А.А. Шатенштейн

Кафедра психиатрии и наркологии ГОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России

Роль тревожно-депрессивных нарушений в генезе психосоматических заболеваний

***Цель** исследования – изучение особенностей взаимосвязи тревожно-депрессивных нарушений и физиологических сдвигов, отражающихся в соматических жалобах.*

***Пациенты и методы.** Проанализированы результаты клинического и психодиагностического обследования 210 больных (по методике многостороннего исследования личности – ММИЛ), находившихся в терапевтическом стационаре: 4 группы пациентов с психосоматическими болезнями (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, бронхиальная астма и бронхит с астмоидным компонентом), 3 группы – с болезнями, в генезе которых психосоматические механизмы играют меньшую роль (пневмония, гастрит, болезни почек). Контролем служила группа здоровых (n=38). Внутри каждой группы заболеваний были рассчитаны коэффициенты корреляции между 1-й шкалой, отражающей число соматических жалоб и степень ипохондрической фиксации на них, и 2-й шкалой, характеризующей выраженность тревожно-депрессивных нарушений.*

***Результаты исследования**. При психосоматических заболеваниях коэффициенты корреляции между 1-й и 2-й шкалой ММИЛ оказались недостоверны и существенно ниже, чем у здоровых. Это свидетельствует о том, что у таких пациентов увеличение числа соматических жалоб и усиление ипохондрической фиксации на них ведут к ослаблению тревожно-депрессивных расстройств, что можно рассматривать, как указание на существование «психосоматической защиты», которая ослабляет тревогу за счет соматического заболевания. При соматических заболеваниях, не относящихся к психосоматическим, коэффициент корреляции между 1-й и 2-й шкалой был высокодостоверным и существенно выше, чем у здоровых, и тем более выше, чем в группах психосоматических заболеваний. У пациентов этих групп рост тревоги и депрессии усугубляет нарушения вегетативного регулирования, отражающиеся в увеличении числа ипохондрических жалоб. Такая прямая зависимость вегетативных функций от уровня тревожно-депрессивных нарушений может быть фактором риска развития этих заболеваний.*

***Ключевые слова:** тревога, депрессия, психосоматические заболевания.*

Контакты**: Александр Анатольевич Шатенштейн **ashaten@gmail.com

***Для ссылки:** Шатенштейн АА. Роль тревожно-депрессивных нарушений в генезе психосоматических заболеваний. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2013;(3):28–31.*

Role of anxiety and depressive disorders in the genesis of psychosomatic disorders

A.A. Shatenshtein

Department of Psychiatry and Narcology, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Ministry of Health of Russia

***Objective**: to study the specific features of an association between anxiety and depressive disorders and physiological shifts reflecting in somatic complaints.*

***Patients and methods**. The results of clinical and psychodiagnostic examination using the Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) were analyzed in 210 therapeutic inpatients from 4 groups of psychosomatic diseases (coronary heart disease, hypertensive disease, duodenal ulcer disease, asthma, and bronchitis with an asthmatic component) and 3 groups of diseases in whose genesis the psychosomatic mechanisms (pneumonia, gastritis, renal diseases) played a lesser role. Healthy individuals (n=38) served as a control group. The correlation coefficients between the first scale reflecting the number of somatic complaints and the magnitude of their hypochondriacal fixation and the second one characterizing the degree of anxiety and depressive disorders were calculated within each disease group.*

***Results**. In psychosomatic diseases, the correlation coefficients between the first and second MMPI scales proved to be insignificant and substantially lower than those in the healthy individuals. This suggests that in such patients, a larger number of somatic complaints and their enhanced hypochondriacal fixation alleviate anxiety and depressive disorders, which may be regarded as an indication that there is psychosomatic defense that lessens anxiety due to a somatic disease. In somatic diseases that are not referring to as psychosomatic ones, the correlation coefficient between the first and second scales is highly significant and considerably higher than that in the healthy individuals and particularly higher than in the group of psychosomatic diseases. In the patients of these groups, an increase in anxiety and depression aggravates autonomic dysregulation reflecting in the larger number of hypochondriacal complaints. This direct relationship between autonomic functions and the level of anxiety and depression may be a risk factor for developing these disorders.*

***Key words:** anxiety, depression, psychosomatic diseases.*

Contact**: Aleksandr Anatolyevich Shatenshtein **ashaten@gmail.com

***For references:** [Shatenshtein AA. Role of anxiety and depressive disorders in the genesis of psychosomatic disorders. Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics. 2013;(3):28–31.]*

DOI: http://dx.doi.org/10.14412/2074-2711-2013-2336

Исследование взаимных влияний психического и соматического состояния весьма актуально при изучении этиологии, патогенеза и клинической картины широко распространенных заболеваний внутренних органов. Все большее внимание уделяется социальным и психогенным факторам в генезе этих заболеваний [1, 2]. Хотя клинические проявления таких влияний хорошо известны как при соматической, так и при психической патологии (психосоматических заболеваниях, соматоформных расстройствах, депрессиях, тревожных расстройствах) [3–5], остаются недостаточно изученными механизмы, посредством которых социальные и психические факторы воздействуют на физиологическое регулирование деятельности внутренних органов.

В середине XX в. была выделена группа заболеваний, при которых психогенные факторы предположительно играют наибольшую роль [6, 7]. Впоследствии была выдвинута концепция «психосоматического континуума» [8], которая позволила расположить заболевания внутренних органов в порядке возрастания роли психических факторов в их патогенезе и динамике клинической симптоматики.

Условно можно выделить два варианта взаимодействия психических и соматических факторов. При одном из них нарушение физиологического регулирования и увеличение соматических сдвигов происходят параллельно чрезмерному усилению тревоги и психического напряжения. Это характерно для хронического эмоционального стресса [9], когда корреляция между психическими и соматическими сдвигами прямая. Усиление тревоги и психического напряжения у таких больных сопровождается увеличением числа соматических жалоб, которые можно рассматривать как непосредственную реакцию на эмоциональный стресс.

При другом варианте увеличение соматических сдвигов ведет к ослаблению психического напряжения, т. е. взаимосвязь между ними обратная. Этот второй вариант, наблюдаемый при психосоматических заболеваниях, можно расценить как результат действия «психосоматической защиты», позволяющей уменьшить тревогу и психическое напряжение. Психосоматическое заболевание в данном случае рассматривается как «защита» организма от непереносимого уровня тревоги, вызванного тяжелым интрапсихическим конфликтом [6, 7], причем действие этой защиты не осознается самим больным, но позволяет снизить уровень тревоги, которую вызвал интрапсихический конфликт. У таких больных появление соматических нарушений и ипохондрических жалоб приводит к уменьшению тревоги и эмоционального напряжения.

Цель работы – изучение двух указанных вариантов взаимоотношений между тревожно-депрессивными нарушениями и физиологическими сдвигами (отражающимися в соматических жалобах) при психосоматических заболеваниях и заболеваниях, которые не относятся к психосоматическим (находятся на нижнем полюсе психосоматического континуума).

Пациенты и методы. Проанализированы результаты клинического и психодиагностического обследования 210 больных, находившихся на лечении в терапевтическом отделении Магаданской областной больницы. Обследовали каждого 2-го больного, госпитализированного в терапевтическое отделение в период проведения обследования. Возраст больных – от 19 до 64 лет. Мужчин было 141 (68%), женщин – 69 (33%). Больные со сходными заболеваниями были объединены в группы: 4 группы с психосоматическими болезнями (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, бронхиальная астма и бронхит с астмоидным компонентом), 3 группы с болезнями, в генезе которых психосоматические механизмы играют меньшую роль (пневмония, гастрит, болезни почек). Число больных с каждым из диагнозов представлено в таблице. Аналогичными методами обследовано 38 здоровых, соответствующего пола и возраста.

Данные о соматическом состоянии (патологии внутренних органов) взяты из истории болезни, которую вели терапевты в стационаре. Психодиагностическое исследование включало обследование с помощью методики многостороннего исследования личности (ММИЛ) [10]. Внутри каждой группы заболеваний были рассчитаны коэффициенты корреляции между шкалами ММИЛ (расчеты выполнены К.К. Никифоруком). В соответствии с поставленной целью рассматривали коэффициенты корреляции только между 1-й и 2-й шкалой, поскольку эти шкалы в наибольшей степени позволяют оценить взаимосвязь ипохондрических жалоб, отражающих нарушение вегетативного регулирования, и уровня тревожно-депрессивных расстройств.

Коэффициенты корреляции между 1-й и 2-й шкалой ММИЛ при заболеваниях внутренних органов

Заболевание	Число больных	Коэффициент корреляции между 1-й и 2-й шкалой ММИЛ	p (критические значения)
Ишемическая болезнь сердца	29	0,13	>0,1
Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки	44	0,25	>0,1
Хронический бронхит с астмоидным компонентом	25	0,28	>0,1
Гипертоническая болезнь	31	0,39	<0,05
Пневмония	32	0,66	<0,001
Гастрит	24	0,78	<0,001
Нефрит	25	0,81	<0,001
Здоровые	38	0,59	<0,001

1-я шкала отражает выраженность ипохондрической тенденции, т. е. стремления пациента фиксировать внимание на неприятных ощущениях в различных органах и системах (не только тех, по поводу которых он находился в терапевтическом отделении), предъявлять многочисленные и разнообразные жалобы на снижение работоспособности и плохое самочувствие. Утверждения в этой шкале сформулированы неопределенно, что дает возможность выявить индивидуальную реакцию испытуемого и значение для него соматических ощущений, склонность объяснять проблемами со своим здоровьем сложности в интерперсональных отношениях и повышенное внимание к своему физическому состоянию.

2-я шкала характеризует внутреннюю напряженность, актуальную тревогу, ощущение неопределенной угрозы, пессимистическую оценку перспективы, сниженную самооценку, пониженное настроение. Рост показателей по этой шкале происходит в случаях, когда возрастают как тревога, так и депрессия. Поэтому данная шкала позволяет оценить психические нарушения, которые клинически укладываются в картину тревожно-депрессивного синдрома. Эта шкала отражает изменения психического состояния, которые являются общими для тревоги и депрессии. Значения по этой шкале меняются довольно быстро, как и проявления тревоги. Если 7-я шкала ММИЛ фиксирует тревожность, как конституциональную черту, то 2-я шкала – актуальную изменчивую тревожно-депрессивную симптоматику. Если больной рассматривает сложившуюся ситуацию как неблагоприятную и угрожающую, значения по этой шкале сразу возрастают. И наоборот, если его состояние и ситуация изменяются к лучшему, то уровень тревоги снижается, настроение улучшается и показатели по этой шкале уменьшаются.

Результаты исследования и их обсуждение. Выявлено, что в группе заболеваний, относящихся к психосоматическим, или к заболеваниям верхнего полюса психосоматического континуума по Ф.Б. Березину [8], коэффициенты корреляции между 1-й и 2-й шкалой были существенно ниже, чем в группе заболеваний, при которых значение психических факторов считается минимальным (заболевания нижнего полюса психосоматического континуума; см. таблицу). Иными словами, в группах пациентов с ишемической болезнью сердца, гипертонической болезнью, язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, хроническим бронхитом с астмоидным компонентом коэффициент корреляции между 1-й и 2-й шкалой ММИЛ колебался от 0,13 до 0,39.

Эта слабая корреляция указывает на то, что уровни тревожно-депрессивных расстройств и ипохондрических жалоб не изменяются параллельно в одном направлении. При увеличении числа соматических жалоб и усилении фиксации больного на своем физическом состоянии уровень тревоги не возрастает параллельно. Однако не выявлена и отрицательная корреляция, которую можно было бы ожидать исходя из концепции «психосоматического балансирования» [11]. Это связано с тем, что в соответствии с ММИЛ в норме имеется выраженная положительная корреляция между 1-й и 2-й шкалой. Это обстоятельство подтвердилось при обследовании группы здоровых, у которых коэффициент корреляции между 1-й и 2-й шкалой составлял 0,59. Поэтому можно считать, что снижение коэффициента корреляции в группе больных с психосоматическими расстройствами по сравнению с группой здоровых указывает на наличие у больных факторов, уменьшающих положительную корреляцию между тревогой и числом неприятных физических ощущений. Можно предполагать, что это связано с наличием у них механизма, который «переводит» тревогу на физиологический уровень, уменьшая тем самым ее психические проявления, т. е. при возрастании числа соматических жалоб уровень тревоги снижается. Наличие такого механизма предполагали [6, 7], когда рассматривали определенные соматические заболевания как результат «психосоматической защиты».

Другим объяснением снижения корреляции между выраженностью ипохондрических жалоб и тревожно-депрессивных расстройств может быть то, что больной, «найдя» в обострении своего соматического заболевания «причину» для неудовлетворенности ситуацией, таким образом «фиксирует тревогу», находит ей объяснение и она дезактуализируется, включается механизм «поисковой активности», снижающий эмоциональное напряжение [12].

При сборе анамнеза у 76% больных этой группы выяснилось, что перед обострением соматического заболевания тревога и депрессия у них были выражены в большей степени, чем во время пребывания в стационаре. При расспросе установлено, что обострению заболевания предшествовал стресс, который привел к усилению тревожно-депрессивных расстройств, нарушению сна и затем к обострению соматического заболевания. После госпитализации и установления диагноза соматического заболевания психическое состояние больных улучшалось, что ретроспективно оценивалось при клиническом обследовании. К моменту обследования (через 2–3 нед нахождения в стационаре) больные уже не предъявляли жалобы на тревогу или депрессию либо конфликтные отношения в своем окружении. Сложные и трудные ситуации, предшествовавшие обострению заболевания, постепенно дезактуализировались, и более важными становились проблемы со здоровьем, отношения с медицинским персоналом. Эти отношения были хорошо структурированы, ролевое поведение было строго прописано правилами нахождения в больнице. Близкие больных этой группы или их сослуживцы, с которыми до госпитализации отношения часто были напряженными и явно или скрыто конфликтными, давали понять, что раскаиваются в недостаточно внимательном отношении к больному, не предъявляли к нему претензий, и таким образом больной отчасти попадал в выигрышную позицию.

Что касается таких заболеваний, как гастрит, пневмония, нефрит, то коэффициенты корреляции между уровнем 1-й и 2-й шкалы были высоко достоверными и существенно выше (от 0,66 до 0, 81), чем в группе здоровых, и тем более выше, чем в группе пациентов с психосоматическими заболеваниями. В противоположность первой группе число соматических жалоб и степень фиксации на своем физическом состоянии в большой степени зависят от уровня тревоги, и наоборот. Это соответствует представлению [13] о том, что тревожные (особенно) и депрессивные расстройства вызывают напряжение психофизиологического регулирования и ведут к хроническим физиологическим сдвигам, что в свою очередь вызывает нарушения работы внутренних органов и ипохондрические жалобы.

Можно предположить, что у больных этой группы вегетативное регулирование в большей степени, чем в у здоровых, зависит от психического состояния и стрессогенных влияний. Клинически было выявлено, что при этих заболе-

ваниях, чем тяжелее соматическое состояние, тем выше показатели по шкале «ипохондрия» и 2-й шкале и тем в большей степени выражены клинические проявления тревоги и депрессии. У пациентов с менее выраженной тревогой и депрессией соматическое состояние обычно лучше. В анамнезе у них перед обострением заболевания чаще (в 67% случаев) выявлялись чрезмерно напряженная деятельность на работе или дома с незаслуженно (по их мнению) негативной ее оценкой окружающими и выраженная неудовлетворенность сложившейся ситуацией.

Таким образом, можно сделать вывод, что коэффициент корреляции между 1-й и 2-й шкалой ММИЛ позволяет выделить отдельные группы соматических заболеваний. При клиническом и психодиагностическом исследовании обнаружены различия в корреляции тревожно-депрессивных расстройств и ипохондрических жалоб при различных соматических заболеваниях. При так называемых психосоматических заболеваниях увеличение числа соматических жалоб и усиление ипохондрической фиксации ведет к ослаблению тревожно-депрессивных расстройств, что отражается в низком коэффициенте корреляции между 1-й и 2-й шкалой ММИЛ.

При других соматических заболеваниях коэффициент корреляции между тревожно-депрессивными расстройствами и вегетативным регулированием существенно выше. Это свидетельствует о том, что усиление тревожно-депрессивных расстройств способствует значительному и большему, чем у здоровых, увеличению выраженности вегетативных нарушений. Поскольку коэффициент корреляции при этих заболеваниях выше, чем у здоровых, можно предположить, что им свойственна большая, чем у здоровых, зависимость вегетативного регулирования от эмоционального напряжения. Эту особенность можно рассматривать как фактор риска развития соматического заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тювина НА, Балабанова ВВ. Патогенез эндогенных депрессивно-ипохондрических нарушений непсихотического регистра на фоне терапии сульпиридом. Современная терапия психических расстройств. 2012;4:22–6.
[Tyuvina NA, Balabanova VV. Patogenez endogennykh depressivno-ipokhondricheskikh narusheniy nepsikhoticheskogo registra na fone terapii sul'piridom. Sovremennaya terapiya psikhicheskikh rasstroystv. 2012;4:22–6.]
2. Karl SR, Holland JC. Looking at the roots of psychosomatic medicine: Adolf Meyer. Psychosomatics. 2013;54(2):111P4. DOI: 10.1016/j.psym.2012.10.007. Epub 2013 Jan 22.
3. Краснов ВН. О начальных проявлениях рецидивов циркулярных депрессий. Депрессии в амбулаторной и общесоматической практике. Москва, 1984. С. 103–12.
[Krasnov VN. O nachal'nykh proyavleniyakh retsidivov tsirkulyarnykh depressiy. Depressii v ambulatornoy i obshchesomaticheskoy praktike. Moscow, 1984. S. 103–12.]
4. Ковров ГВ, Палатов СЮ, Лебедев МА. Депрессия в общей практике. Русский медицинский журнал. 2010;8(18):504–8.
[Kovrov GV, Palatov SYu, Lebedev MA. Depressiya v obshchey praktike. Russkiy meditsinskiy zhurnal. 2010;8(18):504–8.]
5. Березин ФБ, Раппопорт СИ, Шатенштейн АА. Социально-психологическая адаптация и язвенная болезнь. Врач. 1993;4:16–8.
[Berezin FB, Rappoport CI, Shatenshteyn AA. Sotsial'no-psikhologicheskaya adaptatsiya i yazvennaya bolezn'. Vrach. 1993;4:16–8.]
6. Alexander F. Current problems in psychosomatic medicine. Psychosomatics. 1964;5:1P2.
7. Dunbar HF. Mind and Body: Psychosomatic Medicine. New York: Random House; 1947.
8. Березин ФБ. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. Ленинград: Наука; 1988. 280 с.
[Berezin FB. Psikhicheskaya i psikhofiziologicheskaya adaptatsiya cheloveka. Leningrad: Nauka; 1988. 280 s.]
9. Селье Г. На уровне целого организма. Москва: Наука; 1972. 122 с.
[Sel'e G. Na urovne tselogo organizma. Moscow: Nauka; 1972. 122 s.]
10. Березин ФБ, Мирошников МП, Соколова ЕД. Методика многостороннего исследования личности. Структура, основы интерпретации, некоторые области применения. Москва: Консультант Плюс-Новые Технологии; 2011. 320 с.
[Berezin FB, Miroshnikov MP, Sokolova ED. Metodika mnogostoronnego issledovaniya lichnosti. Struktura, osnovy interpretatsii, nekotorye oblasti primeneniya. Moscow: Konsul'tant Plyus-Novye Tekhnologii; 2011. 320 s.]
11. Смулевич АБ, Волель БА. Расстройства личности и соматическая болезнь (проблема ипохондрического развития личности). Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2008;108(5):4–12.
[Smulevich AB, Volel BA. Personality disorders and somatic diseases (the problem of hypochondrical development of personality). Neuroscience and behavioral physiology. 2008;108(5):4–12.]
12. Rotenberg VS. Search activity concept: relationship between behavior, health and brain functions. Activ Nerv Sup. 2009;51(1):12–44.
13. Ковров ГВ, Палатов СЮ, Лебедев МА. Стресс и дезадаптация. Русский медицинский журнал. 2010;18(30):1859–62.
[Kovrov GV, Palatov SYu, Lebedev MA. Stress i dezadaptatsiya. Russkiy meditsinskiy zhurnal. 2010;18(30):1859–62.]