

Ревматоидный артрит как психосоматическое заболевание

Коршунов Н.И., Курьгин А.Г., Речкина Е.В., Филатова Ю.С., Яльцева Н.В.

ГБОУ ВПО
«Ярославский
государственный
медицинский
университет»
Минздрава России,
Ярославль, Россия
150000 Ярославль,
ул. Революционная, 5

Yaroslavl State Medical
University, Ministry of
Health of Russia,
Yaroslavl, Russia
5, Revolyutsionnaya St.,
Yaroslavl 150000,
Russia

Контакты: Николай
Иванович Коршунов;
rector@yma.ac.ru

Contact:
Nikolai Korshunov;
rector@yma.ac.ru

Поступила 31.03.15

Для ссылки: Коршунов НИ, Курьгин АГ, Речкина ЕВ и др. Ревматоидный артрит как психосоматическое заболевание. Научно-практическая ревматология. 2015;53(5):469–71.

RHEUMATOID ARTHRITIS AS A PSYCHOSOMATIC DISEASE
Korshunov N.I., Kurygin A.G., Rechkina E.V., Filatova Yu.S., Yaltseva N.V.

For reference: Korshunov NI, Kurygin AG, Rechkina EV, et al. Rheumatoid arthritis as a psychosomatic disease. Nauchno-Prakticheskaya Revmatologiya = Rheumatology Science and Practice. 2015;53(5):469–71.
doi: <http://dx.doi.org/10.14412/1995-4484-2015-469-471>

Нет сомнений в актуальности данной проблематики, однако, к сожалению, приходится констатировать, что объем исследований и, соответственно, публикаций в отечественной литературе существенно уступает зарубежному. Настоящее сообщение основано на материалах работ кафедры терапии Института последипломного образования Ярославского государственного медицинского университета, где вот уже в течение 35 лет (наша первая публикация по данной теме появилась в 1979 г. в «Терапевтическом архиве» [1]) психологические, психиатрические и социальные аспекты болезни являются одним из основных научных направлений в области ревматологии. Поскольку нет возможности охватить все детали проведенных исследований, остановимся лишь на отдельных и, с нашей точки зрения, важнейших из них.

К сожалению, в реальной клинической практике психосоматический или, более широко, «био психосоциальный» подход хотя и декларируется, но фактически игнорируется, несмотря на то что мы стали широко использовать такой ставший модным термин, как «качество жизни». И ревматология здесь не исключение, хотя еще в 1892 г. сэр Вильям Ослер говорил, что «...развитию ревматоидного артрита могут способствовать такие психические факторы, как горе и эмоциональный шок».

Мы нередко говорим о психосоматике и психосоматических болезнях. Но что это такое? Отметим два момента. Первое — психосоматика подразумевает развитие соматических симптомов, в том числе настоящей органической соматической патологии, вследствие воздействия психического стресса (или, точнее, дистресса). Второе — следует различать психосоматику в широком и узком смысле слова. В принципе любое заболевание — психосоматическое (вспомним, что у победителей и раны заживают быстрее). Но все же есть более узкий и конкретный смысл, который подразумевает развитие самого настоящего соматического заболевания (инфаркта миокарда, сосудистой катастрофы, астмы, язвенного колита) вследствие стресса.

Это происходит, когда у человека есть слабое место, мишень, генетически детерминированный «locus minoris resistentium», куда и направляется почти вся энергия стресса. В этих случаях и развивается самая настоящая ишемическая болезнь сердца, гипертензия или другое нарушение. При отсутствии очевидной генетически детерминированной мишени стресс дробится на множество каналов и канальчиков, и у человека болит голова, шея, суставы, живот, спина — в общем, «все болит», но ничего серьезно «не ломается»; так бывает у невротиков, дистоников, при пограничных психических расстройствах, это уже некая другая психосоматика.

На протяжении столетий философы и медики спорят о причинах и следствиях. Два столпа медицины XIX в., два выдающихся француза — Клод Бернар и Луи Пастер — всю жизнь публично спорили, кто больше повинен в развитии болезни — микроб или организм, и лишь на смертном одре Луи Пастер признался, что был не прав. Не стоит сейчас вдаваться в эту полемику, так можно дойти до основного вопроса философии, а воспитанных на материализме сама постановка его возмущает; отмечу только, что один из основоположников психосоматики Франц Александер включил ревматоидный артрит (РА) в свою «великолепную семерку» — список из семи ярких психосоматических болезней.

Но почему мы вновь и вновь возвращаемся к вопросу о роли психического стресса при РА?

Во-первых, потому что скептики-материалисты, а их большинство (помните выражение времен перестройки — «агрессивное большинство?»), до сих пор придерживаются точки зрения W.M. Arnott [2], сказавшего еще более полувек назад о психологических факторах и стрессе при РА так: «...насколько я себе представляю, эта гипотеза не имеет какой-либо достоверной научной базы — фактически доказательства в пользу этого сомнительны и в большинстве своем абсурдны».

Во-вторых, потому что до сих пор доминирует биомедицинская модель развития и адаптации при хронической болезни.

Существуют три такие модели, которые J.S. Walker и соавт. [3] рассматривают как раз на

примере РА. Первая — биомедицинская. Она доминирует потому, что упрощена и наиболее понятна для клинициста. Вот некий этиологический момент (хотя до сих пор и неизвестный), вот патогенез, а вот вам и патогенетическая терапия (которая, как известно, далеко не всегда успешна, но мы — оптимисты). Вторая — психологическая. Наиболее сложная, но и наиболее отвечающая запросам практики — это биопсихосоциальная модель, где-то подспудно мы с этим согласны, и, хотя и иронизируем, все же прислушиваемся к словам известного российского терапевта Романа Альбертовича Лурия [4]: «Нет никаких только психических и только соматических болезней, а имеется лишь живой процесс в живом организме; жизненность его и состоит именно в том, что он объединяет в себе и психическую, и соматическую сторону болезни».

Но почему все же доминирует биомедицинская модель?

1. Потому что врач боится эмоционального вовлечения.
2. Потому что уже давно (со студенческих лет) сформирован стереотип приверженности биомедицинской модели.
3. Потому что очевидны дефекты в знаниях психосоциальных аспектов болезни.

Рассмотрим роль психического стресса на протяжении болезни:

- a) в преморбиде, собственно, как ее провокатора,
- б) в дальнейшем ее развитии и формировании характера течения,
- в) его роль как модулятора эффекта терапии.

Итак, **психический стресс как предшествующий фактор возникновения РА.**

Сотрудничая с нашей кафедрой, А.Г. Курыгин [5] разработал и запатентовал экспериментальную психогенную модель адьювантного артрита. На первом этапе он воспроизвел типичный артрит у крыс введением полной дозы адьюванта Фрейнда. Далее он подобрал такую его подпороговую дозу, которая никаких клинических и лабораторных признаков воспаления не вызывала (условно он назвал это состояние «субартрит»). Если применить психический стресс в виде принудительной иммобилизации животных без введения адьюванта, то никакого артрита не разовьется. В то же время у крыс с субартритом (на фоне подпороговой дозы адьюванта) иммобилизационный стресс вызывал такой же выраженный клинически артрит, как и вызванный полной дозой адьюванта Фрейнда. Таким образом, дистресс вызывал клинически выраженную адьювантную болезнь с полиартритом только у животных, имеющих «предболезнь», в данном случае индуцированную искусственно. Без стрессорных воздействий в этих условиях болезнь не возникала. Применение транквилизатора транксена, уменьшающего психогенную реакцию на стресс, несколько уменьшало и явления артрита.

На практике мы или ненастойчиво, поверхностно, формально ищем анамнестические указания на дистресс, предшествующий болезни, или вовсе игнорируем подобный анамнез. Об истинной частоте психического стресса в дебюте вообще мало известно. В диссертационных работах, посвященных РА и выполненных в разные годы с разными целями и задачами в одной только нашей клинике, поражает колоссальный разброс данных о частоте дистресса в дебюте болезни — от 0,6 до 58%! Этот разброс зависит от того, как проводился опрос, использовались ли для уточнения анамнеза специальные психологические методики.

Если стресс не острый и не очевидный «сгусток» хронического, то он может и не осознаваться больным как провокатор болезни, о чем свидетельствует тот факт, что частота и уровень социальной фрустрированности у тех, кто отрицает стресс в анамнезе, вовсе не меньше, чем у тех, кто его признает [6].

Для РА, как, впрочем, и для другой патологии, характерна многофакторность его природы. Психический стресс как бы «называет» другие возможные факторы, индуцирующие развитие болезни. Сами по себе психогенные факторы могут переплетаться в самых разнообразных сочетаниях (алкоголизм близких, семейные конфликты, бракоразводные процессы, неустроенная личная жизнь, смена места жительства, потеря работы и др.).

Используемый нами метод корреляционных ранговых решеток Kelly в модификации Vannister с так называемыми «жестко заданными конструктами» позволил подтвердить роль стрессовых событий в развитии болезни. Метод основан на следующих постулатах: 1) человек и окружающая его действительность взаимосвязаны; 2) опираясь на эти взаимосвязи, человек объясняет («конструирует») происходящее (отсюда в методике слово «конструкты», фактически означающее моделируемую ситуацию); 3) наше поведение соответствует нашему объяснению происходящего.

В соответствии с методикой 10 элементов (10 важных событий в жизни) раскладывались по степени важности в ранговом порядке 8 раз по 8 конструктам, иначе — по 8 оценочным ситуациям: 1) событие приятное — неприятное; 2) оказало сильное эмоциональное впечатление — не произвело впечатления; 3) оказало значительное влияние на дальнейшую жизнь — не оказало влияния; 4) вспоминаю часто — вспоминаю редко; 5) вспоминая, вновь остро переживаю — вспоминая, остаюсь спокойным; 6) оказало сильное влияние на здоровье — не оказало; 7) оказало сильное влияние на душевное состояние — не оказало; 8) об этом говорю охотно — говорить не хотелось бы.

Одним из итогов данной методики является корреляционная решетка, демонстрирующая наиболее выраженные эмоциональные оценки и степень их взаимосвязи в соответствии с полученными коэффициентами корреляции.

Выявлены четыре главных «конструкта», это наиболее сильные оценочные ситуации жизненных событий, которые тесно связаны друг с другом. На первом месте «вспоминая, вновь остро переживаю — вспоминая остаюсь спокойным»; второе и третье места — ситуации связи события с соматическим и душевным состоянием; четвертое — частота воспоминаний об актуальном событии.

Доминирование в памяти большого остроты события означает, что не происходит завершения переживания, перевода его в просто воспоминание.

Важность выделения фактора влияния событий на душевное состояние означает невозможность психологически, психически противостоять негативным переживаниям, а влияние на состояние здоровья в целом означает факт признания реальности психосоматической патологии. И, наконец, выделение больными в качестве существенных конструктов (оценочных ситуаций) фактора частоты воспоминания об актуальном событии фактически означает ригидность, застойность, застревание на определенных событиях.

Таким образом, методика ранговых корреляционных решеток позволяет вскрыть психологические механизмы, через которые реализуется роль жизненных событий. Четыре выявленных ведущих конструкта не только подтверждают их влияние на душевное состояние и здоровье больных РА, но и указывают на то, что такими механизмами могут являться незавершенность остроты переживания, а также «зацикливание».

Сама болезнь — это сильнейший дистресс в жизни больного, который включается в «порочный круг» дальнейших психосоматических соотношений. Обратим внимание на то, какое влияние на жизнь больного РА оказывает болезнь, какие социальные последствия она несет: данные, полученные нами, сви-

детельствуют, что для 16% больных она существенно ограничивает круг общения; у каждого пятого болезнь существенно ухудшает взаимоотношения в семье; у каждого четвертого — взаимоотношения на работе; у каждого четвертого формируется чувство ущербности; для каждого третьего (или, точнее, третьей) значимо снижение физической привлекательности; более чем у трети отмечается ограничение свободного времени; у 40% существенно ограничивается работоспособность; половина констатирует ограничение привычных удовольствий; более половины (60%) — ограничение карьеры и две трети больных — существенный материальный ущерб. Особо подчеркнем роль семьи как стабилизирующего и дестабилизирующего фактора в течении болезни, что убедительно продемонстрировано в работе, выполненной Н.И. Коршуновым и Е.В. Речкиной [7].

В свою очередь болезнь вместе с ее социальными последствиями ведет к изменениям психической сферы. Здесь представлены данные одной из выполненных в нашей клинике работ [8], свидетельствующие о частоте психических нарушений у больных РА. Подчеркнем, что генез психических нарушений сложный, имеют место как психоорганические расстройства, так и психогенная (психосоциальная) их природа; таким образом реализуются двусторонние — как сомато-психические, так и психосоматические — расстройства.

Установлено, что их частота и глубина связаны со степенью активности процесса, выраженностью иммунных расстройств, структурных и функциональных нарушений. Вот она, демонстрация психосоматики!

Еще один аспект — связь психосоматики и эффективности терапии. Эту связь можно продемонстрировать влиянием аффективных расстройств на резистентность к проводимой собственно антиревматической терапии.

Депрессия — нередкий спутник РА, она может отмечаться как присущий больному эндогенный радикал с самого начала, как аффективная реакция на стресс — в преморбидном

периоде и развиваться далее как цитокин-зависимое состояние в дальнейшем течении болезни. Но она совершенно четко препятствует достижению эффекта различными противоревматическими средствами.

Данные, полученные в нашей клинике Н.В. Яльцевой и соавт. [9], показывают, что если показатели активности у больных РА без депрессии или там, где она корригируется антидепрессантами, на фоне терапии отчетливо снижаются, то там, где депрессия как терапевтическая мишень игнорируется, желаемого результата не наступает [9].

И, наконец, еще один аспект психосоматических взаимосвязей при РА — нейрофизиологический. В свое время нами было установлено, что каждому клинико-иммунологическому варианту болезни соответствует своя организация биоритмологической деятельности головного мозга [10]. Выделено девять электроэнцефалографических синдромов, сформированных на основе компонентного анализа, и установлена сопряженность каждого из них с соматическими и психическими изменениями.

Таким образом, связь социально-психологических, психических, нейрофизиологических и соматических изменений у больных РА реальна, что позволяет рассматривать эту патологию как психосоматическое заболевание, а биопсихосоциальную модель болезни — как наиболее оптимальную с практической точки зрения.

Прозрачность исследования

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях

Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за статью.

ЛИТЕРАТУРА

1. Коршунов НИ, Баранова ЭЯ, Крылов ЮА. Некоторые социальные и психологические аспекты проблемы ревматоидного артрита. *Терапевтический архив*. 1979;(7):91–4 [Korshunov NI, Baranova EYa, Krylov YuA. Some social and psychological aspects of the problem of rheumatoid arthritis. *Terapevticheskii arkhiv*. 1979;(7):91–4 (In Russ.)].
2. Arnott WM. The abuse of rest. *Lancet*. 1954;266(6825):1251–2. doi: 10.1016/S0140-6736(54)92768-3
3. Walker JS, Jackson HJ, Littlejohn GO. Models of adjustment to chronic illness: Using the example of rheumatoid arthritis. *Clin Psychol Rev*. 2004;24:461–88. doi: 10.1016/j.cpr.2004.03.001
4. Лурия РА. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. 4-е изд. Москва: Медицина; 1977. 85 с. [Luriya RA. *Vnutrennyaya kartina bolezni i yatrogennye zabolevaniya* [Internal picture of illness and iatrogenic disease]. 4th ed. Moscow: Meditsina; 1977. 85 p.]
5. Курьин АГ. Роль иммобилизационного стресса в возникновении и развитии адьювантного артрита. Научно-практическая ревматология. 2005;43(6):29–32 [Kurygin AG. The role of immobilization stress in the genesis and development of adjuvant arthritis. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya = Rheumatology Science and Practice*. 2005;43(6):29–32 (In Russ.)].
6. Коршунов НИ, Яльцева НВ, Речкина ЕВ и др. Больной с заболеванием опорно-двигательного аппарата: некоторые психосоциальные факторы, влияющие на исход лечения. Современная ревматология. 2009;3(2):85–7 [Korshunov NI, Yal'tseva NV, Rechkina EV, et al. Patients with diseases of musculoskeletal system, some psychosocial factors that influence the outcome. *Sovremennaya Revmatologiya=Modern Rheumatology Journal*. 2009;3(2):85–7 (In Russ.)].
7. Коршунов НИ, Речкина ЕВ. Ревматоидный артрит: семья и болезнь. Терапевтический архив. 2005;5:29–32 [Korshunov NI, Rechkina EV. Rheumatoid arthritis: the family and the disease. *Terapevticheskii arkhiv*. 2005;5:29–32 (In Russ.)].
8. Коршунов НИ, Григорьева ПА, Капустина ЛВ и др. Проблемы, психические нарушения и качество жизни больных ревматоидным артритом. Терапевтический архив. 1991;(8):100–4 [Korshunov NI, Grigor'eva PA, Kapustina LV, et al. The problems, mental disorders and quality of life of patients with rheumatoid arthritis. *Terapevticheskii arkhiv*. 1991;(8):100–4 (In Russ.)].
9. Коршунов НИ, Яльцева НВ, Григорьева ЕА, Речкина ЕВ. Использование антидепрессантов у больных с воспалительными (ревматоидный артрит) и невоспалительными (синдром боли в нижней части спины) заболеваниями опорно-двигательного аппарата. Русский медицинский журнал. 2010;18(11):752–5 [Korshunov NI, Yal'tseva NV, Grigor'eva EA, Rechkina EV. The use of antidepressants in patients with inflammatory (rheumatoid arthritis), and non-inflammatory syndrome (pain in the lower back), diseases of the musculoskeletal system. *Russkii meditsinskii zhurnal*. 2010;18(11):752–5 (In Russ.)].
10. Капустина ЛВ, Григорьева ЕА, Коршунов НИ. Ревматоидный артрит: психические, соматические и электроэнцефалографические соотношения. В кн.: Ревматоидный артрит и другие ревматические заболевания. Ярославль; 1996. С. 114–28 [Kapustina LV, Grigor'eva EA, Korshunov NI. Rheumatoid arthritis: psychological, somatic and electroencephalographic ratio. In: *Rheumatoid arthritis i drugie revmaticheskie zabolevaniya* [Rheumatoid arthritis and other rheumatic diseases]. Yaroslavl'; 1996. P. 114–28].