

УДК 159.923

DOI <https://doi.org/10.30970/PS.2022.12.17>

**ПРОБЛЕМА ПСИХОСОМАТИЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ:  
АНАЛІЗ СТАНУ НАУКОВИХ ПОГЛЯДІВ НА ВИНИКНЕННЯ,  
СПЕЦИФІЧНІСТЬ ТА НЕОБХІДНІСТЬ  
МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНОГО МЕНЕДЖМЕНТУ**

**Юлія Чистовська**

*Черкаський національний університет імені Богдана Хмельницького  
буль. Шевченка, 81, м. Черкаси, Україна, 18031  
e-mail: j.chystovska@ukr.net*

**Микола Стеценко**

*Черкаська обласна психіатрична лікарня  
буль. Павлова, 46, м. Сміла, Україна, 20708  
e-mail: tatkorovchenko@ukr.net*

Психосоматична патологія є однією з найбільш актуальних проблем сучасної клінічної психології, а психосоматика – напрямом на стику психології та медицини, що розвивається чи не найбільш динамічно. Дослідження останніх десятиліть дозволили встановити надзвичайно високу ураженість популяції психосоматичними захворюваннями, а також виявити психосоматичну основу у багатьох захворюваннях, що традиційно вважалися суто органічними.

Тенденція до надспеціалізації у медицині з обмеженим навчанням і компетентністю фахівців у вузьких галузях, що панувала із середини ХХ сторіччя, призвела до розрізненості клінічного мислення і фрагментації знань. Традиційний поділ захворювань на соматичні і психічні, що склався історично, не відповідав клінічній реальності, яка свідчила про наявність великих груп захворювань і патологічних станів, що поєднували соматичний і психічний компоненти; такі захворювання вимагали нових теоретичних підходів і потребували інтердисциплінарної моделі етіології і патогенезу з позицій єдності біологічного, психологічного та психопатологічного складників.

Нині не викликає сумнівів факт, що психологічний складник будь-яких соматичних захворювань залишається недооціненим, що негативно впливає на якість діагностики, збільшуючи ризик діагностичних помилок, а також зменшує ефективність лікування та профілактики, однак для правильного розуміння етіопатогенетичних механізмів, адекватних діагностичних, лікувально-реабілітаційних та діагностичних підходів у психосоматичній патології психологічний фактор має вирішальне значення.

Зміни цінностей і орієнтирів в індивідуальній реальності кожної конкретної людини, продиктовані новими соціальними трансформаціями, відчуються на зміні взаємин за всім спектром особистісних систем, від міжстатевих і шлюбних взаємин до духовної сфери і навіть сенсу життя. Незважаючи на наявну проблему у вивченні взаємодії психіки і тіла, нині ні в кого не викликає сумнів, що порушення гармонії між психічними і соматичними процесами призводить до розладів тієї чи іншої сфери людського організму – або соматопсихічної, або психосоматичної.

*Ключові слова:* психосоматичні розлади, артеріальна гіпертензія, фіброміалгія, біопсихосоціальна модель.

Складнощі інтердисциплінарної інтеграції у сфері психосоматичної медицини пов'язані з багатьма факторами: відірваністю досліджень від клінічної практики, відсутністю їх єдиної методології, а також труднощами узгодження та недоступністю результатів досліджень у різних наукових сферах, зокрема, у психології та медицині: лікарі не досить ознайомлені з

досягненнями сучасної клінічної психології, а психологи часто не орієнтуються у суто клінічних питаннях; істотним обмеженням є також поширена серед клініцистів тенденція спиратися на власний клінічний досвід і судження замість орієнтації на результати сучасних наукових досліджень, особливо у складних випадках і за наявності коморбідної патології [1]. Найбільш повно ця дисоціація проявляється якраз стосовно захворювань, що поєднують соматичний і психічний компоненти; психологічна унікальність та індивідуальний характер психологічних реакцій на захворювання та лікування зазвичай залишаються поза увагою клініцистів, що призводить до невідповідності результатів лікування очікуванням пацієнтів, які почувуються обійденими системою охорони здоров'я. Під час психологічного обстеження такі пацієнти заявляли, що почувуються ображеними, приниженими, ігнорованими лікарями, звинуваченими в імітації захворювання, недолікованими та неадекватно пролікованими; причому такі проблеми були притаманними від 65% до більш ніж 80% пацієнтів з психосоматичною патологією, суттєво впливаючи на кінцеву ефективність лікування.

Пацієнти з психосоматичною патологією зазвичай мають більш або менш тривалу історію обстежень у різних лікарів перш ніж їм вдається встановити правильний діагноз; у середньому пацієнта з психосоматикою до постановки правильного діагнозу оглядали п'ять лікарів різних спеціальностей, що призводило до нераціонального використання людських і матеріальних ресурсів, значних фінансових витрат пацієнта і державної системи охорони здоров'я, і суттєво знижувало економічну ефективність лікувальних і реабілітаційних заходів.

Психосоматичні захворювання є сферою клінічної медицини з однією з найбільших кількістю діагностичних помилок, при цьому хибна діагностика стосується переважно психологічного і психопатологічного складників, а не соматичного.

Слід особливо наголосити, що поширене серед клініцистів уявлення, що психосоматична патологія, на відміну від соматичної, не потребує спеціального лікування, а ігнорування пацієнтом симптомів захворювання призведе до одужання, є хибним і призводить до прогресування захворювання та поступового обтяження стану пацієнта.

Низка авторів звертають увагу на те, що пацієнт з психосоматичною патологією зазвичай сприймається лікарями як складний і незрозумілий, що призводить до подвійного стресу і негативного психологічного впливу: найбільшого стресу зазнають пацієнти, які почувуються незадоволеними і відторгненими клініцистами, але й лікарі реагують на такі випадки сильним стресом, вважаючи пацієнтів з психосоматикою важкими, розчаровувачими і надмірно [2].

М. Dusenbery (2018) звертає увагу на те, що жінкам істотно частіше виставляють неправильний діагноз у разі психосоматичної патології, що свідчить про упередженість за гендерною ознакою і відсутність адекватного розуміння того, як жіночий організм реагує на таке захворювання. При цьому мають місце як прояви гіподіагностики психосоматичної патології, так і помилкової інтерпретації соматичної симптоматики як психопатологічної, наприклад, коли коронарну ішемію судинного генезу намагаються лікувати анксиолітиками, у разі гастроінтестинальної симптоматики незрозумілого походження призначаються нейролептики або порушення менструального циклу внаслідок ендометріозу інтерпретуються як психогенна дисменорея. Це ще більшою мірою актуалізує проблему нозологічної, патогенетичної і клініко-діагностичної диференціації психосоматичної патології, розробки операціональних критеріїв діагностики, а також комплексних підходів до лікування психосоматозів з обов'язковим впливом на соматичний і на психологічний складники захворювання.

Хоча психосоматичні розлади можуть виникнути у будь-якому віці, перші ознаки психосоматичної предриспозитії виявляються ще у дитячому та підлітковому віці і з часом

наростають; зрештою, кількість і важкість психосоматичної симптоматики призводить до формування клінічно оформленого захворювання, що істотно погіршує якості життя і психосоціального функціонування, а також сприяє розвитку патохарактерологічних рис, іпохондричних фіксацій, хронічної тривоги та дистимії.

Сучасне розуміння захворювання еволюціонує від моделі бінарної регресії до біо-психосоціальної медичної моделі, де захворювання розглядається як багатофакторний результат взаємодії біологічних та психосоціальних чинників. Відповідно до цього психосоматичне захворювання визначається як будь-який соматичний стан, що включає органічне або функціональне порушення, спричинене психологічними факторами у процесі його виникнення чи розвитку.

Термін «психосоматика» відсутній у класифікації психічних розладів Американської психіатричної асоціації DSM-V, яка класифікує лише симптоми та синдроми захворювання, але не розглядає причинно-наслідкові зв'язки; у результаті психосоматичні захворювання не ідентифікуються, не діагностуються і не пояснюються як психіатрична патологія. У Міжнародній класифікації хвороб та патологічних станів 10 перегляду – МКХ-10 (і у МКХ-11) також не розглядається психосоматична причинність, хоча загалом така причинність визнається для певних діагностичних категорій; у результаті МКХ лише частково висвітлює психосоматичні стани; наявні також суттєві прогалини у стандартизації визначення та класифікації психосоматичних розладів [3].

Однією з найбільш складних і досі не вирішених проблем є визначення співвідношення психічного і соматичного компонентів у етіології та патогенезі психосоматозів. При цьому спостерігаються протилежні тенденції: з одного боку, накопичується все більше наукових даних щодо ролі психологічного фактора в патогенезі різних соматичних захворювань, з розширенням переліку психосоматозів (наприклад, синдром подразненого кишечника, неспецифічний виразковий коліт, нейродерміти та ін.), а з іншого – для деяких захворювань, які традиційно вважалися психогенними, було встановлено наявність етіологічно відмінних нозоформ (наприклад, гелікобактерна виразка шлунка, ренін-ангіотензинна гіпертензія, коронарна ішемія внаслідок мікротромбозу та ін.). Тож надзвичайно важливим напрямом наукових досліджень є вивчення ролі і місця психологічного і соматичного складників у патогенезі психосоматозів; саме ця сфера привертає нині найбільшу увагу.

Сучасні уявлення про патогенетичні механізми психосоматозів базуються на моделі стрес-залежної психосоматичної реактивності, в рамках якої психоемоційний стрес запускає складний фізіологічний механізм алоstaticкого навантаження (пришвидшеного зносу органів і систем у результаті стресу). Цей механізм включає зсув балансу вегетативної нервової системи з парасимпатичного на симпатичне домінування, зміни у гіпоталамо-гіпофізарно-наднирниковій системі, що супроводжується збільшенням частоти серцевих скорочень, серцевого викиду, дихання, зростання артеріального тиску, підвищення рівня глюкози у крові, посилення притоку крові до скелетних м'язів, активізацію факторів запалення, зниження регенеративної активності, а також зміни у мозковому кровообігу. Короткочасні епізоди гострого стресу зазвичай добре переносяться, але хронічний стрес за наявності певної схильності може справляти потужний руйнівний ефект; чутливість різних органів і систем до стресу у різних людей є індивідуальною і визначається соматичною предрисповидністю.

Найбільш часто психосоматичні порушення проявляються у кардіальній сфері; тісна асоційованість серцево-судинної патології з психічною сферою була продемонстрована багатьма дослідженнями [4]. Патогенетичні механізми кардіологічної психосоматики базуються на активації гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової системи і симпатичної нервової системи, зниженні тонулу блукаючого нерву, зростання рівня катехоламінів у плазмі,

збільшенні частоти серцевих скорочень, вазоконстрикції та активації тромбоцитарної системи. Пов'язане з цим хронічне зростання рівня протизапальних цитокінів сприяє пошкодженню ендотелію, утворенню бляшок, атеросклеротичних тромбів, оклюзії судин, а також пошкодженню ендотелію судин головного мозку з розвитком гострого коронарного синдрому та гострого порушення мозкового кровообігу [5].

Ключовим завданням у вирішенні проблеми кардіологічної психосоматики є з'ясування нейробіологічних механізмів, що пов'язують психоемоційний стрес із серцево-судинними захворюваннями. Встановлено, що зовнішні стресори викликають складну скоординовану реакцію симпатичної нервової системи, яка мобілізує необхідні ресурси організму для опору небезпеці, і гіпоталамо-гіпофізарно-наднирикової системи, яка забезпечує підтримання гомеостазу і захищає організм від критичного порушення діяльності органів і систем [6].

Найпоширенішими кардіологічними психосоматозами є есенціальна гіпертензія (ЕГ) та стрес-асоційована ішемічна хвороба серця (ІХС).

АГ є важливим фактором ризику різних захворювань і патологічних станів, зокрема, серцево-судинної патології, порушень мозкового кровообігу (інсультів), ниркової недостатності та інших. АГ асоційована з високим стресовим навантаженням, меншою доступністю рекреаційних ресурсів, гіршим освітнім, професійним, житловим і соціальним середовищем, економічними проблемами, а також з накопиченням стресу, що призводить до підвищеного ризику гіпертонії.

Зміна біологічної, психологічної та соціальної парадигми у медицині призвела до консенсусу стосовно того, що АГ є типовим психосоматичним захворюванням. АГ становить 90–95% усіх випадків артеріальної гіпертензії, а її поширеність у популяції становить 27,9% [7]. Кількість хворих на АГ становить понад 270 мільйонів, і найближчими десятиліттями зростатиме. Складність психосоматичних зв'язків в етіології та патогенезі АГ призводить до глибоких порушень у соматичній та психічній сфері пацієнтів, і зумовлює резистентність цього захворювання до традиційної антигіпертензивної терапії, що привертає увагу дослідників до застосування методів психологічного впливу і корекції психологічного стану пацієнта як етіологічно і патогенетично обґрунтованого втручання. АГ тісно пов'язана із погіршенням якості життя та соціального функціонування пацієнтів, що своєю чергою обтяжує перебіг захворювання і погіршує його прогноз.

Другою за поширеністю та медичними і соціальними наслідками після кардіологічної є гастроінтестинальна психосоматична патологія.

Захворювання травної системи тісно пов'язані з психопатологічною симптоматикою, насамперед депресивною і тривожною; психопатологічна коморбідність призводить до обтяження соматичних симптомів, подовжує терміни лікування та реабілітації і погіршує загальний прогноз захворювання.

Однак, на відміну від серцево-судинної патології, психологічним порушенням у пацієнтів із захворюваннями ШКТ приділяється суттєво менша увага; дослідженнями встановлено, що лікарі-гастроентерологи не розпізнають наявності проблем у психоемоційній сфері більшості пацієнтів, і в результаті до 90% з них не отримують належної корекції та лікування.

Суттєво меншою за поширеністю, але не менш вагомою за психологічними та соціальними наслідками, є психосоматична патологія опорно-рухового апарату, зокрема, фіброміалгія, якою уражено від 2% до 4% популяції, переважно жінки. Незважаючи на відсутність єдиного розуміння етіології і патогенетичних механізмів фіброміалгії, серед більшості дослідників наявний консенсус щодо вирішальної ролі у виникненні

і прогресуванні цього захворювання психосоматичних зв'язків, хоча дискутується також роль нейропатичних, ліквородинамічних та нейрофізіологічних. У разі фіброміалгії зв'язок соматичної і психологічної сфери у патогенезі та клінічній симптоматиці захворювання проявляється особливо яскраво: дослідженнями встановлено коморбідність сомато-вегетативної (больовий синдром, варіабельність серцевого ритму, артеріальна гіпертензія, синдром подразненого кишечника тощо) і психопатологічної (депресія, тривога, дистимія, афективна лабільність, панічні атаки, когнітивні порушення, диссомнії, сексуальні порушення і підвищений ризик суїцидальної поведінки) симптоматики. Закономірним є також значне погіршення якості життя та соціального функціонування пацієнтів, пов'язане як з психологічним, так і із соматичним компонентами захворювання.

**Висновки.** Психосоматична патологія, зокрема, артеріальна гіпертензія, ішемічна хвороба серця, психосоматичні захворювання травної системи та фіброміалгія, є актуальною проблемою сучасної медицини, а пошук шляхів корекції психоемоційної сфери у разі цієї патології – важливим завданням медико-психологічної науки і практики.

Складність етіопатогенетичних механізмів, високий рівень психічної і соматичної коморбідності у разі психосоматичної патології зумовлює необхідність мультидисциплінарного менеджменту захворювання з обов'язковим включенням до комплексу лікувально-реабілітаційних втручань психотерапевтичних і психокорекційних заходів, що дозволить істотно покращити ефективність лікування, скоротити його терміни, а також запобігти розвитку ускладнень.

#### Список використаної літератури

1. Boyd C.M., Darer J., Boulton L., Fried L.P., Boulton L., Wu A.W. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: Implications for pay for performance. *JAMA*, 2005. No. 294, pp. 716–724.
2. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. Ростов-на-Дону : Феникс, 1997. 576 с.
3. World Health Organization. International Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision (ICD–10). 2015 version. World Health Organization.
4. Белканиа Г., Дарцмелия В. Гипертония и прямохождение. *Наука и жизнь*. 1996. № 2.
5. Halaris A. Psychocardiology: Understanding heart brain connection. *Psychiatric Times*, 2018. No. 35, pp. 24–29.
6. Сандомирский М.Е. Состояние психической адаптации в условиях хронического психоэмоционального стресса в связи с личностно-типологическими характеристиками : дисс. ... канд. мед. наук. Москва, 2000. 289 с.
7. Wang F., Wang L., Wang Y., Exogenous IGF-1 improves cognitive function in rats with high-fat diet consumption. *Journal of Molecular Endocrinology*, 2020. No. 64(2), pp. 115–123.

#### THE PROBLEM OF PSYCHOSOMATIC PATHOLOGY: ANALYSIS OF THE STATE OF SCIENTIFIC VIEWS ON THE ORIGIN, SPECIFICITY AND NECESSITY OF MULTI-DISCIPLINE

**Yulia Chystovska**

*The Bohdan Khmelnytsky National University of Cherkasy  
81, Shevchenko str., Cherkasy, Ukraine, 18031  
e-mail: j.chystovska@ukr.net*

**Mykola Stetsenko**

*Cherkasy Regional Psychiatric Hospital  
46, Pavlova str., Smila, Ukraine, 20708  
e-mail: tatkorovchenko@ukr.net*

Psychosomatic pathology is one of the most pressing problems of modern clinical psychology, and psychosomatics – a direction at the junction of psychology and medicine, which is developing almost dynamically. Research in recent decades has revealed an extremely high incidence of psychosomatic diseases in the population, as well as a psychosomatic basis in many diseases that have traditionally been considered purely organic.

The trend towards over-specialization in medicine with limited training and competence of specialists in narrow fields, which has prevailed since the middle of the twentieth century, has led to a difference in clinical thinking and fragmentation of knowledge. The traditional division of diseases into somatic and mental, which has developed historically, did not correspond to the clinical reality, which indicated the presence of large groups of diseases and pathological conditions that combined somatic and mental components; such diseases required new theoretical approaches and required an interdisciplinary model of etiology and pathogenesis from the standpoint of the unity of biological, psychological and psychopathological components.

Today there is no doubt that the psychological component of any somatic disease remains underestimated, which negatively affects the quality of diagnosis, increasing the risk of diagnostic errors and reducing the effectiveness of treatment and prevention, however, to properly understand the etiopathogenetic mechanisms, adequate diagnostic, therapeutic, rehabilitation and diagnostic approaches in psychosomatic pathology, the psychological factor is crucial.

Changes in values and orientations in the individual reality of each individual, dictated by new social transformations, are felt in the changing relationships across the spectrum of personal systems, from sexual and marital relationships to the spiritual sphere and even the meaning of life. Despite the existing problem in studying the interaction of mind and body, today no one doubts that the violation of harmony between mental and somatic processes leads to disorders of one or another area of the human body – either somatopsychic or psychosomatic.

*Key words:* psychosomatic disorders, arterial hypertension, fibromyalgia, biopsychosocial model.