

ЗВ'ЯЗОК МІЖ ЧАСТОТОЮ РЕЄСТРАЦІЇ СИМПТОМІВ ТА ЧАСТОТОЮ ОКРЕМИХ ХВОРОБЛИВИХ СТАНІВ

Ю. О МЕДВІН, доктор наук в галузі медичної психології, професор

Анотація.

Розглянуто психосоматичні розлади, захворювання та симптоми, які при них виникають, а також досліджено взаємозв'язок між загальносоматичними симптомами та хворобливими станами за допомогою коефіцієнту кореляції Пірсона.

Аннотация.

Рассмотрены психосоматические расстройства, заболевания и симптомы, которые при них проявляются. Также исследована взаимосвязь между общесоматическими симптомами и болезненными состояниями с помощью коэффициента корреляции Пирсона.

Abstract.

Considered psychosomatic disorders, diseases and symptoms that occur with them, and investigated the relationship between somatic symptoms and disease states using Pearson's correlation coefficient.

Постановка проблеми. Психосоматичні розлади – розлади функцій різних органів і систем, що виникають під впливом психотравмуючого фактора. У ролі психотравмуючого фактора можуть виступати стреси, конфлікти, кризові стани. Психосоматичні розлади зустрічаються з частотою від 15 до 50%.

Першим класифікацію психосоматичних розладів запропонував М.Блейлер (1970 рік), який поділив її на три види:

- органічні соматичні захворювання;
- психогенні функціональні розлади;
- психосоматичні розлади [3].

Поступове і систематичне викладення психоаналітичних поглядів на природу психосоматичних розладів репрезентоване в роботах французького аналітика Джойс Мак-Дауголл. На основі 25-річної аналітичної практики Д.Мак-Дауголл сформулював гіпотези стосовно сутності та особливостей психосоматозів. Підтвердження положенням, висунутим Д.Мак-Дауголл, можна знайти в цілій низці робіт психоаналітичного зразку. Джеймс (1979) твердить, що психосоматичні

розлади мають несимволічну природу і асоціюються з нарцисичним синдромом [4]. Кушенхоф (1995), аналізуючи клінічні випадки, підкреслює важливість розглядання кордонів тіла для утворення загальної теорії психосоматичних розладів [7]. Шовель (1994) роздивляється психосоматозу як наслідок не досить чітких кордонів мислення, що призводить до глибокого розладу процесів мислення, "котрі важко відокремити від тілесних репрезентацій". Порушення зв'язків між ментальними та соматичними процесами як основну причину психосоматичних реакцій розглядає Йенсен (1995), на його думку терапія психосоматозів має відновлювати такі зв'язки [5].

Теоретичні основи. Психосоматика – це напрямок психічних досліджень, що вивчає вплив психічних факторів на виникнення та перебіг соматичних хвороб або напрям у медицині, що підкреслює роль психічних факторів в причині виникнення і перебігу різних функціональних та органічних захворювань. Психосоматика відображає процеси дисфункції вищої нервової діяльності та ті, які перетворюються в тілесні (соматичні) відчуття і проявляються у вигляді симптомів різних захворювань окремих органів або тканин [1].

Психосоматичні захворювання в традиційному їх розумінні - гіпертонічна хвороба, мігрень, бронхіальна астма, інфаркт міокарда. Всі ми знаємо, що потрібно вести здоровий спосіб життя, але дуже рідко дотримуємося його. Зловживання жирною їжею, сидячий спосіб життя, надмірна вага - ті чинники, які провокують розвиток ішемічної хвороби та інфаркту міокарда. Людина може тривало піддаватися цим факторам, але суттєвих змін у стані його здоров'я відбуватися не буде. Але в якийсь момент з'являться конфлікти в сім'ї (зрада одного з подружжя) або на роботі виникають проблеми, і ось стрес провокує розвиток інфаркту міокарда. Поширені психосоматичні захворювання:

- гіпертонічна хвороба;
- бронхіальна астма;
- ревматоїдний артрит;
- нейродерміт;
- тиреотоксикоз;
- інфаркт міокарда;
- мігрень;
- нервова анорексія і булімія;
- алкоголізм та інші [6].

Причинами психосоматичних захворювань є конфлікти, стреси, хвилювання не проходять безслідно, вони знаходять слабке місце в організмі, і провокують розвиток захворювання. У когось слабке місце - серце. Часті стреси провокують розвиток гіпертонічної хвороби або інфаркту міокарда. Інший з дитинства страждає алергічною реакцією, часто хворіє гострими респіраторними інфекціями, якщо ще й перенервувати, то можуть з'явитися симптоми бронхіальної астми. Таким чином безпідставні хвилювання «з'їдають» нас зсередини, сприяючи розвитку захворювань внутрішніх органів.

У важких випадках прояву психосоматичного розладу людина не виділяє у своєму стані ніяких змін у психічному стані, так як вся його увага спрямована на боротьбу з симптоматикою і, на жаль, не тільки сам пацієнт, а й часто лікарі намагаються боротися з симптомами, забуваючи про головне - що боротися потрібно з причиною, а симптоми, при відсутності причини, підуть самі. Найбільш часті скарги при психосоматичних розладах: болі в серці, серцебиття, за грудінні болі, болі в грудях, психосоматичні розлади, болі в м'язах, м'язові болі, крутить м'язи, витягує м'язи, болі в попереку, важкість у попереку або болі і важкість у спині, головні болі різного виду та інтенсивності, важкість у тілі, важкість у кінцівках, відчуття жару або відчуття ознобу. Напади або "Припливи" спека, ознобу, відчуття клубка в

горлі, труднощі при ковтанні, задуха, нудота, болі у шлунку, розлади шлунково-кишкового тракту, болі в животі, відчуття слабкості, відчуття спустошеності, швидка стомлюваність, запаморочення, відчуття безсилля, відчуття оніміння і поколювання в різних частинах тіла, тощо [2].

Тому серед психосоматичних розладів виділяють 4 основні групи станів:

- ◆ соматоформні розлади або соматизовані психічні реакції ;
- ◆ нозогенні (психогенні реакції);
- ◆ психосоматичні захворювання в традиційному їх розумінні;
- ◆ соматогенні або симптоматичні психози.

Розуміння ролі емоційного фактора у виникненні та прогресуванні соматичних розладів, а також протилежний процес – виникнення розладів психоемоційної сфери як відповідь на гостре чи хронічне захворювання внутрішніх органів, набуває особливої важливості на сучасному етапі, коли відбувається збільшення частоти психічних розладів у всьому світі. Це пов'язано з рядом факторів: урбанізацією, зміною темпу та способу життя людей, зростанням соціального напруження, воєнними конфліктами тощо. В цілому кожен момент психогенні симптоми виявляються у 50% населення. Протягом же всього свого життя з ними стикаються 80-95% пацієнтів, тобто практично кожна доросла людина знайома з такими симптомами [7].

Таблиця 1.

Зв'язок між частотою реєстрації симптомів та частотою окремих хворобливих станів (число пар = 55**)

Хворобливий стан	Загальносоматичні симптоми			
	Відчуття жару, ознобу. Напади або «припливи» жару, ознобу	Відчуття грудки в горлі, важкість ковтання, задуха	Нудота, біль у шлунку, розлади шлунково-кишкового тракту, біль у череві	Відчуття слабкості, почуття спустошеності, швидка втомлюваність
	Коефіцієнт кореляції Пірсона			
Значна гіпертензія	0,476645*	-0,108074	-0,275236*	-0,348187*
Бронхіальна астма	-0,058513	0,700529*	-0,075069	-0,092406
Ожиріння	-0,100003	0,243580	-0,149876	-0,237616
Анорексія	-0,150463	-0,067976	-0,020402	0,246416
Ревматичний артрит	-0,038890	-0,026435	-0,075069	-0,092406
Мігрень	-0,175664	-0,097129	0,296003*	0,257785
Головний біль, стрес	-0,239220	-0,108075	0,326482*	0,125390
Цукровий діабет	0,420354*	-0,061430	-0,174444	-0,214733
Порушення менструацій	-0,062224	0,055470	-0,150411	0,000000
Симптоми менопаузи	Усі «0»	Усі «0»	Усі «0»	Усі «0»
Ідіопатична аменорея	-0,083527	0,037736	0,108467	0,069619
Хронічний біль	-0,150463	0,243580	-0,193034	-0,116608
Проблеми імунітету	Усі «0»	Усі «0»	Усі «0»	Усі «0»
Сума	-0,032953	0,095168	-0,117284	-0,181418

Таблиця 1.

Зв'язок між частотою реєстрації симптомів та частотою окремих хворобливих станів (число пар = 55**) (Продовження 1)

Хворобливий стан	Загальносоматичні симптоми		
	Головокру- жіння, відчуття безсилля	Відчуття оніміння і поколювання в різних частинах тіла	Болі в серці, серцебиття, загрудинні болі, болі в грудях
	Коефіцієнт кореляції Пірсона		
Значна гіпертензія	0,096953	0,086969	0,651765*
Бронхіальна астма	-0,015523	-0,026159	-0,049345
Ожиріння	0,133263	-0,067267	-0,126886
Анорексія	-0,117317	-0,067267	-0,126886
Ревматичний артрит	0,392892*	0,590457*	0,338364*
Мігрень	-0,021157	-0,096116	-0,181304
Головний біль, стрес	-0,178861	-0,106948	-0,201737
Цукровий діабет	0,845064*	0,225788	0,245714
Порушення менструацій	-0,095800	-0,054891	-0,103633
Симптоми менопаузи	Усі «0»	Усі «0»	Усі «0»
Ідіопатична аменорея	-0,065127	0,549468*	-0,070439
Хронічний біль	-0,117317	-0,0067267	-0,126886
Проблеми імунітету	Усі «0»	Усі «0»	Усі «0»
Сума	0,330585*	0,221755	0,129515

Таблиця 1.

Зв'язок між частотою реєстрації симптомів та частотою окремих хворобливих станів (число пар = 55**) (Продовження 2)

Хворобливий стан	Загальносоматичні симптоми			
	Болі у м'яз-зах, м'язові болі, кру-тить м'язи, витягує м'язи	Болі в по-переку, важкість у попереку або болі і важкість у спині	Важкість у тілі, важкість у кінців-ках	Сума балів по симпто-мах
	Коефіцієнт кореляції Пірсона			
Значна гіпертензія	-0,120424	-0,075709	-0,096302	0,134542
Бронхіальна астма	-0,029456	-0,018519	-0,023556	-0,127655
Ожиріння	-0,075743	-0,047619	0,494666*	-0,212078
Анорексія	-0,075743	-0,047619	-0,060571	-0,095900
Ревматичний артрит	-0,029456	-0,018519	-0,023556	0,315112
Мігрень	-0,108227	-0,068041	0,021637	-0,068041
Головний біль, стрес	-0,120424	-0,075709	-0,096302	0,074249
Цукровий діабет	-0,068449	-0,006085	-0,054738	-0,109845
Порушення менструацій	-0,061813	0,485643*	-0,049424	0,413087*
Симптоми менопаузи	Усі «0»	Усі «0»	Усі «0»	Усі «0»
Ідіопатична аменорея	0,536108*	-0,026435	-0,033625	-0,150003
Хронічний біль	0,271412*	-0,047619	-0,060571	0,282135*
Проблеми імунітету	Усі «0»	Усі «0»	Усі «0»	Усі «0»
Сума	-0,095073	-0,059772	0,004386	0,025453

*/ Залежність достовірна ($p < 0,05$) **/ Граничні значення коефіцієнта кореляції при $p(0,05) = 0,280734$; $p(0,02) = 0,328925$; $p(0,01) = 0,331693$.

За даними таблиці 1 можна дослідити залежність між частотою реєстрації симптомів та частотою окремих хворобливих станів. Аналіз дослідження проводився за даними, отриманими методом математично-статистичної обробки за формулою Пірсона.

Коефіцієнт кореляції Пірсона є показником кореляції (лінійної залежності) між двома змінними, який набуває значень від -1 до $+1$ включно. Він широко використовується в науці для вимірювання ступеня лінійної залежності між двома змінними. Аналізуючи кореляцію за коефіцієнтам Пірсона між частотою реєстрації симптомів та частотою окремих хворобливих станів, можна відмітити, що в 1 групі загальносоматичних симптомів він коливається від $-0,09$ до $0,47$, що свідчить про відсутню негативну кореляцію в деяких випадках і високу позитивну кореляцію в інших випадках.

В наступній групі загальносоматичних симптомів відсутня негативна кореляція спостерігається у залежності між головокру-жінням, відчуттям безсилля та бронхіальною астмою, мігренню та порушенням менструацій; між відчуттям оніміння і поколювання в різних частинах тіла та бронхіальною астмою, ожирінням, анорексією, порушенням менструацій і хронічним болем, а також між болем в серці, серцебиттям, за грудиною болі, болі в грудях та ідіопатичною аменореєю і бронхіальною астмою.

Аналізуючи третю групу загальносоматичних симптомів та хворобливих станів, можна відмітити, що найбільше значення коефіцієнта Пірсона дорівнює $0,49$, що вказує на тісний зв'язок між даними досліджуваними характеристиками.

Література:

1. Аммон Г. психосоматичні захворювання в результаті дефіциту в его-структурі // Psychotherapy і психосоматики. 2003.- С.179-189.

2. Джеймс М. Несимволічні природа психосоматичних розладів: тест обох Klein і класичної теорії // Міжнар. Огляд психоаналізу. 1979. Vol. 6 (4). П. 413-422.
3. Кекенхоф Ж. Тіло і його кордон. Приклад в психоаналітичній терапії психосоматичних пацієнтів // Форум дер психоаналізу. 2001. – С. 239-249.
4. Кларідж Г. Психосоматичні відносини в фізичній хворобі // Довідник з патопсихології. Лондон: Питман Медицина, 1992. – С. 689-717.
5. Кулл В. Розсіяний склероз психосоматичне захворювання? Case-звіт і результати Ego-тестової структури відповідно до Аммон // *Dynamische-Psychiatrie*. 1985. – С. 211-221.
6. McDougall J. A child is being eaten: Psychosomatic states// *Contemporary Psychoanalysis*. 1980. Vol. 16(4). P. 417-459.
7. Szekacs J. Impaired spatial structures // *Intern.Journal of Psychoanal.* 2004. Vol. 66 (2). P. 193-199.