

ПРОБЛЕМА ИЗУЧЕНИЯ РОЛИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ ЗРЕНИЯ

Проведенный анализ литературы показывает ряд вариантов взаимосвязи патологии органов зрения и психических воздействий. Однако в литературе отсутствуют систематизированные данные относительно психоэмоциональных факторов и их роли в развитии различных расстройств органа зрения, что требует более детального изучения.

Ключевые слова: офтальмопатология, психологические факторы, психосоматика, диагностика.

Психосоматические расстройства составляют значительную часть "болезней цивилизации" и на протяжении XX века являлись объектом интенсивных исследований в рамках так называемой психосоматической медицины. В современном понимании психосоматическая медицина рассматривается как метод лечения и наука о взаимоотношениях психических и соматических процессов, которые тесно связывают человека с окружающей средой. Психосоматика – одна из отраслей клинической психологии, а понятие "психосоматическое расстройство" означает соматическое заболевание, которое вызвано психологическими факторами или проявления которого обостряются в результате их воздействия [3, 5].

Сегодня общепризнанно, что психосоматические явления возникают под влиянием нескольких групп факторов: психических, биологических (предрасположенность на генетическом уровне к той или иной патологии), социальных.

Еще в 30-е годы XX века одним из основоположников психосоматического направления в медицине Ф. Александером была выделена группа "классических психосоматических заболеваний":

- эссенциальная гипертензия;
- язвенная болезнь 12-перстной кишки;
- неспецифический язвенный колит;
- бронхиальная астма;
- тиреотоксикоз;
- ревматоидный артрит;
- нейродермит [1].

В современной медицине раздел психосоматики представляют клинические, психологические, эпидемиологические и лабораторные исследования, которые освещают роль стресса в этиопатогенезе соматических заболеваний, связь патохарактерологических и поведенческих особенностей с чувствительностью или устойчивостью к определенным соматическим заболеваниям, зависимость реакции на болезнь (поведения в болезни) от типа личностного склада, влияние некоторых методов лечения (хирургические вмешательства, гемодиализ и т. п.) на психическое состояние [7].

И если в общей медицине исследования психосоматической природы заболеваний достаточно часто встречающееся явление, то в офтальмологии как частной дисциплине подобных исследований не так уж много. Выявление психосоматической патологии в офтальмологии требует научно обоснованных методов психологической диагностики, а также совершенствования психологических и психотерапевтических вмешательств, способствующих предотвращению хронификации расстройств зрения, что является **актуальным и значимым**.

Целью нашей работы явилось изучение данных литературы, касающихся психосоматических расстройств в офтальмологии, их диагностики и лечения.

Для психосоматических исследований глаза долгое время оставались своеобразной terra incognita. Это является удивительным и парадоксальным, учитывая, что в выражении человеческих эмоций глаза играют одну из ведущих ролей. Пионером психосоматической офтальмологии являлся В.С. Инмен (1876-1968), опубликовавший более 50 работ, посвященных психологическим аспектам различных глазных заболеваний [11].

В настоящее время глаукома является заболеванием, имеющим важнейшее значения для офтальмологии. По данным ВОЗ количество глаукомных больных в мире доходит до 100 млн. человек. В США оно составляет 3 млн. человек, лиц с офтальмогипертензией – 10 млн. В России, по не уточненным, явно заниженным, данным, количество приближается к 850 тыс. пациентов, хотя должно быть в пределах 1,5 млн. человек. Общая поражённость населения увеличивается с возрастом: встречается у 0,1% больных в возрасте 40-49 лет, 2,8% - в возрасте 60-69 лет, 14,3% - в возрасте старше 80 лет. Более 15% человек из общего количества слепых потеряли зрение от глаукомы [2]. В Украине заболеваемость первичной открытоугольной глаукомой в 2006 году составляла 542,2 случая на 100000 населения. При этом, за период с 1997 года по 2006 год распространенность глаукомы в Украине выросла почти в два раза [6].

В середине XX века достаточно обширно проводились исследовательские работы по изучению личностных особенностей у пациентов с первичной глаукомой. Так, на основании проведенных клинических исследований в совместной работе психиатров и офтальмологов была выделена группа пациентов получивших статус "глаукоматозной личности". Пациенты, входившие в эту группу, имели эмоциональные расстройства и характеризовались как капризные, тревожные, ипохондрические, навязчивые, а также имели такие черты, как добросовестность, требовательность и перфекционизм [20]. С. Миллер (1952) описывал эту группу как

"трудолюбивые и добросовестные граждане, с высоким уровнем ответственности и завышенными стандартами по отношению к себе"[17]. В исследованиях глаукомы использовался метод сбора анамнеза жизни пациента, анамнеза его болезни, психоаналитически ориентированное интервью. Изучались эмоциональный климат на момент первого приступа глаукомы, обстановка дома в семье и на работе, семейный анамнез глазных заболеваний, давность психотравмирующих событий в жизни пациентов, а также личностные особенности пациентов. Тестирование проводилось с использованием теста ММРІ и проективной методики "Нарисуй человека" [14].

Группой ученых, проводившей исследование пациентов с открытоугольной глаукомой на предмет оценки уровня тревоги и депрессии, было выявлено, что из 100 пациентов, принимавших участие в исследовании, тревога наблюдалась в 33% случаев и депрессия наблюдалась в 24% случаев. Совершенно очевидно, что уровень тревоги был высоким у больных первичной открытоугольной глаукомой. Таким образом, большинство пациентов с глаукомой, страдают от скрытых психических нарушений, которые часто остаются незамеченными. Депрессия и тревога составляют существенную долю этих нарушений [12].

В других исследованиях обсуждалась концепция уязвимости органа зрения в качестве важнейшего фактора в возникновении и типе психосоматических заболеваний; значимость психических факторов в болезни в целом, независимо от этиологии, а также возникновение глаукомы у людей с различными особенностями личности [9, 10].

Психосоматические исследования причин возникновения ячменя, проведенные В.С. Инменом показали существенную роль эмоциональных проблем в этиологии данного заболевания [15]. Автор опрашивал пациентов как женского, так и мужского пола и установил, что негативные чувства, связанные с темами беременности и рождения ребенка сопровождали течение ячменя.

Г. Гроддек [13] считает, что близорукость, дальнозоркость и кровоизлияние в сетчатку глаза могут иметь эмоциогенную природу.

П. Савала и Х. Альварес изучали психологические и социальные характеристики пациентов с центральной серозной хориоретинопатией. Они описывались как активные индивиды, неспособные успокоиться и расслабиться, при этом такие эмоции, как гнев и печаль, они ощущали как свои или слабости своего характера, выражение которых, по их мнению, недопускается. Обсуждая роль психодинамической парадигмы для понимания глазных заболеваний, авторы указывают на неспособность таких пациентов плакать, и в целом выражать свои эмоции, как вербально, так и невербально [19].

А. Г. Карсерас и А. Х. Крисп изучали группу пациентов, которые обратились за помощью в офтальмологическую амбулаторию и у которых не было выявлено физических признаков нарушения зрения. По результатам исследования такие пациенты имели более высокий уровень соматических жалоб, повышенный уровень тревоги и депрессии по сравнению с контрольной группой. Также у этих пациентов на основании интервью были выявлены эмоциональная нестабильность и наличие в анамнезе психиатрических заболеваний [16].

С позиции офтальмолога плохое зрение может быть следствием какой-либо из трех причин: это заболевание или травма, или вредные для зрения привычки. Но с позиции психолога-психосоматика, преимущественно психоаналитического направления, его первое предположение о причине заболевания может означать бессознательное нежелание пациента что-то видеть, что-то замечать. И плохое зрение будет – как прямое следствие подавленного желания не видеть чего-то и (или) кого-то, и будет – как сигнал (метафора, сообщение) о том, что нужда и потребность чего-то и кого-то не видеть стала непереносимой, а удовлетворить ее, избежать вредного раздражителя, нет никакой возможности. Теряя зрение, человек за это получает "вторичную выгоду", то есть обретает возможность не видеть пристально то, что он так не хочет видеть. И он не может распорядиться жизнью так, чтобы раздражитель исчез с его поля зрения, так что ослаблением своего зрения он облегчает психологическое переживание (компенсация). А вынужденный видеть то, чего он видеть не хочет, человек порождает противоречие между частями своего опыта (хорошее зрение с одной стороны и "плохое" психологическое зрение с другой), – и его хорошее зрение уравнивается к "плохому психологическому зрению" (синхронизация). Ну и, наконец, очевидно, что человек тем самым порождает в своем уме жесткие программы "плохого" визуального опыта (он проявляется в словах: "видеть тебя не хочу", "уйди с моих глаз", "глаза бы мои тебя не видели", "и не показывайся мне на глаза", "видеть тебя тошно", и так далее, и тому подобное).

В этой связи следует отметить исследования в отношении истерической слепоты. Одним из самых распространенных функциональных расстройств в офтальмологии является истерические реакции. Наиболее распространенные симптомы представлены, по существу полной или частичной потерей зрения. Нужно отделять симулятивную слепоту, при которой человек намеренно искажает эмоциональный фон, от истинно истерической слепоты. Симулянт обычно имеет те же жалобы, что и истерический пациент. Наиболее распространенными проявлениями истерической реакции являются дефекты остроты зрения, которые часто являются единственным симптомом. Как правило, двусторонние изменения обозначены как истерическая амблиопия и крайне редко могут вызвать полную слепоту. Диагноз истерической слепоты является более трудным, чем амблиопии. Выделяют две важные особенности: 1) внезапность наступления; 2) нормальные результаты офтальмоскопического обследования. Н. Сингхал приводит ряд тестов для разграничения истерических нарушений органов зрения от симуляции таких нарушений, что не является предметом нашей работы [18]. Также не входило в наши задачи рассмотрение психологических особенностей лиц с нарушениями зрения, как врожденными, так и приобретенными [4].

Таким образом, дальнейшее исследование роли психологических факторов в офтальмопатологии, должно дать более детальные представления о механизмах данных взаимовлияний. Сходные механизмы формирования соматической патологии могут проявиться и в других малоизученных для психосоматической медицины дисциплинах, как эндокринология, гинекология, онкология и т.д. Также перспективным представляется изучение

психической адаптации к соматическим заболеваниям как системного процесса совладания с трудной жизненной ситуацией. К тому же имеет важное значение построение иерархической модели категорий преодолевающего или копинг-поведения для ситуаций, связанных с нарушением физического здоровья [8].

Заключение: Проведенный анализ литературы показывает ряд вариантов взаимосвязи патологии органов зрения и психических воздействий. Однако в литературе отсутствуют систематизированные данные относительно психоэмоциональных факторов и их роли в развитии различных расстройств органа зрения.

Таким образом, дальнейшее исследование роли психологических факторов в офтальмопатологии, должно дать более детальные представления о механизмах данных взаимовлияний.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Александр Ф.* Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение / Ф. Александр / [Пер. с англ. С. Могилевского]. – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. – 352 с.
2. *Егорова Е.А.* Национальное руководство по глаукоме / Е.А. Егорова, Ю.С. Астахова, А.Г. Щуко. – ГЭОТАР-Медиа. – 2011. – 280 с.
3. *Карвасарский Б. Д.* Клиническая психология / Б. Д. Карвасарский. – СПб. : Питер, 2004. – 960 с.
4. *Лакосина Н.Д.* Психология больных с нарушениями зрения и слуха / Н.Д. Лакосина, И.И. Сергеев, О.Ф. Панкова // Клиническая психология: [учебн. для студ. мед. вузов]. – М.: МЕДпресс-информ. – 2003. – 416 с.
5. *Малкина-Пых И.Г.* Психосоматика: Новейший справочник / И.Г. Малкина-Пых. – СПб.: Изд-во Эксмо, 2003. – 928 с.
6. *Пасечникова Н.В.* Офтальмологічна допомога населенню України в 2006 році / Н.В.Пасечникова, С.О.Риков, Г.І.Степанюк // Офтальмологічний журнал. – 2007. – № 4. – С.64-69.
7. *Психосоматические заболевания: полный справочник* / [под ред. Ю.Ю. Елисева]. – М.: Эксмо, 2003. – 605 с.
8. *Родіна Н.В.* Психологія копінг-поведінки: системне моделювання: [монографія] / Н.В. Родіна. – Одеса: Видавець В.В. Букаєв, 2011. – 364 с.
9. *Berger A. S.* Effect of hypnosis on intraocular pressure in normal and glaucomatous subjects / A..S. Berger, P.J. Simel // Psychosom. Med. - 1958. – Vol.20, № 4. – P.321-327.
10. *Berger A.S.* Personality Features of Patients with Primary Glaucoma. A medico psychosocial exploration / A.S. Berger, C.N. Zimet // Psychosom. med. - 1959. - Vol. XXI, No. 5. – P. 389-396.
11. *Brook A.* Psychological aspects of eye disorders / A. Brook, E. Andrew, Z. Sotiris // Journal Of The Royal Society Of Medicine. - 1998. – Vol. 9. – P. 270-272.
12. *Fasih U.* Assessment of Anxiety and Depression in Primary Open Angle Glaucoma Patients (A Study of 100 Cases) / U. Fasih, M.M. Hamirani, A.R. Jafri [et al.] // Pak J Ophthalmol. – 2010. – Vol. 26, No. 3. – P.143-147.
13. *Groddeck G.* Las primeras 32 conferencias psicoanalíticas para enfermos / G. Groddeck // Trad. Hugo Acevedo. Buenos Aires, Paidós. - Biblioteca de Psicología. – 1983. – P.271.
14. *Hibbeler H.I.* Personality patterns of white adults with primary glaucoma / H.I. Hibbeler // Am J Ophthalmol. – 1947. – Feb;30(2). – P.181-186.
15. *Inman WS.* Styes, barley and wedding rings / WS. Inman // Br J Med Psychol. – 1946. – Vol. 20:31. – P.8.
16. *Karseras A.G.* Symptoms without signs in outpatients attending ophthalmology clinics / A.G. Karseras, A.H. Crisp // Br J Ophthalmol. – 1978. - Vol. 62, № 5. – P.340-343.
17. *Miller S. J. H.* Symptomatology of congestive and simple glaucoma / S. J. H. Miller // Br Med J. – 1952. – March 1; 1(4756). – P. 456–461.
18. *Singhal N.C.* Hysterical blindness versus malingering / N.C. Singhal // Indian J Ophthalmol. – 1972. – Vol. 20. – P.173-178.
19. [Zavala P.](#) Psicósomática y enfermedades visuales: la coriorretinopatía serosa central / [P. Zavala, J. Álvarez](#) // Psicología y Salud - 2003. - Vol.13 - P.111-119.
20. *Zimet C.N.* Emotional Factors in Primary Glaucoma. An Evaluation of Psychological Test Data / C.N. Zimet, A.S. Berger // Psychosomatic Medicine. – 1960. – Vol.22, № 5. – P.391-399.

Подано до редакції 30.05.12