокого и целостного понимания проблем в психологии телесности. Также в подтверждении взаимосвязи между телесным и психическим приводится часть исследования из научной дипломной работы, в котором показано влияние восприятия болезни на течение своего соматического состояния.

Cherkasov D.N. (Moscow, Russia). THE LINK BETWEEN PHYSICAL AND MENTAL IN PSYCHOSOMATIC DISEASES

In this article the interconnection of corporal and psychosomatic phenomena is described. There's cited a short review of the possibility and necessity of the consideration of a corporality phenomenon from different points of view. A number of approaches, giving nature of deeper and more consistent understanding of the problems in corporal psychology, are reflected as topicality and perspectivity of researches. Also in witness of interconnection between the corporal and mental, the part of the research from a scientific degree work in which the influence of illness perception on the somatic condition flow is shown.

В последние годы в нашей стране возрос интерес к проблемам телесности. Формирование единого, многоликого пространства психологии телесности, приводит к интеграции различных направлений психологии и гуманитарного знания. Несмотря на то, что обращение к термину «психосоматика» стало рассматриваться как однозначное указание на наличие патологических явлений в соматической сфере человека, под воздействием патогенных психологических факторов, не стоит забывать, что наряду с патологией, существует обширная область психосоматических проявлений в норме. Человеческая телесность является результатом процесса онтогенетического, личностного развития - в широком смысле исторического развития и выражает культурную, индивидуально-психологическую и смысловую составляющие человеческого существа [1].

Принципиально изменить представления о телесности позволяет культурно-историческая концепция развития психики Л.С. Выготского. Она открывает возможность качественного изменения общего представления о телесном развитии человека (нормальном и аномальном), позволяет рассматривать его как процесс, сопряженный с общим ходом психического развития и вследствие этого не ограниченный только ростом организма, накоплением физиологических изменений. В контексте культурно-исторического подхода психосоматический феномен не тождественен психосоматическому симптому, т.к. оба они являются закономерным следствием социализации телесности человека, т.е. его психосоматического развития. Развитый психосоматический феномен, включающий в себя телесные действия, когнитивные и смысловые регуляторы, приобретает черты высших психических функций (ВПФ): социальность, опосредованность, возможность произвольного контроля [2].

В настоящее время все также остаются актуальными ряд вопросов стоящих перед современной медициной и психологией, привносящих ценный вклад в развитие науки и практики. А именно: какова роль психического в телесной жизни человека и какое оказывает влияние соматическое заболевание на психическую сферу человека. Эти две проблемы (психосоматическая и соматопсихическая) являются центральными для психосоматики. Причем вторая сейчас активно рассматривается в рамках понятия «внутренняя картина болезни», среди которых выделяется концепция ВКБ А.Ш. Тхостова и Г.А. Ариной [3]. В данной концепции заложена идея о том, что психическая активность больного, познание своего заболевания, отношение к нему и к самому себе в условиях болезни может отражаться на состоянии больного, определять динамику болезни и эффективность лечения. Этот подход ведет к целостному пониманию человека, при котором телесная и психическая сферы рассматриваются не как взаимовлияющие и при этом относительно независимые структуры, но как единая субстанция человеческой жизни. Сама ВКБ позволяет в значительной степени охватить весь сложный процесс самопознания заболевшего человека, вычленив те средства, которые использует человек для осуществления этого познавательного процесса. Также, ВКБ открывает возможность понимания особых способов, приемов преодоления, овладения собственным поведением, используемых человеком в сложной жизненной ситуации [4].

Также хотелось бы отдельно отметить описание части психологического исследования дипломной работы на тему «Сравнительное исследование совладающего поведения сотрудников ОВД, больных бронхиальной астмой и ревматоидным артритом», которая была защищена автором данной статьи на кафедре клинической психологии Московского Государственного Медико-Стоматологического Университета им. Семашко. Одной из гипотез исследования было отражение того, что восприятие болезни сотрудников ОВД с ревматоидным артритом и бронхиальной астмой будет отражать когнитивные индивидуализированные представления о внутренней картине болезни.

В данной работе было обследовано две группы больных:

Группа №1 - основная – 18 сотрудников оперативных служб ОВД (ГАИ, ОМОН, патрульно–постовая служба, уголовный розыск и т.д.), с клиническим диагнозом ревматоидный артрит. Средний возраст – 36,7 лет.

Группа №2 – группа сравнения- 27 сотрудников оперативных служб ОВД (ГАИ, ОМОН, патрульно-постовая служба, уголовный розыск и т.д.), с клиническим диагнозом бронхиальная астма. Средний возраст – 40,7.

Обследование больных проводилось в отделениях главного клинического госпиталя МВД РФ г. Москвы.

Методический комплекс составили:

- Опросник копинг-стратегий WCQ-DIS (Lazarus, Folkman, адаптация Крюкова Т.Л.)
- Методика «Индекс жизненного стиля» (LSI, Р. Плутчик, Г. Келлерман, адаптация Л.И. Вассермана и т.д.).
- Опросник «Восприятие болезни» (Morris M.R., версия для русскоязычной популяции Ялтонского В.М.)
- Статистический метод: статистическая обработка полученных результатов обследования на выявление корреляционных связей между различными характеристиками, выявляемыми в процессе психодиагностики больных с использованием пакета SPSS 10.

Результаты исследования. Исследование восприятия болезни проводилось по следующим разделам:

1. Выраженность симптоматики в исследуемых группах.
2. Выраженность когнитивных и эмоциональных представлений о своей болезни.
3. Выявление преобладающей видимой причины болезни.

Удалось выявить, что больные с ревматоидным артритом статически достоверно хуже идентифицируют у себя те симптомы, которые у них отмечались после начала болезни, как по выраженности определяемой ими симптоматики ревматоидного артрита, так и по связи идентифицированных больными симптомов с их болезнью.

По сравнению с больными с ревматоидным артритом, больные с бронхиальной астмой статически достоверно достовернее идентифицируют у себя те симптомы, которые у них отмечались после начала болезни, как по выраженности определяемой ими симптоматики бронхиальной астмы, так и по связи идентифицированных больными симптомов с их болезнью.

Результаты исследования выраженности симптоматики в исследуемых группах

Таблица 1

Показатели/ Группы	№ 1 (РА), n= 17 M±SD	№ 2 (БА), n= 24 M±SD	Значимость различий по критерию U Манна- Уитни
Выраженность симптоматики	4,60±1,50	6,00±1,20	p= 0,05
Связь симптоматики с болезнью	4,80±1,30	6,20±1,70	p=0,05

Также было выявлено, что пациенты описывают у себя симптомы, соответствующие их нозологиям. Больные с ревматоидным артритом идентифицировали как наиболее выраженные следующие симптомы своей болезни: тугоподвижность суста-

вов (100%), потерю силы (100%), усталость (94%), боль в суставах (88%). Больные с астмой отмечают как наиболее выраженные следующие симптомы: одышка (95%), тяжелое дыхание и храп (91%), усталость (87%), воспаленное горло (83%).

Процентные соотношения выраженности симптомов в группах

Таблица 2

Симптомы	Группы	
	Группа № 1(РА), n= 17	Группа № 2(БА), n= 24
1. Боль	88	75
2. Тошнота	0	8
3. Одышка	35	95
4. Потеря веса	0	4
5. Усталость	94	87
6. Тяжелое дыхание, хрип	5	91
7. Желудочно-кишечные расстройства	17	50
8. Головная боль	41	8
9. Головокружение	5	4
10. Потеря силы	100	58
11. Воспаленное горло	0	83
12. Тугоподвижность суставов	100	0
13. Нарушенный сон	76	79
14. Воспаленные глаза	17	16

Распределение результатов по разделу когнитивных и эмоциональных представлений о своей болезни выявило, что пациенты группы РА в сравнении с пациентами группы БА статистически значимо имеют более низкие показатели по шкалам течение болезни ($18,92 \pm 2,98$ балла, соответственно $23,47 \pm 4,77$ балла у БА, $p_1-p_2=0,006$), (контроля над болезнью (РА $-16,89 \pm 3,17$; БА $- 19,53 \pm 2,69$), целостного представления о болезни (РА $- 16,23 \pm 2,71$; БА $- 19,33 \pm 3,28$; $p_1-p_2 = 0,012$) и более высокие показатели по оценке последствий болезни (РА $-19,23 \pm 3,46$; БА- $16,13 \pm 2,38$; $p_1-p_2= 0,010$).

Показатели по остальным шкалам значимо не различаются. Интересно, что больные с бронхиальной астмой не оценивали по сравнению с больными с РА как заболевание преимущественно цикличное.

Представители обеих групп обнаруживают следующие особенности когнитивной и эмоциональной сторон восприятия болезни: прогнозируемая длительность заболевания во времени; ожидаемое негативное воздействие болезни на физическое здоровье, социально и психологическое благополучие, выполнение служебных обязанностей; контроль над болезнью путем определения параметров поведения в процессе лечения (прием лекарств, обследования, перемены в повседневном поведении (питание, вредные привычки, физические нагрузки); поиск информации о заболевании, элементарные знания о своем состоянии.

Распределение результатов исследования когнитивных и эмоциональных представлений о своей болезни

Таблица 3

Шкалы/ Группы	Группа № 1 (РА) n= 17 M±SD	Группа № 2 (БА) n= 24 M±SD	Значимость различий по критерию U Манна- Уитни
Течение болезни	18,92± 2,98	23,47±4,77	p1-p2=0,006
Последствия болезни	19,23±3,46	16,13±2,38	p1-p2= 0,010
Контроль над болезнью	16,89±3,17	19,53±2,69	p1-p2=0,017
Регулирование (контроль, управление) лечения	16,89±2,06	16,93±2,34	p1-p2= 0,990
Связь с болезнью, целостность представлений о болезни.	16,23±2,71	19,33±3,28	p1-p2 = 0,012
Цикличность болезни (во времени)	13,67±3,09	12,87±3,091	p1-p2 = 0,529
Эмоциональное представление о болезни	17,54±2,84	16,60±2,19	p1-p2 = 0,334

Полученные данные по преобладающей видимой причине болезни свидетельствует о том, что в исследуемых группах отмечается разное субъективное восприятие причин болезни.

Больные с диагнозом ревматоидный артрит в качестве возможных ведущих причин возникшего у них заболевания рассматривают напряжение/тревога (71%), негативные размышления о жизни (64%), собственное поведение (62%) и случайность/судьба (47%). Больные с диагнозом бронхиальная астма в качестве возможных

ведущих причин их заболевания, рассматривают – потеря иммунитета (68%), загрязнение окружающей среды (63%), плохое медицинское обслуживание в прошлом (59%) и наличие напряжения и стресса в жизни (58%).

Больные с ревматоидным артритом ведущими причинами болезни представляли стресс, негативные размышления о жизни, собственное поведение, случайность или судьбу. Больные с бронхиальной астмой ведущими причинами болезни представляли потерю иммунитета, загрязнение окружающей среды, плохое медицинское обслуживание и стресс

Распределение результатов в исследуемых группах по преобладающей видимой причине болезни (в %)

Распределение результатов в исследуемых группах по преобладающей видимой причине болезни (в %)

Таблица 4

Показатель	Преобладающие выборы и процент выборов в группах	
	Группа № 1(РА), n= 17	Группа № 2(БА), n= 24
Причины болезни (субъективно)		
1	Напряжение, тревога 71%	Потеря иммунитета 68%
2	Склад ума (негативные размышления о жизни) 64%	Загрязнение окружающей среды 63%
3	Собственное поведение 62%	Плохое медицинское обслуживание в прошлом 59%
4	Случайность, судьба 47%	Напряжение (стресс) или тревога 58%

По данным корреляционного анализа были отмечены следующие связи:

Больные РА, находясь в ситуации серьезного соматического заболевания, и испытывая высокий уровень эмоционального напряжения и вовлеченности в психотравмирующую ситуацию, объективно оценивают серьезность последствий своего заболевания (,845*) и осознают важность своей роли в течении болезни и попыток ее разрешения (,802**). Также на фоне осознания высокой продолжительности своего заболевания и связанной с ней серьезностью последствий (,688*), отмечается четкое согласованное представление о болезни и связанной с нею выраженностью симптомов (,675*).

У больных с БА отмечается положительная корреляция между выраженностью симптоматики и ее сцепленностью с болезнью (,732*). Выраженное представление о продолжительности своего заболевания оказывает влияние на осознание больными негативных последствий своего заболевания (,672*), которые в свою очередь формируют картину представления цикличности заболевания (,908*). Представление о цикличности в будущем периодов обострения и ремиссии симптомов своего заболевания

формируют у больных активное поведение по регулированию и контролю своего заболевания (0,895**).

В заключении хотелось бы еще раз отметить, что любая хроническая болезнь независимо от того, какова ее биологическая природа, какой орган или функциональные системы оказываются пораженными ею, ставит человека в психологически особые жизненные условия. Болезнь является событием в жизни, способным изменить ее течение, заставить человека по-новому взглянуть на собственную жизнь, ее смысл, себя самого. Только анализ целостной жизненной ситуации, складывающейся в результате болезни, позволит адекватно понять телесные и душевные особенности хронического больного человека, спрогнозировать и предупредить возникновение нежелательных из них, а также осуществить эффективное лечение самого заболевания.

Знания структуры ВКБ, того, как воспринимает больной свое заболевание, позволяет выбрать адекватную программу психокоррекционных мероприятий, направленную либо на снятие дискомфортных ощущений, либо на изменение модальности переживаний, либо на активизацию усилий по конструктивному приспособлению к болезненному состоянию, либо на коррекцию когнитивных установок и способов рационализации своего состояния.

Литература

1. Арина, Г.А., Николаева, В.В. Психология телесности: методологические принципы и этапы клинико-психологического анализа // Психология телесности между душой и телом. М.: АСТ, 2005.
2. Арина, Г.А., Николаева, В.В. Клиническая психология телесности: принципы культурно-исторического анализа предмета // Психосоматика: телесность и культура. М.: Академический Проект, 2009.
3. Мотовилин, О.Г. Жизненная ситуация ребенка с хроническим телесным заболеванием и ее роль в психическом развитии ребенка и динамике заболевания // Психология телесности между душой и телом. М.: АСТ, 2005.
4. Николаева, В.В. Динамика ВКБ как показатель кризиса развития личности в условиях болезни // Психосоматика: телесность и культура. М.: Академический Проект, 2009.