

УДК 616.89-06:616.1/7](035)

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

Проф. В. М. Козидубова, проф. С. М. Долуда, проф. В. Е. Гончаров, доц. Э. Н. Барычева,
доц. А. В. Гурницкий, канд. мед. наук Т. Л. Шейнина, А. В. Корж

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Проведен аналитический обзор по вопросам психосоматических расстройств в общей медицинской практике. Обращено внимание на необходимость клинической оценки семейными врачами влияния острого и хронического стресса на развитие таких соматических заболеваний, как бронхиальная астма, язвенный колит, гипертоническая болезнь, нейродермит, ревматоидный артрит, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, гипертиреоз. Рассмотрены вопросы о роли стрессовых воздействий в развитии ожирения, сахарного диабета, гипотиреоза, крапивницы, кожного зуда, аменореи, психовегетативного синдрома, сексуальных расстройств, онкологических заболеваний, цефалгий. Подчеркивается роль развивающихся под влиянием стресса определенных гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковых сдвигов, влияющих не только на развитие психосоматической патологии, но и препятствующих эффективному лечению указанной патологии с помощью фармакотерапевтических средств. Ставится акцент на необходимости повышения информированности населения по указанным вопросам, что является ключевым моментом в профилактическом направлении семейной медицины.

Ключевые слова: психосоматические расстройства, практика семейной медицины, профилактическое направление.

ПСИХОСОМАТИЧНІ РОЗЛАДИ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

Проф. В. М. Козідубова,
проф. С. М. Долуда, проф. В. Є. Гончаров,
доц. Е. М. Баричева, доц. О. В. Гурницький,
канд. мед. наук Т. Л. Шейніна, А. В. Корж

Проведено аналітичний огляд із питань психосоматичних розладів у загальній медичній практиці. Звертається увага на необхідність клінічної оцінки сімейними лікарями впливу гострого та хронічного стресу на розвиток таких соматичних захворювань, як бронхіальна астма, виразковий коліт, гіпертонічна хвороба, нейродерміт, ревматоїдний артрит, виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, гіпертиреоз. Розглядаються питання щодо ролі стресових впливів у розвитку ожиріння, цукрового діабету, гіпотиреозу, кропив'янки, свербіжжю, аменореї, психовегетативного синдрому, сексуальних розладів, онкологічних захворювань, цефалгій. Підкреслюється роль сформованих під впливом стресу певних гіпоталамо-гіпофізарно-надниркових зрушень, що впливають не лише на розвиток психосоматичної патології, а й перешкоджають ефективному лікуванню зазначеної патології з допомогою фармакотерапевтичних засобів. Акцентовано увагу на необхідності підвищення інформованості населення із цих питань, що є ключовим моментом у профілактичному напрямку сімейної медицини.

Ключові слова: психосоматичні розлади, практика сімейної медицини, профілактичний напрямок.

PSYCHOSOMATIC DISORDERS IN FAMILY MEDICINE PRACTICE

V. M. Kozidubova,
S. M. Doluda, V. E. Goncharov,
E. M. Barycheva, O. V. Gurnitsky,
T. L. Sheinina, A. V. Korzh

The work presents data of the analytical review on psychosomatic disorders in general medical clinical practice. The emphasis is placed on the need for the family doctors to assess the effects of acute and chronic stress on the development of such somatic diseases as bronchial asthma, ulcerative colitis, hypertension, neurodermatitis, rheumatoid arthritis, duodenal ulcer, hyperthyroidism. Questions are considered about the role of stressful effects in the development of obesity, diabetes mellitus, hypothyroidism, hives, itching, amenorrhea, vegetative-vascular dystonia, sexual disorders, oncological diseases, cephalgia. The role of certain hypothalamic-pituitary-adrenal shifts developing under the influence of stress. These changes affect the development of psychosomatic pathology and block interferes with the help of pharmaceutical treatment. The emphasis is on the need to increase public awareness on these issues, which is a key point in the preventive direction of family medicine.

Keywords: psychosomatic disorders, family medicine practice, preventive direction.

При подготовке врачей общей практики — семейной медицины существенное внимание уделяется вопросам психосоматической

патологии. Взаимосвязь психических и физических процессов в человеческом организме давно привлекает внимание специалистов.

В первую очередь данный интерес связан с поиском возможности улучшения здоровья. Парадоксальным образом бурное развитие научно-технического прогресса сопровождается таким же стремительным ухудшением самочувствия большинства граждан. Складывается впечатление, что предоставляемые обществу технические и технологические достижения лишь отбирают самое ценное, что создала природа. В то же время что-то важное упускается, проблема приобретает угрожающие масштабы. Темпы роста онкологических заболеваний и психических расстройств указывают на необходимость безотлагательного поиска доступных и эффективных решений [12].

Одним из первых термин «психосоматический» в 1818 г. использовал врач Иоганн-Христиан Хейнрот, а в 1822 г. Якоби дополнил эту область противоположным понятием «соматопсихический». В дальнейшем психосоматический подход определенным образом прогрессировал в рамках психоаналитической теории. Так, З. Фрейд, изучая пациентов с истерической симптоматикой, установил, что в основе данных нарушений лежит механизм конверсии: трансформации неприемлемого внутриспсихического конфликта в соматический эквивалент. С его точки зрения, развитие теории «символического языка органов» связано с попытками объяснения соматических симптомов проявлением мыслей, стремлений, фантазий, вытесненных в бессознательное. Г. Гроддек считал соматическую симптоматику проявлением всей личности, определенным вариантом самовыражения, недоступного для реализации другими способами.

Известный американский психоаналитик Ф. Александер в работе «Психосоматическая медицина» отразил свои взгляды на связь эмоциональной сферы и телесной симптоматики [2]. С его точки зрения, подавленная эмоциональная реакция имеет свой соматический эквивалент как нормальное физиологическое сопровождение хронизированного эмоционального состояния. Глубина вытесненного специфического эмоционального конфликта определяет форму психогенного расстройства: истерическая конверсия, вегетативный невроз, психосоматическое заболевание, причем каждому, по мнению

Ф. Александера, характерен свой интрапсихический конфликт [22]. В результате проведенных в Чикаго исследований по психосоматической медицине ученому удалось сформировать клинические основы данного направления. Именно там была определена так называемая «Чикагская семерка», перечень психосоматических заболеваний: бронхиальная астма, язвенный колит, эссенциальная гипертония, нейродермит, ревматоидный артрит, язва двенадцатиперстной кишки, гипертиреоз. В последующем этот список пополнил и гипотиреоз, ожирение, сахарный диабет, крапивница, кожный зуд, аменорея, болезни опорно-двигательного аппарата, психовегетативные синдромы, функциональные сексуальные расстройства, онкологические заболевания, головная боль. Этот перечень продолжает расти. По данным Всемирной организации здравоохранения, до 50 % заболеваний относятся к психосоматическим.

Данная позиция находила поддержку со стороны выдающихся отечественных ученых. Так, А. Р. Лурия говорил, что «по существу вся медицина является психосоматической», имея в виду, что психологические и психосоциальные факторы в большей или меньшей степени включены в этиопатогенез любого заболевания, влияя на его течение и исход. Нет только психических или только соматических болезней, отмечал автор, а есть лишь живой процесс в живом организме; его жизненность и состоит в том, что он объединяет в себе соматическую и психическую сторону болезни [9].

В клинической практике встречаются случаи, о которых должен знать врач семейной медицины, когда человек в процессе жизни подвергается воздействию множества стрессовых факторов, однако стрессобусловленные заболевания развиваются далеко не у всех, а только у лиц, обладающих низкой стрессоустойчивостью [25]. Стрессоустойчивость — это интегральное качество индивида, характеризующееся эмоциональной стабильностью, низкой степенью тревожности, высоким уровнем саморегуляции и психологической готовностью к преодолению стресса.

Исследования на животных показали, что пережитый в начале жизни стресс может изменить функционирование гипоталамо-

гипофизарной системы, которое может сохраняться в течение всей жизни, являясь причиной низкой стрессоустойчивости [19]. Кроме того, низкая стрессоустойчивость может быть обусловлена наследственными факторами и особенностями личности [25]. Показателем активации гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы является повышенный уровень кортизола, который способствует нарушению памяти, развитию тревоги и депрессии [16, 21, 23, 26].

Кортикостероиды могут оказывать быстрое воздействие на активацию нейронов гипоталамуса, гиппокампа, миндалина и префронтальной коры головного мозга, обеспечивая адаптивное поведение в течение нескольких минут. В последние годы установлено, что кортизол способен также оказывать и долгосрочные эффекты [22], а повышенный уровень кортизола может привести к изменениям структуры и функции головного мозга. Причиной этого, вероятно, выступает выявленная взаимосвязь увеличения содержания кортизола с уменьшением объема гиппокампа [15, 27], что напрямую связано с функцией памяти [18]. Так, длительное воздействие больших концентраций кортизола может вызывать изменения нейрональной пластичности гиппокампа, нарушить структуру и функцию дендритов, привести к гибели нейрональных и глиальных клеток [20]. Также установлено, что кортизол вовлечен в процессы, связанные со старением головного мозга и развитием когнитивных нарушений [24].

Врачи общей практики — семейной медицины должны знать о том, что состояние стресса актуализируется в результате переносимого соматического заболевания. Причем его последствия и тяжесть могут быть существенно преувеличены. Так в дерматологической практике у 6,7–14% больных выявляется дисморфофобия. Наиболее распространено данное расстройство у пациентов, страдающих различными формами вульгарных угрей [6, 17].

Существенное внимание уделяется проблеме избыточного веса. Данный вопрос является актуальным для большинства государств независимо от уровня социального и экономического развития. Исследователи соглашаются с тем, что проблема ожирения имеет комплексную

природу. Играет роль как генетическая предрасположенность, так и особенности культуры, а также традиции, специфика питания в данном регионе. Однако психологические механизмы, приводящие к повышенному употреблению пищи с целью достижения удовлетворения своих потребностей в самой доступной форме, являются общепризнанными. Актуальность данного вопроса возрастает в связи с тем, что на фоне избыточного веса существенно возрастает риск сочетанной соматической патологии, сердечно-сосудистых, эндокринных и других заболеваний.

Особенности современных социальных конфликтов вносят свой негативный вклад в формирование психосоматических нарушений. Так, перенапряжение адаптационных механизмов в условиях боевых действий нередко приводит к возникновению посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР), распространенность которых среди военнослужащих достигает, по некоторым данным, 70% и выше [1]. При этом чаще всего встречаются относительно изолированные функциональные нарушения, относящиеся к деятельности тех или иных органов — органические неврозы [11]. Выделяются кардио- и ангионеврозы, синдром гипервентиляции (психогенная одышка), ахалазия (кардиоспазм), синдром «раздраженного» желудка, «раздраженной» или «возбудимой» толстой кишки, «раздраженного» мочевого пузыря и пр. Органические неврозы с функциональными нарушениями желудочно-кишечного тракта — «синдром раздраженной толстой кишки» наблюдаются, по данным эпидемиологических исследований, у 13–52% военнослужащих, участников боевых действий. Исследованиями установлена тесная связь личностных особенностей с основными биологическими процессами, определяющими индивидуальную психофизиологическую устойчивость организма, а также характеристики патофизиологических процессов и неспецифической реактивности в случае дистресса [3].

В работах профессора Л. Н. Юрьевой указывается, что когнитивные нарушения при ПТСР обусловлены превышением порога адаптации, что ведет к атрофии и ремоделированию нейронов гиппокампа и префронтальной коры,

которые вовлечены в механизмы памяти, внимания и исполнительных функций, а также к гипертрофии нейронов миндалевидного ядра, которое вовлечено в процессы страха, тревоги и агрессии. В результате происходит уменьшение размеров гиппокампа, миндалина, отдельных участков мозолистого тела и других областей мозга [14]. Приведенные данные позволяют понять, почему функциональные по своей сути расстройства приобретают тенденцию к затяжному течению и таким тяжелым клиническим последствиям.

Семейный врач в своей клинической практике должен учитывать все возрастающее значение особенностей микросоциального окружения того или иного пациента. Так семья при наличии понимания и определенных ресурсов может способствовать восстановлению душевного и физического благополучия своего члена, а может оказывать и прямое дезадаптирующее влияние. Актуальность указанного вопроса особенно высока в ситуациях, связанных со здоровьем и адаптацией детей и подростков. Именно этот возраст в связи с несформированностью собственных поведенческих моделей и высокой зависимостью от родительского поведения является наиболее уязвимым. Отмечается высокий удельный вес психосоматических расстройств в структуре детской заболеваемости с постоянной тенденцией к их росту. Подтверждением актуальности данной проблемы является тот факт, что среди суицидентов с психосоматической патологией преобладают лица молодого возраста, начало заболевания которых пришлось на период формирования личности. В связи с этим у них обнаруживаются дисгармоничные личностные черты, проявляющиеся в различных преморбидных особенностях, более выраженных, чем в группах сравнения.

Установлено, что физические заболевания являются важным фактором в 11–51 % случаев суицидов [8]. Серьезные физические заболевания у любой категории больных являются фактором риска совершения суицида и способны увеличить вероятность самоубийств у мужчин в большей степени, чем у женщин. По имеющимся данным, от 25 до 75 % самоубийц, чьи суицидальные попытки завершились смертью, имели различную соматическую патологию [4].

Постоянно расширяется спектр заболеваний, имеющих психосоматическую природу, в том числе включающих первичную открытоугольную глаукому, при которой у пациентов установлены невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства и выявляется высокий уровень тревожности, а также наличие признаков хронического стресса. Анализ отечественной и зарубежной литературы указывает на некоторые отличия в подходе к данному вопросу. Так, отечественные специалисты в большей степени при исследовании психосоматических проблем ограничиваются констатацией выявленных расстройств, а в тех случаях, когда речь идет о коррекции, больше рассчитывают на использование фармакологических препаратов [10]. В то же время зарубежные авторы отдают пальму первенства в этих ситуациях применяемым психологическим методикам [2].

Объективную сложность представляет обнаружение самого механизма взаимодействия между психическими процессами и телесными откликами, эквивалентами душевных реакций. Приходится с сожалением признавать, что выводы исследователей нередко носят умозрительный характер [13, 17]. Однако клинические наблюдения и накопление исследовательского материала уверенно формирует доказательную базу. Значительно расширены представления о роли нейромедиаторов, которые с течением времени разрослись в целые группы с непрерывно продолжающейся детализацией воспроизводимых эффектов.

Фармацевтическая промышленность с готовностью откликается на все вновь выявляемые особенности обменных процессов и активно предлагает свои наработки, указывая на инновационные приоритеты разработанных лекарств. Однако их клиническая эффективность остается недостаточной для фактического решения проблем пациентов. Приходится констатировать как высокое число побочных эффектов фармакотерапии, так и рост хронических форм заболеваний [5]. На этом фоне происходит очевидный рост заинтересованности пациентов в ненаучных методах исцеления, декларирующих возможность быстрого избавления от патологических состояний.

Анализируя обстоятельства, влияющие на сложившуюся ситуацию, необходимо отметить значение распространенного среди населения отношения к сохранению здоровья. Налицо формирование пассивной, выжидательной позиции с низким уровнем ответственности. Люди часто, зная о пагубных последствиях каких-либо своих действий, например курения, сохраняют свои пристрастия. Когда же выявляется возникшее из-за этого заболевание, воспринимают данный факт как неожиданную трагедию, такие лица дают тяжелую реакцию разочарования, хотя были информированы по данному поводу.

Врачи семейной практики в своей работе должны делать акценты на том, что предупредить болезнь легче, чем ее лечить, но такое утверждение может разбиваться о нежелание прикладывать даже незначительные усилия для сохранения здоровья. Тем не менее, они должны настаивать на том, что выявляемые заболевания требуют значительных затрат времени, средств, привлечения профессиональных медицинских ресурсов. Развившиеся заболевания часто кардинально меняют жизнь человека, внося в нее существенные ограничения. Хроническое заболевание может привести к значительным ограничениям в физическом, эмоциональном и социальном аспектах жизни

больных и способно повредить их профессиональной, социальной реализации. Сам факт наличия такой болезни может вызывать психологический стресс [7]. При этом возможности восстановления всегда ограничены нанесенным организму ущербом.

Оценивая существующие достижения в понимании психосоматических механизмов, возможности фармакотерапии и результаты психотерапевтических техник, приходим к пониманию того, что вопрос далек от разрешения. Все перечисленные направления требуют продолжения исследований и консолидации усилий врачей общей практики, а также специалистов, представляющих и другие сферы медицины. Отдельного внимания требуют усилия по росту осведомленности населения о механизмах, приводящих к возникновению заболеваний. Формирование осознанного отношения к своему здоровью и образу жизни имеет для решения рассматриваемой проблемы самый значительный потенциал. Повышение информированности населения по указанным вопросам может сыграть ключевую роль в достижении желаемого результата. Следует учесть, что данное профилактическое направление выходит за рамки семейной медицины и перемещается в плоскость психологической и психиатрической помощи, где действуют свои правила.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Агарков В. А. Апробация структурированного клинического интервью для диагностики диссоциативных расстройств (СКИД-Д) в рамках классификации DSM-IV / В. А. Агарков, Н. В. Тарабрина. — Самара : Летопись, 2006. — 158 с.
2. Александер Ф. Психосоматическая медицина / Ф. Александер. — М. : Эксмо, 2002. — 351 с.
3. Белов В. Г. Личностные предикторы психосоматических расстройств при синдроме раздраженного кишечника у военнослужащих / В. Г. Белов // Ученые записки. — 2010. — № 8 (66). — С. 13–18.
4. Белоусов П. В. Суициденты с психосоматической патологией / П. В. Белоусов // Социальная и клиническая психиатрия. — 2011. — Т. 21, № 4. — С. 21–25.
5. Геппе Н. А. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика» и ее реализация / Н. А. Геппе, С. Ю. Каганов // Пульмонология. — 2002. — № 1. — С. 38–42.
6. Дороженок И. Ю. Дисморфофобия у дерматологических больных с фациальной локализацией процесса / И. Ю. Дороженок, Е. Н. Матюшенко, О. Ю. Олисова // Российский журнал кожных и венерических болезней. — 2014. — № 1. — С. 42–47.
7. Кирилук К. В. Роль изучения качества жизни для оценки влияния психосоматических факторов при хронической обструктивной болезни легких / К. В. Кирилук // Сибирский медицинский журнал. — 2008. — № 5. — С. 67–69.

8. Крыжановская Л. А. Особенности суицидального поведения в США / Л. А. Крыжановская // Социальная и клиническая психиатрия. — 2000. — Т. 10, №3. — С. 97–104.
9. Лурия А. Р. Внутренняя картина болезни и интрогенные заболевания / А. Р. Лурия. — М. : Медицина, 1977. — 211 с.
10. Пятибрат А. О. Патогенетическое обоснование применения антидепрессантов для коррекции психосоматических расстройств у лиц экстремальных видов профессиональной деятельности / А. О. Пятибрат, А. В. Гордиенко, Е. Д. Пятибрат // Вестник современной клинической медицины. — 2012. — Т. 5, Прилож. 1. — С. 88–92.
11. Тарумов Д. Теории, исследования, мифы. Стресс / Д. Тарумов. — СПб : Прайм-ЕВРОЗНАК, 2008. — 142 с.
12. Хайкин А. В. К теории и практике психосоматики // Саратовский научно-медицинский журнал. — 2012. — Т. 8, №2. — С. 193–198.
13. Штрахова А. В. Современная психосоматика: методологические проблемы и возможности их преодоления / А. В. Штрахова // Вестник ЮУрГУ. — 2009. — №42. — С. 86–90.
14. Юрьева Л. Н. Диагностика, коррекция и профилактика кризисных состояний у участников военных конфликтов / под ред. проф. Л. Н. Юрьевой. — Днепр, 2017. — 204 с.
15. Association of cortisol with neuropsychological assessment in older adults with generalized anxiety disorder / C. B. Rosnick, K. S. Rawson, M. A. Butters, E. J. Lenze // Aging Ment. Health. — 2013. — Vol. 17 (4). — P. 432–440.
16. Bao A. M. The stress system in depression and neurodegeneration: focus on the human hypothalamus / A. M. Bao, G. Meynen, D. F. Swaab // Brain Res. Rev. — 2008. — Vol. 57 (2). — P. 531–553.
17. Body dysmorphic disorder symptoms among patients with acne vulgaris / W. P. Bowe, J. J. Leyden, C. E. Crerand [et al.] // J. Am. Acad. Dermatol. — 2007. — Vol. 57 (2). — P. 22–30.
18. Cortisol mediates the effects of stress on the contextual dependency of memories / V. A. Van Ast, S. Cornelisse, M. Meeter, M. Kindt // Psychoneuroendocrinology. — 2014. — Vol. 41. — P. 97–10.
19. Doom J. R. Stress physiology and developmental psychopathology: past, present, and future / J. R. Doom, M. R. Gunnar // Dev. Psychopathol. — 2013. — Vol. 25 (4, Pt. 2). — P. 1359–1373.
20. Duman R. S. Neural plasticity: consequences of stress and actions of antidepressant treatment / R. S. Duman // Dialogues Clin. Neurosci. — 2004. — Vol. 6 (2). — P. 157–169.
21. Fink G. Stress controversies: post-traumatic stress disorder, hippocampal volume, gastroduodenal ulceration / G. Fink // J. Neuroendocrinol. — 2011. — Vol. 23 (2). — P. 107–117.
22. Groeneweg F. L. Rapid non-genomic effects of corticosteroids and their role in the central stress response / F. L. Groeneweg, H. Karst, E. R. de Kloet, M. Joels // J. Endocrinol. — 2011. — Vol. 209 (2). — P. 153–167.
23. Maternal care, hippocampal glucocorticoid receptors, and hypothalamic-pituitary-adrenal responses to stress / D. Liu, J. Diorio, B. Tannenbaum [et al.] // Science. — 1997. — Vol. 277 (5332). — P. 1659–1662.
24. Nichols N. R. Do glucocorticoids contribute to brain aging? / N. R. Nichols, M. Zieba, N. Bye // Brain Res. Brain Res. Rev. — 2001. — Vol. 37 (1–3). — P. 273–286.
25. Stress resilience and physical fitness in adolescence and risk of coronary heart disease in middle age / C. Bergh, R. Udumyan, K. Fall [et al.] // Heart. — 2015. — Vol. 101 (8). — P. 623–629.
26. The role of personality and traumatic events in cortisol levels — where does PTSD fit in? / D. Savic, G. Knezevic, S. Damjanovic [et al.] // Psychoneuroendocrinology. — 2012. — Vol. 37 (7). — P. 937–947.
27. Varghese F. P. The hypothalamic-pituitary-adrenal axis in major depressive disorder: a brief primer for primary care physicians / F. P. Varghese, E. S. Brown // Prim. Care Companion J. Clin. Psychiatry. — 2001. — Vol. 3 (4). — P. 151–155.