

М.Ю. Дробижев¹, А.А. Овчинников², К.Ю. Ретюнский³, С.В. Кикта⁴

¹НИЦ ГОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова; ²кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии Новосибирского государственного медицинского университета; ³кафедра психиатрии Уральского государственного медицинского университета; ⁴ФГУ Поликлиника №3 Управления делами Президента РФ, Москва

Медицинская психосоматика. По поводу одной даты

Возможность возрождения интереса к медицинской психосоматике связана с пересмотром ее целей и задач. Сформулированы основные варианты психосоматических соотношений, определяющие, как психическое расстройство и соматическая болезнь влияют друг на друга (провоцируют обострение, утяжеляют течение, предопределяют развитие клинического варианта). Показана возможность существования психических симптомов в пределах соматических заболеваний и соматических — в рамках психических расстройств. Представлены клинические примеры и рекомендации по организации психосоматической помощи.

Ключевые слова: психосоматика, психическое расстройство, соматическая болезнь, патогенез, организация помощи.

Контакты: Михаил Юрьевич Дробижев dmyu2001@mail.ru

Medical psychosomatics. Apropos of one date

M. Yu. Drobizhev¹, A. A. Ovchinnikov², K. Yu. Retyunsky³, S. V. Kikta⁴

¹I. M. Sechenov First Moscow State Medical University; ²Department of Psychiatry, Narcology, and Psychotherapy, Novosibirsk State Medical University; ³Department of Psychiatry, Ural State Medical University; ⁴Polyclinic Three, Department for Presidential Affairs of the Russian Federation, Moscow

The possibility of regenerating interest in medical psychosomatics is associated with the revision of its goals and objectives. The major types of psychosomatic ratios, which determine how a mental disorder and a somatic disease affect each other (provoke an exacerbation, aggravate their course, and predetermine the development of a clinical type), are formulated. The paper shows that there may be psychic symptoms within somatic diseases and the latter within mental disorders. It gives clinical examples and recommendations to optimize psychosomatic care.

Key words: psychosomatics, mental disorder, somatic disease, pathogenesis, organization of care.

Contact: Mikhail Yuryevich Drobizhev dmyu2001@mail.ru

Для отечественной медицины 2011 г. богат на памятные события. Среди них не должна затеряться одна круглая дата. В 1811 г. знаменитый английский поэт-романтик и не менее выдающийся философ-идеалист Сэмюэл Колридж в одном из эссе написал «моя психосоматическая наука» [1]. Таким образом, у истоков этой дисциплины стоял не врач и даже не ученый-естествоиспытатель. Вероятно, это случилось потому, что в медицине XVIII века преобладали материалистические идеи. По всей видимости, они казались поэту-романтику и тяжело больному человеку (страдавшему от опийной наркомании, а также ее соматических осложнений) весьма приземленными, а главное неэффективными с терапевтической точки зрения. Исправить эту ситуацию была призвана психосоматика, которая в дальнейшем развивается во многом как «романтическая» наука.

Среди ее признанных лидеров преобладают психологи, философы, психиатры, убежденные в существовании психических процессов, определяющих не только расстройства психики, но и соматические болезни (далее просто болезни или заболевания). Такие процессы описывали с позиций психоанализа, теории эмоционального конфликта, концепций личностных профилей, неспособности к эмоциональному резонансу и т. д. В условиях явного дефицита знаний о происхождении большинства заболеваний легко допускали, что «бессознательные конфликты», не находя выхода, нарушают нервную регуляцию органов или их систем (отсюда ут-

верждение: «все болезни от нервов»). В результате возникают ИБС, бронхиальная астма, язвенный колит, артериальная гипертензия, нейродермит, ревматоидный артрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки и др.

Попытки приписать психическим процессам ведущую роль в формировании заболеваний сопровождались усилиями по выявлению связи «бессознательных конфликтов» с так называемыми функциональными симптомами. Считали, что эти симптомы (разнообразные неприятные ощущения в различных частях тела, сердцебиение, боль в груди и т. д.), часто наблюдающиеся у пациентов при отсутствии явной патологии внутренних органов, имеют символический характер. Их демонстрация является попыткой разрешения внутреннего психического конфликта. Например, боль означает чувство вины, стремление к любви, зажатость, страх или нереализованные идеи.

Все эти представления были очень далеки от повседневной практики врачей терапевтических и хирургических специальностей. Они привыкли к тому, что симптом связан с течением заболевания и отражает нарушение функций органов. Если же никаких нарушений нет, а есть лишь символическая демонстрация, то такое состояние легко принять за симуляцию или попытку мошенничества. А это вряд ли могло вызвать интерес к психосоматике. К тому же упомянутые концепции психоанализа, эмоционального конфликта, личностных профилей все более контрастировали с объектив-

ными патологоанатомическими и патофизиологическими данными. Медицина пополняла свой арсенал эффективными фармакологическими средствами и хирургическими методами. Между тем «романтическая» психосоматика продолжала продуцировать гипотезы, которые существовали скорее в книгах, нежели на практике (коэнестезия, гипер- и гипоконестезиопатия, невропатический и проприоцептивный диатез, соматотония, соматопатия, соматопсихоз, имплицитированные психопатологически-соматические расстройства и т. д.). Вместе с гипотезами разрабатывались психотерапевтические методики. Однако они не могли использоваться при лечении заболеваний, а их эффективность при функциональных симптомах была далеко не так очевидна.

В итоге у практикующих врачей интерес к психосоматике все больше угасал. Например, судя по данным сайта «Consilium Medicum» (<http://consilium-medicum.com/>), за последние 11 лет в ведущих медицинских изданиях России опубликовано всего 26 работ, в которых встречается термин «психосоматика». Аналогичный поиск за последние 10 лет на сайте Национальной медицинской библиотеки США (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>, Medical Subject Headings) позволяет выявить из десятков тысяч публикаций только 410, содержащих термин «психосоматическая медицина».

Возможность возрождения интереса к психосоматике, особенно у практикующих врачей, связана с пересмотром того, что и как должна изучать эта область медицины. Очевидно, что место попыток найти психические процессы, ответственные за развитие заболеваний, в медицинской психосоматике должны занять клинические категории из МКБ-10 [2]. Соответственно будут изучаться взаимосвязи (или психосоматические соотношения) между психическими расстройствами, с одной стороны, и болезнями, с другой. Редукционизм¹ такого подхода очевиден. Однако это позволит приступить к анализу психосоматических соотношений, связывающих привычные для врачей клинические категории — рубрики из МКБ-10, — и приблизить медицинскую психосоматику к медицине в целом.

Такому сближению поможет и формулировка ограниченного числа понятных задач, стоящих перед дисциплиной. Необходимо изучать психосоматические соотношения, при которых психическое расстройство способствует возникновению заболевания или влияет на уже существующую болезнь. Например, провоцирует ее обострение, утяжеляет течение или предопределяет развитие клинического варианта. Очевидно также, что медицинская психосоматика не может ограничиться изучением однонаправленных психосоматических соотношений — от психического к соматическому. Следует рассматривать и противоположные взаимосвязи: формирование в процессе болезни психического расстройства или ее влияние на его течение (провоцирует обострение, утяжеляет течение или предопределяет развитие клинического варианта). Важно также, чтобы все эти соотношения изучались с учетом современных представлений об этиологии и патогенезе заболевания, эффектах фармакотерапии и хирургических вмешательств, особенностях организации помощи больным.

Тот же подход может быть применен и для изучения «функциональных» симптомов, которые теперь все чаще на-

зывают соматическими. В частности, формирование этих симптомов стоит рассматривать в качестве особого варианта психосоматических соотношений. Так, могут изучаться взаимосвязи между психическими и соматическими симптомами в пределах одной рубрики из пятого класса МКБ-10 (психические расстройства и расстройства поведения) [2]. Важно анализировать и противоположную ситуацию. Имеются в виду психосоматические соотношения между соматическими и психическими симптомами в пределах разных рубрик остальных двадцати классов МКБ-10 (болезни, состояния, врожденные аномалии и т. д.) [2]. Понятно, что все эти взаимосвязи также должны получить объяснение с учетом современных научных данных. Перейдем теперь к примерам психосоматических соотношений, сгруппированным в соответствии с задачами медицинской психосоматики.

К психическим расстройствам, ведущим к развитию заболеваний, относятся разнообразные синдромы зависимости, вызванные употреблением психоактивных веществ. В частности, алкоголизм сопровождается поражением сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, желудка, печени и поджелудочной железы, почек, полигландулярной недостаточностью эндокринной системы, иммунным истощением, травмами. Такие психосоматические соотношения возникают в силу того, что алкоголь обладает токсическим воздействием на мембраны клеток, нарушает деятельность головного мозга, расширяет сосуды и увеличивает теплоотдачу. Отсюда многочисленные травмы и отморожения. Кроме того, при окислении алкоголя в организме образуется ядовитое вещество — ацetalдегид, вызывающее развитие хронической интоксикации. Причем особенно сильное токсическое влияние ацetalдегид оказывает на стенки сосудов (стимулирует прогрессирование атеросклероза), ткани печени (алкогольный гепатит).

К развитию заболеваний могут привести любые психические расстройства, сопровождающиеся: суицидальными попытками (например, шизофрения, расстройства настроения, личности и т. д.); злоупотреблением веществ, не вызывающих зависимости (антидепрессанты, слабительные, анальгетики, а также народные средства лечения и др.); нарушениями пищевого поведения (нервные анорексия и булимия). Действительно, в первом случае (суицидальные попытки) неизбежны травмы органов, последствия которых могут быть необратимыми. Как при суицидальных попытках, так и при злоупотреблении различными веществами возможно развитие интоксикации с последующим поражением различных органов и систем. При нервной анорексии из-за патологии электролитного обмена возникают нарушения ритма сердца, нередко приводящие к внезапной сердечной смерти, а также связанная с замедлением обмена веществ патология других органов (печени, почек и т. д.). Нервная булимия сопровождается развитием ожирения. Возможно также, что существенная часть случаев этого заболевания вообще формируется по механизмам психического расстройства: синдрома зависимости (пищевой аддикции). Во всяком случае недавно опубликованные данные свидетельствуют о том, что ожирение отличает ряд клинических признаков, характерных для аддиктивных синдромов (см. таблицу).

¹Здесь метод анализа, при котором более сложные явления сводятся к более простым. При этом понимание общей картины явления достигается за счет изучения небольшого количества простых исходных принципов.

К перечисленным признакам надо добавить своеобразную анозогнозию, свойственную любым синдромам зависимости. Так, пациенты с ожирением не считают себя больными. Они утверждают, что «едят, столько же или даже меньше, чем окружающие».

Если ожирение имеет «психическое» происхождение, то это обстоятельство может существенно повысить роль медицинской психосоматики. Хорошо известно, что ожирение из-за неблагоприятного влияния на АД, чувствительность тканей к инсулину является одним из основных факторов риска развития артериальной гипертензии, ИБС и сахарного диабета (СД) 2-го типа. Соответственно, психосоматические корни появляются у этих самых распространенных и социально значимых заболеваний.

Рассмотрим противоположные психосоматические соотношения, когда *заболевание способствует возникновению психического расстройства*, например, осложняется развитием деменции. Так, артериальная гипертензия, усугубляющая атеросклеротические процессы в сосудах головного мозга, традиционно считается болезнью, предрасполагающей к формированию сосудистой деменции [4]. Имеются данные о развитии сосудистой деменции при хронической сердечной недостаточности [5]. Предполагается, что этому способствуют нарушения церебральной гемодинамики в условиях длительной гипотонии.

Достаточно часто упоминается о заболеваниях, способствующих развитию психозов, которые в МКБ-10 квалифицируются как «Делирий, не вызванный алкоголем или другими психоактивными веществами» или «Другие психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью» [2]. Среди таких заболеваний — болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека, онкологические заболевания [6]. Считается, что они непосредственно (энцефалит, опухолевой процесс) или с «участием» побочных эффектов препаратов (цитостатики, иммуномодуляторы, глюкокортикоиды — ГК) нарушают работу ЦНС и способны спровоцировать развитие психоза.

Еще одним примером того, как заболевание может способствовать развитию психических расстройств, являются реакции пациентов, возникающие в период адаптации к болезни. Эти реакции в отечественной литературе нередко обозначаются термином «нозогении» (нозогенные реак-

ции), а в МКБ-10 квалифицируются в пределах расстройства приспособительных реакций [7]. Чаще всего они возникают при заболеваниях (состояниях), угрожающих жизни (инфаркт миокарда, острые нарушения мозгового кровообращения, тяжелые сочетанные травмы, злокачественные новообразования, перитонит). Расстройства приспособительных реакций характерны также для болезней, при которых показаны оперативные вмешательства (перитонит, почечно-каменная болезнь, глаукома, катаракта, миома матки). Наконец, эти реакции возникают на фоне заболеваний, приводящих к инвалидизации (СД, артериальная гипертензия, инфаркт миокарда, острые нарушения мозгового кровообращения, тяжелые сочетанные травмы, бронхиальная астма, дыхательная недостаточность). Происхождение таких психосоматических соотношений очевидно. Пациенты не могут адаптироваться к тяжелому заболеванию. В результате возникает расстройство приспособительных реакций.

Следующий вариант психосоматических соотношений связан с возможностью того, что *психическое расстройство провоцирует обострение заболеваний*. В качестве примера можно привести воздействие на течение заболевания острой реакции на стресс. Это транзиторное, но достаточно тяжелое психическое расстройство развивается в ответ на серьезную психотравмирующую ситуацию и сопровождается рядом патофизиологических процессов (повышением активности гипофиза, увеличением массы коркового слоя надпочечников с уменьшением содержания в них липидов и холестерина, увеличением выведения из организма ГК, инволюцией тимико-лимфатического аппарата, возникновением язв желудочно-кишечного тракта). Соответственно, острая реакция на стресс может быть триггером, провоцирующим обострение многих заболеваний, если они протекают по особому варианту [8]. Этот вариант должен отличаться наличием патогенетических механизмов, способствующих повышению чувствительности к внешним провоцирующим факторам.

Например, у больных инфарктом миокарда, спровоцированным острой реакцией на стресс, выявляется большая распространенность коронарного кальциноза в многочисленных мелких дистальных сегментах коронарных артерий [8]. Такое атеросклеротическое поражение коронарного русла предрасполагает к более частым приступам ишемии миокарда. В результате снижается порог чувствительности к

Сравнение клинических признаков синдрома зависимости в МКБ-10 [2] и ожирения [3]

Синдром зависимости	Ожирение
Сильная и постоянная потребность в приеме вещества	Сильная и постоянная потребность в приеме пищи
Неспособность контролировать дозу вещества	Неспособность контролировать количество пищи
Патофизиологические (спонтанные) состояния отмены	Спонтанные попытки уменьшить количество пищи
Использование того же или сходного вещества, чтобы избежать состояния отмены	Использование различных продуктов (диет), чтобы избежать состояния голода
Признаки нарастания толерантности к веществу	Способность в течение длительного времени употреблять значительное количество пищи
Прогрессирующее увеличение затрат времени, средств из-за употребления вещества	—
Употребление вещества, несмотря на очевидные вредные последствия	Употребление больших количеств пищи, несмотря на очевидные вредные последствия

любому воздействию, включая и острую реакцию на стресс. Сходные психосоматические соотношения наблюдаются у больных бронхиальной астмой. При этом заболевании острая реакция на стресс является одним из триггеров острой бронхообструкции (приступ астмы) у больных с высокой реактивностью бронхиального дерева [9].

В качестве иллюстрации противоположных психосоматических соотношений (*болезнь провоцирует обострение психического расстройства*) можно упомянуть некоторые острые заболевания (респираторные инфекции верхних дыхательных путей, грипп) или декомпенсации хронических (сердечная недостаточность, почечная недостаточность и т. д.), сопряженные у больных деменцией различного происхождения (сосудистая деменция, болезнь Альцгеймера и т. д.) с развитием психозов. То же расстройство нередко наблюдается у этих пациентов после оперативных вмешательств. Причины формирования указанных психосоматических соотношений изучены далеко не достаточно. Хотя в некоторых случаях они могут быть легко поняты. Например, при операциях нельзя обойтись без наркоза, кровопотери и т. д. Все это сопряжено с нарушением активности нейронов головного мозга, деятельность которых и без того нарушена деменцией.

Примером *психического расстройства, утяжеляющего течение заболевания* (ИБС, артериальная гипертензия, бронхиальная астма), является депрессия. Ее негативное влияние на исход многих болезней прослеживается как на эпидемиологическом (уровень смертности, инвалидизации и т. д.), так и на клиническом (тяжесть болезни, развитие ее осложнений и т. д.) уровнях [10]. Формирования таких психосоматических соотношений связывают с нарушением при депрессии нейрональной регуляции соматических функций из-за падения активности дофаминовых, норадреналиновых и серотониновых нейронов в лимбической системе и префронтальной коре. Кроме того, при этом психическом расстройстве наблюдается отказ от соблюдения рекомендованного режима и схемы лечения. А это также негативно сказывается на исходах болезней.

Психическое расстройство может способствовать утяжелению заболевания и иными путями. Например, сравнительно недавнее исследование продемонстрировало возможность ухудшения течения ИБС (вплоть до летального исхода) у больных шизофренией вследствие ограниченного доступа к специализированной кардиологической помощи [11]. Свой вклад в утяжеление ИБС вносило и использование некоторых антипсихотиков (в первую очередь, тioriдазина — сонапакса), а также противопаркинсонических холинолитических средств (тригексифенидил — циклодол), оказывающих неблагоприятное воздействие на проводимость сердца и/или уровень АД.

Представление о том, что заболевания способствуют утяжелению течения психических расстройств, достаточно распространено в литературе. При этом, как правило, упоминают об аффективных расстройствах. Однако в подавляющем большинстве случаев дело ограничивается лишь ссылками на то, что болезнь может оказывать выраженное и непосредственное влияние на аффективные расстройства, увеличивая тяжесть и продолжительность депрессивных симптомов [10,

12]. В то же время вне полноценного научного анализа оказываются механизмы такого негативного влияния. Значительно больше изучены психосоматические соотношения, связывающие утяжеление бессонницы (расстройств сна) с развитием заболевания [13]. Формирование таких взаимосвязей обусловлено негативным влиянием на сон проявлений болезни, недостаточно комфортных условий стационара и т. д.

Существуют единичные исследования, указывающие на возможность того, *что психические расстройства могут способствовать развитию определенного варианта течения заболевания*. В частности, показано, что развитие атеросклеротического процесса в артериях нижних конечностей (в отличие от атеросклероза другой локализации, например, коронарного) способствует зависимости от алкоголя с систематическим употреблением большого количества спиртного и сформировавшейся алкогольной деменцией [14]. Возникновение таких психосоматических соотношений связывают с особой тропностью алкоголя не только к нервной, но и к мышечной ткани. Соответственно, в первую очередь будут поражаться крупные, расположенные дальше от сердца артерии, содержащие больше гладких мышечных волокон в среднем слое. Именно в этих сосудах будут создаваться «наилучшие» условия для развития атеросклеротического процесса.

Показано также, что острые тревожные расстройства способствуют развитию кризового течения эссенциальной артериальной гипертензии. По-видимому, эти психосоматические соотношения формируются из-за повышения активности симпатической нервной системы [15]. Во всяком случае у таких пациентов отмечаются более высокие (по сравнению с больными гипертонической болезнью без психических расстройств) уровни прессорных аминов (адреналина и норадреналина) в суточной моче.

Существуют отдельные указания на то, что *заболевания также могут способствовать развитию определенного варианта психического расстройства*. В частности, высказываются предположения о существовании депрессии, индуцированной воспалением [16]. Как следует из названия, этот вариант расстройства возникает у больных с хроническим воспалением и определяется воздействием различных его факторов (например, цитокинов) на головной мозг. Вместе с тем не ясно, является ли индуцированная воспалением депрессия лишь патогенетическим или еще и клиническим вариантом психического расстройства.

Психосоматические соотношения между *психическими и соматическими симптомами в пределах психического расстройства* могут быть проиллюстрированы на примере тревожно-фобических состояний². Для них характерны два типа симптомов [17]. С одной стороны, соматические: головокружение, сердцебиение, боль, одышка, удушье, нехватка воздуха, дрожь, мышечное напряжение, потливость, приливы, покраснение лица, тошнота, дискомфорт в эпигастриальной области, частые позывы к мочеиспусканию или дефекации. С другой, психические: страх (фобии) и тревога (беспокойство, волнение, напряжение, тревожное ожидание), избегающее поведение.

Психосоматические соотношения между ними выглядят следующим образом. Когда соматические симптомы

²В нашей стране они нередко квалифицируются как «надсегментарные вегетативные расстройства», «вегетативная дистония», «вегетативные расстройства», «вегетозы», «нейроциркуляторная дистония», «гипервентиляционный синдром», «функциональные психосоматические расстройства».

возникают пароксизмально в виде приступов (панических атак), сопровождаются острым страхом, диагностируются «паническое расстройство». Нередко панические атаки носят столь тягостный характер, что заставляют больных избегать ситуаций, в которых они возникают («избегающее поведение»). В частности, пациенты чураются приема пищи на людях, публичных выступлений, встреч с противоположным полом. Такое состояние определяется как «социофобия». Некоторые больные избегают открытых пространств, а также широкого круга близких к ним ситуаций (например, поездки в лифте, на различных видах транспорта — в метро, самолетах и т. д.), когда невозможно быстро вернуться в безопасное место (чаще — домой). Это расстройство называется «агорафобия». Наконец, если соматические симптомы сопровождаются тревогой (беспокойство, волнение, напряжение, тревожное ожидание), все эти нарушения носят стойкий (генерализованный) характер и не связаны с какими-либо определенными обстоятельствами, диагностируются «генерализованное тревожное расстройство».

В основе рассмотренных психосоматических осложнений лежат нарушения обмена нейротрансмиттеров (серотонина, норадреналина и гамма-аминомасляной кислоты — ГАМК) [18]. Снижение активности ГАМК, обеспечивающей торможение в самых разных нейронах ЦНС (в кортико-стриально-таламо-кортикальной петле, миндалевидном теле), предшествует манифестации как соматических, так и психических проявлений тревоги. Вероятно, серотониновые и норадреналиновые нейроны пытаются «бороться» с дефицитом активности ГАМКергической системы. При этом наблюдается их компенсаторная гиперфункция. Однако серотонин и норадреналин в отличие от ГАМК не «специализируются» на торможении. Считается, что они способны уменьшить возбуждение ГАМК-нейронов в кортико-стриально-таламо-кортикальной петле. В то же время в области миндалевидного тела активность серотонина и норадреналина ведет к обратному результату. Появляются острый страх и соматические симптомы, свойственные приступам паники (паническим атакам). Причем с избытком норадреналина ассоциируются кардиальные (приступы страха с сердцебиением, болями в груди, иногда увеличением числа сокращений сердца и АД) и гипервентиляционные (приступы страха с ощущением одышки, удушья, нехватка воздуха с «комом» или другой «преградой» в горле, иногда с ростом числа дыхательных движений) панические атаки. Повышенная серотониновая активность связана с развитием гастроинтестинальных панических атак (страх с тошнотой, дискомфортом в эпигастрии, утратой аппетита, иногда позывами на дефекацию).

Дальнейшее снижение активности ГАМК, обеспечивающей торможение в самых разных нейронах ЦНС, ведет к истощению норадреналиновой и серотониновой активности. Панические атаки при этом редуцируются. На первый план в клинической картине тревожных расстройств выступают психические симптомы в виде избегающего поведения (социофобия, агорафобия), постоянной (генерализованной) тревоги. Кроме того, в связи с падением норадреналиновой и серотониновой активности нейронов прекращается работа одной из обезболивающих (антиноцицептивных) систем, обеспечивающих отсечение от головного мозга избыточной импульсации от внутренних органов. При этом появляются стойкие и продолжительные соматические симптомы, возникновение которых никак не связано с внешней провокацией.

В качестве примера обратных психосоматических соотношений (*соматические и психические симптомы при заболевании*) можно рассмотреть гипервентиляционные панические атаки, возникающие при бронхиальной астме и эссенциальной артериальной гипертензии, на фоне нарушений функции внешнего дыхания [19]. Так, у больных бронхиальной астмой определяются свойственные этому заболеванию признаки бронхообструкции. Характерно снижение объема форсированного выдоха за 1-ю секунду и максимальной объемной скорости выдоха на всем протяжении бронхиального дерева. У пациентов с эссенциальной артериальной гипертензией выявлены умеренные рестриктивные изменения (их причины требуют специального анализа). В частности, обнаруживается некоторое снижение жизненной емкости легких при нормальных показателях бронхиальной проходимости.

Различается и клиника гипервентиляционных панических атак. Так, у больных бронхиальной астмой вне приступа бронхообструкции отмечаются жалобы на внезапное появление одышки с ощущением нерегулярности (неравномерности), прерывистости дыхательных движений. Как правило, такие жалобы сопровождаются умеренным страхом и возникают в связи с широким набором ситуационных и средовых триггеров: душные помещения, неприятные запахи, длительная инсоляция. Гипервентиляционные панические атаки у больных эссенциальной артериальной гипертензией проявляются приступами одышки со страхом, тяжелым, требующим дополнительных усилий дыханием, сопряженным с ощущением того, что грудная клетка сдавлена, зажата. Такие атаки возникают при ношении тесных воротничков, сковывающей движения «тяжелой» одежды. Характерна их сопряженность с двигательной активностью (поездки в метро, на наземном транспорте).

Возникновение рассмотренных психосоматических соотношений связано с возбуждением норадреналиновых нейронов, пытающихся компенсировать нарушение функции внешнего дыхания за счет увеличения частоты дыхательных движений. Степень этого возбуждения может превысить порог, после которого развивается паническая атака, по сути сходная с теми, которые наблюдаются при наличии тревожно-фобического расстройства. Однако в структуре рассматриваемых панических атак наряду со страхом и одышкой отмечаются ощущения, являющиеся фактически гиперболой жалоб, встречающихся при нарушениях функции внешнего дыхания. Действительно, важнейшим клиническим проявлением бронхиальной астмы является рецидивирующая острая бронхообструкция, возникающая в связи с широким кругом триггеров («хрупкое дыхание»). При эссенциальной артериальной гипертензии с вентиляционной недостаточностью по рестриктивному типу требуются дополнительные затраты энергии на совершение маневра вдоха и выдоха («тяжелое дыхание»). В результате повышается чувствительность к любым факторам, ограничивающим экскурсию грудной клетки и/или увеличивающим работу дыхания.

Многочисленные (в том числе и недостаточно изученные) примеры психосоматических соотношений свидетельствуют о том, что приведенная выше формулировка цели и задач медицинской психосоматики предоставляет исследователям широкое поле деятельности. Причем это поле никак не затрагивает область интересов иных родственных ди-

сциплин. Остается чрезвычайно много проблем для психологической и философской психосоматики. В частности, первая из указанных дисциплин могла бы сосредоточиться на анализе психосоматических соотношений между особенностями личности и физиологических процессов больного, «внутренней» и «внешней» картиной болезни (ее восприятием и характером течения) и т. д. В пределах философской психосоматики рационально сконцентрировать внимание на категориях духовного и телесного.

Существование множества неоднородных психосоматических соотношений между разными рубриками МКБ-10 заставляет отказаться от бесплодных попыток выделить психосоматические расстройства в особую клиническую категорию, отграничив их от «чисто» психической патологии, с одной стороны, и заболеваний, с другой. Соответственно, можно прекратить разработку классификаций таких расстройств. Высвободившиеся при этом силы следует направить на углубленное изучение наиболее значимых (в клиническом и социальном плане) психосоматических соотношений между рубриками МКБ-10 и/или их проявлениями (симптомами). Очевидно, что лишь такой процесс рано или поздно приведет к повышению роли медицинской психосоматики.

Многообразие психосоматических соотношений подразумевает, что они могут быть выявлены у большого числа пациентов. Но даже небольшую часть таких больных невозможно собрать в пределах специализированных отделений (психосоматических для более легких случаев или соматопсихиатрических для тяжелых). Различные психосоматические соотношения и в дальнейшем будут наблюдаться в медицинских учреждениях разного профиля. Все это свидетельствует о необходимости создания образовательной программы для врачей разных специальностей, которая должна включать навыки распознавания психосоматических соотношений, их варианта (психическое расстройство и заболевание; существует их возникновению или влияет на уже существующие; взаимосвязи между психическими и соматическими симптомами в пределах психического расстройства или заболевания), определение потребности в консультативной помощи, план лечебных мероприятий и способы их осуществления.

Характер и происхождение многих из представленных психосоматических соотношений свидетельствуют о том, что в медицинской психосоматике можно использовать не только психо-, но и фармакотерапию, например, алимемазином (тералиджен), синтезированным более полувека назад и по структуре сходным как с антипсихотиками (аминазин — хлорпромазин), так и некоторыми антидепрессантами (кломипрамин — анафранил и имипрамин — мелипрамин) [20]. Уже упоминалось о психосоматических соотношениях, объединяющих заболевания с возникновением расстройства приспособительных реакций, а также утяжелением бессонницы (расстройств сна). Прервать эти взаимосвязи можно, если уменьшить выраженность неприятных ощущений (боль, сердцебиение, одышка и т. д.). Желательно также, чтобы пациент поменьше «вспоминал» о своем заболевании и не прислушивался к себе. Добиться этого можно, назначив тералиджен. Являясь ингибитором обратного захвата норадреналина и серотонина в ЦНС, препарат способен восстановить (усилить) работу обезболивающих систем. Кроме того, он оказывает седативный (снотворный) эффект, блокируя центральные М₁-холинорецепторы, альфа₁-адренорецепто-

ры, Н₁-гистаминовые рецепторы и снижая, таким образом, активность ацетилхолиновых, норадреналиновых и гистаминовых нейронов, обеспечивающих работу памяти, внимание и уровень бодрствования.

При психических расстройствах, влияющих на течение заболевания, необходимо блокировать противоположные психосоматические соотношения. Например, при паническом расстройстве, предрасполагающем к кризовому течению эссенциальной артериальной гипертензии, важно снизить избыточную активность симпатической нервной системы. Для этого может быть использована способность тералиджена блокировать периферические альфа₁-адренорецепторы. В рассматриваемой ситуации не лишним будет и описанный выше седативный (снотворный) эффект. При депрессиях, утяжеляющих течение различных заболеваний из-за нарушения нейрональной регуляции органов, также может быть назначен тералиджен, обладающий антидепрессивным эффектом как центральный ингибитор обратного захвата норадреналина и серотонина и повышающий активность соответствующих нейронов в головном мозге.

Показания для назначения тералиджена могут быть сформулированы и с учетом психосоматических соотношений между психическими и соматическими симптомами в пределах одного расстройства или заболевания. Некоторые особенности механизма действия препарата (блокада центральных и периферических альфа₁-адренорецепторов, седативный эффект) позволяют использовать его при лечении кардиальных и гипервентиляционных панических атак, причем в пределах как тревожно-фобических расстройств, так и заболеваний. Свойство тералиджена увеличивать активность норадреналиновых и серотониновых нейронов может быть востребовано при лечении социофобии, агорафобии и генерализованного тревожного расстройства.

Изучение различных психосоматических соотношений способствует разработке новых подходов к лечению как психических расстройств, так и заболеваний. В качестве примера можно привести использование данных о том, что при гипотиреозе в головном мозге нарушаются обмен и продукция ряда нейротрансмиттеров, в первую очередь серотонина. Между тем дефицит этого вещества является одним из важных элементов патогенеза депрессии. Вот почему это психическое расстройство часто наблюдается при гипотиреозе. Выдвинуто предположение, что назначение вместе с антидепрессантами высоких доз трийодтиронина, имитирующих резкое повышение функции щитовидной железы, может быть полезно при лечении затяжных, резистентных к терапии депрессий [21].

Примером нового подхода к лечению заболеваний, возникшего на основе анализа психосоматических соотношений, являются рекомендации по использованию антидепрессантов и некоторых антипсихотиков (тералиджен) при лечении неврологических заболеваний, сопровождающихся болевым синдромом [22]. В ходе изучения психических расстройств (депрессий, тревожных расстройств) обнаружено, что их соматические симптомы могут формироваться на фоне снижения активности упоминавшейся выше антиноцицептивной (обезболивающей) системы, обеспечивающей отсечение от головного мозга избыточной импульсации от внутренних органов. Для повышения активности этой системы необходимо усилить деятельность норадреналиновых и серотониновых нейронов. Этого можно добиться, назна-

Тералиджен®

От **SOS** ТОЯНИЙ
ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ

Тералиджен®
уникальный
вегетостабилизатор!

- Эффективно устраняет вегетативные нарушения благодаря комплексному влиянию на рецепторы ЦНС
- Купирует все проявления тревоги и стресса
- Наступление эффекта через 10—15 минут
- Безопасен для больных пожилого возраста
- Может назначаться детям с 7 лет
- Доступен по цене



ОАО «Валента Фарм»

Москва, ул. Генерала Дорохова, д. 18, стр. 2
тел. (495) 933-60-80, факс (495) 933-60-81



чив антидепрессанты или некоторые антипсихотики (терапиджен), способные увеличить содержание норадреналина и серотонина в головном мозге. Но те же свойства препаратов можно использовать и при лечении неврологических заболеваний, сопровождающихся болевым синдромом.

Завершая обсуждение различных аспектов практического использования медицинской психосоматики, следует отметить, что у одного и того же больного одновременно

может наблюдаться несколько психических расстройств и заболеваний. Соответственно будут формироваться два, три и более вариантов психосоматических соотношений. Причем все они могут вступать во взаимодействие. В этой ситуации одна из ближайших задач медицинской психосоматики — разработка модели, позволяющей учитывать при постановке диагноза и определении плана лечения сразу несколько психосоматических соотношений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бройтигам В., Кристиан П., Рад. М. Психосоматическая медицина. Пер. с нем. М.: ГЭОТАР-Медиа, 1999;376 с.
2. Международная классификация болезней МКБ-10. Электронная версия. <http://www.mkb10.ru>.
3. Дробижев М.Ю., Копылов Ф.Ю. Избыточный вес, ожирение и гипертоническая болезнь среди больных, обратившихся за медицинской помощью. Эффект фармако-тер в эндокринологии 2010;4:64—70.
4. Яхно Н.Н., Дамулин И.В. Дисциркуляторная энцефалопатия и сосудистая деменция у пожилых. РМЖ 1997;5(20):1334—8. <http://www.rmj.ru/main.htm/rmj/t5/n20/5.htm>.
5. Дробижев М.Ю., Дзантиева А.И., Макух Е.А. Сосудистая деменция в общей медицине (аспекты эпидемиологии, беременности болезни, терапии). Психиатр и психофармаколог 2006;5:16—20.
6. Выборных Д.Э., Иванов С.В., Савченко В.Г. Соматогенные и соматогенно спровоцированные психозы при гемобластазах. Псих расстр в общ мед 2006; 1(1):27—31. http://old.consilium-medicum.com/media/prom/06_01/27.shtml.
7. Дробижев М.Ю. Нозогении (психогенные реакции) при соматических заболеваниях. Дис. докт. мед. наук. М., 2000;294 с.
8. Сыркин А.Л., Смулевич А.Б., Дробижев М.Ю. и др. Особенности патогенеза, клиники и течения психогенно спровоцированных инфарктов миокарда. Клинический журнал 2005;2:30—3.
9. Овчаренко С.И., Дробижев М.Ю., Ищенко Э.Н. и др. Бронхиальная астма с явлениями гипервентиляции. Пульмонология 2001;4:36—41.
10. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Дробижев М.Ю. и др. Психокardiология. М.: МИА, 2005;784 с.
11. Сыркин А.Л., Смулевич А.Б., Новикова Н.А. и др. Ишемическая болезнь сердца у больных шизофренией (клинико-эпидемиологическое исследование). Кардиология 2007;3:19—24.
12. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. М.: МИА, 2003;432 с.
13. Sarsour K., Morin C.M., Foley K. et al. Association of insomnia severity and comorbid medical and psychiatric disorders in a health plan-based sample: Insomnia severity and comorbidities. Sleep Med 2010;11(1):69—74.
14. Дадвани С.А., Сыркин А.Л., Дробижев М.Ю. и др. Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей и ишемическая болезнь сердца: клинико-патогенетические соотношения. Клинический журнал 2001;79(11):16—9.
15. Копылов Ф.Ю., Сыркин А.Л., Дробижев М.Ю. и др. Клинические и психосоматические особенности течения гипертонической болезни в условиях хронического стресса. Клинический журнал 2008;2:23—6.
16. Rook G.A., Lowry C.A., Raison C.L. Lymphocytes in neuroprotection, cognition and emotion: Is intolerance really the answer? Brain Behav Immun 2011;25(4):591—601.
17. Дробижев М.Ю., Овчинников А.А. Патогенетическая психофармакотерапия тревожных расстройств. Социальный и клинический психиатр 2010;4:112—6.
18. Stahl S.M. Stahl's essential psychopharmacology: neuroscientific basis and practical application. 3rd ed. Cambridge University Press, 2008;1117 p.
19. Овчаренко С.И., Сыркин А.Л., Дробижев М.Ю. и др. Гипервентиляционный синдром. Сопоставление клинической картины и функции внешнего дыхания при бронхиальной астме, гипертонической болезни, паническом расстройстве. Пульмонология 2004;4:17—21.
20. Справочник Видаль. Лекарственные препараты в России. www.vidal.ru.
21. Фадеев В.В., Мельниченко Г.А. Гипоти-реоз (рук-во для врачей). М.: РКИ Северо-пресс, 2002;216 с.
22. Акарачкова Е.С., Дробижев М.Ю., Воробьева О.В. и др. Неспецифические боли и депрессия в неврологии. Журнал неврологии и психиатрии 2008;12:4—10.