

Соматические маски или Чем опасны

Бронхиальная астма, артериальная гипертензия, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, язвенный колит, нейродермит, неспецифический хронический полиартрит – вот далеко не полный перечень заболеваний, в основе которых может лежать перенесенное когда-либо психотравмирующее событие. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в настоящее время от 38 до 42% людей, обращающихся за медицинской помощью в связи с соматическими заболеваниями, на самом деле страдают психосоматическими расстройствами (ПСР). Успешных результатов в лечении такого контингента больных можно добиться только в условиях тесного сотрудничества врачей соматического профиля с психологами, психотерапевтами, а при необходимости и психиатрами. Свой взгляд на решение этой крайне актуальной проблемы в нашей стране представили известные отечественные специалисты в области психиатрии, кардиологии и гастроэнтерологии.



О природе ПСР, способах диагностики и лечения этой патологии рассказал **заведующий отделением пограничных состояний и психотерапии Украинского НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, доктор медицинских наук, профессор Олег Скозюнович Чабан.**

— В настоящее время не существует единого определения понятия ПСР. На мой взгляд, под этим термином необходимо понимать соматические (с точки зрения биологической медицины) реакции, расстройства или особенности личностного поведения, в патогенезе которых участвуют специфические эмоциональные и физиологические механизмы, а также механизмы (как правило, социальные, психологические и конституциональные) соматического синдромообразования динамического патологического гомеостаза как реагирования на вытесненный или неверно замещенный аффект в ситуациях, когда организм не может справиться с невыносимыми травмирующими требованиями, а решить вопросы изменения качества жизни без психологической или психотерапевтической помощи невозможно.

Говоря о том, что ПСР — это реакции, расстройства или особенности личностного поведения, следует принимать во внимание тот факт, что к ним не относятся так называемые психогении (неврозы). Если человек пережил психическую травму (трагедию в личной жизни, увольнение с работы и т. п.), у него может развиться либо невроз (бессонница, тревога, депрессия, истерия), либо ПСР. В последнем случае пациент склонен игнорировать последствия травмирующего события, убеждая себя в том, что все уже пережито и прошло бесследно. В ситуации, когда психика больного «молчит», «реагировать» начинает тело, что клинически может проявляться различными патологическими реакциями (например, эпизодами повышенного артериального давления (АД), возникающими в непосредственной связи с психологической травмой).

Патогенез любого ПСР обусловлен тем, что эмоции, возникшие у человека вследствие стрессовой ситуации, посредством сложных механизмов превращаются в физиологические, а не эмоциональные реакции (обида в этом случае индуцирует не формирование тревоги, а приступ учащенного сердцебиения и др.). Развитие ситуации по той или иной схеме зависит, прежде всего, от самой личности (тревожна ли она, экстра- либо интровертирована, невротична и т. д.), ее психологических особенностей, окружающего социума. Механизм формирования соматического заболевания, спровоцированного травмирующим переживанием пациента, до конца не изучен, хотя в современной литературе приводится достаточно возможных объяснений этого явления.

Одной из наиболее популярных является конверсионная модель З. Фрейда, которую впоследствии развил В. Райх. Согласно этой модели происходит неверное замещение психологического конфликта через различные симптомы, но только в пределах собственного тела (которое является идеальным объектом для самого пациента). Кроме того, само заболевание носит символический характер: так, расставание влюбленных приводит к развитию кардиальной патологии, поскольку сердце олицетворяет собой эмоциональную сферу жизни человека.

Наряду с теорией З. Фрейда в настоящий момент довольно широко используется американская модель классического психоанализа Ф. Александра (так называемая модель вегетативного невроза). Огромное значение в этой теории уделяется вытесненной агрессии, неудовольствию, когда человек не в состоянии выразить свои эмоции, поскольку это идет вразрез с принципами окружающего его общества. Это приводит к тому, что вместо реагирования на негативные эмоции путем какой-либо физической деятельности человек маскирует свои истинные чувства вынужденной «социальной» улыбкой. Такое состояние в сочетании с выбросом катехоламинов, сопровождающим стрессовую ситуацию, приводит к формированию болезни. В качестве примера Ф. Александр приводит тот факт, что, в отличие от людей, у животных не развиваются инфаркты и артериальная гипертензия (АГ), поскольку животные не анализируют прошлого и не тревожатся о будущем.

Также довольно популярна модель алекситимии Ю. Люшера, которая объясняет развитие ПСР невозможностью вербализации эмоциональных переживаний. Разработан и ряд других подходов к объяснению проблемы ПСР: теория надежности систем И.А. Ушакова, теория реконструкции будущего по А. Шмале и др.

Для понимания сути проблемы ПСР крайне важно рассмотреть вопрос динамического патологического гомеостаза. На первый взгляд, такое определение может показаться парадоксальным, ведь под гомеостазом принято понимать способность организма поддерживать постоянство собственной внутренней среды. Таким обычным путем (через аномальную реакцию тела) организм пытается разрешить возникшую психологическую проблему. Довольно наглядной иллюстрацией этого может служить развитие анорексии у девочки-подростка в ответ на конфликтную ситуацию в семье, благодаря чему удается сохранить такую семью. После благоприятного разрешения ситуации организм ребенка возвращается в состояние относительного здоровья, однако очередная конфликтная ситуация в семье «вынуждает» его вновь бессознательно развернуть полную клиническую картину болезни (с отказом от приема пищи, многократными рвотами, катастрофической потерей массы тела), что вновь обеспечивает достижение желаемого результата — примирения родителей. Именно так и формируется патологический гомеостаз, когда психологическое благополучие организма достигается за счет вреда его биологическому здоровью.

На данный момент можно с уверенностью утверждать, что в основе всех ПСР лежит вытесненный или неверно замещенный аффект. Психологический конфликт всегда сводится к эмоциональному конфликту: значительные переживания, которые вытесняются и с течением времени забываются, тем не менее навсегда остаются с человеком и могут проявляться при определенном стечении

обстоятельств. Тонкость заключается в том, что практически всегда этот эмоциональный фактор не находит объяснения со стороны самого больного и обнаруживается лишь в ходе диалога с психологом, психотерапевтом или психиатром.

Следует подчеркнуть, что ПСР развивается лишь в том случае, когда организм не может адаптироваться к травмирующей ситуации, а психотравмирующие воспоминания для пациента становятся более актуальными в плане переживаний, чем соматическое реагирование. Не стоит забывать и о том, что состояние здоровья любого человека на 20-25% зависит от его генетического фонда, что формирует склонность к развитию той или иной болезни (при неблагоприятном стечении обстоятельств) и обуславливает разнообразие клинических проявлений ПСР. Последние могут быть разделены на несколько типов: реакция—ответ (например, кардиальная боль), которая, возникнув единожды, может бесследно исчезнуть, однако при многократном повторении трансформируется в собственно соматическую патологию (в виде язвенной болезни желудка, двенадцатиперстной кишки, бронхиальной астмы, артрита и т. п.), а также расстройство личности (аутоагрессию, наркоманию, игровую зависимость и другие виды аддикций). К сожалению, количество таких пациентов крайне велико, а специализированных лечебных учреждений, которые занимались бы этой проблемой, практически не существует. Например, в университетских клиниках Германии насчитывается около 5 тыс. профильных коек, а в нашей стране истинно психосоматических отделений нет (существующие центры занимаются преимущественно лечением неврозов), хотя, по данным официальной статистики, имеется около 100 коек для лечения подобного контингента больных.

Диагностика ПСР базируется, главным образом, на анализе анамнеза и клинической картины заболевания. Врач любой специальности может заподозрить это нарушение по наличию атипичных симптомов, не вписывающихся в привычную клиническую картину заболевания и не подтвержденных данными параклинических методов обследования, выявив четкую связь возникновения болезни и эмоциональных переживаний пациента; по наличию биологических циркадных нарушений; отсутствию эффекта от стандартной терапии и положительному эффекту от применения методов психологической коррекции.

Лечение пациентов с ПСР должно проводиться не только специалистом соматического профиля, но и в обязательном порядке психологом, психотерапевтом или психиатром. Важно помнить, что психотерапия — это длительный процесс, поэтому главная задача стационарного этапа лечения заключается в купировании острого состояния больного. Для этого пациенту могут сразу же назначить антидепрессанты, также можно применить краткосрочную медикаментозную терапию для устранения болевого синдрома или нарушения сна, а уже затем подключить мощную психотерапию (с использованием групповых, аналитических и личностно ориентированных, когнитивно-поведенческих и других методик). Однако залог успеха психотерапии не в скорости, а в кропотливой работе по устранению причины заболевания, решению проблем пациента, касающихся не самой болезни, а его жизни в семье.

Среди широкого арсенала лекарственных средств, используемых для медикаментозного лечения симптомов депрессии у больных с ПСР, хотелось бы особо выделить инновационный мелатонинергический антидепрессант, агонист МТ₁- и МТ₂-рецепторов и антагонист 5-НТ_{2С}-рецепторов агонелатин (Мелитор® производства компании Servier, Франция). Этот препарат способствует восстановлению циркадных ритмов организма, что имеет важное значение с учетом тесной взаимосвязи между депрессией и нарушением цикла сон—бодрствование (проявляется трудностью засыпания, пробуждением в ночное или раннее утреннее время и неизбежно приводит к снижению дневной активности пациентов). Помимо ресинхронизации циркадных ритмов, позволяющей восстанавливать физиологическую последовательность и длительность фаз сна, Мелитор® эффективно влияет на

психического страдания, «молчаливые» эмоции?

весь широкий спектр симптомов депрессии, улучшая утреннее самочувствие, дневную активность пациента, позволяя ему вернуться к активной социальной и трудовой деятельности. Принципиально отличаясь от действия других антидепрессантов, Мелитор® быстро, уже через одну неделю терапии, уменьшает все ключевые симптомы депрессии: подавленное настроение, печаль, тревогу, трудности концентрации, пессимизм и постоянную усталость. Кроме того, для Мелитора характерен благоприятный профиль безопасности, что дает возможность назначать его пациентам с сопутствующей патологией без опасения развития лекарственных взаимодействий и синдрома отмены в случае необходимости резкого прекращения приема лекарственного препарата. Немаловажную роль играет удобство применения Мелитора (1-2 таблетки 1 р/сут вечером), что обеспечивает высокий комплаенс и позволяет достичь клинической эффективности лечения уже с первых дней терапии.

пациенты с депрессией имеют достоверно более высокий уровень С-реактивного белка, фактора некроза опухоли альфа (ФНО α), протромбогенного интерлейкина (ИЛ-6) и других провоспалительных цитокинов.

Что касается дополнительных терапевтических мер по коррекции психического состояния, применяемых у больных с ПСР, можно утверждать, что не все воздействия обеспечивают положительный результат. Как было показано в нескольких небольших контролируемых исследованиях, регулярные психотерапевтические беседы с больными, перенесшими ИМ, в ряде случаев не оказывали положительного эффекта, а иногда приводили к достоверно негативному результату. Анализ данных позволил прийти к заключению, что причина этого кроется в осознании больными наличия дополнительной проблемы (депрессии, панических атак) наряду с отсутствием ее решения. Именно поэтому в настоящее время большинство специалистов считают наиболее оправданным терапевтическим методом коррекции ПСР адекватную фармакотерапию.

Сегодня предпочтение отдается препаратам с сочетанием высокой специфической эффективности и кардиологической безопасности, в частности агомелатину и тианептину. Они пришли на смену трициклическим антидепрессантам, которые не получили одобрения кардиологов вследствие их высокой проаритмогенности и возможного снижения контрактильности миокарда при длительном приеме.

Поскольку курс лечения депрессивных состояний и других значимых психических расстройств, как правило, длится не менее полугода, вопрос безопасности лечения является отнюдь не праздным. Для кардиолога важным является тот факт, что агомелатин не влияет на захват моноаминов и не имеет родства с α - и β -адренергическими и другими рецепторами, т. е. лишен негативного взаимодействия с наиболее часто назначаемой базисной терапией. Переносимость Мелитора, в отличие от антидепрессантов других классов, сравнима с переносимостью плацебо (Journal of Affective Disorders 2009; 117: S26-S43).

Безопасность данного препарата доказана в многочисленных исследованиях. В отличие от многих других антидепрессантов, агомелатин не вызывает таких опасных и неприятных побочных эффектов, как седация, нарушения сна, сексуальная дисфункция, синдром отмены, а также не приводит к увеличению веса.

Не обладая кардиотоксичностью, Мелитор® не влияет на ЧСС, АД, показатели кардиограммы или уровень гликемии и липидов, что делает его удобным и безопасным для применения в кардиологической практике.

Результаты собственных клинических наблюдений свидетельствуют о том, что, восстанавливая нарушенные циркадные ритмы, агомелатин способствует улучшению сна, значительному уменьшению частоты приступов и снижению интенсивности болевых ощущений у больных с вазоспастической стенокардией.

Значимым положительным действием тианептина наряду со снижением депрессивной симптоматики является ослабление, а иногда и полное купирование панических атак. Однако следует помнить, что подобные улучшения развиваются после не менее чем месячного курса регулярной терапии.

множественный характер, отмечается тесная связь между эмоциональным напряжением, переутомлением и появлением симптомов со стороны желудка. Проявлениями невротической симптоматики могут быть тошнота и рвота; истерическая рвота сопровождается стремлением быть в центре внимания, поэтому всегда имеет демонстративный оттенок. У некоторых больных могут наблюдаться затруднения (дисфагия) и боль при глотании. Пациенты чувствуют затруднения при глотании, возникающие на разных уровнях пищевода, более выраженные при приеме жидкой пищи. В основе этого симптома лежит эзофагоспазм, который зачастую впервые возникает после сильного психического потрясения во время еды и в дальнейшем повторяется практически при каждом приеме пищи. При эзофагоспазме наблюдаются аффективные расстройства, постоянная тревога и страх перед употреблением пищи.

Классическим невротическим синдромом является globus hystericus, который чаще всего встречается у женщин молодого возраста. При этом больных беспокоит ощущение инородного тела (комка) в горле, чувство давления в области шеи, обычно ослабевающее во время еды. Считают, что это связано с невротическими чувствительными и двигательными нарушениями функции пищевода.

Типичным примером ПСР является синдром раздраженного кишечника (СРК). Неврогенные кишечные боли, характерные для этой патологии, многообразны по своему характеру и обычно усиливаются на фоне эмоционального напряжения и стрессовых ситуаций. Иногда возникают кишечные кризы, которые проявляются острой болью в животе, метеоризмом, громким урчанием, позывами к отхождению газов и дефекации. Пациенты с СРК фиксируют внимание на частоте, количестве и качестве опорожнений кишечника, что приводит к формированию тяжелого ипохондрического синдрома. Императивные позывы к дефекации у таких больных нередко возникают в наиболее несоответствующей ситуации, что отрицательно сказывается на психологическом состоянии больных.

Следует помнить, что диагностика ПСР у гастроэнтерологических пациентов представляет довольно непростую задачу. Как правило, клиническая картина заболевания у таких больных изобилует разнообразными, эмоционально окрашенными жалобами, сопровождающимися депрессивной симптоматикой (традиционно считается, что депрессия манифестирует стойким снижением настроения, заторможенностью). Необходимо отметить, что о депрессии можно говорить лишь в том случае, когда соответствующие симптомы сохраняются у пациента не менее 2 нед. Кроме этого, довольно часто у таких больных наблюдается снижение концентрации внимания, когнитивных способностей, самооценки и чувства уверенности в себе; иногда пациенты высказывают суицидальные мысли. Нередко клиническая симптоматика сопровождается расстройствами сна, нарушением аппетита (снижением или повышением) с соответствующими изменениями массы тела. Несмотря на то что эти симптомы может выявить любой врач во время целенаправленного опроса больного, окончательная верификация диагноза ПСР требует привлечения смежных специалистов — психоневрологов и психотерапевтов.

Оказание специализированной помощи при ПСР должно быть направлено главным образом на профилактику развития и прогрессирования таких расстройств. Длительный опыт комплексной терапии ПСР убедительно показывает, что среди разработанных способов лечения этой патологии ведущим является психофармакотерапия. Благодаря простоте использования, быстрому и выраженному лечебному эффекту при ПСР, а также безопасности применения современных антидепрессантов, в настоящее время значительно расширились возможности как стационарного, так и амбулаторного лечения данных состояний.

Подготовил **Антон Пройдак**



Особенности развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), формирующихся на фоне перенесенного психотравмирующего события, и их лечения охарактеризовала доктор медицинских наук, профессор Днепропетровской государственной медицинской академии Елена Акиндинова Коваль.

— Наиболее распространенными пережитой стрессовой ситуацией, по праву могут считаться ишемическая болезнь сердца (ИБС) и АГ, которыми в настоящее время страдает более половины населения Украины. Патогенетически взаимосвязаны с АГ сосудистая дистония и дисгормональная кардиомиопатия, встречающиеся не только у женщин, но и у мужчин.

По данным ВОЗ, сочетание депрессии и ССЗ отмечается в 15-20% случаев. По неутешительным прогнозам, депрессия к 2020 г. может стать одной из основных причин инвалидизации населения промышленно развитых стран. По данным World Health Survey (2007), депрессия снижает качество жизни людей больше, чем стенокардия, артрит, бронхиальная астма и сахарный диабет. Это подтверждено и результатами исследования INTERHEART, охватившего 52 страны, и позволившего в 32,5% наблюдаемых случаях выявить взаимосвязь развития инфаркта миокарда (ИМ) с дистрессовыми ситуациями.

Возможность формирования соматической патологии на фоне психических переживаний на сегодняшний день доказана целым рядом крупных клинических исследований. Результаты метаанализа 11 исследований с участием 36 тыс. человек свидетельствуют, что даже у не страдающих ССЗ пациентов с депрессией риск развития ИМ возрастает в 1,64 раза. Другой метаанализ 28 эпидемиологических исследований, включивший 80 тыс. человек, проведенный Van der Kooy и соавт., подтвердил роль депрессии как независимого фактора риска развития ИМ. В то же время было установлено, что при наличии психических нарушений усугубляется негативное воздействие всех традиционных факторов риска ССЗ.

Говоря об особенностях клинической картины и исходов ПСР, необходимо отметить, что, помимо очевидного ухудшения качества жизни больных, наличие депрессии, тревожности, панических атак оказывает негативное патогенетически и прогностически значимое влияние на течение и исход ССЗ. Кроме того, любое психопатологическое состояние способствует снижению приверженности пациентов к проводимой кардиологом терапии.

Среди выявленных учеными механизмов, значимо ухудшающих течение и исходы ССЗ, следует назвать развитие симпатовагального дисбаланса со снижением вариабельности сердечного ритма, увеличение реактивности и уровня агрегации тромбоцитов, эндотелиальной дисфункции — в таких условиях даже неинтенсивный дистресс самостоятельно может вызвать транзиторное снижение функции левого желудочка. Кроме этого,



Заместитель директора по научной работе ГУ «Институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины», доктор медицинских наук, профессор Галина Дмитриевна Фадеенко представила точку зрения гастроэнтеролога на проблему ПСР.

— При заболеваниях органов пищеварения вторичные психопатологические проявления наблюдаются в среднем в 86% случаев. Наиболее рас-

пространенным вариантом ПСР желудка является гастралгия. Помимо того, что боль в этих случаях может иметь