

Со времен Гиппократы врачеватели древности говорили о целостности человеческой природы, не разделяя в изучении болезней эмоциональную составляющую (душа) и физическую (тело). Во времена Декарта, в XVII в., этот постулат был забыт, в результате чего заболевания рассматривали как исключительно телесные либо душевные. Лишь в прошлом веке вновь были предприняты попытки установить связь между заболеваниями и эмоциональным состоянием человека



# Эмоции и здоровье



## «ТЕЛО И ДУХ»

Современные ученые признают, что природа многих заболеваний — психосоматическая, то есть здоровье тела и духа взаимосвязаны. В частности, лауреат Нобелевской премии, британский нейрофизиолог Чарльз Шеррингтон (1857–1952) установил следующую закономерность в появлении различных болезней: сначала возникает эмоциональное переживание, а уже вслед за ним происходят вегетативные и соматические изменения в организме.

Таким образом, психосоматические заболевания — это болезни, в развитии которых ведущую роль играют психологические факторы, в том числе эмоциональный стресс. «Классический» набор психосоматических заболеваний включает в себя бронхиальную астму, артериальную гипертензию, тиреотоксикоз, язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, неспецифический язвенный колит, нейродермит, ревматоидный артрит [1]. Психологические факторы играют немаловажную роль и при других заболеваниях — мигрени, эндокринных нарушениях, злокачественных новообразованиях.

Согласно одной из гипотез, объясняющих происхождение психосоматических заболеваний, они являются следствием стресса, обусловленного длительно действующими и непреодолимыми психотравмами. В этой связи показательными были эксперименты, проведенные на обезьянах. Суть их сводилась к следующему: у самцов-вожаков отбирали

любимую самку, помещали ее в соседнюю клетку и подсаживали к ней нового партнера. В итоге у самцов, оставшихся в одиночестве и тяжело переносивших измену, в течение 6–12 мес развивались нарушения со стороны сердечно-сосудистой и/или пищеварительной систем.

## РОЛЬ ГОРМОНОВ

Непосредственной причиной развития многих психосоматических заболеваний является высокая концентрация в организме определенных гормонов в течение длительного времени либо, напротив, их дефицит. В частности, у людей с пониженным уровнем серотонина даже незначительные эмоциональные переживания вызывают выраженную стрессовую реакцию.

В свою очередь, после определения ситуации как стрессовой гипоталамус выделяет в кровь адренокортикотропный гормон (или кортикотропин), который, достигнув надпочечников, стимулирует синтез норадреналина и адреналина.

Как известно, именно адреналину принадлежит ведущая роль в адаптации организма к стрессовым ситуациям. Его секреция резко повышается при стрессовых состояниях, ощущении опасности, тревоге, страхе, а также при травмах, ожогах и шоковых состояниях. Основная задача адреналина состоит в реализации ситуации типа «бей или беги», он улучшает функциональную способность скелетных мышц.



Однако при продолжительном воздействии адреналина отмечается увеличение размеров миокарда и скелетных мышц, а также расширение зрачков («у страха глаза велики»). Длительное воздействие высоких концентраций адреналина приводит к усиленному белковому обмену, уменьшению мышечной массы и снижению массы тела. Именно этим объясняется исхудание и истощение при дистрессе (стрессе, превышающем адаптационные возможности организма).

В свою очередь, выработка норадреналина повышается при стрессе, шоке, травмах, тревоге, страхе, эмоциональном перенапряжении.

## ПРОТИВ СТРЕССА И ДЕПРЕССИИ

Для лечения депрессивных и тревожных расстройств, а также других состояний, включая хроническую боль, нарушения пищевого поведения, невропатическую боль и в некоторых случаях дисменорею, храп, мигрень, синдром дефицита внимания и гиперактивности, а также расстройства сна, используют антидепрессанты. Среди наиболее важных классов антидепрессантов следует выделить селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина, три- и тетрациклические антидепрессанты, а также ингибиторы моноаминоксидазы (ингибиторы MAO). В число других препаратов, применяемых в терапии депрессии, входят бупренорфин, нейрелептики и зверобой.

Антидепрессанты применяют как по отдельности, так и в комбинации с препаратами других терапевтических групп, однако, делать это следует с осторожностью, учитывая особенности лекарственных взаимодействий.

## ОПАСНЫЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

Следует помнить, что пероральные контрацептивы, противовоспалительные препараты (салицилаты, амидопирин, бутадиян), циметидин и изониазид угнетают биотрансформацию антидепрессантов, повышают их концентрацию в крови, а также усиливают основное действие и побочные эффекты этих лекарственных средств. В то же время такие препараты, как фенобарбитал, карбамазепин и фенитоин, усиливают метаболизм антидепрессантов, снижают их содержание в крови и уменьшают клиническую эффективность.

В свою очередь, три- и тетрациклические антидепрессанты уменьшают антигипертензивные эффекты гипотензивных средств и в некоторых случаях могут приводить к парадоксальным реакциям и повышению артериального давления [2]. Помимо этого, они замедляют метаболизм антикоагулянтов непрямого действия (неокумарина, фенилина и др.).

Трициклические антидепрессанты обладают хинидиноподобными и кардиотоксическими эффектами. Поэтому при их сочетании с антиаритмическими препаратами (хинидином, новокаиномидом, аймалином, верапамилом), сердечными гликозидами и бета-адреноблокаторами возможно усиление кардиотоксического действия последних [3].

Сочетанное применение необратимых ингибиторов MAO с наркотическими анальгетиками, центральными анестетиками, барбитуратами, алкоголем приводит к развитию гипотонии, угнетению дыхания и тяжелым расстройствам сознания. Кроме того, необратимые ингибиторы MAO могут усиливать гепатотоксичность пероральных контрацептивов.

Антидепрессанты, избирательно ингибирующие обратный захват серотонина, нельзя сочетать друг с другом, а также с обратимыми и необратимыми ингибиторами MAO и рядом других серотонинергич-

еских препаратов. Это чревато развитием так называемой серотониновой гиперстимуляции и «серотонинового синдрома», проявляющегося гипертермией, спутанностью сознания, повышением рефлексов и нарушениями со стороны пищеварительного тракта.

При совместном назначении серотонинергических антидепрессантов с седативными и снотворными препаратами, а также в случае приема алкоголя возможно усиление угнетающего влияния последних на ЦНС и развитие нежелательных эффектов.

## ЖИТЬ С ПОЗИТИВОМ

Таким образом, для того, чтобы снизить риск развития заболеваний, а также избежать лекарственной нагрузки на организм, следует ежедневно улучшать свой психоэмоциональный статус. Принято считать, что успех приходит к тем, кто рано встает. Однако, на наш взгляд, это утверждение нуждается в корректировке: успех приходит к тем, кто встает в хорошем настроении! При этом нужно стараться быть не «рабом» своего настроения, а его «господином». Поэтому всегда просыпайтесь с улыбкой, слушайте приятную

музыку, по возможности общайтесь с жизнерадостными людьми.

Также достаточно эффективным способом противостояния стрессу является физическая активность, требующая определенных энергетических затрат, например, плавание, бег, занятия в тренажерном зале и др.



САМОЕ ДЕЙСТВЕННОЕ ЛЕКАРСТВО ДЛЯ ФИЗИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЕСТЬ БОДРОЕ И ВЕСЕЛОЕ НАСТРОЕНИЕ ДУХА

ТОФЕР ЯКОБ БОСТРЕМ

При этом не следует забывать и о более спокойных и размеренных йоге и дыхательной гимнастике.

В стрессовых ситуациях не следует замыкаться в себе — доверительная беседа с близким человеком либо психологом/психоаналитиком поможет справиться с проблемами и обрести гармонию с собой и окружающими.

И, наконец, еще один проверенный способ заключается в доброжелательном отношении к окружающим («улыбнись миру, и он улыбнется тебе в ответ»).

Как говорил английский писатель Джордж Мередит: «Хорошее настроение — это доброта и мудрость вместе». Поэтому старайтесь мыслить позитивно, не принимайте скоропалительных решений и помните о том, что безвыходных ситуаций не бывает!

Подготовила Александра Демецкая, канд. биол. наук

## Литература

1. Щербатых Ю. Психология стресса и методы коррекции. — СПб, Питер, 2008, с. 89–92.
2. Спивак Л.И., Райский В.А., Виленский Б.С. Осложнения психофармакологической терапии. — Л.: Медицина, Ленинградское отделение, 1988. — 168 с.
3. Белоусов Ю.Б., Моисеев В.С., Лепахин В.К. Клиническая фармакология и фармакотерапия. — М.: Универсум паблишинг, 1997. — Вып. 2. — 530 с.