

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

Инфекционные болезни – результат взаимодействия микроорганизмов с организмом человека. Выраженность и характер течения инфекционной болезни зависят от особенностей возбудителя болезни (вид возбудителя, выделение экзотоксинов, инвазивные факторы, механизмы размножения и т.п.), с одной стороны, и состояния защитных сил организма человека – с другой, т.е. обусловлены взаимодействием возбудителя, его вирулентности и резистентности организма.

Например, достаточно одного контакта с вирусом кори, чтобы закономерно возникло заболевание. Индивидуальные особенности течения заболевания различаются мало; продолжительность инкубационного периода, симптоматика и течение заболевания определяются характером вируса. Первый контакт с вирусом полиомиелита, например, не столь часто приводит к манифестации заболевания. Низкая заболеваемость при этой инфекции объясняется тем, что предрасположенность к этому по сравнению с таковой при кори имеется далеко не у каждого человека и варьирует индивидуально, причём восприимчивость может оказаться временной. Остановится ли инфекция на начальной или латентной стадии, зависит не только от свойств вирусов и иммунных факторов; известно, что предшествующий «соматический стресс» может сказаться на локализации и выраженности параличей.

В связи с этим иммунную систему в последнее время определяют как связующее звено в функциональной психосоматической цепи. Интуитивные знания опытных врачей о том, что характер реакции на инфекцию или на течение инфекционного заболевания зависит также от эмоциональных факторов, могут теперь опираться на дифференцированные исследования иммунной системы. Взаимодействие психосоциальных или эндокринных влияний и иммунного ответа очень сложно: в афферентной части иммунной системы осуществляется влияние на активацию и инактивацию макрофагов, на лимфоток, а также происходят изменения аутоантигенов. В центральной части иммунной системы происходят изменение количества и деления иммунокомпетентных клеток в лимфоидной ткани, а также метаболизма мембран и нарушение специфических иммуноглобулинов. В эфферентной части иммунной системы даже малые изменения уровня кортикостероидов ведут к блокированию макрофагами комплексов антиген–антитело.

Попытки точнее определить влияние психических нагрузок, стрессов и эмоций на иммунную систему предпринимаются более 10 лет. Исследования принадлежат к интереснейшей области психобиологии [Н. Werner, 197]; многое из того, чего не хватает современной психосоматике в плане понимания инфекционных заболеваний, аллергических реакций, аутоиммунных заболеваний вплоть до онкологических, в патогенетическом плане может получить объяснение именно при изучении реакции иммунной системы на психические нагрузки.

Для возникновения и течения инфекционных заболеваний важно то, что универсальные в целом типичные для данной болезни связи проявляют своё специфическое содержание в каждом конкретном случае прежде всего на фоне индивидуальной истории жизни и особенностей субъективных переживаний пациента, значение и тяжесть которых в каждом отдельном случае должны тщательно изучаться. История болезни и история жизни человека неразрывны, хотя в каждом отдельном случае значение каждого из факторов порой бывает трудно оценить.

БАНАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ (ПРОСТУДЫ)

К этой группе заболеваний относятся инфекции верхних дыхательных путей, вирусный грипп (инflюэнца) и простудные заболевания, протекающие с лихорадкой, но без осложнений. Это самые частые заболевания вообще; считается, что взрослые переносят простуду 2–3 раза в год, часто с кратковременным болезненным состоянием и освобождением от работы, 40% больничных листов обусловлены этими заболеваниями, на них же приходится 45% дней постельного режима. Социальные характеристики при этом играют определённую роль. Статистика показывает, что неквалифицированные рабочие используют вдвое больше дней нетрудоспособности, чем специалисты. Число кратковременных больничных листов особенно велико у людей, имеющих несамостоятельную работу, которая не требует повышенной ответственности. В целом рабочие имеют больничных листов больше, чем служащие и чиновники. Дальнейшая дифференцировка этих групп свидетельствует о том, что имеются «маргинальные личности» (прежде всего принадлежащие к низшим социальным слоям неквалифицированные рабочие, живущие за городом), у которых особенно часто определяются простудные заболевания и наступающие затем «состояния после инфекции» [М. Pflanz, 1967]. Вероятно, лучше говорить о «маргинальных» социальных позициях и о людях, которых выводят из строя скорее социальные конфликты, причём исследователь убеждается, что при большом числе случаев не исключается возможность использования слабых мест социальной системы и злоупотребления этим [].

ПРОСТОЙ ГЕРПЕС

(фебрильный герпес, лабиальный герпес, генитальный герпес)

Простой герпес – рецидивирующее вирусное заболевание с кратковременным первичным инфицированием и эндогенной реинфекцией. Оно проявляется лихорадочными высыпаниями размером от булавочной головки до чечевицы, которые затем высыхают и отпадают без рубцевания. Локализуются высыпания чаще в области губ, носа и рта на местах перехода кожи в слизистые оболочки (мы не рассматриваем здесь энцефалит как следствие простого герпеса – всегда серьёзное поражение центральной нервной системы). Герпес (лабиальный или генитальный) принадлежит к наиболее частым, обычно неопасным заболеваниям. В то же время при достаточно тяжело протекающем генитальном герпесе больные наряду с соматической симптоматикой переживают довольно серьёзное психическое отягощение (см. ниже); врач должен помнить о нём и целенаправленно воздействовать на него.

Иммунология, эпидемиология и психофизиология.

Вирус простого герпеса относится к группе вирусов, к которым принадлежат также другие патогенные вирусы, в том числе вирус Эпштейна–Барр, вирус цитомегалии и вирус опоясывающего лишая и ветряной оспы. Вирус простого герпеса обладает до сих пор не объяснённой способностью переходить в латентное состояние и длительное время сохраняться в организме своего хозяина в неактивной форме. Серологически выделяют 2 подгруппы: ГВП-1 – обычно возбудитель лабиального герпеса, персистирующий особенно часто в ганглиях ядер тройничного нерва, и ГВП-2 – наиболее частый возбудитель генитального герпеса, находящийся преимущественно в крестцовых ганглиях. В США генитальный герпес занимает второе место среди заболеваний, передающихся половым путём; его нередко обнаруживают у практически здоровых людей. Насколько этот вирус способен создавать готовность к злокачественной трансформации клеток, до сих пор неясно. Во всяком случае, у женщин с генитальным герпесом в 3 раза выше риск заболевания раком шейки

матки, а женщины с раком шейки матки имеют повышенный Уровень антител к генитальному герпесу. Впрочем, уровень антител не зависит от клинического течения заболевания.

Если защитные силы организма снижаются под влиянием соматических или психологических факторов, то вирусы могут распространяться путём трансфера из клетки в клетку. В нормальных условиях этот процесс контролируется и подавляется Т-лимфоцитами, что происходит вследствие цитотоксического действия или активации макрофагов. Однако современные иммунологические исследования показали, что внутренние и внешние нагрузки (стрессы) легко нарушают это равновесие и Тем самым могут быть ответственны за возникновение нового приступа болезни. Но является ли действие внешних или внутренних факторов разрешающим моментом или, наоборот, возникновение болезни следует рассматривать как стресс? На примере простого герпеса можно особенно чётко продемонстрировать, как переплетены между собой эти факторы, и на поставленный вопрос можно ответить утвердительно в обоих направлениях. В наше время находят очевидные связи между психопатологическими факторами (депрессия, страх, общий психосоматический синдром) и частотой и тяжестью жалоб (боли, зуд) – факторами риска, которые предсказывают возможность рецидива болезни надёжнее, чем другие показатели. Однако остаётся спорным вопрос, насколько ответственны за возникновение болезни непосредственно предшествующие ей вредности или же большую роль играют изначальные глубинные невротические черты личности, или влияют оба эти фактора.

Комплексность, дифференцированность и сложность современных психонейроиммунологических исследований можно продемонстрировать на примере работы М. Кемпу и соавт. (1989). Авторы на протяжении нескольких месяцев изучали у 36 пациентов с генитальным герпесом имевшийся (или ожидаемый) у них стресс, настроение, состояние здоровья, а также, в качестве иммунологического параметра, Т4- (хелперы) и Т8- (супрессоры) клетки. Результаты: 1) у пациентов с высокими показателями стресса обнаружено меньшее количество Т4- и Т8-клеток; 2) у пациентов с высокими показателями тревожной депрессии или агрессивности выявлено уменьшение количества Т8-клеток; 3) у пациентов с высокими показателями депрессии отмечена повышенная склонность к рецидивам генитального герпеса. Последний фактор установлен также при тщательном изучении ВИЧ-инфицированных людей, у которых выраженность депрессивное™ определяет течение заболевания [

Провоцирующие факторы многообразны и могут быть как экзогенными (солнечное или ультрафиолетовое облучение, сопутствующие инфекционные заболевания, экзаменационные нагрузки, одиночество), так и эндогенными (внутренние конфликты).

Пациентка, физически крепкая жизнерадостная женщина 33 лет, много лет лечится по поводу множества соматических жалоб (затруднённое дыхание, тяжесть в животе, тахикардия, боль в разных частях тела) у врачей общей практики и специалистов. При обследовании в психосоматической клинике установлено, что её жалобы находятся в прямой зависимости и внутренней связи с не удовлетворяющей её семейной ситуацией. Она родилась в маленьком городе первым ребёнком в семье торговца, была привязана к отцу, выросла в атмосфере торговой жизни и в 18 лет должна была выйти замуж за рабочего примерно её возраста, поскольку забеременела. Пациентка все ещё находится под влиянием своих властных родителей, работает в свободное время по дому, не получая за это никакой платы. Своего мужа она считает слабым и скучным.

В процессе групповой терапии удалось переработать и отчасти смягчить её конфликт

между собственными желаниями и совестью, воплощением которого вначале выступал отец, а затем и терапевт. Дело в том, что она заново переживала свою девичью привязанность к обожавшему её, но теперь женатому мужчине из её родного города. Не поставив в известность ни родителей, ни мужа, она встретила с ним однажды и под его нажимом согласилась поехать с ним в конце недели в путешествие с ночёвкой в отеле. Во время групповой терапии у неё возникло резкое возбуждение с отказом от контакта с другими пациентами. На следующем сеансе она рассказала о своём запланированном, но не совершённом «ложном шаге». В ту субботу на её половых губах появились многочисленные покраснения и пузырьки, которые не позволили вступить в интимную связь, которой она так хотела, но в то же время опасалась.

В типичной конфликтной ситуации часто отмечаются чувство вины, которое возникает из-за конфликта в сексуальной сфере, и страх загрязнения, но могут быть и конфликты иного рода. Люди, склонные к рецидивам простого герпеса, часто имеют и другие психосоматические или невротические синдромы.

Терапия. Наряду с медикаментозной терапией, которая не может привести к выздоровлению, кажется оправданным и необходимым посредством психотерапии поддерживать пациентов с их психосоциальными проблемами (например, устранить ощущение, что он «прокажённый», и другие депрессивные формы переработки). Особенно хорошие результаты отмечаются при ограниченной во времени ориентированной на болезнь групповой психотерапии: не только достигалось ослабление депрессивности [], но и к моменту повторного ослабления обнаруживалось удивившее даже авторов ослабление тенденции к рецидивам генитального герпеса

ТОНЗИЛЛЯРНАЯ АНГИНА

Тонзиллярная ангина¹ – общее название острых инфекций, при которых вопросы этиологии и патогенеза оказываются более спорными, чем представлялось вначале. Поскольку большинство возбудителей инфекций, включая гемолитический стрептококк, обнаруживаются в глотке и у здоровых людей, считают, что только воздействие дополнительных вредных факторов вызывает ангину. Следует также учитывать изменения иммунитета, например, вследствие вирусных заболеваний, Физических и психических стрессовых ситуаций и конфликтов. При стрептококковой ангине не вырабатывается иммунитет и даже отмечается повышенная восприимчивость и нарастающая поливалентность в отношении провоцирующих факторов (вирусные заболевания, банальные инфекции, психические конфликты). Остается также неясным, почему Ревматическая лихорадка при стрептококковой ангине возникает лишь в 3-5% случаев. Учитывая частоту ангин, можно было бы считать их совпадение с жизненными кризисами случайным. Однако опытные инфекционисты называют среди провоцирующих факторов также и психогенные. Предпосылкой для того чтобы правильно воспринимать такую взаимосвязь, является то, что семейный врач достаточно близок к своему пациенту и хорошо знает его историю жизни, социальные отношения и внутренние проблемы.

Миндалины как часть лимфатического глоточного кольца относятся к иммунной системе

В отечественной литературе для обозначения этого заболевания принят термин «ангина» с уточнением характера поражения (катаральная, лакунарная и др.) и локализации (носоглоточной, небных миндалин и др.) организма; иммунологические особенности при простом герпесе сходны во многом с таковыми при тонзиллярной ангине. В отношении миндалин особенно важно, что они как часть лимфатической системы, особенно развитой в детстве, в пубертатном периоде подвергаются обратному развитию. Таким образом,

перемены и более или менее благополучный переход от детства и юности к зрелости происходят в соматической сфере.

Клинические наблюдения подтверждают склонность к учащению ангин в подростковом и юношеском возрасте, когда наступают кризы в перегруженной конфликтами сексуальной сфере.

V. Weizsacker (1946) и R. Bilz (1936) привели множество наблюдений, свидетельствующих о том, что остро возникающие приступы ангины могут быть связаны с кризисными обострениями и потрясениями «генеративной сферы», т.е. часто с амбивалентными сексуальными желаниями (Фридрих Ницше: «Замёрзнет ли женщина, которая знает, что она хорошо одета? Нет, даже если на ней почти ничего нет»).

О том, что болезнь как внезапный критический прорыв может быть не только поражением, но и проявлением изменения, новой ситуации, свидетельствует именно ангина.

Психоаналитики, в том числе и Фрейд, отмечали у многих невротиков наличие иммунитета в отношении инфекционных заболеваний. При распаде невротической защиты во время сеанса психоанализа впервые наблюдается «готовность к соматическим заболеваниям». Так,

V. Weizsacker описал больного с невротической симптоматикой, у которого не только развилась ангина во время аналитического лечения на фоне исчезновения невротических симптомов, но и возникла новая жизненная ситуация после преодоления этого соматического заболевания и выздоровления.

ТУБЕРКУЛЁЗ

Туберкулёз – инфекционное заболевание, возникающее вследствие попадания в организм и активизации возбудителя туберкулёза (микобактерии туберкулёза). В 85% случаев заболевание поражает лёгкие.

При этом наряду с возбудителем в патогенезе заболевания играет роль ряд биологических факторов, в том числе общая резистентность, возраст, наследственность, психические факторы, так что либо вскоре происходит подавление первичной инфекции, либо инфицирование микобактериями туберкулёза приводит к развитию болезни.

Старые очаги первичного заболевания через много лет латентного состояния могут активизироваться, и после стадии раннего инфильтрата развивается хронический туберкулёз. В развитии болезни играют роль гормональные (пубертат, беременность), психосоматические конstellляции и возрастное снижение толерантности.

По мнению многих фтизиатров и психосоматиков, личность, социальные факторы и жизненная ситуация имеют значение как для развития первичного заболевания, так и для дальнейшего течения туберкулёза.

Эпидемиология. Как и во всех экономически развитых странах, в ФРГ показатели заболеваемости всеми формами туберкулёза неуклонно снижаются. Этот процесс, распространяющийся на все экономически развитые страны мира, подтверждается снижением уровня смертности в 2 раза за последние 120 лет. Это снижение началось еще до наступления эры антибиотиков и связано с улучшением общего экономического положения, жилищных условий, семейной атмосферы, уменьшением психосоциальных нагрузок []. В то время как риск

возникновения новых случаев заболевания уменьшается, риск рецидивов возрастает, что обусловлено «постарением» туберкулёза. Примечателен повышенный риск заболеваемости низших социальных слоев, где чаще поражаются лица без определённого места жительства. Такие больные составляют 12-15% от общего количества случаев бактериологически подтверждённого туберкулёза органов дыхания, что указывает на влияние психосоциальных кризов.

Ситуация развития заболевания. Воспринимаемая со страхом близость с половым партнёром, амбивалентные связи, которые могут вызвать криз, встречаются в преморбидном периоде у многих молодых людей и обнаруживаются в анамнезе при первичном заболевании. Это по существу повседневные нагрузки, которые, однако, субъективно могут восприниматься как душевные катастрофы. А вопрос о том, в чём тот или иной человек наиболее раним, что приводит к нарушению равновесия, в чём его ахиллесова пята, может быть решён только исходя из анализа его переживаний. Однако такая или похожая ситуация может, почти как в эксперименте, приводить к рецидивам.

Следующая область перегрузок и конфликтов, предшествующих лёгочному туберкулёзу, относится к сфере профессиональных отношений. Собственно говоря, речь идёт о банальных профессиональных перегрузках, (например, аттестация, попытка добиться самостоятельности или повышения по службе, переход на другую работу). Точно так же для восприимчивых людей встреча со смертью, особенно при утрате близкого человека, может оказаться патогенной.

Клинический опыт свидетельствует о том, что имеются трудные ситуации, характерные для разных возрастных групп, которые предшествуют туберкулёзу лёгких. Изучение жизни пациентов показывает связь сложных психосоциальных ситуаций с манифестацией туберкулёза [

Ещё до начала эры антибиотиков была описана личность больного с повышенной чувствительностью в сфере межличностных отношений, лабильностью самооценки. Эти особенности описаны как шизоидная невротическая структура или как президипово нарциссическое расстройство.

Подобную шизоидную потребность в близости и в привязанностях и одновременно страх перед связанностью во внутреннем мире описал Франц Кафка.

В 1919 г. в «Письме к отцу», в котором Кафка описывает историю своей жизни, он пришёл к заключению, что у него «под влиянием нечеловеческого напряжения вследствие желания жениться кровь хлынула из горла». Он имел в виду свой туберкулёз, который начался с кровотечения и через 7 лет привел его к смерти. В своем «напряженном желании жениться» Кафка потерпел неудачу у многих женщин, и причиной этого было, несомненно, его психическое своеобразие. «Самое важное, не зависящее от частных затруднение заключалось в том, что я вообще духовно не способен жениться. Это проявляется в том, что с того момента, как я решу жениться, я не могу больше спать, голова у меня гудит день и ночь, у меня нет больше жизни, я мечусь в отчаянии. Это не то чтобы заботы, которые меня осаждают, заставляя бегать, невзирая на мою флегматичность и педантизм, это не самое главное, хотя это приканчивает меня, как черви заканчивают работу могильщика, но я решительно охвачен иным – всеобъемлющим страхом, слабостью, неуважением к себе».

Развитие личности, обусловленное заболеванием. При туберкулёзе в большей мере, чем при многих других психосоматических заболеваниях, до начала эры антибиотиков встре-

чались вторичные, связанные с болезнью влияния на личность больного. Эти влияния были обусловлены хроническим течением болезни, частым смертельным исходом. Болезнь приводила к профессиональным и жизненным трудностям, связанным с многомесячным или даже многолетним пребыванием в больнице. Описываемые ранее в художественной литературе образы туберкулёзных больных в основном определялись именно этими личностными изменениями. Наиболее показательным примером является роман «Волшебная гора» Томаса Манна. Эйфория, повышенная любовь к жизни, гиперсексуальные фантазии – это были плоды такого развития, которые созревают именно в подобной исключительной ситуации. Сегодня основное направление терапии туберкулёза заключается в амбулаторном интермиттирующем лечении с минимальным отрывом от привычной жизни и профессиональной деятельности. Это предусматривается чёткой программой, рассчитанной на 1–2 года и предполагающей сотрудничество врача с больным на весь период лечения.