

Белялов Ф.И. Психосоматические связи при заболеваниях внутренних органов: Часть 3. Клиническая медицина. 2007;6:19-21.

Медицинская наука и практика исторически были разделены на психиатрию, изучающую проблемы души, и другие специальности, включавшие лечение заболеваний органов и систем человека. Попытки преодолеть жесткое разделение проблем души и тела в медицине предпринимались неоднократно и оформились в самостоятельное направление – психосоматику. Во многих странах созданы психосоматические общества, а психосоматика выделена в качестве отдельной медицинской специальности. Издаются десятки журналов, из которых наибольшую международную известность и авторитет приобрели *Psychosomatic Medicine* (<http://intl.psychosomaticmedicine.org/>) и *Psychosomatics* (<http://intl-psy.psychiatryonline.org/>).

За время развития психосоматики было сформулировано много идей и подходов, включая разработку концепции психосоматических заболеваний. Вместе с тем, отношение к психосоматике со стороны традиционных врачей было и остается достаточно сдержанным. Большинство врачей рассматривают психосоматику как область недостаточно понятную, трудную для освоения и не дающую существенных позитивных результатов в лечении соматических заболеваний. Часто психосоматику включают в состав комплементарной/альтернативной медицины, наряду с акупунктурой, биоэнергетикой и т.д.

Вместе с тем, большинство практических врачей понимают, что душевное состояние пациента при соматической патологии – важный фактор течения и исхода заболевания.

Попробуем оценить современное состояние, основные проблемы и перспективы психосоматического направления в медицине. Для этого важно получить ответ на ряд вопросов:

- Связаны душевные расстройства и соматические заболевания?
- Могут психические расстройства быть причинами соматического заболевания?

- Влияет психическое состояние на соматическое заболевание?
- Способно лечение душевного расстройства облегчить течение соматического заболевания?
- Каковы перспективы развития и актуальные задачи научных психосоматических исследований?

Связь душевных расстройств и соматических заболеваний

По данным многих эпидемиологических исследований психические расстройства встречаются существенно чаще у пациентов амбулаторных (в 1.5–2 раза) и стационарных (в 1.5–3 раза) лечебных учреждений, чем среди всего населения [1,2,3]. При многих соматических заболеваниях значительно повышена частота психических расстройств (таблица).

Таблица. Частота депрессии и тревоги при соматических заболеваниях.

Заболевание	Частота расстройства		Литература
	депрессия	тревога	
Инфаркта миокарда	42%	50%	[4,5]
Хроническая обструктивная болезнь легких	23-43%	37-54	[6]
Ревматоидный артрит	38%	44	[7]
Рак	53%	27%	[8]

Таким образом, психические расстройства (тревожные, депрессивные) встречаются при соматических заболеваниях значительно чаще, что свидетельствует о взаимосвязи душевных и соматических процессов.

Психические причины соматических заболеваний

Современное развитие медицинской науки выявляет все больше вполне материальных причин при тех заболеваниях, которые ранее рассматривались как психосоматические и в происхождении которых роль психических факторов признавалась ведущей. Например, в развитии язвенной болезни была показана важная роль *H.pylori*, а патологическую основу бронхиальной астмы составляет хроническое воспаление бронхов.

Даже при функциональных расстройствах более чем половине случаев не находят значимых психических отклонений. Так при функциональной диспепсии депрессия встречается только в 38% случаев, а тревога - в 21% случаев [9].

Если психическое расстройство – причина соматического заболевания, то устранение причины должно привести к исчезновению заболевания. Таких фактов в настоящее время нет ни для одного соматического заболевания, исключая только стрессовые гастродуоденальные язвы.

Влияние психического состояния на течение соматического заболевания

Оценка влияния состояния психики на течение соматического заболевания встречает значительные трудности. Современное состояние знаний о заболеваниях человека предполагает участие в большинстве соматических заболеваний многих внешних и внутренних факторов, которые действуют в совокупности или выполняют роль триггеров. Выделить и доказать существенное значение роли психологических факторов – непростая задача. Даже строгий отбор пациентов без других патогенных факторов не может служить надежным доказательством.

Вместе с тем, негативная ассоциация тревоги и депрессии с тяжестью и прогнозом многих соматических заболеваний показана в ряде исследований с оценкой независимого вклада психических факторов. В частности, депрессия – значимый фактор риска смерти при терминальной почечной недостаточности [10]. У пациентов сахарным диабетом и депрессией существенно выше риск осложнений, а также общей и сердечной летальности (на 20 и 30% соответственно) [11,12]. Годовая летальность при депрессии у пациентов с сердечной недостаточностью выше в 2.2 раза, а частота повторных госпитализаций - в 3 раза [13]. Летальность у пациентов после инфаркта миокарда с депрессией в течение года повышалась в 6.6 раза [14].

Однако опираясь на данные вышеописанных исследований нельзя считать, что психологические факторы вызывают ухудшение соматического заболевания, а не являются ранними индикаторами неблагоприятного исхода. В определенной

степени доказательством причинно–следственной связи может служить улучшение прогноза после психотропного лечения.

Влияние лечения душевного расстройства на соматическое заболевание

Основным движущим мотивом для развития психосоматического направления является возможность позитивно повлиять на течение соматического заболевания. Рассмотрим результаты исследований эффективности психотропного лечения у пациентов с депрессиями и соматическими заболеваниями.

Несмотря на многообещающие результаты ранних работ, в последних крупных исследованиях (SADHART, MIND-IT) не удалось доказать позитивное влияние антидепрессантов и психотерапии на течение ишемической болезни сердца у пациентов после инфаркта миокарда.

Лечение депрессии улучшило психологическое состояние пациентов с сахарным диабетом, но не влияло на уровень компенсации сахарного диабета [15,16].

Антидепрессанты улучшили качество жизни и у пациентов с терминальной стадией заболевания хронической обструктивной болезни легких, но не повлияли на прогноз респираторного заболевания [17,18].

Программы психологической поддержки пациентов с раком улучшили самочувствие пациентов и качество жизни, но не повысили выживаемость, за исключением пациентов с меланомой [19,20,21].

Такие результаты подтверждают предположение об отсутствии причинно–следственного характера и, соответственно, негативного влияния психических факторов на течение соматических заболеваний. Вместе с тем, облегчение депрессии и тревоги, повышение качества жизни оправдывает назначение психотропных средств.

Проблемы психосоматического направления и задачи медицинской науки

Предшествующий анализ научных исследований показал, что несмотря на очевидную связь между рядом соматических заболеваний и состоянием психики, не получено данных, подтверждающих причинно–следственный характер отно-

шений. Вместе с тем, исследования, особенно методически корректные, для многих заболеваний не проводились вообще или их число крайне недостаточно. Для многих соматических заболеваний недостаточно изучена роль даже таких известных психических факторов как тревога и депрессия, не говоря о враждебности, алекситимии и т.д.

Кроме того, даже отсутствие причинно–следственных отношений не закрывает проблему особенностей у соматических больных диагностики и лечения психических расстройств, которые часто приносят больше страданий, чем поражение внутренних органов.

Основное препятствие для изучения психосоматических отношений представляет отсутствие единой теоретической концепции, опирающейся на патофизиологические исследования. В последние годы находят все больше структурных индикаторов психических расстройств (рецепторы, медиаторы, химические процессы, нейроны мозга). Однако непонятно, каким образом эти нарушения могут быть связаны с функциональными и структурными повреждениями внутренних органов.

В терапевтической клинике остается серьезной проблемой безопасность применения многих психотропных препаратов. Особенно это касается наиболее востребованной психофармакологической группы – антидепрессантов. В частности, получены противоречивые данные в отношении безопасности гетероциклических антидепрессантов и СИЗС [22,23]. Так, применение антидепрессантов ассоциировалось с 3–кратным повышением использования антисекреторных препаратов, а СИЗС увеличивали риск кровотечений из верхних отделов желудочно–кишечного тракта [24]. В этой связи, требуется тщательное изучение действия психотропных препаратов при разных соматических заболеваниях, а также разработка более безопасных психотропных средств.

Нам представляется важным исследовать такое свойство антидепрессантов, как влияние на ощущения пациентов. Об этом свидетельствует эффективность антидепрессантов при первичной головной боли, диабетической нейропатии, хро-

нической боли, синдроме раздраженного кишечника, бронхиальной астме и других патологических состояниях [17,25].

Несмотря на высокую частоту психических расстройств у соматических больных в России отсутствует серьезная подготовка студентов и врачей непсихиатрических специальностей, позволяющая диагностировать и проводить лечение (медикаментозное, кратковременную поддерживающую психотерапию) нетяжелых психических расстройств. Без особого успеха реализуются образовательные программы Всемирной организации здравоохранения.

До сих пор, несмотря на периодическое обсуждение, больше на страницах журналов и книг, не определены организационные формы помощи пациентам с психическими и психосоматическими проблемами.

Подводя итоги, полагаем, что изучение психосоматических взаимосвязей, эффективности и безопасности психотропной терапии пациентов с заболеваниями внутренних органов являются актуальными целями научных исследований. Необходимо значительно повысить эффективность образовательных психосоматических программ для практикующих терапевтов и внедрить в медицинскую практику организационные формы психосоматической помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Смулевич А.Б. Депрессии в общемедицинской практике. М 2000.
2. ANCPDR Depression Guideline Panel. Depression in Primary Care. 1993.
3. Rincon H.G., Granados M., Unutzer J. et al. Prevalence, Detection and Treatment of Anxiety, Depression, and Delirium in the Adult Critical Care Unit. *Psychosomatics* 2001;42:391-396.
4. Burg M.M., Abrams D. Depression in chronic medical illness: The case of coronary heart disease. *J Clin Psychol* 2001;57(11):1323-1337.
5. Moser D.K., Dracup K. Is anxiety early after myocardial infarction associated with subsequent ischemic and arrhythmic events? *Psychosom Med* 1996;58:395-401.
6. Gudmundsson G., Gislason T., Janson C. et al. Depression, anxiety and health status after hospitalisation for COPD: A multicentre study in the Nordic countries. *Respir Med*. 2006;100(1):87-93.
7. Zyrianova Y., Kelly B.D., Gallagher C. et al. Depression and anxiety in rheumatoid arthritis: the role of perceived social support. *Ir J Med Sci*. 2006;175(2):32-36.
8. Almanza J., Downhill J.E., Nierman D.M. Psychiatric Disorders in Chronically Critically Ill Patients in a Respiratory Care Unit. *Psychosomatics* 2000;41:157-190.

9. Handa M., Mine K., Yamamoto H., et al. Esophageal motility and psychiatric factors in functional dyspepsia patients with or without pain. *Dig Dis Sci* 1999;44(10):2094-2098.
10. Kurella M., Kimmel P.L., Young B.S. et al. Suicide in the United States End-Stage Renal Disease Program. *J. Am. Soc. Nephrol.* 2005;16:774-781.
11. Egede L.E., Nietert P.J., Zheng D. Depression and All-Cause and Coronary Heart Disease Mortality Among Adults With and Without Diabetes. *Diabetes Care.* 2005;28:1339-1345.
12. Vileikyte L., Leventhal H., Gonzalez J.S. et al. Diabetic Peripheral Neuropathy and Depressive Symptoms: The association revisited. *Diabetes Care* 2005;28:2378-2383.
13. Jiang W., Alexander J., Christopher E. et al. Relationship of Depression to Increased Risk of Mortality and Rehospitalization in Patients With Congestive Heart Failure. *Arch. Intern. Med.* 2001;161:1849-1856.
14. Frasure-Smith N., Lesperance F., Talajic M. Depression and 18-month prognosis after myocardial infarction. *Circulation.* 1995;91:999-1005.
15. Katon W.J., Von Korff M., Lin E.H.B. et al. The Pathways Study: A Randomized Trial of Collaborative Care in Patients With Diabetes and Depression. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61(10):1042-1049.
16. Williams J.W., Jr., Katon W., Lin E.H.B. et al. The Effectiveness of Depression Care Management on Diabetes-Related Outcomes in Older Patients. *Ann Intern Med.* 2004;140:1015-1024.
17. Smoller J.W., Pollack M.H., Systrom D. et al. Sertraline Effects on Dyspnea in Patients With Obstructive Airways Disease. *Psychosomatics* 1998;39:24-29.
18. Lacasse Y, Beaudoin L, Rousseau L, Maltais F. Randomized trial of paroxetine in end-stage COPD. *Monaldi Arch Chest Dis.* 2004;61(3):140-7.
19. Classen C., Butler L.D, Koopman C. et al. Supportive-Expressive Group Therapy and Distress in Patients With Metastatic Breast Cancer. *Arch Gen Psychiatry.* 2001;58:494-501.
20. Petticrew M., Bell R., Hunter D. Influence of psychological coping on survival and recurrence in people with cancer: systematic review. *BMJ.* 2002;325: 1066.
21. Fawzy F.I, Canada A.L., Fawzy N.W. et al. Effects of a Brief, Structured Psychiatric Intervention on Survival and Recurrence at 10-Year Follow-up. *Arch Gen Psychiatry.* 2003;60:100-103
22. Watkins L.L., Blumenthal JA., Davidson J.R. et al. Antidepressant use in coronary heart disease patients: impact on survival. American Psychosomatic Society 64th Annual Meeting, Denver, Colorado - March 1-4, 2006.
23. Taylor C.B., Youngblood M.E., Catellier D. et al. Effects of Antidepressant Medication on Morbidity and Mortality in Depressed Patients After Myocardial Infarction. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62:792-798.
24. Ma J., Vaillancourt R., Boddam R. et al. Association between antidepressant use and prescribing of gastric acid suppressants. *Can J Psychiatry.* 2006;51(3):178-84.
25. Moja P.L. et al. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005 Issue 3; ICSI 2006.