

Белялов Ф.И., Циренова А.Д. Бронхиальная астма как психосоматическое заболевание. Современное состояние проблемы. В кн: Психосоматические и соматоформные расстройства в клинической практике. Иркутск 2007:46–49.

Представление о тесной связи бронхиальной астмы с состоянием психики имеет давнюю историю. Еще в начале прошлого века Уильям Ослер писал: «все авторы согласны, что в большинстве случаев при бронхиальной астме имеется сильный невротический компонент. Многие рассматривают это заболевание как невроз» (Osler W, 1903). Позднее астма была включена в список так называемых психосоматических заболеваний, наряду с артериальной гипертензией и язвенной болезнью (Dunbar F., 1947).

Вместе с тем, современные исследования выявили ранее неизвестные соматогенные факторы развития заболеваний, например доказана ведущая роль хронического воспаления бронхов в происхождении бронхиальной астмы. В этой связи необходимо уточнить и на новом уровне знаний осмыслить роль психических факторов при бронхиальной астме (Harrison B.D.W., 1998; Goodwin R.D. et al., 2003; Opolski M., Wilson I., 2005).

Роль наиболее исследованных психосоматических факторов (тревога, депрессия и стресс) при бронхиальной астме по данным современных исследований представлена в настоящем обзоре.

Эпидемиология

У пациентов с бронхиальной астмой нередко (до 41%) встречаются депрессивные и тревожные расстройства, чаще чем у лиц без астмы (Adams R.J. et al, 2004; Ettinger A. et al, 2004; Hasler G. et al, 2005).

Особенно высока частота психических расстройств у пациентов с жизнеугрожающей астмой и фатальной астмой (Wareham N.J. et al, 1993; Mohan G. et al, 1996). Важная роль психических факторов выявлена и при лабильной астме (brittle asthma), характеризующейся либо выраженной (более 40%) суточной вариативностью пиковой скорости выдоха, несмотря на лечение несколькими препаратами (1 тип), либо быстро (минуты, часы) развивающейся тяжелой симптоматикой на фоне длительного стабильного состояния (2 тип) (Aures J.G. et al, 1998; BTS, 2005).

Важно понимать, что повышение частоты тревоги и депрессии у пациентов с бронхиальной астмой не доказывает причинно–следственной связи, а может объясняться влиянием общих для астмы и эмоциональной сферы факторов (Goodwin R.D. et al., 2004).

Стресс

У пациентов с бронхиальной астмой в 1.5 раза чаще выявляются стрессовые расстройства, что может быть связано с психогенным воздействием самого заболевания, приводящего к страданиям и ограничениям жизненной активности (Adams R.J. et al, 2004). С другой стороны, стресс значительно повышает риск обострений астмы, которые чаще развиваются в первые два дня и позднее на 5–7 неделе после стрессового события (Sandberg S. et al, 2004). У госпитализированных с обострениями астмы выше частота жизненных стрессовых событий (Kolbe J. et al, 2002).

Вместе с тем, моделирование стрессовой ситуации у пациентов с бронхиальной астмой приводило к появлению ощущения одышки без объективных признаков усиления бронхиальной обструкции (Rietveld S. et al, 1999; Sandberg S. et al, 2004). При этом одышка не может быть объяснена гипокапнией по данным тестов с вдыханием воздуха, обогащенного CO₂.

Повышение симпатической активности, характерное для стрессовой реакции организма, может снизить чувствительность бета–рецепторов и, соответственно, эффект бета–агонистов (Sherwood A. et al, 2004).

Тревога

Наличие астмы является фактором риска развития тревожных расстройств. Так у пациентов, госпитализированных с обострением астмы, выше уровень тревоги, особенно при тяжелом заболевании (Vamos M., Kolbe J., 1999; Kolbe J. et al, 2002). Тяжелая астма ассоциируется с 2.7-кратным повышением частоты тревожных расстройств, в том числе панического расстройства в 4.6 раза, а специфической фобии в 4.8 раза соответственно (Goodwin R.D. et al., 2004).

С другой стороны, тревожные расстройства связаны с более частыми и длительными госпитализациями, частыми посещениями врачей (Carr R.E., 1999; Nouwen A. et al, 1999). Вместе с тем, тревога ассоциируется со снижением риска смерти от астмы, что может быть обусловлено более осторожным отношением пациентов к провоцирующим факторам и лучшей приверженностью к лечению (Sturdy P.M. et al, 2002).

Респираторные симптомы (свистящее дыхание, заложенность в груди, кашель, одышка) теснее связаны с тревогой, чем с депрессией (Hasler G. et al, 2005). Тревога и паника могут прямо провоцировать астматические симптомы через гипервентиляцию (Carr R.E., 1999). Уровень тревоги коррелирует с астматическими симптомами, но не объективными показателями обструкции (Janson C. et al, 1994; Rimingtona L.D. et al, 2001). Полагают, что пациенты с тревогой воспринимают астму как более тяжелую при объективно одинаковой степени бронхиальной обструкции (Feldman J.M. et al, 2005).

Как следствие, тревожные расстройства ассоциируются с повышением дозы бронходилататоров и увеличением потребления кортикостероидов, независимо от степени объективного ухудшения астмы (Carr R.E., 1999). Бета-агонисты, особенно в больших дозах и пролонгированного действия, могут вызвать тревожную симптоматику.

По данным небольших исследований психологические методы лечения (релаксация, биологически-обратная связь) не показали убедительного позитивного эффекта на течение респираторного заболевания (Yorke J., 2006).

Важно отметить, что использование транквилизаторов очень опасно при астме, особенно с обострениями, и приводит к повышению летальности в 3.2–6.6 раза (Joseph K.S. et al, 1996).

Депрессия

Депрессия встречается у 22-28% пациентов с астмой, при этом депрессия чаще присоединяется после развития клиники бронхиальной астмы (Ettinger A. et al, 2004; Solis O.L. et al, 2006).

Депрессия при бронхиальной астме ассоциируется с тяжелым течением заболевания, повышенным риском госпитализаций, плохим самочувствием и низким качеством жизни (Eisner M.D. et al, 2005; Lavoie K.L. et al, 2006). У госпитализированных пациентов с обострением астмы выше уровень депрессии (Kolbe J. et al, 2002). Кроме того, при астме в 2.3–3.5 повышен риск суицидальных мыслей и попыток, что требует неотложной консультации психиатра (Goodwin R.D., Eaton W.W., 2005).

По-видимому, депрессия в большей степени связана с астматическими симптомами, чем с объективными показателями обструкции бронхов (Rimingtona L.D. et al, 2001; Goldney R.D. et al, 2003). Депрессия может усилить обструкцию бронхов через увеличение вагусного влияния (Ritz T. et al, 2000; Krommydas G.C. et al, 2004). Кроме того, депрессия более выражена при внелегочных аллергических проявлениях (Kovacs M. et al, 2003).

Негативное влияние депрессии на течение бронхиальной астмы во многом связано со снижением приверженности пациентов к лечению (прием менее 70% предписанных доз ингаляторов), которая составляет 55–70% (Smith A. et al, 2006). У пациентов с депрессией частота плохой приверженности к лечению в 3 раза выше, чем при отсутствии значимой депрессии (DiMatteo M.R. et al, 2000). Этот феномен был подтвержден при использовании электронного мониторинга с помощью микрочипов встроенных в ингаляторы. Ухудшение противоастматического лечения при депрессии связано со снижением когнитивных функций

(решения задач, концентрации внимания, памяти), энергичности, мотивации, чувством безнадежности и социальной изоляцией.

Лечение антидепрессантами ассоциируется со снижением улучшением течения астмы, потребности в кортикостероидах и, возможно, смерти от астмы (Sturdy P.M. et al, 2002; Brown E.S. et al, 2005).

Теоретически, предпочтительнее выбирать гетероциклические антидепрессанты, обладающие значимым холинолитическим эффектом (амитриптилин, доксепин, имипрамин, кломипрамин, тримипрамин, мапротилин, дезипрамин). В двух исследованиях с двойным слепым плацебо–контролем и одним открытым крупном исследовании было показано существенное ослабление симптомов астмы при лечении тианептином (Lechin F. et al, 1998, 2004). Подобный эффект объясняют усилением захвата серотонина тромбоцитами и серотонинергическими аксонами в центральной нервной системе под влиянием тианептина. А как известно уровень свободного серотонина плазмы положительно связан с бронхоконстрикцией и тяжестью астмы.

Когнитивно–поведенческая терапия повышает качество жизни пациентов с бронхиальной астмой (Yorke J., 2006).

Высокие дозы ингалируемых кортикостероидов связаны с ухудшением психического компонента качества жизни по тесту SF-36 (Bonala S.B. et al, 2003).

Респираторные симптомы

Важное значение в оценке состоянии пациентов с бронхиальной астмой имеет субъективное переживание нехватки воздуха. В исследованиях выраженность одышки чаще всего оценивают по шкале Борга (10–балльный вариант): 1 балл – отсутствует, 2 балла – слабая, 3 балла – умеренная, 4 балла – отчасти сильная, 5 баллов – сильная, 7 баллов – очень сильная, 10 баллов – чрезмерно сильная.

Изменение восприятия одышки имеет важное клиническое значение, в частности, может влиять на оценку тяжести состояния и частоту применения бронходилататоров (De Peuter S. et al, 2005). Нарушенное осознание телесных ощущений может проявляться и в феномене алекситемии, которая встречается при жизнеугрожающей астме почти в 3 раза чаще (Serrano J. et al, 2006).

Восприятие одышки снижено (в 26%) у пациентов с жизнеугрожающей астмой, что приводит к уменьшению применения бронходилататоров при объективно более тяжелой обструкции (Barreiro E. et al, 2004; Eckert D.J. et al, 2004).

На порог восприятия одышки, как легочной так и сердечной, может влиять и аффективное состояние (Main J. et al, 2003; Ramasamy R. et al, 2006). Кроме того, сниженное настроение способствует трактовке неспецифических симптомов как астматических.

Короткодействующие и пролонгированные бета–агонисты не изменяют восприятия одышки, а кортикостероиды подавляют воспаление и могут снизить порог восприятия одышки (Ottanelli R. et al, 2001; van Schayck C.P. et al, 2002).

Несмотря на вышеописанные проблемы восприятия одышки, в целом мониторинг состояния по астматическим симптомам не хуже, чем по пиковой скорости выдоха (Buist A.S. et al, 2006).

Подводя итоги анализа проведенных исследований, можно констатировать, что в настоящее время недостаточно данных, чтобы расценивать бронхиальную астму как первичное психосоматическое заболевание (GINA, 2006). Однако сопутствующая психическая дисфункция ассоциируется с тяжелым и нестабильным течением бронхиальной астмы, снижением качества жизни и плохой приверженности к соматическому лечению. Поэтому оценка психического статуса и адекватное психотропное лечение способно у некоторых пациентов повысить эффективность лечения астмы. Вместе с тем, вышеописанные данные основаны на относительно небольших и методически разнородных работах, поэтому для более точной оценки роли психосоматических факторов при бронхиальной астме необходимо проведение крупных проспективных исследований.

ЛИТЕРАТУРА

1. Adams R.J., Wilson D.H., Taylor A.W. et al. Psychological factors and asthma quality of life: a population based study. *Thorax* 2004;59:930-935
2. Ayres J.G., Miles J.F., Barnes P.J. Brittle asthma. *Thorax* 1998; 53:315-321.
3. Barreiro E., Gea J., Sanjuas C. et al. Dyspnoea at rest and at the end of different exercises in patients with near-fatal asthma. *Eur Respir J.* 2004;24(2):219-225.
4. Bonala S.B., Pina D., Silverman B.A. et al. Asthma severity, psychiatric morbidity, and quality of life: correlation with inhaled corticosteroid dose. *J Asthma.* 2003;40(6):691-699.
5. Bosley CM, Fosbury JA, Cochrane GM. The psychological factors associated with poor compliance with treatment in asthma. *Eur Respir J.* 1995;8(6):899-904.
6. British Thoracic Society. Guidelines on the management of asthma. *BMJ* 1993;306:776-82; *Thorax* 1993;48:S1-24.
7. Brown E.S., Vigil L., Khan D.A. et al. A Randomized Trial of Citalopram versus Placebo in Outpatients with Asthma and Major Depressive Disorder: A Proof of Concept Study. *Biol Psychiatry.* 2005;58(11):865-870.
8. Buist A.S., Vollmer W.M., Wilson S.R. et al. A Randomized Clinical Trial of Peak Flow versus Symptom Monitoring in Older Adults with Asthma. *Am J Respir Crit Care Med* 2006;174:1077-1087.
9. Campbell D.A., Yellowlees P.M., McLennan G. et al. Psychiatric and medical features of near fatal asthma. *Thorax* 1995;50:254-259.
10. Carr RE. Panic Disorder and Asthma. *J Asthma* 1999;36(2):143-152
11. De Peuter S, Van Diest I, Lemaigre V et al. Can Subjective Asthma Symptoms Be Learned? *Psychosom Med.* 2005;67:454-461.
12. DiMatteo M.R., Lepper H.S., Croghan T.W. Depression Is a Risk Factor for Noncompliance With Medical Treatment. *Arch Intern Med.* 2000;160:2101-2107
13. Dunbar F. Mind and body: psychosomatic medicine. New York, Random House; 1947.
14. Eisner M.D., Katz P.P., Lactao G., Iribarren C. Impact of depressive symptoms on adult asthma outcomes. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2005;94(5):566-574.
15. Eckert D.J., Catcheside P.G., McEvoy R.D. Blunted sensation of dyspnoea and near fatal asthma. *Eur Respir J* 2004;24:197-199.
16. Ettinger A., Reed M., Cramer J. Depression and comorbidity in community-based patients with epilepsy or asthma. *Neurology.* 2004;63(6):1008-1014.
17. Feldman J.M., Lehrer P.M., Borson S. et al. Health care use and quality of life among patients with asthma and panic disorder. *J Asthma.* 2005;42(3):179-184.
18. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. NHLBI/WHO Workshop 2006.
19. Goldney R.D., Ruffin R., Fisher L.G., Wilson D.H. Asthma symptoms associated with depression and lower quality of life: a population survey. *MJA* 2003;178 (9):437-441.
20. Goodwin R.D., Fergusson D.M., Horwood L.J. Asthma and depressive and anxiety disorders among young persons in the community. *Psychol Med.* 2004;34(8):1465-1474.
21. Goodwin RD, Eaton WW. Asthma, suicidal ideation, and suicide attempts: findings from the Baltimore epidemiologic catchment area follow-up. *Am J Public Health.* 2005;95(4):717-722.
22. Goodwin R.D., Olfson M., Shea S. et al. Asthma and mental disorders in primary care. *Gen Hosp Psychiatry.* 2003;25(6):479-483.
23. Garden G.M., Ayres J.G. Psychiatric and social aspects of brittle asthma. *Thorax.* 1993;48(5):501-505.
24. Harrison B.D.W. Psychosocial aspects of asthma in adults. *Thorax* 1998;53:519-525.
25. Hasler G., Gergen P.J., Kleinbaum D.G. et al. Asthma and Panic in Young Adults: A 20-Year Prospective Community Study. *Am J Respir Crit Care Med.* 2005;171:1224-1230.
26. Janson C., Bjornsson E., Hetta J., Boman G. Anxiety and depression in relation to respiratory symptoms and asthma. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 1994;149:930-934.

27. Joseph K.S., Blais L., Ernst P., Suissa S. Increased morbidity and mortality related to asthma among asthmatic patients who use major tranquillisers. *BMJ* 1996;312(7023):79-82.
28. Kelloway J.C., Wyatt R.A., Aldis S.A. Comparison of patients compliance with prescribed oral and inhaled asthma medication. *Arch Int Med* 1994;154:1349-1352.
29. Kolbe J., Fergusson W., Vamos M., Garrett J. Case-control study of severe life threatening asthma (SLTA) in adults: psychological factors. *Thorax* 2002;57:317-322
30. Kovacs M., Stauder A., Szedmak S. Severity of allergic complaints: the importance of depressed mood. *J Psychosom Res.* 2003;54(6):549-57.
31. Krommydas G.C., Gourgoulianis K.I., Angelopoulos N.V. et al. Depression and pulmonary function in outpatients with asthma. *Respir Med.* 2004;98(3):220-224.
32. Lavoie K.L., Bacon S.L., Barone S. et al. What Is Worse for Asthma Control and Quality of Life: Depressive Disorders, Anxiety Disorders, or Both? *Chest* 2006;130:1039-1047.
33. Magadle R., Berar-Yanay N., Weiner P. The Risk of Hospitalization and Near-Fatal and Fatal Asthma in Relation to the Perception of Dyspnea. *Chest.* 2002;121:329-333.
34. Main J., Moss-Morris R., Booth R. et al. The use of reliever medication in asthma: the role of negative mood and symptom reports. *J Asthma.* 2003;40(4):357-365.
35. Miles J.F., Garden G.M.F., Tunnicliffe W.S. et al. Psychological morbidity and coping skills in patients with brittle and non brittle asthma: a case control study. *Clin Exp Allergy* 1997; 27:1151–1159.
36. Miller B.D., Wood B.L. Influence of specific emotional states on autonomic reactivity and pulmonary function in asthmatic children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1997;36(5):669-677.
37. Mohan G, Harrison BDW, Badminton RM, et al. A confidential enquiry into deaths caused by asthma in an English health region: implications for general practice. *Br J Gen Pract* 1996;46:529–532.
38. Nouwen A., Freeston M.H., Labbe R., Boulet L.P. Psychological factors associated with emergency room visits among asthmatic patients. *Behav Modif.* 1999;23(2):217-233.
39. Oguzturk O., Ekici A., Kara M. et al. Psychological Status and Quality of Life in Elderly Patients With Asthma. *Psychosomatics.* 2005;46:41-46.
40. Opolski M., Wilson I. Asthma and depression: a pragmatic review of the literature and recommendations for future research. *Clin Pract Epidemiol Ment Health.* 2005;1:18.
41. Osler W. *The principles and practice of medicine.* 5th ed. 1903:628.
42. Ottanelli R., Rosi E., Romagnoli I. et al. Do Inhaled Corticosteroids Affect Perception of Dyspnea During Bronchoconstriction in Asthma? *Chest* 2001;120:770-777.
43. Ramasamy R., Hildebrandt T., O'Hea E. et al. Psychological and Social Factors That Correlate With Dyspnea in Heart Failure. *Psychosomatics* 2006;47:430-434.
44. Rea H.H., Scragg R., Jackson R. et al. A case-control study of deaths from asthma. *Thorax* 1986;41:833–839.
45. Rietveld S., van Beest I., Everaerd W. Stress-induced breathlessness in asthma. *Psychol Med.* 1999;29(6):1359-1366.
46. Rimingtona L.D., Daviesb D.H., Lowea D., Pearsona M.G. Relationship between anxiety, depression, and morbidity in adult asthma patients. *Thorax* 2001;56:266-271
47. Ritz T., Steptoe A. Emotion and Pulmonary Function in Asthma: Reactivity in the Field and Relationship With Laboratory Induction of Emotion. *Psych Med* 2000;62:808-815.
48. Sandberg S., Jarvenpaa S., Penttinen A. et al. Asthma exacerbations in children immediately following stressful life events: a Cox's hierarchical regression. *Thorax.* 2004;59(12):1046-1051.
49. Serrano J., Plaza V., Sureda B. et al. Alexithymia: a relevant psychological variable in near-fatal asthma. *Eur Respir J* 2006;28:296-302.

50. Sherwood A., Hughes J.W., Kuhn C. et al. Hostility Is Related to Blunted {beta}-Adrenergic Receptor Responsiveness Among Middle-Aged Women. *Psychosom Med.* 2004;66:507-513.
51. Smith A., Krishnan J.A., Bilderback A. et al. Depressive Symptoms and Adherence to Asthma Therapy After Hospital Discharge. *Chest* 2006; 130:1034-1038.
52. Solis O.L., Khan D.A., Brown E.S. Age at Onset of Major Depression in Inner-City Adults With Asthma. *Psychosomatics* 2006;47:330-332.
53. Sturdy P.M., Victor C.R., Anderson H.R. et al. Psychological, social and health behaviour risk factors for deaths certified as asthma: a national case-control study. *Thorax* 2002;57(12):1034-1039.
54. Thoren C., Petermann F. Reviewing asthma and anxiety. *Respir Med.* 2000;94(5):409-415.
55. Vamos M., Kolbe J. Psychological factors in severe chronic asthma. *Aust N Z J Psychiatry.* 1999;33(4):538-544.
56. van Schayck C.P., Bijl-Hofland I.D., Cloosterman S.G. et al. Potential masking effect on dyspnoea perception by short- and long-acting beta2-agonists in asthma. *Eur Respir J* 2002;19(2):240-245.
57. Wareham N.J., Harrison B.D.W., Jenkins P.J. et al. A district confidential enquiry into deaths due to asthma. *Thorax* 1993;48:1117-1120
58. Yellowlees P.M., Ruffin R.E. Psychological defences and coping styles in patients following a life-threatening attack of asthma. *Chest* 1989;95:1298-1303.
59. Yorke J., Fleming S.L., Shuldham C.M. Psychological interventions for adults with asthma. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 1.