

Психосоматичний підхід до менеджменту хронічних захворювань: взаємовплив стресу та імунітету

О.О. ХАУСТОВА, д. мед. н., професор

/Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, Київ/

Резюме

Психосоматический подход к менеджменту хронических заболеваний: взаимовлияние стресса и иммунитета

Е.А. Хаустова

Статья посвящена вопросам менеджмента хронических заболеваний с точки зрения психосоматической медицины места, роли и взаимодействия стресса и иммунной системы в патогенезе хронических психических и соматических неинфекционных и инфекционных заболеваний. Уделено внимание необходимости комплексного менеджмента пациентов с привлечением психотерапевтических и медико-психологических мероприятий.

Ключевые слова: расстройства психики, соматические болезни, стресс, иммунная система, инфекции, психотерапия

Summary

Stress and Immunity: the Psychosomatic Approach to Interactions

О.О. Khaustova

The article deals with psychosomatic approach evaluation of stress and immune system interaction in the pathogenesis of chronic mental and physical non-communicable and infectious diseases. The attention was given to the need of integrated management of patients with involvement of psychotherapeutic and psychological interventions.

Key words: mental disorder, physical illness, stress, immune system, infections, psychotherapy

За сучасними поглядами психосоматична медицина є методом лікування та наукою про взаємовідношення психічних і соматичних процесів, які тісно пов'язують людину з оточуючим середовищем [1, 2, 4, 5]. Принцип єдності тілесного і психічного – це основа медицини та підґрунтя сучасної біопсихосоціальної парадигми. Очевидно, межа між «органічними» і «функціональними» розладами діяльності внутрішніх органів і систем є досить невизначеною, і в клінічній медицині все більше затверджується точка зору, що коло суто «тілесних» порушень скорочується.

У сучасній термінології перегукуються описи біопсихосоціальної та діатез-стресової моделі. Згідно з цією моделлю біологічний діатез, або біологічна уразливість, стає хворобою тільки за умови впливу стресорів – несприятливих психологічних та соціально-психологічних факторів. Шкідливі психічні фактори зустрічаються практично завжди в соціально-психологічній сфері сучасної цивілізації. Генетично зумовлена норма реакції має еволюційно-історичний пристосувальний характер, вона може «не встигати» за новими темпами змін оточуючого людину середовища. Саме це є важливим чинником розвитку «хвороб цивілізації», значна частина яких відноситься до психосоматозів [2–5].

Для сучасної соціальної психіатрії є типовим екстраполявання спеціалізованої допомоги в галузь загальносоматичної медицини, що зумовлено збільшенням частоти психічних розладів у хворих із соматичними захворюваннями, недостатньою ефективністю їх діагностики і негативним впливом психопатологічної складової на прояв і перебіг соматичного захворювання, а також необхідністю розробки та застосування адекватних лікувально-

профілактичних та реабілітаційних заходів, заснованих на комплексному холістичному міждисциплінарному підході [1–3].

Позиція цілісності живої речовини («холізму» за Я. Сметсом) була основним принципом багатьох філософських напрямів, загальнобіологічних та медичних поглядів. Вона простежується в уявленнях Гіппократа про метаболічні процеси, в концепції Р. Вірхова. На даний час поняття цілісності в біології та медицині стає все більш важливим принципом оцінки здоров'я і репродуктивності, зміни поколінь, хвороб людини, її старіння і смерті. Проте холістичні підходи розбиваються об реальну практику, з якою стикається практична медицина. Виникає проблема співвідношення між цілісністю і частиною цієї цілісності, між єдністю процесу і його порушенням в результаті, скажімо, дії холоду, радіації, інфекції та інших причин.

Сучасне поняття психосоматичних розладів значно перевищує межі «класичних психосоматозів». Якщо раніше до психосоматичних захворювань відносили сім нозологічних одиниць: есенціальну гіпертензію, тиреотоксикоз, нейродерміт, бронхіальну астму, деякі форми ревматоїдного артриту, виразковий неспецифічний коліт і виразкову хворобу [5], то в даний час у реєстр психосоматичного реагування включено поширені захворювання серцево-судинної системи, велику кількість захворювань опорно-рухового апарату, шкіри, урогенітальної сфери, мігрені тощо. Звідси закономірний інтерес до психологічних і соціальних аспектів хронічних неінфекційних та інфекційних хвороб, ролі емоційних факторів в їх етіопатогенезі та характеру перебігу хвороб.

Імунну систему вважають сполучною ланкою у функціональній психосоматичній системі (рисунку).

Отже, характер реакції на інфекцію або на перебіг інфекційного захворювання залежить також від емоційних чинників. Для виникнення та перебігу інфекційних захворювань важливо те, що універсальні, в цілому типові для даної хвороби зв'язки проявляють свій специфічний зміст у кожному конкретному випадку насамперед на фоні індивідуальної історії життя та особливостей суб'єктивних переживань пацієнта, значення і тяжкості яких в кожному окремому випадку повинні ретельно вивчатися. Історія хвороби та історія життя людини – нерозривні, хоча в кожному окремому випадку значення кожного з факторів часом буває важко оцінити.

На фоні збільшення середньої тривалості життя людини перше місце серед основних причин хвороб і смерті замість інфекційних захворювань зайняли хронічні дегенеративні захворювання, які прийнято вважати неінфекційними. Проте експериментальні дані показують, що багато мікроорганізмів – віруси (герпетичні віруси, віруси гепатитів, аденовіруси тощо), бактерії (хламідії, хелікобактер, патогенні бактерії порожнини рота та ін.), а також грибки і паразити можуть бути етіологічним фактором хронічних дегенеративних захворювань, таких як атеросклероз, деяких видів раку, цукрового діабету, остеопорозу, аутоімунних хвороб, нейро-дегенеративних та психічних захворювань. Старіння має також інфекційні коріння, тому деякі інфекції, особливо при поєднанні, можуть призводити до прискореного старіння і ранньої смерті. Таким чином, інфекції можуть служити тригером (пусковим механізмом) старіння, ймовірно, за допомогою механізмів хронічного оксидативного стресу, уповільненого хронічного запального процесу, укорочення теломер і аутоімунних процесів внаслідок молекулярної мімікрії.

Психосоматичне розуміння інфекційних захворювань в патогенетичному плані може отримати пояснення при вивченні реакції імунної системи на психічні навантаження (Cohen S., 1991). Зв'язки між центральною нервовою та імунною системами відбуваються через складну мережу двоспрямованого зв'язку сигналів нервової, ендокринної та імунної систем. Саме дослідження в галузі психонейроімуннології надали нову інформацію щодо розуміння патофізіологічних процесів, пов'язаних з імунною системою. За останні десятиліття принципово постульована гомеостатична функція єдиного психоімуноендокринного комплексу [7–9].

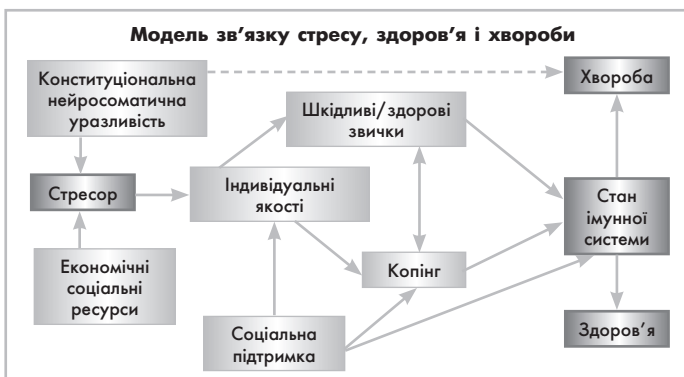


Рисунок. Фактори впливу на стрес-реакцію та її результат

Встановлено, що психологічний стрес порушує функціональну взаємодію між нервовою та імунною системами [6]. У відповідь на будь-які стресові подразники в організмі відбувається паралельна активація трьох провідних систем, що контролюють гомеостаз, – нервової, імунної та ендокринної. Ефект зміни в цих системах проявляється у розвитку не тільки імунних, аутоімунних та інших соматичних захворювань, але і в порушенні психічної сфери діяльності [10]. Структура психічних порушень включає неспецифічні тривожні, астеничні і депресивні розлади [11, 12]. Все це зумовлює доцільність пошуку нових підходів і методів патогенетичної терапії захворювань аутоімунної природи, проте гіпотеза участі аутоімунних механізмів у формуванні психічних розладів є на сьогоднішній день найменш розробленою.

Існує уявлення, що механізм формування психічних розладів при імунних захворюваннях пов'язаний з безпосереднім впливом Т-лімфоцитів, які є одними з основних джерел і регуляторів секреції та продукції цитокінів. Цитокіни, впливаючи на виділення та обмін норадреналіну і серотоніну в головному мозку, особливо в гіпоталамусі і гіпокампі, при цьому як стимулюють, так і гальмують дофамінергічні, серотонінергічні і ацетилхолінергічні нейротрансмітерні системи. Цей вплив цитокінів призводить до нейробіологічних і психологічних ефектів у зв'язку зі змінами функцій лімбічної системи, зумовлюючи модулювання емоційного стану і когнітивних функцій [13]. Зрушення стрес-індукованої імунної регуляції, як було показано дослідниками, мають досить значні наслідки для здоров'я, у тому числі зниження імунної відповіді на вакцини, сповільнення загоєння ран, відновлення прихованих вірусів герпесу, а також підвищення ризику більш тяжких інфекційних захворювань (гепатит С). Хронічний стрес і депресія можуть підвищити периферичну продукцію прозапальних цитокінів, таких як інтерлейкін IL-6. В свою чергу, високі сироваткові рівні ІЛ-6 пов'язані з ризиком маніфестації серцево-судинних захворювань, цукрового діабету 2-го типу, психічних розладів та деяких видів раку.

Нейроендокринні та імунні взаємодії порушуються при багатьох патофізіологічних станах; стрес може сприяти цим порушенням, що може зіграти значну роль в прогресуванні хворобливих процесів [17]. M.E. Kemeny та M. Schedlowski (2007) також вважали, що гострий і хронічний психологічний стрес може викликати виражені зміни вродженої та адаптивної імунної відповіді опосередковано через нейроендокринні медіатори гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової і симпатико-надниркової систем. Дані систематичних оглядів та мета-аналізів наукової медичної літератури за даною проблемою вказують на те, що психологічний стрес має враховуватися в складних моделях передбачення прогнозів захворювань, таких як ГРВІ, реакції на вакцинацію, маніфестація герпетичної інфекції, розповсюдження пухлинних метастазів і загоєння операційних ран, а також в епідеміологічних дослідженнях прогресування захворювання і смертності [14–16].

A. Miller та Ch. Raison (2012) оприлюднили теорію, що пояснює зв'язок стресу, подальшого виникнення депресії та зниження імунітету. На їх думку, депресія з'явилася в процесі розвитку імунної системи: спадкові зміни, що викликають депресію, були «необхідними» нашим пращурам для боротьби з інфекціями [18]. Автори припустили, що депресія і зниження соціальної активності були набуті, аби знизити відсоток смертей від інфекцій за рахунок

адаптивної поведінки зі швидкою стомлюваністю, соціальною пасивністю і зниженням апетиту. Теорія пояснює, чому основним фактором розвитку депресії є стрес: цей зв'язок може бути побічним ефектом процесів, що запускають дію імунної системи при ураженні.

Наведені дані перегукуються з описом тілесних захисно-адаптаційних конструктів системи життєзабезпечення особистості за М.В. Богдановою (2009). Автор виділяє рівень психофізіологічних реакцій, рівень імунного захисту і рівень психосоматичного реагування, підтверджуючи це низкою досліджень [19] в галузі імунології та психології. Так, хронічний стрес провокує зниження клітинного імунітету (Th1 – «агресивний» спосіб захисту), а гострий стрес запускає надреактивність гуморального імунітету (Th2 – спосіб захисту за типом блокування). Причому хронічний стрес призводить до безперервного зниження рівня імуноглобуліну А, а гострий стрес може спричинити його тимчасове підвищення. Важливо зазначити, що цей вплив не залежить від того, наскільки людина рефлексує свої негативні емоції в момент дії стресору; емоції можуть пригнічуватися і витіснити пов'язану зі стресорною ситуацією тривогу, проте, залишаючись пасивно схильною до стресу, не в змозі змінити ситуацію, людина в підсумку отримує зниження імунітету і легко інфікується.

Ще низка досліджень присвячена вивченню патогенетичних та клінічних характеристик імунологічних реакцій при різних формах психічної патології. Припущення про роль аутоімунізації у розвитку психічних хвороб висловлював ще Є.К. Краснушкін у 1920 р., але факти щодо підтвердження ролі імунних процесів в патогенезі психічних розладів були отримані значно пізніше (М.Є. Вартанян, 1968; С.Ф. Семенов, А.П. Чуприков, 1973; Г.І. Коляскіна, Г.Ш. Бурбаева, 1979; Ю.А. Александровський, 2005) [8, 20]. Системне дослідження імунопатології психічних захворювань дозволило простежити різні імунологічні порушення у хворих з нервово-психічними розладами і сформувати, зокрема, відому гіпотезу аутоімунної природи шизофренії. Результати імунологічних досліджень також свідчать про істотну роль генетичних механізмів у формуванні гуморальних антитіл проти антигенів з тканини мозку [21, 22].

Дослідження останніх років щодо показників імунітету пацієнтів з різними ендегенними психічними захворюваннями з наявністю в клінічній картині хвороби депресивних і маніакальних розладів виявили активацію вродженого імунітету. Причому його показники достовірно підвищувалися відповідно до наростання ступеня прогресивності процесу (від біполярного афективного розладу до шизофренії) незалежно від полярності і інтенсивності афективних порушень [23, 24]. Отже, при багатьох психічних розладах відмічається дисбаланс нейропротективних та нейродегенеративних факторів у поєднанні зі змінами у гіпоталамо-гіпофізарно-адреналовій системі та активацією прозапальних процесів.

На даний час дослідженням зв'язку між психологічним стресом, хронічними хворобами, афективними розладами та імунною системою приділяється значна увага. В ході таких досліджень виявилось, що у частини пацієнтів з меланомою та хронічним гепатитом на фоні лікування інтерфероном- та інтерлейкіном IL-2 виникали психічні ускладнення, насамперед депресія. В свою чергу, при депресії відзначено підвищений рівень прозапальних

інтерлейкінів, який повертався до норми при тривалому лікуванні антидепресантами. Разом з тим, за даними досліджень рівень змін прозапальних інтерлейкінів не виявився маркером диференціювання клінічних типів депресії [25, 26].

З позиції функціональної психосоматичної системи зв'язку стресу, хвороби і здоров'я стрес може спровокувати маніфестацію як психічної, так і соматичної хвороби. В свою чергу, наявність хронічного захворювання може виступати додатковим стресорним фактором, призводячи до психічних порушень [12, 29]. Так, депресія може супроводжувати будь-які хронічні захворювання, включаючи гепатит С, значно ускладнюючи життя пацієнтів. Найбільш уразливими щодо виникнення депресії є певні періоди, а саме: вперше встановлений діагноз; лікування, особливо невдале; швидке прогресування хронічної хвороби з появою симптомів, що різко знижують якість життя; загроза життю.

Цікавими є дані щодо копінг-стратегій пацієнтів із хронічною хворобою. При оцінці механізмів психічної адаптації хворих в ситуації соматогенної вітальної загрози характерними особливостями копінг-поведінки хворих виявилися фаталізм, пасивність, відсутність активного протистояння хворобі і прагнення до співпраці з медиками в процесі лікування. Причому успішна терапія, що знижувала актуальність вітальної загрози, сприяла поліпшенню психічного стану хворих і зумовлювала формування більш адекватного реагування у стресовій ситуації. В свою чергу, конструктивні копінг-стратегії забезпечували подолання вітальної загрози і покращували прогноз лікувально-реабілітаційних заходів [27].

Таким чином, взаємозв'язок психологічних і соматичних чинників дозволяє припустити, що нівелювання психічних розладів, трансформація механізмів захисту та копіngu шляхом психотерапії та психокорекції можуть сприяти підвищенню успішності реабілітаційних заходів. В межах психосоматичного підходу до комплексної терапії хронічних інфекційних та неінфекційних захворювань у клінічній практиці використовуються певні види психотерапії та психокорекції. Відповідно до мети та завдань медико-психологічного впливу на окремих пацієнтів із застосуванням індивідуального підходу використовуються окремі методики та техніки психотерапевтичної інтервенції [28]. Так, методи психотерапії, що розкривають конфлікт (когнітивна психотерапія, транзактний аналіз, гештальт-терапія) використовуються при застудних захворюваннях та тонзилітах. При стійких герпетичних ураженнях та інших хронічних інфекціях зі стійким зниженням якості життя важливою є психосоціальна підтримка, особливо у режимі тривалої групової психотерапії. При формуванні адаптивних копінг-стратегій до терапії повинна бути залучена особистість пацієнта [16, 28], показана конфлікт-центрована індивідуальна та групова психотерапія з формуванням адекватної проблемно-вирішуючої поведінки. Причому більшості пацієнтів психотерапія потрібна як при загостренні захворювань, так і тривалий час на етапі підтримуючої терапії, сприяючи реадaptaції та ресоціалізації пацієнтів. Отже, сучасний медичний менеджмент пацієнтів з хронічними інфекційними та неінфекційними захворюваннями, заснований на комплексному холистичному міждисциплінарному підході, передбачає більшу ефективність при застосуванні медико-психологічних заходів.

Незважаючи на активне вивчення проблематики, наявність чисельних досліджень та клінічних спостережень, питання взаємо-

дії стресу з біопсихосоціальними ресурсами людини, в тому числі з імунною системою, потребують подальшого вивчення. Редукція патологічної симптоматики та відновлення ресурсної бази пацієнтів за рахунок комплексу психотропної і соматотропної терапії, імункорекції, психотерапії та психокорекції має сприяти більш легкому перебігу захворювань, покращенню прогнозу та вікової якості життя пацієнтів з хронічними інфекційними та неінфекційними захворюваннями.

Література

1. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л. Органне неврозы как психосоматическая проблема // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2000. – №12. – С. 4–12.
2. Чабан О.С., Хаустова О.О. Психосоматична медицина (аспекти діагностики та лікування). – К.: ТОВ «ДСГ Лтд», 2004. – 96 с.
3. Хаустова О.О. Метаболічний синдром X (психосоматичний аспект). – К.: Медкнига, 2009. – 126 с.
4. Гиндикин В.Я. Справочник: соматогенные и соматоформные психические расстройства. – М.: Триада-Х, 2000. – 256 с.
5. Психосоматическая медицина: Руководство для врачей / Под ред. П.И. Сидорова. – М.: МЕДпрессинформ, 2006. – 568 с.
6. Godbout J.P., Glaser R. Stress-Induced Immune Dysregulation: Implications for Wound Healing, Infectious Disease and Cancer // J. of Neuroimmune Pharmacology. – 2006. – Vol. 1. – P. 421–427.
7. Акмаев И.Г. Нейроиммуноэндокринные взаимодействия: их роль в дисрегуляторной патологии // Пат. физиол. – 2001. – №4. – С. 3–10.
8. Александровский Ю. А. Клиническая иммунология пограничных психических расстройств / Ю.А. Александровский, В.П. Чехонин. – М.: Гэотар Медицина, 2005. – 256 с.
9. Ader R., Cohen N., Felden A. Psychoneuroimmunology: interactions between the nervous system and the immune system // Lancet. – 1995. – Vol. 345, №8942. – P. 99–103.
10. Акмаев И.Г. Нейроиммуноэндокринология: истоки и перспективы развития // Успехи физиол. наук. – 2003. – Т. 34, №4. – С. 4–15.
11. Ветлугина Т.П. Клиническая психонейроиммунология: итоги и перспективы // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2008. – №1. – С. 12–17.
12. Хаустова О.О., Безшейко В.Г. Нейроімуноендокринологічні аспекти депресивних розладів при хронічних соматичних захворюваннях // Всесвіт соціальної психіатрії, медичної психології та психосоматичної медицини. – 2010. – Т. 1, №3 (3). – С. 112–119.
13. Blalock J.E. The syntax of immune-neuroendocrine communication // Immunol. Today. – 1994. – Vol. 15, №11. – P. 504–511.
14. Gouin J.P., Kiecolt-Glaser J.K. The impact of psychological stress on wound healing: methods and mechanisms // Immunol. Allergy Clin. North Am. – 2011. – №31 (1). – P. 81–93.
15. Pedersen A., Zachariae R., Bovbjerg D.H. Influence of Psychological Stress on Upper Respiratory Infection – A Meta-Analysis of Prospective Studies // Psychosomatic Medicine. – 2010. – Vol. 72. – P. 8823–8832.
16. Broadbent E., Koschwanez H.E. The psychology of wound healing // Curr. Opin. Psychiatry. – 2012. – №25 (2). – P. 135–140.
17. Kemeny M.E., Schedlowski M. Understanding the interaction between psychosocial stress and immune-related diseases: a stepwise progression // Brain Behav. Immun. – 2007. – №21 (8). – P. 1009–1018.
18. Miller A.H., Haroon E., Raison C.L. Psychoneuroimmunology meets neuropsychopharmacology: translational implications of the impact of inflammation on behavior // Neuropsychopharmacology. – 2012. – №37 (1). – P. 137–162.
19. Богданова М.В. Особенности психологических защит при психосоматических расстройствах. Дисс. ... канд. психол. наук, 2005.
20. Вартанян М.Е. Иммунология нервных и психических заболеваний / М.Е. Вартанян, Г.И. Колякина. – М., 1974. – С. 131–132.
21. Ветлугина Т.П. Вторичная иммунная недостаточность при психических расстройствах // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2004. – №2 (32). – С. 13–15.
22. Воробьева О.В. Стресс и депрессия // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2007. – №4. – С. 21–24.
23. Ключник Т.П., Дупин А.М., Сирияченко Т.М. и др. Иммунологические реакции при различных формах психической патологии // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2009. – №4. – С. 55–58.
24. Власенко В.И., Зозуля С. А., Сирияченко Т.М., Каледо В.Г. Особенности состояния иммунной системы при эндогенных психических заболеваниях с выраженными аффективными расстройствами // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2011. – №12. – С. 63–67.
25. Babic D. Serum inflammatory factors in major depressive disorder with regard to depression type // Acta neuropsychiatrica. – 2008. – №20 (Suppl. 1). – P. 40–41.
26. Leonard B.E., Myint A.M. Basic aspects of psychoneuroimmunology: neuroendocrinological and metabolic aspects // Acta neuropsychiatrica. – 2008. – №20 (Suppl. 1). – P. 67–68.
27. Петрова Н.Н. Механизмы психической адаптации больных в ситуации соматогенной витальной угрозы / Н.Н. Петрова, А.Э. Кутузова, А.О. Недошивин // Обзор психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева. – 2004. – Т. 1, №2. – С. 4–6.
28. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. – М.: Эксмо, 2005. – 992 с.
29. Anderson R. Psychoneuroimmunoendocrinology. Review and Commentary. – Townsend Letter, 2006. – P. 142–146.